Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Республики Татарстан
Российское общество психиатров
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.
Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского
Казанский государственный медицинский университет
Казанская государственная медицинская академия
Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева

XVI СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ

Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием

Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы

23-26 сентября 2015

ТЕЗИСЫ
[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]

Санкт-Петербург
Издательский отдел ООО «Альта Астра»
2015

ISBN 978-5-905498-35-0

© РОП, 2015
© НИПНИ, 2015
© Коллектив авторов, 2015
© ООО «Альта Астра», оформление, 2015

УДК 616.89
ББК 56.14

XVI СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015. — 1 электрон, опт. диск (CD-ROM) — Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0. — ISBN 978-5-905498-35-0.

Ответственный редактор: Незнанов Н.Г.

Редакционная коллегия:

Алексеев Б.Е.	Калинин В.В.	Макаров В.В.	Тиганов А.С.
Бабин С.М.	Караваева Т.А.	Макаров И.В.	Холмогорова А.Б.
Боев И.В.	Кекелидзе З.И.	Макушкин Е.В.	Цукарзи Э.Э.
Бочаров В.В.	Клюшник Т.П.	Мартынихин И.А.	Чехонин В.П.
Букреева Н.Д.	Краснов В.Н.	Морозов П.В.	Шамрей В.К.
Гаврилова С.И.	Крупицкий Е.М.	Мосолов С.Н.	Шевченко Ю.С.
Горобец Л.Н.	Курпатов В.И.	Олейчик И.В.	Шмилович А.Л.
Гурина А.В.	Лиманкин О.В.	Семенова Н.В.	Шмуклер А.Б.
Иванов М.В.	Любов Е.Б.	Симашкова Н.В.	Ястребов В.С.
Иванова С.А.	Мазо Г.Э.	Смулевич А.Б.	Яхин К.К.

Издание подготовлено к XVI-му Съезду психиатров России и Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань. Сборник содержит более 1000 тезисов научных работ, тематически структурированных в 24 раздела, а интерактивный именной указатель превышает 1700 авторов.

Прием тезисов, научная и техническая корректура осуществлена силами ОО «Российское общество психиатров» 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3, e-mail: rop@s-psy.ru, www.psychiatr.ru

Технический редактор: Мартынихин И.А.

Оригинал-макет подготовлен издательским отделом ООО «Альта Астра», 191024, Санкт-Петербург, ул. Мытнинская, д.1/20, тел./факс: (812) 710-75-10, e-mail: info@altaastra.com, www.altaastra.com

Дизайн, верстка: Альков А.С.

Сдано в набор 17.08.2015, подписано к использованию 11.09.2015
Гарнитура «Таймс», формат 60X84 1/8, 1047 стр.

Объем 16,5 Mb
Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв., упаковка – UltraSlim, цв. вкл., тираж 1000 экз.

ISBN 978-5-905498-35-0

© РОП, 2015
© НИПНИ, 2015
© Коллектив авторов, 2015
© ООО «Альта Астра», оформление, 2015

Уважаемые коллеги!

Съезды психиатров России, чья история начинается с 1887 года, всегда становились крупнейшими научными и общественными событиями своего времени, вехой в развитии научной психиатрии и становлении службы оказания психиатрической помощи в нашей стране. В сборниках материалов Съездов часто проявляются те проблемы, которые наиболее остро стоят перед психиатрами того или иного времени, даже если эти проблемы не сформулированы в преамбуле к сборнику и не заметны современникам с близкого расстояния. Не стал исключением и нынешний XVI Съезд психиатров России. Научная программа XVI Съезда – крупнейшая за всю историю проведения научных мероприятий в Российской психиатрии. В сборник включено более 1100 тезисов. Более 1800 авторов участвовали в работе над их подготовкой, таким образом, почти каждый десятый психиатр России оказался соавтором этого научного сборника. Наибольшее число включенных в сборник работ посвящены проблемам наркологии, детской психиатрии и медицинской психологии. Большое место занимают проблемы организации психиатрической помощи и реабилитации психически больных, суицидологии, психосоматической медицины, психотерапии. Все это, видимо, отражает тот прогресс, который в последние десятилетия был достигнут в лечении тяжелых психических заболеваний, и повышение внимания к проблемам качества и эффективности оказания помощи, качества жизни, т.н. пограничным психическим расстройствам, профилактической медицине. Отдельным трендом прослеживаются мультидисциплинарные исследования природы психических расстройств, представленные не только в главе биологической психиатрии, но и в других разделах сборника. Соавторами этих работ стали генетики, биохимики, специалисты в области нейровизуализации и, хотя мультидисциплинарный подход к изучению психических расстройств не нов для отечественной психиатрии, увеличение числа подобных работ свидетельствует о развитии направления фундаментальных исследований, что не может не вселять надежду на будущее отечественной психиатрической науки.

Благодарим всех наших коллег, принявших участие в создании этого сборника. Желаем им, и в их лице всей психиатрической науке, дальнейших неизменных успехов на этом непростом поприще.

От имени оргкомитета Съезда
Председатель Правления РОП,
профессор Н.Г. Незнанов

Сентябрь 2015

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1.
АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

КОМОРБИДНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДИСТИМИИ
Абдуллаева В.К., Чельма Ю.Ю. 46

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ИНВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА
Абдуллаева В.К., Тургунов К.Б. 46

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА
Белов Ю.Г., Маслова Н.В., Курышов В.Н., Майер О.Н., Щербина Р.Ю. 47

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ
Бомов П.О. 47

АНАЛИЗ ДЕПРЕССИВНО-ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ
Вакула И.Н., Коновалова О.Ю., Никифорова Е.Ю., Никифорова Д.И., Шелудько М.В. 48

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Вербенко Г.Н. 49

ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА
Вербенко Г.Н., Вербенко В.А., Танасова Е.Ю., Эдилерская Э.С. 49

К ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ
Воронова Е.И., Романов Д.В. 50

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: СТРУКТУРА ДИССОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕПРЕССИИ
Герасимчук М.Ю. 50

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНО-ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ
Гончарова Е.М., Гончарова С.А., Изотова Е.А., Щукина Е.П. 51

СПЕКТР ЛАТЕНТНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
Дмитриев М.Н. 52

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ
Захарченко Д.В., Бельцева Ю.А., Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М. 53

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ
Зражевская И.А., Топка Э.О., Березкин А.С., Тер-Исраелян А.Ю. 54

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ
Иванец Н.Н., Лавриненко О.В., Максимова Т.Н., Новицкая А.К., Прохорова С.В. 55

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОГЕНО-МОРФНОЙ ДЕПРЕССИИ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕЛЕСНЫМИ СЕНСАЦИЯМИ
Иванова Л.А., Ковалева А.В. 56

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ В КЛИНИКЕ ЭНДОГЕНОМОРФНОЙ ДЕПРЕССИИ
Иванова Л.А., Ковалева А.В. 57

РЕМИССИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ
Канаева Л.С. 58

ПРЕДИСПОЗИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ АГОРАФОБИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Ковалев А.И. 59

ТЕРАПИЯ ЭНДОГЕНОМОРФНОЙ ДЕПРЕССИИ
Ковалева А.В. 60

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ
Колягина В.В., Колягин В.В. 61

ДИАГНОСТИКА БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА II ТИПА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕКУЩИМ ДИАГНОЗОМ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА
Костюкова Е.Г., Ушкалова А.В., Мосолов С.Н. 62

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ
Крижановский А.С., Мазо Г.Э. 63

МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ДЕПРЕССИВНОГО И ТРЕВОЖНОГО СПЕКТРА
Кузнецова-Морева Е.А., Александрова М.М., Никитина Т.Е., Киян К.А. 64

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОНОПОЛЯРНЫХ И БИПОЛЯРНЫХ ДЕПРЕССИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Курсаков А.А., Бобров А.Е. 65

СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ОЩУЩЕНИЯ (СЕНСАЦИИ) ПРИ ФАЗНОПРОТЕКАЮЩИХ ДЕПРЕССИЯХ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ
Моисейчева О.В., Степанов И.Л. 66

МОДЕЛЬ СТАДИЙ РАЗВИТИЯ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА И АГОРАФОБИИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ
Павличенко А.В. 67

ДЕПРЕССИЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ С ПОЗИЦИИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА
Петрова Н.Н., Палкин Ю.Р., Шатиль М.М. 68

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА
Петрунько О.В., Кисель С.В. 69

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ УНИПОЛЯРНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Петрунько О.В., Клименко О.Г. 70

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Садыкова А.А. 71

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ ФАЗ ПРИ РЕКУРРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЯХ И БИПОЛЯРНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ
Сафарова Т.П., Яковлева О.Б., Шипилова Е.С. 71

ОБЪЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
Свечников Д.В., Курасов Е.С. 72

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПЕДАГОГОВ И ВРАЧЕЙ НИЖНЕГО НОВГОРОДА
Смиренский Е.А. 73

ТРЕВОГА В АФФЕКТИВНОМ ЗВЕНЕ СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ, КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
Собенников В.С., Прокопьева М.Л. 74

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ЛИЧНОСТНОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ БОЛЬНЫХ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ФАЗНОПРОТЕКАЮЩИХ ДЕПРЕССИЙ
Степанов И.Л., Ваксман А.В., Моисейчева О.В. 75

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДОМАНИФЕСТНОМ ПЕРИОДЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ И БУЛИМИИ
Сулейманов Р.А. 76

К ФЕНОМЕНОЛОГИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Толканец С.В. 77

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ ПРИ БИПОЛЯРНОМ АФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ
Тювина Н.А., Коробкова И.Г. 78

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИЙ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ
Царенко Д.М., Довженко Т.В. 79

КЛИНИЧЕСКИЕ, БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С СОМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ
Чеботарев Е.В. 79

К ВОПРОСУ О ВЕРОЯТНОЙ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ СИБИРИ
Чеснокова О.И. 80

СТАНДАРТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ШКАЛЫ ВАС-А «КРАТКАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ» (ВАС-А) НА ОСНОВЕ НОРМАТИВНЫХ ДАННЫХ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Янушко М.Г., Шаманина М.В., Аристова Т.А., Киф Р.С., Иванов М.В. 81

РАЗДЕЛ 2.
БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОСТРОЙ НАРКОТИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
Абдуллаева В.К. 83

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА GRIN2B В ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Алфимова М.В., Коровайцева Г.И., Абрамова Л.И., Лежейко Т.В., Савельева Т.М., Долтмурзиева В.В., Голимбет В.Е. 83

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ПРИ СИНДРОМЕ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ
Андросова Л.В., Михайлова Н.М., Федорова Я.Б., Зозуля С.А., Дупин А.М. 84

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ВЫСОКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ
Арзуманов Ю.Л., Лапин И.А., Бродянский В.М., Мещеряков А.Ф., Абакумова А.А., Винникова М.А., Кибитов А.О. 85

ПОЛНОГЕНОМНЫЙ АНАЛИЗ КОДИРУЮЩИХ ГЕНОВ МИКРОРНК ПРИ БИПОЛЯРНОМ РАССТРОЙСТВЕ
Бабаджанова Г.Ю., Абрамова Л.И., Риетчел М., Нетен М. 86

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НОЦИЦЕПЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Бобрик Ю.В., Кулинченко А.В. 86

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОЗДНЕЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ
Бойко А.С. 87

ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ И ВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЗВАННЫХ РИТМОВ ЭЭГ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ
Бочкарев В.К., Солнцева С.В., Киренская А.В., Ткаченко А.А. 88

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА DPP6 С ТАРДИВНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Боярко Е.Г., Воронина Е.Н. 89

ДАННЫЕ КРОССКОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА ЭЭГ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ
Брохин Л.Ю., Кудлаев С.В. 90

НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЗЖЕЧКА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА
Бурбаева Г.Ш., Бокша И.С., Терешкина Е.Б., Савушкина О.К., Прохорова Т.А., Воробьева Е.А. 91

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Бутома Б.Г., Липатова Л.В., Серебряная Н.Б., Сивакова Н.А., Капустина Т.В., Савинцева Ж.И., Тотолян А.А. 92

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ МОНОАМИНЕРГИЧЕСКИХ СИСТЕМ В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Вазагаева Т.И., Павлов К.А., Леопольд А.В. 93

ИММУНОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТНО-АДАПТИВНАЯ СИСТЕМА В МЕХАНИЗМАХ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Невидимова Т.И., Лобачева О.А., Стоянова И.Я. 94

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ VAL66MET BDNF И ALA222VAMTHFR ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ЗАДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
Вильянов В.Б., Сорокин А.С., Ильгизова А.А., Никитенкова И.И., Кичук И.В., Павочкина Е.С., Хаминский А.М. 95

СИНДРОМ ФЕЛАН-МАКДЕРМИДА: НУЖНО ЛИ ПРОВОДИТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЮДЯМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ?
Вильянов В.Б., Кременицкая С.А., Соловьева Н.В. 96

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕГУЛЯЦИИ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Вильянов В.Б., Сорокин А.С., Ильгизова А.А., Никитенкова И.И., Кичук И.В., Хаминский А.М. 96

СОВРЕМЕННЫЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Васин В.С., Шмитова Н.С., Юров И.Ю. 96

ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ PIP5K2A КИНАЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Вялова Н.М., Иванова С.А., Федоренко О.Ю., Симуткин Г.Г. 97

НАРУШЕНИЯ СНА И ПОЛИМОРФИЗМ-G308A ГЕНА TNF-A В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ (ПРОГРАММА ВОЗ “MONICA-PSYCHOSOCIAL”)
Гафаров В.В., Воевода М.И., Громова Е.А., Максимов В.Н., Гафарова А.В., Гагулин И.В., Юдин Н.С., МишаковаТ.М., Панов Д.О. 98

МОДИФИЦИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА VAL66MET ГЕНА МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА (BDNF) НА КОМПОНЕНТЫ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ РАЗЛИЧНОЙ МОДАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Голимбет В.Е., Лебедева И.С., Гарах Ж.В., Стрелец В.Б., Коровайцева Г.И., Абрамова Л.И., Каледа В.Г. 99

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ (ППЭ)
Горобец Л.Н., Лорикян А.Г. 99

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА У СОМАТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ
Деева М.А., Барыльник Ю.Б., Оленко Е.С., Филиппова Н.В., Бачило Е.В., Антонова А.А. 100

ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ БЕЛКОВ-МАРКЕРОВ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
Докукина Т.В., Махров М.В., Асташонок А.Н., Полещук Н.Н., Рубаник Л.В., Пинчук А.С., Королевич П.П., Марчук С.А. 101

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ
Зозуля С.А., Олейчик И.В., Отман И.Н., Абрамова Л.И., Сарманова З.В., Столяров С.А., Бологов П.В., Клюшник Т.П. 103

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТ) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Иванов М.В., Зубов Д.С., Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В., Дорофейков В.В. 104

БИОМАРКЕРЫ ШИЗОФРЕНИИ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ
Иванова С.А. 105

ПСИХОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Камплицкая О.В., Крючкова А.С., Овсянников М.В. 106

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭСТ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Карпова Д.Н., Карпов А.Э., Камплицкая О.В. 106

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЭГ ПРЕДИКТОРОВ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ СОЗНАНИЯ
Киренская А.В., Ткаченко А.А., Альтман Ю.С., Новотоцкий-Власов В.Ю. 107

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ VAL158MET COMT И GLU713LYS ANKK1 НА НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Кичук И.В., Петров Е.А., Митрофанов А.А., Вильянов В.Б., Сорокин А.С., Ильгизова А.А., Никитенкова И.И., Павочкина Е.С., Хаминский А.М. 108

СОПОСТАВЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЭГ И КОНЦЕНТРАЦИИ СЕРОТОНИНА В ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Кичук И.В., Петров Е.А., Митрофанов А.А., Вильянов В.Б., Сорокин А.С., Ильгизова А.А., Никитенкова И.И., Хаминский А.М. 108

РОЛЬ РЕГУЛЯЦИИ СИСТЕМЫ «НАГРАДЫ-АНТИНАГРАДЫ» В НАРКОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ (ПУТИ, ВОЗМОЖНОСТИ, РИСКИ)
Козловский В.Л. 109

ОСОБЕННОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОГЕННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Волчек И.В. 110

О СОПРЯЖЕНИИ СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОЙ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ГРУППЫ УЛЬТРАВЫСОКОГО РИСКА
Лебедева И.С., Ахадов Т.А., Семенова Н.А., Бархатова А.Н., Омельченко М.А., Томышев А.С., Каледа В.Г. 111

О РОЛИ НЕЙРОПЕПТИДА Y В ПАТОГЕНЕЗЕ ТИПИЧНОЙ И АТИПИЧНОЙ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
Лев Л.М., Заика В.Г., Андреева В.О., Андреев А.С., Ткаченко Н.В. 112

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ КОРТИЗОЛА И СЕРОТОНИНА В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Левчук Л.А., Вялова Н.М., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Иванова С.А., Бохан Н.А. 113

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ТРИПТОФАНОКСИГЕНАЗЫ (TDO2) С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЕЕ СИМПТОМАМИ
Лежейко Т.В., Болгов М.И., Савельева Т.М., Кутана М.Д., Ануа И.М., Зимина И.А., Голимбет В.Е. 114

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОИММУНОЭНДОКРИННЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ КВЕТИАПИНОМ
Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Семке А.В., Корнетова Е.Г., Мальцева Ю.Л. 115

СВЯЗЬ ОТВЕТА НА АНТИДЕПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНА AKT1
Лосенков И.С., Вялова Н.М., Симуткин Г.Г., Иванова С.А., Бохан Н.А. 116

ПРИМЕНЕНИЕ В ПСИХИАТРИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДИСПЕРСИОННОГО КАРТИРОВАНИЯ АЛЬФА-РИТМА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ
Максимова Н.Е., Росман С.В. 116

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ФОРМИРОВАНИЯ АКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Мещеряков А.Ф., Лапин И.А., Борисова Е.В., Мнацаканян Г.В. 117

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ В МОДЕЛИ ДЕПРЕССИВНО-ПОДОБНОГО СОСТОЯНИЯ У КРЫС
Морозова А.Ю., Зубков Е.А., Чехонин В.П. 118

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ОРГАНИЧЕСКОГО РЕГИСТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ
Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Рудницкий В.А., Менявцева Т.А., Лебедева В.Ф. 119

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ АБЗИМОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЗАВИСИТ ОТ ВЕДУЩЕЙ СИМПТОМАТИКИ
Паршукова Д.А., Смирнова Л.П., Бородюк Ю.Н., Бунева В.Н., Иванова С.А. 120

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОМЕТРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Прощенко И.В. 121

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ (ПО ДАННЫМ КОГЕРЕНТНОГО АНАЛИЗА ЭЭГ)
Саркисян В.В., Мельникова Т.С., Гурович И.Я. 121

НЕЙРОГОРМОНЫ И ПАРАТИМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: РЕАЛЬНОСТЬ ИЛИ СТАТИСТИЧЕСКИЙ КАЗУС?
Симак О.Я. 122

ПРОТЕОМНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ВЫЯВИЛИ ИЗМЕНЕНИЯ В МЕТАБОЛИЗМЕ ГЛУТАМАТА
Смирнова Л.П., Логинова Л.В., Дмитриева Е.М., Серегин А.А., Семке А.В., Згода В.Г., Иванова С.А. 123

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА (BDNF) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕРАПИИ
Соловьева Н.В., Кременицкая С.А., Вильянов В.Б. 124

УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ ТРАНСКРИПЦИОННОГО ФАКТОРА NURR1 И А-СИНУКЛЕИНА ПРИ СИНДРОМЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Сосин Д.Н., Тараскина А.Е., Грунина М.Н., Заботина А.М., Иванов М.В., Иващенко Д.В., Кирничная К.А., Насырова Р.Ф., Крупицкий Е.М. 125

МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ ЭТАНОЛА И МОРФИНА НА ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫЕ КЛЕТКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ IN VITRO
Ульянова Л.И., Гамалея Н.Б., Берзина А.Г., Ульянова М.А., Кротов Г.И., Родченков Г.М. 126

УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ПАТОЛОГИЯ МИЕЛИНОВЫХ ВОЛОКОН ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Уранова Н.А., Коломеец Н.С., Вихрева О.В., Зимина И.С., Рахманова И.И., Орловская Д.Д. 127

НАРУШЕНИЯ ПРОТЕИНКИНАЗНЫХ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Федоренко О.Ю. 127

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
Хруленко-Варницкий И.О. 128

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Черемных Е.Г., Карпова Н.С., Фактор М.И., Симашкова Н.В., Шушпанова О.В., Брусов О.С. 130

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ И ЭПИГЕНЕТИЧЕСКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ГЕНОМНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В АУТОПСИЙНЫХ ОБРАЗЦАХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Демидова И.А., Кравец В.С., Востриков В.М., Юров И.Ю. 130

РАЗДЕЛ 3. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА С ОБЩЕСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПАЦИЕНТСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА И ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ
Астахова Н.В. 132

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПАЦИЕНТСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА
Василенко О.М., Тевелева Т.А. 133

«ШКОЛА РОДСТВЕННИКОВ» КАК ОСНОВНОЙ АСПЕКТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ИМЕЮЩИМ РОДСТВЕННИКОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ
Гажа А.К., Агафонова В.В., Логачева А.А. 133

ПАРТНЕРСТВО ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Гебель К.М., Лиманкин О.В. 134

ЭТАПНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКАМ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
Денисенко М.К., Расторгуева Н.И., Сучков Ю.А. 135

ШКОЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ
Бугорский А.В. 136

РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «КЛУБ ПСИХИАТРОВ« 15 ЛЕТ: ИТОГИ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
Козырев В.Н., Шмилович А.Л., Рытик Э.Г. 136

ОПЫТ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМ СЕМЕЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
Корпусева Е.Н., Кучина В.Г. 137

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ С ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ И СОЦИАЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ РЕГИОНА
Кудрявцева С.И., Семенов А.В., Крюкова С.В. 138

СТАВРОПОЛЬСКИЙ ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ С ОПОРОЙ НА МЕСТНОЕ СООБЩЕСТВО
Купцова Е.С., Смыкова С.В. 139

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ОБЩЕСТВА ПАЦИЕНТОВ И ИХ БЛИЗКИХ
Левина Н.Б., Любов Е.Б., Куликов А.Н. 140

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ОСНОВЕ РАВНОПРАВИЯ В КЛУБЕ «ФЕНИКС»
Лесняк А.О., Рябова О.И., Зак Г.В., Медведева Ю.Е. 140

ВОПРОСЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТСКИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Лиманкин О.В. 141

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
Лиманкин О.В. 142

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИИ В ЭСТОНИИ: В ДИАЛОГЕ С ПОЛЬЗОВАТЕЛЯМИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Лухсе Л. 143

РАЗВИТИЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ ОБЩЕСТВЕННОГО СЕКТОРА ПСИХИАТРИИ
Миланес Ю.М. 144

ВКЛАД ПАЦИЕНТОВ В РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В НОРВЕГИИ
Розенквист К. 145

ОПЫТ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦ, ПОТЕРЯВШИХ БЛИЗКИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ СУИЦИДА
Смит М. 145

ИННОВАЦИИ И ДОСТИЖЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»
Солохина Т.А. 146

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Солохина Т.А., Тюменкова Г.В. 147

РАЗВИТИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ
Солохина Т.А., Ястребов В.С. 148

РАБОТА С СЕМЬЯМИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РАМКАХ ОРГАНИЗАЦИИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Толмачев В.А. 149

РАЗДЕЛ 4.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА КАК ФАКТОР РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ
Гантман М.В. 151

БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА КАК «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ МОЗГА»
Гильбурд О.А., Гирш Я.В., Коптев И.Н. 152

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ГЕНТИНГТОНА И ШИЗОФРЕНИИ
Голованова Н.А. 153

СИНДРОМАЛЬНО-НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГОРТЫ БОЛЬНЫХ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫМИ ПСИХОЗАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПКБ №1 ИМ. Н.А. АЛЕКСЕЕВА
Громова Н.С. 154

БЛОКАТОРЫ ГЛУТАМАТНЫХ NMDA-РЕЦЕПТОРОВ В ПСИХОГЕРИАТРИИ
Даренский И.Д. 155

МЕХАНИЗМЫ СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЯХ
Жмудь М.В., Сиденкова А.П. 156

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ
Калын Я.Б., Гаврилова С.И., Сафарова Т.П. 157

РОЛЬ СОВРЕМЕННОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО И ЕГО СЕМЬИ
Колыхалов И.В., Рассадина Г.А. 158

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ
Круглов Л.С. 158

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАХОДКИ У БОЛЬНЫХ С ПОЗДНИМИ ПСИХОЗАМИ
Лейдерман М.В., Сиденкова А.П. 159

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ДЕМЕНЦИЙ
Мрыхин В.В. 159

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПОСЕЩАЮЩИХ ЦЕНТРЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
Полищук Ю.И., Летникова З.В., Калиниченко Т.П. 160

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ
Рощина И.Ф. 160

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Рыбакова Т.В., Бубнов А.А. 161

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНОГО И НЕКОГНИТИВНОГО СПЕКТРА У РОДСТВЕННИКОВ 1-ОЙ СТЕПЕНИ РОДСТВА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА И APOE ГЕНОТИП
Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф. 162

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕКОГНИТИВНЫХ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ) РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ
Сиденкова А.П. 163

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА ПРИ ПСИХОЗАХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА
Соколова И.В., Сиденкова А.П. 164

РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА В ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ СИСТЕМЫ INTERRAI
Случевская С.Ф., Бондаренко Т.В. 165

ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ КАК ИНДИКАТОР ДЕКОМПЕНСАЦИИ СОСТОЯНИЯ
Шапошников Н.Н., Кривцов К.Ю., Сафронова Е.С. 165

РАЗДЕЛ 5.
ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ADHD AND AUTISM SPECTRUM DISORDER
Hollertz Olle 167

ОБЛИГАТНЫЕ ПРИЗНАКИ АТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ
Автенюк А.С. 167

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАСТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ВОЛГОГРАДЕ
Алифанова М.К., Оруджев Н.Я., Поплавская О.В., Соколова А.Г. 168

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ – ДИАГНОЗ ИЛИ СИНДРОМ?
Альбицкая Ж.В. 169

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА
Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. 170

СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПРИЕМА ПИЩИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Балакирева Е.Е., Якупова Л.П. 171

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Баширова Н.Н., Зайцев И.А. 172

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Безгодова А.А., Злоказова М.В. 173

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА
Березкин Д.В. 173

ПЕРСПЕКТИВЫ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ШКОЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЭРОФИТОТЕРАПИИ У УЧАЩИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА
Бобрик Ю.В., Науменко Д.Э. 174

ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, РАСПОЛОЖЕННОГО НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
Бочарова И.А., Злоказова М.В. 175

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ АФФЕКТИВНОГО УРОВНЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Буторин Г.Г. 176

МНЕНИЕ ДЕТЕЙ О НАСИЛИИ
Валеева А.М., Палачева Т.И. 177

СТРУКТУРА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
Ведяшкин В.Н., Ведяшкина О.П. 178

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ВОСПРИЯТИЯ ОПАСНОСТИ ПОДРОСТКАМИ И НОРМЕ И ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Вещикова М.И., Зверева Н.В., Балакирева Е.Е. 179

СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ПОДРОСТКОВ – ЖЕРТВ ШКОЛЬНОГО БУЛЛИНГА
Воликова С.В., Калинкина Е.А. 180

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Воробьев Е.С., Дроздовский Ю.В. 181

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Гармаш М.С., Куприянова Т.А., Корень Е.В., Коновалова В.В., Крыжановская И.Л. 181

ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩЬЮ В КРУПНОМ МЕГАПОЛИСЕ
Головина А.Г., Шмакова О.П., Жук Е.И. 182

ДЕПРИВИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРЕССИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ И СТРУКТУРУ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ У МЛАДЕНЦА
Голубева Н.И., Калинина М.А., Козловская Г.В. 183

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
Гордеева Е.А., Усачева Е.Л., Панкова О.Ф., Абрамов А.В., Волкова Е.Б., Зенкова Н.А., Шинко Л.С. 184

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Горюнов А.В. 185

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ РАННЕГО ДЕТСТВА
Горюнова А.В., Шевченко Ю.С. 187

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
Гречаный С.В. 188

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПО Г. МОСКВА
Датуашвили М.Т., Корень Е.В., Куприянова Т.А., Маринчева Г.С. 188

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОГО АУТИЗМА В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ
Дейкина М.М., Числов А.В. 189

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ ФОРМ РЕТАРДАЦИИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ
Дробинская А.О., Корень Е.В., Коваленко Ю.Б., Марченко А.М., Трайнина Е.А., Косолапова Д.С. 189

ОПЫТ КОРРЕКЦИОННОЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Евсук Е.И. 190

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ 4-7 ЛЕТ
Елисеенко Н.А., Мартусенко А.В., Аствацатурова Е.В. 191

ИССЛЕДОВАНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО СТРЕССА ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ
Емельянцева Т.А. 192

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ОЖИРЕНИЕМ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ
Емельянцева Т.А., Солнцева А.В., Загребаева О.Ю., Аксенова Е.А. 192

ПРИЕМ ФОЛАТОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РИСК АУТИЗМА У ПОТОМСТВА
Жиляева Т.В., Альбицкая Ж.В., Касимова Л.Н. 194

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Юркина Н.В. 195

ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ
Зимина А.В., Локштанова О.А. 196

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕМПЕРАМЕНТНО-ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ КАК ФАКТОРЫ РИСКА СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
Зиньковский А.К., Седова А.А., Брюнеткин В.Ю., Зиньковский К.А. 196

ОСОБЕННОСТИ ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
Казанцева Э.Л. 198

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
Каландарова Ю.Б. 199

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И ЗРЕНИЯ
Карауш И.С., Куприянова И.Е. 199

ШИЗОИДНОЕ И ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ, РАНЕЕ НЕ ОБРАЩАВШИХСЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ
Катерная Ю.Е. 200

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ ВУЗОВ
Киреева Д.С., Дереча Г.И., Габбасова Э.Р., Шевченко О.С. 201

ДЕТСКИЙ АУТИЗМ – ВАРИАНТ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА
Киреева И.П., Осокина Г.Г., Валюс Е.К. 202

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЛЬТИСЕНСОРНОЙ СРЕДЫ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С РАС
Кнышева Е.Р., Семенихина Н.В. 203

ОСОБЕННОСТИ ГРАФИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РИСУНОЧНЫХ ПРОБАХ У ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Коваль-Зайцев А.А. 204

ПСИХОПАТОПОДОБНОЕ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ
Колягин В.В., Чернигова Е.П. 205

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ
Комлач И.Л. 206

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПРЕМОРБИДНОГО СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Корень Е.В., Куприянова Т.А., Степунина Н.Е. 207

МНОГОУРОВНЕВАЯ ТЕРАПИЯ РДА (РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ)
Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. 208

РОЛЬ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА В ДИАГНОСТИКЕ ПОДРОСТКОВЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ
Кравченко Н.Е., Суетина О.А., Жук Е.И., Юхалина Н.С., Левданская Е.Л., Рыбик О.М. 209

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
Куприянова И.Е., Молоткова Н.Ю. 210

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У РЕБЕНКА НА РОДИТЕЛЕЙ В КОНТЕКСТЕ РАЗРАБОТКИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ
Куприянова Т.А., Корень Е.В., Дробинская А.О., Хайретдинов О.З. 211

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ШКОЛЬНИКОВ-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ
Логинов И.П., Солодкая Е.В. 212

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ РЕАНИМАЦИЮ
Луговых Н.А., Малинина Е.В., Маркина М.Ю. 213

ДИСМОРФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД АДОЛЕСЦЕНЦИИ
Мазаева Н.А., Головина А.Г. 214

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВ
Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. 214

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ
Макарова Л.О., Шушпанова О.В. 215

К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
Малинина Е.В. 216

ПСИХИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СИНДРОМА ВЕСТА
Малинина Е.В., Мануйлов Г.В., Кочкина А.А. 217

БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.
Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С., Пахтусова Е.Е. 218

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, КАК ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ
Меркурьева Ю.А., Малыгин В.Л., Искандирова А.С., Краснов И.О. 219

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ГОРОДА БРЯНСКА
Михейкина О.В. 220

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ АГРЕССИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
Мишкина Е.И. 221

К ВОПРОСУ О РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ
Николаев Ю.М., Кунафина Е.Р., Марфина Н.А. 222

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АУТИЗМОМ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2014 Г.
Николаева Т.А., Творогова Н.А. 223

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПО ТИПУ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АЛЬТЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ
Новикова Г.Р. 224

СУБЪЕКТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ, МОТИВАЦИЯ И ОБУЧАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
Осмина Е.В. 225

ОСОБЕННОСТИ ДЕФЕКТА
ПРИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ
Очнева О.В., Генайло С.П., Горохова А.В.,
Туриченко В.В. 226

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
И ТЕРАПИЯ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ
РАССТРОЙСТВ НА МАНИФЕСТНОМ ЭТАПЕ
ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ШИЗОФРЕНИИ
Очнева О.В., Горохова А.В., Туриченко В.В.,
Московская Е.А., Безрукавая С.В., Потужная М.Г. 227

КЛИНИКА АБСТИНЕНЦИИ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА, ИНТЕРНЕТА
И МОБИЛЬНЫХ СРЕДСТВ ДОСТУПА К НЕМУ
Пережогин Л.О. 228

ДИНАМИКА НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
Пилявская О.И., Малинина Е.В. 229

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ
ПОВЕДЕНИЯ
Писевич М.В. 230

ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ И ПОГРАНИЧНЫЕ
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ (КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА,
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, РЕАБИЛИТАЦИЯ
И ПРОФИЛАКТИКА)
Плетнева Т.Г., Дроздовский Ю.В. 231

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ЕЖЕГОДНЫХ ЭПИЗОДОВ
ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Подсеваткин В.Г., Дроздова О.С. 232

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПАЛИПЕРИДОНА
У ПОДРОСТКОВ В ОСТРОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ
СОСТОЯНИИ
Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Писевич М.В. 233

КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ В СИСТЕМЕ
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
Потокина А.М., Антохин Е.Ю., Карпец А.В.,
Шлафер М.И. 234

ДЫХАТЕЛЬНО-РЕЛАКСАЦИОННЫЕ
УПРАЖНЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ
КОРРЕКЦИИ ЗАИКАНИЯ
Разумовский О.Ю. 235

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ НЕОРГАНИЧЕСКОГО
ЭНКОПРЕЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
Ретюнский К.Ю., Бебенин А.А. 235

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
Ретюнский К.Ю., Бебенин А.А. 236

К ВОПРОСУ О ТРАВМАХ ГОЛОВЫ
У ДЕТЕЙ
Сартакова О.В. 237

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АГРЕССИИ
В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ –
ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА МЕГАПОЛИСА
Свинцова А.В., Панкова О.Ф., Атмашкина О.М.,
Дьяченко А.С. 238

КОМПЛЕКСНЫЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ
И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ
ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ ДЕФЕКТА У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО КРУГА
Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Зверева Н.В. 239

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ
ДЕТСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ И ОРГАНИЗАЦИИ
ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ
Скобло Г.В., Трушкина С.В. 240

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ
У ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ
Слюсарь И.Н., Слюсарь Т.А. 241

РОЛЬ ПСИХОГЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
У ПОДРОСТКОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ
НАПРЯЖЕНИЯ
Слюсарь Т.А., Слюсарь И.Н. 241

ВОЗМОЖНОСТИ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА
В ОПРЕДЕЛЕНИИ ВИДОВ КОГНИТИВНОГО
ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ШИЗОФРЕНИЕЙ
Строгова С.Е., Зверева Н.В., Хромов А.И. 242

НАРУШЕНИЕ РАЗВИТИЯ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ
Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Сачук О.В. 243

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА,
УЧАСТНИКОВ ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛ
ПО СЕМЕЙНЫМ СПОРАМ
ПРИ РАЗВОДЕ РОДИТЕЛЕЙ
Терехина С.А. 244

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ С УРОВНЕМ НЕСФАТИНА-1
У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ
Ткаченко Н.В., Заика В.Г., Андреева В.О.,
Лев Л.М., Андреев А.С. 245

РАЗВИТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ
СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ КОРЕННОГО (НАНАЙЦЫ)
И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГИДРОЛОГИЧЕСКОЙ
КАТАСТРОФЫ (НАВОДНЕНИЕ
В БАССЕЙНЕ АМУРА)
Ткаченко О.И., Колотилин Г.Ф. 246

СУДОРОЖНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ И ПАТОЛОГИЯ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ
С ПРЕМОРБИДНОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
Туровская Н.Г. 247

АНАЛИЗ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ
УСТАНОВОК У ВОСПИТАННИКОВ
НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРЕБЫВАНИЯ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА
Уласень Т.В. 248

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД
К РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ РАССТРОЙСТВ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И КОМПЛЕКСНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ КОМОРБИДНЫХ НАРУШЕНИЙ
Устинова Н.В., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И.,
Мамедьяров А.М., Геворкян А.К., Ровенская Ю.В. 249

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОВ У ПОДРОСТКОВ
Фалькович С.П. 250

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПО НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, АНТЕНАТАЛЬНАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. 250

ФЕНОМЕН РЕГРЕССА НАВЫКОВ ПРИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ
Хайретдинов О.З. 251

ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ МОТОРНОЙ АЛАЛИИ
Хрущ А.И. 252

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
Хрящев А.В., Соколова Н.Н., Точина Е.Э. 253

СИНДРОМ КЛЯЙНЕ-ЛЕВИНА: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ
Цветков А.В. 254

ДЕПРИВАЦИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ, КАК ОДНА ИЗ ДЕТЕРМИНАНТ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ
Чибисова И.А., Макушкин Е.В. 255

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Чубаева А.В., Руш О.Е., Иванова Е.В. 256

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ У УЧАЩИХСЯ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА
Чубаровский В.В. 257

ДИНАМИКА РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО КРУГА У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ОБСЕРВАЦИОННОГО ЛОНГИТУДИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Чубаровский В.В., Катенко С.В. 257

ТРУДНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИХ СОПРОВОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Шалимов В.Ф. 258

ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЕОБРАЗИЯ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРОСТКОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В., Балакирева Е.Е. 259

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ (ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ)
Шевченко Ю.С. 260

О РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ ПРЕДПОСЫЛОК В ФОРМИРОВАНИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ
Шивирев Н.А., Сединина Н.С., Жукова О.В., Шилова М.А., Солонина А.М., Сединин А.Л. 261

ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНОЙ ДИНАМИКИ САМООЦЕНОК У ДЕТЕЙ-СИРОТ С НЕВРОЗАМИ
Шикин Ю.М. 262

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Яковлева Ю.А. 262

РАЗДЕЛ 6.
МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕВЕРБАЛЬНОГО ТЕСТА У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК С ДЕВИАНТНЫМИ И АДДИКТИВНЫМ ФОРМАМИ ПОВЕДЕНИЯ
Аболонин А.Ф., Назарова И.В. 264

УРОВЕНЬ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В СОСТОЯНИИ СТРЕССА
Абрамов В.А., Денисов Е.М. 265

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОСТИ С ТИПОМ СОЦИАЛИЗАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
Абрамова А.А., Кузнецова С.О. 266

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ
Абросимов И.Н., Ялтонский В.М. 266

ДИАГНОСТИКА СУБЪЕКТИВНОГО УРОВНЯ ОДИНОЧЕСТВА В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ
Авхимович С.А., Чурсина Ю.С., Култышев Д.В., Уразбахтина А.О., Уманская П.С. 267

СОЗАВИСИМОСТЬ И МОТИВАЦИЯ НА ЕЕ КОРРЕКЦИЮ У РОДСТВЕННИКОВ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Адамова Т.В., Литвинков Н.П., Папырин В.Д., Даренский И.Д. 268

АНГЕДОНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ
Адамян А.А., Кананович П.С., Ениколопов С.Н. 269

ИЗМЕРЕНИЕ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ АБСТРАКТНОГО МЫШЛЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ «НАРУШЕНИЯ АБСТРАКТНОГО МЫШЛЕНИЯ» НА МАТЕРИАЛЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОК
Алексеев А.А., Рупчев Г.Е. 270

ПОСТПСИХОТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ: ОСОБЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ
Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Крюкова Е.М. 271

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Арчакова О.А., Малиновская С.Д., Сивальнев Н.И. 272

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА СТИГМАТИЗАЦИИ У ЛИЦ СО СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ
Баева А.С., Бедина И.А. 273

СУБЪЕКТИВНОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Баранов А.В., Абасова И.Э. 273

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ-УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОТРЕБНОСТЬЮ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Белокрылов И.И., Аболонин А.Ф. 274

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ЛИЧНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ
Белопольская Н.Л. 275

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА
Богачева В.А., Захаров Д.В., Михайлов В.А. 276

ВЛИЯНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Ложникова Л.Е., Стрижев В.А., Мартусенко А.В., Кириченко Р.Р. 277

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ «СОЗАВИСИМОСТИ» В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ
Бочаров В.В., Шишкова А.М. 277

ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА
Быкова И.С., Артемова О.В. 279

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНЫМ ИНТЕЛЛЕКТОМ, АНТИЦИПАЦИОННЫМИ СПОСОБНОСТЯМИ И IQ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ
Василевская Е.А., Менделевич В.Д. 280

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКА TOSCA-3 В ИССЛЕДОВАНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ
Виноградова М.Г., Хохлова О.Ю. 280

СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ПОДРОСТКОВ – ЖЕРТВ ШКОЛЬНОГО БУЛЛИНГА
Воликова С.В., Калинкина Е.А. 282

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ», HAPIEE)
Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Панов Д.О., Есипенко О.В. 282

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ, ПЕРЕЖИВАНИЯ ВИНЫ И СТЫДА И КОПИНГ-ЮМОР ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Григорьева И.В., Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Олейчик И.В., Ениколопов С.Н. 283

ТИПЫ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГБУ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МИЛОСЕРДИЯ Г. МОСКВЫ
Гусакова З.С., Дементьева И.А., Соколов Д.А., Дручинина Е.П. 284

ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В СВЕТЕ ЗАДАЧ ПСИХОТЕРАПИИ
Гусева О.В., Коцюбинский А.П., Кокоулина Ю.Ю. 284

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ
Денисов Е.М., Абрамов В.А. 285

УРОВЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА
Денисов Е.М., Абрамов В.А. 286

ОРГАНИЗАЦИЯ И ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ УТРАТАХ
Добряков И.В., Дегтярева К.В. 287

СВЯЗЬ СКЛОННОСТИ К СТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ
Долныкова А.А., Самойлова Е.А. 288

АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ «ШКАЛА ИМПУЛЬСИВНОСТИ С. БАРРАТТА» (BIS-11)
Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Максимова М.Ю. 289

МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ О ЦЕЛЯХ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
Захаров Н.Б. 290

ПРОКРАСТИНАЦИЯ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В НОРМЕ И ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Зверева М.В., Олейчик И.В., Омельченко М.А., Румянцев А.О. 290

ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕНОМЕНА АЛЕКСИТИМИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГОВ
Зиньковский А.К., Антоновский А.В. 292

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Иванова Д.И., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Иванова Е.М. 293

СПЕЦИФИКА КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. 294

О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБОРА КАНДИДАТОВ НА УЧЕБУ В УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ СИСТЕМЫ МВД РОССИИ
Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В. 294

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ
Климушева Н.Ф., Столяр А.Г., Баранская Л.Т., Казнина Т.В. 295

ОСОБЕННОСТИ ПРОАКТИВНЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ В СТРУКТУРЕ ПРОАКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ С РАЗНЫМ ТИПОМ ТЕРАПИИ
Кобзева Л.С. 296

КОРРЕЛЯЦИИ КОЭФФИЦИЕНТА СТАНДАРТНОСТИ В МЕТОДИКЕ «4-ЫЙ ЛИШНИЙ» С КОГНИТИВНЫМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ
Кобзова М.П. 297

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ЧУВСТВА ЮМОРА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЯМИ
Коновалова О.Ю., Никифорова Д.И., Холодова О.В., Добренко Д.О. 298

АПРОБАЦИЯ ШКАЛЫ СОЦИАЛЬНОГО ИЗБЕГАНИЯ И ДИСТРЕССА (SOCIAL AVOIDANCE AND DISTRESS SCALE, SADS) ВО ВЗРОСЛОЙ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ВЫБОРКЕ
Краснова-Гольева В.В., Холмогорова А.Б. 299

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА
Краснощекова И.В., Дереча В.А. 299

ПАТОПСИХОЛОГИЯ В СИСТЕМНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ
Критская В.П., Мелешко Т.К. 300

АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА
Кряжев М.Г. 301

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ КОСВЕННОЙ АГРЕССИИ
Кузнецова С.О., Абрамова А.А., Ениколопов С.Н. 302

ЛИЧНОСТНЫЙ СМЫСЛ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ
Кузькина А.И., Ялтонский В.М. 303

ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ВУЗА
Кулыгина М.А., Царенко Д.М., Семиглазова М.В. 303

СКРИНИНГОВАЯ МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДБОЛЕЗНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ
Лебедев М.А., Палатов С.Ю., Ковров Г.В. 305

ТИПЫ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Лебедева Г.Г. 305

КОМПЛАЕНС КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН
Ложкина Л.И., Шелыгин К.В. 306

ТИПОЛОГИЯ БОЛЬНЫХ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА
Лутова Н.Б. 307

ПСИХИЧЕСКАЯ РИГИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Лысенко И.С. 308

ФАКТОРЫ АКТИВНОСТИ ПОИСКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Малыгин Я.В., Цыганков Б.Д., Исмаилова С.Ф. 309

ФОНОСЕМАНТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И АФФЕКТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ
Марченко А.А. 310

СОЦИАЛЬНОЕ ПОЗНАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ
Никитина И.В. 311

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ
Нуцкова Е.В. 311

ОЦЕНКА УРОВНЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЕНСА У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
Орлов Г.В., Шарипова Р.Р. 312

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗНОЙ ДАВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ*
Пуговкина О.Д., Акулова А.А. 313

ФЕНОМЕН ГЛОБАЛИЗАЦИИ В ВОСПРИЯТИИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ
Пуговкина О.Д., Давыдова Ю.А. 314

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА СУБЪЕКТИВНУЮ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Раковская Н.В., Лутова Н.Б., Лозинская Е.И. 315

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОПОДОБНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИСТЕРИЧЕСКИМ НЕВРОЗОМ
Руденко С.Л. 316

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ТРУДОМ КАК ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
Руженская Е.В. 317

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХИАТРИИ В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОГО ВОЛОНТЕРСКОГО ПРОЕКТА «АНТИСТРЕСС«
Руженская Е.В., Гиниятова Ю.Р., Комаров С.Д., Корягина Н.А., Иванова С.В. 318

ОСОБЕННОСТИ «THEORY OF MIND« («МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО«) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЭНДОГЕННОГО ПРИСТУПА
Румянцева Е.Е. 319

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМОКОПЛЕКСЫ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ
Русина Н.А. 320

«РОДИТЕЛЬСКИЙ КЛУБ» КАК РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ДЛЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
Рычкова Л.С., Грибова Т.А., Чебан А.Ю. 322

ВЛИЯНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Сергеева А.В. 322

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИСПЫТУЕМЫХ, СКЛОННЫХ К САМОПОВРЕЖДЕНИЯМ
Силкина Ю.А. 324

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБРАЗА ТЕЛА И ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Слепец В.В., Быкова И.С. 324

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ МИГРАНТОВ
Смирнова Т.Г., Бочаров В.В., Смирнов В.П. 325

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ НОРМА КАК ОРИЕНТИР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ
Соловьева С.Л. 326

ЦЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
Соловьева С.Л., Портнова А.Г. 328

ПРОБЛЕМА КОМПЛЕКСНОЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ, НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Соловьева С.Л., Саковская В.Г., Милютин С.М., Смирнов А.П. 329

АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ
Степанова А.В., Коцюбинский А.П., Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. 330

ВЛАДЕНИЕ ВТОРЫМ ЯЗЫКОМ КАК КОМПЕНСАТОРНЫЙ РЕСУРС ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ВЕРБАЛЬНОЙ БЕГЛОСТИ У МИГРАНТОВ-БИЛИНГВОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ
Смирнова Д.А., Walters J., Fine J., Muchnik-Rozanov Y., Paz M., Lerner V., Belmaker R.H., Bersudsky Y. 330

СТРАХ КАЗАТЬСЯ ОБЪЕКТОМ НАСМЕШКИ И СОЦИОФОБИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Стефаненко Е.А., Григорьева И.В., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. 332

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ У СТУДЕНТОВ
Стоянова И.Я., Шухлова Ю.А. 332

СОЦИАЛЬНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ КАК ФАКТОР АДАПТИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Сурина А.Е. 333

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ «МЕНИНГИОМА»
Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е. 334

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА В УСЛОВИЯХ ТЕХНОГЕННО-ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ
Терехина О.В. 335

СЛУЖБА ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ – ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ
Тимошенко Е.А., Антохин Е.Ю., Чемезов А.С., Горбунова М.В., Титова Е.В., Ерзин А.И. 336

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИРОВОЗЗРЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Токарева Н.Г., Железнова Е.В. 337

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ЗНАЧИМОГО ФАКТОРА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ
Тявокина Е.Ю., Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Савельев А.П. 338

ХРОНИЧЕСКАЯ СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВАЯ СИТУАЦИЯ И ЛИЧНОСТЬ
Урываев В.А. 339

ЕДИНЫЙ ЦЕНТР ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Усачева Е.Л., Портнова А.А., Серебровская О.В., Смирнов И.И., Безменов П.В., Попова Е.С., Вяльцева И.Ю., Романова О.А. 340

ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМИ ПРИСТУПАМИ ШИЗОФРЕНИИ
Ханько А.В. 341

РОЛЬ МОТИВАЦИИ В НАРУШЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОТ АУТИСТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ К СОЦИАЛЬНОЙ АНГЕДОНИИ
Холмогорова А.Б. 342

ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ
Хубларова Л.А., Захаров Д.В., Михайлов В.А. 343

ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ У МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ И ВРАЧЕЙ ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Игнатенко С.А., Озоль С.Н. 344

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ОПТИЧЕСКОЙ ДИСГРАФИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
Шаповалова Л.А., Шашкова С.С., Рычкова Л.С. 345

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В УСТАНОВЛЕНИИ КОМПЛАЙНСА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, С ДЛИТЕЛЬНЫМ СРОКОМ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Шмилович А.А., Савчук Н.М., Волошина Е.В., Медынцева Т.А. 346

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОМ ТРЕМОРЕ
Шубина Ю.В., Захаров Д.В., Михайлов В.А. 347

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ
Юдеева Т.Ю., Скобинева Н.В. 347

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ-ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРОМ
Юлдашев В.Л., Тимербулатов И.Ф., Бакиров Л.Р. 348

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ КАК УГРОЗЫ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ
Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. 349

КАК ПАЦИЕНТЫ ВОСПРИНИМАЮТ СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ? АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ
Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В. 350

ОСОБЕННОСТИ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ
Яровицкий В.Б. 351

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕУСТОЙЧИВОГО КРУГА
Яшихина А.А. 352

РАЗДЕЛ 7.
НАРКОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ
Абдуллаева В.К., Ходжаева Д.Х. 354

СЕМЬЯ В СИСТЕМЕ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ
Абросимов И.Н., Геронимус И.А., Колпаков Я.В. 354

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММАХ
Агибалова Т.В., Недобыльский О.В., Любченко Д.А., Борисенко Л.Н., Ермакова Г.А., Алексеева О.В., Малышко Е.В., Загоруйко М.В., Тюрин М.В., Терентьев В.В., Горохов А.М., Сезин Ю.В. 355

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Агибалова Т.В., Козин В.А. 356

КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛИЧНОСТНЫЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПАТТЕРНОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ
Агибалова Т.В., Кибитов А.О., Поплевченков К.Н. 357

ВЛИЯНИЕ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ
Агишев В.Г., Бизина Л.Н., Муратов Е.В. 358

СОЗАВИСИМОСТЬ И МОТИВАЦИЯ НА ЕЕ КОРРЕКЦИЮ У РОДСТВЕННИКОВ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
Адамова Т.В., Литвинков Н.П., Папырин В.Д., Даренский И.Д., Котельникова Л.А. 359

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ
Азбарова А.А. 359

ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ
Андропова Н.В., Максименко Н.Н., Бурлака О.В. 360

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПРЕМОРБИДНЫМИ ЧЕРТАМИ ЛИЧНОСТИ И ЧАСТОТОЙ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЕГО ПРОГНОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ
Ашуров З.Ш., Шин З.В. 361

МОДЕЛЬ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА
Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Цветкова Л.А., Волкова Е.Н. 362

ПРОДУКЦИЯ ЦИТОКИНОВ И ПАРАМЕТРЫ ИММУННОГО СТАТУСА У ЛИЦ С АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Батухтина Е.И., Невидимова Т.И., Савочкина Д.Н., Бохан Н.А. 363

ФАКТОРЫ АДАПТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАНТОВ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Барабанова Л.В. 364

ПОИСКОВЫЙ ПОЛИНАРКОТИЗМ И РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ У ПОДРОСТКОВ – СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
Бенько Л.А., Боклач П.И. 365

МЕДИЦИНСКАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
Береза Ж.В. 365

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И СЕМЕЙНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВКЛЮЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРОГРАММУ МЕДИЦИНСКОЙ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Береза Ж.В. 366

ФАРМАКОТЕРАПИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ НАЛТРЕКСОНОМ: ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ
Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Ярославцева Т.С., Палаткин В.Я., Ветрова М.В., Вербицкая Е.В., Гриненко А.Я., Кибитов А.О. 368

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АКТИВНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ В ГРУППАХ, СФОРМИРОВАННЫХ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛЕЧЕНИЮ
Богданова С.С., Ретюнский К.Ю., Богданов С.И. 368

НЕЙРОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ НОЦИЦЕПЦИИ ПРИ ДЕЙСТВИИ ЭНДОГЕННЫХ ОПИОИДОВ И НЕЙРОГОРМОНОВ
Борисова Е.В., Мещеряков А.Ф., Галева Н.Н. 369

ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ И ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
Бохан Н.А., Батухтина Е.И. 369

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ A118G ГЕНА М -ОПИОИДНОГО РЕЦЕПТОРА (OPRM1) У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ
Бродянский В.М., Кибитов А.О., Проскурякова Т.В., Чупрова Н.А., Агибалова Т.В., Щурина А.В., Ромашкин Р.А. 370

РАЗЛИЧИЯ В ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ КАТАМНЕСТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ
Бухаров В.Г., Корнетов Н.А., Семин И.Р. 371

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНДЕРНЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕНОСТЕЙ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ВРАЧЕЙ
Волкова Е.В., Кислов А.И. 371

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Волкова О.А., Бердовская М.П., Чергейко М.А. 372

КОРРЕЛЯЦИЯ «ШКАЛЫ ОДИНОЧЕСТВА» И «ШКАЛЫ ДЕПРЕССИИ ГОТЛАНДА» У ОДИНОКИХ ЖЕНЩИН, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ
Гареева Г.А., Шайдукова Л.К. 373

ПРОЛОНГ НАЛТРЕКСОНА КАК ФАКТОР УДЕРЖАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ В СИСТЕМЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Городнова М.Ю. 374

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Даренский И.Д. 375

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Даренский И.Д., Адамова Т.В. 376

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Добровольская А.Е., Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Трусова А.В. 377

ИНФЕКЦИОННАЯ КОМОРБИДНОСТЬ В НАРКОЛОГИИ
Должанская Н.А., Корень С.В. 377

ВЫБОР МЕТОДА КРАТКОСРОЧНОЙ И ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С УЧЕТОМ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА
Донской Д.А., Копытов А.В. 378

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Дудко Т.Н., Папырин В.Д., Литвинков Н.П. 379

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ МАСТЕРСКИХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ«
Дудко Т.Н., Целинский Б.П., Шурыгин Г.И. 380

К ВОПРОСУ ПРОБЛЕМЫ ГЕМБЛИНГА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА
Евдокимова Т.Е., Цыганков Б.Д. 381

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Егоров А.Ю. 382

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Зальмунин К.Ю. 382

СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С
Зелтынь Т.В., Бузина Т.С. 383

РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА В DSM-5: УТИЛИТАРНЫЕ ПОДХОДЫ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ УГРОЗЫ
Зобин М.Л. 384

ПРЕДИКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ: КРИТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ВОЗРАСТА ПЕРВЫХ ПРОБ АЛКОГОЛЯ И СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ
Иващенко Д.В., Шувалов С.А., Чупрова Н.А., Кибитов А.О. 385

ПОТРЕБИТЕЛИ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ: КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ
Игумнов С.А., Станько Э.П., Гелда А.П. 385

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ОПИОИДОВ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ
Илюк Р.Д., Джалилова З.О., Громыко Д.И., Ильюшкина Е.В., Святенко В.С., Ерофеева Н.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М. 386

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ И УРОВЕНЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
Исаев Р.Н., Кибитов А.О., Чупрова Н.А., Бродянский В.М., Щурина А.В., Ромашкин Р.А. 387

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МАТЕРЕЙ НАРКОЗАВИСИМЫХ
Исаева Е.Р., Береза Ж.В. 388

АДДИКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ СИСТЕМНОГО КРИЗИСА УПРАВЛЕНИЯ
Карпов А.М., Шмакова М.А., Семенихин Д.Г., Герасимова В.В. 389

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОГНОЗА ВАРИАНТОВ ФОРМИРОВАНИЯ, РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Кибитов А.О., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Шувалов С.А. 390

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АСПЕКТЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ
Клименко Т.В., Козлов А.А. 391

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Ковшова О.С., Просветова А.А. 392

МОТИВАЦИЯ НА ПСИХОТЕРАПИЮ И РЕАБИЛИТАЦИЮ В ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ
Колпаков Я.В. 393

ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ ДЛЯ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ
Колпаков Я.В., Ялтонский В.М., Ромащенко Г.И. 394

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
Конева О.Б., Рычкова Л.С. 395

АНАЛОГИ НЕЙРОПЕПТИДОВ КАК СРЕДСТВА КОРРЕКЦИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ
Константинопольский М.А., Колик Л.Г., Гудашева Т.А. 396

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
Корчагина Г.А., Фадеева Е.В. 397

ПРОТОКОЛЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГРУПП РИСКА ПО РАЗВИТИЮ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., Колпаков Я.В., Григорьева А.А. 398

ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕГАБАЛИНА В ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОМЕЖУТОЧНОГО АНАЛИЗА
Крупицкий Е.М., Илюк Р.Д., Михайлов А.Д., Казанков К.А., Рыбакова К.В., Гришина О.Г., Заплаткин И.А. 399

ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПЛАЦЕБОКОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕГАБАЛИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОМЕЖУТОЧНОГО АНАЛИЗА
Крупицкий Е.М., Рыбакова К.В., Михайлов А.Д., Скурат Е.П., Киселев А.С. 400

ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ ДИСПОЗИЦИЙ, ЗНАЧИМЫХ В ПРОГНОЗЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ.
Крупицкий Е.М., Трусова А.В., Скурат Е.П., Исмаилова Р.Д. 401

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ, КАК СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ДОСТОВЕРНО ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ НАРКОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН
Кувшинникова М.Б., Ковшова О.С. 402

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Кулаков С.А., Береза Ж.В. 403

СОЦИАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ УСТОЙЧИВОСТИ РЕМИССИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ
Кутянова И.П., Щекатурова О.М. 404

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯВШИХ КАННАБИНОИДЫ
Ларионова Е.В. 405

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТНЫХ ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ
Лобачев А.В., Тихенко В.В., Марченко А.А. 406

ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПРОФИЛЯ ДЕВУШЕК, ВЫРОСШИХ В СЕМЬЯХ, ГДЕ РОДИТЕЛЬ СТРАДАЛ АЛКОГОЛИЗМОМ
Лукашук А.В., Меринов А.В. 407

ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СМЕРТНОСТИ И СЛУЧАЕВ ПЕРЕДОЗИРОВОК У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
Максимчук В.П. 408

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ И С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С., Пахтусова Е.Е. 409

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ И НИЗКИМ УРОВНЕМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ
Малыгин В.Л., Исаев Р.Н., Кутукова Е.А., Бродянский В.М., Кибитов А.О. 409

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ ПРИ АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ
Медведев Н.П. 410

СОЧЕТАНИЕ БИОХИМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ
Мельников М.А., Карпов А.М. 411

ПСИХИАТРИЯ В ЭПОХУ АДДИКТОЛОГИИ: НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕАЛИИ
Менделевич В.Д. 412

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Мингазов А.Х. 412

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНОЗОВ
Немкова Т.И. 413

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В РОССИИ: 1956-2013 ГГ.
Немцов А.В., Шелыгин К.В. 414

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПРЕГАБАЛИНОМ
Ненастьева А.Ю., Рохлина М.Л., Усманова Н.Н., Захаров Е.Д. 414

СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: РОЛЬ СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ И ЕЕ СТЕПЕНИ
Николишин А.Е., Чупрова Н.А., Бродянский В.М., Кибитов А.О. 416

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ КУСТАРНЫМИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ
Носатовский И.А. 416

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ФЕНИЛПРОПАНОЛАМИНОВОЙ НАРКОМАНИИ
Носатовский И.А. 417

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Орлова М.А., Гофман А.Г. 418

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ В РЕГИОНЕ АНТРОПОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ (НА МОДЕЛИ Г. ЩЕКИНО И ЩЕКИНСКОГО РАЙОНА ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ)
Погосов А.В., Лесников О.И. 419

ПРИЧИНЫ ОБРАЩЕНИЯ ЗА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ НА РАННИХ ЭТАПАХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Понизовский П.А. 420

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В АБСТИНЕНТНЫЙ ПЕРИОД ЗАВИСИМОСТИ, ВЫЗВАННОЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ И ТРОПИКАМИДА
Прилуцкая М.В., Кулиев Р.С. 421

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ИНТОКСИКАЦИЯМИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В УСЛОВИЯХ СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Приятель В.А. 422

ИССЛЕДОВАНИЕ «МИКРОСОЦИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА» ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
Сабитов И.А., Кузьмина А.Г., Макарова И.М. 423

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ
Сапожников А.Н., Сабитов И.А. 424

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ
Сахаров А.В., Говорин Н.В., Голыгина С.Е., Пляскина Е.В. 425

ЧАСТОТА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СТУДЕНТАМИ РАЗНЫХ ТИПОВ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ГОРОДА ЧИТЫ
Сахаров А.В., Плюснина О.Б., Говорин Н.В. 426

ОСОБЕННОСТИ ЛАТЕРАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ
Сивач Т.В., Ненастьева А.Ю., Усманова Н.Н. 427

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ И ГЛУТАМАТ
Сиволап Ю.П. 428

АНАЛИЗ МОТИВОВ ПОТРЕБЛЕНИЯ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА ИЗ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Синевич А.А., Копытов А.В. 428

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МОТИВАЦИИ И СУБЪЕКТИВНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТИ
Старченкова А.М., Урсу А.В. 429

ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ
Тарумов Д.А., Ефимцев А.Ю., Литвинцев Б.С., Корзенев А.В., Евдакова И.А., Павлов Р.А. 430

МНОГООСЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Тихенко В.В. 432

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПСИХОЗ В СВЯЗИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
Усов Г.М., Науменко Е.А., Гасенко К.А., Донской В.В., Гусев А.М., Суханова Н.С. 432

ВЛИЯНИЕ ВИДА ПРИВЯЗАННОСТИ К РОДИТЕЛЯМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
Федотов И.А., Шустов Д.И. 434

ОЦЕНКА МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ В ОТНОШЕНИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ЗАДАЧИ ПРОФИЛАКТИКИ
Харитоненков В.Ф. 435

СТЕПЕНЬ ПСИХОПАТИЗАЦИИ В СТРУКТУРЕ АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ
Ходжаева Н.И., Ашуров З.Ш. 435

НАРУШЕНИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ
Ходжаева Н.И., Султанов Ш.Х. 436

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗРАБОТКЕ СИСТЕМЫ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕЛЕГАЛЬНОГО АЛКОГОЛЯ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ
Холдин В.Н., Корчагина Г.А., Колпаков Я.В., Фадеева Е.В. 436

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ СРЕДНИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РЕГУЛЯРНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГЛЬНЫХ НАПИТКОВ
Цветкова О.В., Цветкова Ю.В. 437

РАЗЛИЧИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ ПАМЯТИ И ЕЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ЗАВИСИМОСТЯМИ
Чернобровкина Т.В. 438

ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО РОЛЬ В ЗАРАЖЕНИИ АССОЦИИРОВАННЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И СИФИЛИСОМ
Чумаков Е.М., Петрова Н.Н., Смирнова И.О. 439

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЯМИ
Шайдукова Л.К. 440

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРОФИЛЯМИ ЛИЧНОСТИ ММРІ У ОДИНОКИХ ЖЕНЩИН, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ
Шайдукова Л.К., Гареева Г.А. 441

КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН
Шашкова А.М., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Винникова М.А., Кибитов А.О. 442

АНТИАЛКОГОЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ 2005 Г. И ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Шелыгин К.В., Немцов А.В. 443

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА СКЛОННОСТЬ К ИГРОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ У ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Щевлягина М.Б., Мельников М.А. 443

КОРРЕЛЯЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С УРОВНЕМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
Яковлев А.Н., Коростин М.И., Бродянский В.М., Кибитов А.О. 444

ИСКАЖЕНИЕ САМООЦЕНКИ СОЦИАЛЬНО-ЖЕЛАТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ У ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ
Яковлев А.Н., Коростин М.И., Пажитных Д.В., Ткачев А.А., Пашкевич Н.В., Бродянский В.М., Кибитов А.О. 445

РИСК УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ ПОДРОСТКАМИ С ПРОБЛЕМНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ: АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И «ПОИСКА НОВИЗНЫ»
Яковлев А.Н., Коростин М.И., Пажитных Д.В., Ткачев А.А., Пашкевич Н.В., Бродянский В.М., Кибитов А.О. 446

ПРОБЛЕМА ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СПЕКТРА НАРУШЕНИЙ В РОССИИ
Ялтонская А.В., Колпаков Я.В., Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. 446

ВОСПРИЯТИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ ПОДРОСТКАМИ И ИХ РОДИТЕЛЯМИ (СХОДСТВО И РАСХОЖДЕНИЯ В СУБЪЕКТИВНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ О БОЛЕЗНИ)
Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Кошелева Е.А., Ялтонская А.В. 448

РАЗДЕЛ 8.
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

СПОСОБ ВОЗДЕЙСТВИЯ ГАРМОНИЧЕСКИМ ЗВУЧАНИЕМ В СООТВЕТСТВИИ С ЭКСТРЕМУМАМИ МАКСИМУМ И МИНИМУМ НА ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО
Григорьева Е.А., Дьяконов А.Л., Певзнер А.А. 449

ПРИМЕНЕНИЕ СУБНАРКОТИЧЕСКИХ ДОЗ МЕДИЦИНСКОГО КСЕНОНА В ТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Цыганков Б.Д., Добровольский А.П., Арутюнова Э.Э., Добровольская Ю.В. 450

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н., Зубов Д.С., Иванов М.В. 450

ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ
Егоров А.Ю. 451

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТ) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Иванов М.В., Зубов Д.С., Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В., Дорофейков В.В. 452

КЛИНИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭЭГ ЭФФЕКТЫ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ
Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Олейчик И.В., Абрамова Л.И., Бологов П.В., Казачинская И.И., Медведева Т.И. 453

ПРОГНОЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ТМС И КОНЦЕНТРАЦИЯ СЕРОТОНИНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ЗПРР И РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Ильгизова А.А., Вильянов В.Б., Сорокин А.С., Кичук И.В., Никитенкова И.И., Хаминский А.М. 454

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СИМПАТОКОРРЕКЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ В ФОРМЕ ТРЕВОГИ У СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ
Кузовков А.Д., Ретюнский К.Ю. 455

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Маслеников Н.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. 455

ЭЭГ-ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Мельникова Т.С., Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Митрофанов А.А., Ковалев А.В. 457

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ
Насырова Р.Ф., Тараскина А.Е., Сосин Д.Н., Иващенко К.А., Ершов Е.Е., Кирничная К.А., Иванов М.В., Сычев Д.А., Незнанов Н.Г. 457

НОВЫЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АМНЕСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Нарышкин А.Г., Галанин И.В., Горелик А.Л., Абрамовская М.Н., Скоромец Т.А. 458

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭСТ И АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ
Оленева Е.В., Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В. 459

ДИНАМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АКТИВНОСТИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК СПОСОБ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ
Петренко Т.С., Ретюнский К.Ю., Кубланов В.С. 461

ПРИМЕНЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АКТИВНОСТИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ АМНЕСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ
Петренко Т.С., Ретюнский К.Ю., Кубланов В.С. 461

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МОДИФИКАЦИЙ ТМС ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА
Потапов И.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. 462

СОВРЕМЕННАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Сизов С.В., Барыльник Ю.Б., Воронцов О.В., Деева М.А. 463

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Стрельник С.Н. 464

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПСИХИАТРИИ
Томский А.А., Поддубская А.А., Гамалея А.А., Зайцев О.С. 465

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ (ТМС) ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЯХ
Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. 466

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ В КОРРЕКЦИИ МАЛОКУРАБЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Шамрей В.К., Абриталин Е.Ю. 467

РАЗДЕЛ 9.
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЯХ И ЧС

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЛОБАЛЬНОЕ ОСТРОЕ СТРЕССИРОВАНИЕ В ВИДЕ ТЕРАКТА
Ахвердова О.А., Якшин В.А., Сумина О.В., Зубов А.А. 469

ПОСЛЕДСТВИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ (МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)
Бедина И.А. 470

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ
Боев И.В., Ахвердова О.А., Уткин В.А., Лекомцева О.В. 471

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПРИЗНАКАМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Боев О.И., Мексичева Л.Н., Соловьев А.Г., Лекомцева О.В. 472

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕНЕСШИХ БОЕВУЮ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ (БПТ)
Боев О.И., Якушева Л.А. 473

ПРИНЦИПЫ ПОДБОРА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОФАРМАКОКОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНЫХ И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ
Боев О.И., Якушева Л.А., Лекомцева О.Л. 474

АФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ПСИХОТРАВМЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ
Бойко Ю.П., Аппенянский А.И. 475

ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТКРЫТЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
Гончаренко А.Ю. 476

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: МНОГОМЕРНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ «АДАПТИВНОГО ПРОФИЛЯ»
Гончаренко А.Ю. 477

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЛИЦ С БОЕВЫМ СТРЕССОМ В АНАМНЕЗЕ И СУБКЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Грачева Л.В., Сергеев В.А. 477

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИЙ УТРАТЫ У ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ
Джангильдин Ю.Т., Кроткова О.Г. 479

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЗГА: ДИАГНОСТИКА, НЕОТЛОЖНАЯ И ПЛАНОВАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ
Зайцев О.С., Максакова О.А., Сиднева Ю.Г., Лукшина А.А., Сторожева М.С., Кормилицына А.Н., Головина Г.С. 479

АНАЛИЗ КАТАМНЕЗА КОМБАТАНТОВ-ПЕНСИОНЕРОВ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Злоказова М.В., Соловьев А.Г., Ичитовкина Е.Г. 480

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ГЛОБАЛЬНЫХ ПСИХОТРАВМ (НА ПРИМЕРЕ ЖЕРТВ ТЕРРОРИЗМА)
Зубов А.А., Сумина О.В., Уваров В.В. 481

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ СИМПТОМОВ «ИДЕЯ МЕСТИ» И «АГРЕССИВНОСТЬ» В СТРУКТУРЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА
Идрисов К.А. 481

ПОСЛЕДСТВИЯ ОСТРОГО СТРЕССА НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТЕРАКТОВ В ВОЛГОГРАДЕ (2013 Г.)
Иоанниди Д.А., Поплавская О.В., Черная Н.А. 482

ЗНАКОМОЕ И НЕЗНАКОМОЕ В ОЦЕНКЕ РАБОЧЕЙ СИТУАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ
Капралов А.А. 483

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ В ТРУДАХ СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ ИЖЕВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА (1941-1945)
Ковалев Ю.В. 484

ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ДАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 1 ИМ Н.А. АЛЕКСЕЕВА ДЗ Г. МОСКВЫ)
Малин Д.И., Равилов Р.С. 485

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ БОЕВЫХ ПТСР У КОМБАТАНТОВ
Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Дрига Б.В., Баурова Н.Н. 486

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И КВАЛИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВОЗНИКАЮЩИХ У ЖЕРТВ ПРОТИВОПРАВНЫХ ДЕЙСТВИЙ
Орлов Г.В., Спиридонов В.А., Шарипова Р.Р. 487

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ТЕРАКТАХ В ВОЛГОГРАДЕ В 2013 Г. (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)
Оруджев Н.Я., Поплавская О.В., Черная Н.А. 488

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН – ВТОРИЧНЫХ ЖЕРТВ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ В ВОЛГОГРАДЕ 29 И 30 ДЕКАБРЯ 2013 Г.
Осадший Ю.Ю., Арчаков Д.С., Тараканова Е.С., Вобленко Р.А. 489

КОШМАРНЫЕ СНОВИДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПТСР
Пудиков И.В. 491

КЛИНИКА РЕАКТИВНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА
Садовничий К.С., Уваров В.В., Якшин В.А. 491

ВЬЕТНАМСКИЙ, АФГАНСКИЙ, ЧЕЧЕНСКИЙ, ДОНБАССКИЙ СИНДРОМ.. ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ПРИРОДУ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА
Солдаткин В.А., Снедков Е.В., Сукиасян С.Г. 492

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ПСИХОТРАВМИРУЮШИХ ФАКТОРОВ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ
Старостин О.А., Соловьев А.Г. 493

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ БРИГАД ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ
Таращук Е.Ю., Коростылева Е.В., Серый Д.В. 494

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕРТВ НАСИЛИЯ
Тюнева А.И., Цыганков Б.Д. 495

КСЕНОНОТЕРАПИЯ – МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПЕРИОД СИНДРОМА ОТМЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Шамов С.А., Цыганков Б.Д., Рыхлецкий П.З. 495

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС
Шишпаренок Е.В. 496

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ
Шпорт С.В., Бедина И.А. 497

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ППР) У ЖЕРТВ ТЕРРОРИЗМА
Якшин В.А., Ахвердова О.А., Зубов А.А., Садовничий К.С. 498

КОМПЛЕКСНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ НА ЭТАПЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА
Якшин В.А., Ахвердова О.А., Зубов А.А., Садовничий К.С. 499

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СТРУКТУРУ ПТСР
Ямпольская В.В., Сиденкова А.П. 500

РАЗДЕЛ 10.
ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПАТОЛОГИИ ВЛЕЧЕНИЙ В СТРУКТУРЕ СИНДРОМА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ
Арсеньев А.Р., Артемьева М.С. 502

КУДА ВЕДЕТ КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОПАТОЛОГИИ
Бобров А.Е. 503

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: СЛЕДУЕТ ЛИ ИХ РАСЦЕНИВАТЬ КАК РАССТРОЙСТВА ПОГРАНИЧНОГО ИЛИ ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ
Брюхин А.Е. 504

ПСИХИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ
Коцюбинский А.П. 505

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ
Крылов В.И. 506

К ВОПРОСУ О ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Марченко А.А. 507

ПАРЦИАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Марченко А.А. 508

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И/ИЛИ РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА: МИФЫ И ПРАКТИКА
Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. 508

ДИНАМИЧЕСКИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФЕНОМЕНА ТРЕВОГИ
Погодина М.Г. 509

МЕТОД ПОДГОТОВКИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ВЫБОРКИ ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ СТРУКТУРЫ СИНДРОМА
Савенко Ю.С. 510

ВОЗМОЖНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ОДЕРЖИМОСТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
Сединина Н.С., Лобанова И.П., Сединин А.Л. 511

К ВОПРОСУ ОБ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ ДЕПРЕССИЯХ
Субботская Н.В. 511

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ
Тиганов А.С., Клюшник Т.П. 512

РАЗДЕЛ 11.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

THE FUTURE OF PSYCHIATRY AND PRIMARY HEALTH CARE
Herrman H. 514

КАДРОВОЕ И РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ НА ЭТАПАХ СТАНОВЛЕНИЯ (1913-2013 ГГ.)
Алиев М.А. 514

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЗНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНА
Алиев М.А. 515

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Бебчук М.А. 516

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА НА БАЗЕ СТАЦИОНАРА ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА
Беккер И.М., Несифорова О.И. 517

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ
Благовидова О.Б. 518

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 7 ЛЕТ (2008-2014)
Богачев М.А., Одарченко С.С., Белецкая С.А. 519

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (СКФО)
Боев О.И. 520

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В УСЛОВИЯХ ЧС
Бойко Е.О. 521

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА В КОНТЕКСТЕ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ
Бохан Н.А. 522

ПЕРСПЕКТИВЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Букреева Н.Д. 523

ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ПЕРИОД РЕФОРМ: ОТ «ТОЛЬКО ЗНАЕМОГО» К «РЕАЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕМУ»
Бурыгина Л.А., Семенова Н.Д. 524

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В СЕМЬЯХ СО СТАТУСОМ СОЦИАЛЬНО ОПАСНОГО ПОЛОЖЕНИЯ
Бусыгин А.И., Николаев В.М., Капустин А.Н. 525

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ
Валинуров Р.Г., Ахмерова И.Ю., Тулбаева Н.Р. 525

ПРИБЛИЖЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ К НАСЕЛЕНИЮ – ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Галако Т.И., Тен В.И., Асанбаева Э.М., Мусабаева С.С., Пантелеева Л.Ю. 527

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПОГРАНИЧНОГО ПРОФИЛЯ
Гирфанова Е.П., Воронкова Т.А. 528

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И НЕПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ СОТРУДНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
Глушкова А.В., Семенова Н.В. 529

ЦЕНТР ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ
Горбунова М.В., Шлафер М.И., Каштанова Н.Д. 530

ПРИМЕНЕНИЕ ABC/VEN АНАЛИЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Гордеев В.А. 531

СИСТЕМА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ
Гордеев В.А., Сорокина В.А. 532

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА Г. ОМСКА
Гранкина И.В., Иванова Т.И., Барышева О.М. 533

ПРОГРАММА НЕОТЛОЖНЫХ МЕР И АКТИВИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. 533

СЕМЕЙНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ
Гуткевич Е.В. 535

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НАСЕЛЕНИЯ РФ
Демчева Н.К. 536

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Довженко Т.В., Бобров А.Е., Краснов В.Н., Старостина Е.Г., Царенко Д.М. 537

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Замятина И.И., Поплавская О.В., Земцов В.В., Усачев А.А. 537

ОСОБЕННОСТИ ЛЕТАЛЬНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ (КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АСПЕКТ)
Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В., Сафина Э.Х., Зимаков А.Ю. 539

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАДИГМЫ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ)
Иванова Т.И., Крахмалева О.Е., Барышева О.М. 540

ФОРМИРОВАНИЕ ДОЛЖНОГО УРОВНЯ НАДЕЖНОСТИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА В РАБОТЕ С ПЕРСОНАЛОМ БЕЛОРУССКОЙ АЭС: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И АДДИКТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
Игумнов С.А., Каминская Ю.М. 541

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Казаковцев Б.А. 541

ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫРАЖЕННЫМ ОГРАНИЧЕНИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Каменщиков Ю.Г., Багаутдинов М.Р., Попова Е.Г., Лукиных О.И. 542

О НЕКОТОРЫХ МЕРАХ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Кириллова А.В., Костюк Г.П., Нохуров Б.А. 543

РАЗРАБОТКА КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КОМИ ДО 2020 ГОДА
Князева Л.В., Пасынкова Ю.Г. 544

МОНИТОРИНГ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Кондинский А.Г. 545

ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ И ГОРОДСКОЙ МЕСТНОСТИ
Косенко Н.А. 546

РЕЛИГИОЗНАЯ АДДИКЦИЯ: ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Кунафина Е.Р. 547

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА БАЗЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР №7 (СО СТАЦИОНАРОМ)»
Курпатов В.И., Гладышенко А.В. 548

ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РФ, СОЗДАНИЕ «ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ»
Курпатов В.И., Курпатов А.В., Гладышенко А.В., Макиенко В.В. 549

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Макашева В.А., Тарасенко Е.И., Суворова Д.С. 549

УЧАСТИЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Максименко А.В. 550

ФАКТОРЫ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫМИ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Малыгин Я.В., Цыганков Б.Д. 551

ПСИХИАТРИЯ. ПЕРСПЕКТИВНННЫЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ОТРАСЛИ
Меркель В.А., Черемин Р.А., Стародубцев С.В. 552

О РЕЗУЛЬТАТАХ ПЕРВОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПРОЕКТА ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А., Сиденкова А.П. 554

ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, РЕАЛИЗОВАННЫЕ В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ
Некрасов В.А., Пашковский В.Э. 555

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ НЕВРОЗОВ
Нохрина Л.Я., Платонов Д.Г. 556

АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БРИГАД СКОРОЙ ПОМОЩИ В СОМАТИЧЕСКИЕ СТАЦИОНАРЫ Г. КАЗАНЬ
Орлов Г.В., Митрофанов И.А. 556

ДИНАМИКА ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХОЗАМИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2000 ПО 2011 ГГ.
Петрачков И.В. 557

НЕОТЛОЖНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
Пильщик А.Б., Коломбет О.О. 558

О РЕЗУЛЬТАТАХ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРИМОРСКОГО КРАЯ
Покоев А.И. 559

РАБОТА АМБУЛАТОРНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА
Пухлякова Е.В., Ворсина О.П. 560

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ГБУЗ «ПКБ №3 ИМ. В.А. ГИЛЯРОВСКОГО» ДЗМ
Савельев Д.В., Столяров Г.Б., Костюк Г.П. 561

ОСНОВНОЕ УСЛОВИЕ УСПЕШНОСТИ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Савенко Ю.С., Виноградова Л.Н. 562

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ИНТЕРНАТАХ СОЦЗАЩИТЫ
Северный А.А., Иовчук Н.М. 563

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Серебровская О.В. 563

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ГОРОЖАНАМ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
Сиденкова А.П., Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А. 564

МЕТОДЫ ПОСТРОЕНИЯ ДОВЕРИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРВАЛОВ ДЛЯ ИНКРЕМЕНТНОГО ОТНОШЕНИЯ ЗАТРАТЫ/ЭФФЕКТИВНОСТЬ В РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ
Симонов А.Н., Абрамова Л.И. 565

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
Смолева Е.О., Морев М.В. 566

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ АСТРАХАНСКОГО РЕГИОНА
Соболева Е.В., Хрящев А.В. 566

К 130-Й ГОДОВЩИНЕ ОТКРЫТИЯ В.М. БЕХТЕРЕВЫМ В ИМПЕРАТОРСКОМ КАЗАНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ПЕРВОЙ В РОССИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ
Созинов А.С., Менделевич В.Д., Митрофанов И.А. 567

ТРЕХУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Сорокина В.А. 568

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 ГОДУ
Сорокина В.А., Самусь И.В. 569

ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Спикина А.А., Софронов А.Г. 570

ЭТАПЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
Ступина О.П., Говорин Н.В. 571

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
Ступина О.П., Снигуряк Т.В. 571

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 НИЖНЕГО НОВГОРОДА: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ
Сучков Ю.А. 572

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
Тарханов В.С., Хрящев А.В., Решетникова А.В. 573

О ПРИОРИТЕТЕ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ В РАЗВИТИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, РАБОТАЮЩИМ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ С ОПАСНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА
Филиппова Ю.В., Филиппов В.Л., Рембовский В.Р. 575

О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ СТАЦИОНАРЫ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Халитов И.М., Хисамутдинова Ю.М. 576

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
Харькова Т.Л., Солохина Т.А. 576

ПОКАЗАТЕЛИ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН
Хисамутдинова Ю.М., Халитов И.М. 577

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ПСИХИАТРИИ: РАБОТА СО СМИ
Чеперин А.И., Четвериков Д.В., Шеденко М.И. 578

РЕАЛИЗАЦИЯ НАУЧНОГО И ЭКОНОМИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
Чеперин А.И., Одарченко С.С., Крахмалева О.Е., Иванова Т.И. 579

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
Чеперин А.И., Шеллер А.Д. 579

ПРОБЛЕМА ВЛИЯНИЯ ТРУДОВОЙ НАГРУЗКИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ, ВРАЧЕЙ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ОТНОШЕНИЕ К РАБОТЕ, РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
Чернов П.Д. 580

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ
Числов А.В., Андреева М.Ю. 581

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Шалимов В.Ф. 581

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ВОЙНЫ
Шамрей В.К., Гончаренко А.Ю., Рутковская Н.С. 582

ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
Шапошников Н.Н., Астахова Л.В., Романов Р.А. 583

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ
Шереметьева И.И., Плотников А.В. 584

ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
Широков Д.В., Платонов Д.Г. 584

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ПОДДЕРЖКИ ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ
Штаньков С.И., Ширяев О.Ю., Герасимов С.Н. 585

КОНЦЕПЦИЯ НАУЧНЫХ ОСНОВ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Ястребов В.С., Солохина Т.А., Митихин В.Г., Митихина И.А. 586

РАЗДЕЛ 12.
ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

LATEST DEVELOPMENTS IN ICD-11 MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS
First M.B. 588

О СЛОЖНОСТЯХ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ЛИЧНОСТИ
Злоказова М.В., Мартовецкая Г.А. 588

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ
Караваева Т.А. 589

К ВОПРОСУ О СИСТЕМАТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Корнетов Н.А. 590

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В СИСТЕМЕ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
Коцюбинский А.П. 591

СОЗДАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МКБ-11 И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ В РОССИИ
Краснов В.Н. 592

ПОДГОТОВКА И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРНЕТ-ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОЙ ВЕРСИИ МКБ, ГЛАВЫ ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
Кулыгина М.А., Понизовский П.А., Карпенко О.А., Кили Дж. 593

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ СТАНДАРТ ИЛИ ДОГМА
Марченко А.А. 594

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ VS СИСТЕМАТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ДЕВИАЦИЙ: В ПОИСКАХ УБЕДИТЕЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ
Менделевич В.Д. 595

ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА
Пищикова Л.Е. 595

ЕДИНЫЙ НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ
Платонов Д.Г. 596

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ КАК РАССТРОЙСТВО МНОГОФАКТОРНОЙ ПРИРОДЫ
Хохлов Л.К., Григорьева Е.А. 597

К ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ (ЭТИО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ)
Шевченко Ю.С. 598

РАЗДЕЛ 13.
ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПСИХИАТРИИ
Бобров А.Е. 600

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ИНТЕРНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПСИХИАТРИЯ»
Волгина Ф.М. 601

САНОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ ДЛЯ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
Городнова М.Ю. 602

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ В СООТВЕТСТВИИ С СОВРЕМЕННЫМИ ТРЕБОВАНИЯМИ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПОДХОДАМ
Кузьмина С.В. 603

ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ В ПОСЛЕВУЗОВСКОМ ОБРАЗОВАНИИ ПСИХИАТРОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Кунафина Е.Р., Марфина Н.А., Николаев Ю.М. 604

УСПЕШНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У СТУДЕНТОВ КУБГМУ
Мартусенко А.В., Павленко Е.А., Исаева Н.В. 605

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ПСИХИАТРИИ СОВЕТА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ
Мартынихин И.А. 606

О НЕКОТОРЫХ МОДЕЛЯХ ОБУЧЕНИЯ МОЛОДЫХ ПСИХИАТРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА
Морозов П.В. 607

ДЕФИЦИТ ОБЩЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ: ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ОБЪЯСНЕНИЕ
Носачев Г.Н. 608

ПРОГРАММА ПО ОБУЧЕНИЮ ПСИХИАТРИИ UEMS КАК МОДЕЛЬ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ В РОССИИ
Павличенко А.В. 609

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ И ДАЛЬНЕЙШЕГО НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ
Панкова О.Ф., Усачева Е.Л., Безменов П.В. 610

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
Петрова Н.Н. 611

АТТЕСТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Портнова А.А., Серебровская О.В., Клименко Л.Д. 612

ВОПРОСЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИИ
Руженская Е.В. 613

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ
Сиденкова А.П. 614

ОБУЧАЮЩИЕ ТРЕНИНГИ ОБЩЕНИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ КАК ПЕРВЫЙ ШАГ К ПОСТРОЕНИЮ КОМПЛАЕНСА
Ситкина Е.В., Исаева Е.Р. 615

К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НАУЧНЫХ РАБОТНИКОВ
Трущелев С.А. 615

ОПЫТ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО КРЕДИТНОЙ СИСТЕМЕ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ Г. МОСКВЫ
Цыганков Б.Д., Иванова Г.Р. 616

СПЕЦИФИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТАМ В РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ
Шайдукова Л.К. 617

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДР ПСИХИАТРИИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В СВЯЗИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ВРЕМЕНИ
Шмилович А.А. 618

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В КАЗАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ
Яхин К.К., Калмыков Ю.А. 619

РАЗДЕЛ 14.
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Абдуллаева В.К., Туйчиев Ш.Т. 621

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ
Александрова М.М., Старостина Е.Г., Бобров А.Е., Древаль А.В. 621

ФОБИИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С «ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ« КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П. 622

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИММУНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: РОЛЬ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ И ВОСПАЛЕНИЯ
Вельтищев Д.Ю., Лисицына Т.А., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф., Дрождина Е.Н., Зелтынь А.Е., Краснов В.Н., Насонов Е.Л. 623

ВЫЯВЛЕНИЕ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Володина О.В., Володина О.П. 624

ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ)
Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Панов Д.О., Есипенко О.В. 625

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ КАК ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО УРОВНЯ НОЗОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ
Глушкова В.П. 626

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
Горчакова А.А., Бочарова Е.А. 626

КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ
Грибова О.М. 627

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ
Давыдова Э.В., Маммаев С.Н., Моллаева Н.Р. 628

КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
Давыдова Э.В., Маммаев С.Н., Моллаева Н.Р. 629

ПРОБЛЕМА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ)
Данелия И.В., Погосов А.В. 630

УЛУЧШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭСЦИТАЛОПРАМА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Данилин И.Е., Невозинская З.А., Артемьева М.С., Корсунская И.М., Соболев В.В. 631

АНАЛИЗ ПОГРАНИЧНОЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ЖЕНЩИН С АНАТОМИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ К ПЛАСТИЧЕСКОМУ ХИРУРГУ
Дюрягина Т.А., Сергеев В.А. 631

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ШАХТЕРОВ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИХ ФОРМИРОВАНИЯ
Евдокимова Т.Е. 632

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ И АГРЕССИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Загоруйко Е.Н., Золотова А.А., Пушкина Т.П. 633

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ
Зыбайло В.С., Филимоненкова В.Ю., Копытов А.В. 634

ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОНКОЛОГИИ: ПСИХОПАТОЛОГИЯ, АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ
Иванов С.В., Ильина Н.А., Петелин Д.С. 636

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТИРЕОИДИТЕ ХАШИМОТО НА СТАДИИ ЭУТИРЕОЗА
Иванова Г.П., Горобец Л.Н. 637

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Ильина Н.А., Довженко Т.В., Гродницкая Е.Э. 638

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С САЛЬПИНГООФОРИТАМИ И ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Камплицкая О.В., Ляшенко Е.Н., Овсянников М.В. 639

ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ХРОНИЧЕСКОМУ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ
Кантина Т.Э., Буртовая Е.Ю., Чебан А.Ю., Литвинчук Е.А., Аклеев А.В. 640

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
Карнозов В.Л., Линева Т.Ю., Кирсанова Г.Ф. 641

ПАЦИЕНТЫ СТАЦИОНАРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА С ИНТЕНСИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ КАК ОТДЕЛЬНАЯ ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
Коноркина Е.А., Купцова Т.В., Коломиец В.М. 642

РОЛЬ СЕМЬИ В ГЕНЕЗЕ И ДИНАМИКЕ ПАТТЕРНОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
Костин А.К. 642

СОМАТОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ
Коцюбинский А.П. 643

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ
Кошелев В.В., Наркевич Е.М. 644

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ
Краля О.В., Дроздовский Ю.В. 645

КЛИНИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ САМОПОРАЖАЮЩЕГО ЛИЧНОСТНОГО СТИЛЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Кремлева О.В. 646

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Куклина А.М., Менделевич Б.Д. 647

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА НА ОСНОВЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ЛЕЧЕНИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КОМОРБИДНОЙ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Лобачев А.В., Сорокин В.Н., Рыжков А.И. 648

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
Луговой В.Э. 649

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ, ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ИНФИЦИРОВАНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С
Максимова М.Ю., Поддубная Т.В., Ениколопов С.Н. 649

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ САРКОИДОЗЕ ЛЕГКИХ
Макух Е.А., Волель Б.А. 650

ТИПЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА
Марфина Н.А., Кунафина Е.Р., Николаев Ю.М. 651

К ВОПРОСУ КОМОРБИДНОСТИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ И НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
Махортова И.С., Цыганков Б.Д., Ширяев О.Ю. 652

КОМОРБИДНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ
Новикова И.А. 653

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ К ПСИХИАТРАМ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПОГРАНИЧНЫМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОХОДИВШИЕ ЛЕЧЕНИЕ У ВРАЧЕЙ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ
Обеснюк О.А., Платонов Д.Г., Платонова С.В. 654

К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ
Парпара М.А., Бобров А.Е. 655

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ
Пашинина И.Ю., Ретюнский К.Ю. 656

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ
Пашинина И.Ю., Ретюнский К.Ю. 657

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ, ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Перчаткина О.Э., Аксенов М.М. 657

КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И УРОВЕНЬ НЕЙРОМАРКЕРОВ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
Петрова Н.Н., Ковальцова Р.С., Дорофейков В.В. 658

БОЛЬ И ДЕПРЕССИЯ КАК УСУГУБЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ
Платонова П.Г., Чубаров Т.В., Ширяев О.Ю., Ткачева Е.В. 659

ЛИЧНОСТНЫЕ УСТАНОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА КАК МИШЕНИ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ
Плотникова Н.С., Раева Т.В., Ишутина Н.П. 659

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ
Погосов А.В., Николаевская А.О. 660

К ПРОБЛЕМЕ МАЛЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КЛИМАКТЕРИЯ: ИНВОЛЮЦИОННАЯ ИСТЕРИЯ (ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ, ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ)
Поляковская Т.П. 662

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕГАБАЛИНА И ФЛУВОКСАМИНА В ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ
Прибытков А.А. 663

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ
Романов Д.В., Жук В.А., Романчук Н.П., Черняев В.И., Юшин Д.В. 664

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ВААРТ
Рыбалко В.О., Ясникова Е.Е. 665

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
Сачук В.С. 666

БЕЗОПАСНОСТЬ РЕБЕНКА ПРИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ МАТЕРИ – ИННОВАЦИОННАЯ ПАРАДИГМА НА ОСНОВАНИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ
Соловьев А.Г., Харькова О.А., Чумакова Г.Н., Киселева Л.Г., Грызунова Е.М. 667

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ (ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА)
Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Пашковский В.Э., Тявокина Е.Ю. 668

ДИНАМИКА АДАПТАЦИОННОГО ОБРАЗА БОЛЕЗНИ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ В СТРУКТУРЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Сулайманова М.Р. 668

РЕЗУЛЬТАТЫ. КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГИНГИВИТОМ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШАЛФЕЙНОГО ЭФИРНОГО МАСЛА
Тимофеев И.Ю., Бобрик Ю.В., Кулинченко А.В. 669

МОНИТОРИНГ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ С ОПАСНЫМИ ТОКСИЧНЫМИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ КАК ОСНОВА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФИНТОКСИКАЦИЙ
Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В., Рембовский В.Р. 670

ДИНАМИКА ПРОТЕКТИВНЫХ СТРУКТУР И АДАПТАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
Харина Е.А., Антохин Е.Ю. 671

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН
Чайкина А.Е., Ульянов И.Г. 672

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА (БВК)
Черешнева О.С., Кинкулькина М.А., Волков А.В. 673

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Шаманова Н.В., Карпюк Ю.В. 674

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ, ИХ СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ
Шереметьева И.И., Картавых К.В. 675

ИДЕИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЕДИНСТВА – НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ ПРОФ. Б.А. ЛЕБЕДЕВА
Щеглова И.Ю. 676

ОСОБЕННОСТЬ ВЗАИМОСВЯЗИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ, ЛИЧНОСТНОЙ И СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ
Юсупова А.М., Ершов В.И. 676

СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ
Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. 677

ИЗУЧЕНИЕ КОНТИНГЕНТА ЛИЦ С ОСНОВНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ИЛИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СИМПТОМАТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ В БЮРО МСЭ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ
Ярков А.А., Запарий С.П., Рыжук Г.Н. 678

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА
Яхин К.К., Абдулганеева Д.И. 679

РАЗДЕЛ 15.
ПСИХОТЕРАПИЯ

DYNAMIC PSYCHIATRY
AN INTEGRATIVE THEORETICAL AND PRACTICAL MULTIDISCIPLINARY TREATMENT CONCEPT
Ammon M. 680

ABANDONMENT PSYCHOTHERAPY FOR ACUTELY SUICIDAL BORDERLINE PATIENTS
Andreoli A., Burnand Y., Frambati L., Canuto A. 680

RESOURCES ORIENTED GROUP PSYCHOTHERAPY
Burbiel I., Schmolke M. 680

РОЛЬ ТЕЛЕФОНА «ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ« В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УЛУЧШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
Алкеева-Костычева Е.А., Бедина И.А. 680

БЫСТРАЯ И ОТСРОЧЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ЧС
Аппенянский А.И., Бойко Ю.П. 681

УРГЕНТНАЯ ПОМОЩЬ: ФАКТЫ И АРТЕФАКТЫ
Арпентьева М.Р. 682

ПРИМЕНЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО МЕТОДА ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
Ахмедов С.А., Сафарбаев Б.Б. 683

ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
Бабин С.М., Случевская С.Ф. 684

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
Байков И.Р. 685

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
Белокрылов И.В. 686

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
Богушевская Ю.В., Погосова И.А., Феоктистова Е.В., Казьмина Н.А. 687

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ
Бузик О.Ж., Гуревич Г.Л., Агибалова Т.В., Рычкова О.В. 688

ПРОБЛЕМЫ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НАВЯЗЧИВЫХ РАССТРОЙСТВ
Бутылин Д.Ю. 690

МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ, ОСНОВАННЫЙ НА КУПИРОВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ
Вальчук Д.С., Агибалова Т.В., Рычкова О.В. 691

СМЫСЛОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ ИХ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. 692

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Газизова М.Ф. 693

ПСИХОМОТОРИКА КАК ЧАСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Гайворонская Е.Б., Ширяев О.Ю., Алексеева Д.Н., Цыпченко О.В. 694

ПОДРОСТКОВЫЕ СУИЦИДЫ КАК ОДНА ИЗ РАЗНОВИДНОСТЕЙ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
Галиуллина Н.В., Евтушенко Е.М. 694

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА
Джангильдин Ю.Т., Баранов М.Л. 696

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАФОРИЧЕСКИХ АССОЦИАТИВНЫХ КАРТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ
Динкель О.Л., Соркина Л.А. 696

ДИНАМИКА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ, ОСНОВАННОЙ НА ПРОАКТИВНОСТИ
Ерзин А.И. 697

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ
Еричев А.Н., Коцюбинский А.П. 698

ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ
Караваева Т.А. 699

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ЧЕЛОВЕКА В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ ПРИ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ
Карпов А.М., Шмакова М.А. 700

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК АВАНГАРДНАЯ НАУКА И АКТУАЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПРАКТИКА
Катков А.Л. 701

МОТИВАЦИОННАЯ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Кирюхина М.В., Набиуллина Р.Р., Хасанова А.И., Нестеров Ю.В. 702

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ СОЦИАЛЬНОЙ ФРУСТРИРОВАННОСТИ В КАТАМНЕЗЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
Колов С.А., Остапенко А.В. 703

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РАННЕГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Костина Н.В. 704

КОМПЛЕКСНАЯ МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКЦИИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ФЕНОМЕНОМ ОДИНОЧЕСТВА
Култышев Д.В., Чурсина Ю.С., Авхимович С.А., Уразбахтина А.О., Уманская П.С. 705

МОДЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Курпатов В.И., Гладышенко А.В. 706

ПСИХОТЕРАПИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ДОСТИЖЕНИЯ, АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Курпатов В.И., Гладышенко А.В. 706

ИСЛЕДОВАНИЕ ВЫБОРА ВРАЧАМИ-ПСИХОТЕРАПЕВТАМИ РАЗЛИЧНЫХ МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ С ПАЦИЕНТАМИ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Ляшковская С.В. 707

СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
Макаров В.В. 708

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПОЗДНИХ ВОЗРАСТАХ
Мелехин А.И. 709

ПРИМЕНЕНИЕ КАТАТИМНЫХ ОБРАЗОВ СИМВОЛДРАМЫ В АНАЛИЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Мурашкина А.И., Баранов В.С., Стрельник С.Н. 710

НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ГАЛЛЮЦИНОЗОМ
Набиуллина Р.Р., Романова А.П., Кирюхина М.В., Шмакова М.А. 711

ПСИХОТЕРАПИЯ: ПРИЗВАНИЕ, БИЗНЕС ИЛИ НАУКА?
Носачев Г.Н., Носачев И.Г. 712

ОСОБЕННОСТИ МОТОРИКИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПРОЦЕССЕ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
Оганесян Н.Ю. 713

ДИНАМИКА СТРУКТУР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ В ПСИХОТЕРАПИИ
Палаева Р.И., Антохин Е.Ю., Медик И.А. 714

ПСИХОТЕРАПИЯ В РОДИТЕЛЬСКОЙ ГРУППЕ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРАКТИВНОГО И ОППОЗИЦИОННО-ВЫЗЫВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
Пережогин Л.О., Шалимов В.Ф. 716

РЕБЕФИНГ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ
Пермякова О.А., Куликова Н.В. 717

ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Перфильева О.Ю., Струкова Е.Ю., Борискина О.С., Вишневская М.А. 717

ПОЛИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ
Полотнянко А.Н. 718

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА
Портнова А.А., Серебровская О.В., Усачева Е.Л., Попова Е.С. 719

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ ПЕРЦЕПТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Празднова В.А., Зеленкова Т.В. 720

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ С ЗАВИСИМЫМ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
Приленская А.В., Приленский Б.Ю. 721

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
Приленский Б.Ю. 722

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ПКБ № 1 ИМ. Н.А. АЛЕКСЕЕВА
Пудиков И.В., Лемешко К.А. 724

ПРОБЛЕМЫ РАСПОЗНАВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ
Романов Д.В. 725

НОВОЕ В ПСИХОТЕРАПИИ: МЕТОД ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МОНТАЖА
Строганов А.Е. 726

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА КУРОРТЕ БЕЛОКУРИХА
Суховершин А.В. 727

ОПЫТ МОДЕРНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН НА ОСНОВЕ КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОГО ПОДХОДА
Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М. 728

ОТНОШЕНИЕ К ИНТЕРНЕТУ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗОВ: ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОМ НЕЗАВЕРШЕННЫХ ФРАЗ
Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., Бакиров Л.Р., Ахмадеев Р.Р. 729

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНЫХ АССОЦИАЦИЙ С ИНТЕРНЕТОМ У СТУДЕНТОВ
Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., Бакиров Л.Р., Ахмадеев Р.Р. 730

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Уманский С.В., Култышев Д.В., Уманская П.С. 731

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННОГО ПСИХОАНАЛИЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
Федоров Я.О. 732

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ГРУППОВОЙ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
Федоров Я.О., Семенова Н.В., Белова Е.Б., Шиканова Е.А. 733

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА И ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ
Хох И.Р. 734

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦНС
Цыганков Б.Д., Иванова Г.Р., Гаджиева У.Х. 735

ОППОЗИЦИОННО-ВЫЗЫВАЮЩЕЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ РАКТИЧЕСКИЙ
Чезганова М.Х. 736

ПСИХОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ
Шустов Д.И., Агибалова Т.В., Тучина О.Д. 737

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ КОНЦЕПЦИЮ АДДИКТИВНОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ
Шустов Д.И., Тучина О.Д. 738

ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Якунина О.Н., Липатова Л.В. 738

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА SAND ART ПРИ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ
Ямщикова Е.Н., Самсонова Л.С. 739

РАЗДЕЛ 16. ПСИХОЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ПАЛИПЕРИДОНОМ ПАЛЬМИТАТОМ
Буланов В.С., Горобец Л.Н., Литвинов А.В., Василенко Л.М., Иванова Г.П. 741

ОТКЛОНЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Василенко Л.М., Горобец Л.Н., Буланов В.С., Литвинов А.В. 741

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ
ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ
В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Заложных П.Б. 742

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СОСТОЯНИЕ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Моллаева Н.Р., Алиева С.М., Алиев М.А.,
Абусуев С.А. 743

СОВМЕСТНОЕ УЧАСТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО
СИНДРОМА И ЭНДОКАННАБИНОИДНОЙ
СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНЫХ
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ И КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА
У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ
ОЖИРЕНИЕМ
Пиотровская В.Р., Моносова К.И. 743

ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ: ВЛИЯНИЕ
НА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СИМПТОМАТИКУ,
СВЯЗЬ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ АНТИПСИХОТИКОВ,
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ
Потанин С.С., Бурминский Д.С., Морозова М.А. 745

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА
ПРИ ПОРАЖЕНИИ ДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ:
НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ,
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ
Сиднева Ю.Г., Астафьева Л.И., Зайцев О.С. 745

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА
2 ТИПА (ИНСД) И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
В АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ
Царенко М.А., Горобец Л.Н. 747

РАЗДЕЛ 17.
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
В ИНТЕГРАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,
СТРАДАЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Алиев М.А., Мухамедова И.Н. 748

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ИНТЕРНЕТА
Басова А.Я. 749

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
СИНДРОМА ГОСПИТАЛИЗМА У ПОЖИЛЫХ
ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ
Бельцева Ю.А., Захарченко Д.В., Залуцкая Н.М.,
Незнанов Н.Г. 750

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ
В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ
Богданова Е.В., Сокур С.А. 750

РЕАЛИЗАЦИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО
ПОДХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С ДЕБЮТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА
Буркин М.М., Хяникяйнен И.В. 751

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ
В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА
С ИНТЕНСИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ
Васюшкина М.А. 752

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ С ПАЦИЕНТАМИ,
УТРАТИВШИМИ СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ
НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
Гажа А.К., Баранов А.В., Филатов А.Е. 753

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ИХ СЕМЬЯМ
Гажа А.К., Юрченко А.И., Борискина О.С.,
Струкова Е.Ю. 754

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
И КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ
И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Папсуев О.О. 755

ОЦЕНКА ЭТНОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
РАССОГЛАСОВАНИЙ В ПСИХИЧЕСКОЙ
АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С
ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Дашиева Б.А. 756

ШКОЛА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И
ИНТЕРНЕТ ФОРУМ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
НАПРАВЛЕННОСТИ КАК ФОРМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ
И ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНСА
Дмитриев М.Н. 757

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ
ОДИНОКОГО ПРОЖИВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ
БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА
Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., Шлафер М.И.,
Каштанова Н.Д., Веретенцева Т.В., Гербей П.С. 758

ЗНАЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТА
НА ЭТАПАХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
И РЕАБИЛИТАЦИИ
Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н. 759

ЭТОЛОГИЧЕСКИЙ И СИСТЕМНЫЙ ПОДХОДЫ
В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Задонская О.Ю., Бутома Б.Г., Медведев С.Э. 760

МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Ильин И.В., Лосев Л.В. 761

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ НАСЫЩЕННОСТИ ЖИЗНИ
СМЫСЛОМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ
Кишка Т.Н. 762

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
В СТРУКТУРЕ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ
ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Койрах И.А., Новак Н.С., Канцурова Е.В. 763

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ, ПОВТОРНО ГОСПИТАЛИЗИРУЕМЫХ
В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР
Коновалова О.Ю., Пащенко И.Е., Колесник И.И.,
Данилкова Е.В., Лихтина Е.Б. 764

ПРОГРАММЫ СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ
Ландышев М.А., Петров Д.С. 765

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Лебедева Г.Г. 765

ТРУДОУСТРОЙСТВО ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ПРИМЕРЕ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ
Максимова Н.Е., Климок Н.В. 766

О БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ МИШЕНЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Мальцева Е.А., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. 767

К ВОПРОСУ О ПСИХОДИАГНОСТИКЕ МОТИВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ШКАЛА ОЦЕНКИ АПАТИИ (AES)
Миняйчева М.В., Папсуев О.О., Семенова Н.Д. 768

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ИХ СЕМЕЙНОГО ОКРУЖЕНИЯ
Некрасов М.А., Гарданова Ж.Р. 769

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ОБЩЕГО ТИПА
Некрасов М.А., Крутых Е.Г. 770

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ И КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРАКТИКУ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д., Миняйчева М.В. 771

ОЦЕНКА УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Петров Д.С., Коновалов О.Е., Ландышев М.А. 771

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА: ТРАДИЦИОННО-РЕЛИГИОЗНЫЙ КОНТЕКСТ
Петрова А.И., Копотиенко О.В., Прокаева О.И., Кисляк З.В., Могиль О.В. 772

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА КАНИС-ТЕРАПИИ
Распутина А.Р., Очнева О.В., Гуркина М.О., Гольтяева М.Е., Решетова О.А., Назаренко А.В. 773

ПОКАЗАТЕЛИ, СВЯЗАННЫЕ С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Савельева О.В., Петрова Н.Н. 774

КОМПЛЕКСНЫЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
Самсонова Л.С., Мертвищева Т.Н. 775

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ
Саутина Т.В., Артемьева Е.А. 775

НОВЫЕ ФОРМЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
Селянина М.Н., Максимова Н.Е. 776

ИНФОРМИРОВАННАЯ ИССЛЕДОВАНИЯМИ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ: МОТИВИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Семенова Н.Д., Гурович И.Я. 777

ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ СВЕЖЕЗАБОЛЕВШИХ БОЛЬНЫХ ИЛИ ВСЕ НОВОЕ – ЭТО ХОРОШО ЗАБЫТОЕ СТАРОЕ
Случевская С.Ф., Случевская Н.С., Бабин С.М. 778

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ
Ульянова Е.В. 779

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ
Ханько А.В. 780

СОЦИАЛЬНО-ДОСУГОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ДНЕВНАЯ ЗАНЯТОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ОМСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ
Чеперин А.И., Шеллер А.Д., Волчкова Т.Ф., Лычкова Ю.В., Александрова О.А. 780

КОГНИТИВНАЯ РЕМЕДИАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АРТ-ТЕРАПИИ
Чижова С.А. 781

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИМИ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
Шахтырева О.А., Еремеев М.А. 782

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ПОЛУСТАЦИОНАРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА
Шендеров К.В., Шашкова Н.Г., Лапшин А.О. 783

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДУШЕВНО БОЛЬНЫХ
Шмакова М.А., Набиуллина Р.Р., Сайфутдинова Ф.В. 784

ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВ
Шмакова О.П. 784

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РЕМИССИИ
Шмилович А.А., Гончаренко С.Н. 785

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ: МОДЕЛЬ МНОГОЭТАПНОГО ПРОЦЕССА
Шуляк Ю.А., Шмилович А.Л., Рытик Э.Г., Лемешко К.А., Бекетов А.В., Казанцева М.А. 786

РАЗДЕЛ 18.
СЕКСОЛОГИЯ

ЦЕЛИ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ СЕКСОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ
Алексеев Б.Е. 788

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ (ПОЛИГРАФА) В ПРАКТИКЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ДЕЛИКТЫ
Басинская И.А., Шпак А.В. 789

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Бердова Е.В., Копытов А.В. 790

ИДЕНТИФИКАЦИЯ СЕКСУАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИНЫ С СЕКСУАЛЬНЫМ ЛИБИДО
Бикмуллин Т.Г., Дубивко Г.Ф., Байкеев Р.Ф. 791

ИДЕНТИФИКАЦИЯ СЕКСУАЛЬНОГО СТАТУСА МУЖЧИНЫ С СЕКСУАЛЬНЫМ ЛИБИДО
Бикмуллин Т.Г., Дубивко Г.Ф., Байкеев Р.Ф. 792

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У МУЖЧИН И СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСГАРМОНИИ
Буткова Т.В. 793

ЭКСПЕРТНЫЕ ВЫВОДЫ ПРИ СУДЕБНОЙ СЕКСОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ
Введенский Г.Е., Каменсков М.Ю., Штарк Л.Н. 794

ТЕСТОСТЕРОН И ДЕПРЕССИЯ: ПАРАДОКСЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ
Ворник Б.М. 795

СЕКСУАЛЬНЫЕ МОТИВЫ У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Выходцев С.В., Трегубенко И.А. 796

ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ
Демидова Л.Ю. 796

ГИПОЛИБИДЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ
Добаева Н.В. 797

НЕЙРОИММУНОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНЫХ АДДИКЦИЙ
Каменсков М.Ю. 798

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У МУЖЧИН С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Кан И.Ю., Ягубов М.И., Кибрик Н.Д. 799

МЕЖОТРАСЛЕВОЙ КОМИТЕТ ПО СЕКСОЛОГИИ ИЛИ ПРЕДЛОЖЕНИЕ О РЕФОРМИРОВАНИИ СЕКСОЛОГИИ
Кащенко Е.А., Котенева А.Н. 800

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ
Кибрик Н.Д. 801

ОСОБЕННОСТИ ПРОЕКТИВНОГО РИСУНКА У СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕСТУПНИКОВ И ЛИЦ, НЕ СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ
Кириакова Э.Н., Иванова М.С., Мартусенко А.В. 802

СЕКСУАЛЬНЫЙ СТАТУС И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАКОМ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Копытов Д.А., Копытов А.В. 802

РЕФРАКТЕРНЫЙ ПЕРИОД И МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОРГАЗМЫ: СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ
Кочарян Г.С. 804

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТАФОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОГЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЭРЕКЦИИ
Кочарян Г.С. 805

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ
Макарова Т.Е. 806

ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ У ЛИЦ С ПЕДОФИЛИЕЙ
Павлов Г.А. 806

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СЕКСОЛОГИИ
Панюкова И.А. 807

СУПРУЖЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОНТЕКСТЕ ИЗМЕНЯЮЩИХСЯ БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ
Панюкова И.А., Макаров В.В. 808

ПСИХИАТРИЗАЦИЯ СЕКСОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ПЕДОФИЛИИ
Перехов А.Я. 809

СЕКСУАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ У МУЖЧИН
Петрова Е.В., Вакина Т.Н., Петров О.А., Елистратов Д.Г. 810

ПОЗИТИВНАЯ СЕКСОЛОГИЯ – СОВРЕМЕННЫЙ ТРЕНД
Прокопенко Ю.П., Кибрик Н.Д. 810

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНСКОЙ СЕКСОПАТОЛОГИИ
Прокопенко Ю.П. 811

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ У ЖЕНЩИН
Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Сухих Г.Т. 812

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПРИ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ ЭРЕКЦИИ
Федорова А.И. 813

МЕДИКО-СЕКСОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ, КАК НАУЧНАЯ ОСНОВА ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА
Холодный В.А. 813

РОЛЬ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕКСУАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ОРГАЗМИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН
Шигапова В.И., Ягубов М.И. 814

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОЙ И СЕКСУАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ
Ягубов М.И. 815

РАЗДЕЛ 19.
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

STUDY OF FIFTEEN YEARS OF COMPULSORY TREATMENT: EVOLUTION OF DIAGNOSES, PSYCHOPATHOLOGY AND BEHAVIOURS
Furlan P.M., Pomeri P., Oliva F., Picci R.L. 816

КЛИНИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
Александрова Н.А., Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д., Шкитырь Е.Ю. 816

К ВОПРОСУ О ГИПОДИАГНОСТИКЕ НАРКОМАНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ
Алексеенко Э.М., Гершенович Г.М., Петров А.С. 817

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
Амбарцумов Л.В. 818

ДИНАМИКА ХАРАКТЕРА ЭКСПЕРТНЫХ РЕШЕНИЙ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ТВЕРСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ С 1985 ПО 2014 ГГ.
Астапченко М.В., Числов А.В. 819

ПРОБЛЕМА УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ОБВИНЯЕМЫХ В ПРАКТИКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г. 820

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА РИСК СОВЕРШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Баранов А.В., Абашина В.В., Ерошина О.С. 821

ЮРИДИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ОГРАНИЧЕННОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ В СВЕТЕ НОВЕЛЛ ГРАЖДАНСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
Бартенев Д.Г. 822

УЧЕТ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПРОГНОЗЕ ХАРАКТЕРА ПОВТОРНЫХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ
Березкин А.С., Кузнецов Д.А., Козлов Т.Н. 823

К ПРОБЛЕМЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА
Березкин А.С., Позднякова В.Б., Козлов Т.Н. 823

ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЕ АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)
Берсенева Ю.А. 824

ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ ЛИЦАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В НОВОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Берсенева Ю.А., Костюк Г.П., Нохуров Б.А. 825

ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИЗНАННЫХ НЕВМЕНЯЕМЫМИ, НА ЭТАПЕ АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
Богомаз С.Е. 826

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ СРОКАМИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ
Буравцов К.А., Макушкина О.А. 827

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ)
Вандыш-Бубко В.В., Тарасова Г.В. 828

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ЭТАПАХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Винникова И.Н., Дмитриев А.С. 829

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ
Волкогонов О.А., Сорокина В.А., Гацковская Ю.С. 830

КЛИНИКО-КРИМИНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ
Ворсина О.П., Дианова С.В. 831

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В АНАМНЕЗЕ
Ворсина О.П., Павлова Е.Н., Волчатова Л.Л., Баталкин С.А. 832

ЗНАЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА
Гажа А.К., Тулупова О.В., Ерошина О.С. 833

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СБОРА ИНФОРМАЦИИ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОТЕРПЕВШЕГО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КСППЭ
Гершенович Г.М., Зюзина Н.В., Мухаметрахимова Д.М., Петров А.С., Табацкая М.И., Шарыпов А.А. 833

ОПЫТ РАБОТЫ КГБУЗ «КРАСНОЯРСКИЙ КРАЕВОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР №1» ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ
Гершенович Г.М., Петров А.С. 835

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОМОРБИДНЫМ ОПР И ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ
Гиленко М.В. 836

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ОБВИНЯЕМЫХ В СОВЕРШЕНИИ ДТП
Голева О.И., Борисова Н.М., Спирин Л.Л., Агишева Т.Г. 837

ПОВТОРНЫЕ УБИЙСТВА, СОВЕРШЕННЫЕ ЛИЦАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Голенков А.В. 838

ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ
Горинов В.В. 838

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ
Грачева Т.Ю., Москвина Я.В., Самусь И.В. 839

ОСНОВОПОЛОЖНИК РОССИЙСКОЙ ПСИХИАТРИИ П.А. БУТКОВСКИЙ У ИСТОКОВ МИРОВОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ
Двирский А.Е. 840

КЛИНИЧЕСККИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ООД В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА
Дворин Д.В. 841

АЛЬТЕРНАТИВНОЕ УГОЛОВНОМУ НАКАЗАНИЮ ЛЕЧЕНИЕ ОСУЖДЕННЫХ ОТ НАРКОМАНИИ
Дворин Д.В. 842

ВЫЯВЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ, УПРАВЛЯЮЩИХ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ
Дворин Д.В. 843

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К МЕСТАМ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ ОСУЖДЕННЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕСТУПНИКОВ, СОВЕРШИВШИХ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, НЕ ДОСТИГШИХ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ
Диденко А.В. 844

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВМЕНЯЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С БРЕДОВЫМИ И БРЕДОПОДОБНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ
Илюшина Е.А. 846

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И АГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ЖЕНЩИН – ЖЕРТВ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ
Качаева М.А., Скибина Н.В. 847

АМБУЛАТОРНОЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИЗНАННЫХ НЕВМЕНЯЕМЫМИ
Кунафина Е.Р. 848

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СЛУЖБЫ
Макушкин Е.В., Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. 849

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
Макушкина О.А. 850

ПОВТОРНЫЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ
Макушкина О.А., Яхимович Л.А. 851

ПСИХОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ОСУЖДЕННЫХ И КОНЦЕПЦИЯ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ
Малкин Д.А. 852

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАЧАЛА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
Мокшанова С.В., Анцыферова О.А. 852

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ В АНАЛИЗЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ СРЕДИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
Нестерова Е.А., Аслаева З.Я., Анисимова М.О., Шмакова М.А. 854

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОТКЛАДЫВАНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ РЕШЕНИЙ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Павленко Е.А., Стрижев В.А., Елисеенко Н.А., Корякова М.Г., Мартусенко А.В. 854

ПЕРСПЕКТИВЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЭКСПЕРТИЗЕ ПО СУДЕБНЫМ СПОРАМ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ЗАЩИТОЙ ИНТЕРЕСОВ ДЕТЕЙ
Павлова Е.В., Баранская Л.Т. 855

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА В ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛИЦ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)
Пищикова Л.Е., Макушкин Е.В. 856

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ, СОЕДИНЕННОГО С ИСПОЛНЕНИЕМ НАКАЗАНИЯ
Руженская Е.В. 857

ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ УГОЛОВНО РЕЛЕВАНТНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ
Сафуанов Ф.С. 858

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ УГОЛОВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН
Сергеева Ю.В., Мокшанова С.В., Анцыферова О.А. 859

ДИНАМИКА КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ
Симбирцев А.А., Макушкина О.А., Березкин А.С. 860

ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СУДЕБНЫХ СПОРАХ, СВЯЗАННЫХ С РЕШЕНИЕМ ВОПРОСОВ О ВОСПИТАНИИ РЕБЕНКА ПРИ РАЗДЕЛЬНОМ ПРОЖИВАНИИ РОДИТЕЛЕЙ
Смирнова Т.Г., Колоколова Т.А., Каменева М.А. 861

ДИНАМИКА НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИНУДИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ У ПСИХИАТРА В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ
Степанова Э.В., Макушкина О.А., Диденко А.В. 862

АЛКОГОЛИЗАЦИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ
Стукалова Н.А., Белевитина Н.А., Казакова Е.Ю. 863

ЭКСПЕРТНЫЕ МОДЕЛИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Ткаченко А.А. 864

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЕНОМЕНА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ЭКСПЕРТИЗ В РАМКАХ СЕМЕЙНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
Туркова Н.А. 865

ОБ УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Усюкина М.В., Харитоненкова Е.Ю. 865

ЭКСПЕРТНЫЕ КРИТЕРИИ ПРИМЕНЕНИЯ СТ. 22 УК РФ У ЛИЦ С АТИПИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПТСР
Фастовцов Г.А., Зайцева Е.А. 866

ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ С ЛИЧНОСТНОЙ НЕЗРЕЛОСТЬЮ ПРИ НОРМАЛЬНОМ И АНОМАЛЬНОМ ЛИЧНОСТНОМ РАЗВИТИИ
Федонкина А.А. 867

СОВРЕМЕННЫЕ ЭКСПЕРТНЫЕ ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Харитонова Н.К., Королева Е.В. 868

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА РОДИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, В СПОРАХ О ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ
Харитонова Н.К., Русаковская О.А. 869

ОЦЕНКА «ОПАСНОСТИ« ПРИСУТСТВИЯ В ЗАЛЕ СУДЕБНОГО ЗАСЕДАНИЯ ЛИЦ ПРИ ЛИШЕНИИ ИХ ДЕЕСПОСОБНОСТИ
Христофорова М.А. 870

АНАЛИЗ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
Царьков А.А. 871

РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ НА СТАЦИОНАРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ
Цымбалова А.Б., Голенков А.В. 872

НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И МЕТОДОЛОГИИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Шаклеин К.Н. 873

РАЗДЕЛ 20.
СУИЦИДОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ
Абдуллаева В.К., Тураев Ж.П. 874

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССАХ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ
Азарных Т.Д. 874

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОЛОНТЕРАМИ ГРУПП САМОПОМОЩИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ПОТЕРЯВШИХ БЛИЗКИХ ОТ СУИЦИДА
Алавердова Л.Л. 875

СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДЕНТОВ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ПОСМЕРТНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
Александрова Н.А., Шкитырь Е.Ю. 876

ПОСТПСИХОТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ И СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ
Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Крюкова Е.М. 876

СУИЦИД И ЛАТЕНТНАЯ АГРЕССИЯ
Арпентьева М.Р. 877

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. МОСКВЫ (МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ).
Банников Г.С., Вихристюк О.В., Павлова Т.С., Кошкин К.А. 878

ОПЫТ РАБОТЫ «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ» СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
Белебеха Е.А., Мурина И.Н. 879

О ПРОЕКТЕ ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Бисимбаева Г.А. 879

СУИЦИДАЛЬНОСТЬ В КЛИНИКЕ НЕМАНИФЕСТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С АФФЕКТИВНОЙ СТРУКТУРОЙ ПРИСТУПОВ И КОМОРБИДНОЙ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ
Бобров А.С., Чуюрова О.Н. 880

ОПЫТ РАЗВИТИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ (2012-2014).
Боев О.И. 881

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ДОПРИЗЫВНОГО И ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА
Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Ложникова Л.Е., Мыльникова Ю.А., Стрижев В.А. 881

БРЕМЯ СЕМЬИ СУИЦИДЕНТА: КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ
Борисоник Е.В., Паршин А.Н. 882

ОСВЕЩЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫМИ СМИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
Борисоник Е.В., Чубина С.А. 883

ОБ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ САМОУБИЙСТВ
Букин С.И., Лазаревич С.Н. 883

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ САМОУБИЙСТВ
Букин С.И., Тищенко Е.М., Гребень А.Г., Слапик О.М. 884

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА
Валеева А.М., Палачева Т.И. 884

РОЛЬ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОДЭКСПЕРТНЫХ В ФОРМИРОВАНИИ НЕФАТАЛЬНОГО АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
Вальздорф Е.В., Незнанов Н.Г., Рожкова Н.Ю., Лисенкова О.А. 885

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ
Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О. 885

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ
Ваулин С.В., Алексеева М.В., Моренец Т.В. 886

ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ-ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ЗА 10 ЛЕТ
Ведяшкин В.Н., Шереметьева И.И. 887

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ (1991-2014 ГГ.).
Ворсина О.П. 888

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИСУИЦИДАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И У ЛИЦ, РАНЕЕ НЕ ОБРАЩАВШИХСЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ
Втюрина М.В., Святогор М.В. 888

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ АДАПТАЦИИ ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ АРМЕЙСКОЙ СЛУЖБЫ
Гажа А.К., Тареева Ю.С., Горкина М.Г. 888

ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Гажа А.К., Баранов А.В., Струкова Е.Ю. 889

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И АЛКОГОЛЬ: ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ
Говорин Н.В., Сахаров А.В. 890

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РЕАЛИЗАЦИИ СУИЦИДА
Днов К.В., Тихенко В.В., Ятманов А.Н. 890

ОТНОШЕНИЕ К СУИЦИДУ ПРИ АНТИВИТАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЯХ
Журавлева Т.В., Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. 891

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПОСТСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Заливин А.А., Дроздовский Ю.В. 892

МЕДИТАЦИЯ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ КАЗАХСТАНА
Захарова О.В. 892

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ
Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В., Калмыков Ю.А. 893

ДЕПРЕССИИ ЮНОШЕСКОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ПРЕДИКТОРЫ ПРОГНОЗА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА
Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Щелокова О.А. 893

ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С КОМОРБИДНОЙ КАННАБИНОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Климова И.Ю. 894

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ И ДЕПРЕССИЙ
Корнетов Н.А. 895

ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Кунафина Е.Р., Курамшина З.А. 896

О КАБИНЕТЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (КСПП) В ВУЗЕ
Кушнарев В.М., Любов Е.Б., Семикин Г.И., Гилод В.М. 897

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СУИЦИДОВ В Г. ИЖЕВСКЕ И УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА
Лазебник А.И. 898

АНТИКРИЗИСНАЯ (СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ) ПОМОЩЬ В РОССИИ: БРЕМЯ ПЕРЕМЕН
Любов Е.Б. 898

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА
Магурдумова Л.Г. 899

НАРУШЕНИЕ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ И СУИЦИДАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю., Бебуришвили А.А. 899

«ЗАБЫТЫЕ« СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Меринов А.В., Лукашук А.В. 901

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕВУШЕК, ВОСПИТАННЫХ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ
Меринов А.В., Лукашук А.В., Бычкова Т.А. 902

ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ЛЮДЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
Миллер Л.В., Паршин А.Н. 903

ДИНАМИКА АФФЕКТИВНЫХ И МОТИВАЦИОННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЛИЦ С АССОЦИИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛИЗМА И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДА
Мингазов А.Х., Бочкарева И.Ю. 904

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЯ СУИЦИДОВ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД 1992-2012 ГГ.
Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С. 905

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, МОТИВАЦИЯМИ СУЙДИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК И НАРУШЕНИЯМИ СНА
Орлов Г.В., Федечкина М.Д., Рахимуллина Л.И. 906

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Перфильева О.Ю., Копырюлина Н.В., Логачева А.А., Струкова Е.Ю. 907

СУИЦИДАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ
Положий Б.С. 908

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
Рубина Л.П., Горьковая И.А., Яковенко В.В. 909

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ
Рычкова И.А., Абриталин Е.Ю., Рутковская Н.С. 910

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СУИЦИДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Смирнов И.И., Панкова О.Ф., Усачева Е.Л., Колдунова Г.К., Зенкова Н.А. 911

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ
Соколов Е.Ю. 912

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Тимербулатов И.Ф., Положий Б.С. 912

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
Усачева Е.Л., Безменов П.В., Серебровская О.В., Смирнов И.И., Вяльцева И.Ю., Романова О.А. 914

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ
Фаддеев Д.В., Гречаный С.В., Ерышова Н.В., Громова В.А., Громыко В.Д. 915

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ ЗА 2011-2014 ГОДЫ
Фадеев П.Н., Бондаренко М.Ю. 916

ПРОФИЛАКТИКА САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Фадеев П.Н., Бондаренко М.Ю. 917

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ
Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А. 918

О СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СОТРУДНИКОВ ГУВД Г. МОСКВЫ
Цупрун В.Е., Любов Е.Б., Максимычев С.В. 919

ФАКТОРЫ И СИТУАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ
Чебан А.Ю., Рычкова Л.С., Смирнова Т.А. 919

ОЦЕНКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ
Черняк Н.Б., Собенникова В.В., Белозерова С.В. 920

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
Чубина С.А., Антипова Н.М., Куликов А.Н. 922

РАЗДЕЛ 21.
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

РИСПЕРИДОН ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ В ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Айхаева А.В., Разумович А.Г., Корнилова М.А., Петрунько О.В. 923

ВЛИЯНИЕ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Ахапкин Р.В., Маслова М.А., Файзуллоев А.З. 924

СРАВНЕНИЕ АНТИПСИХОТИКОВ (КВЕТИАПИНА, АРИПИПРАЗОЛА И ГАЛОПЕРИДОЛА): ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ И НЕЙРОКОГНИТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ
Бобров А.Е., Мутных Е.М., Краснослободцева Л.А. 925

АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ЗОНЕГРАН (ЗОНИСАМИД) В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА
Бойко Е.О., Вакула И.Н., Никифорова Е.Ю., Демьянов И.А., Холодова О.В., Бахтин И.С. 926

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ РКПБ К ПРОДВИЖЕНИЮ ЛЕКАРСТВ (РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ)
Бурашникова И.С., Семенихин Д.Г. 927

ДИНАМИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ-КОРРЕКТОРОВ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Бурашникова И.С., Семенихин Д.Г. 928

ОЦЕНКА ТЕРАПИИ ВЕЛАКСИНОМ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ
Вальздорф Е.В., Лисенкова О.А. 928

СЕМНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ В ОСТРОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
Вербенко В.А., Строевская И.А. 929

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУЛЬПИРИДА У БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНЦЕНТРАЦИИ СЕРОТОНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ
Вильянов В.Б., Кременицкая С.А., Соловьева Н.В. 929

К ВОПРОСУ О ДИНАМИКЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ
Волков В.П. 930

ДВИЖЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТЕРАПИИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ АТИПИЧНЫМ НЕЙРОЛЕПТИКОМ
Газизуллин Т.Р., Яхин К.К. 931

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ПАРОКСЕТИН И АЗАФЕН В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНО-ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.
Гончарова Е.М., Гончарова С.А., Изотова Е.А., Щукина Е.П. 931

РОЛЬ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА В ВОПРОСАХ ПЕРЕНОСИМОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Горобец Л.Н., Литвинов А.В., Василенко Л.М., Иванова Г.П., Буланов В.С., Царенко М.А. 932

ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНИЯ И ТЕРАПИИ АСТЕНИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ
Гречко Т.Ю., Васильева Ю.Е. 932

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОФИЛЯ ЭПС НЕКОТОРЫХ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ
Дмитриев М.Н. 933

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОГО ТИПИРОВАНИЯ CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19, CYP1A2 И MDR1 В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Докукина Т.В., Махров М.В., Гайдукевич И.В., Гилеп А.А., Королевич П.П., Шеремет Е.А., Каминская Ю.М. 934

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЗДНИХ ДЕПРЕССИЙ ОПТИМИЗАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕРАПИИ
Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И., Тихонова Ю.Г., Лукьянова А.В. 935

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЗДНИХ ДЕПРЕССИЙ КОМБИНАЦИИ И ЗАМЕНА АНТИДЕПРЕССАНТОВ
Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И., Тихонова Ю.Г., Лукьянова А.В. 936

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА 5-HTTLPR ГЕНА СЕРОТОНИНОВОГО ТРАНСПОРТЕРА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ И ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ СИОЗС
Иванец Н.Н., Тихонова Ю.Г., Кинкулькина М.А., Рагимов А.А., Дашкова Н.Г. 937

ВЕНЛАФАКСИН В ЛЕЧЕНИИ УМЕРЕННЫХ И ТЯЖЕЛЫХ ДЕПРЕССИЙ
Изюмина Т.А., Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г. 938

МАЛЫЕ ДОЗЫ РИСПЕРИДОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ
Козловская Г.В., Калинина М.А., Голубева Н.И., Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А. 939

ФАРМАКОДИНАМИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ: ПУТИ И СЛЕДСТВИЯ
Козловский В.Л. 940

ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ 44-НЕДЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАЛЬПРОАТА, ЛАМОТРИДЖИНА И ТОПИРАМАТА У БОЛЬНЫХ БАР
Костюкова Е.Г., Федотов Д.Д., Мосолов С.Н. 941

СЛУЧАИ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТИМОАНАЛЕПТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПАЦИЕНТАМ С НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ
Кучаева А.В. 942

ПОЗДНЯЯ ДИСКИНЕЗИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА И ЛЕЧЕНИЕ
Лернер В. 943

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ: ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ИЛИ СТАНДАРТИЗАЦИЯ?
Масловский С.Ю. 943

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПЕПТИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ СЕЛАНК
Медведев В.Э., Терещенко О.Н., Гушанская Е.В., Зуйкова Н.Л., Кост Н.В., Соколов О.Ю., Мясоедов Н.Ф. 944

ТИПИЧНЫЕ И АТИПИЧНЫЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ В СТРУКТУРЕ РЕМИССИИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
Муравьева А.В., Нестерова Е.А., Анисимова М.О., Шмакова М.А. 944

ВЛИЯНИЕ АФОБАЗОЛА НА ПАРАМЕТРЫ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗНОЙ СТРУКТУРЫ
Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Метлина М.В., Шабанова А.А., Коваленок Т.В., Богданова Н.И., Телешова Е.С. 945

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ
Новикова Н.В., Андрусенко А.А., Обросов И.Ф. 946

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ
Овсянников С.А. 947

РАНДОМИЗИРОВАННОЕ, ПРОСТОЕ СЛЕПОЕ, ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕМАНТИНА, КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ
Осадший Ю.Ю., Арчаков Д.С., Тараканова Е.С., Вобленко Р.А. 948

МИЕЛОТОКСИЧНОСТЬ, ОПОСРЕДОВАННАЯ ПСИХОТРОПНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ: ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ
Петин В.М., Курылев А.А., Андреев Б.В. 949

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ (ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ)
Петрунько О.В. 949

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИПСИХОТИКОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Попов М.Ю. 951

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ
Прощенко И.В. 952

ВЛИЯНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРЕХОДНЫХ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ
Смирнов О.Р. 952

МЕЛАТОНИН КАК КОРРЕКТОР АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Ханнанова А.Н., Григорьев М.Э. 953

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕРАПИЮ ШИЗОАФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Хритинин Д.Ф., Сумарокова М.А., Есин А.В. 954

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ: ПРЯМОЕ СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ОЛАНЗАПИНА, КВЕТИАПИНА, ЗИПРАСИДОНА И РИСПЕРИДОНА
Шафаренко А.А., Мосолов С.Н. 955

К ВОПРОСУ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ОРЛОВСКОЙ ПБСТИН
Шпак А.В., Басинская И.А. 956

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ, С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ШИЗОФРЕНИИ.
Якимец А.В. 957

ПРОБЛЕМА ФАРМАКОТЕРАПИИ ТЕКУЩЕГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ
Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г. 958

РАЗДЕЛ 22.
ШИЗОФРЕНИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРЫХ ПРЕХОДЯЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ БЕЗ СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ
Алешкина Г.А., Барденштейн Л.М. 959

КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА
Ахметова Л.Ш. 960

К ВОПРОСУ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ЭНДОГЕННОГО ПРИСТУПООБРАЗНОГО ПСИХОЗА
Бархатова А.Н. 960

КОГНИТИВНЫЙ СТИЛЬ КОНКРЕТНАЯ/ АБСТРАКТНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Бельских И.А., Плотников Д.В. 962

КЛИНИКА ПРОДРОМА ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С МАНИФЕСТНЫМ ПРИСТУПОМ ШИЗОАФФЕКТИВНОЙ СТРУКТУРЫ (РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)
Бобров А.С., Рожкова М.Ю., Рожкова Н.Ю. 963

КРОССКУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ШИЗОФРЕНИИ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
Болиева Р.Х., Таукенова Л.М. 964

ДЕФЕКТ ЛИЧНОСТИ ПСИХОПАТОПОДОБНОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ
Бомов П.О. 965

ПРЕДИКТОРЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА АНТИПСИХОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ
Вербенко В.А. 965

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ЕСТЕСТВЕННОЙ СМЕРТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Волков В.П. 966

ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ
Гатин Ф.Ф., Волгина Ф.М. 967

О ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНИЦИАЛЬНОГО ПЕРИОДА ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОТИПИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Дереча В.А., Суслов С.В. 967

ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО В КЛИНИКЕ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ
Дорина И.В., Панкова О.Ф., Чумак М.А. 968

ДОМАНИФЕСТНЫЙ ЭТАП ЮНОШЕСКИХ ЭНДОГЕННЫХ ПРИСТУПООБРАЗНЫХ ПСИХОЗОВ И ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ИХ МАНИФЕСТАЦИИ
Каледа В.Г., Омельченко М.А., Сергеева О.Е., Голимбет В.Е., Румянцев А.О. 969

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ
Катан Е.А., Бунин Д.В. 970

ДИНАМИКА ПРОДУКТИВНОЙ И НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ
Козлов Я.С. 971

К ПРОБЛЕМЕ «МЯГКОЙ КАТАТОНИИ» ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ
Колюцкая Е.В., Горшкова И.В. 972

К ВОПРОСУ О ВАРИАНТАХ ШИЗОФРЕНИИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НЕГАТИВНОЙ И ПРОДУКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ
Краснов А.А. 972

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ПЕРИОД РЕМИССИИ
Кузин Ю.А. 973

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НА ОСНОВАНИИ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК
Курмышев М.В. 974

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ
Малиночка С.А., Дейч Р.В. 975

КОМПЕНСАТОРНЫЕ РЕСУРСЫ И ДИНАМИКА СТОЙКИХ ПЕРВИЧНЫХ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ (КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Морозова М.А., Бурминский Д.С., Рупчев Г.Е. 977

НОВАЯ ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ СПОСОБНОСТИ К АВТОНОМНОМУ СУЩЕСТВОВАНИЮ (ШКАЛА АВТОНОМИИ) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Морозова М.А., Рупчев Г.Е. 978

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ О ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ В РФ И МИРЕ
Мучник П.Ю., Снедков Е.В. 979

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б. 980

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НА УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА И BDNF
Никифорова Ю.С., Мазо Г.Э., Щедрина Л.В. 981

ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АГРЕССИИ МЕТОДОМ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ОПИСАНИЯ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ
Осмина Е.В., Худякова Ю.Ю. 981

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕГАТИВНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕМИССИЯХ ПРИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НА ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ
Пантелеева Г.П., Олейчик И.В., Мелешко Т.К., Критская В.П., Бологов П.В., Абрамова Л.И., Столяров С.А. 983

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ШИЗОФРЕНИИ И ФАКТОРЫ, НА НИХ ВЛИЯЮЩИЕ: ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ
Пашковский В.Э., Савельев А.П. 984

К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ В РЕМИССИИ ШИЗОФРЕНИИ
Петрова Н.Н., Вишневская О.А. 984

ПРОГНОЗ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПО ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ ДАННЫМ
Полянский Д.А. 986

КЛАСТЕРНАЯ СТРУКТУРА СОДЕРЖАНИЯ БРЕДА У МУЖЧИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Рождественский В.И. 987

НАРУШЕНИЯ «МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО» ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА
Рычкова О.В., Авдеев А.А. 988

ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СИНДРОМА РИСКА ПЕРВОГО ПСИХОЗА
Скугаревскій О.А., Скугаревская М.М. 989

ДЕПРЕССИИ И РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Смулевич А.Б., Брико Н.И., Андрющенко А.В., Романов Д.В., Шуляк Ю.А., Бражников А.Ю., Герасимов А.Н., Мелик-Пашаян А.Э., Миронова Е.В. 990

СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА
Усов Г.М., Халикова А.Р. 991

РАННЯЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УРГЕНТНЫХ ПРИСТУПОВ ШИЗОФРЕНИИ КАК ОСНОВА УСПЕШНОЙ ТЕРАПИИ
Цыганков Б.Д. 992

КЛИНИКА ЗАТЯЖНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫХ ПРИСТУПОВ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ
Цыганков Б.Д., Рыжухинская А.В/ 994

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Шарипова Ф.К., Полвонов Р.О. 994

КОМОРБИДНОСТЬ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОПОДОБНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Щербакова И.В., Крылатых В.Ю. 995

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У ЖЕНЩИН, СОВЕРШИВШИХ АГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ
Якубова М.А. 996

РАЗДЕЛ 23.
ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЭПИЛЕПСИЯ

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ
Абраменко Ю.В. 997

ОРГАНИЧЕСКИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КОНТИНГЕНТЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
Аксененко Л.А., Петрунько О.В., Иванова Л.В., Томашунас А.В. 997

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ЗАИКАНИЯ У ЛИЦ, ПРИЗЫВАЕМЫХ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ
Андрусенко Е.В., Курагина О.В., Андрусенко А.А. 999

АНАЛИЗ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Гатин Ф.Ф., Валеева А.М., Волгина Ф.М. 999

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИГОДНОСТИ К СЛУЖБЕ В ВС
Гусак О.М. 1000

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Дмитренко Д.В., Шнайдер Н.А., Говорина Ю.Б. 1001

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
Дружинин А.К., Михайлов В.А., Киссин М.Я., Липатова Л.В., Бочаров В.В. 1003

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОЧАГОВЫХ И ДИФФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА
Зайцев О.С. 1004

РАССТРОЙСТВА ДВИЖЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРА
Залялова З.А. 1004

НЕЭПИЛЕПТЧЕСКИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ
Залялова З.А., Багданова Н.И. 1005

ТИКИ: КЛИНИЧЕСКАЯ, ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ
Залялова З.А., Мунасипова С.Э. 1005

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДАННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ У ЛИЦ С СИМПТОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА
Запарий С.П., Рыжук Г.Н., Ярков А.А. 1006

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (НА ПРИМЕРЕ ИСПОЛНИТЕЛЬСКИХ ФУНКЦИЙ) У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Земляная А.А., Калинин В.В. 1007

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ
Казаковцев Б.А. 1008

К ВОПРОСУ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Казенных Т.В., Бохан Н.А. 1009

АНАЛИЗ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ СТАРШЕГО ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ДЛИТЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЭКОЛОГОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ТЕРРИТОРИИ ЮЖНОГО УРАЛА
Колмогорова В.В. 1009

СОСТОЯНИЕ СПУТАННОСТИ (ДЕЛИРИЙ) У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА
Колпащиков И.Н., Гаврилова С.И. 1010

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА
Колягин В.В., Гармаев Д.В. 1011

ОСОБЕНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Ларина И.В., Олина М.В., Киссин М.Я. 1012

РАССТРОЙСТВА БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ
Липатова Л.В., Мазо Г.Э., Жуков Н.Э. 1013

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ
Лукина Л.В., Балунов О.А., Семенова Н.В., Ситник Л.И. 1014

ДИНАМИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ
Михайлов В.А., Дружинин А.К., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В. 1015

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Можаров Н.С., Цыбуля Ю.В., Соколова А.Г. 1016

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Николаев В.М., Савельев В.П., Баженова Ю.Б. 1017

БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Новиков В.В. 1018

РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В ПРОВОКАЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ
Новикова Ю.Г., Дубинина Е.А., Василенко А.В., Коновалова Т.И. 1019

ДЕТЕРМИНАНТЫ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Носатовский И.А., Рогачева Т.А. 1020

ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ЕЩЕ РАЗ О ДЕФИНИЦИЯХ
Пивень Б.Н. 1022

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА
Платов С.В. 1022

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Северова Е.А., Д'Соуза Д.В., Охапкин А.С. 1023

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЙ И БРЕДОВОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ШИЗОФРЕНОПОДОБНЫХ ПСИХОЗАХ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Сергеев В.А., Чернявский Я.В. 1024

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА И ДЕПРЕССИЕЙ КАК КРИТЕРИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ
Синицына К.В. 1025

ЗАВЕРШЕНИЕ ПЕРЕХОДНОГО ТРЕВОЖНОГО СОСТОЯНИЯ: ФАКТОРЫ ВЛИЯНИЯ И ВЗАИМОСВЯЗИ
Смирнов О.Р., Токарская С.В. 1026

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У КОМБАТАНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ФОРМАМИ ПАТОЛОГИИ
Стреминский С.Ю. 1027

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ
Усюкина М.В., Корнилова С.В. 1028

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВОЗРАСТНОГО ВЛИЯНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА
Чалая Е.Б., Будза В.Г., Чалый В.А., Чалая И.В. 1029

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ
Яковлева Ю.А. 1030

РАЗДЕЛ 24.
ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

ОСНОВНЫЕ НАХОДКИ АУДИТОВ И ИНСПЕКЦИЙ ПРИ ПРОВЕРКЕ ЛОКАЛЬНЫХ ЭТИЧЕСКИХ КОМИТЕТОВ
Маликов А.Я. 1032

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА
Михайлова Н.М. 1033

КОНФЛИКТЫ ИНТЕРЕСОВ В ПСИХИАТРИИ: ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
Семенова Н.В. 1034

ПРОБЛЕМА ТЕРАПИИ OFF-LABEL В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ
Случевская С.Ф. 1035

ЭТИЧЕСКОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Ткаченко А.А. 1036

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ 1037

РАЗДЕЛ 1.
АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

КОМОРБИДНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДИСТИМИИ

Абдуллаева В.К., Чельма Ю.Ю.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Коморбидность аффективных нарушений с психопатологическими образованиями неаффективного круга (Weissman M. et al, 2008), интерпретируется неоднозначно. В ходе дискуссии высказываются прямо противоположные точки зрения – одни исследователи (Keller M., Shapiro R., 2002; Klein D. et al, 2008) трактуют наблюдающиеся при дистимии неоднородные клинические проявления как независимые, другие (Aklskal H., 2003; Weissman M. et al.2008) полагают, что дистимия «вторична» по отношению к расстройствам, «перекрывающим» ее симптоматику.

Цель исследования – изучить коморбидные дистимии психопатологические расстройства.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 36 больных с дистимическими расстройствами в возрасте 22-59 лет. Все больные проходили стационарное лечение в Городской клинической психиатрической больнице г.Ташкента.

Результаты исследования. Собственно гипотимическим коморбидны стойкие образования других психопатологических рядов (соматопсихического, кататимического, патохарактерологического). В итоге клинической дифференциации с учетом как собственно гипотимических, так и неаффективных составляющих дистимического расстройства выделено три его типа. Первый тип – соматизированная дистимия (42,8%). Клиническая картина на инициальном этапе складывается из взаимодействия аффективных и тревожных расстройств при доминировании последних. Второй тип – кататимическая дистимия (13,8%). Картина дистимии этого типа включает не только собственно дистимические, но и ассоциированные с ними расстройства – проявления протрагированного реактивного симптомокомплекса. Третий тип – характерологическая дистимия. Характерологическая дистимия дебютирует картиной реактивной депрессии (43,4%).

Выводы. Таким образом, в структуре дистимического расстройства собственно гипотимическим коморбидны стойкие образования разных психопатологических рядов – соматопсихического, кататимического, патохарактерологического. При построении типологической модели дистимии с учетом видоизменения психопатологических проявлений в процессе эволюции выделено три типа изученного расстройства – соматизированная, кататимическая и характерологическая дистимия.

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ИНВОЛЮЦИОННОГО ПЕРИОДА

Абдуллаева В.К., Тургунов К.Б.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Особенности психики у лиц позднего возраста являются благоприятной почвой для внешних вредных воздействий. Среди факторов, определяющих особенности реагирующего организма (кроме конституции, возраста), большую роль играет его половая принадлежность. Учитывая вышеуказанное, дальнейшие исследования в направлении изучения роли факторов риска в развитии депрессивных состояний позднего возраста представляются актуальными (Roth M., Kay D.W., 2006).

Цель исследования – изучение особенностей формировании депрессивных состояний инволюционного периода.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 36 больных с депрессивными расстройствами в возрасте 45-60 лет. Все больные проходили стационарное лечение в Городской клинической психиатрической больнице г.Ташкента.

Результаты исследования. Среди социальных факторов были выявлены семейные конфликты, дефицит активного досуга. В качестве факторов предрасполагающих и провоцирующих развитие депрессивных состояний были выделены хронические соматические заболевания. Фактор «внезапное начало соматического заболевания» 50% больных назвали провоцирующим для развития депрессивного состояния. Среди психических факторов отмечались агрессивность, гедонизм, чрезмерная эмоциональность в виде несдержанности в проявлении эмоций, ослабление контроля над проявлением аффекта, пассивное поведение и избегание. Больные указывали на неоднократные неудачные попытки изменить режим дня, контролировать переедание, соблюдать диету, отказаться от спиртного, табака и т.п. На момент беседы многие больные продолжали высказывать ненастойчивые пожелания что-либо изменить в привычном укладе жизни, избавиться от каких-либо вредных привычек.

Выводы. Таким образом, особенностями формирования депрессивных состояний инволюционного периода явились социальные: семейные конфликты, дефицит активного досуга; соматические: наиболее значимое хроническое соматическое заболевание в качестве фактора «почвы» и триггера; психические: агрессивность, гедонизм, чрезмерная эмоциональность, пассивное поведение и избегание.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

Белов Ю.Г., Маслова Н.В., Курышов В.Н., Майер О.Н., Щербина Р.Ю.

Саратов
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

До настоящего времени в современной клинической практике диагноз генерализованного тревожного расстройства (ГТР) ставился достаточно редко, хотя по данным зарубежных авторов его распространенность составляет около 5%. По нашим представлениям это обусловлено тем, что данная нозологическая единица «растворяется» в других диагностических рубриках – недифференцированное соматоформное расстройство, соматизированное расстройство. Это объясняется тем, что, как правило, оно обнаруживается у лиц среднего возраста, характеризуется хроническим и преимущественно волнообразным течением и чаще всего является поводом для обращения к врачам общей практики. В данных условиях расстройство является малокурабельным и лечение расматриваемой категории больных остается трудной и не всегда успешно решаемой задачей.

Традиционно ведущая роль в терапии данного заболевания отводилась бензодиазепиновым транквилизаторам. Однако, наличие у данной категории лекарств нежелательных явлений в виде угнетения психомоторных функций, высокий риск развития зависимости при длительном приеме, изменение законодательной базы с приравниванием большинства из них к наркотическим средствам, делает назначение бензодиазепинов весьма ограниченным.

Применение современных препаратов выбора – антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) нередко бывает нежелательным, так как клиническая картина заболевания может быть представлена явлениями гиперактивности серотонинэргической медиаторной системы и их назначение может лишь усиливать болезненные проявления.

В связи с этим пристального внимания заслуживает изучение при ГТР эффективности оригинального небензодиазепинового транквилизатора – буспирона, обладающего свойствами фармакологического «корректора» серотонинэргической медиации.

Под нашим наблюдением находилось 28 больных, соответствовавших критериям генерализованного тревожного расстройства по МКБ-10, в возрасте от 34 до 58 лет, среди них 20 женщин и 8 мужчин. Большинство из них на протяжении длительного времени безуспешно принимали различные лекарственные препараты, в том числе СИОЗС. Оценка состояния пациентов и его динамика проводилась клинически, по шкале тревоги Гамильтона, а так же с использованием шкалы общего клинического впечатления.

Буспирон назначался на протяжении 6 недель в суточной дозировке, начиная с 15 мг в 3 приема, с дальнейшим увеличением дозы каждые 3 дня на 5 мг до достижения 45 мг/сутки, а в случае необходимости – до 60 мг/сутки.

Клиническая эффективность препарата у большинства пациентов была достигнута нередко еще в дозе 30 мг к 9-му – 12 дню от начала приема препарата. А максимальный терапевтический эффект обнаруживался к 21-24 дню в дозировке 40-45 мг. Что соответствовало показателям по шкалам тревоги Гамильтона и общего клинического впечатления.

В заключение следует отметить, что буспирон может быть успешно использован в качестве анксиолитика при ГТР, в клинической картине которого преобладают явления гиперактивности серотонинэргической медиаторной системы. При этом он хорошо переносится, не вызывает зависимости, не оказывает негативного воздействия на когнитивные и психомоторные функции, хотя у некоторых пациентов в начале терапии возможны нежелательные явления в форме головокружения, носящие транзиторный характер.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Бомов П.О.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В последние годы отмечается стремительный рост аффективных (депрессивных) расстройств в общей структуре психических нарушений. В связи с увеличением доли пожилых людей в популяции, частота возникновения патологии этого спектра также возросла. Многие исследователи пытаются уточнить и расширить наши знания не только о клинических особенностях данного вида нарушений, но и вскрыть патогенетические звенья с учетом патопластического влияния позднего возраста.

Цель исследования: выявить клинические особенности депрессивных расстройств у больных позднего возраста (с дебютом после 45 лет).

Материал и методы исследования: в исследование были включены 38 пациентов с синдромом депрессии (тоскливой, тревожной, апатической) в возрасте от 52 до 69 лет (28 женщин и 10 мужчин). Длительность заболевания у большинства больных была от 1 до 30 лет. Пациенты обследовались дважды в стационарном отделении: при поступлении и после купирования основных психопатологических расстройств. Для обследования больных использовали клинико-анамнестический, клинико-психопатологический методы, шкалу Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, 1960), краткую шкалу оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE, 1975).

Анализ результатов проведенного нами исследования показал значительное преобладание пациентов женского пола над мужским. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений. Только лишь у 6 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 7 пациентов в структуру аффективного синдрома были включены бредовые идеи депрессивного содержания (самообвинения, самоуничижения, ипохондрический бред). Отмечено, что идеи ипохондрического содержания (сверхценные, бредовые) были диагностированы у более чем половины обследованных пациентов, что значительно затрудняло терапевтические мероприятия. Большинство пациентов имели умеренную выраженность депрессивного синдрома (54%), выраженные расстройства были констатированы у 20% больных, легкие – у 26%.

Указанные клинические особенности пациентов с поздневозрастными депрессиями помогут, на наш взгляд, более квалифицированно осуществлять как психофармакологические, так и, в дальнейшем, психосоциальные вмешательства, что приведет к сокращению срока пребывания больных в стационаре, снизит возможность появления побочных эффектов терапии и будет способствовать адекватному прогнозированию исхода болезни.

АНАЛИЗ ДЕПРЕССИВНО-ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Вакула И.Н., Коновалова О.Ю., Никифорова Е.Ю., Никифорова Д.И., Шелудько М.В.

Краснодар
ГБУЗ Специализированная КПБ №1 МЗ КК

Цель. Психологическое исследование аффективной сферы матерей детей с атипичным аутизмом на резидуально-органическом фоне (коморбидность аутизма с патологическими паттернами на ЭЭГ) в контексте эффективности их взаимодействия с врачом детским психиатром и клиническим психологом в процессе реабилитации ребенка.

Материал и методы. Обследованы семьи 38 детей (31 мальчик и 7 девочек) с диагнозом атипичный аутизм на резидуально-органическом фоне, инвалидами с детства. Возраст детей от 3 до 14 лет, 76,3% из них посещают коррекционные образовательные учреждения. Значимыми параметрами семейно-социальной структуры являлись: полная\неполная семья, наличие\отсутствие работы у родителей, степень тяжести заболевания у ребенка, участие родителей в воспитании ребенка, наличие\отсутствие психопатологической симптоматики у матерей (аффективные расстройства), посещение семьей коррекционных занятий.

Матери были разделены на две группы: первую группу составили матери, дети которых демонстрировали заметную положительную динамику в поведенческих сферах (1), вторую – матери, дети которых демонстрировали минимальную положительную динамику в поведенческих сферах (2). Динамика отслеживалась от исходного психического состояния, учитывался только бихевеоральный аспект.

Первую группу составили 20 (52,6%) матерей в возрасте от 26 до 47 лет. В разводе находились родители из четырех семей (10,5%); в двух семьях (5,26%) работа отцов была связана с длительными командировками. Одиннадцать семей (28,95%) имели отдельное жилье, пять (13,2%) проживали совместно со своими родителями, трое матерей (7,9%) проживали отдельно от мужей, находясь в браке; одна (2,6%) проживала отдельно, будучи разведена. У семи матерей (18,4%) имелось высшее, у шести (15,8%) среднее специальное образование, у семи (18,4%) – среднее; девять матерей (23,7%) не имели работы.

Во вторую группу вошли восемнадцать матерей (47,4%) в возрасте от 24 до 46 лет. В разводе находились семеро (18,4%); двое отцов (5,26%) проживали отдельно, сохраняя официальный брак. Совместно с прародительской семьей проживали девять матерей (23,7%), роль отца играет авторитарная бабушка. Образовательный уровень данной группы: высшее образование – четыре матери (10,5%), среднее специальное – восемь (21,1%), среднее – шесть (33,3%). Не имели работы двенадцать матерей (31,6%).

В соответствии с целью нами был составлен комплекс психологических методов для изучения особенностей аффективной сферы: опросник MMPI в модификации Ф.Б. Березина, опросник SCL-90-R (адаптация Н.В.Тарабриной), шкала Зунга для самооценки депрессии, методика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) для оценки механизмов психологических защит, методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), для получения дополнительных сведений использовалась направленная клиническая беседа. Эффективность динамики в поведенческих сферах у детей оценивалась врачами и клиническими психологами на основании составленного нами опросника.

Результаты и обсуждение. При анализе профилей MMPI женщин обеих групп не выявляется признаков стойких характерологических нарушений. Для большинства профилей характерно повышение по шкалам 6, 3 и F. 1) характерен подъем 3 шкалы в сочетании с 1 и 6, что отражает склонность к проявлению конверсионной и ипохондрической симптоматики с застреваниями на значимых переживаниях. 2) характерен подъем 8 шкалы в сочетании с 3 и 2, что характерно для реакции «ухода» в мир собственных переживаний в сочетании со снижением уровня жизненной активности. По методике SCL-90-R: 1) показатели по шкалам «враждебность», «паранойяльные симптомы» и «психотизм» в пределах нормы, показатели по остальным шкалам превышает норму незначительно: преобладает подъем по шкалам «межличностная тревожность» у двенадцати женщин (60%), «соматизация» – у девяти женщин, (45%) и «депрессия» – у восьми женщин (40%), что входит в рамки невротического регистра. 2) данные превышают норму показателя депрессии – у тринадцати женщин (72,2%). Следующими по значимости стоят шкалы «соматизация» – у девяти женщин (50%) и «обсессивно-компульсивные расстройства» – у семи (38,9%). Результаты по шкале Зунга: 1) четыре женщины (20%) попали в диапазон нормы, четырнадцать (70%) – в диапазон легкой депрессии, две (10%) – умеренной депрессии. 2) показатели расположилась в диапазоне легкой депрессии – восемь женщин (44,4%) и умеренной депрессии – десять (55,6%). Выраженность депрессии у женщин во второй группе значительно превышает показатели первой группы. В ИТТ: 1) среднее значение личностной тревожности (ЛТ) составило 5,85 баллов, а ситуативной (СТ) – 3,72 балла. Завышенные показатели ЛТ по шкалам: эмоциональный дискомфорт – пять женщин (25%), астенический компонент – семь женщин (35%), фобический компонент – одна женщина (5%), тревожная оценка перспектив – две женщины (10%), социальные реакции защиты – пять женщин (25%). По СТ повышенные результаты по шкалам: эмоциональный дискомфорт и фобический компонент – повышения нет; астенический компонент – пять женщин (25%); тревожная оценка перспектив – одна женщина (5%); социальные реакции защиты – одна женщина (5%). 2) Среднее значение выраженности ЛТ – 6,03 баллов, а СТ – 5,39 баллов. Показатели уровня тревожности выше как по ЛТ на 0,18 баллов, так и по СТ на 1,67 баллов. Данные ЛТ по шкалам: эмоциональный дискомфорт у четырех женщин (22,2%) высокий уровень тревожности; астенический компонент – у шести женщин (33,3%); фобический компонент – у пяти женщин (27,8%); тревожная оценка перспектив у четырех женщин (22,2% в группе); социальные реакции защиты – у пяти женщин (27,8%). Высокий уровень показателей СТ по шкалам: эмоциональный дискомфорт – у шести женщин (33,3%); астенический компонент – у семи женщин (38,9%); фобический компонент – у трех женщины (16,7%); тревожная оценка перспектив – у шести женщин (33,3%); социальные реакции защиты – у трех (16,7%).

По методике «ИЖС»: 1) преобладают механизмы психологических защит (МПЗ) «интеллектуализация» и «отрицание». Четырнадцать (70%) и восемь (40%) женщин, соответственно, используют данные МПЗ. 2) Преобладающим МПЗ является «компенсация» – у двенадцати женщин (66,7%). На втором месте – механизм «реактивного образования» у десяти женщин (55,6%). Часто используются МПЗ – «проекция» и «регрессия» 44,4% и 38,9%, соответственно. У женщин из первой группы количество интенсивно работающих защит ограничивалось двумя, а во второй – четырьмя и более.

Анализ динамики в поведенческих сферах: 1) у детей заметную динамику в поведенческих сферах отметили во взаимной коммуникации у девяти детей (45%), в характеристиках произвольности внимания – у семи (35%), у четырех (20%) отмечались сдвиги в контроле над агрессивностью. Более значимые улучшения демонстрировали дети матерей с субклиническими и легкими проявлениями депрессии. 2) у детей отмечается минимальная динамика в поведенческих сферах: улучшились характеристики произвольного внимания у четырех детей (22,2%), показатели социальных взаимодействий – у трех детей (16,7%) и взаимной коммуникации – у пяти детей (27,8%).

Выводы.

1. Обследование матерей, имеющих детей с атипичным аутизмом на резидуально-органическом фоне, выявило наличие почти у всех тревожно-депрессивного синдрома.

2. Выявлены корреляции между «минимальной» динамикой в поведенческих сферах у детей с аутизмом с более выраженными проявлениями у их матерей депрессии (умеренная степень), повышением уровня тревожности (личностной и ситуативной), наличием большего числа МПЗ, сензитивностью, ригидностью эмоций.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Вербенко Г.Н.

Симферополь
Медицинская Академия им. С.И. Георгиевского

Актуальность. Аффективные расстройства являются ведущими среди причин инвалидизации и потери работоспособности среди трудоспособного населения.

Целью исследования было изучение особенностей клинической симптоматики на разных стадиях течения БАР

Методы и материалы. После получения информированного согласия было отобрано 120 пациентов с БАР, которые были разделены на три группы: 40 пациентов (33,3%) с преобладанием депрессивных симптомов (F 31.3-5, F 31.6), 30 пациентов (25,0%) с преобладанием маниакальных симптомов (F31.0-2, F 31.6), 50 пациентов (41,7%) в эутимном периоде (F 31.7)).

Результаты. Пациенты с БАР имели примерно равное половое распределение, наибольший удельный вес болезни был в возрастной категории 31-45 лет (соответственно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%) со средним возрастом в выборке 45,7±9,7 лет. Образовательный уровень пациентов составил 13,2±2,8 лет без существенной разницы в отдельных группах. Около половины больных проживали в семье (48,3%), без достоверной разницы по семейному положению в клинических группах. Большинство пациентов оценили психологический климат в своей семье как благоприятный. Подавляющее большинство было работающими; в группе БАР-М их количество было наименьшим.

Обращение за помощью в группе БАР-М было самым ранним, а по поводу депрессии пациенты обращались с опозданием, что затрудняло выход в ремиссию. Количество пациентов с психотическими симптомами в анамнезе достоверно преобладало также в группе БАР-М. Недостаточным был прием тимостабилизаторов во всех группах (меньше всего в БАР-Д), причем более трети пациентов с БАР вообще не получали тимостабилизаторов, что является отклонением от международных стандартов терапии и ведет к рецидивам.

Выводы. Основные клинические характеристики на разных стадиях течения БАР зависят от актуальной фазы заболевания, а анамнестические характеристики достоверно не отличаются. Общим недостатком является низкий показатель приема тимостабилизаторов, что является отклонением от международных стандартов терапии и основой для рецидивов заболевания.

ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА

Вербенко Г.Н., Вербенко В.А., Танасова Е.Ю., Эдилерская Э.С.

Симферополь
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Актуальность проблемы диагностики расстройств биполярного спектра обусловлена не только широкой распространенностью данной патологии среди населения развитых стран, но и стойкой утратой работоспособности по причине униполярной или биполярной депрессии (WHO, 2004). На современном этапе происходит расширение представлений БАР от состояний, характеризующихся только изменением депрессивной и маниакальной фаз к более объемному пониманию данной патологии.

На сегодняшний день чрезвычайно актуальной является реконцептуализация понятия расстройств биполярного спектра, связанная с расширением представления об аффективных расстройствах как о взаимосвязанной группе нозологий, принадлежащих к единому континууму. Это нашло свое отражение в изменениях, внесенных в современную классификационную модель – « DSM-5». Однако многие проявления БАР остаются до конца не изученными, что приводит к ошибкам в диагностике и назначении неэффективного лечения.

Материалы и методы: Учитывая вышесказанное, нами было проведено пилотное исследование 62 больных со смешанными аффективными расстройствами в возрасте 21-35 лет, в том числе 34 женщин и 28 мужчин, получавших лечение в психиатрическом учреждении и имевших недостаточный ответ на проводимую антипсихотическую терапию с формированием вторичной резистентности. Текущие диагнозы: Тревожно – депрессивное расстройство – 18%, расстройства личности 28%, депрессивное расстройство – 36%, неврастения – 18%. Наличие нарушений аффективной сферы изучалось с помощью оценочных психометрических шкал: шкалы мании Янга (YMRS – Young Mania Rating Scale), оценочной шкалы депрессии Монтгомери – Асберга (MADRS), шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HAMD -17, шкалы оценки тяжести суицида колумбийского университета (C-SSRS).

Результаты исследования. Согласно предварительным результатам исследования у 41% обследованных были выявлены суицидальные мысли и аутоагрессивное поведение со злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами. Наличие нарушений биполярного спектра у близких родственников было обнаружено у 29% обследованных больных. Повышенное экспансивное настроение встречалось у 14%, снижение потребности во сне – у 11%, повышение энергичности – у 14%, повышение двигательной активности также у 14%, в то время как раздражительность и психомоторная ажитация наряду с тревогой, дисфорическими состояниями была выявлена у 58% обследованных больных.

Таким образом, согласно современным диагностическим критериям расстройств биполярного спектра, выявленные особенности можно расценивать как предикторы гипомании, и в целом классифицировать психическое состояние как «смешанный эпизод» в рамках БАР. Наличие вторичной резистентности к проводимой терапии психических нарушений в рамках «текущих диагнозов» в изучаемых группах больных подчеркивает преимущественно симптоматический подход к терапии данных состояний, без учета патогенетических механизмов их формирования.

Выводы. Расстройства аффективной сферы являются наиболее распространенными психическими расстройствами современности с высоким риском потери трудоспособности, а разработка четких диагностических и терапевтических ре-

комендаций для аффективных расстройств является одной из приоритетных задач современной медицины.

Особое внимание следует обратить на подпороговые симптомы гипомании при преобладании депрессивной полярности («смешанная депрессия»), и за пределами депрессивного эпизода. Согласно данным проведенного исследования, смешанный компонент депрессии может проявляться раздражительностью и враждебностью, активацией, резистентностью к терапии, отдельными симптомами гипомании.

Учитывая различные подходы к терапии депрессии и депрессии с / без смешанного компонента в рамках расстройств биполярного спектра возникает необходимость разработки нового чувствительного диагностического инструментария.

К ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ

Воронова Е.И., Романов Д.В.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
НЦПЗ

Цель исследования – получение эпидемиологических данных, позволяющих уточнить долевое распределение психогенных депрессий в контингенте стационарных больных с аффективной патологией (эндогенные аффективные заболевания, расстройства шизофренического спектра).

Материал и методы. Работа выполнена в рамках пилотного проекта и представляет собой ограниченное выборочное исследование формализованных характеристик стресс-индуцированных (психогенных) депрессий.

Изученная выборка сформирована из числа больных, госпитализированных в ФГБНУ «НЦПЗ» по поводу депрессий в рамках расстройств адаптации (F43.2), аффективных заболеваний (F30-34), а также психогенных депрессий при шизотипическом расстройстве (F21).

Дизайн исследования включал два этапа («эпидемиологических среза»). Первый (I) этап – сплошной контент-анализ архивной медицинской документации (280 историй болезни; муж. – 84; жен. – 196) за 2009 г. – предполагал предварительное определение доли больных с психогенными депрессиями (на момент госпитализации) среди всех госпитализированных за год пациентов с аффективными расстройствами. Второй (II) этап – непосредственное клиническое интервью, проведенное психиатрами-экспертами (232 набл.; муж. 69; жен. – 163; 29,7% и 71,3% соответственно) – предполагал ретроспективную оценку доли психогенных депрессий среди всех эпизодов депрессии в выборке стационарных больных с аффективными расстройствами, обследованных за 2012-2014 гг., что позволило уточнить динамику рассматриваемого показателя во времени, а соответственно – разброс его значений.

Результаты и их обсуждение. I этап. В этой фазе исследования проанализированы архивные истории болезни 186 пациентов (муж. – 46; жен. – 140; 24,7% против 75,3% соответственно) с верифицированным диагнозом стресс-индуцированных/психогенных и аутохтонных депрессий. Долевое распределение реактивные – эндогенные депрессии на момент госпитализации составляет здесь соответственно 17% (32 набл.) против 83% (154 набл.). С учетом доли психогенных депрессий у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (23,4% – 22 набл.) психогенные депрессии в изученной выборке в совокупности составили 19,3%.

Имеющиеся в нашем распоряжении архивные материалы позволили на эпидемиологической основе проверить предположение о сродстве психогенных депрессий с психической патологией эндогенного круга (расстройств как аффективного, так и шизофренического спектров).

По результатам ретроспективного анализа анамнезов всех больных депрессиями, проведенного на I этапе исследования, установлено следующее.

Долевое распределение психогенных дебютов (однократная депрессивная реакция на стресс), предваряющих развитие аффективной патологии эндогенного круга и расстройств шизофренического спектра, оказалось сопоставимым: 24% случаев (45 набл.) и 23,4% (22 набл.) соответственно. При этом если в рамках расстройств шизофренического спектра психогенная депрессия в изученной выборке представляет собой первый (и единственный) эпизод, то при аффективных заболеваниях повторные психогении регистрируются достаточно часто – у 12% (24 набл.) больных.

Результаты II этапа исследования подтверждают вывод о значимости фактора реактивной лабильности при формировании фазовых аффективных расстройств эндогенной природы.

Установлено, что при очевидной тенденции к сокращению частоты психогенных депрессий (в целом по выборке на момент исходной оценки их доля с учетом психогенных и психогенно провоцированных – эндореактивных и нозогенных форм депрессий составляет 54,3%), фактор психогенного реагирования сохраняет свою значимость. Об этом свидетельствует динамика долевого распределения психогенных депрессий среди пациентов с расстройствами аффективного и шизофренического спектров.

У 232 больных с аффективными расстройствами в общей сложности зарегистрировано 477 эпизодов депрессии (медиана – 2 эпизода). Анализ долевого распределения депрессий в зависимости от принадлежности к психогенным/аутохтонным/психогенно провоцированным эндогенным и порядковому номеру эпизода (с 1 по 4) выявил следующую закономерность. Несмотря на возрастание доли эндогенных (аутохтонных) депрессий (24,4%, 43,7%, 50%, 66,7% соответственно) и сокращение по мере рецидивирования депрессии с первого по четвертый эпизод частоты психогенных и психогенно провоцированных эндогенных депрессий депрессий (30,7%, 17,2%, 10%, 14,8% и 37%, 33,3%, 27,5%, 14,8% соотвественно), доля последних даже на отдаленных этапах эндогенных заболеваний остается высокой.

Выводы. Рассмотренные выше эпидемиологические данные на статистически значимой основе подтверждают вклад психогенного реагирования в структуру аффективной патологии эндогенного круга. Эти результаты, полученные в пилотном исследовании (Pilot study), хотя и носят предварительный характер, но несмотря на связанные с этим ограничения, важны для планирования дальнейших эпидемиологических разработок, позволяя рассчитать объем выборок, необходимые мощности и другие параметры будущих исследований.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: СТРУКТУРА ДИССОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕПРЕССИИ

Герасимчук М.Ю.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность. В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция к увеличению доли депрессивных расстройств в общей структуре психических заболеваний. В старшей возрастной группе заболеваемость составляет от 10% до 35,9% [Sriwattanakomen R, 2010], при наличии тяжелой сопутствующей соматической патологии достигает 60% [Krishnan K.R.,

Delong M., 2002]. Вероятность инвалидизации при депрессии выше в 1,78 раза, а смертности – в 1,8 раза, по сравнению с общей популяцией (Незнанов, 2001). В обсервационном поперечном исследовании с участием 1042 больных (Gerber, 1992) среди всех соматических симптомов критерий – «нарушение сна», показал самое высокое прогностическое значение для позитивной диагностики депрессии (61%).

Цель исследования: определение структуры расстройств сна в рамках депрессии у больных пожилого возраста.

Материал и методы: в исследование были включены 20 больных в возрасте от 50 до 79 лет, поступивших на лечение в Клинику психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы №3 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. В соответствии с Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) состояния были квалифицированы, как: биполярное аффективное расстройство, депрессивный синдром (F31.3–F31.5) (n=6); депрессивный эпизод (F32.1–F32.3) (n=6); рекуррентное аффективное расстройство, депрессивный синдром (F33.1–F33.3) (n=8). Критериями исключения служили деменция умеренной и тяжелой степени, болезни зависимостей, острая соматическая или неврологическая патология, требующая неотложной терапии в специализированном стационаре. Средний возраст больных составил 63,6 года. Женщины – 16 человек (80%), мужчины – 4 (20%). Для оценки состояния больных использовались клинико-психопатологический метод и стандартизированные психометрические шкалы (HADS, CGI).

Результаты исследования и их обсуждение: нарушения сна были выявлены в целом у 20 больных (100%), в том числе выраженные – у 19 человек (95%), пограничные – у 1 (5%). Выявленные нарушения можно было подразделить на пресомнические (трудности засыпания), интрасомнические (поверхностный сон, пробуждения среди ночи) и постсомнические (нарушение быстроты и времени пробуждения, чувство «разбитости«). Изолированные варианты встречались реже, чем сочетание двух, или всех трех видов. Типология нарушений сна определялась характером ведущего аффекта: для тоскливых состояний характерным симптомом выступали окончательные ранние пробуждения, при тревожных депрессиях – это трудности засыпания, поверхностный сон, повторные пробуждения среди ночи. Повышенная сонливость в течение дна, окончательные поздние пробуждения наблюдались у больных с доминирующим апатическим аффектом.

Выводы: диссомнические расстройства при депрессии у больных пожилого возраста представляют собой многофакторный и весьма разнообразный по клиническим проявлениям феномен. Выявление расстройств цикла «сна-бодрствования« в 100% случаев подтверждает их облигатность при депрессии, что, вероятно, базируется на общих нейрохимических процессах. Основные принципы терапии депрессивных состояний должны быть распространены и на лечение расстройств сна. Своевременное выявление подобных нарушений с учетом как субъективных жалоб, так и данных, полученных при помощи психометрических шкал, позволяет быстрее приступить к их коррекции, что в итоге ведет к повышению качества жизни больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНО-ИПОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Гончарова Е.М., Гончарова С.А., Изотова Е.А., Щукина Е.П.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Цели и задачи. Изучение особенностей расстройств ипохондрического спектра непсихотического уровня в их взаимодействии с депрессивными нарушениями при рекуррентном депрессивном расстройстве, дистимии и шизотипическом расстройстве.

Материалы и методы. Клиническим и клинико-психологическим методами было обследовано 46 больных, их которых 20 больных составили группу с диагнозом депрессивного эпизода (3 чел.) или рекуррентного депрессивного расстройства (17 чел.), 11 больных – группу с дистимией и 15 больных – группу с шизотипическим расстройством. В исследование были включены 32 женщины и 14 мужчин Возраст обследованных больных колебался от 26 до 59 лет, средний возраст – 42 года. Диагностическая оценка состояния больных производилась в соответствии с критериями МКБ -10. Оценка тяжести депрессивного синдрома проводилась с помощью Шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Для измерения выраженности тревоги применялась Шкала для оценки уровня тревоги Гамильтона – HARS.

Результаты. В группе больных с рекуррентным депрессивным расстройством средний уровень депрессии составил по шкале Гамильтона 22,1±2,7 балла. Средний показатель тревоги по шкале Гамильтона соответствовал 29,8±3,4 балла, что соответствовало высокому уровню тревоги. Ипохондрическая симптоматика у всех больных этой группы была представлена фиксацией и гипернозогностической оценкой соматических симптомов депрессии – тахикардии, ощущении перебоев в сердце, вегетативных кризах с повышением артериального давления, сухости слизистых, запорах, трофических изменениях кожи. У 3 больных этой группы ипохондрические расстройства в форме тревожных опасений за свое соматическое благополучие наблюдалось на фоне анестетического компонента депрессивных переживаний. Важным фактором, влиявшим на характер ипохондрических расстройств, являлась очередность приступа. Проявления сомато-вегетативной дисфункция, предшествовавшей первому депрессивному эпизоду у больных, не имевших опыт переживания этого состояния, вызывали порой панические реакции. Вторую группу составили больные с депрессивно-ипохондрическим синдромом, страдавшие дистимией. Средний показатель уровня депрессии по Шкале Гамильтона был ниже, чем в первой группе, и составил 15,7±3,8 балла, уровень тревоги был достаточно высок и составил 27,3±2,4 балла. Давность дистимии составила от 2 до 10 лет, в среднем – 7,6 года. Ипохондрические нарушения у этих больных носили характер затяжных и упорных алгических расстройств в форме длительных головных болей, а также перемещающихся по телу болевых или давящих ощущений. Третья группа больных состояла из пациентов, страдавших шизотипическим расстройством. Ипохондрические нарушения, сочетавшиеся с волнообразно изменяющейся субдепрессивной симптоматикой, характеризовались полиморфизмом и давали возможность проследить постепенное усложнения синдрома, что отражало прогредиентный характер заболевания. Манифестация ипохондрического спектра расстройств чаще всего происходила с соматоформных нарушений, нередко отмечавшихся с раннего или среднего подросткового возраста. Эти

расстройства могли быть преходящими или повторяться время от времени в условиях возрастания стрессирующих нагрузок. У другой части больных соматоформные расстройства сменялись сенестопатическими нарушениями с вычурными описаниями и фантазиями повреждения собственного тела. Эта симптоматика, хотя и носившая волнообразный характер, все же была отмечена неуклонной дальнейшей прогредиентностью: постепенно происходило все большее снижение устойчивости к стрессу, больные не могли работать, поскольку попытки вернуться на работу или устроиться на нее приводили к усилению тревоги и усугублению симптоматики ипохондрического ряда.

Выводы. В результате проведенного исследования были выявлены значительные клинические отличия в представленности ипохондрической симптоматики при аффективных нарушениях и шизотипическом расстройстве. В структуре рекуррентного депрессивного расстройства характер депрессивно-ипохондрических переживаний имел соматовегетативную направленность, зависевшую от тяжести собственно депрессивной фазы. В случае дистимического расстройства ипохондрическая симптоматика в основном характеризовалась наличием упорных головных болей, а также иных алгических феноменов, вызывавших снижение стрессоустойчивости у пациентов. В рамках шизотипического расстройства ипохондрическая симптоматика у пациентов характеризовалась значительным полиморфизмом и постепенным прогрессированием, независимо от выраженности аффективных нарушений, приводя к стойкому снижению работоспособности.

СПЕКТР ЛАТЕНТНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Дмитриев М.Н.

Ростов-на-Дону
ВПО ГБОУ Ростовский ГМУ

За последние годы оформилась тенденция выявления высокого уровня непсихотических психических расстройств в популяции и среди пациентов первичной медицинской сети (Смулевич А,Б. и соавт., 2005, 2011). В зависимости от целей и методик исследований, чаще диагностируют тревожные, депрессивные расстройства (Александровский Ю.А., 2007), ассоциированные с ними соматоформную патологию и болезни зависимого поведения (Anssea M. et al.,2004; Toft T.et al.,2005). Показано, что аффективные нарушения (АН) – одна из самых быстрорастущих и социально значимых медицинских проблем (Vieta E. et al., 2014). В большинстве исследований широкий диапазон психо-вегетативной патологии трактуется как проявление различных форм именно депрессивного аффекта, либо коморбидных с депрессией.

Однако, размывание принципов детерминированности и генезиса психических расстройств приводит к однобокому отождествлению непсихотического уровня поражения как их невротического (стрессиндуцированного) происхождения. На практике, при изучении анамнеза и катамнеза видно, что многие тревожные, соматоформные, обсессивные якобы «самостоятельные» расстройства со значительным удельным весом вегетативных нарушений являются либо своеобразным дебютом, либо вариантом патоморфоза именно эндогенных психических заболеваний. Особенно это актуально для биполярного аффективного расстройства, которое грамотно квалифицируется лишь спустя годы наблюдений (Lish J., 1994; Мосолов С.Н. и соавт., 2008). Дополнительную сложность представляет выявление гипоманий, которые не осознаются пациентом, не учитываются при большинстве скрининговых методик, хотя могут достигать значимых показателей при проведении углубленных многолетних исследований (Angst J. et al. 2002,2003). Вышеизложенное приводит к поздней постановке окончательного диагноза, упущенному времени начала специфической терапии, появлению негативного терапевтического патоморфоза АН.

Таким образом, актуальным является изучение аффективных расстройств биполярного спектра на максимально ранних этапах, поскольку существует тенденция к их манифестации во все более молодом возрасте (Patel V., 2013).

Цель исследования: выявить встречаемость латентных АН у студентов, установить их структуру и особенности.

Материалы и методы: на базе ГБОУ ВПО Ростовский ГМУ проводили обследование студентов различных факультетов за период 2013-14 г – 171 человек (1 группа), из них 117 женщин (Ж), 54 мужчины (М) ; за 2014-15гг (2 группа) – 144 человек: 107 Ж и 37 М. Общая выборка составила 315 человек в возрасте 19 – 27 лет и была однородной по социально-профессиональному статусу.

Методом исследования был комплекс специализированных анкет самооценки состояния здоровья, которые студенты заполняли самостоятельно, подписывая добровольное информированное согласие. Для изучения структуры личности и типов акцентуации использовали методику изучения акцентуаций личности (опросник) К.Леонгарда (ОЛ) (Н.К.Ракович и соавт., 2002). АН выявляли валидными специфическими селективными скрининговыми самоопросниками: депрессию – Шкалой Центра эпидемиологического изучения депрессии (CES-D) (Radloff L., 1977), манию – Шкалой Альтмана для самооценки мании (ASRM) (Altman E. Et al., 2001). Дополнительно использовали авторский Опросник Самооценки Состояния Здоровья (ОССЗ) (Дмитриев М.Н. и соавт., 2010 -2013), обладающий достаточной чувствительностью и репрезентативностью. Он состоит из 6 кластеров – подшкал, каждый из которых содержит 15 утверждений, соответствующих диагностическим критериям синдромов психических расстройств непсихотического уровня (Тиганов А.С. и соавт., 1999). Полученные результаты сводили в единую базу в электронные таблицы Exel, а их статистическую обработку проводили с использованием программы SPSS.

Результаты исследования: в первой группе значимые признаки депрессии по CES-D обнаружили у 25,14% обследуемых (Ж – 29,91% и М – 14,81% от гендерной выборки); по ОССЗ у 11,11% (Ж – 13,67% и М – 9,4% соответственно). У 8 человек обнаружили выраженный уровень депрессии по всем тестам. При сопоставлении с типами акцентуации установили, что их наиболее частыми вариантами здесь были экзальтированные, циклоидные, возбудимые и гипертимные.

Значимые признаки мании обнаружили по ASRM у 10,5%, по ОССЗ у 9,36% обследованных. Не было отмечено статистически достоверных гендер-ных различий в обеих методиках (Ж – 10,26% и 7,69%; М – 11,11% и 12,96% соответственно). Установили перекрестные совпадения маниакального аффекта у 8 обследуемых. Наиболее частыми и выраженными вариантами акцентуаций у студентов с гипоманией были экзальтированные, педантичные, гипертимные, циклоидные и демонстративные.

У 4 обследуемых обнаружили сочетание значимых нарушений и по депрессивному, и по маниакальному типу.

У 21,05% испытуемых по ОЛ выявили акцентуации разного типа при отсутствии у них признаков аффективных расстройств.

Во второй группе признаки депрессии по CES-D обнаружили у 23,61% испытуемых, из которых от гендерной выборки Ж- 25,23% и М-18,9% ; а по ОССЗ у 7,63%, из которых Ж – 8,41%, М-5,40% соответственно. У 9 человек признаки депрессии выявили по обеим методикам.

При сопоставлении с типами акцентуации установили, что наиболее часто у студентов с депрессией были циклоидные, экзальтированные и гипертимные варианты.

Признаки маниакального аффекта по ASRM обнаружили у 13,19% студентов, из которых Ж составляли 14,01%, а М

– 10,81% от гендерных выборок. Соответствующие показатели по ОССЗ составили 4,86%, из которых Ж – 3,73%, а М – 8,1%. Высокий уровень мании по обеим методикам обнаружили у 5 человек. При сопоставлении с типами акцентуации установили, что их наиболее частыми вариантами у студентов с гипоманией были гипертимные, экзальтированные, эмотивные. У каждого испытуемого с высокими показателями мании было несколько типов заострений личности.

Сочетанные высокие показатели депрессивного и маниакального аффекта по CES-D+ASRM были выявлены у 3 испытуемых, при этом у одного их них они совпали и по двум шкалам ОССЗ.

По ОЛ у 21,52% испытуемых без признаков аффективных расстройств выявили акцентуации по различным типам.

Сравнивая полученные результаты, установили, что уровень депрессивных расстройств достоверно не отличается в первой и второй группах и составляет четверть всех обследуемых. При этом в разные годы частота депрессий среди женщин достоверно выше. В обеих группах выявляется достаточно значимый уровень маниакального аффекта. При этом по данным шкалы ОССЗ во второй выборке частота этого расстройства у мужчин преобладает, в других подгруппах достоверных различий по частоте гендерной встречаемости обнаружено не было. Показательно, что при исследовании по западным диагностическим опросникам выявляется большое число испытуемых, страдающих АН, превышающее треть всех участников опроса. При этом в тех же выборках по отечественному тесту ОССЗ, включающему более строгие критерии отбора, ориентированные только на психопатологические составляющие синдромов, уровень аналогичных АН был достоверно ниже.

Отмечали практически идентичную в разных группах частоту встречаемости студентов без аффективных расстройств, но имеющих значимый уровень акцентуации личности. У них выявлена полиморфная картина акцентуаций, которая достоверно не отличалась по спектру с вариантами акцентуаций, обнаруженных у студентов с АН. Этот факт позволяет исключить/минимизировать вклад психогенно-личностных составляющих в развитие аффективных синдромов. Он подчеркивает, что обнаруженные аффективные расстройства являются самостоятельным клиническим феноменом, а не декомпенсацией соответствующей акцентуации.

Наличие значимого уровня гипомании, сочетание у одних и тех же людей признаков депрессивного и маниакального аффекта позволяет доказать высокую частоту расстройств биполярного спектра среди молодого поколения, протекающих на латентном уровне. Использование комплекса скрининговых методик позволяет выявлять и ориентировочно типировать спектр АН для прицельного клинического наблюдения.

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Захарченко Д.В., Бельцева Ю.А., Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Типологизация депрессивных состояний в пожилом возрасте представляет собой самостоятельную проблему (Корнетов Н.А., 1999; Blazer D.G., 2003), однако единого подхода к решению этой задачи пока не выработано (Тиганов А.С., 1997).

Целью исследования стало изучение вариантов течения рекуррентного депрессивного расстройства у пожилых с уточнением их клинико-динамических характеристик на различных этапах заболевания.

Материал и методы: методом сплошного набора было обследовано 110 пациентов старше 50 лет, поступивших на лечение в отделении гериатрической психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство» (F33 по МКБ-10), не имевших иной психической патологии и перенесших в анамнезе не менее двух депрессивных фаз.

Для изучения структуры и динамики депрессивных нарушений (в рамках текущего и предыдущих депрессивных эпизодов) было разработано полуструктурированное диагностическое интервью. Использовались шкалы депрессии Гамильтона (Hamilton M., 1960, HAM-D21) и «Краткой шкалы оценки психического статуса» (MMSE). Для выделения групп больных был проведен кластерный анализ методом k-средних (MacQueen J., 1967), широко применяемый в медицине при большом количестве переменных и нескольких вариантах построения классификации изучаемых явлений (Леонов В.П., 1997). Достоверность различий между группами рассчитывалась с помощью непараметрических методов статистики.

Результаты и их обсуждение. В состав выборки вошли 9 мужчин (8,2%) и 101 женщина (91,8%). Средний возраст испытуемых составил 70,2±8,0 лет, длительность заболевания – 18,4±14,1 лет, в течение которых больные перенесли в среднем 3,3±2,4 депрессивных фазы (по 6,3±5,7 мес.). Средняя продолжительность ремиссий составила 72,7±70,6 месяцев (около 6 лет), половину из которых можно было отнести к клинически полным ремиссиям (53,7%, 197 ремиссий). Среднее значение тяжести депрессии по шкале HAMD составила 22,3±6,1.

Кластерный анализ – многомерная статистическая процедура, способная упорядочивать объекты в сравнительно однородные группы на основе данных об их признаках и являющаяся одним из возможных методов создания автоматической классификации (Леонов В.П., 1997; Сидоренко Е.В., 2007). В качестве данных для кластерного анализа использовались характеристики рекуррентной депрессии, взятые из диагностического интервью. В результате применения этого метода испытуемые в общей выборке разделились на три группы (кластера). Основными факторами, вокруг которых сформировались кластеры, стали возраст начала заболевания и длительность ремиссии. В связи с этим полученные группы были названы: «депрессия с ранним началом», «депрессия с началом в периоде инволюции» и «депрессия с поздним началом». Выбирая название для групп, мы ориентировались на клиническую классификацию периодов старения по Э.Я. Штернбергу (1967). Полученные группы не отличались по полу, возрасту, уровню выраженности сопутствующей соматической патологии и средней продолжительности депрессивных фаз.

Было обнаружено, что пациенты с «ранним началом» депрессии (дебют до 45 лет) имели более «эндогенный» характер заболевания, представленный преимущественно тоскливым аффектом и витальными нарушениями. Течение заболевания в этой группе характеризовалось относительно редкими депрессивными эпизодами по типу «клише» (2,3 эпизода против 3,5 в других группах), между которыми наблюдались наиболее продолжительные ремиссии (205,6±52,5 мес.). Первые эпизоды в среднем возрасте у этих пациентов, как правило, возникали самопроизвольно (67,0%, 12 чел.), а обострение депрессии в пожилом возрасте были чаще связаны с внешними, преимущественно психотравмирующими факторами (55,6%, 10 чел.).

Пациенты с началом депрессии в позднем возрасте (после 55 лет) характеризовались частыми обострениями психического заболевания, короткими промежутками между фазами (13,9±11,4 мес.) и склонностью к формированию неполных ремиссий. Первый эпизод депрессии у пожилых, как правило, возникал в связи с психотравмирующей ситуацией (65,5%, 19 чел.) и был наиболее продолжительным (11,4±14,1 мес.) как по сравнению с последующими эпизодами, так и по сравнению с длительностью эпизодов у пациентов других групп. В дальнейшем на фоне высокой частоты фазообразования эпизоды

депрессии все чаще рецидивировали самопроизвольно и становились короче. В структуре депрессивного синдрома тревожный и тоскливый аффект встречались примерно в равных пропорциях, в некоторых случаях отмечалось преобладание апатии (14,5%, 19 фаз). В этой группе достоверно чаще встречались ипохондрические (61%, 79 фаз), сенестопатические (31%, 40 фаз) и когнитивные нарушения (30%, 39 фаз).

Наиболее интересной оказалась группа с началом депрессии в возрасте инволюции (45–55 лет), на долю которой пришлось более половины пациентов общей выборки (57,2%, 63 чел). Демонстрируя средние показатели относительно продолжительности ремиссий (61,8±33,0 мес.) и частоты обострений (3,6±2,2 фаз), такие пациенты значительно отличались от других групп в клиническом плане. Так, в структуре депрессивного синдрома в этой группе доминировал аффект тревоги (55,9%, 160 фаз), а представленность собственно депрессивных и витальных нарушений была значительно меньше, в связи с чем в начале заболевания наблюдались преимущественно легкие депрессии. В дальнейшем выраженность аффективной симптоматики в этой группе увеличивалась, а ведущий аффект менялся с тревожного на тревожно-тоскливый.

Таким образом, проведенное исследование обнаружило, что характер течения аффективного расстройства и его клинические проявления во многом связаны с возрастом начала заболевания. Полученные данные могут быть полезны для дальнейшего изучения аффективной патологии, планирования фармакотерапии и оценки прогноза заболевания у пожилых пациентов с депрессией.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Зражевская И.А., Топка Э.О., Березкин А.С., Тер-Исраелян А.Ю.

Москва
Медицинский институт ФГАОУ ВО РУДН,
ГБУЗ Психиатрическая больница №13 ДЗМ,
ГКУЗ Психиатрическая больница №5 ДЗМ

На современном этапе назрела необходимость разработки комплексной программы мер по совершенствованию оказания медицинской помощи биполярным пациентам.

Высокая социальная значимость создания специальной программы для повышения качества оказания помощи больным биполярным расстройством (БР) обусловлена тем, что:

1. Эти пациенты являются одной из самых «сохранных» групп среди лиц, страдающих психическими расстройствами (ПР);

2. Начало заболевания у 50% из них приходится на возраст от 25 до 44 лет;

3. Происходит нецелесообразное расходование средств государственного бюджета, т.к. в результате многочисленных случаев неправильной трактовки состояния биполярных пациентов, им присваиваются различные группы инвалидности с диагнозом «шизофрения».

Комплексная программа мер по совершенствованию оказания медицинской помощи биполярным больным позволит решить и целый ряд серьезных специфических проблем в вопросах диагностики и лечения БР, которые возникают на всех этапах наблюдения. В данной публикации мы хотели бы обратить внимание на лечебно-диагностический этап, где прослеживается особенно большое количество ошибок, влекущих за собой необратимые последствия. В первую очередь это неправильная диагностика БР и его низкая выявляемость, которые во многом обусловлены:

1. Особенностями клинической картины, а именно, многообразием аффективных проявлений – возможны депрессивные и маниакальные фазы различной структуры (включающие практически все типы простых и сложных эндогенных депрессий и маний, характеризующиеся высоким полиморфизмом психопатологической симптоматики), а также эпизоды смешанного характера;

2. Недостаточным вниманием специалистов к выявлению в анамнезе симптомов смешанных состояний, гипомании и мании;

3. Неумением врача распознать текущее смешанное аффективное состояние или гипоманию;

4. Неправильной трактовкой результатов неадекватной фармакотерапии БР типичными нейролептиками и/или трициклическими антидепрессантами, когда инверсия аффекта, появление выраженной экстрапирамидной симптоматики, удлинение аффективной фазы и/или увеличение количества фаз, возникновение других осложнений или побочных эффектов расцениваются как признак резистентности к терапии, либо прогредиентности или даже злокачественности якобы имеющего место шизофренического процесса с последующей соответствующей коррекцией терапии;

5. Неспособностью специалиста выявить наличие БР при его сочетании с другими ПР и/или аддикциями. Достаточно часто в подобных случаях устанавливается диагноз и проводится лечение только химической или нехимической зависимости либо коморбидного психического расстройства, а БР не распознается. По усредненным данным различных зарубежных и российских авторов общая коморбидность БР (включая соматические заболевания) одна из самых высоких среди психических расстройств и составляет ≈70%. При этом в случае сочетания БР с расстройством личности (РЛ) нарушения в аффективной сфере и ситуативном контроле носят особенно яркий и многогранный характер, что приводит к сужению диапазона адаптационных возможностей индивидуума и ухудшению социального, профессионального и межличностного функционирования. Например, при коморбидности БР с одним или несколькими РЛ кластера В (DSM-IVTR), аффективные расстройства в рамках текущего эпизода БР, «накладываясь» на изначально свойственные данным личностям эксцессивную эмоциональность и импульсивность, нередко приводят к внезапным вспышкам ауто- или/и гетероагрессии. Эти больные способны на масштабные разрушительные действия, которые могут совершаться ими при воздействии незначительных триггеров или спонтанно, зачастую без оценки последствий и сожалений о жертвах и/или непоправимых потерях. Аналогичные ситуации возможны и при коморбидности БР с РЛ кластера А, когда декомпенсация РЛ в виде патологической реакции (направленной во вне или внутрь) может базироваться, например, на сверхценных мыслях о преследовании и совпадать с одной из фаз БР. Таким образом, при сочетании БР и РЛ риск развития девиантного, делинквентного, ауто- и гетероагрессивного поведения, формирования химических и нехимических аддикций резко возрастает. Своевременная диагностика и медицинская помощь данному контингенту больных имеют первостепенную социальную значимость.

Выводы.

1. Необходима комплексная программа последовательных мер по совершенствованию оказания медицинской помощи биполярным пациентам на всех ее этапах;

2. Требуются разработка и утверждение современных стандартов комплексного лечения больных БР (фармакотерапия + психотерапия + психообразование + нормализация со-

циальных ритмов + помощь социального работника) с учетом всех особенностей различных этапов оказания медицинской помощи;

3. Имеется острая потребность в современных психообразовательных программах для больных БР, членов их семей и всех лиц, которые будут принимать участие в системе лечебно-диагностических и реабилитационно-профилактических мероприятий;

4. Существенной проблемой как реабилитационного, так и профилактического этапов оказания медицинской помощи биполярным пациентам является отсутствие комплексных программ для этих этапов. Необходимо направить усилия научно-исследовательских групп и врачей-практиков на разработку вышеуказанных программ;

5. Надлежит активнее и шире использовать валидизированные опросники с целью выявления психических расстройств биполярного спектра;

6. Имеет смысл более тщательно проводить диагностические мероприятия в плане возможного наличия БР у больных с т.н. «резистентными» депрессиями; с выраженными, тяжелыми экстрапирамидными расстройствами, которые возникли при назначении незначительных или средних доз типичных или атипичных нейролептиков, а также у пациентов с различными видами аддикций, РЛ и др. ПР;

7. Следует рассмотреть возможность организации оказания медицинской помощи данному контингенту больных таким образом, чтобы пациент наблюдался одним врачом, что позволит в ходе лечения своевременно выявлять инверсии аффекта, гипомании, мании, смешанные состояния и проводить адекватную коррекцию фармакотерапии;

8. Необходима масштабная психообразовательная работа как со специалистами, работающими в сфере психического здоровья, так и со смежными специалистами, широкими общественными массами (воспитателями и психологами детских дошкольных учреждений; педагогами и психологами учебных заведений среднего и высшего образования и т.д.). Психообразовательные семинары должны быть постоянно действующими, а предоставляемая на них информация адресной и систематизированной, способствующей раннему выявлению и профилактике БР;

9. Необходимо регулярное проведение конференций и круглых столов различного уровня и формата, как для специалистов в области психического здоровья, так и для смежных специалистов и др. заинтересованных лиц, посвященных вопросам, связанным с БР, с целью повышения осведомленности, обмена опытом практической работы и предоставления новейших научных данных;

10. Предлагается активнее включать вопросы, связанные с различными аспектами оказания медицинской помощи больным БР, в мероприятия для молодых специалистов (например, в программы школ и конференций молодых ученых);

11. В учебных программах интернатуры, ординатуры, переподготовки и повышения квалификации надлежит выделить большее количество часов для самостоятельной работы слушателей с биполярными пациентами и на клинические разборы их историй болезни, т.к. опыт личного общения с биполярными больными крайне важен для успешной диагностики и терапии БР в дальнейшей практической деятельности;

12. Необходимо шире привлекать СМИ к распространению информации о БР; освещению мероприятий, посвященных разнообразным проблемам оказания помощи больным БР; борьбе со стигматизацией биполярных пациентов;

13. Нужно стимулировать создание пациентских организаций больных БР с целью оказания помощи в сложных жизненных ситуациях, обмена информацией об успешном опыте профилактики обострений, сотрудничества с медицинскими работниками в плане психообразования и т.п.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Иванец Н.Н., Лавриненко О.В., Максимова Т.Н., Новицкая А.К., Прохорова С.В.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Проблема сочетания депрессивных расстройств и злоупотребления алкоголем всегда была дискуссионной и актуальна в настоящее время. Несмотря на многочисленные исследования, остается много спорных вопросов, а выводы авторов неоднозначны и противоречивы. Нередко, это связано с недооценкой роли аффективных нарушений в клинике алкоголизма: ряд авторов придерживается мнения, что депрессивные расстройства могут встречаться в структуре болезни зависимости, другие же, наоборот считают, что депрессивная симптоматика способствует злоупотреблению спиртным. В своих исследованиях ученые отмечали, что в 90-95% случаев злоупотребление алкоголем тесно связано с депрессивными состояниями. Описано, что депрессивные расстройства встречаются на всех этапах течения алкоголизма (Крылов Е.Н., 2004 г.). Кроме того, депрессивная симптоматика является важной составляющей в формировании патологического влечения (Стрельчук И.В., 1973; Альтшулер 1994; Иванец Н.Н. с соавт., 1983-2007; Крылов Е.Н.,2004; Pettinati H.M. et al., 1982; Ludwing A.M.,1983; Raymond A.F.,1997). Депрессивные расстройства часто являются основной причиной суицидов среди пациентов этой группы: по некоторым данным в течение жизни до 75% больных, злоупотребляющих алкоголем и имеющих аффективную патологию, совершают попытку суицида (Шустов Д.И., 2004 г.). Особое значение имеет правильная оценка психопатологической картины депрессивных состояний у больных, злоупотребляющих алкоголем, для разработки эффективных тактик ведения таких пациентов. Отсутствие четких рекомендаций значительно снижает эффективность терапии, длительность ремиссии, и, в целом, качество жизни пациентов. Таким образом, исследование клиники, психопатологии и лечения депрессивных расстройств, сочетающихся со злоупотреблением алкоголя и в настоящее время представляется актуальным.

Цель. Изучить особенности психопатологических проявлений и разработать наиболее эффективную терапевтическую тактику депрессивных расстройств у пациентов, злоупотребляющих алкоголем.

Материалы и методы. Клиническое исследование проводилось на базе кафедры психиатрии и наркологии ЛФ, клиники психиатрии им. С.С. Корсакова ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова. При обследовании использовался клинико-психопатологический метод, шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). В исследовании приняли участие 42 пациента (29 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 21 до 64 лет, с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33) и «Депрессивный эпизод» (F32), употребляющих алкоголь на догоспитальном этапе для облегчения депрессивной симптоматики, без сформированного алкогольного абстинентного синдрома. Из исследования были исключены больные с органической патологией головного мозга и с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Результаты. По нашим данным среди клинических особенностей в картине депрессии гораздо чаще встречались расстройства с преобладанием тревоги (30,1%) и с преобладанием тоски (27,0%). В равной степени, а именно примерно у 14,3% пациентов, принимающих алкоголь в период депрессии, отмечались расстройства с ипохондрической, апатической и обсессивно-фобической симптоматикой. В структуре преморбидных особенностей среди пациентов этой группы у 40,48% больных отмечались гипертимные черты в преморбиде, в

меньшей степени, это чуть менее 26,19% были отмечены личности с ведущим тревожным радикалом в характере, а около 21,43% и 11,9% исследуемых были отнесены к группе демонстративных и неустойчивых соответственно. В ходе изучения особенностей преморбида было отмечено, что почти у половины всех пациентов, это около 46,45%, с гипертимными чертами ведущим симптомом в структуре депрессии была тревога, в 27,27% отмечался депрессивный синдром с преобладанием тоски. У людей с тревожным радикалом в преморбиде в большей степени отличительными чертами депрессии стали ипохондрические явления (40%), обсессивно-фобические (25%), и тревожный компонент (30%). У людей с неустойчивыми чертами превалировали депрессивные расстройства с явлениями апатии. Следует отметить, что тревожная и тоскливая симптоматика развивалась у личностей, имеющих в преморбиде гипертимные черты, в то время как тревожные, обсессивно-фобические и ипохондрические расстройства развивались у пациентов с преобладанием тревожных черт в преморбиде. В группе исследуемых были распространены следующие схемы лечения: терапия с участием трех препаратов из разных фармакологических групп. Среди антидепрессантов мы выделили пароксетин, флувоксамин и миртазапин, которые использовались в комбинации с атипичными нейролептиками, такими как кветиапин и тиоридазин, и нормотимиками, вальпроатом натрия или карбамазепином. В другой группе пациенты лечились сочетанием антидепрессанта и нейролептика, или сочетанием антидепрессанта и нормотимика. На первой и третьей неделе наблюдения пациентам предлагалось заполнить госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS. В результате обработки данных мы получили, что в группе больных, терапия которых включала три препарата, средний балл на первой неделе составлял 23,15, а спустя три недели достигала 11,56 балла. В то же время, группе с применением двух препаратов в начале госпитализации средний показатель по шкале HADS достигал 23,07 балла, а на фоне терапии приблизился к показателю, равному 14,87 балла. Это свидетельствует, о том, что, не смотря на практически равный исходный уровень по шкале HADS, лучшая динамика отмечалась у пациентов, получающих комбинацию из трех препаратов. Кроме того, с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии мы попытались оценить динамику депрессивной симптоматики у группы пациентов, страдающих депрессивными расстройствами и не принимающих алкоголь с целью облегчения собственного состояния на догоспитальном этапе, и у тех, кто принимал алкоголь в период депрессии. По данным исследования в группе пациентов без злоупотребления алкоголя депрессивное расстройство было клинически гораздо более выраженным (22,87 балла), нежели у пациентов, которые принимали алкоголь (19,93 балла). Однако, на фоне проводимого лечения динамика по шкале HADS у пациентов без злоупотребления спиртным была заметно лучше, и к 3 неделе баллы снизились почти вдвое (10,77 балла), а в группе со злоупотреблением составила лишь 13,69 балла.

Заключение. На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: 1) среди депрессивных расстройств чаще встречались тревожные и тоскливые депрессии; 2) употребление алкоголя снижает степень выраженности депрессии, но в то же время депрессивные расстройства, осложненные употреблением алкоголя носят затяжной характер; 3) использование антидепрессанта в сочетании с нейролептиком и нормотимиком позволяет быстрее уменьшить степень тяжести и длительность депрессивной симптоматики.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОГЕНОМОРФНОЙ ДЕПРЕССИИ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕЛЕСНЫМИ СЕНСАЦИЯМИ

Иванова Л.А., Ковалева А.В.

Иркутск
Иркутская ГМАПО

Цель исследования: изучение степени тяжести, типологии эндогеноморфной депрессии с наличием патологических телесных сенсаций.

Материал и методы. Изучена группа пациентов (n=55) с непсихотической депрессией, началу которой предшествовал личностно значимый стрессовый фактор (эндогеноморфная депрессия). Пациенты находились на стационарном или амбулаторном лечении в отделениях пограничных состояний, дневном стационаре Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1, Областном психоневрологическом диспансере. Средний возраст пациентов на момент обследования составил 48,6±10,6 лет, из них женщин – 49 (89,1%), мужчин – 6 (10,9%). Из исследования исключались пациенты, подпадающие под рубрику F20.8 с ипохондрической шизофренией (навязчивый – невротический, сверхценный – ограниченный варианты), сенестопатической шизофренией (Психиатрический тезаурус, часть 1, 2003), а также шизотипическим расстройством (F21 по МКБ-10) с необычными феноменами восприятия, включая соматосенсорные (телесные) сенсации. Методы исследования – клинико-психопатологический, клинико-анамнестический.

Результаты и их обсуждение. Тип депрессии определялся с учетом наличия/отсутствия тоскливого оттенка гипотимии и ассоциированного с депрессией генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по DSM-IV (Бобров А.С., 2010). Среди пациентов с эндогеноморфной депрессией тревожный тип депрессии диагностирован в 26 случаях (47,3%) (сниженное настроение без тоскливого оттенка и наличие перманентной тревоги в виде ГТР); тоскливо-тревожный – 21 (38,2%) (сниженное настроение с тоскливым оттенком и наличие ГТР); тоскливый – 5 (9,1%) (сниженное настроение с тоскливым оттенком при отсутствии ГТР либо наличии субдиагностических проявлений ГТР); так называемый «обезглавленный» тип депрессии – 3 (5,5%) (гипотимия без тоскливой модальности, ассоциированная с субдиагностическими проявлениями ГТР). В группе пациентов с эндогеноморфной депрессией и наличием ПТС выявлена достоверно большая частота тревожной депрессии по сравнению с тоскливой ($p<0,01$) и «обезглавленной» ($p<0,005$) депрессии, тоскливо-тревожной в сравнении с тоскливой ($p<0,0004$) и «обезглавленной» ($p<0,005$) и тоскливой в сравнении с «обезглавленной» депрессией ($p<0,0000$).

В соответствии с МКБ-10 (1994) по степени тяжести актуальной депрессии диагностированы: депрессивный эпизод (ДЭ) умеренной степени тяжести – 15 человек (27,3%), тяжелый – 26 (47,3%), промежуточная степень тяжести между тяжелым и умеренным ДЭ – 13 (23,6%), легкий – 1 (1,8%). Выявлена достоверно большая частота тяжелого ДЭ по сравнению с умеренным ($p<0,005$), легким ($p<0,0000$) и умеренным ДЭ ($p<0,000$); достоверно большая частота умеренного ДЭ по сравнению с промежуточным ($p<0,001$) и легким ДЭ ($p<0,0000$).

Наиболее часто патологические телесные сенсации (ПТС) в клинике эндогеноморфной депрессии были представлены в виде сенестоалгий (93,8%, n=61) и сенестопатий (44,6%, n=29), в единственных случаях – в виде алгий и парестезий (соответственно по 3,1%, n=2).В соответствии со степенью генерализации выделены пациенты с монолокальными патологическими телесными сенсациями – 38,5% (n=25), билокальными – 26,2% (n=17) и полилокальными ПТС – 35,4% (n=23).

Наследственная отягощенность психическими расстройствами и расстройствами поведения выявлена у 56,4%

(n=31) пациентов. У пациентов с эндогеноморфной депрессией и ПТС среди наследственной отягощенности достоверно чаще отмечена алкоголизация и зависимость от психоактивных веществ по сравнению с патохарактерологическими нарушениями (p<0,002), аффективными расстройствами (p<0,02), шизофренией (p<0,0000); патохарактерологических расстройств по сравнению с аффективными нарушениями (p<0,02).

Выводы. В клинике эндогеноморфной депрессии с наличием патологических телесных сенсаций наиболее часто диагностирован тревожный и тоскливо-тревожный типы депрессии; умеренная и тяжелая ее степени тяжести по МКБ-10.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЛЕСНЫЕ СЕНСАЦИИ В КЛИНИКЕ ЭНДОГЕНОМОРФНОЙ ДЕПРЕССИИ

Иванова Л.А., Ковалева А.В.

Иркутск
Иркутская ГМАПО

Цель исследования: изучение степени генерализации, локализации и типологии патологических телесных сенсаций в клинике эндогеноморфной депрессии.

Материал и методы. В группе пациентов (n=60) с непсихотической депрессией, началу которой предшествовал личносто значимый стрессовый фактор (эндогеноморфная депрессия), патологические телесные сенсации выявлены у подавляющего большинства (n=55, 91,7%).Средний возраст пациентов на момент обследования составил 48,6±10,6 лет, женщин было 49 (89,1%), мужчин – 6 (10,9%). Методы исследования – клинико-психопатологический, клинико-анамнестический.

Результаты и их обсуждение. По степени тяжести актуальной депрессии (МКБ-10, 1994) диагностированы: умеренный депрессивный эпизод – 15 человек (27,3%), тяжелый – 26 (47,3%), промежуточный между тяжелым и умеренным – 13 (23,6%), легкий – 1 (1,8%). С учетом наличия/ отсутствия тоскливого оттенка гипотимии и ассоциированного с депрессией генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по DSM-IV (Бобров А.С., 2010) выделены следующие типы депрессии: тревожная – 26 человек (47,3%), тоскливо-тревожная – 21 (38,2%) тоскливая – 5 (9,1%) – сниженное настроение с тоскливым оттенком и наличием субдиагностических проявлений ГТР; так называемая «обезглавленная» депрессия (наличие гипотимии без тоскливого оттенка, ассоциированной с субдиагностическими проявлениями ГТР) – 3 (5,5%).

В соответствии со степенью генерализации выделены пациенты с монолокальными патологическими телесными сенсациями (ПТС) – 38,5% (n=25), билокальными – 26,2% (n=17) и полилокальными ПТС – 35,4% (n=23). Отмечена достоверно большая частота монолокальных ПТС по сравнению с билокальными (p<0,01) и полилокальными ПТС (p<0,05); достоверно большая частота полилокальных ПТС в сравнении с билокальными ПТС (p<0,002).

Наиболее часто патологические ощущения вне зависимости от степени их генерализации имели церебральную – 80%, торакальную (в том числе в область сердца) локализацию – 75,5%, верхние и нижние конечности – 23,5%, брюшной полости – 21,5%, спины, шеи – 38,4%, лицевого скелета – 9,2%, кожи – 6,2%, ротоносоглотки и суставах – соответственно по 3,1%. Выявлена достоверно большая частота церебральной локализации ПТС по сравнению с торакальной (p<0,0000), локализацией ПТС в области ротоносоглотки (p<0,0000), суставах (p<0,0000) и кожи (p<0,0000).

Наиболее часто патологические телесные сенсации были представлены в виде сенестоалгий (93,8%, n=61) и сенестопатий (44,6%, n=29), в единственных случаях – в виде алгий и парестезий (соответственно по 3,1%, n=2). К алгиям отнесены ощущения, лишенные сенсорного оттенка с локализацией в области головы либо брюшной полости. Сенестоалгии церебральной локализации (височная, теменная области) имели постоянный или приступообразный характер, отличались давящим, ноющим, стягивающим оттенком болевых ощущений, усиливались в ответ на психоэмоциональную нагрузку или при смене метеоусловий. В части наблюдений пациенты были склонны к метафорической характеристике патологических сенсаций («как будто каска надета»; «как будто спицами колет» или «как будто голова свинцом налита»). Сенестоалгии в области лопаток, поясничного отдела позвоночника носили ноющий, тянущий оттенок, усиливались после длительной ходьбы; в грудном и шейном отделе позвоночника были ноющими, давящими, могли иррадиировать в область головы; в мышцах шеи, верхних и нижних конечностей – тянущие, стягивающие, ноющие. В ряде случаев боль в спине имела метафорическое определение – ощущение тяжести воспринималось «как каменная плита на пояснице». Сенестоалгии в брюшной полости были ноющими или схваткообразными, в ряде случаев достигали такой степени физически непереносимого оттенка, когда со слов одной из пациенток, она готова была «кричать от боли», могли сопровождаться ощущением озноба.

Сенестопатии в клинике эндогеноморфной депрессии у большей половины пациентов (55,2%, n=16) представлены термическим их вариантом («жжение», «горение» в голове; «как огнем горит» – спине, шее, в коже рук, ног). К сенестопатиям движения отнесены ощущения «как что-то в голове сверлит», «спазмов в голове», «вытягивания, подергивания ног и рук». Психосенсорные сенестопатии характеризовались ощущением «как будто голова пустая – нет в ней наполненности». В единичном наблюдении отмечен фантастический вариант сенестопатий – «шевеление в мозгах как кисель» или «как будто кости на лице расползаются».

Выявлена достоверно большая представленность сенестоалгий по сравнению с сенестопатиями (p<0,0000), алгиями (p<0,0000), парестезиями (p<0,0000); достоверно большая представленность сенестопатий по сравнению с алгиями (p<0,0000) и парестезиями (p<0,0000). Наличие сенсестоалгий достоверно чаще выявлялось у больных с тревожной и тоскливо-тревожной депрессией в сравнении с тоскливым (соответственно p<0,0000 и p<0,0000) и «обезглавленным» (соответственно p<0,0000 и p<0,0000) ее вариантами. Напротив, у больных с сенестопатиями достоверно чаще выявлялась тревожная депрессия в сравнении с «обезглавленной» (p<0,004), в случае представленности парестезий – тревожная депрессия в сравнении с тоскливо-тревожной (p<0,0000). Церебральная и торакальная локализации ПТС достоверно чаще выявлялись в клинике тревожной депрессии в сравнении с тревожно-тоскливой, тоскливой и «обезглавленной» (соответственно p<0,01, p<0,01, p<0,003), а также тоскливо-тревожной в сравнении с тоскливой и «обезглавленной» депрессией (соответственно p<0,01, p<0,003); ПТС в области брюшной полости и мышцах – в клинике тревожной депрессии в сравнении с тоскливо-тревожной (p<0,0000). Монолокальные ПТС достоверно чаще выявлялись в случае тревожной депрессии по сравнению с тоскливой (p<0,01) и «обезглавленной» (p<0,0009) депрессией, полилокальные ПТС – при тоскливо-тревожной депрессии в сравнении с «обезглавленной» (p<0,03).

При наличии сенестоалгий достоверно чаще диагностирован тяжелый ДЭ в сравнении с умеренным (p<0,000) и промежуточным (p<0,000), у пациентов с сенестопатиями чаще выявлялся тяжелый ДЭ в сравнении с умеренным (p<0,000). Церебральная и торакальная локализация ПТС достоверно чаще встречалась при умеренном, тяжелом и промежуточном ДЭ в сравнении с легким ДЭ (соответственно p<0,000, p<0,000, p<0,005), тяжелом ДЭ в сравнении с умеренным (p<0,000). ПТС в области мышц достоверно чаще выявлялись в клинике тя-

желого и умеренный ДЭ по сравнению с промежуточным ДЭ (p<0,02, p<0,01). Монолокальные ПТС статистически достоверно чаще выявлялись при тяжелом ДЭ (p<0,01) по сравнению с умеренным ДЭ, билокальные – при умеренном, тяжелом, промежуточном ДЭ в сравнении с легким (соответственно p<0,01) и тяжелым ДЭ по сравнению с умеренным ДЭ (p<0,003).

Выводы. У пациентов с эндогеноморфной депрессией и наличием ПТС достоверно чаще диагностирован тяжелый ДЭ, как правило, тревожный и тоскливо-тревожный тип депрессии. Патологические телесные сенсации преимущественно имели церебральную и торакальную локализацию, были представлены сенестоалгиями, намного реже сенестопатиями (термическим вариантом). Монолокальные ПТС были характерны для тревожной депрессии, полилокальные ПТС – для тоскливо-тревожной депрессии.

РЕМИССИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Канаева Л.С.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Разработка клинической концепции ремиссии (РМ) и введение в DSM-V критериев полной (какая-либо симптоматика отсутствует) и частичной (симптоматика должна быть минимальной и не достигать уровня большого депрессивного эпизода) РМ коренным образом изменили представление о течении депрессивных расстройств, и повысили требования к эффективности проводимого лечения. В результате непсихотические депрессии стали рассматриваться как хроническое заболевание, а РМ как этап относительной стабилизации с сохранением активности болезненного процесса. При таком подходе оказалось недостаточным ограничение только клиническими характеристиками РМ без учета функционального восстановления, качества жизни, комплайентности, субъективной оценки и стойкости состояния РМ у больного.

Целью настоящего исследования явилась разработка многомерной концепции ремиссии при депрессивных расстройствах непсихотического уровня.

Материал и методы исследования. Всего было изучено 385 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 38,38±11,91 лет), у которых диагностировались единичный депрессивный эпизод (ДЭ) или рекуррентное депрессивное расстройство с депрессивным эпизодом (РДР) (по МКБ 10) и рандомизированно (2:1) назначались антидепрессанты (АД) второго (СИОЗС) или третьего поколения (СИОЗСН) или клиническая трансперсональная психотерапия (КТП). Методы исследования включали клинико-психопатологическую, соматическую и психометрическую (HDRS-17, IBD, опросник по оценке нетрудоспособности Д. Шихана) оценку, статистический анализ (компьютерная программа «SPSS 17.0»).

Результаты исследования. Ремиссия (РМ) оценивались как редукция суммарного балла по HDRS≤7 и ее процент был выше в группе фармакотерапии (ФТ) (45,53%) по сравнению с КТП (38,76%).

Предложенная нами интегративная концепция РМ, включает в себя клинические (выраженность и характер остаточной симптоматики, типы ремиссий), субъективные (функциональное восстановление, оценку больными своего состояния) и интегративные (стойкость) характеристики, вступающие в достаточно сложные связи друг с другом.

Основу многомерной структуры РМ составила клиническая РМ, определяющаяся гетерогенными по психопатологической структуре состояниями с отсутствием (полная ремиссия) или наличием различной степени выраженности и спектра остаточной симптоматики (симптоматическая ремиссия). Использование дименсионального подхода установило, что остаточные симптомы представляют собой континуум состояний от полной РМ до подпороговых депрессий в виде четырех вариационных рядов: полная РМ =>моносимптоматическая РМ =>полисимптоматическая РМ =>РМ со структурой малой депрессии. При полной РМ какая-либо психопатологическая симптоматика отсутствовала. Моносимптоматическая РМ характеризовалась стойким изолированным остаточным симптомом, чаще всего тревожного (11,65% – АД и 20% – КТП), соматовегетативного (4,67% – АД и 8% – КТП) или инсомнического (8,41% – АД) спектра. Полисимптоматическая РМ определялась констелляцией факультативных для депрессивного состояния симптомов. Наиболее распространенным являлось сочетание адинамии с симптомами тревожного, инсомнического и соматовегетативного спектра (12,15% – АД и 22% – КТП), соматовегетативных симптомов с тревогой и ипохондрией (9,35% – АД и 10% – КТП), когнитивных нарушений с психической/соматической тревогой (8,4% – АД и 2% – КТП). При ремиссии, структура которой определялась малой депрессией, ведущим психопатологическим симптомом была гипотимия, сочетающейся с факультативной симптоматикой.

Субъективные характеристики зависели от клинических типов РМ. Полное восстановление социального функционирования – «функциональная ремиссия» (ФРМ), отражая вовлеченность больного в профессиональную, семейную и социальную активность, соответствовала достижению к концу курсового лечения по шкале социальной дезадаптации Шихана<5 баллов. Процент больных с ФРМ был выше при полной РМ независимо от метода терапии (62,5% – АД и 100% – КТП) и моносимптоматической РМ при терапии АД (66,63%). Данный показатель снижался при симптоматических РМ в ряду: моносимптоматическая (при КТП (80%)), полисимптоматическая РМ (47,24% – АД и 51,52% – КТП) и РМ со структурой малой депрессии (23,53% – АД и 46,47% – КТП).

Анализ соотношения выраженности объективной (шкалы HDRS -17) и субъективной (IBD) шкал позволил выделить четыре варианта оценок: 1) «адекватная оценка» – субъективные и объективные показатели были сопоставимы; 2) «гипергнозия» – отмечалось преобладание субъективных показателей, т.е. «переоценка» больными своего состояния; 3) «гипогнозия» – регистрировалось преобладание объективных показателей, т.е. больные «недооценивали» тяжесть депрессии; 4) «анозогнозия» – существенное преобладание объективных показателей, и практическое отрицание больными наличия у них депрессивного расстройства. В РМ преобладающей оценкой больными своего состояния при ФТ и КТП являлась «гипергнозия» (54,17% – и 46,94%, соответственно); «адекватная» оценка (22,92% и 28,57%, соответственно) и «гипогнозия» (22,92% и 24,49%, соответственно) и наблюдались в два раза реже. Независимо от метода терапии при полной ремиссии отмечалась меньшая вариабельность субъективных оценок (гипергнозия (23,08% – АД и 8,7% – КТП) и/или адекватная оценка (18,18% – АД и 14,29% – КТП)), а при симптоматических РМ – их большее разнообразие (адекватная оценка, гипергнозия и гипогнозия).

Показатель стойкости РМ отражал отсутствие обострений/рецидивов депрессии. Частота обострений/рецидивов при терапии АД (41,57%) и КТП (36,96%) были сопоставимыми. Обострения/рецидивы при полной РМ в группе КТП отсутствовали (0%), а в группе фармакотерапии (ФТ) возникали у 26,32% больных. При моносимптоматической РМ наблюдалось увеличение числа обострений/рецидивов в группе КТП до 23,08%, в то время как данный показатель в группе ФТ оставался практически неизменным (28,57%). Значительный рост процента обострений/рецидивов в обеих группах терапии наблюдался при полисимптоматической РМ (50% – при КТП и 55,56% – при АД) и РМ со структурой малой депрессии (46,67% – при КТП и 60% – при АД). Являясь наиболее интегративной характеристикой, данная детерминанта зависела от клинических (типа

сформированной ремиссии, особенностей течения депрессивного расстройства (рекуррентность), механизма возникновения ДЭ), субъективных (степени функционирования пациента) и терапевтических (отсутствие поддерживающей терапии, ее длительности менее 6 месяцев) факторов.

Иерархический кластерный анализ позволил выделить четыре группы пациентов (A, B, C и D). Краевые положение по клиническим характеристикам, достижению ФРМ и частоте обострений/рецидивов занимали больные групп A и D. Группа A имела наиболее благоприятные признаки (регистрировались полные/ моносимптоматические (55%/25% – при АД и 40%/60% – при КТП) РМ, ФРМ (70% – при АД и 100% – при КТП), низкие показатели частоты обострений/рецидивов (24,2% – при АД и 20% – при КТП). Группа D характеризовалась наихудшими показателями (преобладанием полисимптоматической РМ/РМ со структурой малой депрессии (47,6%/52,4% – при АД и 43,5%/43,5% – при КТП), НФРМ (90,5%) при ФТ и ФРМ (73,9%) при КТП, частыми обострениями/рецидивами депрессии (60% – при АД и 42,1% – при КТП). Группы B и C занимали промежуточное положение. Группа B определялась наличием моносимптоматической (31,6%)/полисимптоматической (36,8%) РМ при ФТ и моносимптоматической РМ/РМ со структурой малой депрессии (по 40%) при КТП, НФРМ (100% при АД и КТП) и высоким процентом обострений/рецидивов при ФТ (73,3%) и низким при КТП (20%). Группа C преимущественно включала при ФТ и КТП пациентов с полисимптоматическими РМ (51,9% и 66,6%, соответственно), ФРМ (93,6% – при АД и 100% – при КТП) и низкими показателями обострений/рецидивов при ФТ (26,3%) и высокими – при КТП (50%).

Выводы. В целом многомерная концепция РМ демонстрирует многообразие состояний и необходимость ее интегративной оценки.

ПРЕДИСПОЗИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ АГОРАФОБИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ковалев А.И.

Ростов-на-Дону
РостГМУ

Целью исследования было выявление факторов предиспозиции в появлении агорафобии и ее резистентности к терапии. В этой связи были сформированы две группы: с сохранением агорафобического синдрома по окончании стационарного лечения (группа 1, 35 чел.) и его исчезновением (группа 2, 103 чел.), сравнимые по структуре психопатологической симптоматики. В группах был проведен сравнительный анализ по основным факторам, изучались потенциальные социально-психологические, клинико-психопатологические и анамнестические предикторы ограниченных терапевтических возможностей.

Основой терапии являлась комбинация когнитивно-поведенческой терапии и различных групп антидепрессантов. Помимо лекарственного купирования пароксизма пациенты обучались дыхательным упражнениям, мышечной релаксации.

При отсутствии эффективности терапии антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, использовались другие антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, а также трициклические антидепрессанты). В терапии расстройств с выраженной тревожностью присоединялись бензодиазепиновые транквилизаторы (алпразолам, клоназепам) не более чем на 2-3 недели в связи с риском развития толерантности и зависимости.

Были проанализированы биопсихосоциальные факторы (пол, возраст, образование, трудовой и семейный статусы, наследственная отягощенность, злоупотребление психоактивными веществами, хроническая психогения, детские психотравмы), потенциально способные оказывать влияние на прогноз терапии агорафобического синдрома, в анализируемых группах.

Статистически значимых различий между группами пациентов с агорафобическим синдромом, давшими различный по клинической эффективности ответ на терапию, по половозрастной структуре, семейному и образовательному статусу выявлено не было. Меньшая обращаемость мужчин с агорафобией за специализированной помощью встречается достаточно часто и связана с купированием тревоги и невротических состояний с помощью алкоголя и иных веществ с наркотическим эффектом (Цыганков Д.Б., 2009).

На момент обследования в группе с терапевтически резистентной агорафобией работали только 20% пациентов, т.е. вдвое меньше, чем в группе сравнения ($p<0,05$). 42,9% больных не работали в течение полугода и более, еще 37,1% занимались домашним хозяйством и поисков работы не предпринимали. Полученные данные свидетельствовали о дезадаптирующей роли резистентной агорафобии в отношении работоспособности больных.

Была отмечена роль наследственной отягощенности психическими и наркологическими заболеваниями в прогнозе терапии агорафобии: так, в 60% случаев в группе 1 родственники первой степени родства страдали алкогольной зависимостью, психотическими либо невротическими расстройствами. В группе 2 этот показатель составил 38,8% ($p<0,05$ при сравнении групп). Предположительно в формировании терапевтической резистентности агорафобии играли роль как генетически обусловленные нарушения, так и особенности развития и воспитания в близком контакте с нездоровым родственником.

Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, каннабиоиды) также оказывало неблагоприятное влияние на течение агорафобии: в группе 1 доля пациентов, склонных к зависимости от ПАВ, составила 28,6% (ср. с 11,7% в группе 2, $p<0,05$).

При ретроспективном исследовании доманифестного периода было выявлено, что психотравматические события в детском (до 14 лет) возрасте статистически значимо чаще отмечались в группе 1 (68,6% и 45,6% соответственно, $p<0,05$). Наиболее часто упоминаемыми травматическими переживаниями были: смерть или тяжелая болезнь близких родственников, развод родителей, несчастный случай (ДТП, нападение), длительная психотравмирующая обстановка в семье (физическая и/или вербальная агрессия, отношения по типу double bind (Bateson G. et al, 1956)), ситуации публичного унижения и наказания (в детском саду, школе). Полученные данные подтверждают предположение Pynoos R., Steinberg A., Wraith R. (1995) о том, что психическая травма может приводить к анксиогенным нейрофизиологическим изменениям и является одним из факторов, формирующих преморбидную уязвимость к тревожным расстройствам.

Хронические стрессовые ситуации, непосредственно предшествующие дебюту невротического расстройства и сопутствующие ему, также утяжеляли течение агорафобии, формируя предпосылки к терапевтической резистентности. В группе 1 хронические стрессогенные факторы наблюдались чаще, чем в группе 2 более чем в 1,5 раза (48,6% и 28,2% соответственно, $p>0,05$). К ним относились жилищные и материальные проблемы, неблагополучная рабочая обстановка, конфликтные внутрисемейные отношения, серьезное хроническое заболевание либо зависимость близких родственников.

Традиционно считается, что обстоятельства развития первого фобического приступа оказывают влияние на дальнейшую когнитивную модель и клиническую динамику тревож-

ного расстройства (Barlow M., 1988). В группе 2 манифестация агорафобии несколько чаще проходила на фоне биологических вредностей: алкогольная или табачная интоксикация, потребление чрезмерного количества кофе, физическое переутомление, длительное пребывание в душном помещении или на жаре, недостаток сна и др. Для группы 1 были более характерны ситуационные первые приступы: в толпе, в общественном транспорте, на улице, в магазине или ином общественном месте и др. Статистической значимости выявленные различия не достигали, однако тенденция была достаточно выраженной (p=0,07).

В группе 1 было отмечено значительное расширение агорафобической симптоматики с формированием в 17,1% случаев панагорафобии с широким кругом фобических ситуаций и возникновением тревоги независимо от наличия сопровождения. У 40% пациентов помимо агорафобии отмечалась другая фобическая симптоматика, усложнение и генерализация фобий. Наблюдались страхи ипохондрического содержания (специфические нозофобии, кардиофобии), социальные фобии, мизофобии и специфические изолированные фобии. В группе 2 экстенсивная агорафобия отмечалась лишь у 5 больных (4,9%, p<0,05 при сравнении групп). Сопутствующая фобическая симптоматика иного содержания была выявлена лишь у 22,3% пациентов (p<0,05 при сравнении групп).

Известно, что алекситимия, проявляющаяся в сложностях с проявлениями и вербализацией собственных эмоций, создает предпосылки для вегетативной гиперреактивности и является неблагоприятным личностно-психологическим фактором, предрасполагающим к развитию невротических расстройств (Зиньковский А.К., Юров И.Е., 2001; Taylor G.J., 2004). Выраженность алекситимии по данным Торонтской шкалы алекситимии в группе 1 была выше, чем в группе 2 в среднем на 10 баллов (p<0,05).

Уровень тревоги по шкале Гамильтона был сопоставим в обеих группах сравнения. Однако в отношении субъективной оценки депрессивной симптоматики были выявлены статистически значимые различия: в группе 1 показатель был выше, чем в группе 2. Таким образом, присоединение депрессивных расстройств можно связать с неблагоприятным течением агорафобии.

Таким образом, можно обозначить социально-психологические и клинико-психопатологические предикторы устойчивости агорафобического синдрома к терапии, а также неблагоприятные доманифестные факторы (средовые, клинико-психологические), формирующие преморбидную уязвимость, своевременное выявление которых позволит более эффективно выстроить лечебный процесс.

ТЕРАПИЯ ЭНДОГЕНОМОРФНОЙ ДЕПРЕССИИ

Ковалева А.В.

Иркутск
Иркутская ГМАПО

Цель исследования. Выделение клинических предикторов положительного ответа на моно- и сочетанный вариант терапии эндогеноморфной депрессии в зависимости от клинической структуры депрессии и преморбидного формально-динамического уровня индивидуальности (темперамент) пациента.

Материал и методы. Обследовано 53 больных с непсихотическим единичным и рекуррентным депрессивным эпизодом (ДЭ) по МКБ-10 в рамках «Аффективные расстройства настроения» (F3). Манифесту депрессии предшествовало стрессовое событие (эндогеноморфная депрессия). Оценка эффективности терапии осуществлялась по шкале депрессии Гамильтона HDRS (21 пункт). По полу больные распределились следующим образом: женщин n=49 (92,5%), мужчин n=4 (7,5%); средний возраст манифестного проявления депрессивного расстройства составил 39,9±11,5 лет; средний возраст на момент исследования 47±10,2 лет. В большинстве наблюдений (n=34, 64,2%) диагностирован рекуррентный тип течения, единичный депрессивный эпизод в 19 (35,8%). У 15 больных (28,3%) выявлено хронифицированное течение депрессии с длительностью актуальной депрессии 2 года и более (Тиганов А.С., 2009).

В определении типа депрессии учитывались наличие гипотимии (в том числе тоскливый ее оттенок) и ассоциированное с депрессией диагностически очерченное генерализованное тревожное расстройство (ГТР) (Бобров А.С., 2010); в оценке личностного значения стресс-фактора, предшествующего формированию депрессии, использованы содержание понятий «Утрата», «Угроза» и «Вызов» (Головизнина О.Л., 2004). Исследование темперамента проводилось после купирования депрессии адекватной состоянию больных (тяжести, типа депрессии) психофармакотерапией. Использован отечественный опросник формально-динамических свойств индивидуальности, предусмотренный для взрослых (ОФДСИ-В) с самостоятельным заполнением (Русалов В.М., 2004). Исследование выполнено с соблюдением всех стандартных предписаний в отношении информирования больного и согласовано с Комиссией по этике.

В 24 наблюдениях (45,3%) субъективное восприятие стрессового события было представлено в виде «Утраты», в 18 – «Угрозы» (33,9%). В 14 наблюдениях (26,4%) формированию эндогеноморфной депрессии предшествовал стрессовый фактор в виде «Вызова». Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных методов подсчета средних величин и пакета программ Statistica 6.1 (StatSoft); сравнение частот с помощью точного критерия Фишера и критерия МакНемара. Критическое значение уровня значимости принималось равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Все больные закончили курс стационарного лечения, к респондерам (редукция суммарного балла на 50% и более к долечебному уровню) отнесены 38 человек (71,7%/53), ремиттерам (редукция стартового суммарного балла по шкале HDRS до 7 и менее баллов)– 15 человек (28,3%/53). В зависимости от варианта проводимой терапии выделено 2 группы больных: монотерапия антидепрессантами различной химической структуры (n=37, 69,8%/53) и комбинированная терапия антидепрессантами в сочетании с атипичным антипсихотиком (n=16, 30,2%/53). В последующем изложении 1 и 2-ая клинические группы.

Больные 1 группы 9 (24,3%) получали монотерапию трициклическими антидепрессантами (амитриптилин, кломипрамин, имипрамин), 7 (18,9%) – селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (сертралин, пароксетин, эсциталопрам, флувоксамин), 21 (56,8%) – мелатонинэргическим антидепрессантом (агомелатин). На начальном этапе монотерапия антидепрессантами в целях уменьшения тревоги и коррекции диссомнических нарушений сочеталась с коротким курсом (не более 2-х недель) транквилизаторов (диазепам, алпрозалам). Во 2 группу включены больные эндогеноморфной депрессией (n=16, 30,2%/53) с комбинированной терапией антидепрессантами различной химической структуры (ТЦА, СИОЗС, СОЗСН, агомелатин) в комбинации с атипичным антипсихотиком (кветиапин). В 5 наблюдениях (31,3%) комбинированная терапия включала сочетание ТЦА (кломипрамин, имипрамин) с кветиапином; в 10 наблюдениях (62,5%) сочетание СИОЗС (сертралин, эсциталопрам, флувоксамин) и кветиапина. В единичном наблюдении (6,3%) больная получала сочетанную терапию агомелатина с кветиапином. В литературе отмечена эффективность терапии кветиапином депрессии вне рамок шизофрении как в качестве одного препарата, так и в комбинации с антидепрессантами (Бобров А.С. с соавт., 2004). Фармакотерапия во всех случаях сопровождалась рациональной психотерапией с опорой на послабление/редукцию тревожной и депрессивной

симптоматики как убеждение правильности выбора препарата. Позиция лечащего врача и руководителя работы заключалась в том, чтобы быть рядом/вместе с пациентом в формировании рациональной/конструктивной позиции в стресс-ситуации.

Полнота терапевтического ответа в степени ремиссии была достигнута достоверно чаще у больных 1-ой клинической группы (соответственно n=16, 43,2%/37 против n=2, 12,5%/16; p=0,03). Больные, 1 группы в сравнении со 2-ой группой, имели в структуре депрессии статистически значимо больший удельный вес такого дополнительного депрессивного симптома из перечня «а-ж» по МКБ-10 как «сниженная самооценка и чувство уверенности в себе» (соответственно уд.вес=0,11 против уд.вес=0,08, p=0,000); достоверно большую частоту коморбидного депрессии диагностически очерченного генерализованного тревожного расстройство (ГТР) по DSM-IV (1994) (соответственно n=33, 89,2%/37 против n=10, 62,5%/16; p=0,05). Больные 2-ой клинической группы в сравнении с 1-ой отличались статистически значимо большим удельным весом симптома «Идеи или действия по самоповреждению или суициду» (соответственно уд.вес=0,07 против уд.вес=0,13, p=0,000); достоверно чаще наличием симптома «мышечное напряжение» в структуре ГТР (соответственно n=16, 48,5% против n=5, 50%; p=0,03); из различных проявлений вегетативной тревоги (по DSM-III-R, 1987) им присущ больший удельный вес головокружения (соответственно уд.вес=0,09 против уд.вес=0,14, p=0,01) и затруднений при глотании или «ком» в горле (соответственно уд.вес=0,06 против уд.вес=0,14, p=0,001).

По частоте среди различных типов темперамента у больных обеих клинических групп статистически достоверным оказался сангвино-холерический (n=13, 35,1%/37, p=0,03 и n=9, 56,3%/16, p=0,02). Этот тип темперамента характеризуется высокими значениями эргичности, пластичности, скорости в психомоторной, интеллектуальной, коммуникативной сферах поведения и общей эмоциональностью в пределах нормы.

По данным анамнеза среди больных эндогеноморфной депрессии со смешанным высоко активным (сангвино-холерическим) типом темперамента выделены 2 группы: акцентуация преморбидной личности по гипертимическому типу (n=14, 66,7%) и депрессивному варианту (n=7, 33,3%). Отнесение части лиц с депрессивной акцентуацией аффективного личностного регистра в результате заполнения опросника по темпераменту («контакт с бумагой»), очевидно, обязано стремлению позиционировать себя в качестве одобряемых обществом таких норм поведения как веселость, счастливость, бойкость и деятельность (одна из «масок» депрессивной личности по K. Schneider, 1959). Среди больных 1 группы, по данным анамнеза, достоверно чаще в сравнении со 2-ой выявлялись акцентуация преморбидной личности по гипертимическому варианту (n=16, 43,2% против n=2, 12,5%, p=0,05). Напротив, преморбидная акцентуация личности у больных 2-ой группы достоверно чаще была представлена депрессивным вариантом (n=10, 62,5% против n=18, 48,6%, p=0,02). Именно этой группе больных оказался показанным комбинированный вариант терапии.

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Колягина В.В., Колягин В.В.

Иркутск
ОГКУЗ Иркутская областная КПБ №1,
Иркутская ГМАПО

В последние полтора десятилетия пересмотрены взгляды на редкость встречаемости и благоприятность течения биполярного аффективного расстройства (БАР). Суммарная частота расстройств объединяемых в биполярный спектр значительно превышает таковые показатели шизофрении (0,8-1,0%) и может достигать 5% и даже 10% и более в общей популяции. БАР занимает 6-е место среди причин инвалидности и входит в список десяти самых значимых заболеваний в мире. Безработица среди таких больных может достигать 57% в течение первых 6 месяцев и 75% после 2 лет болезни. (Kessler R.C. et al., 2005). Последствиями БАР являются: частая смена работы; переезды; разводы; банкротства; гиперсексуальность и высокий риск заражения инфекциями, передаваемыми половым путем. Биполярные пациенты составляют до 10% популяции заключенных, в том числе за счет высокой частоты зависимостей от ПАВ (53%) и рискованного поведения.

В психиатрии разных стран и разных школ в пределах одного государства, до настоящего времени, нет единого определения и понимания границ БАР. Общепринятое мнение традиционной психиатрии, что биполярное расстройство и шизофрения являются различными эндогенными заболеваниями. Другие мнения – это единое аффективное расстройство с синдромом шизофрении в части случаев. В современных классификациях DSM-IV и МКБ-10 диагностика биполярного расстройства и шизофрении осуществляется при наличие или отсутствие соответствующих симптомов (категориальное разделение). При этом, границы заболеваний недостаточно четкие, так как ряд этих симптомов сосуществует у больных БАР и шизофренией. Также известно, что заболевания имеют общую биологическую основу – в патогенез БАР и шизофрении вовлечены дофаминергическая, серотонинергическая и ГАМК-ергическая системы. Все это дает право на существование теории континуального развития аффективных и психотических расстройств, без четких разграничений от депрессии к БАР и от БАР к шизофрении. В соответствии с этой теорией больной в различные периоды жизни может находиться в разных точках континуума в зависимости от преобладания у него униполярной депрессии, биполярного расстройства или психотических симптомов (Мосолов С.Н., 2008).

Раннее начало, и несвоевременная диагностика биполярного расстройства увеличивают риск формирования коморбидных психических и соматических расстройств, которые утяжеляют течение заболевания. Злоупотребление и зависимость от психоактивных веществ, тревожные и поведенческие расстройства являются наиболее частыми коморбидными психическими расстройства, а усугубление ими БАР сопровождается: ухудшением течения заболевания и исходов лечения; возрастанием суицидальности и насильственных действий. К наиболее частым коморбидным соматическим заболеваниям относят: мигрень; заболевания щитовидной железы; ожирение; диабет 2 типа; сердечно-сосудистые; некоторые онкологические заболевания.

Биполярное расстройство часто встречается в первичной медицинской сети в форме плохо поддающейся терапии соматизированной депрессии. Пациенты с нераспознанным БАР часто получают монотерапию антидепрессантами без нормотимиков, приводящую к развитию резистентности, либо индуцированной гипомании или мании. Трициклические антидепрессанты с этой точки зрения представляют наибольший риск (7-11%) по сравнению с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (0-4%) (Vieta E. et al., 2002; Gijsman H.J. et al., 2004). Применение венлафаксина приводит к развитию инверсии депрессии в 13-15% (Vieta E. et al., 2002; Post R.M. et al., 2006). С применением селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) риск обращения депрессивной фазы снизился почти до естественного, и его можно хорошо контролировать стабилизаторами настроения, наиболее эффективно с помощью вальпроатов. Инверсия депрессивного аффекта с развитием маниакальной симптоматики часта у пациентов с БАР при использовании, помимо антидепрессантов, кортикостероидов, леводопы, анаболических стероидов, амфетаминов,

симпатомиметиков, противопаркинсонических препаратов, тироксина, баклофена и др. Рецидивирование заболевания также может быть потенцировано приемом антидепрессантов, злоупотреблением различными сильнодействующими веществами, гипотиреозом (Schneck C.D., 2006).

В 60% случаев симптомы биполярного расстройства возникают в детском и подростковом возрасте. Заболев в юности, пациенты большую часть своей жизни живут с этим хроническим рецидивирующим расстройством (Hirschfeld R.M. et al., 2003).

Цель исследования: изучение пациентов стационара дневного пребывания с впервые выявленным биполярным аффективным расстройством. Исследование проводилось на базе кафедры психиатрии и наркологии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1.

Материалы и методы. За трехлетний период (2012-2014гг.), в условиях стационара дневного пребывания Иркутской областной клинической психиатрической больницы № 1 обследовано и пролечено 50 пациентов, которым впервые диагностировано «Биполярное аффективное расстройство». Все пациенты консультированы на кафедре психиатрии и наркологии Иркутской ГМАПО. Возрастной диапазон больных составил 15 – 60 лет. Впервые госпитализированы в психиатрический стационар 24 человека, повторно (2-10 раз) поступили 26 больных. У «первичных» пациентов средний возраст составил 42,5 года, у «повторных» – 45,6 лет. До диагностики БАР, средняя длительность заболевания достигла 8 лет у «первичных» и 16 лет у «повторных». Инвалидность имели 2/3 «повторных» пациентов.

У всех больных направительные диагнозы не относились к биполярному аффективному расстройству и трактовались как: Рекуррентное депрессивное расстройство; Большой депрессивный эпизод; ОКР; ГТР; Расстройство личности; Шизофрения; Шизоаффективный психоз; Органическое поражение ЦНС и др.

Результаты. У 36% больных в анамнезе были суициды, а суицидальные мысли отмечали 23%; Зависимость от алкоголя или ПАВ – у 24% и 11,5%. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями и/или алкоголизмом была у 52% больных. Неадекватное (без стабилизатора настроения), либо недостаточно эффективное, предварительное лечение предпринималось в большинстве случаев.

У всех пациентов получены положительные результаты лечения нормотимиком депакином-хроно в дозе 300 – 1200 мг/сут., либо депакином хроносфера в дозе 250- 1000 мг/сут., в отдельных случаях в сочетании с СИОЗС (золофт, ципралекс) либо с вальдоксаном и в единичных случаях с атипичным антипсихотиком (солиан, сероквель-пролонг), которые назначались коротким курсом. Больным проводилось психообразование, использовалась когнитивно-бихевиоральная коррекция и рекомендовалась долгосрочная продолженная терапия стабилизатором настроения в подобранной дозе.

Данный подход в диагностике и лечении БАР используется с 2010года, полностью оправдывает себя своей адекватностью и эффективностью, поддерживается врачами пограничных отделений Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1 и представлен в материалах научно-практических конференций проводимых в РФ.

Выводы. Больных с БАР было 9,16% от общего числа пациентов курируемых в течение трех лет врачом-психиатром стационара дневного пребывания.

У всех больных направительные диагнозы не относились к биполярному аффективному расстройству.

Средняя длительность заболевания до диагностики БАР составила 8 лет у «первичных» и 16 лет у «повторных» пациентов, соответственно больные не получали адекватного лечения.

«Повторные» пациенты в 2/3 случаев стали инвалидами.

У больных БАР, суициды и суицидальные мысли в анамнезе были у 36% и у 23% соответственно, а зависимость от алкоголя или ПАВ – у 24% и 11,5%.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями и/или алкоголизмом имела место у 52% больных БАР.

У всех пациентов получены положительные результаты лечения вальпроатом-пролонгом, им рекомендовалась долгосрочная продолженная терапия данным препаратом в подобранной дозе.

ДИАГНОСТИКА БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА II ТИПА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕКУЩИМ ДИАГНОЗОМ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Костюкова Е.Г., Ушкалова А.В., Мосолов С.Н.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В последние годы активно пересматриваются подходы к диагностике биполярного аффективного расстройства (БАР). Это связано с уточнением критериев этого заболевания и отграничения его от рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) и шизофрении. Современные классификации выделяют 2 основные формы заболевания – БАР I типа и БАР II типа. Диагностические критерии БАР II были впервые включены в американскую классификацию DSM-IV в 1994 году, а впоследствии – и в классификацию DSM-5, принятую в 2013 г. В классификации МКБ-10 БАР II включено лишь в подрубрику «Другие биполярные аффективные нарушения» (F31.8), без дополнительных диагностических указаний. Исследования феноменологии, наследственности и течения БАР II определяют его как самостоятельное заболевание с низкой вероятностью (не более 5-7%) трансформации в БАР I (Coryell W et al., 1995; Judd LL et al, 2003; Joyce PR et al., 2004; Regeer EJ et al., 2006).

Согласно результатам зарубежных эпидемиологических исследований, у 60% больных БАР II до установления правильного диагноза происходит смена 3-4 диагнозов, среди которых лидирующие позиции занимает РДР, вследствие трудности выявления эпизодов гипомании. Ошибки диагностики приводят к использованию неадекватной терапевтической тактики, назначению антидепрессантов на длительный срок, способствуют утяжелению течения заболевания, повышению риска суицида, присоединению коморбидных расстройств, в том числе, злоупотреблению психоактивными веществами, и как следствие, к значительным экономическим расходам системы здравоохранения.

Современные данные о распространенности БАР в России отсутствуют. Согласно результатам исследований, проведенных в 80-х годах прошлого века, доля больных БАР среди состоящих на учете в ПНД составляет 0,045%, а распространенность БАР I – 0,36 случая на 1000 населения (0,036%), что как минимум на порядок ниже соответствующих зарубежных показателей. Распространенность БАР II в российской популяции пациентов никогда не изучалась.

Целью данного исследования была разработка подходов к диагностике и дифференциальной диагностике БАР II типа

Задачи исследования:

1) апробация современных диагностических критериев БАР II в российской популяции пациентов;

2) выявление среди больных с текущим диагнозом РДР пациентов, отвечающих диагнозу БАР II типа в соответствии с критериями DSM-IV;

3) валидизация русскоязычной версии опросника HCL-32 (Angst J et al., 2005) для скрининга БАР II среди пациентов с текущим диагнозом РДР;

4) апробация русскоязычной версии опросника Индекс Биполярности (ИБ) (Sachs G.S., 2004) для дифференциации РДР и БАР II.

Методология и методы исследования. В настоящем эпидемиологическом наблюдательном неинтервенционном исследовании было обследовано 409 пациентов (91(22,2%) мужчин и 318 (77,8%) женщин) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 48,4 года, SD=10,8) с текущим диагнозом РДР, длительностью заболевания ≥ 3 лет, наличием в анамнезе двух и более эпизодов депрессии. Из них 369 (90,2%) пациентов находились на стационарном лечении и 40 (9,8%) – наблюдались амбулаторно.

Обследование проводилось в течение одного визита путем опроса пациента и анализа медицинской документации. При обследовании использовалось интервью MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), HCL-32, ИБ. Подтверждение или изменение диагноза проводилось по результатам комплексной клинической оценки опытным психиатром и дополнительно верифицировалось с использованием краткого стандартизованного нейропсихиатрического интервью MINI, версия 5.0 (Sheehan DV et al., 1998). В результате обследования пациентам либо подтверждался диагноз РДР, либо проводилась смена диагноза на БАР. С помощью MINI также оценивалось наличие коморбидной психической патологии. Другим исследователем, «ослепленным» к результатам обследования по MINI, пациент опрашивался по шкале HCL-32 (Angst J, 2005) и по ИБ.

По результатам обследования по опроснику MINI пациенты распределялись в 3 группы: 1) с подтвержденным диагнозом РДР; 2) с диагнозом, измененным на БАР II 3) с диагнозом, измененным на БАР I. Двадцать (4,9%) пациентов с диагнозом БАР I в последующем были исключены из анализа и все расчеты проводились в группах БАР II и РДР.

Всем пациентам проводилась оценка по ИБ, который впервые был апробирован в нашем исследовании для дифференциации БАР II и РДР. ИБ состоит из 5 разделов: 1) «Описание эпизода»; 2) «Возраст начала заболевания»; 3) «Течение заболевания»; 4) «Эффект терапии»; 5) «Наследственность». На основании выраженности каждого из этих признаков пациенты распределяются в подгруппы, набравшие 0, 5, 10, 15 или 20 баллов.

Дополнительно оценивалась предшествующая поддерживающая терапия, которую пациенты получали не менее 3 месяцев за последний год.

Отдельной задачей являлась валидизация русскоязычной версии самоопросника HCL-32, предназначенного для выявления гипомании. Для этого был выполнен экспертный перевод опросника на русский язык, а затем профессиональным переводчиком – обратный перевод на английский язык, одобренный автором опросника.

Пациенты с РДР и с диагнозом, измененным на БАР II были распределены в 2 группы в зависимости от суммарного балла (>14 и<14 баллов). С целью выявления признаков, имеющих наибольшее значение для дифференциальной диагностики БАР II и РДР, проводился анализ ответов по отдельным пунктам второго раздела HCL-32. В результате был разработан сокращенный скрининговый вариант опросника, в котором каждый из 8 наиболее важных пунктов имеет различную значимость. Независимо был проведен анализ чувствительности и специфичности полной и редуцированной версий опросника с определением оптимальной точки разделения для дифференциации БАР II и РДР.

Статистический анализ проводился с использованием ППП Statistica, версия 9.0. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости «p» принимался равным 0,05. Количественные показатели анализировались с помощью критерия Стьюдента, для сравнения бинарных показателей использовали критерий сопряженности Пирсона χ^2, а в случае, когда ожидаемая частота составляла менее 5 – критерий Фишера.

Для анализа многомерных таблиц сопряженности использовали критерий χ^2 с последующим анализом статистической значимости разности процентов по таблицам сопряженности (программа Medcalc 9.0). Для количественной оценки каждого пункта шкал и для оценки бинарных переменных, полученных редуцированием категориальных переменных, рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал к ОШ по методу Вульфа.

Результаты исследования показали, что БАР II практически не диагностируется в России. При использовании современных критериев диагностики и оценки диагноз РДР был подтвержден только в 59,2% случаев; у 40,8% пациентов диагноз был изменен на БАР, причем в 35,9% – на БАР II, а в 4,9% случаев – на БАР I. Средний срок до установления диагноза БАР составил 15 лет, при этом 17% пациентов получали длительную неадекватную терапию антидепрессантами, из них 31% – ТЦА и 55,2% – СИОЗС.

Русскоязычная версия опросника HCL-32 имеет высокую диагностическую ценность в российской популяции пациентов с РДР. В оптимальной точке разделения (14 баллов) ее чувствительность составила 0,84, а специфичность – 0,79, что позволяет рекомендовать ее как надежный и удобный инструмент для скрининга больных БАР II. На основании данных многофакторного анализа предложена упрощенная версия самоопросника из 8 пунктов, показавшая близкие к оригиналу показатели чувствительности и специфичности.

Индекс биполярности имеет меньшую чувствительность и специфичность и может использоваться лишь как дополнительный инструмент для дифференциального диагноза между БАР II и РДР.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Крижановский А.С., Мазо Г.Э.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Актуальность исследования. По данным научных публикаций, только 47% пациентов отвечают клиническим улучшением на терапию антидепрессантами и 33% пациентов достигают ремиссии при инициальном назначении широко применяемых СИОЗС (Triverdi et al., 2006). До 60% пациентов не достигают полной редукции депрессивной симптоматики в процессе проведения антидепрессивной терапии (Fava et al., 2003). Назначаемая пациентам с большой депрессией инициальная терапия оказывается эффективной в лучшем случае в 50%. Последние годы в клинической практике не появляются антидепрессанты с принципиально новыми механизмами действия. И актуальность проблемы резистентной депрессии не снижается.

Учитывая факт, что до настоящего времени теория нейромедиаторного дефицита рассматривается как основная модель развития депрессии и соответственно является основой для разработки препаратов с тимоаналептической активностью, традиционное понимание терапевтической резистентности и выделение ее критериев основывается на безуспешности проводимого лечения (2 последовательных курса различными группами антидепрессантов длительностью 4-6 недель). Со-

ответственно, если при лечении выполняются приведенные условия, и значимого улучшения в состоянии пациента не отмечается, то констатируется наличие терапевтической резистентности. Предложено большое количество различных моделей для оценки уровня терапевтической резистентности, которые обычно суммируют в балльный показатель количество проведенных курсов терапии антидепрессантами, длительность проводимой терапии, аугментационные стратегии преодоления резистентности.

Целью настоящего исследования являлась оценка влияния клинических характеристик различных по структуре терапевтически резистентных депрессивных состояний на балльный показатель, оценивающий степень тяжести терапевтической резистентности на примере Maudsley Staging Model (MSM) – модели Модсли (Fekadu A. et al., 2008).

Материалы и методы исследования. В исследование включались пациенты с актуальной депрессивной симптоматикой в рамках диагностических категорий депрессивного эпизода (F32) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33) по МКБ-10. Из 71 пациента, завершивших участие в исследовании, у 63 пациентов (89%) было диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство, у 8 пациентов (11%) депрессивный эпизод. Выборка была сформирована из 25 мужчин (35%) и 46 женщин (65%). Средний возраст пациентов на момент обследования составлял 44,5±12,0 лет. Возраст манифестации депрессивного расстройства 35,0±12,0 лет. Продолжительность заболевания 9,6±8,3 лет. В процессе анализа фармакологического анамнеза пациенты были разделены на две группы в зависимости от результативности лечения: 1 группа – пациенты с терапевтической резистентностью, не достигшие ремиссии в процессе лечения (основная группа), 2 группа – пациенты с отсутствием терапевтической резистентности, достигшие ремиссии в процессе лечения (контрольная группа).

Пациенты с выявленной терапевтической резистентностью, были разделены на подгруппы в зависимости от степени тяжести ТРД на основании критериев MSM.

В группе пациентов с терапевтической резистентностью легкая степень (3-6 баллов) была выявлена у 25 пациентов (35%), средняя степень (7-10 баллов) у 32 пациентов (45%), тяжелая степень (11-15 баллов) у 2 пациентов (3%). Обследуемые со средней и тяжелой степенями терапевтической резистентности были объединены в одну группу, учитывая малую представленность пациентов с тяжелой ТРД. У 12 пациентов (17%) на фоне проведения инициальной тимоаналептической терапии терапевтическая резистентность отсутствовала.

Результаты исследования. После проведения статистической обработки было выявлено, что в группе пациентов с ТРД такие факторы как длительность заболевания и количество перенесенных депрессивных эпизодов оказывали влияние на формирование терапевтической резистентности ($p<0,05$). В группе пациенток женского пола была выявлена связь близкая к статистически значимой между возрастом на момент обследования и формированием терапевтической резистентности ($p=0,059$). В рамках исследуемой выборки можно говорить о тенденции, что терапевтическая резистентность чаще выявлялась у пациенток старшей возрастной группы.

Не было установлено влияния таких факторов как возраст у пациентов мужского пола и возраст манифестации расстройства на терапевтическую резистентность. Также не было выявлено на основании балльной оценки по MSM влияния психопатологической структуры депрессии при сравнении групп, разделенных по степени тяжести терапевтической резистентности.

При анализе показателей по шкалам MADRS и HDRS, как в начале, так и по завершении исследования достоверно более высокие показатели отмечались у пациентов в группе со среднетяжелой ТРД, более низкие – в группе с отсутствием терапевтической резистентности ($p<0,05$). В группах пациентов с терапевтической резистентностью различной степени тяжести отсутствовали статистически значимые различия по наступлению ремиссии через 6 недель терапии ($\leq$ 12 баллов по шкале MADRS, $\leq$ 8 баллов по шкале HDRS). Соответственно по достижении уровня ремиссии разницы между группами с легкой и со среднетяжелой терапевтической резистентностью не отмечалось.

Выводы. По результатам проведенной работы предполагается, что балльные оценки психометрических моделей (на примере MSM) не отражают феноменологических особенностей терапевтической резистентности. Целесообразной является лишь оценка наличия или отсутствия феномена терапевтической резистентности, а не оценка степени его выраженности (степени тяжести).

Изучение патофизиологии депрессии в течение последних 30 лет привело к формированию мнения о том, что депрессия является состоянием дисрегуляции нейроэндокринно-иммунологических процессов в организме. Некоторые ученые предполагают, что депрессивное расстройство представляет собой гетерогенную группу заболеваний, различных как по клиническим проявлениям, так и по характеру изменений на биологическом уровне. В рамках такого подхода к феномену терапевтической резистентности при депрессии проводятся попытки проанализировать определенные нейробиологические факторы. За основу была принята гипотеза о наличии биологической предиспозиции при терапевтически резистентных депрессиях.

На биологическом уровне терапевтическая резистентность может быть обусловлена нарушениями нейромедиаторной передачи, анатомо-физиологическими изменениями в заинтересованных структурах головного мозга, генетически детерминированными факторами, иммунно-нейроэндокринными нарушениями.

Попытка анализа этих факторов и выявление специфических маркеров может быть основой для разработки модели прогноза формирования терапевтической резистентности.

МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ДЕПРЕССИВНОГО И ТРЕВОЖНОГО СПЕКТРА

Кузнецова-Морева Е.А., Александрова М.М., Никитина Т.Е., Киян К.А.

Москва
филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
Первый МГМУ им И.М. Сеченова

В рамках Совета молодых ученых Российского общества психиатров (СМУ РОП) сформирована Секция по научным исследованиям, объединяющая группу инициативных молодых ученых. Молодыми специалистами начат процесс по реализации двух исследовательских проектов, актуальность и значимость которых совпадает с современными направлениями Российской науки. Предметом научных изысканий является исследование и оценка когнитивных нарушений в рамках расстройств аффективного и тревожного спектра.

Когнитивные дисфункции являются облигатными симптомами депрессивных и тревожных расстройств, и наравне с другими психопатологическими нарушениями, оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни и степень социальной адаптации пациентов. Сохранность когнитивных функций имеет также фундаментальное значение для ежедневной социальной и профессиональной активности человека, ощущения психологического благополучия и способности борьбы со стрессом.

Особое значение имеет понимание патогенетических механизмов развития когнитивных нарушений, которые в немалой степени определяются наличием тех или иных факторов риска, а также играет первостепенную роль в выборе тактики их коррекции. При этом в литературе существуют противоречивые данные о влиянии клинического и нозологического факторов на выраженность когнитивных дисфункций.

Цель настоящего исследования – уточнение влияния клинического и нозологического факторов на выраженность когнитивных нарушений.

Материалы и методы исследования. В соответствии с требованиями к проведению научных исследований Food and Drug Administration (FDA) и Good Clinical Practice (GCP), дизайн и протоколы исследований утверждены на заседании комиссии ЛЭК РОП. Каждый испытуемый подписал информированное согласие на участие в исследовании.

В научном проекте приняли участие 42 человека – 34 пациента с депрессивными, тревожными и тревожно-фобическими расстройствами и 8 здоровых испытуемых. В первую клиническую группу вошел 21 человек с депрессивными расстройствами, в возрасте от 17 до 55 лет (29±8,7 лет). Семеро из них с впервые выявленным депрессивным эпизодом средней степени тяжести, 13 – с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) и 1 больная с биполярным расстройством II типа (БПРII). Длительность расстройства колебалась от 1 до 132 месяцев (36,7±33,1), возраст начала заболевания от 14 до 55 лет (26,1±9,3). Ранее за специализированной помощью обращались 11 больных, но психофармакотерапию принимали 5 из них.

В группу с тревожными расстройствами вошли 13 человек, в возрасте от 18 до 42 лет (31±6,8 год). 4 человека с социально-тревожным расстройством (СТР), 9 человек с паническим расстройством (ПР). Длительность расстройства составила от 1 до 240 месяцев (93,8±92,5), возраст начала заболевания от 8 до 40 лет (23,4±9,8). Обращались ранее к специалистам в области психического здоровья пятеро, и только двое из них получали антидепрессивную терапию.

Испытуемые всех трех групп не отличались по основным социально-демографическим характеристикам (пол, возраст, уровень образования, семейное положение).

Основной метод исследования – клинико-психопатологический. Для оценки степени тяжести расстройства и степени социальной дезадаптации использовались Шкала Гамильтона депрессии (HDRS), Шкала Гамильтона тревоги (HAMA) и Шкала социального функционирования (SASS). Исследовались слуховая память (методика на запоминание 10 слов), зрительная память (Серия геометрических фигур), установочное внимание (теста Бурдона), селективное внимание (таблицы Шульте), исполнительские функции (тест Струпа) и метакогнитивные показатели. Диагностика текущего расстройства выполнялась согласно критериям МКБ-10. Анализ результатов исследования проводился с использованием непараметрических методов статистики.

Результаты исследования и обсуждение. При сравнении результатов когнитивного тестирования между здоровыми испытуемыми и клиническими группами в целом, статистически значимые различия обнаружены только при оценке зрительной памяти, исполнительских функций и метакогнитивных показателей (самоэффективности, оценки субъективной тяжести), которые были свойственны и пациентам с депрессивными, и с тревожными расстройствами. Нарушения селективного внимания обнаружены только у пациентов с тревожными расстройствами. При этом при межгрупповом сравнении результатов пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами не было выявлено значимых различий в когнитивных нарушениях, за исключением количества дополнительных слов при оценке краткосрочной слуховой памяти. Однако, учитывая высокую частоту коморбидных психических нарушений в обеих группах (57,1% в первой группе, 53,8% во второй), в том числе с расстройствами депрессивного и тревожного спектра, нельзя было исключить влияние этого фактора на полученные результаты, что подтвердилось после сравнения пациентов с «чистыми» психическими расстройствами соответствующего регистра. Различия в большей степени касались выраженности нарушений установочного (p=0,02) и селективного внимания (p=0,03), а также исполнительских функций (p=0,02).

Еще один клинический фактор, который оказывал значимое влияние на выраженность когнитивных нарушений – длительность расстройства (R=0,68 при тревожных и R=0,52 при депрессивных расстройствах).

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать предположение о значимом влиянии на когнитивные нарушения не столько вида расстройства, сколько его длительности, а также наличия коморбидных психических нарушений.

Учитывая преобладание хронических форм заболеваний в обеих клинических группах, отсутствие своевременной диагностики и назначения антидепрессивной терапии в большинстве случаев, весомый вклад в когнитивные нарушения могла вносить и резидуальная симптоматика, которая способствует не только поддержанию расстройства, но и его утяжелению.

Нельзя исключить влияние когнитивных искажений, которые начинают формироваться еще в начале расстройства, и легко возобновляются при обострении заболевания. Это подтверждается статистически значимыми различиями между пациентами клинических групп и здоровыми испытуемыми по степени выраженности метакогнитивных нарушений, в первую очередь низкой самоэффективности, преувеличении субъективной тяжести при отсроченном воспроизведении и заниженной субъективной оценкой результатов воспроизведения.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОНОПОЛЯРНЫХ И БИПОЛЯРНЫХ ДЕПРЕССИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Курсаков А.А., Бобров А.Е.

Москва
МНИИП

Актуальность. Диагностика депрессивных расстройств в условиях первичного звена здравоохранения является непростой задачей, что обусловлено как их клиническими особенностями, так и организационными проблемами. Знание клинических и психологических маркеров депрессий той или иной нозологической принадлежности способствует более ранней и более точной диагностике и подбору адекватной терапии.

Цель. Определить клинические и психологические особенности депрессий, развивающихся в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (РДР), впервые возникшего депрессивного эпизода (ДЭ) и биполярного аффективного расстройства (БАР).

Материалы и методы. Пациенты. 71 пациент первичного звена здравоохранения (15 мужчин, 56 женщин) в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст 52,1 +/-14,9) с ДЭ, возникшим впервые (N=22), а также в рамках РДР (N=36) и БАР (N=13). Обследование. Пациенты были обследованы при помощи Клинического интервью для оценки депрессии и смежных симптомов (CIDRS), Шкалы депрессии Бека (BDI) и Методики многостороннего исследования личности (ММИЛ). Анализ. На первом этапе анализа группы пациентов с впервые возникшим ДЭ и с депрессией в рамках РДР сравнивались между собой по клиническим (симптомы CIDRS и BDI) и психологическим (ММИЛ) параметрам. На втором этапе объединенная группа монополярных депрессий сравнивалась с группой пациентов, страдающих БАР. Сравнительный анализ производился с помощью метода Манна-Уитни.

Результаты. При сравнении групп пациентов с ДЭ и РДР по выраженности тех или иных симптомов, никаких достоверных различий между ними установлено не было. Сравнение объединенной группы больных монополярными депрессиями с группой биполярных больных показало большую тяжесть интрапунитивных симптомов депрессии (чувство вины и чувство несостоятельности) у больных БАР как по данным объективной оценки CIDRS, так и по данным самоотчета по BDI (во всех случаях $p<0,05$). Кроме того, депрессии в рамках БАР сопровождались более выраженной свободноплавающей и вегетативной тревогой ($p<0,01$ и $p<0,05$, соответственно), обсессивной и паранойяльной симптоматикой ($p<0,05$) по данным интервью CIDRS. Вместе с тем, больные с монополярными депрессиями испытывали более выраженное снижение либидо ($p<0,005$ по CIDRS и $p<0,01$ по BDI). Остальные различия носили характер статистической тенденции и касались симптомов лабильности настроения ($p=0,05$) дереализации-деперсонализации ($p=0,06$) и раздражительности ($p=0,08$) по данным CIDRS.

При построении усредненных профилей ММИЛ, профили групп ДЭ и РДР практически полностью совпадали, а профиль БАР характеризовался достоверно более высокими показателями по таким клиническим шкалам как «реализация тревоги в непосредственном поведении» ($p<0,01$), «ригидность аффекта» ($p<0,05$), «фиксация тревоги» ($p<0,05$) и «аутизация» ($p<0,05$).

Выводы. Депрессивные состояния в рамках БАР отличаются от монополярных депрессий более сложной структурой и большей тяжестью по целому ряду показателей: тревожной и навязчивой симптоматики, ключевых когнитивных симптомов депрессии (самообвинение и снижение самооценки). Биполярные депрессии в изученной выборке также сопровождались своеобразием восприятия и оценок, эмоциональной неустойчивостью, протестностью и недоверчивостью в поведении, а также более умеренными расстройствами либидо. Все эти особенности целесообразно учитывать при нозологической квалификации депрессивных состояний.

СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ОЩУЩЕНИЯ (СЕНСАЦИИ) ПРИ ФАЗНОПРОТЕКАЮЩИХ ДЕПРЕССИЯХ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

Моисейчева О.В., Степанов И.Л.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Многими исследователями подчеркивается важность изучения соматопсихических нарушений в структуре депрессий, обращается внимание на влияние ложных неприятных ощущений на повышение обращаемости больных в медицинские учреждения различного профиля и связанные с этим сложности диагностики и ведения данных пациентов.

Цель исследования – дифференцированная оценка особенностей соматопсихических ощущений (сенсаций) у больных с наличием отягощенности в анамнезе соматической сферы хроническими заболеваниями при фазнопротекающих депрессиях.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клинического специализированного отделения ФГБУ Московского НИИ психиатрии и общемедицинской городской поликлиники. В исследование было включено 100 больных депрессией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F31– 22 больных, F32– 17 больных, F33– 61 больной) в возрасте от 18 до 65 лет, из них женщин – 78, мужчин – 22. Основным критерием включения являлось наличие отягощенности соматической сферы заболеваниями разных органов и систем, но на момент обследования вне обострения соматической болезни. Исключались варианты депрессии психотического уровня, а также сочетание депрессивного расстройства с шизофреническим процессом, органическим поражением ЦНС, различными зависимостями от психоактивных веществ, алкоголизмом. Средний суммарный балл по шкале Гамильтона (HDRS-21)– 20,2 балла. В целом в выборке преобладали пациенты с рекуррентным расстройством. Средний возраст обследованных 42,2 лет.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, статистический. Депрессивное состояние оценивали по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-21). Стандартизация клинико-психопатологического исследования проводилась в форме структурированного интервью на основании, специально разработанной в группе исследования депрессий отдела расстройств аффективного спектра Московского НИИ психиатрии, клинико-психопатологической карты обследования. На основании данных анамнеза со слов больных и их родственников, амбулаторных карт и выписок истории болезни, собраны материалы об имеющихся у обследуемых пациентов хронических соматических заболеваниях, сведения об обострениях соматических болезней и обращениях по их поводу в медицинские учреждения.

Результаты и обсуждение. При анализе локализации соматопсихических ощущений у больных депрессией всей выборки выявлен ряд особенностей. Наиболее часто у обследуемых встречались жалобы на неприятные ощущения в области головы 47%, в грудной клетке 39%, животе 21% и конечностях 21%, реже наблюдались телесные сенсации носящие мигрирующий характер 14%, а также в области спины 9%, сердца 6% и генитальной области 2%. В беседе пациенты в первую очередь предъявляли жалобы на болевые ощущения (49%) и тяжесть (48%) в различных частях тела, а также жаловались на чувство сдавления (23%), жжение (19%), пульсацию (11%), распирание (10%), ломку-скручивание (9%), онемение (6%), чувство легкости (3%).

Ряд исследователей считает необходимым дифференцировать депрессивные состояния по типу ведущего (доминирующего) аффекта на тревожный, тоскливый и апатический (Вертоградова О.П., Волошин В.М., 1980, Kielholz P. 1974). Руководствуясь данной типологией аффекта, пациенты всей выборки на момент начала исследования были поделены на три группы: группа с ведущим тоскливым аффективным компонентом (ТОС), группа с ведущим тревожным аффективным компонентом (ТР), группа с ведущим апатическим аффективным компонентом (АП). Проанализированы данные, характеризующие телесные сенсации, в зависимости от их локализации, в подгруппах в соответствии с ведущим аффективным компонентом. Группу Тос характеризовали прежде всего неприятные телесные ощущения в области грудной клетки (56% обследуемых группы ТОС), головы (44%), конечностях (30%), животе (22%), не имеющие четкой локализации, носящие мигрирующий характер (18,5%) и спине (11%). В группе ТР наиболее частыми были жалобы на неприятные телесные ощущения в голове (47%), грудной клетке (33%), животе (25%), конечностях (16%), сенсации, носящие мигрирующий характер (13%). В группе АП наблюдались телесные сенсации в области головы (50%), грудной клетке (33%), конечностях (22%), мигрирующего характера (11%). Следует отметить превалирование тоскливого аффекта при жалобах на неприятные ощущения в области грудной клетке, сердце, спине, конечностях, сенсаций мигрирующего характера, тревожного – в области живота, апатического – в голове. Отмечены достоверные отличия в группах ТОС и ТР ($p<0,05$) при оценке сенсаций в области грудной клетке, с преобладанием в группе ТОС.

Анализ характера сенсаций в подгруппах ТОС, АП, ТР показал особенности, присущие каждой подгруппе. В группе ТОС пациенты при описании своих ощущений рассказывали о тяжести (63%), болевых (алгических) ощущениях (63%), чувстве сдавления (22%), ломке-скручивании (19%), термических ощущениях (15%), распирании и пульсации (по 11%). Пациенты группы ТР описывали свои телесные сенсации, наиболее час-

то как болевые (44%), с чувством тяжести (36%), термические (26%), с чувством сдавления (24%), распирания и пульсации (по 11%), а также ломки-скручивания (4%). Пациентов группы АП чаще беспокоили неприятные ощущения, носящие характер тяжести (61%), алгические (44%), сдавления (22%), пульсации и ломки-скручивания (по 11%). Тоскливый аффективный компонент доминировал при жалобах на чувство боли, тяжести, ломки-скручивания, тревожный – при термических ощущениях. Достоверные различия наблюдались в группе ТОС, где преобладали ощущения тяжести и ломки-скручивания при сравнении с группой ТР.

При статистическом анализе телесных сенсаций у пациентов, разделенных на группы в соответствии со сведениями об обострениях хронических соматических заболеваниях и обращениях по этому поводу в медицинские учреждения за период 1,5 года до настоящего обследования обращают на себя внимание следующие особенности. Группа без обращений (27 чел.) включающая пациентов, у которых соматическая патология не имела актуальности, а также несколько человек, которые самостоятельно справлялись с заболеванием за короткое время, характеризовалась наименьшей представленностью сенсаций по всем областям тела. Достоверные отличия в преобладании жалоб на неприятные телесные ощущения в группе пациентов с обострениями соматической патологии и обращениями за врачебной помощью отмечены в области спины ($p<0,01$), живота ($p<0,03$), мигрирующих телесных сенсаций ($p<0,05$), на грани значимости – сердца ($p<0,07$). При оценке сведений о характере сенсаций в данных группах следует отметить достоверно большую выраженность жалоб на чувство сдавления ($p<0,02$) и болевые алгические ощущения в группе с обострениями соматической патологии.

Выводы. В целом, у пациентов с фазнопротекающими депрессиями, имеющими отягощенность анамнеза соматической патологией (на момент обследования вне клинического обострения), отмечались неприятные телесные ощущения в области головы, грудной клетки, животе и конечностях, описываемые как алгические, с чувством тяжести и сдавления. Соматопсихические ощущения в области грудной клетке достоверно превалировали у пациентов, с преобладанием в клинической картине тоски, по сравнению с сенсациями в группе с ведущим тревожным компонентом. При оценке характера телесных ощущений достоверно чаще при тоске наблюдались ощущения тяжести и ломки-скручивания, чем при тревоге. Основные различия сенсаций у больных депрессией заключались в большей частоте неприятных телесных ощущений в группе с обострениями-обращениями с соматической патологией, прежде всего с жалобами на чувство сдавления, алгические проявления, с локализацией ощущений в области спины, живота и носящих мигрирующий характер. В отсутствии реального обострения соматического заболевания подобные ощущения побуждают пациентов к повторным обращениям за медицинской помощью, повышая нагрузку на режим работы лечебно-диагностических учреждений.

МОДЕЛЬ СТАДИЙ РАЗВИТИЯ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА И АГОРАФОБИИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

Павличенко А.В.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Несмотря на широкое использование в общей медицине модели стадий развития болезни (staging model), она не представлена ни в современных психиатрических классификациях, ни в алгоритмах терапии, что негативно влияет на клиническую практику. В то же время, хорошо известно, что пациенты на ранней стадии психической болезни, как правило, лучше реагируют на лечение, чем на более поздних стадиях, а изучение клинических и патогенетических аспектов конкретного этапа заболевания поможет выработать специфическое лечение и снизить риск прогрессирования расстройства и уровень функционального снижения. Первая работа, посвященная интеграции модели стадий развития болезни в психиатрию, появилась более 20 лет назад (Fava G., 1993). В обобщенном виде данная модель для психотических и аффективных расстройств выглядит следующим образом (McGorry, 2006, Scott, 2013): стадия 1 – продромальная, стадия 2 – острая манифестация, стадия 3 – резидуальная фаза, стадия 4 – хроническая. В настоящей работе предложена модель развития панического расстройства (ПР) и агорафобии, акцентирующая внимание на их симптоматологии и структуре коморбидных состояний, а также лечебные стратегии, эффективные для конкретных стадий болезни.

Материалом исследования явились 79 стационарных больных с диагнозами DSM-IV: «паническое расстройство с агорафобией» и «агорафобия без панического расстройства». Длительности катамнеза составила от трех до 12 лет.

В первой (продромальной) стадии чаще всего встречались специфические фобии детского возраста (27,8%), неразвернутые панические атаки (24,1%), субдепрессивные и гипоманикальные симптомы (11,3%), деперсонализационно-дереализационные переживания (8,8%), а также признаки зависимого и избегающего расстройств личности (43%). Указанные симптомы не сопровождались функциональным снижением и за помощью к психиатрам или психотерапевтам пациенты не обращались.

Во второй стадии (острая манифестация) доминировали полиморфные панические атаки (ПА), проявляющиеся соматическими, когнитивными, а также «атипичными» (напр., «ватность» в ногах, «спазм нервов», «оцепенелость») симптомами, которым предшествовали психотравмирующие события или соматические вредности (74,6%). Чаще всего (77,2%) ПА развивались во время поездок в метро или наземном транспорте, а их продолжительность в среднем составляло 5-15 минут. В случае доминирования соматических и «атипичных» симптомов в структуре ПА пациенты преимущественно обращались в общемедицинскую сеть, в то время как высокий удельный вес когнитивных симптомов (страх потери контроля, деперсонализация, контрастные обсессии) достоверно чаще ассоциировался с их обращением к специалистам службы психического здоровья. Такие признаки манифестных ПА как спонтанная манифестация, страх смерти и потери контроля и деперсонализация с большей вероятностью могут свидетельствовать о дальнейшем прогрессировании болезни. Значительного функционального снижения, особенно при единичных ПА, как правило, не наблюдалось. Среди предпочтительных лечебных стратегий, в первую очередь, целесообразно использовать элементы когнитивно-поведенческой терапии (КБТ): психообразование (объяснение механизмов развития ПА, информация об автоматических мыслях) и работа с когнитивным компонентом ПА (альтернативное объяснение, совладеющие карточки, ведение дневника). Если в структуре ПА отмечается выраженная тревога и соматические симптомы (гипервентиляция, сердцебиения), то целесообразно начинать лечение с транквилизаторов (диазепам, алпразолам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, гидроксизин), в том числе парентерально (не более двух недель), и лишь после их смягчения рекомендуется присоединить КБТ.

В третьей стадии болезни (резидуальная) можно выделить две подстадии. На 3а стадии (обострение подпороговых симптомов), которая, в случае неблагоприятной динамики, развивалась в первые после дебютных ПА недели болезни, в клинической картине доминировали отдельные тревожные симптомы (страх смерти, потери контроля, эпизодический отказ от поездок в транспорте без сопровождения, вторичная субдепрессия) и тре-

вога ожидания ПА (anticipatory anxiety). На 3б стадии (рецидив тревожных синдромов) ПА, как правило, возникали спонтанно, в их структуре преобладали соматические симптомы, отмечалось расширение агорафобических страхов (avoidance behavior), а тревога ожидания постепенно выходила за пределы страха перед ПА, охватывала различные сферы жизни, что позволяло диагностировать коморбидное генерализованное тревожное расстройство. Кроме того, половина пациентов (50,6%) непосредственно перед триггерной ситуаций (поездка в транспорте, выход из дома) регулярно прибегали к бесконтрольному приему различных психоактивных веществ (алкоголь, препараты, содержащие барбитураты, бензодизепины в увеличивающихся дозах), что у 21,5% больных приводило к формированию лекарственной и/или алкогольной зависимости. Значимое снижение функционирование (вплоть до невозможности работать) положительно коррелировало со степенью избегающего поведения. Подходы к лечению 3а стадии могут быть такими, как у лиц со 2 стадией болезни (когнитивные техники КБТ), за исключением приема транквилизаторов. Так как на данной стадии персистирующие симптомы не достигали порога клинически завершенных синдромов, то использование антидепрессантов здесь не показано. В то же время, на 3б стадии ведущее место в терапии занимают сетонинергические антидепрессанты и поведенческие техники КБТ. В соответствие с рекомендациями WFSBP (Banderlow, 2008) в лечении ПР и агорафобии препаратами первого выбора являются антидепрессанты (в скобках указан диапазон доз): сертралин (50-150), циталопрам (20-60), эсциталопрам (10-20), флуоксетин (20-40), пароксетин (20-60), флувоксамин (100-300), венлафаксин (75-225 мг). К препаратам второго выбора отнесены кломипрамин (75-250) и имипрамин (75-250). В резистентных случаях есть ограниченные данные о целесообразно добавления к СИОЗС оланзапина или комбинация флуоксетина и кломипрамина (Banderlow, 2004). Среди техник КБТ целесообразно сосредоточиться на работе с поведенческим компонентом: поведенческие эксперименты, охранительное поведение, нормализация стиля жизни (Котро Ж., 1996). По-видимому, использование КБТ в качестве монотерапии на 3б стадии болезни мало оправданно, а стратегией выбора является сочетание серотонинергических антидепрессантов и КБТ.

На четвертой стадии болезни (хроническая) ПА отсутствовали или были представлены отдельными симптомами, отмечалось уменьшение степени избегающего поведения. Длительное время (иногда десятилетиями) сохранялся страх поездок страх поездок в метро (реже, в наземном транспорте и выхода из дома), а также алкогольная/лекарственная зависимость. В целом, тревожные симптомы на данном этапе преобладали лишь у 10,1% больных. В то же время, почти у пятой части больных (18,9%) на отдаленном этапе формировались клинически очерченные депрессивные эпизоды легкой и средней степени тяжести, а также устойчивые дезадаптирующие паттерны поведения (22,7%), что позволяло диагностировать «депрессивный эпизод/рекуррентное депрессивное расстройство» и «зависимое и/или гистрионное расстройство личности», соответственно. Лечение стойкой агорафобии у данных пациентов, в том числе комбинацией различных психотропных средств и психотерапии, как правило, не сопровождалось значительным смягчением симптоматики и, по-видимому, внимание врача должно быть акцентировано на лечении коморбидных состояний. Степень функционального снижения, в целом, было ниже, чем на третьей стадии болезни и г.о. зависило от степени выраженности депрессии и расстройств личности.

Таким образом, предложенная модель стадий развития ПР и/или агорафобии с акцентом на клинических симптомах болезни и структуре коморбидных состояний, в целом, согласуется с моделью динамики психотических и аффективных расстройств (Fava, 1993) и дает возможность практическому врачу подобрать наиболее эффективную лечебную стратегию для конкретного пациента.

ДЕПРЕССИЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ С ПОЗИЦИИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА

Петрова Н.Н., Палкин Ю.Р., Шатиль М.М.

Санкт-Петербург
СПбГУ,
СПБ ГБУЗ ГПБ№7 им. И.П. Павлова

Целью исследования явилось изучение клинических и психосоциальных характеристики депрессий непсихотического уровня.

Обследовано 30 больных депрессией, в т.ч. 24 женщины и 6 мужчин. Возраст мужчин составил 41,5±10,5 года; возраст женщин – 39,75±16,67 года. Депрессия впервые была выявлена у 11 пациентов (36,7%). Средняя продолжительность заболевания 5,32±3,71 лет. Число перенесенных эпизодов в среднем составило 2,7±1,9. 1 эпизод перенесли 13 больных (43,3%); 2 эпизода – 10 больных (33,3%); 3-5 эпизодов – 4 пациента (13,3%); более 5 эпизодов – 3 пациента (10%).

Обследованы совместно проживающие родственники больных депрессией (средний возраст 47±8,34 лет), в том числе 53,3% мужчин. Среди них супруги составили 45,5%; родители – 27,3% и близкие другой степени родства – 27,2%.

В контрольную группу вошли 15 лиц без психических расстройств сопоставимого возраста и их родственники.

Критерий включения: выраженность депрессии по шкале Гамильтона – выше 7 баллов. Критерии исключения: биполярное аффективное расстройство; психотические состояния.

В исследовании использованы клинико-катамнестический, экспериментально-психологические методики: опросник Леонгарда-Шмишека для оценки особенностей личности; индикатор копинг-стратегий преодоления стресса Хейма; шкала социального функционирования (PSP); шкала ВОЗ Качества Жизни-100; Визуально-аналоговые шкалы качества жизни и выраженности стресса в связи с болезнью; статистический метод.

Среди обследованных преобладали пациенты с диагнозом F43.2. Расстройство адаптации (37%). В структуре непсихотической депрессии ведущими явились апатический (53,3%) и тревожный (30%) синдромы. Значимым социально-психологическим фактором риска ее развития оказалась длительность психотравмирующей ситуации в личностно-семейной (61%), трудовой (26%) или материально-бытовой сфере (13%). Больные с депрессией невротического уровня преимущественно использовали неконструктивные стратегии преодоления стресса. Среди неадаптивного копинга преобладают стратегии растерянности и отступления (по 23,3%), покорности (20%), активного избегания (16,67%), что может служить мишенями для индивидуальной психотерапии. Большая часть пациентов имеет акцентуацию характера с преобладанием таких черт, как циклотимность, эмотивность, экзальтированность, тревожность. Бремя болезни проявляется в снижении качества жизни членов семей больных непсихотической депрессией по сравнению с психически здоровыми лицами, причем имеется прямой параллелизм между выраженностью депрессии и степенью снижения качества жизни родственников; ухудшении социального функционирования пациентов в трудовой сфере, а также родственников; злоупотреблении психоактивными веществами, в том числе алкоголем почти в половине случаев.

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Петрунько О.В., Кисель С.В.

Иркутск
Иркутская ГМАПО,
ОГБУЗ Иркутский ОПНД

Депрессии с хроническим течением являются одной из наиболее актуальных проблем современной отечественной и зарубежной психиатрии. Однако, до настоящего времени существует неполное представление о факторах, определяющих хроническое течение депрессивного расстройства.

Цель исследования: уточнение факторов, приводящих к хроническому течению депрессивного расстройства.

Материалы и методы. Обследованы 53 стационарных пациента (48 женщин и 5 мужчин) с текущим хроническим (длительность более 2 лет) депрессивным эпизодом (ДЭ по МКБ-10) в рамках униполярных аффективных расстройств с относительно поздним манифестом заболевания в возрасте 35-55 лет. Группу сравнения составили 30 пациентов (28 женщин и 2 мужчин) с рекуррентным депрессивным расстройством и длительностью депрессивных эпизодов не более 6-8 месяцев. Диагностика депрессивного эпизода (ДЭ) и определение его тяжести осуществлялись в соответствии с критериями МКБ-10. Пациенты находились на лечении в условиях пограничных отделений или дневного стационара Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1.

При статистической обработке в модели логистической регрессии определяли отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (ДИ); производили расчет t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с хроническим течением единичный депрессивный эпизод выявлен у 17%, рекуррентное течение – 83%. Средний возраст к моменту исследования был равен 50,5±0,7 лет. Порядковый номер актуального хронического депрессивного эпизода варьировал от 1 до 9, его длительность колебалась от 24 месяцев до 5 лет, средняя длительность составила 39,1±2,6 месяцев. Инвалидами были признаны – 69,8% человек, из них 91,9% имели 2 группу инвалидности.

Среди пациентов с хроническим депрессивным расстройством среди родственников первой степени родства в 47,2% выявлена наследственная отягощенность психическими заболеваниями: аффективные расстройства – 17,0%, шизофрения – 9,4%, алкоголизм – 26,4%, эпилепсия – 7,5%, завершенный суицид – 9,4%.

Почти у половины (49,1%) пациентов с хронической депрессией на основании анамнестических сведений, полученных от пациентов и родственников, медицинской документации в доманифестном периоде имелись сведения об экзогенной компрометации мозга. К экзогенной компрометации мозга относились: перинатальная патология (недоношенность) – 24,5%, тяжелые инфекции детского возраста с выраженной интоксикацией – 18,9%, черепно-мозговые травмы легкой и средней степени тяжести – 45,3%. У пациентов в анамнезе выявлены проявления резидуальной церебрально-органической недостаточности: плохая переносимость жарких и душных помещений (86,8%), езды на транспорте (79,3%), инсоляций (77,4%), метеотропная лабильность (96,2%).

Допсихиатрический этап наблюдения с момента первых появлений аффективных нарушений варьировал от 2 до 190 месяцев, в среднем составил 35,3±5,5 месяцев. В случае рекуррентного течения текущему хроническому депрессивного эпизоду предшествовала ремиссия длительностью от 1 до 5 лет, причем во всех наблюдениях в структуре ремиссии присутствовали стертые субдиагностические депрессивные и тревожные проявления. Более чем у половины (71,7%) больных перед манифестацией хронической фазы отмечены различные провоцирующие факторы: в 62,3% случаев – психогенный фактор, 11,3% – соматогении. В 26,4% депрессия с хроническим течением формировалась аутохтонно. У значительной части пациентов (62,3%) выявлено наличие стрессовых факторов, предшествующих возникновению хронического депрессивного эпизода. В большинстве наблюдений отмечено наличие от 1-х до 3-х стрессоров у каждого из пациентов.

Тип депрессии определялся на основании наличия/отсутствия вербализованной тоски, коморбидной генерализованной тревоги (Бобров А.С., 2010). В итоге, в 30,2% диагностирован тревожный, в 69,8% – тоскливо-тревожный тип депрессии. По тяжести ДЭ к моменту начала терапии пациенты распределились следующим образом: умеренный – 15,1%, тяжелый без психотических симптомов – 84,9%.

В соответствии с критериями МКБ-10 у пациентов с хроническим типом течения депрессивного расстройства выявлены следующие типичные симптомы депрессии: сниженное настроение – 100,0%, утрата интересов и способности получать удовольствие – 98,1%, повышенная утомляемость – 86,8%. Среди дополнительных симптомов депрессии по МКБ-10 диагностированы: трудность концентрации внимания – 81,1%, сниженная самооценка и чувство уверенности в себе – 26,4%, идеи виновности и самоуничижения – 58,5%, мрачное и пессимистическое видение будущего – 52,8%, мысли о потери смысла жизни, нежелании жить – 52,8%, нарушение сна – 98,1%, сниженный аппетит – 92,5%.

В 34,0% наблюдений в качестве сопутствующей симптоматики имелись основания для диагностики панического расстройства, в 15,1% – в сочетании с агорафобией. В клинике депрессивного расстройства с хроническим течением выявлено наличие патологических телесных сенсаций в виде алгий (37,7%), сенестоалгий (41,5%).

Проведен сравнительный статистический анализ (определение отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ); расчет t-критерия Стьюдента) факторов формирования хронического течения депрессивного расстройства среди двух групп пациентов: депрессия с хроническим течением (n=53) и группы сравнения (n=30) с рекуррентным депрессивным расстройством (ДР) и длительность депрессивных эпизодов не более 6-8 месяцев. Пациентов с хронифицированным течением депрессивного эпизода (в модели логистической регрессии с ОШ от 2,16 до 5,93 в 95% ДИ) отличали: наследственная отягощенность аффективными расстройствами среди родственников первой степени родства, наличие в анамнезе экзогенной компрометации мозга, нестабильность семейного положения, наличие психотравмирующих ситуаций, сопутствующая сосудистая патология головного мозга, сезонность возникновения депрессивных расстройств (осенне-весенний период), резистентность к ранее проводимой психофармакотерапии, а также длительный период допсихиатрического наблюдения с момента появления аффективных нарушений (p=0,04).

Таким образом, на основе описанных факторов формирования хронифицированного течения депрессивного расстройства возможно выделение группы пациентов с депрессией и высоким риском хронификации для проведения специальных противорезистентных терапевтических мероприятий. Существенную роль в улучшении клинического и социального прогноза для данной категории пациентов может играть коррекция управляемых факторов хронифицированного течения, таких как своевременная диагностика депрессивных состояний с минимизацией периода неадекватного допсихиатрического наблюдения, коррекция проявлений экзогенной компрометации и сосудистой патологии головного мозга, психотерапевтическая помощь в случае стрессовой ситуации, особенно, среди лиц с нестабильным семейным положением.

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ УНИПОЛЯРНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Петрунько О.В., Клименко О.Г.

Иркутск
Иркутская ГМАПО,
Главное бюро МСЭ по Иркутской области

Униполярные депрессивные расстройства оказывают существенное негативное влияние на социальное функционирование и качество жизни пациентов, показатели заболеваемости соматическими заболеваниями и смертности, наносят большой экономический ущерб; являются одной из лидирующих причин бремени болезней среди женщин в возрасте 15–44 лет в странах Европейского региона (ВОЗ, 2004).

В России только единичные работы посвящены изучению проблем инвалидности вследствие аффективных нарушений (Сырников И.К., 2002; Булатов А.Ю., 2009; Король И.С., 2010), в Сибирском регионе таких исследований не проводилось. Данных об общем контингенте инвалидов вследствие депрессивных нарушений по обращаемости в бюро МСЭ нами не найдено.

Цель работы: изучить общую (по обращаемости в бюро МСЭ) инвалидность вследствие униполярных депрессивных расстройств взрослого населения Иркутской области за 2010-2014 гг., ее гендерные и возрастные особенности, зависимость от тяжести инвалидности и места проживания (город/село).

Материалы и методы. Анализировались сплошным методом статистические талоны по электронной базе данных ФКУ «Главное бюро МСЭ по Иркутской области» о гражданах 18 лет и старше, признанных инвалидами в Иркутской области в 2010-2014 гг. вследствие униполярной эндогенной депрессии – депрессивных расстройств, включенных в МКБ-10 в рубрику F32 «Депрессивный эпизод», F33 «Рекуррентное депрессивное расстройство», рассчитывались интенсивные показатели (уровень) общей инвалидности на 1 000 взрослого населения и доли первичной, повторной инвалидности и ее тяжести в зависимости от группы инвалидности в%, раздельно для лиц трудоспособного и пенсионного возраста, мужчин и женщин, места проживания (город/село), а также показатели полной и частичной реабилитации в процентах.

Результаты и обсуждение. Доля инвалидов вследствие аффективных нарушений (F3) от всех признанных инвалидами вследствие психических заболеваний была небольшой и составляла от 3,8% в 2010 г. до максимальной – 4,3% в 2014 г. Доля инвалидов вследствие депрессивных расстройств (F32, F33) (кроме биполярных аффективных расстройств – F31 и циклотимии – F34) от всех признанных инвалидами вследствие психических заболеваний варьировала от 3,0% в 2010 г. до 2,1% в 2013 г. Удельный вес инвалидов вследствие депрессивных расстройств (F32, F33) от всех признанных инвалидами вследствие аффективных расстройствах (F3) был от 78,4% в 2010 г. до 51,9% в 2013 г. Снижение данного показателя можно связать с улучшением диагностики биполярных аффективных расстройств.

Инвалидами вследствие депрессивных расстройств по обращаемости в бюро МСЭ в Иркутской области за 2010-2014 гг. признавались от 216 чел. в 2010 г. до 119 в 2013 г., из них первично от 39 чел. в 2010 г. до 24 в 2013 г. Доля первично признанных инвалидами за 5 лет была 18,8%, тогда как преобладали повторно признанные инвалидами (81,2%). Уровень общей инвалидности вследствие депрессивных расстройств снизился с 0,09 в 2010 г. до 0,05 в 2014 г. Снижение произошло как за счет первичной, так и повторной инвалидности, что обусловлено внедрением в практику современных антидепрессантов. Однако следует отметить, что вместе с тем бессрочно инвалидность вследствие депрессивных расстройств за анализируемый пятилетний период была установлена в 23,9%. Это свидетельствует о недостаточной эффективности у ряда больных проводимых реабилитационных мероприятий, неадекватном подборе психофармакотерапевтической стратегии.

При анализе инвалидности вследствие депрессивных расстройств (F32, F33) по обращаемости в бюро МСЭ в зависимости от пола за 2010-2014 гг. в Иркутской области оказалось, что все годы преобладали женщины, их доля была от 77,8% в 2011 г. до 83,8% в 2012 г. Уровень общей инвалидности на 1 000 населения у мужчин снизился с 0,09 в 2010 г. до 0,05 в 2014 г. У женщин он был более чем в 3 раза выше, чем у мужчин. За последние 5 лет у женщин также отмечено снижение уровня общей инвалидности: с 0,13 в 2010 г. до 0,08 в 2013-2014 гг.

Нами изучена общая инвалидность вследствие депрессивных расстройств в зависимости от возраста в 2010-2014 гг. в Иркутской области. Установлено, что по обращаемости в бюро МСЭ за пятилетний период 80,1% инвалидов составили лица трудоспособного возраста, тогда как пенсионного возраста – только 19,9%. Уровень общей инвалидности среди лиц трудоспособного возраста снизился с 0,11 в 2010 г. до 0,07 в 2014 г. (в среднем 0,09 на 1 000 населения). В пенсионном возрасте в среднем за 5 лет уровень общей инвалидности вследствие депрессивных расстройств был ниже и составил 0,07 на 1 000 населения.

При анализе инвалидности вследствие депрессивных расстройств (F32-F33) по обращаемости в бюро МСЭ в зависимости от места проживания (город/село) в Иркутской области за 2010-2014 гг. оказалось, что за весь 5-летний период среди инвалидов преобладали городские жители (84,4%), их уровень инвалидности снизился с 0,08 в 2010 г. до 0,05 в 2014 г., в среднем составил 0,06 на 1 000 населения. Уровень общей инвалидности у сельских жителей за пятилетний период был в 6 раз меньше (0,01 на 1 000 населения).

Проанализирована тяжесть инвалидности вследствие депрессивных расстройств по обращаемости в бюро МСЭ в зависимости от группы в Иркутской области за 2010-2014 гг. Выявлена неблагоприятная структура общей инвалидности по тяжести: чаще все анализируемые годы устанавливалась инвалидность второй группы (в среднем – в 77,5% случаев). Доля инвалидов третьей группы даже снизилась: если в 2010 г. их было 21,8%, то в 2014 г. – только 19,4%. Доля инвалидов первой группы, напротив, возросла с 1,4% в 2010 г. до 3,1% в 2014 г. Причем аналогичная структура инвалидности была как при первичной, так и при повторной инвалидности.

Показатель реабилитации инвалидов вследствие депрессивных расстройств за 2010-2014 гг. оказался низким. Так, полная реабилитация достигнута за 5 лет только у 0,1%, частичная – также у 0,1% инвалидов. Утяжеление инвалидности произошло гораздо чаще – в 5,4% случаев, из них в подавляющем большинстве (81,4%) с третьей группы инвалидности до второй, значительно реже (18,6%) со второй – до первой группы.

Таким образом, уровень общей инвалидности вследствие депрессивных расстройств в Иркутской области снизился с 0,09 в 2010 г. до 0,05 в 2014 г. У женщин уровень общей инвалидности (0,1) был более чем в 3 раза выше, чем у мужчин (0,03). Указанные гендерные особенности инвалидности вследствие депрессивных расстройств обусловлены более частой заболеваемостью женщин данной патологией. В трудоспособном возрасте в среднем за 5 лет уровень общей инвалидности вследствие депрессивных расстройств на 1000 населения был выше (0,09), чем в пенсионном (0,07).

Уровень общей инвалидности у сельских жителей за пятилетний период был в 6 раз меньше (0,01), чем у городских (0,06 на 1 000 населения), что может свидетельствовать о меньшей доступности психиатрической помощи в сельских условиях. Выявлена неблагоприятная структура общей инвалидности по тяжести: чаще все анализируемые годы устанавливались вторая (в среднем – в 77,5% случаев) и первая группы (в среднем 1,6%). Доля инвалидов третьей группы при этом снизилась.

Полученные нами данные о низких (0,1%) показателях реабилитации инвалидов вследствие депрессивных расстройств свидетельствуют о необходимости повышения эффективности реабилитационных мероприятий, прежде всего – проведения адекватной современной медикаментозной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Садыкова А.А.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. В литературе широко описаны особенности психопатологической картины как депрессивных, так и тревожных расстройств, однако остаются малоизученными вопросы, касающиеся изменений клинических характеристик в результате взаимовлияния данных расстройств при их коморбидности (Мосолов С.Н, 2007, Kessler R.C et al, 2005). Представляются актуальными изучение клинико-динамических особенностей депрессивных расстройств коморбидных с тревожными расстройствами.

Цель исследования – выявление клинических особенностей при депрессивных расстройствах, сочетающихся с тревожными расстройствами, с учетом основных конституциональных факторов.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 26 больных с депрессивными расстройствами. Средний возраст пациентов составил 45,5±12,7 года. Для оценки степени выраженности депрессии и тревоги, тяжести заболевания, уровня социальной адаптации у обследуемых пациентов нами использовались шкала депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS-17).

Результаты исследования. Нозологическая структура тревожных расстройств была представлена следующим образом паническое расстройство (ПР) – 48,6%, генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – 25,7%, другие смешанные тревожные расстройства (ДСТР) – 20,0%, агорафобия с паническим расстройством (ПР) – 4,3% и социальная фобия – 1,4% Уровень тревоги, оцененный при помощи HARS, у пациентов составил 29,6±6,9 балла. Тревожные расстройства у таких пациентов были представлены двумя нозологиями ПР – 62,5% и ГТР – 37,5%. В большинстве случаев (67,2%) у пациентов депрессивное расстройство появлялось после тревожного расстройства. У 21,4% пациентов депрессивное расстройство предшествовало появлению тревожного расстройства.

Выводы. Таким образом, среди больных с депрессивными расстройствами у 32,6% пациентов выявляется коморбидное тревожное расстройство. При этом их коморбидное взаимодействие имело определенный паттерн становления: тревожное расстройство предшествует появлению депрессивного расстройства, тревожное расстройство развивается вслед за депрессивным расстройством, депрессивное и тревожное расстройства возникают одновременно.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ ФАЗ ПРИ РЕКУРРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЯХ И БИПОЛЯРНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Сафарова Т.П., Яковлева О.Б., Шипилова Е.С.

Москва
НЦПЗ

Депрессивные расстройства являются одними из наиболее распространенных психических нарушений в пожилом возрасте. Депрессивные состояния различной степени выраженности и нозологической принадлежности встречаются у 10-25% населения пожилого возраста. Частота больших депрессий в старости составляет 2-3%. По прогнозу ВОЗ (1999) к 2020г. депрессия в старших возрастных группах населения станет ведущим заболеванием по затратам на помощь больным. Депрессия повышает риск госпитализации пожилых людей, ведет к увеличению продолжительности их пребывания в стационаре при соматических заболеваниях, вызывает ухудшение терапевтического ответа на лекарственные препараты, является одной из наиболее важных причин суицидов и повышает риск развития деменции.

С целью изучения клинических особенностей аффективных расстройств с манифестацией заболевания в разные возрастные периоды позднего возраста было обследовано 108 стационарных депрессивных больных. Возраст больных колебался от 45 до 79 лет, из них 43 мужчин (39,8%) и 65 женщина (60,2%). Критериями включения было наличие большого депрессивного эпизода разных нозологических категорий по МКБ-10: у 70 больных – депрессивная фаза в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) и у 38 больных – в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР). Для изучения закономерностей развития болезни в исследование включались только случаи с длительностью заболевания не менее 3 лет. У больных в анамнезе отсутствовали другие психические расстройства и первичные органические заболевания. Были сформированы две группы больных (с разными нозологическими формами депрессии), сопоставимые по основным демографическим и клиническим параметрам, за исключением распределения по полу: в группе с монополярным течением преобладали женщины, а с биполярным – мужчины.

Изучение клинических особенностей депрессивных фаз при разных нозологических формах (в рамках РДР и БАР) выявило преобладание более сложных по психопатологической структуре депрессивных синдромов (сенестопатических и ипохондрических) при РДР. Число депрессивных фаз с тревожным компонентом было широко представлено как при депрессиях в рамках РДР так и, несколько реже – в рамках БАР (встречались в 68% и 48% случае соответственно).

Результаты. сравнительно-возрастного анализа всех депрессивных фаз выявляют наиболее отчетливые синдромальные различия в возрастном периоде инволюции (45-59 лет). При РДР доминировали сенестопатические депрессии, составляющие около 40%. При биполярном течении заболевания более половины всех депрессий составляли адинамические варианты. По мере увеличения возраста больных эти различия сглаживались и отмечалась тенденция к упрощению клинических типов депрессий. Сравнительный анализ случаев с манифестацией в инволюционном возрасте и в старости показал наличие тенденции к увеличению частоты фазообразования, которая продолжает нарастать и в более поздние возрастные периоды. Сравнительная частота фаз в год при манифестации в инволюционном возрасте составила 0,7 при РДР и 1,4 при БАР. При манифестации в старческом возрасте эти показатели увеличиваются до 0,9 и 2,35. Таким образом, вне зависимости от типа течения по мере увеличения возраста манифестации

происходит возрастание частоты фазообразования. При РДР количество затяжных фаз (свыше 12 месяцев) более чем в 2 раза превышало таковое при БАР: 4% и 1,5% соответственно. Изучение характера ремиссий выявило общую тенденцию к сохранению резидуальных аффективных расстройств в ремиссиях по мере увеличения возраста больных.

В итоге можно сказать, что клинические особенности и закономерности течения депрессий РДР и БАР наиболее отчетливо прослеживаются в инволюционном периоде. В более поздние возрастные периоды данные различия стираются и на первый план выступает сходство общих тенденций развития заболевания. С увеличением возраста, как при РДР так и при БАР происходит упрощение депрессивных фаз, возрастает частота рецидивирования и соответственно укорачивается продолжительность ремиссий с сохранением резидуальной аффективной симптоматики. При БАР отмечается тенденция к континуальному течению. Помимо этого, особенностями депрессивных состояний, развивающихся в рамках БАР (по сравнению с РДР) являются меньшая продолжительность фаз, малая вероятность развития хронификации и большая частота рецидивирования. В структуре депрессий реже встречаются коморбидные неврозоподобные расстройства: сенесталгии, тревожно-фобические нарушения и обсессии. Исключение составляют ипохондрические расстройства, которые встречаются примерно с одинаковой частотой.

Сложность терапии депрессивных расстройств в старости связана с повышенным риском развития побочных эффектов и осложнений. Часто побочные действия препарата появляются гораздо раньше терапевтического ответа, а лекарственные осложнения возникают на низких дозах препарата и по своим последствиям носят более тяжелый и опасный характер. Высокий риск лекарственных осложнений у больных пожилого возраста обусловлен рядом факторов, сопровождающих процессы старения. Наиболее важными являются изменения фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов, наличие сопутствующих соматических заболеваний и психоорганических расстройств.

В связи с высоким риском развития лекарственных осложнений терапию депрессивных расстройств в позднем возрасте необходимо проводить с особой осторожностью. Выбор препарата должен осуществляться с учетом профиля его побочных действий и соматоневрологического состояния больного.

Из антидепрессантов рекомендуются препараты с минимальной холинолитической активностью, предпочтительно назначение антидепрессантов новых поколений. При терапии легких депрессий и депрессий средней степени тяжести в рамках биполярного аффективного расстройства в первую очередь назначают нормотимические препараты. При их недостаточной эффективности, а также при тяжелых депрессиях, к терапии присоединяют антидепрессанты. Применения трициклических антидепрессантов следует избегать не только из-за опасности развития побочных эффектов, но и из-за высокой вероятности инверсии фазы. Выбор нормотимических препаратов осуществляется с учетом особенностей течения заболевания.

ОБЪЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Свечников Д.В., Курасов Е.С.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Как известно, наиболее распространенными на сегодня методами, применяемыми для диагностики тревожных и депрессивных нарушений, являются клинико-психопатологическое обследование и психометрические шкалы. Однако, несмотря на общепризнанность и многообразие данных методик, они не исключают субъективности трактовки состояния больным и врачом. В связи с этим особую актуальность приобретает современный пиктополиграфический диагностический метод, позволяющий оценивать выраженность эмоциональной значимости для пациента той или иной информации, касающейся его психического состояния.

Целью исследования являлся анализ подходов к объективизации эмоциональных нарушений при пограничных психических расстройствах.

Всего обследовано 78 пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой пограничного уровня. Общая выборка была разделена на 3 группы: в первую (n1=37) вошли лица с невротическими адаптационными расстройствами (РА) (пролонгированная, смешанная тревожная и депрессивная реакции), во вторую (n2=21) – с преневротическими состояниями (ПС). Группу сравнения (n3=20) составили пациенты с аффективным расстройством (умеренный депрессивный эпизод (ДЭ). Основным методом исследования был клинико-психопатологический, которым обследовались все пациенты.

Объективизация и уточнение степени субъективной значимости предъявляемых жалоб основывались на пиктополиграфическом подходе. Для этого применялся программно-аппаратный комплекс «Эгоскоп», позволяющий проводить автоматизированное психометрическое обследование с использованием стандартизированных шкал и опросников, сопряженное с синхронной регистрацией физиологических параметров (частоты сердечных сокращений, кожно-гальванической реакции и др.). Для оценки степени выраженности тревожных и депрессивных нарушений использовались шкалы объективной (депрессии (HRDS) и тревоги (HARS) Гамильтона) и субъективной (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) оценок.

Результаты. проведенного исследования показали, что структура ведущих жалоб у обследованных с РА и ПС была примерно одинаковой. Значимые различия были выявлены только у пациентов с ДЭ (в сравнении с другими группами) по показателям «снижение настроения», «нарушения сна» и «отсутствие побуждений к деятельности» ($p<0,05$). Характерно, что достоверных различий между лицами с РА и ПС не выявлялось.

Клинико-психопатологическое обследование дополнялось результатами субъективной оценки своего состояния пациентами по шкале HADS. Установлено, что наиболее высокие показатели самооценки тревоги и депрессии были получены у больных с ДЭ, по сравнению с остальными группами. У этих пациентов были достоверно ($p<0,05$) выше уровни тревоги и депрессии (15,7±2,5 и 18,8±1,8 балла), чем у лиц с ПС (10,5±1,0 и 11,4±1,4 балла), а показатель депрессивных нарушений значимо выше (18,8±1,8), чем у обследованных с РА (9,8±2,4) ($p<0,05$). Достоверных отличий между показателями самооценки тревоги и депрессии пациентов с РА и ППР не выявлено ($p>0,05$).

Исследование по шкалам объективной оценки HARS и HRDS, проводимое врачами-психиатрами с использованием структурированного интервью, выявило иные соотношения. Так, наибольшая выраженность показателей тревоги и депрессии отмечалась у пациентов с ДЭ – 21,5±0,8 балла и 17,4±0,7 балла, соответственно. При этом отмечались значимые различия ($p<0,05$) с аналогичными показателями лиц с адаптационными и преневротическими состояниями. Выраженность тревоги и депрессии в группе РА (14,1±1,1 и 12,8±0,6 балла), в свою очередь, была достоверно выше ($p<0,05$), чем при ПС (6,4±0,8 и 7,5±0,9 балла), что свидетельствовало о наименьшей выраженности аффективных нарушений в последней группе.

Проведенное исследование выявило несоответствие результатов субъективной и объективной психометрической оценок состояния пациентов с преневротическими состояниями, а наиболее точные диагностические показатели были получены в ходе объективного психометрического обследования (шкалы

HARS и HRDS). Но, следует отметить, что выполнение этих процедур с использованием стандартизированного структурированного интервью является достаточно трудоемким и требует значительного времени.

В связи с этим нами было предложено дополнение субъективной оценки психического состояния (с использованием шкалы HADS) психофизиологическим компонентом – пиктополиграфическим методом. Результатом такого обследования являлось вычисление индекса смысло-эмоциональной значимости (СЭЗ), как каждого предъявляемого вопроса, так и отдельных подшкал HADS (тревоги, депрессии) у конкретного пациента. Все это позволяло сделать вывод о степени соответствия его субъективной (даваемой путем заполнения опросника) и объективной (выявления физиологических реакций на вопросы) оценок.

В ходе исследования у пациентов с ДЭ (с наибольшей выраженностью аффективных нарушений) не было выявлено достоверных отличий между оценкой тяжести депрессивного расстройства врачом-психиатром (шкала HRDS), самооценкой пациента (HADS) и выраженностью объективного показателя смысло-эмоциональной значимости утверждений, касающихся их состояния.

В группе пациентов с РА достоверных отличий между самооценкой пациентами тяжести депрессивных и тревожных расстройств и объективным показателем смысло-эмоциональной значимости вопросов HADS, а также между оценкой врача-психиатра и объективным показателем СЭЗ вопросов выявлено не было ($p>0,05$).

Среди лиц с ПС не отмечалось достоверных отличий между оценкой тяжести депрессивных и тревожных нарушений врачом-психиатром (шкалы HARS, HRDS) и выраженностью объективного показателя смысло-эмоциональной значимости вопросов. Наряду с этим выявлялись наиболее значимые различия самооценки пациента (по шкале HADS) и показателя СЭЗ предъявляемых вопросов ($p<0,001$).

Таким образом, результаты объективной (психометрической врачебной, пиктополиграфической) и субъективной оценок выраженности эмоциональных нарушений в наибольшей степени совпадали в группах пациентов с РА и ДЭ. В группе лиц с ПС напротив – результаты объективных шкал HARS и HRDS значимо отличались от показателей HADS. Также отмечалось отсутствие достоверных значений СЭЗ вопросов этой шкалы, что свидетельствовало об утрированном представлении жалоб и преувеличения тяжести своего состояния, обусловленных механизмами «вторичной выгоды».

Проведенное исследование показало, что дополнение самооценочного обследования пациентов с пограничными психическими расстройствами (с использованием шкалы HADS) пиктополиграфическим исследованием позволяет оптимизировать диагностический процесс и повысить точность выносимых диагностических заключений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПЕДАГОГОВ И ВРАЧЕЙ НИЖНЕГО НОВГОРОДА

Смиренский Е.А.

Нижний Новгород
НижГМА

Сегодня в связи с меняющейся социально-экономической ситуацией по-прежнему остается актуальной проблема изучения психического здоровья населения, в частности, выявление пограничных психических расстройств среди разных групп населения. Особый интерес представляет выявление расстройств у лиц, не обращавшихся за специализированной психиатрической помощью.

Цель исследования. Изучение психического здоровья врачей и педагогов Нижнего Новгорода.

Материал и методы. В наше исследование было включено 299 врачей и 301 педагог Нижнего Новгорода. Группа врачей была представлена лицами в возрасте от 23 до 68 лет (средний возраст 36,49±11,55 лет), среди них – 93 (31,1%) мужчин и 206 (68,9%) женщин. Большинство обследованных состояли в браке – 50,8%, холосты были 25,4%, разведены, вдовы или состояли в незарегистрированном браке – 23,8%. В отдельных квартирах проживало 44,5% врачей, не имели собственного благоустроенного жилья (общежитие, коммунальная квартира, снимаемая жилплощадь) – 22,3%. Изучение группы педагогов показало преобладание женщин – 92,4% (278), мужчины составили 7,6% (23) выборки. Средний возраст обследованных варьировал от 22 до 73 лет и составил 42,98±12,26 лет. Большинство педагогов (62,1%) состояли в браке, тогда как 15,9% были холосты, 10,0% – разведены, 7,0% – вдовы, 3,3% состояли в незарегистрированном браке. В отдельных квартирах проживала значительная часть обследованных – 68,8%, и лишь 6,1% не имели собственного благоустроенного жилья.

Психическое состояние исследовалось методом клинически структурированного опроса, включающего в себя социо-демографические сведения, данные анамнеза и клиническую часть, с диагностикой психических расстройств согласно критериям МКБ-10 по 30 психопатологическим синдромам. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы SPSS 17.0. Для характеристики полученных данных использовались критерии описательной статистики: минимум, максимум, средняя арифметическая, стандартное (среднеквадратическое) отклонение, сравнение групп проводилось с использованием U двустороннего теста Фишера.

Результаты и их обсуждение. Сопоставление анамнестических данных в группах педагогов и врачей показало, что наследственность 16,7% врачей и 13,9% педагогов ($p=0,341$) была отягощена каким-либо психическим расстройством, дезадаптационные эпизоды в детском возрасте чаще присутствовали у врачей (19,0% и 12,6% соответственно, $p=0,032$).

Изучена частота встречаемости психопатологических синдромов у врачей и проведено сравнение с распространенностью данных расстройств в группе педагогов.

Аффективные расстройства (F30, F32) встречались у 11,3% врачей и 10,9% учителей ($p=0,876$). Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40 – F48) – в 40,6% случаев у врачей и 34,9% случаев у педагогов ($p=0,15$). Расстройства приема пищи (F50.0, F50.2) наблюдались у 2,4% и 3,3% соответственно ($p=0,508$). Специфические расстройства личности (F60) статистически значимо чаще наблюдались среди врачей, чем в группе учителей (27,9% и 16,5% соответственно, $p=0,0008$).

Из нарушений поведения, относящихся к категории расстройства привычек и влечений (F63), у врачей определялось патологическое влечение к азартным играм (0,3%), которое не встречалось среди педагогов. Трихотилломания (F63.3) диагностирована в 0,3% случаев у учителей, тогда как у врачей данное расстройство не выявлялось. Шизотипическое расстройство (F21) присутствовало только в группе педагогов – 0,3%. Легкое когнитивное расстройство (F06.7) определялось у 5,0% врачей и 3,7% педагогов ($p=0,435$).

При сравнении групп врачей и педагогов с популяционными данными (Касимова Л.Н., Смиренский Е.А., 2014) были выявлены следующие особенности: расстройства настроения и легкое когнитивное расстройство не имели различий по частоте встречаемости. В группе педагогов и врачей чаще, чем в популяции, встречались паническое расстройство, деперсонализационные расстройства и нервная булимия, а в популяции чаще

определялось шизоидное расстройство личности. При исследовании группы врачей по сравнению с популяцией чаще диагностировались специфическая фобия, эксплозивное, истерическое и нарциссическое расстройства личности, реже – обсессивно-компульсивные и соматоформные болевые расстройства.

Выводы. Таким образом, при сравнении частоты встречаемости пограничных психопатологических расстройств анализ данных групп не выявил существенных различий, что соотносится с их равным социо-экономическим и культуральным статусом.

ТРЕВОГА В АФФЕКТИВНОМ ЗВЕНЕ СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ, КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Собенников В.С., Прокопьева М.Л.

Иркутск
Иркутский ГМУ

В период интенсивного развития парадигмы соматизированной депрессии, во второй половине 20 века, установлено, что среди пациентов первичной медицинской сети, распространены депрессии неглубокого уровня с преимущественно «телесной презентацией» на фоне доминирования симптомов тревоги и витальной астении (Hamilton M., 1989). Переживание, тревоги, как и депрессии, обязательно включает в себя чувство физического нездоровья (Lopes Ibor J.J., 1973; Schmidt N.B.,1996). Тревога, являясь компонентом «тимопатического базиса» депрессии, также как и тоска, способна приобретать «витальный» характер (Lopes Ibor J.J., 1973). В последующем показано, что тревожная депрессия представляет собой один из наиболее труднокурабельных подтипов (Ionescu D.F., et al., 2014). В первичной медицинской сети, депрессии, сочетающиеся с тревогой и соматизацией, характеризуются повышенной частотой повторных эпизодов, тенденцией к хронификации состояния, высокой частотой обращаемости, и выраженным снижением уровня социальной адаптации больных (Hirschfeld R.M. 2001). Поэтому изучение соматизированной депрессии в аспекте значения тревоги в аффективном звене – представляется актуальной задачей.

Цель исследования: оценка клинических, динамических и прогностических характеристик соматизированной депрессии в зависимости от выраженности инструментально регистрируемой (по данным HARS) тревоги.

Материал и методы. Обследовано 129 стационарных пациентов с расстройствами аффективного спектра и выраженной соматизацией, из них женщин – 89 (69,0%), мужчин – 40 (31,0%). Средний возраст на момент исследования составил 45±1,1 лет. Все пациенты направлялись к психиатру после продолжительного периода наблюдения и лечения в первичной медицинской сети. Додиагностический этап составил в среднем 2,8±0,4 года. В качестве оценочных инструментов применялись шкалы депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS), опросники – тревожности Спилбергера–Ханина и соматических симптомов (SSI), шкала биполярности (BSDS).

Результаты и их обсуждение. Инструментальная оценка тревоги (по шкале тревоги Гамильтона), позволила выделить 3 клинических группы, без существенных различий в распределении по возрасту и полу: 1.с выраженной тревогой, суммарный балл HARS>25 (56 случаев, 43,4%, из них женщин 40 – 71,4% мужчин 16 – 28,6%; средний суммарный балл 29,7+-1,0, средний возраст 44,7+-1,7 лет); 2.с умеренной тревогой, суммарный балл HARS 18 – 24 (51 наблюдение, 39,5%, из них женщин 36 – 70,6%, мужчин 15 – 29,4%; средний суммарный балл 20,9+-1,1, средний возраст 44,5+-1,7 лет); 3.без клинически значимой тревоги, суммарный балл HARS ниже 18 (22 пациентов, 17,1%,, из них женщин 13 – 59,1%, мужчин 9 – 40,9%, средний возраст 39,0+-2,7 лет). Между ними также отсутствовали различия в представленности клинических и инструментальных (BSDS) параметров диагностики рекуррентной, либо биполярной депрессии.

Оценка тревожных проявлений в аспекте связи с личностными особенностями, осуществлялась посредством теста Спилбергера-Ханина. Достоверных различий в выраженности личностной тревожности, между пациентами с наличием тревоги (по HARS) и ее отсутствием в структуре аффективного звена, не установлено. При сравнении пациентов с выраженной (первая группа) и умеренной (вторая группа) актуальной тревогой (по HARS), частота выраженной личностной тревожности среди пациентов, также была относительно равной. Однако, частота регистрации умеренной личностной тревожности у пациентов с наличием в аффективном звене депрессии выраженной тревоги (первая группа), наблюдалась достоверно чаще, что отражает некоторую связь тревожных черт личности с наклонность к формированию клиники тревожной депрессии.

При сравнении случаев с наличием в структуре аффекта клинически значимой тревоги по HARS (первая и вторая группы – 107 пациентов) и с отсутствием таковой (третья группа – 22 пациента), установлено влияние тревоги на полиморфизм, полисимптомность и выраженность соматизации в клинической картине депрессии. Усредненные суммарные показатели как тревоги по HARS (25,5+-0,9 баллов, против 14,+-1,1 баллов), так и депрессии, по HDRS (24,9+-0,8 баллов, против 19,5+-1,1 балла) среди пациентов с тревогой в клинической картине депрессии, были достоверно выше. При отсутствии существенных различий в длительности катамнестического наблюдения, пациенты с клиникой тревожной депрессии перенесли значимо большее количество депрессивных фаз (4,3+-0,3, против 2,8+-0,3), которые были более продолжительными, более длительным был у них и актуальный эпизод. Клиническая картина депрессии, при этом, чаще с самого начала заболевания приобретает характер соматизированной, в динамике происходит усложнение симптоматики, формируется резистентность к терапии и хронификация состояния.

В зависимости от выраженности тревоги (выраженная или умеренная), также отмечено ее влияние на раннюю соматизацию клиники депрессии. Лишь в случае умеренно выраженной тревоги имела место последовательная динамическая трансформация типических проявлений депрессии в соматизированную, при повторных эпизодах. В кластере тревожных симптомов, согласно HARS, у пациентов с выраженной тревогой преобладали проявления именно соматической тревоги. Собственно клиническая картина отличалась более выраженным полиморфизмом соматизировнных симптомов с множественными нарушениями со стороны вегетативной, дыхательной, скелетно-мышечной (артралгии, миалгии) и урогенитальной систем. Достоверно чаще регистрировались (согласно опросника SSI), такие феноменологически связанные с тревогой симптомы, как затрудненное дыхание, кардиалгии, сердцебиение, переживания физического нездоровья. Также, чаще выявлялась ажитация, не только соматическая, но и психическая тревога, ипохондрия (по шкале HDRS). Суммарный балл инструментально регистрируемой депрессии у пациентов с выраженным уровнем тревоги (26,2+-0,9 баллов) был достоверно выше, в сравнении с пациентами с умеренной тревогой (23,4+-0,8 баллов). В то же время, клиническая картина депрессии сочетающейся с умеренно выраженной тревогой (вторая группа), достоверно чаще приобретала атипичные особенности, включающие гиперсомнию, повышение аппетита, явления деперсонализации и параноические включения.

Выводы. В аффективном звене соматизированой депрессии в большей части случаев представлена клинически очерченная тревога. Такое оформление клинической картины не имеет отчетливой связи с тревожностью, как личностной

особенностью и типологией течения (рекуррентная или биполярная депрессия) аффективного заболевания. Выраженность тревоги в структуре аффективного звена определяет более глубокий уровень депрессии, интенсивное и прогрессирующее течение, полиморфизм клиники и является фактором неблагоприятного прогноза. Полученные данные предполагают возможность оптимизации диагностики и терапии тревожной соматизированной депрессии.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ЛИЧНОСТНОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ БОЛЬНЫХ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ФАЗНОПРОТЕКАЮЩИХ ДЕПРЕССИЙ

Степанов И.Л., Ваксман А.В., Моисейчева О.В.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность. Существенное влияние на особенности фазнопротекающих депрессий оказывают, по данным многих исследователей, два основных фактора – особенности личности больного (особые неспецифические черты, акцентуации, собственно личностные расстройства) и отягощенность анамнеза соматической патологией. Наличие сопутствующего личностного расстройства (ЛР) связывается с ранним началом, большей частотой эпизодов, затяжным и более тяжелым течением эпизодов, хронификацией депрессии, снижением качества ремиссий. Среди больных соматическими заболеваниями распространенность депрессии значительно превышает ее распространенность в популяции. Риск развития депрессии наиболее высок у лиц с хроническими заболеваниями.

Цель исследования – изучение клинико-психопатологических и динамических особенностей депрессивных состояний у больных с наличием личностного расстройства и соматической отягощенности в анамнезе в соответствующих раздельных выборках.

Материалы и методы. Всего в исследование вошло 280 больных (1 и 2 группы).

В 1 группу были включены больные, проходившие обследование и лечение в стационарном отделении Московском НИИ психиатрии, чье состояние соответствовало критериям депрессивного эпизода без психотических симптомов в структуре рекуррентного или биполярного аффективного расстройства. В исследование вошло 180 пациентов: 63 мужчины и 117 женщин, в возрасте от 20 и до 60 лет. Средний возраст мужчин 37±13,6 лет, средний возраст женщин 43±10,7 года. Средний возраст женщин был значимо выше.

Сопутствующее личностное расстройство (по МКБ-10) субпсихопатического уровня (неполнота критериев по П.Б. Ганнушкину) выявлено у 80 больного (44% случаев, распределение на подгруппы по кластерам соответственно DSM-IV). В общей выборке личностные расстройства кластера С (уклоняющееся, зависимое, обсессивно-компульсивное) встречалось в 23% наблюдений, что было значимо чаще по сравнению с расстройствами кластера А (параноидное и шизоидное личностное расстройство; 7%, $p<0,01$), и по сравнению с расстройствами кластера В (истерическое, нарциссическое, эмоционально-неустойчивое и асоциальное личностное расстройство; 14%, $p<0,05$). Тяжесть депрессии оценивалась с помощью шкалы депрессии Гамильтона (HDRS-17), шкалы депрессии Бека (BDI) и шкалы депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS), также оценивалась выраженность тревоги (шкала HARS).

Во 2 группе обследовано 100 больных депрессией без особенностей личности дезадаптирующего характера контингента стационара Московского НИИ психиатрии и городской общесоматической поликлиники. Обследовано 100 больных (78 женщин и 22 мужчины), чье состояние соответствовало диагностическим критериям аффективного расстройства МКБ-10 (F31 – 22 человека, F32 – 17 человек, F33 – 61 человек). Возраст больных от 18 до 65 лет (средний возраст – 42,2 года). Основным критерием включения являлось наличие отягощенности соматической сферы в анамнезе заболеваниями разных органов и систем, но на момент обследования вне обострения соматической болезни.

Методы исследования – клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, статистический. Депрессивное состояние оценивали по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-21) и клинико-психопатологической карте, разработанной в группе исследования депрессий отдела расстройств аффективного спектра ФГБУ Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ. В исследуемой группе, на основании анамнестических данных и медицинской документации, регистрировались предшествующие соматические заболевания на момент начала аффективного расстройства, а также при текущем депрессивном эпизоде.

Результаты и обсуждение. Группа 1. Анализ отдельно подтипов (кластеров) личностных расстройств показал, что больные с сопутствующим расстройством кластера В были моложе, с более ранней манифестацией депрессивного расстройства. При наличии сопутствующего расстройства кластера С длительность депрессивной фазы была значимо больше, чем у больных без личностного расстройства. Выявлены различия в тяжести депрессии по шкале Бека (33,0 у больных с личностным расстройством и 18,9 у больных без ЛР, $p<0,01$) и шкале тревоги Гамильтона (21,7 у больных с личностным расстройством и 18,6 у больных без ЛР, $p<0,05$). Суммарный балл по шкале депрессии Бека для кластера В оказался выше по сравнению с кластерами А и С. Сравнение показателей шкал опросника SCL-90 выявило значимую большую выраженность в общей группе больных с личностным расстройством тревоги и других показателей, кроме ранних пробуждений, нарушений аппетита и мыслей о смерти, которые статистически не различались. Группа 2. На момент начала аффективного расстройства наиболее часто встречались заболевания органов пищеварения (50 чел.), болезни мочеполовой системы (46 чел.), болезни органов дыхания и кровообращения (по 38 чел.). На момент обследования у больных депрессией увеличивалось количество болезней мочеполовой системы (64чел.), органов пищеварения (61чел.), органов кровообращения (57 чел.), органов дыхания (40 чел.). В группе больных с первым спонтанным депрессивным эпизодом (17 чел.) отчетливые корреляционные соотношения с тяжестью течения соматических заболеваний установлены с симптомами тревоги и абулии (продуктивным и дефицитарным симптомами депрессии). В группе пациентов с двумя и более депрессивными эпизодами в анамнезе (83 чел.) статистически достоверно прослеживалась следующая тенденция: с тяжестью течения соматической патологии коррелировали симптомы, по своему профилю (набору) более соответствующие типичной депрессии (с учетом включенности тоскливого аффекта, симпатикотонией), в частности – с наличием запоров, физической истощаемостью, чрезмерной озабоченностью здоровьем, слабостью, вялостью, тоской, повышением АД. В обеих подгруппах тяжесть течения коррелировала с количеством систем органов, отягощенных соматическими заболеваниями, с большей связью у пациентов с повторными депрессивными эпизодами. Из жалоб на неприятные ощущения наиболее часто у обследуемых встречались сенсации в области головы 47%, в грудной клетке 39%, животе 21% и конечностях 21%, реже наблюдались телесные сенсации носящие мигрирующий характер 14%, а также в области спины 9%, сердца 6% и генитальной области 2%. Пациенты в первую очередь предъявляли жалобы на болевые ощущения (49%) и тяжесть (48%) в различных частях тела, а также жаловались на чувство сдавления (23%), жжение (19%), пульсацию (11%), распирание (10%), ломку-скручивание (9%), онемение (6%), чувство легкости (3%).

Выводы. Сопутствующая личностная патология и соматическая отягощенность в анамнезе (соматические болезни и текущие соматопсихические сенсации) усложняют структуру, а также течение депрессивных состояний в основном за счет изменения характера циклирования или затягивания фаз. У лиц с сопутствующим личностным расстройством кластера С отмечалось достоверно более длительное течение депрессивной фазы. По общему клиническому впечатлению, больные с сопутствующей личностной патологией данного типа хуже реагировали на лечение, им назначалось больше препаратов, у них чаще сохранялась и была более выражена остаточная симптоматика. По мере увеличения в динамике аффективного расстройства количества депрессивных эпизодов соответственно возрастает общесоматическая отягощенность по различным органам и системам («соматическое бремя» больного депрессивными расстройствами), как вероятное следствие патологического «синергизма» психической и соматической сфер. Наибольшая отягощенность соматическими заболеваниями отмечалась у пациентов с преобладанием тоскливого аффекта, также как и тяжесть течения соматической патологии при циркулярном течении депрессии.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДОМАНИФЕСТНОМ ПЕРИОДЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ И БУЛИМИИ

Сулейманов Р.А.

Москва
ФГАОУ ВО РУДН

Коморбидность нарушений пищевого поведения и аффективных расстройств – важная часть теоретических и практических исследований в сфере пищевых расстройств. Депрессия входит в структуру классической триады синдрома дисморфомании-дисморфофобии (Коркина М.В., 1963), тесно связанного с нервной анорексией. Депрессивные расстройства обнаруживаются у 60-96% больных пищевыми расстройствами.

При этом у 40-59% больных анорексией и булимией обнаруживают аффективные биполярные нарушения, что, по мнению многих исследователей, свидетельствует о тяжести нервной анорексии. Отмечена также обратная закономерность – пищевые расстройства со временем развиваются у 25% пациентов с моно- и биполярными аффективными расстройствами. Все больше подтверждений находят и предположения о том, что расстройства настроения не только сопутствуют, но и предшествуют пищевым расстройствам, возникая задолго до начала собственно нервной анорексии и булимии, нередко в детском возрасте.

В то же время, коморбидность депрессии с другими психическими расстройствами в подростковом возрасте отмечается в 40-80% случаев. Несмотря на большое количество работ, посвященных аффективным нарушениям при нервной анорексии, отсутствуют четкие данные о возрасте начала этих расстройств и их психопатологической структуре.

По мнению большинства исследователей, аффективные расстройства в детском возрасте возникают существенно чаще, чем их диагностируют, а частота депрессивных состояний в сравнении с другими психопатологическими расстройствами в детской популяции варьирует в широких пределах: от 0,4-0,7 до 25%.

В исследование вошли данные, полученных в результате длительного ретроспективного клинико-катамнестического, клинико-анамнестического и экспериментально-психологического изучения доманифестного периода 180 пациентов с нервной анорексией (F50.0) и нервной булимией (F50.2). При исследовании аффективных расстройств на доманифестном этапе нервной анорексии обращали на себя внимание частота развития депрессивных эквивалентов в виде головных и абдоминальных болей, склонности к запорам и потере массы тела, расстройств сна, аппетита, вегетативных нарушений. Указанные расстройства были рудиментарными, отличались стертостью проявлений, нередко сочетались с гиперактивностью, нарушениями поведения, расстройствами влечений. Боязливость, склонность к страхам, разного рода опасениям в детском возрасте отмечалась у 67% будущих больных. Нерешительность, робость, стеснительность – у 46%. При определении распространенности и характера детских страхов в исследование не включались страхи продолжительностью менее 2 месяцев, а также обычные страхи маленьких детей (темноты, незнакомых предметов и людей). Патологический характер страхов в детском возрасте имел место у 30% обследованных. Наибольшая частота начала страхов была отмечена в 4-6 лет (22%), и 10-11 лет (7%). Лишь в одном случае страхи имели место в возрасте до 2-х лет. Динамика страхов различалась: длительностью до 1 года (16,7%), от 1 года до 2-х лет (53,3%), более 2-х лет (30%). Страхи и опасения нередко сочетались с идеями самообвинения, собственной неполноценности, синдромом бредоподобного фантазирования, сопровождались разработкой «привычных» защитных действий, ритуалов.

Невротические и неврозоподобные страхи, опасения, предчувствия в доманифестном периоде являлись отражением зарождающейся тревожности, мнительности. У большинства больных страхи и тревожность претерпели в дальнейшем трансформацию в «магическую» настроенность – веру в необычные, сверхъестественные явления, приметы, предзнаменования, магию и волшебство, гороскопы, предрасположенность к суевериям и предрассудкам. У 40% больных магический настрой сочетался с развитием особого рода «интуиции», – больные могли «предвидеть» хорошие или плохие события на основании «внезапных предчувствий», связанных с немотивированными колебаниями настроения. Наибольшая убежденность в достоверности предчувствий была свойственна больным с синдромом нервной анорексии а также больным с шизоидными, тревожными (уклоняющимися) и ананкастными личностными особенностями.

У 45% больных в доманифестном периоде отмечались достаточно очерченные субдепрессивные и гипоманиакальные состояния с отчетливой сезонностью. Становление аффективных фаз у большинства больных отмечалось с возраста 9-11 лет, у четверти больных – с более раннего возраста – 4-8 лет. У 51% больных аффективные нарушения исчерпывались депрессивными симптомами, у 42% – носили биполярный характер, у 7% отмечались только гипоманиакальные фазные состояния. При этом в большинстве случаев аффективные нарушения в структуре биполярных состояний начинались с депрессивных симптомов, а отчетливые гипоманиакальные эпизоды отмечались позднее. Аффективные нарушения имели разнообразную продолжительность: от 1-2 недель до нескольких месяцев. Клиническая картина аффективных фаз характеризовалась стертостью проявлений вследствие незначительной глубины аффекта, многогранностью и нестабильностью оттенка депрессивного аффекта с многократной сменой его на протяжении одного эпизода, широким диапазоном переживаний от ощущения внутреннего дискомфорта, смутного беспокойства с тоской, бездеятельностью, раздражительностью с дисфорическим оттенком, до отчетливой тревоги, ощущения «внутреннего напряжения», «внутренней дрожи». Нередко отмечалось одновременное сосуществование различных депрессивных аффектов: тревоги и злобности, скуки и дисфории, апатии и страха. Своеобразие депрессий заключалось в относительной редкости идей обвинения при большой частоте идей самообвинения с чувством неприязни к окружающим и ощущением их преднамеренно недоброжелательного отношения к себе. В большинстве случаев на первый план высту-

пала неопределенная тревога, беспричинный страх за свое здоровье, жизнь и здоровье близких. Мысли были постоянно обращены к предстоящим событиям, «надвигающимся трудностям», к будущему, которое представлялось безрадостным и сулило одни огорчения и неприятности. Отмечался страх несостоятельности в учебе и общественной работе. Плохое настроение у части детей и подростков выражалось в снижении побуждений, вялости, безразличии, при отсутствии насыщенного депрессивного аффекта и моторной заторможенности. Отмечалось исчезновение былых интересов, охлаждение к друзьям и родным, при отсутствии компонента болезненности утраты чувств. В случае постоянной стимуляции со стороны взрослых подростки продолжали учебу, продуктивность их снижалась незначительно.

Гипоманиакальные состояния с отчетливой сезонностью отмечались у 22% пациенток. Оптимистическое настроение, доброжелательность, шутливость сочетались с чувством бодрости и физического благополучия, сопровождались оживлением моторики и легким ускорением идеаторных процессов. Повышалась продуктивность, облегчались контакты с окружающими, появлялась уверенность в себе. Поведение характеризовалось живостью, инициативностью, высокой активностью, улучшением контактности. У большинства пациентов отмечалось уменьшение сензитивности, появлялось снисходительно-доброжелательное отношение к окружающим.

В дальнейшем у всех исследуемых больных в доманифестном периоде нервной анорексии отмечалось увеличение длительности, утяжеление аффективных нарушений по мере приближения к пубертатному возрасту. В большинстве случаев, независимо от нозологической принадлежности, нервная анорексия в виде синдрома или самостоятельного заболевания у исследуемых больных возникала на измененном аффективном фоне: в структуре депрессивных состояний – у 82% больных, на фоне повышенного настроения – у 18% больных.

К ФЕНОМЕНОЛОГИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Толканец С.В.

Гомель, Беларусь
Гомельский ГМУ

Проанализирован материал консультативного приема пациентов страдающих расстройствами аффективного спектра (184 чел., возраст 24-59 лет, 18 мужчин, 166 женщин), которые представлены разными формами субдепрессий эндогенного, либо эндогеноморфного круга. Модальность депрессий определялась в широком диапазоне, в виде собственно аффективных вариантов – тревожно-депрессивного – 88 случаев, тоскливого (24), витально-астенического (22), ирритативно-дистимического (18), а также соматизированного (36 чел.). При этом, в факультативном виде, сенсопатическая симпоматика присутствовала практически при всех вариантах. После анализа в тревожно-депрессивную группу (исходно 70 пациентов) по ніжеследуюўім обстоятельствам включены и рассматриваемые в публикации 18 случаев (вторая тревожная подгруппа, 2 мужчин, 16 женщины) с ранее квалифицированным тревожным расстройством, согласно операциональных критериев МКБ-10 (F41.0, F41.1, F41.2, 43.22). Лечение последних серотонинергическими антидепрессантами согласно общепринятым регламентациям (флюксен, рексетин) не оказало определенного эффекта. Наблюдалось либо ухудшение с ажитацией, либо после временного послабления симптоматики (и выписки с улучшением из стационара) вновь следовало ее возобновление. Это послужило основанием для пересмотра клинических проявлений тревоги в этой подгруппе через призму феноменологии.

Целью исследования явилось изучение структуры выделенной группы тревожных тимопатий и причин недостаточности терапии. Задачи: изучение феноменологии тревожных расстройств в проблемной группе, определение их психопатологической конфигурации и структуры, поиск путей оптимизации лечения.

Применялись методы: клинико-психопатологический, в том числе в его феноменологическом выражении (с учетом характера жалоб, их тональности, контекста, рефлексии), клинико-фармакологический, клинико-динамический, операциональный (критерии МКБ-10).

Результаты. При анализе жалоб пациентов на тревогу усматривается неопределенность и размытость этого понятия тревоги, в диапазоне от тривиальной констатации тревоги, до цветистых метафор – «колотит, колбасит». При этом отмечается ошеломляющий характер переживаний. В контексте жалоб всегда лежит страх. Реакция на приступ носит характер потрясения. Выражены компоненты «соматической тревоги» в выражениях: «тревожные всплески, тряску, озноб, боязнь с ощущением нагнетения… ощущения зажима и сковывания в груди…, волнами поджимает в области грудной клетки… внутренняя дрожь из солнечного сплетения с переходом на руки… ребро душит», сопровождается спазмами в горле, с пугающими прострелами из-под лопаток в руку… «рези в желудке с переживанием внутреннего (в области груди) мандража». С этой области относятся и абдоминальные сенсации, охватывающие область гипогастрия, солнечного сплетения, характеризующиеся тягостным душевным резонансом. Диспнотические симптомы также сходны с рассмотренными в части телесной проекции, имеют в своей основе витальные осцилляции, сопровождаются страхом и паническими реакциями. Установлена сопряженность сенестоалгий и тревоги, динамически проявляющаяся в одновременных флюктуациях, по пароксизмальному, персистирующему либо осциллирующему типам. Пронзительные и пульсаторные телесные сенсации отождествляются больными с нарушением функций жизненно важных внутренних органов, обычно, – сердечной деятельности. Страх усугубляется соматоцентрической направленностью обследования интернистов. Практически всегда сенестоалгии сопровождаются симптомами малой соматодеперсонализации и/или дереализации. Обнаружена сходная степень выраженности «соматического» (витального) синдрома в рассматриваемой подгруппе тревожных тимопатий с таковыми в группе с депрессиями. Анксиозное содержание оправдывает применение высокопотентных транквилизаторов на этапе купирования до достижения проектной мощности назначаемых антидепрессантов. Включение в схему трициклических антидепрессантов (по щадящему алгоритму и с неуклонным достижением адекватных дозировок 100-150 мг/сут) способствует редукции тоскливой ажитации и на первых этапах лечения «проявляет» депрессивную синдромальную структуру. В последующем подвергаются обратному развитию как собственно депрессия, так и витальный симптомокомплекс. При этом прослеживается трансформация прежде тревожного фасада с обнажением витального симптомокомплекса, эндогенной структуры депрессии.

Обсуждение. Сопряженность аффекта с патологическим телесными ощущениями дают основание рассматривать их как части единого комплекса в соматизированном формате. Отмеченные особенности тревоги определяют ее как страх, а тревожно-тоскливую ажитацию – как раптус с персистирующим проявлением. Витализация аффекта и телесных сенсаций, загрудинная локализация последних (дрожь, трепетание, клокотание, «душевная тошнота») определяют конфигурацию меланхолического круга, с пароксизмальной соматизированной манифестацией и волнообразной динамикой. Особенности картины позволяют соотносить ее с пароксизмальной тревогой (F.41.0), но в отличие от последней имеются полиморфные аффективные проявления и вне аффективных пароксизмов

(колебания тревожно-тоскливой ажитации, тревожные флюктуации, в диапазоне от волнообразных до генерализованных). В отличие от перманентных соматизированных проявлений при соматизированных вариантах депрессий и дистимий, в рассматриваемой группе сенсопатии поглощаются страхом, а смешанные анксиозно-сенестоалгические проявления носят персистирующий характер. Феноменологический анализ позволяет переквалифицировать операциональные критерии в пользу депрессий. Сближают с расстройствами эндогенного круга наличие признаков витальных ощущений, высокий индекс витальности, признаки формируемой или сформированной фазности течения, а также положительный эффект от курсового применения трициклических антидепрессантов.

Заключение. Феноменологическая реконструкция клинического массива способствуют оптимизации операциональных оценочных критериев. Отнесение рассмотренных тревожных тимопатий определенно к одному из выделенных выше типов депрессий проблематично в силу изменчивости и полиморфизма симптоматики. По ведущим признакам ажитированности в настоящем исследовании они условно отнесены к первой группе – тревожным депрессиям. По наличию меланхолического радикала, терапевтической трансформации и тенденции к формированию фазного течения они тяготеют ко второму типу – тоскливо-депрессивному. Последующее изучение позволит уточнить их структуру и клинические рамки с учетом выявленной инварианты персистирующей тоскливой ажитации, а также место в диапазоне расстройств аффективного спектра.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ ПРИ БИПОЛЯРНОМ АФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ

Тювина Н.А., Коробкова И.Г.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования. Изучение клинико-психопатологических особенностей депрессий в рамках биполярного аффективного расстройства I и II типа.

Материалы и методы. Обследовано 100 депрессивных больных женского (46) и мужского (54) пола, среди них с биполярным аффективным расстройством I типа (БАР I) – 17 мужчин и 8 женщин, с биполярным аффективным расстройством II типа (БАР II) – 25 мужчин и 12 женщин, с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР, группа сравнения) – 12 мужчин и 26 женщин, соответственно. Оценка состояния больных проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 и DSM-V с использованием специально разработанного опросника.

Результаты. Средний возраст начала заболевания достоверно различался в группах БАР I, БАР II и РДР (19.5±0.7, 26.7±1.8 и 37.9±1.6 лет, соответственно; p<0.001). Депрессии были более продолжительными в группе БАР I, хотя различия не достигали статистической значимости (3.5±0.8, 4.6±0.9 и 5.5±1.3 месяцев, соответственно; p=0.508). Частота обострений у больных из группы БАР I была достоверно выше, чем у больных из 2-х других групп (число перенесенных эпизодов заболевания – 11.2±1.6, 5.8±0.5 и 3.9±0.4, соответственно; p<0.001). Уровень социальной адаптации у биполярных больных оказался достоверно ниже как в семейной (24.0%, 56.8% и 71.0%, соответственно; p<0.001), так и в профессиональной сфере (36.0%, 62.2%, 65.8%, соответственно; p=0.039). В группе БАР I преобладал гипертимный преморбид (68.0% выборки), тогда как в группе РДР – тревожный (79.0% выборки), в группе БАР II гипертимные и тревожные черты встречались с одинаковой частотой (p<0.001). Наследственность больных из группы БАР I достоверно чаще была отягощена по аффективным расстройствам (60.0%, 29.7% и 10.5% больных, соответственно; p=0.001), особенно за счет мягких субклинических форм (48.0%, 16.2% и 2.6%, соответственно). Среди родственников биполярных больных также достоверно чаще встречались приступообразные формы шизофрении (12.0%, 13.5% и 0.0%, соответственно) и алкоголизм (24.0%, 13.5% и 5.3%, соответственно; p=0.025). В отличие от группы больных БАР, среди пациентов, страдающих РДР, высока коморбидность с соматической патологией (48.0%, 37.8% и 78.9%, соответственно), особенно с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (28.9% соответствующей выборки), желудочно-кишечного тракта (26.3%) и половых органов (21.1%). Среди биполярных больных достоверно чаще встречаются лишь обменные заболевания (28.0%, 10.8% и 2.6%, соответственно; p=0.010). Эта группа больных более склонна к сочетанному злоупотреблению алкоголем (32.0%, 24.3%, 15.8%, соответственно) и наркотиками (24.0% 0.0%, 5.3%, соответственно; p=0.003). Ухудшения состояния при БАР I чаще случаются в зимнее время (68.0% соответствующей выборки), тогда как для больных РДР более характерна «классическая« осенне-весенняя сезонность обострений (81.6% выборки), p<0.001. Во всех 3-х группах большинство пациентов отмечало ухудшение состояния в утренние часы, однако, доля больных с «типичной« суточной динамикой в группе БАР II была несколько ниже (84.0%, 62.2%, 86.8%, соответственно; p=0.037). Во всех 3-х группах в структуре депрессивного состояния у пациентов преобладал тревожный аффект, однако, относительно чаще тревога отмечалась у больных БАР II (56.0%, 75.7%, 52.6% выборки, соответственно; p=0.065). Тоскливое настроение чаще регистрировалось в группе рекуррентных депрессивных больных (12.0%, 10.8%, 39.5%, соответственно; p=0.003). Жалобы на апатию более характерны для больных БАР I (32.0%, 13.5%, 7.9%, соответственно; p=0.030). При БАР I достоверно чаще отмечается снижение интересов (100%, 81.1%, 73.7% больных, соответственно; p=0.023). Такие депрессивные симптомы, как ангедония и снижение самооценки, представлены примерно одинаково во всех 3-х группах. Проявления анестезии чувств более характерны для больных РДР, однако, эти различия не достигали статистической значимости (48.0%, 45.9%, 68.4%, соответственно; p=0.106). Идеи самообвинения (сверхценного характера) (72.0%, 78.4%, 65.8%, соответственно; p=0.479), замедление мышления (92.0%, 81.1%, 73.7%, соответственно; p=0.193) и отсутствие сил (96.0%, 83.8%, 76.3%, соответственно; p=0.114) чаще регистрировались у биполярных больных, однако, эти различия между группами также не достигали статистической значимости. Ранние утренние пробуждения чаще беспокоили пациентов в группе РДР (20.0%, 27.0%, 52.6%, соответственно; p=0.013), тогда как многие биполярные больные отмечали «атипичные« нарушения сна в виде гиперсомнии (48.0%, 8.1%, 7.9%, соответственно; p<0.001). Во всех 3-х группах пациенты были более склонны к снижению аппетита и потере веса (76.0%, 67.6%, 84.2%, соответственно). Среди биполярных больных чаще, чем при РДР, отмечались «атипичные« проявления в виде усиления аппетита и повышения массы тела (24.0%, 32.4%, 15.8%, соответственно), однако, эти различия не достигали статистической значимости (p=0.241). Суицидальная активность была достоверно выше в группе БАР I, по сравнению с 2-мя другими группами (76.0%, 40.5%, 13.2%, соответственно; p<0.001). У этих больных также регистрировался высокий уровень психомоторной заторможенности (80.0%, 43.2%, 44.7%, соответственно; p=0.008). Для больных БАР I менее характерны соматические жалобы, тогда как при БАР II и РДР включенность соматических симптомов в структуру депрессии была довольно высока (44.0%, 81.1%, 65.8%, соответственно; p=0.006); при этом особенно частыми оказались панические атаки (20.0%, 37.8%, 10.5%, соответственно; p=0.013) и жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы (8.0%, 21.6%, 26.3%, соответственно; p=0.138).

Выводы. Психопатологические симптомы депрессий при биполярном аффективном и рекуррентном депрессивном расстройствах имеют свои особенности, понимание которых позволит проводить более точную дифференциальную диагностику и лечение аффективных расстройств.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИЙ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Царенко Д.М., Довженко Т.В.

Москва
МНИИП ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель. Определить клинико-психопатологические особенности дисфункций в сфере межличностных отношений при расстройствах аффективного спектра в условиях первичной и общей медицинской сети.

Материалы и методы. В исследование вошли 52 пациента (6 мужчин и 46 женщин, средний возраст 47,5±15,7 лет) с непсихотическими психическими расстройствами находившихся на амбулаторном лечении в психотерапевтическом кабинете одной из городских поликлиник Москвы. Все пациенты были распределены в 2 группы на основании клинико-психопатологического обследования и критериев МКБ-10. В первую основную группу вошел 31 пациент с расстройствами аффективного спектра – РАС (мужчин – 5; женщин – 26; средний возраст – 40,3±11,1 лет). У пациентов этой группы выявлялись разнообразные, в основном, сочетанные расстройства в форме аффективных, тревожных и соматоформных состояний с депрессивной, дистимической, тревожно-фобической и психовегетативной симптоматикой. Вторую контрольную группу составил 21 пациент с непсихотическими органическими психическими расстройствами – НОПР (мужчин – 1; женщин – 20; средний возраст – 58,0±15,6 лет). Их состояние определялось легким когнитивным расстройством, в большинстве случаев сочетавшимся с органическим эмоционально-лабильным расстройством. В работе использовались следующие диагностические методы: клинико-психопатологический метод, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессии Бека (BDI), клиническая шкала самоотчета (SCL-90-R). С целью анализа взаимосвязи интерперсональных дисфункций с нейрокогнитивными нарушениями использовались: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), батарея лобной дисфункции (FAB) и модифицированная Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R). Обработка материалов осуществлялась с помощью методов непараметрической статистики, сравнительного (U критерий Манна-Уитни) и корреляционного (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) анализов.

Результаты и их обсуждение. В ходе работы было показано, что больные РАС помимо значительного отличия от пациентов с НОПР более выраженными симптомами депрессии и тревоги по HADS ($p<0,01$) также отличались более существенными нарушениями в сфере межличностного общения и социальных связей ($p<0,01$). Средние значения подшкалы SCL-90-R «межличностная чувствительность» в группе РАС – 1,22 (Me=1,22), параметра BDI «нарушение социальных связей» – 0,81 (Me=1,00); в группе НОПР SCL-90-R «межличностная чувствительность» – 0,47 (Me=0,55), параметр BDI «нарушение социальных связей» – 0,10 (Me=0,00). В свою очередь больные группы НОПР отличались от пациентов с РАС наличием нейрокогнитивного дефицита ($p<0,001$). Средние показатели суммарных баллов по кратким нейропсихологическим шкалам в группе НОПР: MMSE – 27,95 (Me=28,00), FAB – 14,43 (Me=15,00), ACE-R – 87,48 (Me=89,00); в группе РАС: MMSE – 29,19 (Me=30,00), FAB – 17,39 (Me=18,00), ACE-R – 96,64 (Me=97,00). Также было выявлено, что у больных РАС дисфункции интерперсональной сферы были сопряжены в большей степени с тяжестью депрессии, чем тревоги. Коэффициент корреляции Спирмена значения подшкалы SCL-90-R «межличностная чувствительность» с показателем тревоги HADS – 0,372, с показателем депрессии HADS – 0,579. Наряду с этим в группе РАС выявилась корреляция значения подшкалы SCL-90-R «межличностная чувствительность» с параметром BDI «нарушение социальных связей» ($\rho=0,673$) отражающая связь негативных социальных оценок и ухудшения социального функционирования. Вместе с тем у больных с РАС показатель подшкалы SCL-90-R «межличностная чувствительность» положительно коррелировал с параметрами BDI «чувство несостоятельности в сравнении с другими» ($\rho=0,549$), «отвращение к самому себе» ($\rho=0,568$) и «чувство вины» ($\rho=0,532$). В группе пациентов с НОПР выявилась единственная связь значения подшкалы SCL-90-R «межличностная чувствительность» с параметром BDI «раздражительность» ($\rho=0,524$), по всей видимости, указывающая на сопряженность нарушений в сфере межличностного общения в этой группе с выраженностью психоорганического синдрома. Как в группе РАС, так и в группе НОПР не было выявлено корреляций между показателем подшкалы SCL-90-R «межличностная чувствительность» и суммарными баллами всех кратких нейропсихологических шкал.

Выводы. РАС характеризуются существенными дисфункциями в сфере межличностных отношений сопряженными в большей степени с выраженностью аффективных и когнитивных симптомов депрессии, чем тревоги, а также с нарушением социального функционирования при отсутствии прямой связи с нейрокогнитивным дефицитом. НОПР отличаются незначительными нарушениями в интерперсональной сфере связанными с аффективными проявлениями психоорганического синдрома. При этом легкие когнитивные нарушения органического генеза не связаны с межличностной чувствительностью и социальным функционированием.

КЛИНИЧЕСКИЕ, БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С СОМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

Чеботарев Е.В.

Курск
Курский ГМУ

В результате комплексного клинико-психопатологического, иммунологического и биохимического обследования пациентов с депрессивными расстройствами с соматическими симптомами были определены особенности течения данной патологии в зависимости от характера патологического процесса. В исследовании представлены результаты комплексного обследования 167 пациентов с депрессивными расстройствами, которые были разделены на основную группу (102 пациента) и группу сопоставления (65 пациентов).

В ходе исследования было определено, что психопатологическая структура депрессивных расстройств с соматической симптоматикой состоит из собственно аффективных расстройств (95,8%) с превалированием тревожного (25,1%), тоскливо-тревожного (18,6%) и тревожно-дистимического (11,4%) типов гипотимии. Наиболее распространенными психопатологическими синдромами в структуре данной патологии являются: алгически-сенестопатический (в виде абдоминального (42%), кардиалгического (79%), цефалгического (74%)

и паналгического (13%) вариантов) и соматовегетативный (в виде вегето-висцерального (71%), вазомоторно-аллергического (12%) и псевдоастматического (7%) вариантов). Определено, что больные отличаются значительным полиморфизмом психопатологической симптоматики и распространенностью всех основных клинических синдромов, которые либо наблюдаются в изолированном виде, либо сосуществуют одновременно.

При иммунологическом исследовании выявлено, что у пациентов с депрессивными расстройствами с соматической симптоматикой наблюдаются нарушения, которые характеризуются Т-лимфопенией, угнетением показателей фагоцитарной активности моноцитов и повышением содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов за счет наиболее токсических средне- и мелкомолекулярных фракций. Также у данных пациентов отмечается дисбаланс цитокинового профиля крови (IL-1β, ФНП-α, IL-6) на фоне снижения содержания провоспалительного цитокина IL-4. При этом данные нарушения являются максимально выраженными у больных с рекуррентными формами течения заболевания и минимально – у больных с первичными депрессивными эпизодами.

Была установлена взаимосвязь между выраженностью клинико-биохимического синдрома «метаболической» интоксикации, который проявляется повышением концентрации средних молекул в сыворотке крови на фоне активации процессов липопероксидации и угнетением функции ферментного звена системы антиоксидантной защиты, и типом течения патологического процесса. Максимальной выраженность данного синдрома была в группе с рекуррентным течением заболевания.

На основе выявленных клинико-психопатологических нарушений разработан и внедрен в практику комплексный подход к лечению СДР. Выявлено, что использование иммуноактивного препарата полиоксидония и антиоксиданта токоферола способствует повышению терапевтической эффективности общепринятого лечения, нормализации иммунологических показателей и показателей метаболического гомеостаза организма что, в свою очередь, ускоряет нормализацию психического состояния пациентов и способствует формированию длительных ремиссий заболевания с высоким уровнем психосоциальной адаптации.

К ВОПРОСУ О ВЕРОЯТНОЙ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ СИБИРИ

Чеснокова О.И.

Томск
Сибирский ГМУ

Введение: тревожные и депрессивные расстройства занимают ведущее место в структуре психиатрической патологии. Риск возникновения этих расстройств увеличился у людей, родившихся в последние десятилетия. (Klerman G.L., Weissman M.M., 1989) Студенты медицинских университетов – это совершенно особое сообщество, образовательный процесс которых сопряжен с воздействием специфических факторов, что не может не отражаться на их психическом состоянии. Несмотря на рост интереса к данной проблеме, наблюдающейся за последние 15 лет, сочетание тревоги и депрессии у студентов остается недостаточно изученным.

Цель исследования: изучить взаимосвязь уровней тревоги и депрессии у студентов медицинского университета в Сибири.

Участники, материалы и методы: из случайной выборки сформирована группа студентов Сибирского государственного медицинского университета. Была составлена стандартизированная анкета, включающая в себя опросник по состоянию здоровья PHQ-9, опросник для выявления генерализованного тревожного расстройства GAD-7 и личностная шкала проявлений тревоги Тейлора. У каждого из опрошенных было взято анонимное или информированное согласие. Всего было опрошено 97 студентов. Из них 60 лиц женского пола и 27 мужского пола. Возраст ко времени исследования ноябрь-декабрь 2014 г. составлял 20,9±1,88 года. Так же проведено исследование зависимости показателей данных опросников и уровня дохода студентов.

Несмотря на то, что эти опросники высоко валидны и чувствительны, они все же носят вспомогательный для диагностики характер. С другой стороны, эти опросники дают возможность измерить количество основных и дополнительных симптомов тревоги и депрессии, что расширяет возможности сравнительных поперечных и продольных исследований (PHQ-9 адаптирован from «PRIME MD TODAY«, разработан докторами Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke, и Janet B.W. Williams., ©1999 Pfizer Inc. Разрешение для обучения и исследований получено от авторов и фармацевтической компании проф. Н.А. Корнетовым). Исходя из этих положений оценивалась вероятность клинического уровня депрессивных и тревожных расстройств. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена и критерия χ-квадрат.

Результаты. Проведенное сравнение выраженности тревоги по шкале Тейлора и GAD-7 у студентов, продемонстрировавших отсутствие депрессивных симптомов, а так же клиническую и субклиническую депрессию показали результаты коррелирующие друг с другом в умеренной степени (коэффициент Спирмена PHQ-9 – GAD-7=0,59, PHQ-9 – опросник Тейлора=0,6, $p<0,01$).

10 (10.3%) из числа опрошенных с помощью PHQ-9 показали наличие клинической депрессии, что выше чем распространенность депрессии в общей популяции (6% по данным ВОЗ). У 7 (GAD-7) и 9 (опросник Тейлора) студентов из этой группы выявлена средняя и тяжелая тревога.

У 49 (50,5%) респондентов с субклиническим уровнем депрессии было выявлено снижение веса тяжелой и умеренной тревоги. Из них 44 (80%) или не имели признаков тревоги, или она проявлялась в легкой степени. Та же группа по результатам опросника Тейлора продемонстрировала, что подавляющее большинство (43 студентов – 44,8%) имели умеренный уровень тревоги.

У 38(39,2%) студентов, не продемонстрировавших признаков депрессии, не было выявлено высокой и умеренной тревоги, и только 15,8% из них проявили симптомы легкой тревоги. Опросник Тейлора показал снижение количества студентов с тяжелой и средней тревогой с тенденцией к высокой тревоги – 10 студентов (10,4%) и рост встречаемости низкой и средней с тенденцией к низкой тревоги – 28 студентов (29,2%).

Анализ не выявил значимой корреляции в отношении данных опросников и полом, годом обучения, семейным статусом и совмещением учебы с работой и получением другого образования

Выводы: полученные данные продемонстрировали высокую частоту встречаемости сочетания тревожно-депрессивных симптомов среди студентов медицинских университетов, которые на уровне измерительных шкал можно рассматривать как симптомокомплексы. Тревога и депрессия по своим значениям у 10,3% студентов отвечали клиническому уровню, что указывает на возможность выделения тревожной депрессии.

По измерительным опросникам тревоги и депрессии отмечена прямо пропорциональная изменчивость этих психопатологических феноменов.

Клиническая интерпретация данных позволяет сделать предварительное заключение о том, что при увеличении тяжес-

ти депрессии закономерно ожидать увеличение показателей тревоги у студентов медицинских университетов сибирского региона России.

Данные опросники, являясь начальной фазой клинического исследования в оценке психического здоровья студентов медицинских учреждений, позволяют получить стандартизированные измерительные данные

СТАНДАРТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ШКАЛЫ BAC-A «КРАТКАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ» (BAC-A) НА ОСНОВЕ НОРМАТИВНЫХ ДАННЫХ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Янушко М.Г., Шаманина М.В., Аристова Т.А., Киф Р.С., Иванов М.В.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПб ГБУ ПНД 10.

Современные концепция когнитивного дефицита при эндогенных психических расстройствах предполагает существование проявлений когнитивной недостаточности не только у больных шизофренией, что является общепризнанным фактом, но и у пациентов, страдающих различной аффективной патологией, такой как биполярное аффективное расстройство, рекуррентная депрессия.

Исследования последних лет продемонстрировали разногласия в оценке когнитивных нарушений у больных депрессией, ни одна из когнитивных функций не характеризует именно эту патологию. Более того, не все пациенты демонстрируют одинаковую степень выраженности когнитивного дефицита. Различия в результатах исследований объясняются различными методологическими подходами, такими как включение в исследование пациентов с разной степенью тяжести депрессии, разными клиническими подтипами и т.д.

В США и европейских странах в течение ряда лет успешно применяется комплексная методика оценки когнитивного функционирования у пациентов с аффективными расстройствами под названием Brief Assessment of Cognitive functioning in Affective Patients (BAC-A), которая зарекомендовала себя как валидный, простой в обращении и надежный инструмент.

BAC-A представляет собой батарею тестов, в которой скомбинированы традиционные «холодные» когнитивные оценки батареи BAC и разработанной на ее основе батареи BACS (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia) (Keefe RSE 2008), для оценки когнитивного статуса у больных шизофренией с присоединением тестов, разработанных для специфической оценки влияния эмоциональной заостренности на когнитивный дефицит.

Задачей настоящей работы являлось определение достоверности показателей и нормативов шкалы BAC-A в российской популяции здоровых лиц. Определение сопоставимости нормативов улучшает достоверность оценки когнитивных нарушений у специфической для методики когорты больных (в данном случае пациентов биполярным аффективным и рекуррентным депрессивным расстройством).

Материалы и методы. В выборку были включены здоровые лица общей популяции города Санкт-Петербурга. Русский язык являлся родным языком испытуемых.

Всего было включено 211 добровольцев, из их 105 мужчин и 106 женщин. Уровень образования испытуемых исчислялся по количеству лет обучения (включая среднее общее, начальное профессиональное, среднее профессиональное, неполное высшее профессиональное, высшее профессиональное). Средний возраст обследованных составил 44.72±14.13.

Результаты. Поскольку стандартизация батареи тестов BACS, послужившей основой для формирования батареи BAC-A, была осуществлена Саркисян Г.Р и соавторами в 2010 году, мы посчитали возможным взять полученные в ходе стандартизации данные за основу, не подвергающуюся изменениям при условии сохранения схожей по демографии выборки.

Для уточнения нормативов для российской популяции в зависимости от пола и возраста был проведен анализ полученных результатов по демографическим подгруппам.

Для установления взаимосвязей между выполнением различных заданий и уровнем образования был проведен корреляционный анализ. Между уровнем образования без учета различий по полу и возрасту и выполнением отдельных субтестов шкалы BAC-A были выявлены статистически достоверные прямые взаимосвязи. Значения коэффициентов корреляции между уровнем образования и отдельными заданиями были следующими: сумма нейтральных слов 3 испытания r=0,16; аффективная интерференция фрукты/овощи r=0,18; аффективная интерференция слова с эмоциональной окраской r=0,14; тест Струпа нейтральные слова черно-белые r=0,16; отсроченное воспроизведения слова без эмоциональной окраски r=0,16. Обратная взаимосвязь была выявлена между уровнем образования и субтестом «Ошибка воспроизведения слова без эмоциональной окраски» r=-0,17. Коэффициенты корреляции приведены для двустороннего уровня значимости 95% ($p<0,05$).

В оригинальной работе по стандартизации обсуждаемой шкалы авторы пришли к выводу об отсутствии необходимости создания дополнительных нормативных данных с корректировкой по уровню образования по следующим причинам: 1) в случае стратификации, выделенные по полу и возрасту группы, также по уровню образования, они приобрели бы слишком малые размеры для возможности получения надежных результатов; 2) использование факторов уровня образования в качестве корректировки при шизофрении может привести к снижению выраженности дефицита и соответственно приводить к ошибочным результатам.

При проведении сравнения полученных средних значений выполнения различных заданий между группами мужчин разного возраста были выявлены общие тенденции, показывающие более высокие значения среднего балла по большинству выполненных тестов у мужчин младших возрастных групп по сравнению с группами более старшего возраста. Также были выявлены достоверные отличия по субшкалам теста Струпа, показывающие лучшее выполнение указанных тестов мужчинами возрастных групп 20-29 лет и 30-39 лет по сравнению с группами 40-49, 50-59 и 60-69 лет.

При сравнительном анализе полученных средних значений между группами женщинами в зависимости от возраста были получены достоверные отличия по ряду проведенных тестовых методик (сумма аффективно окрашенных слов 3 испытания; сумма нейтральных слов 3 испытания; струп цветной; струп нейтральные слова цветной шрифт; струп слова с эмоциональной окраской цветной шрифт; струп нейтральные слова черно-белые). Полученные отличия средних значений свидетельствуют о лучшем выполнении тестовых заданий женщинами более раннего возраста по сравнению с женщинами из старших возрастных групп, что также отражает выявленные общие тенденции по характеру выполнения всех использованных в данной работе методик. Между группами женщин 20-29 лет и 30-39 лет достоверных отличий выявлено не было, полученные показатели в указанных группах женщин были вполне сопоставимы согласно полученным значениям среднего балла.

При проведении корреляционного анализа были выявлены достоверные обратные взаимосвязи между показателями по большинству заданий шкалы BAC-A и возрастом. Значимые обратные взаимосвязи получены между

возрастом и субтестами: Струп цветной (r=-0,42, p<0,05); Струп нейтральные слова цветной шрифт (r=-0,50, p<0,05); Струп слова с эмоциональной окраской цветной шрифт (r=-0,54, p<0,05); Струп нейтральные слова черно-белые (r=-0,31, p<0,05); отсроченное воспроизведение слова с эмоциональной окраской (r=-0,29, p<0,05); отсроченное воспроизведение слова без эмоциональной окраски (r=-0,30, p<0,05). Статистически достоверные прямые взаимосвязи выявлены между возрастом и субтестами ВАС-А ошибки воспроизведения слов с эмоциональной и без эмоциональной окраски. Коэффициенты корреляции составили r=0,29, p<0,05 и r=–0,30, p<0,05 соответственно. Все приведенные коэффициенты корреляции приведены для двустороннего уровня значимости 95% (p<0,05).

На основании всех полученных результатов была проведена процедура стандартизации, рекомендованная разработчиками батареи когнитивных тестов ВАС-А. Согласно полученным результатам нормативы российской популяции оказались сопоставимыми с нормативами оригинальной методики ВАС-А. Таким образом, можно сделать заключение о том, что методика оценки когнитивного функционирования у аффективных пациентов ВАС-А является удобным и надежным инструментом для оценки выраженности когнитивных нарушений, как при однократной оценке, так и в динамике.

Основными преимуществами данной батареи шкал является удобство и простота использования при небольших временных затратах, оценка широкого спектра когнитивных функций за счет тщательно выверенного набора методик, удобство в подсчете и сравнении результатов с нормативами. Данные преимущества позволяют широко использовать методику ВАС-А как в клинической практике, так и в научных исследованиях.

РАЗДЕЛ 2
БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОСТРОЙ НАРКОТИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Абдуллаева В.К.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Большое значение в патогенезе различных заболеваний, в том числе и героиновой наркомании, придается состоянию системы клеточного механизма защиты (Ляшенко Ю.И., 2008). Одной из возможных причин несостоятельности клеточного механизма защиты является усиление процессов свободнорадикального окисления на мембранах лимфоцитов и нарушение его регуляции (Абрамченко В.В., 2001). Выяснение биохимических особенностей течения героиновой наркомании и разработка на их основе методов диагностики и профилактики является одной из главных проблем современной медицины.

Цель исследования – изучение состояния антиоксидантной системы крови при экспериментальной модели острой наркотической интоксикации.

Материал и методы исследования. Материалом для изучения экспериментальной модели острого отравления наркотическими веществами явились крысы с исходным весом 80-100 грам. В работе проводились биохимические исследования – выделение митохондриальной (Мх) и микросомальной (Мс) фракций гепатоцитов с определением интенсивности генерации активных форм кислорода (АФК), определение образования среднемолекулярных пептидов (СМП).

Результаты исследования. В модели острого отравления наркотиком обнаружено снижение общего количества белка в микросомальной (Мс) фракции гепатоцитов. Обнаруженное снижение общего белка было наибольшим в ранние сроки исследования и было ниже уровня контроля в 1,24 раза. Накопление СМДА в Мс фракции было наибольшим в ранние сроки после однократного введения наркотика и превышало уровень контроля в 2,88 раза. В ранние сроки содержание СМП было в 1,67 раза больше контроля. Антиоксидантная система в первые дни после острого опыта отреагировала увеличением активности каталазы МС фракции, которая была выше контроля в 1,13 раза. В последующие сроки также отмечалось незначительный рост активности фермента защиты.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о запуске генерации АФК после однократного введения высокой дозы наркотика в микросомальной фракции гепатоцитов. Выявлено усиление процессов пероксидации липидов, выраженность которого зависела от степени тяжести заболевания и длительности наркотизации.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА GRIN2B В ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Алфимова М.В., Коровайцева Г.И., Абрамова Л.И., Лежейко Т.В., Савельева Т.М., Долтмурзиева В.В., Голимбет В.Е.

Москва
НЦПЗ,
ГКУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ

Цель. В соответствии с глутаматергической гипотезой патогенеза шизофрении в ряде работ найдена связь генов, вовлеченных в обмен глутамата в мозге, с вероятностью возникновения заболевания. В частности, обнаружены ассоциации вариантов гена GRIN2B, кодирующего NR2B субъединицу NMDA рецептора глутамата, с риском развития шизофрении (Ohtsuki et al. 2001; Li, He 2007; Гареева и др. 2013). При этом нейробиологические механизмы, опосредующие эту ассоциацию, и их патогенетическое значение еще предстоит установить. Одной из линий исследований, направленных на решение этой задачи, является анализ ассоциаций гена с различными проявлениями шизофрении. Можно предположить, что полиморфизм GRIN2B оказывает влияние на когнитивные процессы, поломка которых ведет к формированию когнитивного дефицита и клинически выраженных нарушений мышления. Эта гипотеза основана на данных об ассоциации гена с целым рядом психических расстройств, характеризующихся когнитивной дисфункцией, а также о вовлеченности кодируемого геном белка в процессы памяти и научения (Volk et al. 2015). В нескольких работах показана связь GRIN2B с когнитивными функциями в норме и патологии, но это подтверждается не всеми авторами (Tsai et al. 2002; de Quervain, Papassotiropoulos 2006; Dorval et al. 2007; Ludwig et al. 2010; Gong et al. 2011; Ness et al. 2011; Mascheretti et al. 2015). Относительно шизофрении имеются предварительные данные о связи гена GRIN2B с вербальной памятью и научением, распознаванием эмоций и вербальным мышлением (Jablensky et al. 2011; Greenwood et al. 2011; Weickert et al. 2012). Цель настоящего исследования заключалась в поиске ассоциаций между полиморфизмом rs7301328 (C366G) GRIN2B и широким спектром показателей базовых и социальных когниций при шизофрении. Полиморфизм rs7301328 обусловлен заменой C>G в кодирующей последовательности, которая не ведет к замещению кодируемой аминокислоты (Pro122/Pro122) (Ohtsuki et al. 2001). Некоторые исследователи обнаружили ассоциацию аллеля G с риском развития шизофрении (Ohtsuki et al. 2001), в то время как другие такой ассоциации не нашли (Гареева и др. 2013).

Материал и методы. Генотипы по локусу rs7301328 GRIN2B были получены для 691 пациента с расстройствами ши-

зофренического спектра и 357 здоровых контрольных испытуемых. В основную выборку были включены 422 больных, прошедших экспериментально-психологическое обследование (средний возраст 32±12 лет, 65% женщин). Базовые когнитивные процессы – вербальную память, психическую скорость и компоненты регуляторно-исполнительных функций – оценивали с помощью тестов RAVLT, семантическая вербальная беглость, серийное вычитание «200-2-5», TMT-B и модифицированный тест Мюнстерберга. Для изучения социальных когниций использовали методику на распознавание эмоциональных выражений лиц и два типа задач на построение моделей психического – задачи на понимание ложных представлений второго порядка и выявление оплошностей. Статистический анализ включал в себя применение параметрических и непараметрических вариантов дисперсионного анализа (ANOVA) и проводился с помощью программы Statistica 10.

Результаты. Распределение генотипов в группах больных и здоровых было сходным и соответствовало закону Харди-Вайнберга. В результате проведения серии однофакторных ANOVA в основной выборке больных была выявлена ассоциация GRIN2B с семантической вербальной беглостью, F2, 398=3.67, p=0.026. Далее на расширенной выборке, включавшей 553 больных и 253 здоровых, мы проанализировали влияние на эту ассоциацию клинико-демографических показателей, включая возраст, пол, образование, длительность болезни и выраженность симптомов, измеренных с помощью PANSS. Проведенное исследование обнаружило, что ассоциация является устойчивой в группе больных, F2, 550=4.38, p=0.013. Наибольшее количество слов генерировали гетерозиготы CG, наименьшее гомозиготы CC. Аналогичная тенденция наблюдалась у здоровых, F2, 250=2.65 p=0.07. У больных не было найдено значимых эффектов взаимодействия генотипа с клинико-демографическими показателями на вербальную беглость. При этом в соответствии с гипотезой обнаружено влияние генотипа на симптом «нарушения абстрактного мышления» PANSS, H (2, N= 514) =8.28, p =0.016, с наименьшей его выраженностью у гетерозигот.

Заключение. Поученные результаты позволяют предположить, что полиморфизм rs7301328 GRIN2B не связан с риском возникновения шизофрении, однако оказывает модифицирующее действие на когнитивные процессы, обеспечивающие извлечение информации из ментального лексикона на основе семантических признаков, и, таким образом, на вариативность нарушений вербальных мыслительных функций у больных шизофренией. При этом гетерозиготный генотип является протективным относительно развития патологии мышления и речи. Полученные результаты согласуются с имеющимися данными о роли гена GRIN2B в лингвистических процессах.

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №15-06-10047 и проекта РФФИ 12-06-00040а.

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ПРИ СИНДРОМЕ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ

Андросова Л.В., Михайлова Н.М., Федорова Я.Б., Зозуля С.А., Дупин А.М.

Москва
НЦПЗ

В последнее время весьма актуальным являются исследования по выявлению биологических маркеров, которые могли бы явиться предикторами тяжелого нейродегенеративного заболевания – болезни Альцгеймера (БА). Идентификация таких маркеров способствует надежности диагностики, обеспечит лабораторный мониторинг прогрессирования заболевания, а также послужит новой патогенетической мишенью в лечении заболевания.

Цель исследования – определение воспалительных маркеров в плазме крови больных БА и пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения (МКС): энзиматической активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), функциональной активности α1-протеиназного ингибитора (α1-ПИ), концентрации интерлейкина-6 (ИЛ-6) и уровня С-реактивного белка (СРБ), а также выявление клинико-биологических связей при этих видах патологии.

Материал и методы. Группа обследуемых состояла из 75 больных (54 мужчин и 21 женщина) с БА в возрасте 74 [69;80] лет и 45 пациентов с синдромом МКС амнестического типа (13 мужчин и 32 женщины) в возрасте70,5 [64,5;76]. Диагноз болезни Альцгеймера устанавливался в соответствии с критериями ICD-10 и NINCDS-ADRDA [Mckhann G. et al, 1984]. Степень тяжести деменции (легкая, умеренная или тяжелая) определяли по клиническим признакам, а также с использованием шкалы CDR (Clinical Dementia Rating) [Hughes CP, et al, 1982] и суммарного балла по шкале MMSE (Mini mental state examination)[Folstein MF, et al., 1975]. Синдром МКС диагностировали в соответствии с критериями R.S.Petersen (1999). В контрольную группу вошли 39 психически и соматически здоровых людей соответствующего пола и возраста. Все обследованные давали информированное письменное согласие на участие в данном исследовании.

Энзиматическую активность ЛЭ и функциональную активность α1-ПИ определяли спектрофотометрическим методом [Доценко В.Л., с соавт. 1994, Нартикова В.Ф., Пасхина Т.С. 1979, соответственно]. Концентрацию ИЛ-6 и уровень СРБ определяли с помощью иммуноферментного анализа – (ВЕКТОР-БЕСТ, Россия). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью непараметрического статистического программного обеспечения Statistica-7 (для Windows, StatSoft., Inc, США). Использовали уровень достоверности: p<0,05.

Результаты и обсуждение. Общая группа пациентов с болезнью Альцгеймера характеризовалась значительным увеличением активности/уровня α1-ПИ, ИЛ-6 и СРБ (p<0,00001; p<0,01; p=0,05, соответственно) по сравнению с контролем, что свидетельствует о наличии воспалительных реакций и согласуется с данными многих исследователей [Angelopoulos P. et al. 2008; Galimberti D, Scarpini E., 2011; Oztürk C. et al. 2007; Singh VK, Guthikonda P.,1997; Zuliani G, et al. 2007]. Наряду с этим выявлено значительное снижение, по сравнению с контролем, другого воспалительного маркера – активности ЛЭ (p<0,0001), которая выбрасывается нейтрофилами при развитии воспаления и принимает участие в увеличении проницаемости сосудов. Снижение активности ЛЭ может быть связано как с изменением дегрануляционной активности нейтрофилов, так и с изменением свойств самого фермента.

Сравнение подгрупп с БА, разделенных по степени тяжести деменции, показало нарастание воспалительных реакций по мере утяжеления болезненного процесса. Так, у пациентов с мягкой деменцией (19 больных) статистически достоверным оказалось только увеличение активности α1-ПИ (p<0,00001). Остальные показатели (активность ЛЭ, уровни СРБ и ИЛ-6) не отличались от контрольных значений.

Для пациентов с умеренно выраженной деменцией (30 больных) – характерно статистически значимое снижение активности ЛЭ (p<0,01) и увеличение активности/уровня α1-ПИ, ИЛ-6 (p<0,00001; p<0,05, соответственно), по сравнению с контролем.

Для пациентов с тяжелой степенью деменции (26 больных) – характерно статистически значимое снижение активности ЛЭ (p<0,00001) и увеличение активности/уровня α1-ПИ, ИЛ-6, СРБ (p<0,00001; p<0,001; p<0,01, соответственно) по сравнению с контролем.

Т.е, уровень активности ЛЭ достоверно снижен в подгруппе с умеренной и тяжелой степенью деменции по сравнению как с контролем, так и с мягкой деменцией (ANOVA, p≤ 0,002 и

p≤ 0,005, соответственно). При этом сниженная активность ЛЭ положительно коррелирует с низким суммарным баллом оценки когнитивных функций по шкале MMSE (r=0,28, p=0,017).

У пациентов с синдромом МКС выявлено достоверное повышение активности α1-ПИ (p<0,00001) по сравнению с контролем, что было «созвучно» с повышением активности α1-ПИ у больных с мягкой деменцией. По мнению некоторых авторов [Licastro F, Morini MC, Polazzi E, Davis LJ, 1995], повышенный уровень этого показателя может служить периферическим маркером «острой реакции» в головном мозге.

Средняя активность ЛЭ при синдроме МКС не отличалась от контроля, однако наблюдался значительный разброс по этому показателю: у большинства пациентов

(73%) активность ЛЭ находилась в диапазоне контрольных значений, а у остальных пациентов активность ЛЭ была сниженной и достоверно отличалась от контроля (p<0,00001) и при этом наблюдалось статистически достоверное повышение концентрации СРБ (p<0,01).

Выводы. Таким образом, БА характеризуется значимым снижением активности ЛЭ и повышением других воспалительных маркеров α1-ПИ, СРБ и ИЛ-6. Степень изменения активности/уровня этих маркеров зависит от тяжести деменции. Треть пациентов с синдромом МКС характеризовалась аналогичными с БА изменениями уровня воспалительных маркеров и они могут составить группу сверхвысокого риска развития БА. Дальнейшее клинико-иммунологическое обследование не только данной, но и всей выборки пациентов с синдромом МКС в динамике, а также увеличение выборки необходимо для изучения возможности использования анализируемых воспалительных маркеров в качестве биологических предикторов БА.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ВЫСОКИМ И СРЕДНИМ УРОВНЕМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

Арзуманов Ю.Л., Лапин И.А., Бродянский В.М., Мещеряков А.Ф., Абакумова А.А., Винникова М.А., Кибитов А.О.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель: провести сравнительный анализ электроэнцефалографических показателей (спектральный и когерентный анализы) у больных алкогольной зависимостью с высоким и низким генетическим риском развития зависимости от ПАВ.

Материалы и методы: Участники исследования: стационарные пациенты клиники ФГБУ ННЦ наркологии (в настоящее время – клиники ФГБУ «ФМИЦПН» МЗ РФ) с диагнозом алкогольная зависимость (F10.2, n=64, 43,2+4,6 лет) и здоровые индивидуумы (контроль, n= 16, 41,2+2,1 лет). Критерии включения: мужской пол, этнические русские, не родственные между собой, возраст 18-65 лет. Критерии исключения: эндогенные психические заболевания, острые и декомпенсированные хронические соматические заболевания, выраженное органическое поражение головного мозга любой этиологии (психоорганический синдром, тяжелая степень). ЭЭГ регистрировали с помощью аппаратно-программного комплекса «НЕЙРО-КМ» (Россия) с частотой дискредитации 200Гц и полосой пропускания от 0 до 45Гц. Генопрофилирование пациентов по молекулярно-генетическим маркерам для оценки уровня генетического риска развития зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) проводили путем генотипирования образцов ДНК, полученных из венозной крови, методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом. По результатам генотипирования оценивали итоговый (результирующий) уровень генетического риска у каждого пациента в баллах: от низкого (0,5 баллов) до крайне высокого (3 и более баллов). В данном исследовании использован базовый вариант генопрофиля: 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов ДА системы: 1) оценка общего генетического риска: базовые универсальные генетические маркеры по генам дофаминового рецептора типа 2 и фермента тирозингидроксилазы, при выявлении генетического маркера начисляли 1 балл в оценке итогового уровня риска; 2) оценка специфического риска: дополнительные маркеры по гену дофаминового рецептора типа 4, при выявлении генетического маркера начисляли 0,5 балла в оценке итогового уровня риска. Баллы отражают статистически достоверную вероятность развития заболевания у носителей генетических маркеров. Пациенты были разделены на группы согласно уровню генетического риска: группа 1 с высоким (2 и более балла, n= 33) и группа 2 со средним (менее 2-х баллов, n= 31) уровнями генетического риска. Проводили сравнение показателей ЭЭГ пациентов в целом и в группах 1 и 2 в сравнении с группой здоровых индивидуумов.

Результаты. У больных алкогольной зависимостью сглаживается фокус и снижается мощность основного ритма, увеличивается удельный вес медленно-волновой активности тета и дельта диапазонов, высокочастотная активность бета полосы усиливается в ростральных и снижается в каудальных корковых зонах. Отличие между группами больных с высоким (1 группа) и средним (2 группа) уровнем генетического риска зависимости от ПАВ заключалось в относительной выраженности медленно-волновой (преобладает у больных 1 группы) и быстро-волновой активности (преобладает у больных 2 группы). Значимых отличий по профилю межполушарной асимметрии у больных алкоголизмом с высоким и низким уровнем генетического риска не зарегистрировано. У больных 1 группы мощность медленно-волновой активности (дельта-тета диапазона) превосходила нормативные данные по всем корковым зонам за исключением затылочных отделов, у больных 2 группы, напротив, мощность тета-дельта ритмов была диффузно снижена. Мощность основного ритма снижена у больных обеих изучаемых групп. Более сохранные зональные различия регистрировались у больных со средним уровнем генетического риска. Бета активность у больных 1 группы усилена в каудальных отделах, у больных 2 группы бета диффузно усилена с превалированием изменений по передним корковым зонам. У больных алкогольной зависимостью регистрируется повышение (относительно нормы) усредненной по всем корковым зонам и частотным диапазонам когерентности. Данный показатель выше у больных с высоким генетическим риском. Выявлено изменение профиля межполушарной асимметрии когерентности от легкого правополушарного существующего в норме и сохраняющегося у больных 2 группы, на левополушарный у больных 1 группы за счет перестройки внутриполушарного и межполушарного взаимодействия преимущественно по тета-ритму.

Выводы: уровень генетического риска развития зависимости от ПАВ у пациентов с алкогольной зависимостью связан с разнонаправленными изменениями показателей ЭЭГ: медленно-волновая активность связана с высокими уровнями риска, быстро-волновая – со средними уровнями риска. Мощность основного ритма снижена у всех пациентов, но менее выраженные нарушения с более сохранными зональными различиями регистрировались у больных с низким генетическим риском. Когерентность, усредненная по всем корковым зонам и частотным диапазонам, повышена у всех пациентов, но наиболее высока у пациентов с высоким уровнем генетического риска. Необходимо продолжение исследования на более широких выборках для подтверждения связи уровня генетического риска развития зависимости от ПАВ с показателями ЭЭГ.

ПОЛНОГЕНОМНЫЙ АНАЛИЗ КОДИРУЮЩИХ ГЕНОВ МИКРОРНК ПРИ БИПОЛЯРНОМ РАССТРОЙСТВЕ

Бабаджанова Г.Ю., Абрамова Л.И., Риетчел М., Нетен М.

Москва
НЦПЗ,
НИИ пульмонологии ФМБА России,
Германия. Маннхайм
Университетская клиника.
Германия. Бонн
Университетская клиника.

Биполярное расстройство является тяжелым наследственным заболеванием, проявляющимся аффективными нарушениями и приводящим нередко к выраженной социально-трудовой дезадаптации пациента. Распространенность данной патологии в общей популяции, по имеющимся литературным данным, составляет от 0,5 до 3-4%.

Первопричина развития биполярного расстройства остается неизвестной, но существует убежденность исследователей, что важную роль в этом процессе играют наследственные факторы. К настоящему времени молекулярно-генетические исследования, проводимые с пациентами, страдающими данным заболеванием, позволили идентифицировать целый ряд генов, однако участие этих генов в этиологии биполярного расстройства в значительной мере остается неясным и требует уточнения.

МикроРНК является группой небольших некодирующих РНК. Накопленные данные свидетельствуют в пользу того, что микроРНК содействуют основным механизмам, влияющим на развитие и пластичность головного мозга, что предполагает их возможное участие в патогенезе психических заболеваний, в том числе биполярного расстройства.

Целью исследования явилось систематическое изучение возможности участия общих вариантов всех известных микроРНК локусов (miRBase release 13.0) в развитии биполярного расстройства.

Материал и методы исследования. Настоящее сообщение представляет часть результатов длительного клинико-биологического исследования больных биполярным расстройством, проводимого в России, ряде европейских стран, Канаде и Австралии.

Собственный материал – основная исследуемая группа – представлен 500 пациентами обоего пола в возрасте 18 лет и старше. Пациенты находились на амбулаторном или стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ с диагнозом «Биполярное расстройство I» (БР I) по классификации DSM-IV. Все они дали письменное согласие на участие в исследовании. На период обследования пациенты были преимущественно на этапе обострения заболевания в маниакальном, депрессивном или смешанном аффективном состоянии, реже – в состоянии ремиссии. Пациенты госпитализировались в стационар как в манифестном аффективном состоянии, так и при наличии в анамнезе до 10 и более аффективных фаз. Длительность заболевания на период обследования составляла от нескольких месяцев до 25-30 лет.

При выполнении исследования использовались клинические, клинико-психопатологические и параклинические методы. На каждого больного заполнялась Карта пациента с демографическими данными, сведениями о наследственной отягощенности психическими и соматическими заболеваниями, анамнезом, отмечались события жизни, предшествующие манифестации заболевания. Проводилось интервьюирование исследуемых с использованием SCID I (Структурированное клиническое интервью для DSM-IV, Ось I), а также иных шкал, а именно GAS, OPCRIT, PAS и пр.

Контрольную группу составили 500 здоровых лиц, каждый из которых соответствовал по полу и возрасту пациенту основной группы, и с отсутствием психической патологии в семье.

У лиц обеих групп производился однократно забор крови из локтевой вены. Венозная кровь исследованных пациентов и контрольных лиц собиралась в специальные пробирки с ЭДТА.

Далее поэтапно выполнялись следующие действия:

- геномная ДНК выделялась из лейкоцитов (лимфоцитов) периферической крови пациентов с помощью экстракции;
- проводилось фотометрическое измерение количества полученной ДНК, в дальнейшем, при необходимости, ДНК хранили замороженными при температуре ниже минус 20 градусов по Цельсию;
- амплификация ДНК осуществлялась с помощью полимеразной цепной реакции PCR, которую проводили на основе «базовых протоколов PCR». В ряде тестов в этот протокол вносились модификации, связанные с особенностями нуклеотидной последовательности амплифицируемого фрагмента ДНК и праймеров. Реакционная смесь готовилась стандартно с геномной ДНК;
- термоциклирование включало начальную денатурацию, 30 трехстадийных циклов денатурации-отжига-элонгации и конечную инкубацию;
- далее проводился анализ кодирующих генов микроРНК.

Собственный материал был объединен с самой большой базой данных GWAS (Genomweite Assoziationsstudie) по биполярным расстройствам, включающей 9,747 пациентов и 14,278 контрольных лиц (Mshleisen, et al., Nature Commun 2014) из мультинационального психиатрического геномного консорциума (multinational Psychiatrics Genomics Consortium).

С применением биологических и статистических методов (программа VEGAS – «Versatile Gene-based Association Study») был проведен анализ, базирующийся на генах для всех микроРНК и +/- 20 примыкающих последовательностей.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ выявил, что 98 из 609 микроРНК показали номинально достоверные значения p, указывающие на то, что связанные с биполярным расстройством микроРНК чаще существуют в уже известных микроРНК локусах. После коррекции и многократного тестирования было установлено, что 9 микроРНК – let-7g, miR-135a, miR-499, miR-581, miR-611, miR-640, miR-644, miR-708, miR-1908 – имеют достоверную связь с биполярным расстройством (p=0.006). В их числе находились и те микроРНК, которые участвуют в процессе развития нервной и синаптической систем.

Выводы. Результаты исследования вовлеченных генов-мишеней и сравнительных данных, полученных в вышеуказанных рабочих группах, как подтверждают уже известные механизмы, так и предоставляют новые сведения о механизмах возникновения и развития биполярного расстройства.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НОЦИЦЕПЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Бобрик Ю.В., Кулинченко А.В.

Симферополь
ГБУЗ РККПБ №1,
Медицинская академия им. С. И. Георгиевского

Проблема индивидуальной чувствительности человека была и остается актуальной в биологии и медицине. Многие исследователи обращают внимание на тот факт, что люди различаются по индивидуальной чувствительности к воздействию

разнообразных факторов среды. Поскольку индивидуальные различия детерминированы генетически, важным в медико-биологических исследованиях остается поиск объективных критериев определения индивидуальной чувствительности.

В большинстве определений боли подчеркивается ее защитное значение и представление о боли как интегративной реакции организма, включающий не только сенсорный и эмоциональный, но также вегетативный и поведенческий компоненты. При этом подчеркивается, что боль всегда субъективна, т.е. зависит от множества индивидуальных особенностей. Индивидуальные особенности болевой чувствительности на сегодняшний день остаются мало изученными.

Зачастую большинство соматических заболеваний, сопровождаемых обычно у психически здоровых людей выраженным болевым синдромом (прободная язва желудка, инфаркт миокарда и др.), у пациентов с шизофренией протекают латентно, без характерных клинических проявлений. Нами в клинической практике наблюдались ряд больных шизофренией с атипичным течением сопутствующих соматических заболеваний. Так у пациента А, после падения, медицинским персоналом было отмечена хромота во время ходьбы, при этом больной самостоятельно и при активном расспросе жалоб не предъявлял, после же проведенной по настоянию лечащего врача рентгенографии у пациента был выявлен оскольчатый перелом большеберцовой кости. Также из литературных источников известно, что больным шизофренией присуща высокая толерантность к температурным, болевым воздействиям. По всей видимости, данные физиологические особенности, связаны с изменениями болевой чувствительности (БЧ) у пациентов с шизофренией, которые на сегодняшний день остаются не изученными.

Цель исследования. Исходя из вышеизложенного, целью настоящей работы явилось сравнительное исследование уровня порога БЧ у практически здоровых лиц и больных шизофренией, а также изучение динамики показателей ноцицепции у пациентов с шизофренией под воздействием нейролептической терапии.

Материал и методы. Для тестирования порогов поверхностной ноцицептивной чувствительности использовали патентованный способ определения поверхностной болевой чувствительности с помощью лабораторного алгезиметра. Для этого алгезиметр устанавливали вблизи ногтевого ложа у практически здоровых людей и больных шизофренией, производя на него давление до возникновения отчетливого болевого ощущения. Найденный порог болевой чувствительности выражали в единицах шкалы алгезиметра (усл. ед.). Порог БЧ определяли у 31 здорового испытуемого и у 74 больных шизофренией (до и после проведения нейролептической терапии).

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что уровень порога БЧ был повышен у обследуемых больных шизофренией (до проведения нейролептической терапии) по сравнению с группой практически здоровых лиц в 2,1 раза ($p<0,001$). Исходя из результатов исследования, гипотеза о повышение порога болевой чувствительности у пациентов с шизофренией находит свое подтверждение. Возможно такие особенности ноцицепции у больных шизофренией связаны со спецификой нейромедиаторных систем у данной категории лиц. Также было определено, что под воздействием нейролептической терапии уровень порога БЧ у пациентов с шизофренией увеличивается на 16,7% ($p<0,01$)

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод, что ноцицептивные системы у больных шизофренией имеют более высокий порог возбуждения, чем у здоровых людей. Под влиянием нейролептиков уровень порога БЧ у пациентов с шизофренией увеличивается. Это объясняет некоторые клинические особенности течения основного и сопутствующих заболеваний у пациентов с шизофренией. Изученные феномены ноцицепции целесообразно учитывать при лечении и реабилитации больных шизофренией.

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОЗДНЕЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ

Бойко А.С.

Томск
НИИПЗ

Шизофрения является одним из наиболее распространенных эндогенных психических расстройств. Основной группой средств, применяемых для лечения шизофрении, являются антипсихотические препараты, которые наряду с основным действием, обладают широким спектром побочных эффектов. Двигательные лекарственно-индуцированные расстройства, среди которых можно выделить позднюю или тардивную дискинезию, существенно снижают качество жизни больного. Поздняя дискинезия (ПД) – побочный эффект длительной антипсихотической терапии и развивается у 20-30% больных при длительном (более 3 месяцев) применении.

Нарушение глутаматергической трансмиссии считается одним из ключевых компонентов патогенеза шизофрении. В определенных условиях и избыточных концентрациях глутамат действует как эксайтотоксин, в связи с чем, существует теория об участии этой аминокислоты в патогенезе некоторых нейродегенеративных и психических заболеваний. Согласно этой теории, происходит избыточный выброс в постсинаптическую щель возбуждающих нейромедиаторов, что приводит к гиперактивации постсинаптических глутаматных рецепторов и, как следствие, к нарушению проницаемости ионных каналов. Избыточное накопление внутриклеточного кальция запускает каскад реакций с активацией протеолитических ферментов и разрушением клеточных структур, ведет к увеличению синтеза оксида азота, возрастанию ПОЛ с последующим развитием окислительного стресса, нарушением синтеза нейротрофических факторов, а также к апоптозу. Существует теория об участии этой аминокислоты в патогенезе некоторых нейродегенеративных и психических заболеваний.

Целью работы является изучение полиморфизмов генов NMDA-рецепторов (GRIN2A) и переносчика глутамата второго типа (SLC1A2) у больных шизофренией с поздней дискинезией.

Было проведено обследование 150 больных шизофренией, проходивших курс лечения в психиатрическом стационаре и длительно получающих антипсихотическую терапию. Исследование проводилось в соответствии с требованиям Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г.). В зависимости от наличия побочных двигательных расстройств, оцениваемых по шкале непреднамеренных двигательных расстройств (AIMS), больные были разделены на две группы: с тардивной дискинезией (57 пациентов) и без двигательных расстройств (93 больных). Для генотипирования использовалась ДНК, выделенная из венозной крови 140 индивидов контрольной группы, соответствующих по полу и возрасту исследуемой группы.

Для генотипирования использовали набор реагентов TaqMan® SNPGenotypingAssay фирмы AppliedBiosystems (США). Определение аллельных вариантов генов SLC1A2 (rs4354668) и GRIN2A (rs2650427 и rs1969060) проводили методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР Real-Time) со специфическими праймерами. Для проведения ПЦР использовали Real-Time ДНК амплификатор «StepOnePlus» фирмы AppliedBiosystems (США). Для проверки соответствия распределения частот генотипов исследуемого гена равновесному распределению Харди-Вайнберга использовался модифицированный критерий χ^2. Сравнение частот генотипов и аллелей двух анализируемых групп проводили с помощью критерия Фишера.

Анализ распределения генотипов по исследуемым генам показал соответствие их распределению закону Харди-Вайнберга.

При анализе распределения генотипов полиморфизма гена GRIN2A (rs2650427) не было обнаружено статистически значимых различий. Распределение генотипов TT:CT:CC в контроле составляет 14,8:49,4:35,8; у больных с поздней дискинезией – 18,8:45,8:35,5; у пациентов без двигательных расстройств – 19,2:51,3:29,5. Во всех группах преобладает гетерозиготный генотип CT. В ходе изучения распределения генотипов гена субъединицы NMDA-рецептора GRIN2A (rs1969060) было обнаружено достоверное ($p<0,05$) снижение частоты встречаемости генотипа GG у больных шизофренией с поздней дискинезией по сравнению с группой контроля. Соотношение генотипов AA: AG:GG в контрольной группе составляло 60,8:33,8:5,4; у больных с ПД 63,2:35,1:1,8; у пациентов без дискинезии 56:39,6:4,4. При анализе распределения генотипов полиморфизма гена транспортера глутамата второго типа SLC1A2 (rs4354668) наблюдается достоверное ($p<0,05$) снижение частоты встречаемости генотипа TT у пациентов с побочными двигательными расстройствами по сравнению с группой здоровых лиц. Распределение генотипов TT:GT:GG у здоровых лиц представлено в виде 37,1:49,3:13,6; у пациентов с экстрапирамидными расстройствами – 22:65,9:12,2; у больных без двигательных нарушений – 36,7:46,9:16,3. У пациентов с тардивной дискинезией генотип GG (rs1969060) и генотип TT (rs4354668) встречаются реже, чем у здоровых лиц, как и у больных без ПД, так что можно предположить, что снижение частоты встречаемости увеличивает риск развития экстрапирамидных расстройств в связи с протективным действием этих генотипов у здоровых лиц.

Полиморфизмы генов нейромедиаторных систем, включающих гены рецепторов и переносчиков аминокислот, могут иметь протективное или предиспонирующее действие на развитие лекарственно-индуцированных двигательных расстройств у больных шизофренией. Нарушение глутаматергической трансмиссии считается одним из ключевых компонентов патогенеза шизофрении, в особенности при развитии тардивной дискинезии, так как более выраженные изменения наблюдаются именно у этих пациентов. Функционирование глутаматных нейронов взаимосвязано с работой других нейронов в ЦНС, чья роль в патофизиологии шизофрении имеет значение. В их числе ГАМК-ергические интернейроны, а так же дофаминовые нейроны, которые являются мишенью для антипсихотических препаратов, блокада и повреждение которых может вызвать ПД.

Работа выполнена при поддержке стипендии Президента РФ

ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ И ВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЗВАННЫХ РИТМОВ ЭЭГ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Бочкарев В.К., Солнцева С.В., Киренская А.В., Ткаченко А.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В качестве одного из ведущих расстройств при шизофрении рассматривают дефицит когнитивных функций, нарастающий в процессе заболевания, наряду с усилением негативной симптоматики. Информативным нейрофизиологическим коррелятом когнитивных нарушений является амплитуда положительного компонента вызванного потенциала (ВП) с латентностью около 300 мс (P300), получаемого в вероятностном варианте исследования релевантных и нерелевантных стимулов (oddball paradigm). Более широкие возможности исследования нейрофизиологических механизмов патогенеза шизофрении открывает анализ вызванных ритмов (evoked, event-related oscillations) в основных частотных диапазонах ЭЭГ – дельта, тета, альфа, бета, гамма. Изучение избирательно распределенных вызванных ритмов ЭЭГ может повысить информативность нейрофизиологического анализа интегративных мозговых функций на сенсорном и когнитивном уровнях (E.Basar et al., 2001) – перцепции, внимания, обучения, памяти.

Цель исследования – установить отличия вызванных ритмов ЭЭГ у больных параноидной шизофренией по сравнению с нормой и изучить связь вызванных ритмов с выраженностью негативных расстройств.

Материал и методы. В исследовании участвовали 16 больных параноидной шизофренией (F20.0 по МКБ -10) и 22 психически здоровых испытуемых-добровольца. Все испытуемые были мужчинами в возрасте от 20 до 50 лет. Для количественной оценки негативных расстройств использовали суммарный показатель негативных симптомов шкалы PANSS.

Схема исследования была представлена вероятностным вариантом предъявления значимых (целевых) и незначимых слуховых стимулов: значимые стимулы (тон 2000 Гц, 50 мс, 75 дБ) составляли 20% от общего количества, незначимые (1000 Гц, 50 мс, 75 дБ) – 80%, соответственно. Регистрировали ЭЭГ от 19 электродов, расположенных по международной системе 10-20. С помощью специализированного программного блока системы Neuroscan 4.5 исследовали временную динамику показателя мощности следующих частотных полос: дельта (2±1 Гц), тета (5±2 Гц), альфа (10±2 Гц), бета (20±5 Гц), гамма (40±5 Гц). Анализировали данные по целевым значимым стимулам. Связь вызванных ритмов с негативными расстройствами определялась для временных окон (90 мс для дельта, тета, альфа ритмов и 50 мс – для бета и гамма) вблизи пиковых значений. При этом использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Группу здоровых испытуемых характеризовало наличие в динамике вызванных ритмов, как правило, одного отчетливо выраженного и топографически локализованного максимума. Для дельта и тета ритмов максимум с латентностью около 330 мс локализовался в центрально-теменной (отведения P3, Pz, P4, C3, Cz, C4) и в лобно-центральной (F3, Fz, F4, C3, Cz, C4) областях, соответственно; для альфа и бета ритмов максимум локализовался в лобно-центральной области (отведения F3, Fz, F4, C3, Cz, C4) с латентностью 165 мс и 176 мс, соответственно; для гамма ритма регистрировался максимум с латентностью 44 мс, локализованный генерализованно с нечетким преобладанием в отведениях F3, Fz, C3, Cz.

В группе больных шизофренией латентности динамических максимумов и их пространственное распределение существенно не отличались от нормы, но имели более низкую амплитуду – с высокой статистической значимостью для тета и дельта ритмов и в виде тенденции для остальных ритмов. У больных в динамике бета ритма отмечался второй, более поздний максимум с латентностью около 550 мс и преимущественной локализацией в лобных отделах. Его выраженность статистически достоверно превышала значения группы нормы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что основными дифференцирующими показателями являются ослабление вызванного дельта ритма в центрально-париетальных зонах коры и тета ритма в лобно-центральных отделах. Преимущественная связь вызванных дельта и тета ритмов с вниманием, ориентировочными реакциями, обработкой информации и принятием решения (E.Basar et al., 2001; Demiralp et al., 2001; Porjesz et al., 2005) позволяет предположить дефицитарность этих функций у больных параноидной шизофренией. Другие когнитивные функции, для которых показаны корреляции с альфа ритмом – рабочая память (Klimesch et al., 1994; E.Basar et al., 1997) или с высокочастотной активностью – перцепция и сенсорные процессы (Karakas et al., 2001), обнаруживали у больных только тенденцию к ослаблению.

Для показателя суммарной выраженности негативных расстройств выявлены значимые корреляции с вызванной активностью в левом полушарии – с отрицательным знаком в тета (Fz, Cz, C3, T3, T5) и альфа (P3) диапазонах, и с положительным знаком – в гамма диапазоне (Fp1, F3, F7). Поздний максимум бета ритма (с латентностью 550 мс) положительно коррелировал с выраженностью негативной симптоматики в отведениях правого полушария (C4, P4, T6).

Исследование связи негативных расстройств с вызванными ритмами показало определенную независимость их ЭЭГ коррелятов от нейрофизиологических особенностей, отличающих больных параноидной шизофренией от нормы. Это проявилось как в частотной области, так, и особенно, в пространственном распределении, где обнаружилась существенная роль полушарного фактора и характера связи (положительная либо отрицательная). Эти данные указывают на различие нейрофизиологических механизмов, дифференцирующих больных от здоровых лиц, с одной стороны, и коррелирующих с нарастанием негативных расстройств – с другой.

Выводы. Проведенное исследование выявило у больных параноидной шизофренией преимущественное ослабление вызванных дельта и тета ритмов, что может указывать на ослабление ориентировочного компонента реакций и дефицитарность когнитивных функций, сопровождающих это заболевание. Вариабельность у больных негативных расстройств существенно связана с полушарными особенностями вызванных ритмов и обнаруживает с ними как положительные, так и отрицательные корреляции.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА DPP6 С ТАРДИВНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Боярко Е.Г., Воронина Е.Н.

Томск, Новосибирск
НИИПЗ,
Институт химической биологии
и фундаментальной медицины СО РАН

Актуальность. Основным способом лечения шизофрении является длительная антипсихотическая терапия, которая улучшает долгосрочный прогноз заболевания и способствует его переходу в состояние ремиссии [Краснов В. Н. с соавт., 2006, Tandon R. 2011]. Больные шизофренией вынуждены принимать антипсихотическую терапию в течение длительного времени, зачастую в течение всей жизни. Кроме основного антипсихотического действия, нейролептики обладают широким спектром побочных эффектов, включая двигательные нарушения [Мосолов С. Н. 2004].

Экстрапирамидная симптоматика (в том числе поздняя, тардивная дискинезия – ТД) наблюдается у 20–30% пациентов, получающих традиционные нейролептики, характеризуется непроизвольными, повторяющимися, нерегулярными движениями вследствие поражения мышц рта, лица, конечностей и туловища [Gardos G., Cole J.O., La B.R., 1997, Loonen A.J., van Praag H.M., 2007].

Разработка методов, позволяющих индивидуализировать фармакотерапию, является одной из важнейших задач клинической фармакологии и биологической психиатрии на современном этапе [Иванова С. А., 2013].

Генетические особенности являются причиной от 20 до 95% всех неблагоприятных реакций организма человека на лекарственные соединения [Середенин С.Б. 2004].

Ген дипептидил-пептидазы 6 (DPP6) преимущественно экспрессируется в нейронах, которые содержат KV4 калиевые каналы (нейроны гиппокампа, полосатого тела, мозжечка) [Zagha E, 2005]. Ген DPP6 ассоциирован с рядом нарушений ЦНС человека, включая шизофрению. DPP6 известна в качестве вспомогательной субъединицы KV4 канала в нейронах ЦНС, хотя, возможно, она имеет дополнительные KV4-несвязанные функции в головном мозге [Clark BD, 2008]. Без DPP6, нейронные каналы KV4 инактивируются и восстанавливаются гораздо медленнее, чем с ее участием [Nadal MS, 2003]. DPP6 требуется для эффективного движения KV4 каналов на плазматической мембране и регуляции функционирования каналов, а также может иметь важное значение в их динамике и ответе на нейромодуляторы. Калиевый ток, опосредованный KV4 каналами является важным компонентом дофаминергической нейротрансмиссии [Zhang H, 2010]. При длительном лечении антипсихотическим препаратом галоперидолом наблюдается повышение экспрессии DPP6 [Hahn J, 2003].

В настоящее время не существует достоверных предикторов риска развития дискинезии на фоне антипсихотической терапии. Выявленные ранее ассоциации rs4726411, rs1292312 и rs7804017 гена DPP6, локализованные в интроне-1, с ТД в японской популяции [S Tanaka1, A Syu1, et al. 2013], делают актуальным дальнейшее исследование данных SNPs.

Целью исследования являлось изучение связи гена DPP6 с шизофренией и его вклада в развитие поздней тардивной дискинезии на фоне лечения антипсихотиками.

В задачи входили изучение ассоциации полиморфизмов rs4726411, rs1292312 и rs7804017 гена DPP6 с шизофренией в русской популяции Сибирского региона и исследование связи данных полиморфизмов с развитием поздней тардивной дискинезии на фоне лечения антипсихотическими препаратами.

Материалы и методы. В исследование было включено 495 пациентов с клиническим диагнозом шизофрении (МКБ-10: F20). Средний возраст обследованных пациентов – 38,63±13,23 года; длительность заболевания на момент обследования – 15,08±12,04 лет.

В качестве контрольной группы обследованы 238 психически и соматически здоровых лиц.

Для исследования тардивной дискинезии у 377 больных шизофренией клиническое обследование проведено по стандартной международной шкале патологических, непреднамеренных движений (Abnormal Involuntary Movement Scale – AIMS), позволяющих диагностировать наличие тардивной дискинезии и степень ее выраженности.

В ходе исследования группу больных шизофренией с проявлениями эстрапирамидных расстройств разделили на две подгруппы в зависимости от варианта дискинезии, которые фенотипически отличаются друг от друга и могут иметь различные генетические особенности. Сумма первых четырех показателей по шкале AIMS использована для оценки орофациолингвальной дискинезии (эти показатели включают мимику лица и области рта), сумма 5-7 показателя соответствует выраженности лимбтранкальной дискинезии (движения конечностей и туловища).

Генотипирование проводилось с использованием подхода, основанного на методе асимметричной полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием флюоресцентно-меченого олигонуклеотидного зонда с последующим плавлением амплификационных продуктов и анализа кривых плавления в режиме реального времени. В результате для каждого полиморфного локуса получали набор кривых плавления с характерным профилем для каждого генотипа.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ SPSS для Windows, версия 17.0. Сравнение частот генотипов и аллелей анализируемых групп проводили с помощью критериев $\chi 2$, Фишера. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Дипептидил-пептидаза 6 (DPP6) регулирует функцию Kv4, которые связаны с деятельностью дофаминергических нейронов [Nadal MS, 2003]. Дисфункция дофаминергической активности в нейронах наблюдается при шизофрении. В связи с чем, на первом этапе были проанализиро-

ваны частоты полиморфизмов исследуемого гена в общей группе больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами. Распределение генотипов и аллелей гена DPP6 у больных шизофренией и здоровых лиц статистически не отличалось.

Согласно литературным данным, экстрапирамидные расстройства так же характеризуются дофаминергическим дисбалансом и теоретически, DPP6 может быть связан с проявлением побочных эффектов от лечения данного заболевания антипсихотическими препаратами, влияющими на дофаминергическую нейротрансмиссию. Проведенный анализ не выявил достоверных отличий в группах пациентов с побочными двигательными нарушениями и без тардивной дискинезии.

Клинически тардивная дискинезия подразделяется на два варианта, которые фенотипически отличаются друг от друга и могут будут иметь различные генетические особенности: орофациолингвальная дискинезия и тораколюмбальная дискинезия (Al Hadithy A.F. et al, 2009, Ivanova S.A. et al, 2012). Однако, в настоящем исследовании, мы не выявили генетических особенностей.

Проанализировав полученные результаты в зависимости от пола, мы получили данные о статистически значимых различиях в группе мужчин с проявлением общей тардивной дискинезии. Так, частота аллеля А (0,26%) rs4726411 превышает его частоту в группе без тардивной дискинезии (0,16%) ($\chi2$=6,09, p=0,01), и частота генотипа АА в группе с общей ТД также выше (0,07%), чем в группе без ТД (0,03%) ($\chi2$=6,174, p=0,046). Значения отношения шансов OR для данного полиморфизма 1,84 (95% Cl=1,13-2,98) для аллеля А и 3,02 (95% Cl=0,79-11,60) для генотипа АА.

Выводы. Необходимо продолжение фармакогенетических исследований для развития персонифицированной медицины, в рамках которой возможно определить эндогенную предрасположенность пациентов к проявлению побочных эффектов препаратов. Ген DPP6 является возможным геномканадидатом для риска развития ТД у больных шизофренией. В нашей работе на русской популяции при сравнении группы больных шизофренией с тардивной дискинезией и группы больных без экстрапирамидных расстройств не было выявлено статистически значимых различий частот аллелей и генотипов полиморфных вариантов rs4726411, rs1292312 и rs7804017. Однако в группе мужчин с общей тардивной дискинезией частоты аллеля А и генотипа АА rs4726411 превышают соответствующие частоты в группе без тардивной дискинезии. Из полученных данных можно сделать вывод, что полиморфный вариант rs4726411 гена DPP6 ассоциирован с тардивной дискинезией у больных шизофренией в русской популяции.

Работа проведена при поддержке гранта №14-01-11001 – мол_нр. «Конкурс научных проектов, выполняемых молодыми учеными под ру- ководством кандидатов и докторов наук в научных организациях Российской Федерации в 2014 году»

ДАННЫЕ КРОССКОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА ЭЭГ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Брохин Л.Ю., Кудлаев С.В.

Пермь
ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера

Введение. В ряде исследований показана связь между клиническими данными и данными различных методов математической обработки электроэнцефалограммы (ЭЭГ) (Изнак А.Ф. 2007), однако, имеющиеся в доступной литературе результаты поиска корреляций между данными ЭЭГ и баллами MMPI/СМИЛ (Собчик Л.Н., 2002) противоречивы или имеют недостаточную достоверность по ряду шкал MMPI/СМИЛ, не учитывают изменения распределения корреляций при проведении ряда функциональных проб (Лебедев А.Н., 2006. Лебедев А.Н., Литвинова Т.И., Шеховцев И.К. 2006. Ливанов М.Н. 1989. Литвинова Т.И. 2006.). Кросскорреляционный анализ ЭЭГ дает новые возможности исследования процессов 2 точек мозга – позволяет количественно оценить степень сходства процессов или их связи, выявить общие компоненты и их соотношение, а также временные отношения разных ритмов (Фесенко Ю.А. 2010.) В данном исследовании представлены корреляции между ЭЭГ-параметрами, полученными методом кросскорреляционного (КК) анализа ЭЭГ и показателями СМИЛ.

Цель исследования: установить возможные соотношения личностных (СМИЛ) и электроэнцефалографических (кросскорреляционный анализ) параметров у пациентов с диагностированным расстройством личности.

Материалы и методы. Группа обследования (n=30) – мужчины в возрасте от 18 до 26 (18 лет – 27чел; 23 года – 1чел, 26 лет – 2чел.), проходившие стационарное обследование (ВВК) в ГБУЗ ПК «Пермская краевая клиническая психиатрическая больница» в связи с решением вопроса о годности к несению службы в ВС РФ. В результате проведенной ВК у всех обследованных была диагностировано: транзиторное расстройство личности смешанного типа (F61.0) – у 26 чел., акцентуация черт характера по смешанному типу (Z73.1) – у 1 чел, шизоидное расстройство личности (F60.1), шизотипическое расстройство личности (F21.8), психоневротическое расстройство личности (F60.8) – по 1чел. В исследование не вошли лица с тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями, перенесшие черепно-мозговую травму (доказанные случаи), злоупотребляющие психоактивными веществами, имеющие выраженный когнитивный дефицит, с наличием эпилептиформных изменений на ЭЭГ или несоответствием биоэлектрической активности головного мозга возрасту (Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Глухова Л.Ю., 2004).

Всем обследуемым проводились клинико-анамнестическое, неврологическое (клинический осмотр), клинико-психопатологическое и электроэнцефало-графическое исследование, эхоэнцефалоскопия. При необходимости проводились методы нейровизуализации (компьютерная томография (КТ) / магнитно-резонансная томография (МРТ).

Методом ЭЭГ-анализа в настоящей работе являлся кросскорреляционный и автокорреляционный анализ с последующим статистическим анализом полученных первичных ЭЭГ-данных. ЭЭГ регистрировали в состоянии спокойного бодрствования с помощью электроэнцефалографа фирмы «Нейрософт» (Россия) – Нейрон-Спектр 4 с полосой пропускания до 35 Гц и постоянной времени 0,32 сек. Запись проводились от 19 электродов по международной системе «10-20», в монополярном режиме с ипсилатеральными референтными ушными электродами, регистрация и обработка данных проводились с использованием программы «Нейрон-Спектр». Исключение артефактов осуществлялось визуально в режиме ручного редактирования ЭЭГ-файла. Параметры вычислялись методом быстрого Фурье-преобразования (жесткий фильтр) для эпох длительностью 2,56 сек (512 тактов), амплитуда вычислялась способом «пик-пик». В последующем проводилось усреднение результатов по всем подобным эпохам индивидуально для каждой функциональной пробы (фоновая запись, гипервентиляция в течение 3-х мин., ЭЭГ после ги-первентиляции, фотостимуляция 1 – 25 Гц, ЭЭГ 1-ой минуты после фотостимуляции проводилась после гипервентиляции).

Все участники группы за день до, после или в день регистрации ЭЭГ проходили экспериментально-психологическое обследование с использованием СМИЛ. Лица с превышением значений по оценочным шкалам (шкалы «лжи« (L), «достоверности« (F), «коррекции« (K)) исключались. Между каждым параметром анализа и баллами по отдельными шкалами СМИЛ (раздельно с учетом и без учета коэффициента коррекции) вычислялся коэффициент линейной корреляции Пирсона (r). Для статистической обработки использовалась оригинальная программа, написанная

на языке Visual Basic for Applica-tions для MS Excel (MS Office 2013), статистический пакет STATISTICA 10.

Кросскорреляционный анализ ЭЭГ и СМИЛ выявил следующие паттерны распределения корреляций :

1) Обратные корреляции средней силы между задержкой кросскорреляции (Задержка КК) в центральных C3C4, затылочных O1O2, височных отведениях T5T6 после фотостимуляции и баллами по шкале «паранойи» (6, Pa).

2) Обратная корреляция средней силы между средней частотой кросскорреляции в теменных отведениях P3P4 после гипервентиляции и баллами по шкале «психопатии» (Pd+0,4k).

3) Прямые корреляции средней силы между средней частотой кросскорреляции в ФЗ в лобных F7F8, теменных P3P4 после фотостимуляции, за-держкой кросскорреляции в лобных отведениях Fp1Fp2 в ФЗ и баллами по шкале «психастении»; обратные корреляции средней силы между задержкой кросскорреляции в височных отведениях T5T6 после фотостимуляции и баллами по шкале «психастении» (7, Pt+1k).

4) Обратная корреляционная связь средней силы между коэффициентом кросскорреляции (ККК) в затылочных отведениях O1O2 в фоновой записи, задержкой кросскорреляции в теменных отведениях P3P4 после гипервентиляции и баллами по шкале «шизофрении» (8, Sc+1k).

5) Прямая корреляционная связь средней силы между коэффициентом кросскорреляции в лобных отведениях Fp1Fp2 в ФЗ и баллами по шкале «гипомании» (9, Ma+0,2k), обратная корреляционная связь между задержкой кросскорреляции в лобных отведениях F7F8 при ФЗ и задержкой кросскорреляции в теменных отведениях P3P4при гипервентиляции и баллами по шкале «гипомании».

Обращают внимание противоположные по направлению показатели корреляционной связи между задержкой кросскорреляции в лобных отведениях F7F8 при фоновой записи по шкалам «ипохондрии» (1, Hs+0,5k), «депрессии» (2, D) и «социальной интроверсии» (0, 10, Si) (положительная связь) и шкале «гипомании» (отрицательная связь).

6) Прямая корреляционная связь между задержкой кросскорреляции в лобных отведениях F3F4 при фоновой записи, средней частотой кросскорреляции в затылочных отведениях O1O2, задержкой кросскорреляции в лобных отведениях Fp1Fp2 после фотостимуляции и баллами по шкале «социальной интроверсии».

Выводы. 1. В исследовании выявлено наличие достоверных (двусторонний (twotailed) критерий вероятности ошибки: p=0,05; p=0,02; p=0,01; p=0,001) прямых и обратных корреляционных связей средней силы (коэффициент Пирсона [0,403] – [0,643]) между баллами по всем основным клиническим шкалам СМИЛ и данными кросскорреляционного анализа ЭЭГ.

2. Между баллами по ряду клинических шкал СМИЛ и параметрами ЭЭГ выявлены индивидуальные для каждой шкалы паттерны распределения корреляций в зависимости от выбранного параметра анализа ЭЭГ, локализации электрода и функциональной пробы.

НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЗЖЕЧКА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Бурбаева Г.Ш., Бокша И.С., Терешкина Е.Б., Савушкина О.К., Прохорова Т.А., Воробьева Е.А.

Москва
НЦПЗ

Целью исследования была сравнительная оценка уровней ферментов в образцах мозжечка от больных болезнью Альцгеймера (БА) и контрольной группы: глутаминазы (ФАГ), превращающей глутамин в глутамат, глутаматдекарбоксилазы (ГДК), связывающей метаболические пути глутамата и ГАМК, и мозговой изоформы креатинфосфокиназы (КФК ВВ), регулирующей уровень АТФ в глиальных клетках.

Материалы и методы. Исследование проведено на образцах мозжечка из коллекции аутопсийного мозга, собранной и хранящейся при -80°C в лаборатории нейрохимии ФГБНУ НЦПЗ. Было отобрано 13 случаев БА и 13 контрольных образцов. Группа контрольных случаев и группа случаев БА достоверно не различались ни по постмортальному интервалу (4-6 ч), ни по возрасту (в контрольной группе – 52-81 год – медиана 70 лет, в группе БА – 57-83 года – медиана 72 года). Обе группы были уравнены по числу представителей обоих полов (8 женщин и 5 мужчин в каждой). Экстракты образцов мозжечка были получены посредством удаления ядерной фракции центрифугированием и обработки полученных супернатантов детергентом (додецилсульфатом Na) в присутствии восстановителя (β-меркаптоэтанола). Количества исследуемых ферментов определяли с помощью ПААГ-электрофореза с последующим Вестерн-иммуноблоттингом с хемилюминесцентным усилением сигнала.

Результаты и их обсуждение. За прошедшие четверть века существенно расширились представления о роли мозжечка в психических функциях и когнитивных процессах [Schmahmann J.D, 1998, Schmahmann J.D., 2001]. В основном знания были получены при изучении различных поражений мозжечка – разновидностей мозжечковой атаксии [Manto M., 2015] и инфарктов мозжечка [ПереверзевИ.В., 2011, Kalashnikova L.A., 2005]; был выделен «мозжечковый когнитивно-аффективный синдром», наблюдающийся при поражении мозжечка и заключающийся в расстройстве исполнительных функций, нарушении пространственного мышления, дефиците речи и изменениях личности [Schmahmann J.D., 1998].

В ходе эволюции у человека, по сравнению с другими приматами, мозжечок претерпел существенную перестройку [Middleton F.A., 2001]. Нейровизуализационные исследования показали, что эволюция мозжечка сопровождалась приобретением существенно большего числа функций, чем предполагалось ранее на основании изучения аутопсийного мозга человека и животных. Эти новые функции – контроль внимания, эмоций, социального поведения – прежде связывали с корой мозга [Schmahmann J.D., 2010, Timmann D., 2007].

Хотя точный механизм участия мозжечка в познавательной деятельности до конца не расшифрован и еще не ясно, как мозжечок модулирует функции мозга при решении разнообразных задач [Stoodley C.J., 2012], на сегодняшний день можно заключить, что мозжечок, благодаря его участию в столь разнообразных когнитивно-функциональных доменах, вносит вклад в развитие психических заболеваний [Buckner R.L., 2013].

Еще в 90-х годах прошлого века высказывалось мнение о том, что мозжечок незаслуженно обойден вниманием при изучении мозга больных БА [Larner A.J., 1997]. Хотя в мозжечке не обнаруживалось амилоидных бляшек и нейрофибриллярных клубков, выявляемых по иммунореактивности тау-белка, ряд данных указывал на присутствие в этой структуре при БА диффузных скоплений амилоидного белка и активацию микроглии. На основании этого было выдвинуто предположение о том, что выпадение нейронов, атрофия и глиоз – основные морфологические изменения, заметные при БА в мозжечке [Sjцbeck M., 2001] – могут лежать в основе тех симптомов и явлений, природу которых ранее не относили на счет этой структуры.

Недавно опубликованные результаты сравнительного определения концентрации различных форм бета-амилоидного белка в разных структурах мозга при БА показали хотя и сниженный, но вполне сопоставимый уровень бета-амилоида-42 в мозжечке по сравнению с другими структурами (различие с гиппокампом в 3-3,5 раза), а также подтвердили наличие в мозжечке диффузных скоплений бета-амилоида-42, обнаруживаемых иммуногистохимическим методом [Cohen M.L., 2015].

Авторы недавней статьи обнаружили связь между нейрохимическими изменениями в аутопсийной коре мозжечка и клиническими симптомами БА, зарегистрированными при жизни больных [Vermeiren Y., 2014].

Мозжечок функционально и анатомически связан с префронтальной корой, а также лимбическими структурами и базальными ядрами, и его роль в формировании симптомов психических заболеваний, включая деменцию при БА, признает все большее число исследователей [O'Halloran C.J.? 2012, Sjqbeck m., 2001, Timmann D., 2007, Chen J., 2010, Villanueva R, 2012].

Исследования, проведенные в лаборатории нейрохимии НЦПЗ, показали существенное нарушение метаболизма глутамата, ГАМК и энергетических процессов в мозжечке при БА. Так, достоверное снижение концентрации активируемой фосфатом глутаминазы (ключевого фермента, синтезирующего нейромедиаторный пул глутамата) в мозжечке больных БА по сравнению с уравненной контрольной группой (p=0,004) [Бурбаева Г.Ш., 2013] может свидетельствовать о существенном снижении синтеза нейромедиаторного глутамата в мозжечке при БА, что приводит к когнитивным нарушениям и деменции, поскольку глутаматергическая система ответственна за когнитивные функции мозга. Существенное достоверное снижение концентрации двух изоформ глутаматдекарбоксилазы (ГДК, фермента, расщепляющего глутамат до ГАМК) в мозжечке больных БА (для ГДК67 p=0,00004, для ГДК65 p=0,0002) [Бурбаева Г.Ш., 2014] может служить подтверждением нарушения равновесия между процессами превращений глутамата и ГАМК, а также недостаточно интенсивного синтеза нейромедиаторной ГАМК. Уровни других ферментов, метаболизирующих глутамат – глутаматдегидрогеназы и белка, подобного глутаминсинтетазе, – оказались связанными с уровнями ГДК (обнаружены достоверные корреляции между их концентрациями), что указывает на существенную перестройку метаболизма глутамата в мозжечке при БА. Кроме того, в мозжечке при БА критически снижен уровень центрального фермента энергетического метаболизма – креатинфосфокиназы (мозговой изоформы – КФК ВВ) (p=0.0023) [Бурбаева Г.Ш., 2014].

Выводы. Наши исследования подтверждают существенные нарушения метаболизма нейромедиаторов – глутамата и ГАМК – и энергетического метаболизма в мозжечке при БА, что может вносить вклад в развитие деменции при этом заболевании.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Бутома Б.Г., Липатова Л.В., Серебряная Н.Б., Сивакова Н.А., Капустина Т.В., Савинцева Ж.И., Тотолян А.А.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
СЗГМУ им. И.И.Мечникова,
Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН

Депрессия – самое частое коморбидное психическое расстройство при эпилепсии, приводящее к ухудшению течения основного заболевания, повышенному суицидальному риску и снижению качества жизни больных эпилепсией. Депрессивные расстройства являются одними из самых трудно курабельных состояний в психиатрии. Формирование резистентности к психотропным препаратам обусловлено различными биологическими факторами, важную роль в этих процессах играют изменения активности нейромедиаторных систем мозга, гормональные и иммунные механизмы. Современный этап развития биопсихосоциальной концепции психических расстройств характеризуется целесообразностью междисциплинарного подхода при исследовании заболеваний нервной системы. Последний должен быть направлен на выявление связей аномалий функционального характера и морфологических нарушений (Riley E. M.et al., 2000), для чего целесообразно использование методов нейровизуализации (Шамрей В. К.и др., 2010; Мельникова Т. С. и др., 2011; Waley El. et al., 2014) и лабораторных исследований, в частности – иммунологических (Семке В. Я. и др., 2003; Говорин И. В., 2010; Leonard B., 2012; Slavich G. M., Irwin M.R., 2014).

Депрессия связана со структурными изменениями в гиппокампе, префронтальной коре, миндалине, передней части поясной извилины и базальных ганглиях (Campbell S. et al., 2006). Уменьшение объема гиппокампа может быть вызвано гибелью нейронов, моди-фикацией нейрональных и глиальных клеток (Brown E.S. et al., 2004), снижением нейрогенеза, что объясняют низким уровнем нейротрофинов, в частности нейротрофического фактора мозга (Angelucci F. et al., 2005) и гиперсекрецией глюкокортикоидов (Sapolsky R. M., 2004). Появление нейроспецифических антигенов в периферической крови отражает наличие деструктивных процессов как в астроцитарных и олигодендрональных элементах нервной ткани (S-100, ОБМ, Galc-1-типа) (Бабич Г.Н. с соавт., 2003; Морозов С.Г. с соавт. 2006) и миелиновых оболочках аксонов (ОБМ), так и собственно в мембранах нейронов (МемАг) (Столяров И.Д., 2003). Эти данные позволяют рассматривать мозг как глионейрональную систему, в которой особую роль играют взаимоотношения олигодендроцитов с нейронами. Дальнейшее изучение роли олигодендроцитов в развитии эндогенных психических заболеваниях открывает новые пути к пониманию звеньев патогенеза этих заболеваний и к поиску новых способов их лечения (Востриков В. М., 2008).

Структурно-метаболические изменения головного мозга были изучены у 80 больных, которые были разделены на 3 группы: первую группу – 28 человек (35%) – составили больные эпилепсией (БЭ); вторую – 20 человек (25%) – депрессией (Д); третью – 32 человек (40%) – пациенты с депрессией и эпилепсией (БЭД). Контрольная группа состояла из 40 здоровых добровольцев. Всем исследуемым проведена МРТ головного мозга с применением методов тонкой структурной нейровизуализации: воксельной морфометрии и диффузно–тензорной визуализации. Сканирование проводилось на аппарате МРТ Philips ACHIEVE 3 Тл, использовался протокол FLAIR ВИ – срезы 1 мм без пробела, т1ви –срезы 1 мм без пробела, диффузионно-тензорная МРТ – 36 направлений диффузии, фракционная анизотропия кортикоспинального, лобно-затылочного трактов, кортико-стрио-таламо-кортикальных кругов, трактов форникса, мозолистого тела и поясной извилины. Протокол сканирования включал в себя Т2-ВИ в аксиальной плоскости, изотропные FLAIR-ВИ и Т1-ВИ с толщиной среза 1 мм в сагиттальной плоскости, диффузионно-тензорную МРТ и одновоксельную протонную спектроскопию (1Н МРС) гиппокампов с коротким временем отклика. Методом постпроцессинговой обработки МРТ головного мозга вычислялись пики основных метаболитов: N– ацетиласпартата (NAA), холина (Cho) и креатина (Cr), вычислялось соотношение этих метаболитов.

У БЭ, по сравнению с контрольной группой здоровых волонтеров, установлено значимое асимметричное снижение показателя фракционной анизотропии в одном из гиппокампов, часто совпадающее с доминантным электрическим эпилептическим очагом, выявлен дефицит трактов ствола мозга, мозолистого тела, форникса, ассоциативных трактов полушарий, а также изменения в проводящих путях кортико–стрио-таламо–кортикального круга. Подобные нарушения были выявлены и у БД, а минимальные значения исследуемых параметров были

отмечены у БЭД. В группе БЭ и больных, страдающих депрессией, все исследуемые метаболиты при 1Н МРС были значительно снижены относительно нормы, без значимых различий между группами пациентов. В группе БЭД отмечалось более выраженное снижение исследуемых нейрометаболитов, как по сравнению с группой здоровых, так и больных, имевших только эпилепсию или только депрессивное расстройство.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии большей деафферентации на стороне эпилептического очага, максимально выраженной в группе больных с сочетанием эпилепсии и депрессии. Нами установлено наличие снижения основных метаболитов головного мозга – Cho, Cr и NAA – у больных эпилепсией и депрессией, достигающее минимальных значений при сочетании этих заболеваний, что свидетельствует об общих патогенетических механизмах эпилепсии и депрессии и усилении метаболических нарушений при их сочетании.

Иммунный статус больных эпилепсией характеризовался существенным нарушением профиля цитокинов в плазме крови: повышением уровня провоспалительных цито-кинов (IL-1b, IL-8 и TNFa), снижением концентраций IL-2, sIL-2R и RAIL-1, повышени-ем уровня аутоантител к белку S100b, который свидетельствует об изменении глиальных клеток и нарушении нейроглиальных отношений.

В рамках междисциплинарного подхода нами была изучена возможность психонейроиммуномодуляции препаратом Ронколейкин®, содержащим рекомбинантный человеческий интерлейкин IL-2 (rIL-2h) и структурно-метаболические изменения головного мозга у 60 больных эпилепсией с коморбидными депрессивными расстройствами (БЭД), резистентных к фармакотерапии. Выраженность депрессивной и тревожной симптоматики определялась с помощью шкал Бека, Монтгомери – Асберга (MADRS), госпитальной шкалы тревоги (HADS-A) до и после лечения препаратом Ронколейкин®, являющимся центральным иммунорегуляторным цитокином, используемого в качестве добавочной терапии к базовому лечению антиэпилептическими препаратами. Препарат rIL-2h вводили подкожно в дозе 1,0 мг (1000000 МЕ rIL-2) через день № 3.

После курса лечения препаратом rIL-2h у БЭД достоверно снизилась концентрация IL-8, хемоаттрактивного цитокина, привлекающего и активирующего нейтрофильные гранулоциты – основную популяцию лейкоцитов, проникающих в ткань мозга при эпилепсии. Концентрация нейротрофического фактора мозга (brain-derived neurotrophic factor, BDNF) достоверно повысилась ~ в 1,6 раз, а содержание S100b уменьшилось в 1,5 раза. Среднее значение показателей Депрессии (Д) и Тревоги (Т) по шкале Бека достоверно снизилось ($p<0,001$), отражая уменьшение уровня Д и переход ее в диапазон «легкой степени выраженности депрессии (субдепрессии)». Сравнительный анализ степени тяжести Д, определяемой с помощью шкалы MADRS, показал, что выраженность депрессивного синдрома после проведенного лечения препаратом rIL-2h достоверно уменьшилась относительно первоначального уровня ($p<0,001$) и соответствовало нормативным значениям. Уровень Т по шкале HADS-A у обследуемых также снизился, по сравнению с исходным ($p<0,001$), однако остался, по-прежнему, в диапазоне субклинических проявлений.

Таким образом, применение регуляторных цитокинов в качестве адъювантного лечения больных эпилепсией с непсихотическими психическими расстройствами позволяет достичь позитивного психотропного эффекта со значительной редукцией депрессивных и тревожных расстройств и может быть рекомендовано как элемент иммунореабилитации в комплексном подходе к лечению таких больных.

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ МОНОАМИНЕРГИЧЕСКИХ СИСТЕМ В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Вазагаева Т.И., Павлов К.А., Леопольд А.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В молекулярно-генетических исследованиях аффективных расстройств (АР) в качестве генов-кандидатов, предположительно вовлеченных в патогенетические механизмы данных состояний и ассоциированных с их фенотипическими признаками, рассматривается широкий спектр функциональных полиморфизмов генов, кодирующих активность нейротрансмиттерных систем, мембранных белков, нейротрофических факторов, интерлейкинов, факторов жизнеспособности клеток. Наибольший интерес у исследователей вызывают полиморфизмы генов моноаминовых нейротрансмиттерных систем мозга, прежде всего – серотонинергической системы. В литературе имеется большое число публикаций, подтверждающих значимость функциональных полиморфизмов гена SLC6A4, кодирующего мембранный белок – транспортер серотонина. Основные вариации гена SLC6A4, которые были изучены при психических расстройствах, представляют собой короткие тандемные повторы, обозначаемые VNTR (переменные числа тандемных повторов). Один из таких полиморфизмов промоторной области гена SLC6A4 5-HTTLPR имеет 2 вариации: длинная (инсерционная) L-аллель и короткая (делеционная) S-аллель. Присутствие S-аллели связывается со снижением экспрессией гена и, соответственно, активности белка-транспортера и положительно коррелирует с риском развития расстройств аффективного спектра, в частности, биполярного и униполярного депрессивного расстройства, стресс-индуцированной депрессии, суицидального поведения, а также тревожных, стрессовых и аддиктивных расстройств. Менее последовательны и зачастую противоречивы сведения об участии других функциональных полиморфизмов гена SLC6A4 в этиопатогенезе АР, а именно VNTR-полиморфизма интрона STin2 с 12-, 10-, 9- или 7-повторяющимся единицами, и однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП). Из 27 ОНП гена SLC6A4 наибольшее число положительных ассоциации с большой депрессией было получено при изучении rs25531, присутствие G-аллели которого почти всегда сопутствует длинной аллели 5-HTTLPR, а A-аллели – короткой аллели последнего. В ряде работ была обнаружена связь ОНП rs3813034 с риском развития большой депрессии, личностной тревожности, панического расстройства, суицидального поведения, ассоциированного с полученной в детстве психической травмой.

При изучении связи генов серотониновых рецепторов с АР положительные ассоциации некоторыми авторами были выявлены в отношении некоторых ОНП генов HTR1A и HTR2A, кодирующих соответствующие рецепторы, чувствительность к серотонину которых связана с важнейшими аффективными симптомами – нарушениями настроения, сна, аппетита, уровнем тревоги, агрессивным и аддиктивным поведением, сексуальной дисфункцией и др. Предполагается, что между ОНП генов HTR1A и HTR2A и VNTR-полиморфизмом гена SLC6A4 существуют полимерные взаимодействия, обусловливающие активность серотонинергической нейротрансмиссии.

Другим широко исследуемым при психических, в том числе аффективных, расстройствах геном-кандидатом является MAOA, кодирующий белок моноаминооксидазы А – фермента, катаболизирующего эндогенные моноамины и психоактивные вещества. Наиболее изучен функциональный полиморфизм промоторной области MAOA VNTR с числом тандемных повторов 2, 3, 3,5, 4 и 5. Короткие (с 2 и 3 повторами) аллели тормозят экспрессию гена MAOA, что приводит к снижению активности фермента. Присутствие этих аллелей связывается с риском

развития аффективной патологии, а также широкого спектра других психических нарушений, в особенности агрессивного и антисоциального поведения. Значимость 17 известных ОНП гена MAOA в патогенезе АР значительно менее исследована. Имеются сведения о возможной ассоциации ОНП rs1137070 с возникновением аффективных нарушений при шизофрении и с формированием ответа на терапию антидепрессантами при большом депрессивном расстройстве.

С целью определения связи ОНП rs3813034 гена SLC6A4 и ОНП rs1137070 гена MAOA с фенотипическими признаками пациентов, страдающих АР с отягощенным аффективной патологией семейным анамнезом, нами было обследовано 52 пациента, из которых 21 человек страдают биполярным аффективным расстройством (БАР), и 31 – рекуррентным депрессивным расстройством (РДР). Среди пациентов было 33 женщины и 19 мужчин. Число гомозиготных носителей аллелей АА и СС ОНП rs3813034 гена SLC6A4 в общей выборке пациентов было практически одинаковым и составило 40,4% и 38,4%, число гетерозиготных носителей АС было в 2 раза ниже – 21,2%. Соотношение гомозиготных лиц с аллелями СС и ТТ и гетерозиготных лиц с аллелями СТ ОНП rs1137070 гена MAOA было приблизительно равным: 36,5%, 34,6% и 28,9%, соответственно. Была установлена связь аллели А ОНП rs3813034 гена SLC6A4 с фенотипом БАР и семейной отягощенностью аффективной патологией с 1-й степенью родства и связь аллели С данного ОНП с фенотипом РДР и семейной отягощенностью 2-ой степени родства. При изучении генотипа ОНП MAOA rs1137070 была определена ассоциация аллели С с фенотипом БАР и аллели Т с фенотипом РДР. Кроме того, анализ ассоциации ОНП rs1137070 с признаком пола показал статистически значимое преобладание числа мужчин-носителей аллели Т по сравнению с числом женщин-носителей Т/Т (MAOA расположен на Х-хромосоме). Анализ связи изучаемых ОНП с другими фенотипическими характеристиками пациентов, такими как возраст первого эпизода заболевания, общее число аффективных эпизодов и преобладающий аффективный синдром, не выявил статистически значимых ассоциаций.

Изучение возможных полимерных воздействий генов SLC6A4 и MAOA на фенотипические признаки АР выявило значимую связь аллельной комбинации СС ОНП rs3813034-ТТ(Т) ОНП rs1137070 с нозологической формой, степенью наследственной отягощенности и полом: данная комбинация была ассоциирована с РДР, отягощенностью 2-й степени и мужским полом. Другая аллельная комбинация – АА ОНП rs3813034-СС(С) ОНП rs1137070 – оказалась связанной с диагнозом БАР.

Таким образом, в нашем исследовании была выявлена гетерогенность исследуемой выборки пациентов с АР по 2-м основным фенотипическим признакам: нозологической форме – при анализе ассоциаций с ОНП генов SLC6A4 и MAOA и степени наследственной отягощенности – при анализе ассоциаций с ОНП SLC6A4. Приведенные данные подтверждают современные представления о генетической неоднородности аффективных расстройств, определяющейся не только при сравнительном анализе различных нозологических форм, выделяемых в классификационных системах, но и в пределах одной нозологической формы. В связи с этим для повышения результативности дальнейших исследований этиологических и патофизиологических механизмов этой группы расстройств необходимо применение более сложных подходов, учитывающих, наряду с генетическими факторами, фенотипический – клинический и нейробиологический – полиморфизм и влияние экзогенных (экологопсихосоциальных) воздействий.

ИММУНОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТНО-АДАПТИВНАЯ СИСТЕМА В МЕХАНИЗМАХ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Невидимова Т.И., Лобачева О.А., Стоянова И.Я.

Томск
НИИПЗ

Важнейшую роль в сохранении психического и соматического здоровья человека выполняют иммунная и нервная системы, взаимосвязь и взаиморегуляция которых обеспечивает адаптацию организма к изменениям внешней и внутренней среды (Крыжановский Г.Н. и др., 2010; Ader R. et al., 1995; Ron-Hare, N et al., 2011). Особенно отчетливо эта взаимосвязь проявляется при действии стресса. Патологическое действие психоэмоционального стресса реализуется через изменение функционального состояния лимбико-диэнцефальных структур мозга, являющихся ключевым отделом регуляции иммунных реакций, и нарушение нейроиммунного взаимодействия является важнейшим патогенетическим звеном психических расстройств (Семке В.Я. и др., 2003; Alishev, N V; Drabkin, B A; Shubik, V M, 2010; A. Vidovic et al., 2011). Устойчивость индивида к действию стресса также во многом определяется своеобразием его личности, стереотипами личностного реагирования на стресс и психологических установок (Гурвич И.Н., 1992; Гуревич П.С., 2007; Лебедев В.И., 2008; Saban K.L et al., 2012, 2013). Существенной характеристикой адаптации личности к стрессовым воздействиям является система механизмов психологической защиты (МПЗ), регулирующей отношения индивида со средой, в том числе и биологической (Менделевич В. Д., Соловьева С. Л., 2002; Стоя-нова И. Я., 2003, 2007; Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2006; Mausbach B. T. et al., 2008; McLeod S. A., 2010). Несмотря на большое количество представленных в литературе данных, остаются актуальными комплексные исследования, рассматривающие реакцию организма на психотравмирующее воздействие на различных уровнях иерархической организации человека. Базируясь на этих положениях нами разрабатывается концепция иммунопсихологической защитно-адаптивной системы, основанной на представлении об иммунитете и психологической защите, как универсальных филогенетически выработанных и биологически целесообразных системах реагирования человека на изменение окружающей среды.

Целью исследования явилось изучение интегративных взаимосвязей функциональных систем молекулярного, гомеостатического, поведенческого и психического уровней при психической дезадаптации в континууме от психического здоровья к невротическим, связанным со стрессом расстройствам.

Обследования 459 человек с различным уровнем психической адаптации/дезадаптации: здоровье; психоадаптационные состояния (ПАС); психодезадаптационные состояния (ПДАС); невротические расстройства на стадии невротических реакций.

Молекулярный уровень исследования включал определение концентрации сывороточных иммуноглобулинов; гормонов (кортизола, трийодтиронина – Т3, тироксина – Т4, тиреотропного гормона – ТТГ); уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Клеточный уровень исследования включал фенотипирование субпопуляций иммунокомпетентных клеток по кластерам дифференцировки (CD) поверхностных рецепторов. Нарушения функциональных систем, проявляющихся на уровне организма, оценивали с помощью диагностики клинических синдромов вторичной иммунной недостаточности (инфекционный, аллергический, аутоиммунный) и выявления сопутствующей соматической патологии. При психологическом

обследовании с использованием валидных психологических тестов определяли механизмы психологической защиты (МПЗ); ситуативную и личностную тревожность. Клинико-психопатологическое обследование выявляло спектр симптомологических и синдромологических характеристик невротических, связанных со стрессом расстройств.

Установлено, что при переходе от психоэмоционального напряжения к психической дезадаптации происходит нарастание нарушений иммунитета, увеличение частоты встречаемости синдромов вторичной иммунной недостаточности. Наибольший вклад в формирование психической дезадаптации в континууме «здоровье – психоадаптационные – психодезадаптационные состояния» вносят лимфоциты CD3+-, CD16+-, CD72+- и HLADR+- фенотипов, IgG, IgA и ЦИК. Выявлены особенности ситуативной (реактивной) тревожности, установлена прямая корреляционная зависимость между величиной показателя личностной тревожности и усилением дезадаптивной симптоматики в проблемной ситуации.

Полученные различия позволяют рассматривать их в качестве предикторов формирования психодезадаптационного состояния (патологической психической адаптация и вероятной предпатологии) на стадии психоадаптационного состояния – непатологической психической адаптации (патент РФ «Способ прогнозирования развития психической дезадаптации», опубл. 20.09.2014 Бюл. № 26).

Анализ психологической защиты в обследованных группах по опроснику «Индекс жизненного стиля» показал постепенное нарастание напряженности общей психологической защиты и ее отдельных механизмов от группы «здоровье» к группам ПАС и ПДАС. Выявлены особенности структуры корреляционных взаимосвязей между компонентами системы иммунитета и количественными характеристиками МПЗ у лиц с разными уровнями психической адаптации, которые заключаются в увеличении числа и силы межсистемных интеграций, отражающих повышение напряженности функционирования иммунопсихологического комплекса в континууме «здоровье–ПАС–ПДАС».

На основе анализа полученных данных с помощью метода пошаговой логистической регрессии разработана патодинамическая модель развития психической адаптации-дезадаптации в континууме от здоровья к напряжению психической адаптации (ПАС) и последующему срыву психического приспособления (ПДАС) с переходом в клиническую форму невротических, связанных со стрессом расстройств. Из всего объема анализируемых данных в модель вошли наиболее информативные переменные: клинические – синдромы вторичной иммунной недостаточности, сопутствующая соматическая патология и пол; иммунологические – общее количество Т-лимфоцитов (CD2+), зрелых Т-лимфоцитов (CD3+), натуральных клеток-киллеров (CD16+), лимфоцитов с маркерами поздней активации (HLADR), уровень IgG и ЦИК; экспериментально-психологические: механизмы психологической защиты (вытеснение, регрессия, компенсация, замещение) и показатели реактивной и личностной тревожности.

Различные комбинации значений этих переменных определяют индивидуальную устойчивость или уязвимость к стрессогенным факторам и позволяют отнести обследуемого к одному из четырех вариантов классификации: «здоровье», «ПАС», «ПДАС», «невротические, связанные со стрессом расстройства».

В целом приведенные данные подтверждают правомерность концепции иммунопсихологической защитно-адаптивной системы в механизмах психоэмоционального стресса. Создание на базе этой концепции принципиально новых технологий оптимизации иммунопсихологических защитных механизмов позволит снизить негативное влияние на организм экстремальных факторов, повысить стрессоустойчивость, сохранить физическое и психическое здоровье населения.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ VAL66MET BDNF И ALA222VAMTHFR ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ЗАДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Вильянов В.Б., Сорокин А.С., Ильгизова А.А., Никитенкова И.И., Кичук И.В., Павочкина Е.С., Хаминский А.М.

Москва

Научно-диагностический центр клинической психиатрии

Под наблюдением находилось 137 больных, из них с диагнозом шизофрения 44, задержкой психического развития – 46, пограничные психические расстройства – 47. Обследование включало определение полиморфизмов Val66Met BDNF и Ala222Val MTHFR.

Результаты исследования. В группе больных шизофренией соотношение генотипов полиморфизма Ala222Val MTHFR было следующим: AlaAla – 43,8%; AlaVal – 34,6%; ValVal – 11,5%. Среди исследуемых с задержкой психического развития, соответственно: 52,5%; 35,0%; 12,5%. У пациентов с пограничными психическими расстройствами: 44,8%; 37,9%; 17,2%. В контрольной группе: 47,8%; 41,6%; 10,9. Соотношение аллелей Ala/Val в группе больных шизофренией составляло 71,2% и 28,8%; с задержкой психического развития – 70% и 30%; у лиц с пограничными психическими расстройствами – 63,8% и 36,2%. В контрольной группе – 68,5% и 31,5%.

В группе больных шизофренией с генотипом ValVal (Met -) полиморфизма Val66Met BDNF оказались 83,3% от общего числа носителей аллеля Val полиморфизма Ala222Val MTHFR, тогда как среди лиц с генотипами ValMet и MetMet (Met +) полиморфизма Val66Met BDNF аллель Val полиморфизма Ala222Val MTHFR был выявлен только у 16,7% испытуемых. У пациентов с задержкой психического развития эти показатели составили 64,7% и 35,3%, с пограничными психическими расстройствами – 56,3% и 43,7%. Все носители гомозиготного генотипа ValVal полиморфизма Ala222Val MTHFR в группе больных шизофренией оказались среди лиц с генотипом Met – полиморфизма Val66Met BDNF, у пациентов с задержкой психического развития и с пограничной патологией распределение носителей гомозиготного генотипа в группах Met – и Met + полиморфизма Val66Met BDNF было примерно равным (27,3% и 25,0%; 33,3% и 28,6% соответственно).

Выводы. Можно предположить, что взаимодействие полиморфизмов Val66Met BDNF и Ala222Val MTHFR имеют различную структуру при шизофрении и пограничных психических расстройствах. При шизофрении аллель Val полиморфизма Ala222Val MTHFR «цепляется» за генотип Met – BDNF, а у больных с пограничными психическими расстройствами отмечено «накопление» носителей аллеля Val среди носителей генотипа Met +.

СИНДРОМ ФЕЛАН-МАКДЕРМИДА: НУЖНО ЛИ ПРОВОДИТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЮДЯМ, СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ?

Вильянов В.Б., Кременицкая С.А., Соловьева Н.В.

Москва
Научный центр персонализированной психиатрии

В Научном центре персонализированной психиатрии под наблюдением находился пациент С., 30 лет, второй ребенок в семье, первый ребенок здоров, у С. с рождения наблюдалось снижение мышечного тонуса, имелись множественные стигмы дизэмбриогенеза, он отставал в развитии, в 6-летнем возрасте была определена умственная отсталость в степени дебильности, был определен в школу 8 вида, в школе начались проблемы с поведением, был выведен на домашнее обучение, с этого времени диагноз – пропфшизофрения, активно лечился антипсихотиками, нормотимиками как корректорами поведения. Активность матери С. позволила создать в городе, где проживала семья, общественную психолого-педагогическую помощь таким детям, позволявшую развивать людям с хроническими психическими расстройствами различные социальные навыки. Однако, не смотря на активные психосоциальные вмешательства, психическое состояние С. оставалось нестабильным. На фоне антипсихотической и нормотимической терапии развился метаболический синдром. После проведенного генетического исследования была определена гетерозиготная делеция двух пар оснований в экзоне 22 гена SHANK3 (22 хромосома: 55159860-51159861delAC), которая приводит к сдвигу рамки считывания и остановке синтеза белка SHANK после 94 аминокислоты. Эти изменения относятся к синдрому Фелан-Макдермида. Синдром Фелан-Макдермида – наследственное заболевание, при котором нарушается утилизация глутаминовой кислоты, развивается глутамат-интоксикация, страдает нормальное развитие и функционирование головного мозга. Если верно, что антипсихотики за счет блокады дофаминовых рецепторов увеличивают активность глутаматной системы, то в случае диагностированного синдрома Фелан-Макдермида, назначение блокаторов дофамина нецелесообразно, а необходимо выбирать лечебную тактику, связанную со снижением глутамат-интоксикации. Изменение лечения в случае С. привело к упорядочиванию его поведения.

Пример пациента С. с синдромом Фелан-Макдермида показывает практическую ценность проведения генетических исследований людей с хроническими психическими расстройствами и ставит вопросы о необходимости получения знаний генетики врачами-психиатрами.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕГУЛЯЦИИ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Вильянов В.Б., Сорокин А.С., Ильгизова А.А., Никитенкова И.И., Кичук И.В., Хаминский А.М.

Москва
Научно-диагностический центр клинической психиатрии

Под наблюдением находились 128 больных, их них у 49 – больные шизофренией, 31 – дети с задержкой интеллектуального развития и олигофренией, 48 – лица с пограничной психической патологией. Обследование включало определение генотипов аллельных полиморфизмов Val158Met COMT и Ala222Val MTHFR.

Результаты исследования. В ходе генотипирования были выделены по три варианта генотипов для каждого из исследуемых полиморфизмов. ValVal, ValMet, MetMet – для полиморфизма Val158Met COMT и GluGlu, GluLys, LysLys – для Glu713Lys ANKK1. Гомозиготные генотипы ValVal и GluGlu соответствующих полиморфизмов можно рассматривать как благоприятные в плане обеспечения функционирования дофаминергических структур головного мозга, а MetMet и LysLys – неблагоприятные, так как здесь наиболее выражены снижение активности фермента и плотности дофаминовых рецепторов. Для получения данных о частоте встречаемости указанных генотипов при исследуемых вариантах патологии были составлены 3 группы, в зависимости от сочетания генотипов.

1 группа (60 человек, 46,8%). Благоприятное сочетание генотипов: ValVal+GluGlu, ValMet+GluGlu, ValVal+GluLys.

2 группа. Относительно благоприятное сочетание (44 пациента, 34,4%) Здесь число нормальных и минорных аллелей было равным. Включенные сочетания генотипов: ValMet+GluLys, MetMet+LysLys, ValVal+GluGlu.

3 группа. Неблагоприятное сочетание генотипов (24 испытуемых, 18,7%): MetMet+LysLys, ValMet+LysLys, MetMet+GluLys.

Благоприятные варианты сочетания генотипов преобладали во всех сравниваемых группах. Наиболее выраженным это преобладание было получено у больных шизофренией (51,0%), наименьшее – у лиц с пограничной психической патологией (41,7%). У детей с задержкой психического развития этот показатель составил 48,4%. Распределение больных с неблагоприятным сочетанием генотипов имеет обратное направление Наибольшее значение (25,0%) получено в группе испытуемых с пограничными психическими расстройствами, минимальное – 14,3% – у больных шизофренией.

Выводы. Допустимо предположение, что увеличение у больных шизофренией количества генотипов, обеспечивающих более полноценное функционирование дофаминергической системы, может иметь компенсаторный характер, связанный с противодействием риску летальности, обусловленному воздействию молекулярно-генетической предиспозиции, определяющей этиологический фактор данного заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Васин В.С., Шмитова Н.С., Юров И.Ю.

Москва
НЦПЗ,
Обособленное структурное подразделение РНИМУ им. Н.И. Пирогова Научно-исследовательский клинический институт педиатрии

Известно, что среди пациентов с психическими расстройствами, включая умственную отсталость и аутистические расстройства, часто встречаются геномные микроаномалии, не определяемые стандартным кариотипированием с помощью цитогенетических методов, которые ориентированы на выявление численных хромосомных аномалий (в основном, анеуплоидий) и структурных перестроек хромосом размером от 5-8 млн пар нуклеотидов и более [1-3]. Одним из современных методов, применяющихся в психиатрической генетике, является метод молекулярного кариотипирования, разработанного для анализа вариаций генома (дупликации, делеции и других нарушений), которые ранее невозможно было идентифицировать с помощью световой микроскопии из-за низкой разрешающей способности

цитогенетического метода. Данные молекулярного кариотипирования совместно с последующим биоинформатическим анализом могут способствовать выяснению причин нервно-психических нарушений и возможных механизмов их реализации, а также прогнозировать развитие заболевания и определять выбор индивидуальной терапии (таргетная терапия) [4, 5].

Целью данной работы являлась оценка эффективности метода молекулярного кариотипирования в сочетании с оригинальной технологией биоинформатического анализа [4, 5] для исследования субмикроскопических геномных нарушений при умственной отсталости, аутистических расстройствах и других формах психической патологии у детей. В настоящей работе было проведено молекулярно-цитогенетическое исследование 87 детей (возраст от 2 до 10 лет). Цитогенетический анализ показал, что все больные имели нормальный кариотип. Молекулярное кариотипирование проводилось с использованием высокоразрешающих чипов на основе SNP/олигонуклеотидной микроматрицы с разрешением 1000 пар нуклеотидов (пн) и более с использованием оригинальной биоинформатической технологии, подробно описанной ранее [5].

Полногеномным сканированием исследовали нарушения в кодирующих участках разных генов. Хромосомные вариации в генах были обнаружены у 16 из 87 детей, что составило 14%. При этом, крупных перестроек (от 1 млн пн и выше) в группе больных выявлено не было. Всего перестройки встречались в 15 из 46 анализированных генов, индексированных в различных клинико-генетических базах данных в качестве ассоциированных с умственной отсталостью и нарушениями психики различной тяжести у детей: ACSL4, AFF2, ARHGEF6, ARX, ATRX, ATP6AP2, CUL4B, DLG3, HSD17B10, HUWE1, SLC9A6, ZDHHC9, ZDHHC15, SYP, OPHN1. У 13 больных были обнаружены перестройки, затрагивающие один ген. У трех пациентов одновременно присутствовали перестройки в 4-6 генах. У остальных 61 больных детей полногеномное сканирование не выявило нарушений в генах, ассоциированных с умственной отсталостью.

В настоящей работе при исследовании группы детей с умственной отсталостью, аутистическими расстройствами и другими формами психической патологии геномная патология была выявлена в 14%. Полученные данные согласуются с результатами подобных исследований [1-4]. Примечательно, что в случаях негативных данных, полученных методом молекулярного кариотипирования, исключить генетическую природу заболевания, тем не менее, не представляется возможным.

Особый интерес представляет анализ клинических проявлений и развития заболевания в группах пациентов с перестройками в одном из генов, ассоциированных с умственной отсталостью, по сравнению с больными, имеющими большее количество затронутых генов. Пациенты, имеющие геномные вариации, затрагивающие несколько генов (4-6 генов), ассоциированных с умственной отсталостью, были сопоставимы по тяжести клинической картины с больными, имеющими один измененный ген. Необходимо также отметить, что поскольку в основе возникновения психических заболеваний, могут лежать до нескольких десятков и даже сотен генов, то выявленные геномные вариации могут затрагивать различные звенья патогенетического каскада, приводящего к психической патологии. Таким образом, можно сделать вывод о том, что нарушения психики являются следствием не столько единичных мутаций, сколько результатом генетически обусловленных нарушений как отдельных метаболических процесса, так и целых каскадов биохимических процессов, включающих в себя изменения поведения генома в клетке. Следует также иметь в виду, что данные, полученные при полногеномном сканировании (молекулярном исследовании), являются необходимыми для постановки диагноза недифференцированной психопатологии [3-5]. Обобщая полученные и литературные данные, в настоящей работе был сделан вывод о том, что использование таких высокоразрешающих технологий, таких как молекулярное кариотипирование, является обоснованным для определения вклада генетических нарушений в формирование психических заболеваний, а применение постгеномных (биоинформатических) технологий может содействовать разработке методов таргетной терапии, направленной непосредственно на коррекцию биохимических нарушений, лежащих в основе патогенеза заболевания.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №14-35-00060).

(1) Vorsanova SG, Yurov YB, Soloviev IV, Iourov IY. Molecular cytogenetic diagnosis and somatic genome variations. Curr Genomics. 2010;11(6):440-446.

(2) Yurov YB, Vorsanova SG, Iourov IY, Demidova IA, Beresheva AK, Kravetz VS, Monakhov VV, Kolotii AD, Voinova-Ulas VY, Gorbachevskaya NL. Unexplained autism is frequently associated with low-level mosaic aneuploidy. J Med Genet. 2007; 44(8):521-5.

(3) Vorsanova SG, Voinova VY, Yurov IY, Kurinnaya OS, Demidova IA, Yurov YB. Cytogenetic, molecular-cytogenetic, and clinical-genealogical studies of the mothers of children with autism: a search for familial genetic markers for autistic disorders. Neurosci Behav Physiol. 2010; 40(7):745-756.

(4) Iourov IY, Vorsanova SG, Kurinnaia OS, Zelenova MA, Silvanovich AP, Yurov YB. Molecular karyotyping by array CGH in a Russian cohort of children with intellectual disability, autism, epilepsy and congenital anomalies. Mol Cytogenet. 2012; 5(1):46.

(5) Iourov IY, Vorsanova SG, Yurov YB. In silico molecular cytogenetics: a bioinformatic approach to prioritization of candidate genes and copy number variations for basic and clinical genome research. Mol Cytogenet. 2014; 7(1):98.

ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ PIP5K2A КИНАЗЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Вялова Н.М., Иванова С.А., Федоренко О.Ю., Симуткин Г.Г.

Томск
НИИПЗ

Изучение киназных сигнальных путей представляет собой новое и быстро развивающееся направление в области нейрональной сигнальной трансдукции, которое связано с нарушением нейробиологических процессов при психических расстройствах.

Результаты. молекулярных и фармакологических исследований указывают на участие гена, кодирующего фосфатидилинозитол-4-фосфат 5-киназу типа II-альфа (PIP5K2A) в развитии шизофрении и биполярных аффективных расстройств. На клеточном уровне, PIP5K2A является ферментным компонентом метаболизма инозитфосфата, который был рассмотрен как потенциальная мишень для терапевтического действия у пациентов с биполярными аффективными расстройствами (Jamra R.A. и др., 2006). PIP5K2A играет важную роль в фосфоинозитидной модуляции мембранных белков нейронов, оказывая существенный эффект на нейрональную возбудимость и синаптическую нейротрансмиссию.

Нами было высказано предположение, что нарушение функций PIP5K2A в результате повышенной частоты функциональных полиморфизмов данного гена могут быть вовлечены в патогенетические механизмы, ассоциированые с нарушением дофаминергической и глутаматергической нейротрансмиссии при оциально значимых психических и поведенческих расстройствах, в том числе и депрессивных.

Целью данного исследования явилось изучение роли функциональных полиморфизмов гена PIP5K2A в патогенезе депрессивных расстройств.

Материал и методы. Нами были обследованы 218 пациентов с депрессивными расстройствами русской популяции Сибирского региона (Томск и Томская область) в возрасте от 20 до 60 лет. Пациенты проходили лечение в отделении аффективных состояний клиник НИИ психического здоровья (научный руководитель отделения – д.м.н. Е.Д. Счастный). Основными критериями включения в группу обследуемых лиц являлись получение информированного согласия пациента или уполномоченного лица на обследование, наличие установленного диагноза текущего депрессивного эпизода различной степени тяжести в рамках F31-F33 в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство), возраст пациентов от 20 до 60 лет, этническая принадлежность к европеоидной расе, отсутствие органических или неврологических расстройств. Диагностическая оценка и клиническая верификация расстройств осуществлена врачами-психиатрами с применением клинико-психопатологического, клинико-катамнестического и экспериментально-психопатологического методов. Группу контроля составили 147 психически и соматически здоровых доноров русской популяции Сибирского региона (Томск и Томская область) в возрасте от 20 до 50 лет. В качестве материала для исследования была использована венозная кровь. Венозную кровь брали из локтевой вены в период с 8.00 до 9.00 натощак в пробирки фирмы BD Vacutainer с антикоагулянтом ЭДТА. Полученную кровь использовали для выделения ДНК стандартным фенол-хлороформным микрометодом.

Генотипирование по 9 полиморфным вариантам rs8341, rs746203, rs943190, rs946961, rs1417374, rs11013052, rs1132816, rs10828317, rs10430590 гена PIP5K2A проводили методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в реальном времени с помощью флуоресцентных Taq-man зондов с использованием наборов реагентов TaqMan® SNP Genotyping Assay фирмы Applied Biosystems (США) на амплификаторе «StepOnePlus« фирмы Applied Biosystems (США).

Статистическую обработку результатов проводили при помощи программы SPSS 20.0. Распределение частот генотипов по исследованным полиморфным локусам проверяли на соответствие равновесию Харди-Вайнберга с помощью критерия хи-квадрат. Сравнение частот генотипов и аллелей в исследуемых группах проводили по критерию хи-квадрат. Различия считались достоверными при уровне значимости $p<0,05$ (Гланц С., 1999).

Результаты исследования и обсуждение. Для выбора функционально значимых SNP в гене PIP5K2A были использованы данные, представленные в литературе (Траилин А.В., Левада О.А., 2012). SNP подбирались с помощью биоинформационных программ для поиска и оценки фенотипической значимости SNPs. Критериями отбора послужили: расположение SNP в промоторной или интронной области гена, аллельная частота, изменение количества сайтов связывания для факторов транскрипции, содержащих анализируемые SNP. После проведенного отбора в поле зрения попали следующие полиморфные варианты гена PIP5K2A: rs8341, rs746203, rs943190, rs946961, rs1417374, rs11013052, rs1132816, rs10828317, rs10430590.

Анализ полиморфных вариантов гена PIP5K2A в контрольной выборке показал соответствие наблюдаемого распределения генотипов для всех изученных вариантов гена ожидаемому при равновесии Харди – Вайнберга. Определены частоты генотипов и аллелей полиморфных вариантов rs8341, rs746203, rs10828317, rs11013052, rs10430590, rs1417374, rs1132816, rs946961, rs943190 гена PIP5K2A у больных с депрессивными расстройствами и психически и соматически здоровых лиц, представителей русского этноса. Статистически значимых различий по частотам генотипов и аллелей 7 исследованных полиморфных вариантов rs8341, rs746203, rs1417374, rs1132816, rs946961, rs943190 rs11013052 гена PIP5K2A между группами больных депрессивными расстройствами и психически и соматически здоровых доноров выявлено не было. Однако, показаны достоверные различия в частотах встречаемости аллелей и генотипов по двум полиморфным вариантам rs10430590 и rs10828317 гена PIP5K2A в группах здоровых лиц и больных депрессивными расстройствами.

В результате анализа ассоциации исследуемых полиморфизмов было показано, что частота Т аллеля полиморфного варианта rs10430590 гена PIP5K2A в выборке больных депрессивными расстройствами в 1,5 раза выше, чем в группе здоровых доноров (ОШ=1,58, 96% ДИ=1,06-2,36, p=0,03). Соответственно, генотипы А/Т и Т/Т по полиморфизму rs10430590 гена PIP5K2A в выборке больных депрессивными расстройствами встречаются статистически значимо чаще, чем в группе здоровых индивидов (ОШ=1,65, 95% ДИ=0,96-2,85, p=0,04). Также нами показано, что частота аллеля Т по полиморфизму rs10828317 гена PIP5K2A в выборке больных депрессивными расстройствами в 1,5 раза ниже, чем в группе психически здоровых индивидов (ОШ=1,42, 95% ДИ=1,04-1,93, p=0,03).

Полученные нами результаты, свидетельствующие об участии PIP5K2A киназы в патогенезе депрессивных расстройств, подтвержают данные P. Stopkova с соавторами (2003) о локализации числа генов, вовлеченных в процессы синтеза и дефосфорилирования фосфатидилинозитол 4,5-бифосфата (PIP2) в регионах генома, ассоциированных с биполярными аффективными расстройствами, включая 10p12, 21q22 и 22q11, а также другие. Механизмы, лежащие в основе терапевтического эффекта лития при хроническом лечении биполярных аффективных расстройств, связывают с дифференциальной экспрессией генов, ассоциированных с фосфоинозитидным метаболизмом, включая и PIP5K2A (Seelan R.S. et al., 2008).

Выводы. Полученные результаты подтверждают нашу гипотезу об участии PIP5K2A киназы в патогенезе депрессивных расстройств. Выявлена статистически значимая ассоциация полиморфных вариантов rs10430590 и rs10828317 гена PIP5K2A с депрессивными расстройствами. Предполагается, что дальнейший поиск генетических маркеров, ассоциированных с развитием и течением депрессивных расстройств, позволит разработать эффективные методы диагностики и лечения заболевания.

Исследование выполнено при поддержке Стипендии Президента РФ №СП-1786.2015.4

НАРУШЕНИЯ СНА И ПОЛИМОРФИЗМ-G308A ГЕНА TNF-A В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ (ПРОГРАММА ВОЗ “MONICA-PSYCHOSOCIAL”)

Гафаров В.В., Воевода М.И., Громова Е.А., Максимов В.Н., Гафарова А.В., Гагулин И.В., Юдин Н.С., МишаковаТ.М., Панов Д.О.

Новосибирск
НИИ терапии и профилактической медицины;
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний,
НИИ цитологии и генетики СО РАН

Цель исследования: Определить ассоциацию нарушениями сна (НС), как фактора риска сердечно-сосудитых заболеваний с полиморфизмом-G308A гена фактора некроза опухоли TNF-a с в открытой популяции

Материалы и методы: В рамках III скрининга программы ВОЗ «MONICA-psychosocial« обследована случайная репрезентативная выборка мужчин 25-64 лет г. Новосибирска в 1994 г. (n=657, средний возраст − 44,3±0,4 года, респонс – 82,1%). Нарушения сна исследовали шкалой Jenkins. Генотипирование изучаемого полиморфизма-G308A гена фактора некроза опухоли TNF-a проводилось по стандартной методике. Статистический анализ проводился с помощью программы «SPSS-11,5«.

Результаты. Уровень НС в мужской популяции 25-64 лет составил: 48,3%: оценка сна «удовлетворительно» – 39,6%, «плохо» – 7,6%, «очень плохо» – 1,1%. Генотип G/G гена TNF-α встречался у 79,1% лиц, генотип A/G – в 19% случаев и генотип A/A у – 1,9% мужчин. Среди носителей генотипа G/G гена TNF-α в сравнении с носителями всех других генотипов гораздо чаще встречается оценка сна «хорошо» (98,3%). Напротив, среди носителей генотипа A/G гена TNF-α, в сравнении с носителями всех других генотипов, чаще сон был «удовлетворительный» (30%), чем «хороший» (15,2%).

Заключение: Найдена достоверная ассоциация между уровнем нарушения сна и генотипом A/G гена TNF-α.

МОДИФИЦИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА VAL66MET ГЕНА МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА (BDNF) НА КОМПОНЕНТЫ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ РАЗЛИЧНОЙ МОДАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Голимбет В.Е., Лебедева И.С., Гарах Ж.В., Стрелец В.Б., Коровайцева Г.И., Абрамова Л.И., Каледа В.Г.

Москва
НЦПЗ,
Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН

Цель исследования. В последнее время в связи с получением новых данных о генах, влияющих на процессы связанные со снижением когнитивного функционирования у больных шизофренией, меняется представление о роли, которую играют вариации в нуклеотидной последовательности генома в проявлении того или иного аспекта этого функционирования. Акцент переносится на выявление генетических вариантов, которые не связаны непосредственно с конкретным признаком, а в большей мере имеют модулирующий эффект, т. е. определяют предрасположенность индивидуума к выполнению когнитивной задачи в целом, независимо от ее содержания и связи с конкретными зонами головного мозга. Одним из кандидатов на роль гена-модификатора является ген мозгового нейротрофического фактора (BDNF). Этот ген играет важную роль в нейрогенезе, поскольку связан с пролиферацией, дифференциацией и выживанием нейронов различной специализации, а также участвует в регуляции высвобождения нейротрансмиттеров из синаптической щели. В префронтальной коре мозга больных шизофренией обнаружено снижение экспрессии м-РНК гена BDNF и количества белкового продукта, следствием чего может быть нарушение трофического обеспечения, необходимого для нормального функционирования соответствующих нейронов в этой критической для развития шизофрении области мозга. В гене обнаружен полиморфный участок, в котором гуанин может быть заменен на аденин (G/A), что приводит к замещению аминокислот в соответствующем белке: валин замещается метионином в кодоне 66. Предполагается, что указанный полиморфизм связан с изменениями внутриклеточного транспорта и упаковки pro-BDNF, что в конечном итоге оказывает влияние на регуляцию секреции зрелого белка. В частности, в случае аллеля Met обнаружено снижение секреции BDNF в культурах нейронов гиппокампа. Исследования, посвященные поиску связи между полиморфизмом Val66Met и нейрокогнитивными признаками, в том числе и у больных шизофренией, показали, что носители аллеля Met демонстрировали худшие когнитивные показатели, чем носители генотипа ValVal. Мы провели серию исследований, которые продемонстрировали, что полиморфизм гена не связан с шизофренией как таковой, а влияет на когнитивное функционирование (Голимбет с соавт. 2012, Голимбет с соавт. 2014).

Материал и методы. На первом этапе мы сравнили распределение аллелей и генотипов в группе больных (n=1785) шизофренией с диагнозами F20 – 1512 человек, F25 – 204 человека и F21 – 69 человек, и контрольной группе психически здоровых людей (n=1092). Далее было проведено экспериментально-психологическое обследование, которое предусматривало оценку регуляторных (префронтальных) функций с использованием следующих методик: тест на концентрацию внимания (серийное отсчитывание от 200 по 2 и по 5 до 100, показатель – количество верно выполненных операций в минуту), который прошли 227 человек, и тест на семантическую вербальную беглость (испытуемым предлагали называть слова, относящиеся к одной семантической категории), который прошли 392 человека. Второе исследование включало в себя 90 больных шизофренией и шизоаффективным психозом. Регистрация слуховых вызванных потенциалов (СВП) проводилась в стандартной парадигме oddball. В третьем исследовании изучали характеристики компонентов вызванных потенциалов при пассивном восприятии вербальной информации (предъявление слов на экране монитора) в независимой группе больных (n=96) шизофренией, шизоаффективным расстройством и расстройствами шизофренического спектра.

Результаты и обсуждение. Мы не обнаружили ассоциации полиморфизма Val66Met с шизофренией. Результаты экспериментально-психологического тестирования показали, что носители аллеля Met выполняли тест хуже, чем носители генотипа ValVal, число правильных ответов в первой группе было меньше, чем во второй ($p=0.02$). В электрофизиологическом исследовании, предусматривающем регистрацию слуховых вызванных потенциалов, значимый эффект генотипа был обнаружен для волны P300 в лобных и височных отведениях ($p<0.05$). У больных с вариантом «риска» (аллель Met) амплитуда волны P300 была ниже, чем у носителей генотипа ValVal. Также у носителей генотипа, содержащего аллель Met, отмечено снижение амплитуды волны N100 ($p<0.05$), что указывает на снижение эффективности обработки информации уже на ранних стадиях обработки звуковых стимулов. При проведении исследования, включающего в себя регистрацию вызванных потенциалов при пассивном восприятии вербальной информации, наблюдался аналогичный тип связи. У больных шизофренией с генотипом, содержащим аллель Met, эффективность обработки поступающих стимулов также оказалась ниже уже на ранних этапах. Различия отмечены для волны P100 в затылочных отведениях O1 и O2, однако их значимость наблюдалась лишь на уровне тенденции ($p=0.07$).

Выводы. Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать заключение о том, что полиморфизм Val66Met связан не с шизофренией, как диагностической категорией, а с одним из ее важных проявлений – нейрокогнитивным дефицитом. Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №15-06-10047.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ (ППЭ)

Горобец Л.Н., Лорикян А.Г.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность. В последние десятилетия биологические исследования в психиатрии приобретают все большее

значение по меньшей мере по двум причинам: 1) уточнение патофизиологии психических расстройств путем поиска биомаркеров; 2) определение предикторов эффективности и переносимости психофармакотерапии (ПФТ). В этой связи несомненный интерес представляет эндокринологический подход – исследование гормональных показателей, тем более что в отечественной литературе данных об изучении этих параметров у больных с ППЭ явно недостаточно.

Цель: изучение динамики уровней кортизола (К) и дегидроэпиандростерона – сульфата (ДГЭА-С) у больных ППЭ в процессе терапии оланзапином.

Материалы. Основная группа: 33 пациента с ППЭ (16 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст – 28,6±1,5 лет) с ППЭ, ранее не получавшие ПФТ. Контрольная группа: психически и соматически здоровые испытуемые 34 чел. (14 женщин и 20 мужчин), средний возраст – 34,6±6,8 лет. Больным основной группы была проведена терапия оланзапином, средняя дозировка составляла 7,5 мг/сутки. Оценка гормональных показателей в основной группе проводилась динамически (фон, 3-4 нед. и 6-8 нед. терапии) в зависимости от гендерного фактора и эффективности лечения. Редукция общего балла по шкале PANSS более чем на 25% к 6-ой неделе терапии оланзапином давала возможность регистрировать положительный результат и расценивать данных пациентов как респондеров (Р). Все остальные пациенты являлись нонреспондерами (НР). Референтные значения гормонов: кортизол – 150-660 нмоль/л, ДГЭА-сульфат – муж. 1,0-4,2; жен. – 0,8-3,9 мгк/мл.

Методы: клинико-психопатологический, биохимический, статистический.

Результаты. У Р и НР женского пола основной группы отмечалась сходная динамика уровней К – повышение показателей на 2 этапе и снижение к 6-8 неделе терапии (Р: 753,9±90,2 нмоль/л; 781,8±85,1 нмоль/л; 752,1±90,5 нмоль/л; НР: 427,5±75,5 нмоль/л; 491,0±22,0 нмоль/л; 523,0±54,0 нмоль/л). Средние показатели уровней К у женщин-респондеров превышали нормативные значения на всех этапах исследования, тогда как у женщин-нонреспондеров все изменения происходили в референтных пределах. Динамика уровней ДГЭА-С у женщин-респондеров основной группы была сопоставима с динамикой уровней кортизола – повышение значений на 2 этапе и снижение к концу терапии (Р: 3,32±0,54 мгк/мл.; 3,42±0,44 мгк/мл.; 3,21±0,40 мгк/мл). У женщин-нонреспондеров превышение нормативных значений уровней ДГЭА-С отмечено только к концу терапии на фоне снижения уровней кортизола (НР: 2,6±0,50 мгк/мл; 2,5±1,50 мгк/мл; 3,00±1,00 мгк/мл). В связи с малочисленность группы НР анализ достоверности различий между Р и НР провести не удалось.

Динамика уровней К у мужчин-респондеров основной группы отличалась от таковой у женщин. Средние показатели гормона снижались от этапа к этапу (Р: 703,2±92,2 нмоль/л; 671,1±89,9 нмоль/л; 580,2±75,2 нмоль/л). У мужчин-нонреспондеров с ППЭ динамика уровней К также была иной: на 2 этапе терапии уровень К значимо снижался по сравнению с фоном ($p<0,03$) до нормативных пределов, а на 3 этапе отмечалось его повышение (НР: 914,8±139,4 нмоль/л; 660,3±76,7 нмоль/л; 700,1±80,2 нмоль/л). Обращает на себя внимание, что в отличие от женщин у мужчин-нонреспондеров отмечается самый высокий фоновый уровень К. Выявлены значимые ($p<0,01$) различия между средними значениями К у мужчин и женщин основной и контрольной групп на всех этапах исследования. Показатели контрольной группы: мужчины – 392,8±41,6 нмоль/л; женщины – 407,8±50,0 нмоль/л).

Как и у пациенток, динамика уровней ДГЭА-С у мужчин-респондеров была сопоставима с динамикой показателей кортизола (Р: 4,01±0,46 мгк/мл; 3,98±0,53 мгк/мл; 3,94±0,48 мгк/мл). Интерес представляет динамика уровней ДГЭА-С у мужчин-нонреспондеров: при снижении уровней К отмечается повышение ДГЭА-С, причем на 2 и 3 этапах оба показателя превышают нормативные (НР: 4,36±0,78 мгк/мл; 5,31±1,03 мгк/мл 5,36±1,12 мгк/мл). Обнаружены значимые ($p<0,01$) различия между показателями ДГЭА –С у больных с ППЭ и контрольной группой. Показатели контрольной группы: мужчины – 2,95±0,21 мгк/мл; женщины – 2,47±0,26 мгк/мл.

Выводы.

1. Выявленные значимые ($p<0,01$) повышения средних уровней исследуемых гормонов у больных с ППЭ по сравнению с контролем свидетельствует о гиперактивности ГГА-оси у больных с ППЭ.

2. Более физиологически гармоничная (однонаправленность изменений кортизола и ДГЭА-С) динамика характерна для больных-респондеров с ППЭ независимо от гендерного фактора.

3. При отсутствии терапевтического эффекта у больных с ППЭ наблюдается разнонаправленность динамических изменений указанных гормонов.

4. Наличие фоновой отрицательной корреляционной связи между кортизолом и ДГЭА-С ($r=-0,75$; $p<0,05$) и значимой положительной корреляционной связи между уровнями К на 2 и на 3 этапах терапии ($r=0,78$ при $p<0,036$) у мужчин-нонреспондеров могут свидетельствовать о том, что у больных НР отмечается патологическое функционирование ГГА-оси, что в свою очередь может служить предиктором отсутствия положительной терапевтической динамики.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА У СОМАТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

Деева М.А., Барыльник Ю.Б., Оленко Е.С., Филиппова Н.В., Бачило Е.В., Антонова А.А.

Саратов
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Проблема сохранения здоровья человека в последнее время стала ведущим вопросом, решаемым медициной. В последние десятилетия четко прослеживается тенденция к интеграции психиатрии с общей медицинской практикой, психологией и физиологией (Измеров В.Ф., 2002; Киричук В.Ф., Глыбочко П.В., Пономарева А.И., 2008; Оленко Е.С., 2009), что в значительной степени способствует развитию пограничной психиатрии. Это связано с рядом объективных особенностей современной жизни (С.А. Овсянников, Б.Д. Цыганков, 2001), которые приводят к психо-эмоциональному перенапряжению людей.

В работе отечественных исследователей показано, что стрессогенная ситуация, сопровождаемая симпатической активацией способствует усилению кровотока (Глазачев О.С., Классина С.Я., Орлов М.А., 2007). В исследованиях показано, что у здоровых мужчин с нарушенной регионарной гемодинамикой, характерной для вазомоторной дисфункции эндотелия наблюдается прямая корреляционная связь с экзальтированно-ригидными чертами характера, повышением уровней личностной тревожности и невротизации (Оленко Е.С., 2009). Несмотря на большое количество экспериментальных отечественных и зарубежных работ в области изучения дисфункции эндотелия, сведения о влиянии психофизиологических аспектов и их особенностях при пограничных психических расстройствах немногочисленны (Глазачев О.С., Классина С.Я., Орлов М.А., 2007; Dietz N.M., Rivera J.M., Eggener S.E. et al., 1994).

Целью настоящей работы явилось изучение функционального психофизиологического состояния организма (психофизиологических особенностей типологии личности и функции эндотелия) у соматически здоровых лиц молодого воз-

раста с разработкой подхода по выявлению прогностических критериев возможности развития непсихотических пограничных состояний (НПС).

В настоящей работе обследованы 130 здоровых лиц, из них 85 мужчин и 45 женщин. Исследование было клиническим, открытым, сравнительным, когортным, которое проводилось согласно поставленной цели. Все процедуры обследования были стандартизированы.

Верификация соматического и психического здоровья проводилась с привлечением врачей терапевта и психиатра. Терапевтический осмотр осуществлялся с применением традиционных физикальных методов исследования. Для изучения психического статуса использовался клинико-психопатологический метод исследования (Жмуров В.А., 2012).

Для изучения психологических особенностей личности пациентов использовался Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности – СМОЛ (Зайцев В.П., 1981). Для изучения психофизиологических особенностей личности пациентов использовался метод К. Леонгарда (1978) предназначенный для выявления типов акцентуаций характера. При оценке тревожности нами использовалась методика Ч.Д. Спилбергера (1983) в модификации Ю.Л. Ханина (1976). Для диагностики невротических реакций использовалась методика, разработанная К. Хеком и Х. Хессом (1978).

Исследование вазомоторной функции эндотелия осуществлялось путем изучения скоростных показателей регионарного кровотока ультразвуковым методом с помощью портативного микропроцессорного допплерографа MiniMax-Doppler-Phono (Санкт-Петербург), с двухэлементным датчиком, с помощью которого лоцировалась лучевая артерия (Волков В.С., Руденко Е.В., 2008). Оценка показателей проводилась в покое и после проведения функциональных проб, используемых для более детальной оценки реактивности артерий и состояния вазомоторной эндотелиальной функции. В исследованиях использовалась проба с реактивной постокклюзионной гиперемией по методике, аналогичной Naka K.K., Tweddel A.C., Doshi S.H. et al. (2006).

Результаты исследования показали, что у 34,1% (n=29) мужчин и 33,3% (n=15) здоровых женщин выявляются различные НПС. Было выявлено, что у мужчин в структуре НПС преобладала соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3 по МКБ-10) с предболезненными недифференцированными состояниями (n=26 у мужчин и n=3 у женщин; p=0,04). У женщин превалировала кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20 по МКБ-10; n=6 у женщин и n=3 у мужчин; p=0,05). Кроме того, у 6-и женщин была выявлена смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22 по МКБ-10), которая отсутствовала у мужчин.

Результаты исследования особенностей личности по методу СМОЛ у соматически здоровых лиц с НПС выявили наличие существенных различий по значениям шкал CF-достоверности (p=0,0001), СК-коррекции (p=0,0000..), С2-депрессии (p=0,006), С6-паранойяльности (p=0,01) и С7-психастении (p=0,02). У мужчин с НПС профиль личности имеет линейный характер (размах значений не превышает 10 Т-баллов), а ведущим пиком является шкала С6-паранойяльности, что повышает их стрессоустойчивость.

У женщин с НПС наблюдается значимое увеличение значений по шкале CF-достоверности и снижение по СК-коррекции ($p \leq 0,0001$).

Результаты исследования типов акцентуаций характера по К. Леонграду у лиц с НПС показали, что средние значения шкал в обследованных группах не превышали пороговых отметок 6 и 18 баллов и имели существенные различия по шкалам Л3-циклотимности (p=0,00004), Л4-экзальтированности (p=0,04), Л5-эмотивности (p-0,004), Л7-ригидности (p=0,04) и Л10-демонстративности (p=0,005).

При анализе скоростных показателей кровотока было выявлено, что у ряда лиц как с НПС, так и без них при пробе с реактивной гиперемией, стимулирующей эндотелийзависимую вазодилацию, скоростные показатели кровотока снижались менее чем на 20%, а в некоторых случаях даже увеличивались, что характерно для вазомоторной дисфункции эндотелия сосудов. Причем, среди всех обследованных мужчин, у лиц с НПС субъектов с нарушенной вазомоторной функцией эндотелия было существенно больше (p=0,001). Аналогичная тенденция прослеживалась и в группах обследованных женщин (p=0,0001).

Таким образом, результаты исследования показали, что у соматически здоровых мужчин и женщин с НПС наблюдается менее адекватная реакция нейрогуморальных факторов регуляции тонуса сосудов и снижение их реактивности.

У мужчин и женщин с НПС факт существенного увеличения лиц с вазомоторной дисфункцией эндотелия может рассматриваться как донозологическая реакция организма при расстройстве адаптации и прогностически является неблагоприятным фактором риска развития полиорганной симтоматики на фоне психического заболевания.

Была предпринята попытка выделения групп риска по развитию НПС у молодых мужчин и женщин на основании изученной их психофизиологической организации.

Преобладание гипертимной акцентуации (Л1) в типе характера; повышение значений по шкале С6-паранойяльности, по СМОЛ; снижение показателей средней Vm(и) и диастолической Vd(и) скоростей кровотока в состоянии покоя и повышение систолической скорости кровотока Vs(c) при эндотелийзависимой вазодилатации, косвенно отражающие наличие вазомоторной дисфункции эндотелия, определяют возможность возникновения НПС у здоровых мужчин молодого возраста. Чувствительность метода составила 89%, а его специфичность 80%.

Возможность возникновения НПС у здоровых женщин молодого возраста определяется наличием эмотивной (Л5) акцентуации в характере, а также повышением значений по шкале С6-паранойяльности, по СМОЛ; снижение показателей средней скорости кровотока Vm(и) в состоянии покоя и при эндотелийзависимой вазодилатации Vm(c). Чувствительность метода составила 96,6%, а его специфичность 85,7%.

В работе показана необходимость использования комплексного индивидуально-типологического подхода в изучении психофизиологического состояния организма здоровых мужчин и женщин, что позволит своевременно выявлять лиц с НПС для последующей их коррекции. Своевременное оказание комплексного психотерапевтического и медикаментозного лечения даст возможность улучшить психическое здоровье социально и экономически значимой группы молодых лиц.

ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ БЕЛКОВ-МАРКЕРОВ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Докукина Т.В., Махров М.В., Асташонок А.Н., Полещук Н.Н., Рубаник Л.В., Пинчук А.С., Королевич П.П., Марчук С.А.

Минск, Республика Беларусь
ГУ Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Введение. Когнитивные нарушения (КН) могут развиваться при многих неврологических, психических, соматических, ревматологических, онкогема- тологических заболеваниях. По данным эпидемиологических исследо- ваний распространенность КН в популяции в целом составляет 1,5%, а среди людей в возрасте 65 лет и старше – 8-10%. При этом, частота встречаемости КН имеет тенденцию к неуклонному росту [4].

Несмотря на огромный объем накопленных в последние десятилетия знаний о биологических основах болезни Альцгеймера (БА), этиология заболевания остается малоизученной. Тем не менее, большинство исследователей выделяют два ключевых процесса, определяющие развитие и прогрессирование БА: амилоидоз и нейродегенерация (таупатия). Согласно тау-концепции, основными причинами нейродегенерации являются нарушения в структуре нейронов. Они связаны с гиперфосфорилированием белка, связывающего микротрубочки (тау-белок). Это приводит к коллапсу внутриклеточного транспорта, нарушению синаптической передачи и отложению в паренхиме мозга нейрофибриллярных клубков (Figurski M., 2012). Согласно амилоидной концепции, причиной патологических процессов в ЦНС является образование «амилоидных бляшек« в глии из нерастворимого пептида Аβ42 и отложение в стенке церебральных сосудов токсического пептида Аβ40 (K. Blennow, 2015).

Цель работы. Выявить биомаркеры нейродегенерации (Аβ40, Аβ42, фосфорилированный тау-белок) в клиническом материале пациентов с различными когнитивными нарушениями.

Материал и методы. Исследованию подвергнуты клинические образцы (кровь, лимфоциты) 90 пациентов, находившихся на лечении в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр психического здоровья« (Минск, РБ). Были выделены 3 группы: 1 группа – 25 пациентов (БА – рубрики F00.0, F00.1, F00.2, F00.9); 2 группа – 25 пациентов (СД – рубрики F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.9); 3 группа – 40 пациентов (другие расстройства – рубрики F02.1, F02.3, F02.8, F03, F06.2, F06.4, F06.7, F06.8, F07.0, F10.0, F20.0), согласно МКБ-10. Возраст пациентов– от 51 до 89 лет (средний возраст – 73,5±3,4 лет); соотношение мужчин и женщин – 2:1. Всем пациентам проводилось предварительное клиническое исследование, тестирование с использованием количественных нейропсихологических шкал и количественная оценка эмоционально-аффективных и поведенческих нарушений.

Подготовка крови для исследования. Для исследования забирались образцы крови, взятые путем венепункции из локтевой вены. Сыворотку крови получали сразу после взятия путем центрифугирования при 3000 оборотов в течение 15 минут. Надосадочную жидкость отделяли и хранили до использования при -20 єС.

Для получения плазмы в центрифужную пробирку вносили 50 мг ЭДТА или 50 мкл гепарина (5000 МЕ/мл). Образцы крови перемешивали с антикоагулянтом, охлаждали при +4 єС в течение 15 минут и центрифугировали при 3000 оборотов в течение 10-15 мин. Надосадочную жидкость переносили в отдельные пробирки и подвергали глубокой заморозке (-80 єС) до использования.

Выделение лимфоцитов из крови проводили в градиенте плотности фиколл-урографина (ρ=1,077 г/мл) по методу седиментации, описанному A. Brown.

Иммуноферментный анализ. Образцы клинического материала (кровь) тестировались методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA) на наличие маркеров нейродегенерации (тау-белок, тест-система Human Tau [pT181] phosphoELISATM Kit, KHO0631), Аβ40 (Аβ40 Elisa Kit, KHB3481), Аβ42 (Аβ42 Elisa Kit, KHB3441). Учет результатов проводили согласно инструкциям, прилагаемым фирмой-изготовителем.

Статистическая обработка результатов. Статистический анализ выполняли с использованием программы Statistica 7.0 (StatSoft, США). За уровень статистической значимости принимался $p<0,05$.

Результаты исследования. Методом иммуноферментного анализа проведен анализ количественного соотношения белков Аβ40, Аβ42, тау-белка в образцах сыворотки/плазмы крови в выбранных группах пациентов. Установлено, что во всех группах концентрация биомаркеров нейродегенерации варьировала. В группе 2 (СД) уровень амилоида Аβ40 не превышал 7,81 пг/мл у пациентов с подкорковой СД; находился в диапазоне от 7,81 до 47 пг/мл у пациентов с клиническим диагнозом смешанная корковая и подкорковая СД. У пациентов с мультиинфарктной и СД с острым началом Аβ40 не был выявлен ни в одной из анализируемых проб. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с диагнозом смешанная корковая и подкорковая СД, отмечается одновременное присутствие клинических и анатомических признаков деменции, т.е. снижение концентрации Аβ40, обусловленное, вероятно, происходящим сосудистым ишемически-деструктивным мозговым процессом в сочетании с альцгеймеровской деменцией.

В группе 1 (БА) уровень амилоидного белка Аβ40 в крови не имел резких колебаний. У пациентов с диагнозами из рубрик F00.1, F00.2 амилоидный пептид регистрировался в очень низкой концентрации, при этом его пороговая величина не превышала 7,81 пг/мл. У пациентов с диагнозами из других рубрик (F00.0, F00.9) Аβ40 вообще не обнаруживался. Исходя из полученных данных можно полагать, что концентрация амилоида Аβ40 закономерно ниже у пациентов с клиническими диагнозами F00.1, F00.2, что согласуется с зарубежными данными (Pesini P., 2012).

При исследовании крови методом твердофазного ИФА другой амилоидный пептид Аβ42 не был выявлен ни в одной из групп. В одной из публикаций ранее упоминалось о низком уровне в плазме крови и нестабильности при выделении из биоматериала Аβ42. Однако, учитывая крайнюю клиническую значимость пептида Аβ42 как ключевого биомаркера, определяющего образование нерастворимых отложений (бляшек) в головном мозге, необходимо усовершенствование подходов с целью повышения чувствительности к индикации и прогнозирования течения деструктивных процессов, опосредуемых данным маркером в центральной нервной системе (ЦНС).

Тау-белок был обнаружен только в 1-й группе пациентов, у которых также был зарегистрирован в крови амилоидный белок Аβ40. Согласно зарубежным данным, амилоидные белки могут самостоятельно индуцировать гиперфосфорилирование тау-белка и отложение его в нейронах ЦНС. При этом тау-патию у пациентов с клиническим диагнозом БА можно рассматривать как вторичный патологический процесс, опосредованный токсическим действием амилоидных белков.

В группе 3 маркеры нейродегенерации практически не определялись. Тау-белок не был выявлен ни в одном из образцов клинического материала. Аβ40 в различных количествах все же регистрировался: 1 пациент (болезнь Паркинсона, F02.3) – 31,25 пг/мл; 2 пациента (алкогольный амнестический синдром, F10.6) – 23 пг/мл; 1 пациент (шизофрения параноидная, F20.0) – 15,63 пг/мл; 1 пациент (резидуальные и отсроченные психотические расстройства, F10.7) – 47 пг/мл. Полученные результаты свидетельствуют, что изменение количественного показателя АВ40 может отмечаться не только у пациентов с БА и СД, но и встречаться при других когнитивных нарушениях вследствие амилоидной ангиопатии.

Таким образом, на основании результатов проведенных исследований выявлены различия в количественном соотношении маркеров амилоидоза и нейродегенерации у пациентов с различными когнитивными нарушениями. Снижение уровня бета-амилоида (Аβ40) в крови пациентов с БА подтверждает специфичность протекающих мембрано-ассоциированных деструктивных процессов и свидетельствует, вероятно, об активной фазе заболевания.

Выводы. Апробирован подход к обнаружению методом иммуноферментного анализа биомаркеров – Аβ40, Аβ42, фосфорилированный тау-белок в крови пациентов с когнитивными нарушениями. Показана вариабельность количественного соотношения в сыворотке/плазме крови амилоида АВ40 у пациентов с СД и БА. Ни в одном из образцов не было обнаружено наличие белка Аβ42. Тау-белок выявлен только в группе пациентов с БА, что свидетельствует о специфичности дегенеративного процесса в ЦНС.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ

Зозуля С.А., Олейчик И.В., Отман И.Н., Абрамова Л.И., Сарманова З.В., Столяров С.А., Бологов П.В., Клюшник Т.П.

Москва
НЦПЗ

Изучение биологических закономерностей, определяющих возникновение и развитие эндогенных психозов, в настоящее время является одним из важнейших направлений современной психиатрии.

Эндогенные приступообразные заболевания (шизофрения, аффективные и шизоаффективные психозы) объединяются эндогенными механизмами формирования и являются патогенетически запрограммированными патологическими процессами головного мозга со свойственными только им специфичностью проявлений, патокинезом расстройств, стереотипом развития и формой течения заболевания. Внешние (клинические) проявления эндогенного процесса находятся под влиянием как средовых факторов, так и используемой психофармакотерапии, и, при этом, могут не совпадать по времени с этапами развития патологического процесса, закономерности которого жестко контролируются патогенетически. Это может затруднять истинное представление об объективном ходе его развития (Buchanan R.W., 2007, Moller H.J., 2007). В свете этого, особенно актуальным является поиск биологических маркеров, отражающих особенности течения эндогенных психозов, степень их прогредиентности, позволяющих своевременно определить уровень активности патологического процесса и тем самым оптимизировать подбор терапии

Многочисленные литературные данные и результаты собственных исследований свидетельствуют, что воспалительные и аутоиммунные реакции вовлечены в патогенез различных нервно-психических заболеваний, а некоторые иммунологические показатели могут объективно отражать состояние нервной системы, нередко опережая динамику клинической симптоматики (Miller B.J., et al., 2011, Клюшник Т.П. с соавт., 2014).

В связи с вышесказанным целью настоящей работы было сравнительное изучение иммунологических реакций у больных с эндогенными психозами (приступообразно-прогредиентной шизофренией, шизоаффективным и маниакально-депрессивным психозом) в ходе проведенной терапии, а также изучение взаимосвязей между иммунологическими показателями и клиническими характеристиками эндогенного процесса (длительностью заболевания, наличием и степенью выраженности негативных изменений, типом приступа, ведущим полюсом аффекта).

Материалы и методы исследования. Было обследовано 95 пациентов женского пола (средний возраст 34±11,5 лет) с диагнозом эндогенного приступообразного психоза. Из них у 53 человек была диагностирована приступообразно-прогредиентная шизофрения (ППШ) (F20.0 по МКБ-10) с галлюцинаторно-бредовым (n=20), маниакально-бредовым (n=20) и депрессивно-бредовым приступом (n=13); у 28 человек – шизоаффективный психоз (ШАП) (F25 по МКБ-10) с маниакально-бредовым (n=17) и депрессивно-бредовым (n=11) приступом; у 12 пациентов – маниакально-депрессивный психоз (МДП) (F 31; F 33 по МКБ-10). Контрольную группу составили 56 психически и соматически здоровых женщин соответствующего возраста.

Психометрическая оценка состояния больных проводилась с использованием шкалы PANSS. Пациенты исследовались дважды: 1-я точка – в стадии острого психоза до лечения, 2-я точка – после проведенной терапии перед выпиской из стационара (n=81). Критериями исключения из исследования было наличие острых воспалительных, а также аутоиммунных заболеваний за 2-3 недели до обследования.

В сыворотке крови пациентов определяли активность воспалительных факторов – лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и альфа1-протеиназного ингибитора (α1-ПИ), а также уровень аутоантител (ААТ) к нейроантигенам – S100b и основному белку миелина (ОБМ).

Энзиматическую активность ЛЭ и функциональную активность a1-ПИ определяли спектрофотометрическим методом, уровень ААТ к нейроантигенам S-100b и ОБМ – методом иммуноферментного анализа. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica–7.

Результаты и обсуждение. В остром психотическом состоянии (1-я точка) выявлено достоверное повышение активности ЛЭ и α1-ПИ ($p<0.05$) а также уровня ААТ к нейроантигенам ($p<0.05$) во всех обследованных группах пациентов по сравнению с контролем. Нарастание степени прогредиентности и тяжести патологического процесса от МДП к ППШ сопровождается достоверным нарастанием активности ЛЭ ($p<0.05$) в сыворотке крови пациентов. При межгрупповом сравнении выявлено, что наиболее высокий уровень ААТ также характерен для пациентов с ППШ – наиболее деструктивной формой эндогенного заболевания ($p<0.05$ в сравнении с ШАП и МДП). Уровень ААТ к нейроантигенам у пациентов с ШАП не отличался от такового при МДП.

Выявлены различия иммунологических реакций у пациентов с ППШ в зависимости от психопатологической картины (типа) приступа. На фоне повышения исследуемых показателей у пациентов с ППШ при галлюцинаторно-бредовой симптоматике был выявлен достоверно более высокий уровень ААТ к нейроантигенам, чем при маниакально-бредовой ($p<0.05$) и депрессивно-бредовой ($p<0.05$). Не выявлено различий по иммунологическим показателям между маниакально-бредовой и депрессивно-бредовой симптоматикой в рамках ШАП.

Пациенты с шизофренией с длительностью заболевания более 5 лет характеризовались более низкими значениями активности ЛЭ и уровня ААТ по сравнению с недавно заболевшими ($p<0.05$). В группе пациентов с МДП не выявлено различий в активности/уровне исследуемых показателей в зависимости от длительности заболевания. В группе больных ППШ с более выраженными негативными изменениями обнаруживался более высокий уровень ААТ к нейроантигенам ($p<0.05$).

При повторном обследовании после проведенной терапии (2-я точка) во всех группах наблюдалось выраженное улучшение клинической симптоматики ($p<0.001$), сопровождающееся достоверным снижением активности ЛЭ ($p<0.05$) и уровня ААТ ($p<0.05$) во всех группах по сравнению с 1-й точкой. Активность a1-ПИ по-прежнему оставалась повышенной при каждой нозологии ($p<0.001$). Выявлено, однако, что в группе пациентов с МДП наблюдалось снижение активности ЛЭ до контрольных значений, а у пациентов с шизофренией и ШАП, несмотря на проведенную терапию, активность фермента оставалась достоверно повышенной по сравнению с контролем ($p<0.05$).

Полученные результаты свидетельствуют, что маркеры воспалительных и аутоиммунных реакций – активность лейкоцитарной эластазы и уровень ААТ к нейроантигенам тесно взаимосвязаны с особенностями клинического течения эндогенного психоза, а их комплексная оценка наиболее полно отражает остроту и тяжесть патологического процесса, что важно для оптимизации терапевтических мероприятий и мониторинга состояния пациентов с эндогенными приступообразными заболеваниями.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТ) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Иванов М.В., Зубов Д.С., Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В., Дорофейков В.В.

Санкт-Петербург
СПБНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
СПБГУ,
НИИ акушерства, гинекологии
и репродуктологии им Д.О. Отта

Актуальность исследования. Параллельно с активным развитием медикаментозного лечения психических расстройств, современные клиницисты все чаще сталкиваются с проблемой резистентности к психофармакотерапии (ПФТ), достигающей, согласно представленным авторами данным, 60 процентов. В ряду методов биологических противорезистентных воздействий электросудорожная терапия продолжает рассматриваться как один из наиболее эффективных способов ее преодоления. Согласно литературным источникам, только у 10 процентов пациентов с параноидной шизофренией, получавших ЭСТ для преодоления случаев терапевтической резистентности, не было выявлено никакой положительной динамики. Причем эффективность данного метода оценивается авторами достаточно высоко, и составляет 55 – 86 процентов. Несмотря на такую высокую эффективность и длительность применения электросудорожной терапии, открытым и активно обсуждаемым остается вопрос о ее безопасности. Большинство работ, проведенных в этом направлении, сосредоточено на пациентах, страдающих психическими расстройствами аффективного ряда (биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство). Причем параметры, исследуемые у больных, получавших данный вид биологической терапии, включают в себя преимущественно оценку клинического статуса и когнитивного функционирования. Вместе с тем, проведенные к настоящему времени работы по определению уровня биологических маркеров повреждения головного мозга, что без сомнения является важным критерием для оценки безопасности ЭСТ – немногочисленны, а их результаты зачастую противоречивы. Целью настоящего исследования являлась оценка сывороточного уровня биологических маркеров повреждения тканей головного мозга у пациентов, страдающих параноидной шизофренией с установленной терапевтической резистентностью, в процессе курса ЭСТ для объективизации безопасности данного метода.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 пациентов, сравнимых по социальным и демографическим показателям, находившихся на стационарном лечении в отделении биологической терапии психически больных СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, психический статус которых характеризовался наличием актуальной психопатологической симптоматики, отвечавшей критериям диагноза «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ десятого пересмотра), получавших комбинированную психофармако- и электросудорожную терапию. У всех принимавших участие в исследовании пациентов была зарегистрирована терапевтическая резистентность, диагностика которой основывалась на следующих критериях: полное отсутствие редукции, или незначительная редукция продуктивной психопатологической симптоматики после последовательных курсов терапии двумя и более антипсихотиками (различных генераций) в течение 6–8 недель с их применением в средне- или максимально допустимых терапевтических дозах. В качестве лекарственных средств (ЛС) для проведения ПФТ назначались антипсихотики первой, или второй генерации, а также их сочетание. Среди ЛС наиболее часто применялись: га-лоперидол в дозе 10-30 мг/сут, клозапин 50-300 мг/сут, рисперидон 4-6 мг/сут, палиперидон 6-9 мг/сут. Сеансы ЭСТ проводилась при помощи аппарата «ЭСТЕР» с предшествующей премедикацией в условиях реанимационного отделения, использовалось билатеральное наложение электродов. Количество сеансов составляло от 8 до 12 у отдельных пациентов. Объективизация психического состояния осуществлялась в те же временные промежутки с использованием шкалы PANSS. С целью объективизации показателей безопасности ЭСТ, были проанализированы наиболее известные биомаркеры, имеющие отношение к процессам повреждения тканей головного мозга: нейронспецифическая энолаза (NSE) – фермент, содержащийся в нейронах ЦНС, концентрация которого значительно повышается при любых травматических воздействиях на ткани головного мозга; специфический белок астроцитарной глии – S100B, значительное увеличение концентрации данного вещества возникает при различных видах нейродегенерации и нейродеструкции; фермент креатинфосфокиназа (КФК) и ее изофермент КФК-МВ (включающий в состав мышечную и мозговую фракции) содержащиеся в клетках скелетной мускулатуры, миокарде, легких, щитовидной железе и головном мозге, повышение уровня в крови, которых возникает при повреждениях раз-личного генеза соответствующих органов и тканей. Исследование активности КФК и КФК-МВ в сыворотке крови проводили с использованием иммунотурбидиметрического метода и моноклональных антител к определяемому белку ультрачувствительным методом последнего поколения с применением автоматического анализатора «Architectc8000» фирмы «Abbott» (США), а также реактивов фирмы «Abbott»; нейронспецифичной энолазы (NSE) и белка S100B – с использованием автоматического иммунохимического анализатора «Elecsys 2010» фирмы «Roche» (Швейцария). Исследование определяемых образцов (NSE, S100B, КФК и КФК-МВ) в сыворотке крови пациентов осуществлялось троекратно: перед началом курса ЭСТ, после третьей и заключительной процедуры.

Результаты исследования. Около 22% больных имели повышение концентрации NSE выше нормы (0-20 нг/мл) однократно и в различных временных точках. Максимальное значение данного показателя составило – 30,38 нг/л, в среднем же у всех пациентов он находился в пределах 9,57±5.46 нг/мл, 8,3±5.45 нг/мл и 9,47±4.89 нг/мл для первой второй и третьей точки забора соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о частичном вовлечении нейронов в процесс повреждения, однако особенности изменений показателя не позволяют связать их именно с влиянием ЭСТ, поскольку повышение уровня NSE выше нормы носит хаотичный, бессистемный, возможно, случайный характер, что совпадает с мнением ряда авторов, приведенном в соответствующей литературе. Уровень белка S100B у исследуемых пациентов не выходил за рамки нормальных значений (0-200 нг/л) и составлял в среднем 54±29 нг/л до начала курса ЭСТ и 36±11 и 44±27 нг/л в соответствующих двух временных точках во время проведения процедур. Эти данные (отсутствие признаков активации экспрессии S100B) дают основания считать, что курс ЭСТ не приводит к во-влечению головного мозга в системную воспалительную реакцию. Уровень активности КФК находился в пределах нормы (29-200 ед/л) у 87% пациентов. Его существенное повышение было зафиксировано в двух случаях (675 ед/л и 2023 ед/л), однако эти изменения присутствовали еще до начала курса ЭСТ. В ходе наблюдения отмечалась тенденция к снижению активности данного показателя после третьей процедуры до 404 ед/л и 930 ед/л соответственно. После окончания ЭСТ, показатель достиг нормальных значений (114 ед/л) в последней точке у первого пациента, и значительно снизился у второго (289 ед/л). Повышение уровня КФК у указанных пациентов может свидетельствовать о вовлечении в процесс повреждения в большей степени мышечной ткани. Согласно современным взглядам принято считать, что общая КФК является неспецифичным нейро- маркером и поэтому ее повышение не может являться достаточным основанием для

предположения о нейродеструктивном влиянии ЭСТ, но данный вопрос требует дополнительного изучения. Одновременно было установлено, что уровень изофермента КФК-МВ, более специфичного для тканей головного мозга, находился в пределах нормы (0-24 ед/л) у всех пациентов и составлял в среднем 12,44±5,16 ед/л для первого забора, 8,61±2,78 ед/л для второго и 9,52±2,73 ед/л для третьего.

Выводы. В работе установлено, что при проведении курса ЭСТ больным параноидной шизофренией средний уровень определяемых у них биомаркеров, относимых к показателям нейродеструкции и нейродегенерации (NSE, S100B, КФК-МВ), не выходил за пределы нормальных значений. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об отсутствии объективных признаков повреждения нервных клеток головного мозга при использовании ЭСТ в арсенале методов противорезистентной терапии психических расстройств.

БИОМАРКЕРЫ ШИЗОФРЕНИИ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ

Иванова С.А.

Томск
НИИПЗ

Шизофрения относится к социально значимым расстройствам, этиология и точные патофизиологические механизмы до настоящего времени не известны. Существующая и превалирующая моноаминовая (дофаминовая) теория не объясняет в полной мере патогенез шизофрении, на терапию современными антипсихотическими препаратами дают ответ лишь 60% пациентов, что говорит о задействовании других механизмов и необходимости поиска новых подходов к изучению шизофрении.

Исходя из анализа литературных данных и результатов собственных исследований, мы опираемся на существующие гипотезы и выбираем для исследования целый комплекс факторов в качестве возможных маркеров. В основе этого подхода лежит гипотеза о мультифакториальности и гетерогенности шизофрении как заболевания. Нами предлагается на основе объединения возможности сосуществования различных гипотез шизофренических расстройств (дофаминовой, глутаматной, нейроэндокринной, иммуно-воспалительной, гипотезы нарушения нейропластичности и нейрогенеза, нейродегенеративной, свободно-радикальной и аутоиммунной гипотез) найти комплекс основных субстанций, которые возможно использовать для диагностики, дифференциальной диагностики и оценки эффективности применяемой терапии.

Второй методологический подход направлен на проведение протеомного анализа сыворотки крови больных шизофренией и здоровых лиц, что позволит выявить белки в сыворотке крови пациентов, не характерные для здоровых лиц, которые возможно будут связаны с патогенезом заболевания или быть свидетелем проходящих в организме больного метаболических процессов. После идентификации белков, выявляемых только при шизофрении, возможна оценка их функциональной роли.

Целью настоящего исследования является поиск возможных биомаркеров шизофрении с использованием стандартных скрининговых методов и протеомного анализа.

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 170 больных шизофренией, проходивших курс лечения в отделении эндогенных расстройств клиник НИИ психического здоровья (руководитель отделения – профессор Семке А.В.) и Кемеровской областной клинической психиатрической больницы (главный врач – к.м.н. Сорокина В.А.). Исследование проводилось в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г.). Группу контроля для лабораторных исследований составили 50 психически и соматически здоровых лиц, соответствующих по полу и возрасту и не имеющие хронических заболеваний.

Клиническая оценка проводилась с использованием шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS) и шкалы глобального клинического впечатления – тяжесть заболевания (CGI-S).

В качестве возможных маркеров в сыворотке и плазме крови проводили определение спектра различных субстанций. Антитела (АТ) к ДНК определяли при помощи тест-системы «Векто-dsДНК-IgG» и «Векто-ssДНК-IgG» для количественного определения IgG к денатурированной dsДНК и нативной ssДНК. Концентрацию кортизола, дофамина, нейростероидов ДГЭА и сульфатированной формы ДГЭА-С измеряли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Для определения содержания глутамата использовался набор реагентов Glutamate Assay Kitt (BioVision, США) спектрофотометрическим методом. Спектр молекул средней массы как показателя эндогенной интоксикации проводили спектрофотометрическим методом. Окисленный и восстановленный глутатион определяли спектрофлуориметрическим методом на спектрофлуориметре Varion (США), активность каталазы – спектрофотометрическим методом (Epoch, США).

Протеомный анализ проведен в сыворотке крови 30 больных параноидной шизофренией и 20 здоровых лиц из представленных выше групп обследованных лиц. Фрагмент по протеомному анализу проведен в кооперации с ИХБФМ (г. Новосибирск). Идентификацию белков проводили путем поиска совпадения значений экспериментальных масс с массами белков, аннотированных в соответствующих базах данных, с использованием ресурсов программы Mascot («MatrixScience», США).

У больных шизофренией на фоне выраженной клинической симптоматики выявлено повышение концентрации глутамата в два раза по сравнению с группой контроля (21,303±0,416 нмоль/мкл, 10,566±0,507 нмоль/мкл, $p<0,0001$). Среди показателей, связанных со свободно-радикальной гипотезой, наблюдается достоверное снижение содержания восстановленного глутатиона – значимого компонента неферментативной антиоксидантной защиты.

Физиологические значения концентрации антител к ДНК здоровых лиц не превышают 25 МЕ/мл, значения больных были разделены на два диапазона: до 25 МЕ/мл и выше. В группе больных наблюдается повышенное содержание АТ к денатурированной ДНК (30,278±3,457 МЕ/мл) по сравнению с физиологической нормой (<25 МЕ/мл).

В спектре молекул средней массы выявлено увеличение показателей токсической фракции у обследуемых больных и изменения нуклеарной фракции, что может свидетельствовать в пользу активации окислительного стресса и развития деструктивных процессов. Выявленные нарушения регистрируются на фоне повышения уровня кортизола (610,27±15,58 нмоль/л, $p<0,05$) по сравнению с группой контроля (555,1±13,24 нмоль/л).

В результате проведенного протеомного анализа в сыворотке крови больных шизофренией были обнаружены белки, отсутствующие у здоровых лиц: белок метаботропного глутаматного рецептора 6-го типа 95376 Da, цинк-связывающий белок 747 – 20597 Da и белок с неизвестной функцией (гипотетический белок LANCL1 – 45711 Da).

Проводимое исследование носит поисковый характер. Принимая во внимание гетерогенный характер шизофрении как в отношении этиологии, так и в отношении профиля симптомов, можно констатировать факт невозможности обнаружить единственный биомаркер, способный правильно дифференцировать шизофрению. Соответственно, нами выбран другой путь, направленный на создание профиля биомаркеров, соответствую-

щего комплексному характеру самого заболевания. Представляет особый интерес на заключительном этапе сравнение и сопоставление выявленных наиболее значимых маркеров в сыворотке крови, определяемых с помощью иммуноферментного анализа, спектрофотометрии и спектрофлуориметрии с изменениями в белковом спектре, выявленными на этапе протеомного анализа.

На основе определения профиля биомаркеров в сыворотке крови и плазме и их валидизации в перспективе возможна разработка диагностической панели. Выявление особенностей содержания биомаркеров в зависимости от нозологической формы шизофрении (параноидная и простая); сравнительная характеристика ведущей позитивной и негативной симптоматики и анализ эффективности терапии в зависимости от профиля биомаркеров может создать основу для разработки новых способов дифференциальной диагностики и методов прогнозирования эффективности фармакотерапии.

Работа поддержана грантом РНФ № 14-15-00480 «Поиск ключевых биомаркеров патогенеза социально значимых эндогенных психических расстройств» (2014–2016).

ПСИХОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Камплицкая О.В., Крючкова А.С., Овсянников М.В.

Ростов-на-Дону
РостГМУ

Одним из факторов воз никновения и закрепления агрессивности как черты личности, являются психологические особенности. Причем, присутствие агрессивности как онтогенетически устойчивой индивидуальной характеристики обусловлены не только внешними и внутренними условиями развития, но и некоторыми наследственными биологическими задатками. Можно говорить, что агрессивность, как одна из стратегий личностного поведения может иметь определенные психогенетические предпосылки.

В связи с этим, появляется важность изучения, выявления и описания генетических особенностей у пациентов с разной формой проявления агрессии.

Целью исследования является изучение взаимосвязи агрессивности, агрессивного поведения с наследственными факторами у больных страдающих алкоголизмом.

Объектом исследования выступают больные страдающие алкоголизмом в количестве 83 пациента. В качестве инструментария используются следующие методы и методики: для диагностики агрессивности использовался тест руки Вагнера (Hand Test). Оценка общей агрессивности и форм ее проявления, а также враждебность проводилась с помощью шкал опросника Басса-Дарки. В молекулярно-генетическом исследовании в качестве гена кандидата рассматривали генотипы и аллели гена нейромедиаторных путей, фермента катехол-о-метилтрансферазы COMT, который контролирует выработку фермента, разрушающего дофамин. Нами были рассмотрены генотипы и аллели гена, определяющего работу фермента моноаминоксидазы (MAOA). Его молекулы распределяются вокруг точек соединения нервных клеток. В этих точках происходит передача нервного импульса от одной нервной клетки к другой через особые вещества нейромедиаторы. При этом часть нейромедиаторов остается в пространстве между клетками. Если они быстро разрушаются моноаминооксидазой возбуждение быстро гаснет и человек успокаивается. Когда моноаминооксидаза повреждена возбуждение растягивается и человек пребывает в сильном раздражении, которое толкает его на жестокие поступки. Результаты молекулярно- генетического анализа гена MAOA: аллель3 (низкая активность) встречается у 35 испытуемых (42%); аллель4 (высокая активность) выявилась у 48 человек (58%). Результаты молекулярно- генетического анализа полиморфизма V158M гена COMT (MIM 309850): генотип (VV) встречается у 12 человек (14%); генотип (VM) встречается у 56 испытуемых (67%); генотип (MM) выявлен у 15 человек (19%).

Анализ результатов полученных с помощью методики Hand Test показал что преобладание агрессивных установок над установками направленными на социальное сотрудничество отмечается у 35 человек из числа общей выборки, из них 21 человек с низко-активным вариантом гена моноаминооксидазы, что составляет 60% от выявленных, имеющих аллель с 3 повторами; 14 человек с высоко- активным вариантом гена MAOA, что составляет 29%. Полученные данные могут свидетельствовать о связи низко-активного варианта гена MAOA с агрессивными установками.

Анализ данных, касающиеся склонности к агрессии и враждебности, полученные с помощью методики Басса-Дарки показывает, высокий уровень агрессивности отмечается у 36% испытуемых, имеющих аллель с 3 повторами (низкая активность фермента), а высокий уровень враждебности у 71% пациентов имеющих аллель 3 (низкая активность фермента).

Также, высокий уровень агрессивности отмечается у 31% испытуемых с генотипом VM, а высокий уровень враждебности у 40.6% пациентов с данным генотипом. Следует отметить, что из 23 пациентов, у которых выявлен высокий уровень агрессивности, 20 имеют генотип VM. Полученные данные позволяют предполагать, что среди пациентов с генотипом VM, по сравнению с носителями генотипами MM и VV COMT, больше пациентов, склонных к агрессивности и враждебности.

Полученные данные позволяют предполагать, что испытуемые с низкоактивным (аллель 3) вариантом гена (MAOA), несмотря на невысокий показатель агрессивности по тесту Басса-Дарки, почти везде имеют высокий показатель враждебности.

Таким образом, в ходе проведенного исследования в группе пациентов страдающих алкоголизмом, можно сделать соответствующие выводы: генотип VM фермента катехол-О-метилтрансферазы, COMT может выступать в роли фактора риска склонности к агрессивному поведению. Низко-активный вариант гена моноаминооксидазы может выступать в роли фактора риска склонности к враждебному поведению. Выявленные особенности следует учитывать при проведении лечебно – профилактических мероприятий.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭСТ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Карпова Д.Н., Карпов А.Э., Камплицкая О.В.

Ростов-на-Дону
ГБУ РО ПНД

Методика проведения ЭСТ широко используется в психиатрии, как для лечения больных шизофренией, так и для преодоления фармакологической резистентности при депрессивных расстройствах. В исследование было включено 50 больных с шизофренией (МКБ-10) удовлетворяющим критериям резистентности, из них 30 человек получал клозапин- первая группа, 20 человек клозапин +ЭСТ. Продолжительность периода активной терапии составляла 8 недель. Клозапин назначался в адекватных терапевтических дозах в диапазоне 100-900 мг в сутки. В группе комбинированной терапии пациентам был проведен курс ЭСТ, состоящий из 5-15 процедур, с билатеральным наложением электродов. Оценка динамики симптоматики проводилась по шкалам PANSS, CGI в определенные временные промежутки.

Основным критерием эффективности принято считать редукцию симптоматики по шкале PANSS, более чем на 20% от исходного уровня. В ходе работы были исследованы аутоантитела к антигенам нервной ткани у больных шизофренией на фоне медикаментозного лечения и при сочетании фармакотерапии и ЭСТ. Для уровней сывороточных антител к белкам нервной ткани и их функциональных «противовесов» – антиидиотипических аутоантител существуют определенные границы нормы, необходимые для осуществления нормальных физиологических функций, причем превышение и снижение этого уровня ведет к дисфункциям общего гомеостаза и усугублению патологических состояний. Комплексное исследование аутоантител и антиидиотипических аутоантител к нейроантигенам S100b, GFAP, MP-65, ФРН было выбрано как весьма информативный метод, так как эти белки осуществляют важные структурные и биологические функции нервной ткани. Особый интерес представляет не только изучение уровней а-АТ (или идиотипических антител), но и антиидиотипических антител (АИАТ) к нейроантигенам, а так же состояние идиотип – антиидиотипического равновесия, с целью дальнейшей разработки оптимальных схем проведения ЭСТ с учетом, как клинической картины течения заболевания, так и состояния сывороточной иммунореактивности к белкам нервной ткани. Исследование показало наличие множества корреляций клинических и иммунохимических показателей, что указывает на наличие сложных взаимосвязей между основными адаптационными системами организма (нервной, гуморальной и иммунной). Изучение изменений регуляторного иммунного гомеостаза у больных шизофренией, может быть применено в комплексной оценки состояния организма при проведении ЭСТ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЭГ ПРЕДИКТОРОВ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ СОЗНАНИЯ

Киренская А.В., Ткаченко А.А., Альтман Ю.С., Новотоцкий-Власов В.Ю.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Под психогенными расстройствами сознания понимаются патопсихологические и клинико-психопатологические реакции, возникающие в ответ на кратковременную или длительную психотравмирующую ситуацию. В зависимости от степени нарушения сознания (от сужения до помрачения) к ним относятся непатологические состояния (физиологический и кумулятивный аффекты) и патологический аффект.

Проблема разработки объективных критериев диагностики состояний, протекающих с нарушением сознания, является одной из актуальных задач судебной психиатрии. Трудности экспертной оценки в значительной степени связаны с тем, что такие состояния возникают в период, непосредственно предшествующий правонарушению, имеют кратковременное течение и требуют от специалистов ретроспективной оценки.

С целью выявления нейрофизиологических предикторов психогенных расстройств сознания проведено изучение характеристик активности мозга с помощью многоканальной регистрации и традиционного спектрального анализа ЭЭГ в состояниях покоя и аверсивной эмоциональной активации.

Методика. В исследовании приняло участие 59 подэкспертных, совершивших правонарушения (ООД) агрессивного характера. Группу лиц с психогенными расстройствами сознания разделили на четыре подгруппы – в подгруппу с патологическими аффективными реакциями (ПАР) вошли подэкспертные (7 чел.), у которых в момент совершения ООД устанавливалось психогенное помрачение сознания, три подгруппы с непатологическими аффективными реакциями составили подэкспертные, у которых в момент совершения ООД устанавливалось эмоциональное состояние с сужением сознания, включая физиологический аффект (ФА – 7 чел.), кумулятивный аффект (КА – 10 чел.), а также эмоциональные состояния, которые не оказывали существенного влияния на сознание и поведение и рассматривались как юридически незначимые (ЭС – 15 чел.). У всех подэкспертных, вошедших в эти четыре группы, агрессивные побуждения возникли в структуре эмоционального возбуждения, возникновение и развитие которого было связано с психотравмирующей ситуацией. В группу сравнения были включены лица с привычно реализуемыми формами агрессивного поведения (А – 20 чел.), в данной группе роль психогенно-травмирующей ситуации была минимальна.

Данные групп подэкспертных сопоставляли с данными группы нормы, в которую вошли 16 психически здоровых социально адаптированных добровольца. Все исследуемые были мужского пола.

Запись ЭЭГ осуществляли в двух функциональных состояниях (с закрытыми глазами): I – спокойное бодрствование; II – предъявление в течение 1 минуты (через наушники) аверсивной звуковой стимуляции (громкий тон 95 дБ, 1000 Гц).

ЭЭГ регистрировали от 19 стандартных отведений (по системе 10–20) на нейрокартографе МБН (Россия). Спектр ЭЭГ получали с помощью быстрого преобразования по Фурье.

Методом адаптивного определения частотных границ ритмов ЭЭГ (Новотоцкий-Власов и др., 2012) выделено 12 диапазонов (в частотной полосе 1-46 Гц): дельта, тета1, тета2, альфа1 – альфа3, бета1 – бета4, гамма1 и гамма2. Для количественной оценки спектра ЭЭГ в каждом диапазоне использовали натуральный логарифм абсолютной спектральной мощности (СМ) и когерентность (КОГ) между всеми отведениями (171 пара электродов).

Результаты. Спектральная мощность. Анализ СМ в состояниях покоя и аверсивной звуковой стимуляции обнаружил генерализованное увеличение СМ медленных диапазонов в двух группах испытуемых – ПАР и ФА – статистически значимое по сравнению с нормой в дельта и тета1 диапазонах (фактор «Группа», $p<0,05$). Наибольшая выраженность сдвигов наблюдалась в лобно-центрально-височных областях. В группе ПАР также найдено повышение СМ высокочастотных бета и гамма диапазонов во всех отведениях ЭЭГ в частотной полосе от 12,7 до 46,0 Гц. Для всех этих диапазонов также был значимым фактор «Группа» ($p<0,05$).

Для группы КА значимых отличий от нормы по показателю СМ не выявлено, что могло определяться состоянием разрядки длительно копившегося аффекта.

В группе ЭС в состоянии I выявлена значимость ($p<0.05$) сочетанного фактора «Группа х Полушарие» для показателей СМ дельта и тета1 диапазонов, что было связано с увеличением СМ, более значительным в отведениях правого полушария. Однако величина отклонений от нормы была вдвое ниже, чем в группах ПАР и ФА. Кроме того, в группе ЭС найдено существенное снижение по сравнению с нормой СМ альфа диапазона в центрально-теменно-затылочной области, что отражает депрессию альфа-активности и интерпретируется как повышенный уровень корковой активации («Группа х Область» в альфа2 ($p=0.066$) и альфа3 ($p=0.071$) диапазонах). При предъявлении аверсивной стимуляции снижение СМ альфа диапазона относительно нормы в группе ЭС стало еще более значительным и наблюдалось в широкой частотной полосе (6,8 – 12,7 Гц), что отражает выраженные реактивные изменения в сторону активации коры. Соответственно, в состоянии II был значимым фактор «Группа х Область» в диапазонах тета2 ($p<0.05$) альфа1 ($p<0.01$), альфа2 ($p<0.01$), альфа3 ($p<0.01$).

Паттерн изменений СМ ЭЭГ в группе А был сходным с наблюдавшимся в группе ПАР. Было показано, что группа А статистически достоверно отличалась от нормы повышенными значениями СМ дельта и тета1 диапазонов, более значительным в правом полушарии («Группа х Полушарие», $p<0.05$), и гене-

рализованным увеличением СМ диапазонов бета3, бета4, гамма1 и гамма2 («Группа», p<0,05). Однако в группе А изменения показателей ЭЭГ при сравнении с нормой были статистически значимо слабее (в 2-3 раза), чем в группе ПАР. Предъявление аверсивной стимуляции в этой группе не сопровождалось существенными изменениями СМ.

Когерентность. Отчетливые отличия от нормы по показателю КОГ обнаружены в двух группах с психогенными расстройствами сознания – ФА и КА. В группе ФА обнаружено значительное повышение КОГ (p<0,001) в тета1, тета2 и альфа1 диапазонах в лобно-центрально-височной области. Для группы КА в состоянии I наиболее характерным было повышение КОГ по сравнению с нормой в высокочастотных диапазонах ЭЭГ (p<0,001) – бета3, гамма1 и гамма2, и снижение – в альфа диапазоне (p<0,01). В состоянии II в группе КА наблюдалось отчетливое усиление КОГ в дельта диапазоне в лобно-центрально-височных областях. Следует отметить высоко достоверное (p<0,001) повышение КОГ между симметричными височными (Т3 и Т4) отведениями, которое по данным литературы отражает очаг активации в лимбических структурах (Болдырева Г.А., 2000).

Заключение. Для лиц с психогенными расстройствами сознания можно отметить следующие характерные отличия от нормы: (1) увеличение СМ медленных диапазонов ЭЭГ (дельта и тета) с акцентом в лобно-центрально-височной области (группы ПАР и ФА); (2) существенное повышение КОГ в дельта и тета диапазонах ЭЭГ с акцентом в лобно-центрально-височной области (группы ФА и КА); (3) генерализованное повышение СМ высокочастотных (бета-гамма) диапазонов ЭЭГ (группа ПАР); (4) выраженное усиление КОГ в высокочастотных диапазонах (бета 3 – гамма 1) (группа КА). Величина сдвигов, их топография и реактивность в ответ на аверсивную стимуляцию позволяет рассматривать их как проявление гиперактивации подкорковых эмоциогенных структур лимбической системы и нейрофизиологические факторы предрасположенности к неконтролируемому аффекту.

В группе подэкспертных с юридически незначимыми эмоциональными реакциями особенности ЭЭГ не выходят за границы физиологической реакции, а характер выявленных отличий от нормы позволяет предположить их обусловленность негативными эмоциональными переживаниями.

Для подэкспертных с привычным агрессивным поведением обнаружен устойчивый паттерн статистически значимых отличий от нормы, однако величина отклонений и их распределение по коре дают основания предполагать, что выявленные сдвиги отражают патохарактерологические особенности лиц этой группы.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ *VAL158MET COMT* И *GLU713LYS ANKK1* НА НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кичук И.В., Петров Е.А., Митрофанов А.А., Вильянов В.Б., Сорокин А.С., Ильгизова А.А., Никитенкова И.И., Павочкина Е.С., Хаминский А.М.

Москва
Научно-диагностический центр клинической психиатрии, РГМУ

Цель исследования. В настоящее работе мы проанализировали связь некоторых нейрофизиологических и молекулярно-генетических показателей при помощи аппаратно-программного комплекса для топографического картирования электрической активности мозга «Нейро-КМ» (разработка и производство Научно-медицинской фирмы «Статокин», Москва).

Материалы исследования. Под наблюдением находилась 49 больных, из них 17 страдали шизофренией, у 23 диагностирована задержка психического развития и у 9 – пограничная психическая патология. Обследование включало определение полиморфизмов Val158Met COMT и Glu713Lys ANKK1,регистрацию ЭЭГ.

Результаты исследования. По результатам генотипирования были выделены 3 группыбольных: 1. с благоприятным сочетанием генотипов (ValVal+GluGl; ValVal+GluLys; ValMet+GluLys); 2. С относительно благоприятным сочетанием генотипов (ValMet+GluLys; ValVal+LysLys; MetMet+GluGlu); 3. С неблагоприятным сочетанием генотипов (MetMet+LysLys; MetMet+GluLys; ValMet+LysLys). В первой группе предпосылки к профициту дофамина и снижению плотности дофаминовых рецепторов 2 типа были минимальны, во второй – относительно выражены, в третьей – максимальны. Были сопоставлены показатели ЭЭГ в каждой их выделенных групп, независимо от нозологической пренадлежности больных.

При сравнении результатов исследования 1группы (22 больных) с данными, полученными во 2 и 3 (27 пациентов), выявляются значимые различия в представленности бета ритма в полосе 16-17 Гц (процентная мощности (% от всего диапазона) в лобно-центральных и лобно-височных отделах (p<0,05), больше справа. Если сравнивать группу с неблагоприятным сочетанием генотипов (11 чел) с носителями благоприятного и относительно благоприятного (38 испытуемых), то данные различия усиливаются (p<0,01) и проявляются в более широком частотном бета диапазоне (14-19 Гц).

При сравнении показателей когерентности, в 1 и 2 группах отмечается увеличение внутриполушарной когерентности в диапазоне альфа1 (7-9 Гц) в правом полушарии в электродных парах на длинном межэлектродном расстоянии и увеличение внутриполушарной интеграции в бета частотном диапазоне в передних и височных отделах на коротких межэлектродных расстояниях (p<0,01). Межполушарные связи при этом были снижены в височных отведениях в дельта диапазоне (2-3 Гц) и повышены в бета2 диапазоне (24-26 Гц) относительно группы с неблагоприятным сочетанием генотипов (p<0,01).

Выводы. Можно предположить что гены, регулирующие дофаминергическую активность ЦНС принимают участие в модулировании биоэлектрической активности преимущественно в лобно-височных отведениях правого полушария. У лиц с благоприятным сочетанием генотипов отмечается более высокий индекс бета1 активности (16-17 Гц) в лобно-височных отделах, более высокий уровень внутриполушарной интеграции в альфа1 диапазоне в правом полушарии и в бета (16-17 Гц и 22-24 Гц) диапазоне в передних отделах, более высокий уровень межполушарной интегарции в бета диапазоне (24-26 Гц) при снижении уровня межполушарной интеграции в височных отведениях в дельта частотном диапазоне (2-3 Гц).

СОПОСТАВЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЭГ И КОНЦЕНТРАЦИИ СЕРОТОНИНА В ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кичук И.В., Петров Е.А., Митрофанов А.А., Вильянов В.Б., Сорокин А.С., Ильгизова А.А., Никитенкова И.И., Хаминский А.М.

Москва
Научно-диагностический центр клинической психиатрии; РГМУ

Под наблюдением находилось 150 больных, из них с депрессией 66 человек, с тревожными расстройствами – 84. Группой контроля состояла из 86 человек, сопоставимых по полу и

возраст с основной. Обследование включало регистрацию ЭЭГ и определение концентрации серотонина в сыворотке крови.

Результаты исследования. При сравнении спектральных показателей ЭЭГ в группах с тревожными и депрессивными расстройствами по отношению к контрольной группе выявлялись сходные отличия – уменьшение индекса медленных ритмов (2-6 Гц) в передних и правых височных отделах и увеличение индекса бета1,2 (15-27 Гц) преимущественно в передних отделах при депрессии и, с более широким распределением, при тревожных расстройствах (бета 1 в передних отделах, бета2 – в задних) ($p<0,01$).

По данным когерентного анализа отмечается снижение внутриполушарной интеграции биоэлектрических процессов во всех частотных диапазонах на длинных межэлектродных расстояниях ($p<0,01$) в группе пациентов с депрессивными расстройствами по сравнению с группой контроля. В группе с тревожными расстройствами отмечается, напротив, увеличение внутриполушарной интеграции во всех частотных диапазонах, преимущественно на длинных межэлектродных расстояниях ($p<0,01$).

При сопоставлении биохимических и ЭЭГ показателей в группах пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами выявлялись значимые ($p<0.01$) и противоположно направленные корреляционные соотношения индексов ритмов и концентрации серотонина в крови. При увеличении концентрации серотонина в группе с депрессивными расстройствами отмечалось увеличение индекса тета и альфа ритмов в передних отделах (паттерн синхронизации, замедления биоэлектрической активности) и снижение индекса бета 1,2 ритмов в передних отделах. В группе с тревожными расстройствами, напротив, при высокой концентрации серотонина отмечалось снижение индекса тета активности в передних отделах и увеличение индекса бета активности преимущественно в задних отделах, больше справа (паттерн активации, десинхронизации). Наши данные согласуются с результатами Iosifescu D.V. et al., (2009), согласно которым депрессивные пациенты с низкой мощностью тета ритма в передних отделах лучше поддаются лечению селективным ингибитором захвата серотонина, пациенты с высокой мощностью тета не отвечали на лечение препаратами СИОЗ.

Выводы. Полученные результаты могут способствовать повышению эффективности лечения больных с тревожными и депрессивными проявлениями в структуре различной психической патологии путем дифференцированного назначения тимотропных средств с учетом показателей ЭЭГ. Допустимо предположить, что тревожным пациентам могут быть рекомендованы препараты СИОЗ, если у них не отмечается увеличения индекса бета активности и нет снижения индекса тета-ритмов.

РОЛЬ РЕГУЛЯЦИИ СИСТЕМЫ «НАГРАДЫ-АНТИНАГРАДЫ» В НАРКОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ (ПУТИ, ВОЗМОЖНОСТИ, РИСКИ)

Козловский В.Л.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Из большого количества психотропных средств лишь не большая их часть обладает аддиктивным потенциалом и при том, среди последних не встречаются средства, снижающие активность эндогенных медиаторных систем. Большинство психоактивных веществ с точки зрения фармакологии относятся к «позитивным» препаратам, усиливающих прямым или непрямым способом активность нейрохимических систем мозга.

Различные формы аддиктивного поведения могут быть инициированы и прямой стимуляцией электрическим током некоторых структур головного мозга, что позволило говорить о выделении нейрофункциональной системы обеспечения подкрепления и награды. Т.е., «ядре» формирования аддикций, где возбуждение локальных нейрональных сетей, формирует состояние патологического влечения. Однако это функциональное состояние не всегда может иметь отношение к развитию патологии.

Физиологическое подкрепление играет важную роль в пищевом и половом поведении, а также в выполнении витальных программ поведения, необходимых для сохранения вида в условиях адаптации. Сказанное свидетельствует о том, что возможно функционирование системы награды играет базовую роль поскольку поддерживает в равной мере, развитие как нормальных, так и патологических форм поведения.

Сказанное может указывать на то, что физиологическая активность системы «награды» имеет определенные генетически детерминированные параметры функциональной активности, реализуемые в рамках локальных нейрональных сетей, определяющих системное подкрепляющее действие. В поддержании этой функции играют роль не только системы ответственные за влечение и подкрепление, но и связанные с последними нейрональные сети, обеспечивающие когнитивные и мнестические процессы.

Как известно, процессы возбуждения нейронов в нейрональных сетях, в условиях их полицептивности, определяются суммарным потенциалом возбуждения клеточной мембраны клеток в результате синаптического давления со стороны афферентных структур сенсорного восприятия и внутренних взаимодействий между интегрированными нейрональными сетями, связанными с подкрепляющими функциями. Вероятно, на разных этапах формирования аддиктивного поведения функциональная роль модулирующего звена «сенсорного входа» может меняться.

В исследованиях в 60-80 гг прошлого века при изучении феномена «самостимуляции» в физиологических экспериментах были выявлены структуры мозга, ответственные за угасание этого феномена, констелляцию этих структур определяли, как систему «антинаграды/наказания». По всей видимости, присутствие в нормальном мозгу «антинаграждающей» системы сводится в основном к тормозному контролю награждающих стимулов. Баланс между функциональной активностью подобных интегрированных систем, определяет естественную деятельность механизмов физиологического подкрепления.

Совершенно очевидно также и то, что известный баланс между этими подсистемами в рамках единого функционирования, может быть изменен соответствующим знаком активности как одной, так и другой подсистемы. С точки зрения физиологии/фармакологии более значимые достижения в изучении механизмов деятельности были достигнуты в отношении системы «награды» и практически не изучены фармакологические механизмы функционирования системы «антинаграды». На уровне регистрации электрофизиологических параметров активности нейронов/нейрональных сетей дифференцировать функцию как «награду» или как «антинаграду» практически невозможно (в том и другом случае, определяется физиологическое возбуждение клеток, находящихся в единой функциональной связи).

Как отмечалось, подавляющее большинство препаратов с аддиктивным потенциалом обладает свойством прямых или непрямых миметиков, активирующих эндогенные системы нейрональной передачи (опиатную, норадренергическую, каннабиноидную, ГАМК и т.п.). Небольшое число психоактивных веществ оказывают диссоциативное действие на одну или несколько систем, вызывая активацию одних и одновременно торможение других медиаторных систем. Нет убедительных данных свидетельствующих о том, что подкрепляющие эффекты ряда препаратов обусловлены исключительно блокадой НМДА или холинергических рецепторов.

По своей биологической сути, процесс химической стимуляции является более естественным с точки зрения нейробиологии, чем торможение, но с точки зрения электрофизиолога, эти явления равнозначны, поскольку торможение нейронов в нейрональных сетях процесс активный, исходно связанный с состоянием первичного возбуждения.

Трудно объяснимым с современных позиций является то, что класс антидепрессивных препаратов (их большинство) не вызывает аддиктивных реакций, стимулируя моноаминергическую передачу (механизм действия этих препаратов во многом схож с эффектами аддиктивных психостимуляторов (амфетамины, кокаин). Но, при отмене антидепрессантов описан феномен отмены. Аналогичным образом, препараты прямого и непрямого действия, обладающие дофаминопозитивным действием, применяемые для коррекции паркинсонизма и нейролептических явлений, также не обладают выраженным аддиктивным потенциалом. При этом исходя из фармакодинамики подобных препаратов и известной «аддиктивной парадигмы» именно они должны были бы обладать максимально выраженным аддиктивным потенциалом. В рамках подобных рассуждений применение препаратов, обладающих антипсихотической активностью представляется вполне адекватным.

Общая гипотеза «аддиктивности» в качестве базовой основы поддержания деятельности системы «награды» предполагает участие дофаминергической передачи. Вероятно, ее активность/тонус генетически исходно детерминирована в отношении подкрепления любых потенциально аддиктивных факторов, включая физиологические. Имеет ли смысл модулировать систему «награды-наказания» при аддиктивных расстройствах?

Если баланс системы «награды-антинаграды» генетически смещен в сторону недостаточности «награды» появляется риск развития аддиктивных нарушений, а если в противоположную сторону? Какие последствия могут иметь место в подобной ситуации? Спекуляций на подобную тему может быть множество, и, прежде всего, это нарушения в аффективной сфере, связанные с ослаблением контроля за «витальными» формами поведения.

В настоящее время, фармакотерапевтические стратегии при лечении конкретной химической зависимости не дифференцированы. «Специфическое лечение» касается лишь аспектов «заместительной терапии», направленной на сохранение наркоманической зависимости и профилактику вторичной патологии и асоциального поведения.

Стратегии же лечения специфических химических зависимостей практически не разработаны за исключением фармакологической модуляции опиатной системы агонистами/антагонистами опиатных рецепторов при терапии опиоидной и алкогольной зависимости. В целом, согласно общей концепции модуляция дофаминергических процессов должна сказаться на общем функционировании системы «награда», поскольку ее модуляция находится под контролем активности опиоидных передатчиков, которые вторично определяют эффективность дофаминергических процессов. Т.е., в конечном счете, эффекты этих препаратов оказываются сходными с таковыми для антипсихотиков (те и другие угнетают эффективность дофаминергических процессов), снижая активность подсистемы «награды».

Таким образом, в рамках общей парадигмы модуляции аддиктивного потенциала лежат терапевтические тактики подавления активности подсистемы «награды», негативно сказывающиеся на физиологических функциях мозга (появлении коррелятов негативной симптоматики). Однако исходя из сказанного, возможен иной концептуальный подход модуляции системы подкрепления через изменение активности подсистемы «антинаграды», посредством фармакологической регуляции реципрокного взаимодействия нейрональных сетей.

Трудности в разработке фармакотерапевтических подходов при лечении аддиктивной патологии, вероятно, в значительной мере ограничены отсутствием клинико-диагностических данных за динамикой изменений функциональной адаптационной активности в системе «награда-наказание» на этапах развития аддиктивных нарушений.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОГЕННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., Волчек И.В.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
ООО ДискавериМед

Персонализированная медицина основана на новой философии в здравоохранении, направленной на применение инновационных биотехнологий для предикции (предсказания) патологических состояний у человека, разработки превентивных профилактических мер и, в случае развития заболевания, планирования индивидуализированной терапии [Иванова С.А., Федоренко О.Ю., Смирнова Л.П., Семке А.В., 2013;. Jain K.K. 2009]

Глобальная концепция сдвига парадигмы в сторону персонализированной [Jain K.K. 2009] и предиктивной медицины недавно была представлена в книге, где впервые мнения по этому вопросу высказали 60 ведущих экспертов из 16 стран [Costigliola V., Gahan P., Golubnitscaja O., 2009].

Одна из важнейших проблем использования препаратов в рамках персонализированной терапии связана с резистентностью к лекарственным препаратам, которая остается одной из важнейших проблем современной психиатрии.

Предлагаемые методы преодоления резистентности психических расстройств в достаточно большой степени носят эмпирический характер, заключающийся в назначении сменяющих друг друга препаратов, без учета индивидуальной чувствительности, определенной на основании биологических (лабораторных) исследований.

Для решения этой задачи, наряду с традиционным способом определения индивидуальной чувствительности пациентов путем оценки влияния препаратов на количество Т-лимфоцитов in vitro, который применялись еще с 80-х годов прошлого века, стали использоваться также способы определения функциональной активности моноцитов (НСТ-тест) и противовирусной резистентности мононуклеаров посредством выявления вирусных включений в клетках [Волчек И.В., 1997]. Однако перечисленные методы не выдержали испытания временем из-за большой трудоемкости, отсутствия автоматизации и возможности стандартизации исследований [Волчек И.В., Петров А.С., 2010].

Согласно данных ряда авторов [Ершов Ф.И., 1996; Волчек И.В., Петров А.С., 2009] в настоящее время в России наибольшее распространение получили два метода определения чувствительности клеток крови к препаратам in vitro: 1) путем определения индукции интерферона и других цитокинов; 2) SH-групп и SH/SS (тиол-дисульфидного) соотношения (ТДС) в цельной крови. Первый метод основан на том, что продукция интерферонов клетками является преходящей, временной – «молчащие» в норме гены интерферонов индуцируются под действием продуктов вирусного и микробного происхождения и химических индукторов. Уровень интерферона оценивается биологическим методом по задержке деструкции монослоя диплоидной культуры фибробластов после внесения тест-вируса (вирус везикулярного стоматита или вирус энцефаломиокардита мышей). Для оценки индуцированного синтеза интерферонов in vitro в качестве индуктора синтеза альфа-интерферона применяется вирус болезни Ньюкасла, в качестве

индуктора синтеза гамма-интерферона – фитогемагглютинин. Индивидуальная чувствительность пациента к препаратам определяется по степени изменения интерферон-продуцирующей способности его клеток под действием соответствующих лекарственых агентов.

Второй метод обусловлен тем, что в настоящее время уровень плазменных или сывороточных тиолов, включающих белковые и безбелковые тиолы (SH) [Perro R.W., 1999] и тиол-дисульфидное (SH/SS) соотношение (ТДС) [Соколовский В.В.,1996] крови рас-сматривают как показатели иммунокомпетентности и состояние неспецифической резистентности. Оба метода уже в течение более двенадцати лет используются для индивидуализированной (персонализированной) терапии. Однако, к сожалению, до настоящего времени эти методы не нашли широкого применения в психиатрии.

Тиол-дисульфидная (SH/SS) система была выбрана в качестве мишени для мониторинга лекарственных воздействий как важная биохимическая система, характеризующая состояние антиоксидантной защиты и окислительно-восстановительных процессов организма. К функциям данной системы относится регуляция ферментативной и антиоксидантной активности, фагоцитоза и иммунных реакций, гормональных рецепторов и нейрорецепторов, клеточного деления и роста, проницаемости биологических мембран, свертывания крови, мышечного сокращения.

Повышение ТДС после инкубации с препаратом in vitro свидетельствует о биостимулирующем (иммуномодулирующем) действии препарата в исследуемой дозе, что позволяет прогнозировать высокую эффективность лечения и отсутствие побочных действий. Снижение ТДС свидетельствует о цитотоксичности (иммунодепрессивном) действии препарата в исследуемой дозе и, напротив, позволяет прогнозировать отсутствие терапевтического эффекта.

Можно предположить, что предложенный способ скрининга лекарственных препаратов с применением ТДС-теста можно использовать для персонализации антидепрессивной или нейролептической терапии.

В проведенное нами пилотажное исследование было включено 18 больных с расстройствами аффективного спектра (F31.3 – F 31.5; F 32.0 – F32.9; F 34.0 – F33.4 по МКБ-10) в возрасте от 18 до 60 лет, проявившие резистентность к проводимой ранее антидепрессивной терапии, отобранные по соответствующим критериям включения.

Целью исследования явилась оценка возможности подбора индивидуальной терапии антидепрессантами у больных с резистентной к терапии депрессией.

Согласно современным критериям, депрессия считается резистентной, если в течение двух последовательных курсов (по 3-4 недели) монотерапии фармакологически различными антидепрессантами в дозах, эквивалентных 200 мг имипрамина или 200–300 мг амитриптилина, наблюдается отсутствие или недостаточность клинического ответа (редукция симптоматики по шкале Гамильтона или Монтгомери составляет менее 50%).

Степень тяжести депрессии проводилась по клиническим оценочным шкалам: шкале оценки состояния пациента CGI, по шкале оценке депрессии: Монтгомери-Асберга (MADRS) и шкала общего функционирования GAF.

В рамках данного исследования нами был проведен скрининг 10 антидепрессантов различных фармакологических групп в средних терапевтических дозах (трициклические, гетероциклические, ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСи Н) (double action antidepressants), специфические серотониновые антидепрессанты, агонист мелатониновых MT1 и MT2 рецепторов и антагонист 5-HT2 рецепторов).

После получения результатов тестирования пациентам назначались антидепрессанты, к которым была получена наибольшая чувствительность.

На основании полученных результатов следует обратить внимание на то, что результаты скрининга препаратов не всегда совпадали с клинической целесообразностью назначения, а в случае совпадения клинической целесообразности клинических оснований и результатов ТДС-теста наблюдалась положительная динамика клинической картины, что подтверждалось результатами, полученными с помощью психометрических оценочных шкал (CGI и MADRS).

Таким образом, можно предположить, что лабораторное исследование чувствительности к антидепрессантам с помощью ТДС-теста может быть рассмотрено в качестве одного из методов определения препаратов для персонализированной терапии больных с расстройствами аффективного спектра.

О СОПРЯЖЕНИИ СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОЙ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ГРУППЫ УЛЬТРАВЫСОКОГО РИСКА

Лебедева И.С., Ахадов Т.А., Семенова Н.А., Бархатова А.Н., Омельченко М.А., Томышев А.С., Каледа В.Г.

Москва
НЦПЗ

Известно, что патогенез шизофрении определяется многими одновременно действующими нейро\психо\биологическими и социальными факторами, взаимосвязи которых так до конца и не изучены. Это верно и если ограничится рассмотрением только нейробиологических процессов – число исследований, в которых авторы сопоставляли бы широкий профиль структурных и функциональных характеристик головного мозга при шизофрении крайне мало.

Настоящее сообщение основано на результатах мультидисциплинарного исследования, одной из задач которого было определение ассоциаций между диапазоном структурных особенностей (объемы серого вещества, характеристики трактов белого вещества) головного мозга и функциональных его характеристик (уровень метаболитов в различных отделах, нейрофизиологические маркеры «сенсорного фильтра» и процессов обработки слуховой информации в ситуации избирательного внимания) у больных юношеской приступообразной шизофренией. Дополнительно в исследование были включены больные из группы т.н. «ультравыского риска» по развитию эндогенного психоза (УВР).

Материалы и методы. Выборка, в целом, включала 50 мужчин (16.5-27 лет) больных юношеской приступообразной шизофренией (F20, МКБ-10). Обследование было проведено на этапе становления ремиссии или в ремиссии после первого или второго приступа. Вторую группу (группа ультравысокого риска, УВР) составляли 56 мужчин (16-25 лет) с непсихотическими психическими расстройствами, имеющими в своей структуре отдельные симптомы психотического спектра, сюда входили 19 больных с расстройствами настроения (F31.3, F31.4, F32 (кроме F32.2), F33 (кроме F33.3), F34.); 23 больных с расстройствами личности (F60) и 14 пациентов с шизотипическим расстройствами (F21). Контрольная группа включала 45 подобранных по возрасту психически здоровых мужчин без наследственного отягощения по психическим заболеваниям.

Нейрофизиологический профиль определяли с помощью методов регистрации фоновой ЭЭГ, слуховых ВП в парадигме oddball и парадигме sensory gating (модификация с использованием параметров N100), обследование было проведено на аппаратно-программном комплексе топографичес-

кого картирования биопотенциалов мозга (NeuroKM, НМФ «Статокин», Россия) в комплекте с аудиогенератором (МБН, Россия). Методы нейровизуализации (структурная МРТ, диффузионно-тензорная томография, одновоксельная протонная магнитно-резонансная спектроскопия) были реализованы на МР томографе Achieva Philips (Голландия), с напряженностью магнитного поля 3.0 Тесла, оснащенном градиентной системой DualQuasar и 8 – канальной приемной радиочастотной катушкой для головы, обработку проводили как на рабочей станции Philips Extended MR Workspace 2.6.3.4.(с использованием программ, установленных производителем), так и с помощью программных пакетов SPM8 (Friston et al., 2007; www.fil.ion.ucl.ac.uk/spm) FreeSurfer 5.3.0 (MGH/MIT/Harvard Medical School, Athinoula A. Martinos Center for Biomedical Imaging), FSL 5.0.7 (Oxford Centre for Functional Magnetic Resonance Imaging of the Brain Software Library).

Результаты и обсуждение. В рамках исследования были получены данные о нарушении процессов избирательного внимания, снижении объемов серого вещества, множественных локусах изменений микроструктуры проводящих путей головного мозга у больных шизофренией и (в меньшей степени) у больных из группы УВР. В обеих группах не были выявлены отличия от контроля по данным протонной МР-спектроскопии и только в группе УВР были обнаружены аномалии механизмов «сенсорного фильтра«.

К ключевым результатам можно отнести выявленное у больных шизофренией сопряжение между снижением активности и\или десинхронизацией генераторов волны Р300, ассоциируемой с поддержанием рабочей памяти и оценки произведенного действия, и аномалиями микроструктурных показателей белого вещества (отражающими пространственное расположение трактов, их «плотность») колена мозолистого тела, а также со снижением объемов серого вещества в височной доле (корреляции с ранними этапами обработки информации не достигали уровня статистической значимости). В то же время, в группе больных шизофренией корреляции с выраженностью психопатологических расстройств, оцениваемых по шкале PANSS, были найдены только с амплитудой N100.

В целом, проведенное исследование указывает на существование при шизофрении нескольких относительно независимых паттернов отклонений в структурных и\или функциональных характеристиках головного мозга, лишь некоторые из которых связаны с текущим уровнем психопатологических расстройств. Сходство между группой ультравыского риска и группой больных шизофренией по ряду показателей (нарушение процессов избирательного внимания, девиации микроструктуры проводящих путей, редукция объемов серого вещества) позволяет предположить существование этих аномалий уже на доманифестном этапе шизофрении.

Работа была поддержана грантами РГНФ 13-06-00655, РФФИ 15-06-05758

О РОЛИ НЕЙРОПЕПТИДА Y В ПАТОГЕНЕЗЕ ТИПИЧНОЙ И АТИПИЧНОЙ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Лев Л.М., Заика В.Г., Андреева В.О., Андреев А.С., Ткаченко Н.В.

Ростов-на-Дону
ГБУ ПНД Ростовской области,
Ростовский ГМУ,
Ростовский НИИ акушерства и педиатрии

Синдром нервной анорексии (НА) в подростковом возрасте привлекает внимание исследователей высокой распространенностью (Attia E., 2010), летальностью (Selby E.A. et al., 2010) и смещением пика заболеваемости на более ранний возраст (Fleitlich-Bilyk B. et al., 2007). В последнее время учащаются случаи атипичной НА (Брюхин А.Е., 2007). Патогенетически НА представляет собой сложную взаимосвязь сомато-нейроэндокринных и психических нарушений. В настоящее время подробно изучается участие нейропетида Y (NPY) в патогенезе НА. NPY модулирует пищевое поведение путем усиления чувства голода, непосредственно воздействуя на соответствующие гипоталамические центры (Lin E.J., 2012), а также обусловливает появление специфических поведенческих особенностей личности, в частности, возникновение страха, раздражения, волнения, сопровождающих чувство голода (Bowers M.E., 2012). В последние годы проводится исследование ингибиторов дипептидилпептидазы IV (DP-IV) и DP-IV-подобных ферментов. Введение их в организм приводит к поддержанию или потенциированию эндогенных неврологических и нейропсихологических эффектов систем NPY, которые принимают участие в развитии различного рода зависимостей, тревожных депрессий, расстройствах сна (Maes M. et al., 1998). Лечение девочек-подростков с НА до сих пор является актуальной и сложной задачей. Проводятся исследования препаратов различных фармакологических групп (нейролептики, антидепрессанты, противоэпилептические средства и нормотимики) с учетом особенностей клиники НА. Однако, относительно слабая эффективность психотропной терапии, быстрое формирование соматоэндокринных расстройств и негативный настрой пациенток на лечение делает необходимым поиск более эффективной стратегии терапии (Attia E., 2010). В связи с вышеперечисленными данными, нами представляется актуальным изучение взаимосвязи нейроэндокринных и психопатологических нарушений при НА для диагностики и разработки оптимальной терапевтической тактики.

Цель исследования. Установить взаимосвязь между выраженностью психопатологических симптомов и уровнем NPY на разных этапах типичной и атипичной НА.

Материалы и методы: I группа – 42 пациентки с типичной НА, II группа – 28 с атипичной НА (согласно критериям МКБ-10, 1999). Возраст всех групп – 15 (17; 13) лет. Индекс массы тела (ИМТ) I группы – 15,7 (16,5; 14,7), II – 17,8 (19,7; 18). Группа контроля – 20 здоровых девочек-подростков с ИМТ 18 (20; 17,8). Проводилось клинико-психопатологическое, лабораторное исследование, психометрическое шкалирование (шкала оценки пищевого поведения (ШОПП), шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)). Методом иммуноферментного анализа исследовалось содержание NPY на аноректическом этапе и через 3 месяца от начала лечения – на этапе редукции. В каждом периоде исследований проводилось измерение динамики среднего суммарного балла (ССБ) по данным психометрических шкал. Была проведена оценка тесноты установленной связи с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Пациенткам обеих групп в течение 3-х месяцев проводилось комплексное лечение, включавшее коррекцию метаболических расстройств и нормализацию массы тела, психофармакотерапию тиоридазином, вальпроевой кислотой и клоназепамом, а также психотерапию.

Результаты и обсуждение. При исследовании пациенток на аноректическом этапе НА, нами было выявлено увеличение концентрации NPY в обеих исследуемых группах, более выраженное при атипичной НА – в 2,2 раза выше группы контроля ($p<0,05$). На этапе редукции НА уровень NPY имел неравнозначные показатели: во II группе концентрация NPY снизилась и статистически достоверно не различалась с группой контроля ($p\geq0,05$), а в I – уровень NPY превышал значения группы контроля в 3 раза ($p<0,05$).

Взаимосвязь повышенного уровня NPY с депрессивными и поведенческими реакциями при типичной НА (социальной отгороженности, избегания разговоров на пищевые темы с близкими, вплоть до ухода из дома, конфликтности и даже суицидальных попыток), подтверждалась корреляционной взаимо-

связью между уровнем NPY и ССБ субшкалы ШОПП «недоверие в межличностных отношениях» (ρ=0,73 при p<0,05) и субшкалы «депрессия» HADS (ρ=0,57 при p<0,05). Также, была выявлена взаимосвязь между уровнем NPY и ССБ субшкалы ШОПП «интероцептивная некомпетентность» (ρ=0,56 при p<0,05) на аноректическом этапе атипичной НА, отражающая связь повышенного уровня NPY с распознаванием чувства насыщения и голода и, как следствие, возникающими эпизодами булимии.

Психоэмоциональное состояние пациенток с НА при анализе динамики ССБ аффективных шкал HADS и MADRS было неоднозначным. Так, на аноректическом этапе НА ССБ субшкалы «депрессия» HADS и MADRS были повышенными в обеих группах, что свидетельствовало о высоком уровне эмоциональной вовлеченности (тревоги, страха, подавленности). В I группе ССБ субшкалы «депрессия» HADS и MADRS превышали уровень группы контроля в 5,3 раза (p<0,05), а во II – в 6 раз (p<0,05). На этапе редукции отмечалось снижение ССБ обеих шкал, однако, их значения оставались повышенными (в 4 раза при типичной НА (p<0,05) и в 4,7 раз при атипичной НА (p<0,05) по сравнению со ССБ контрольной группы). Высокий уровень социальной дезадаптации девочек-подростков и нарушение распознавания чувства насыщения и голода на аноректичском этапе НА, подтверждались повышенными значениями ССБ субшкал ШОПП «недоверие в межличностных отношениях» и «интероцептивная некомпетентность» в обеих группах. По мере редукции психопатологической симптоматики отмечалось снижение ССБ обеих субшкал, хотя их значения оставались повышенными. По данным ССБ данных субшкал ШОПП эффективность терапии составила 66,7% в I группе и 50% во II группе; а по данным ССБ аффективных шкал – 25% в I группе и 22% во II группе. Суммируя данные ССБ всех психометрических шкал выявлено, что у 75% типичной НА и 55% пациенток атипичной НА проводимое лечение было эффективным, и привело к нормализации пищевого поведения, аффективного статуса и соматического состояния.

Выявленное в нашей работе повышение концентрации NPY на аноректическом этапе НА, согласовывалось с данными D. Sedlackova (2011) об увеличении NPY при НА. Повышенные значения NPY на этапе редукции НА подтверждались работами В.О. Андреевой (2008) и E.J. Lin (2012) об отсутствии снижения экскреции NPY в ответ на увеличение уровня лептина. Относительно низкая эффективность терапии в отношении аффективных нарушений и поведенческих расстройств в обеих исследуемых группах свидетельствует о выраженной личностной реакции девочек-подростков как на аноректическом этапе, так и на этапе редукции. Возможно, это обусловлено такими психогенными факторами, как необходимость лечения, установленный диагноз, давление на пациентку со стороны родных. Повышенные значения ССБ обеих субшкал ШОПП свидетельствуют о внутреннем психологическом дискомфорте девочек-подростков с НА, даже при улучшении состояния здоровья, что, на наш взгляд, требует (помимо медикаментозного лечения) психотерапевтического вмешательства на этапе редукции. В работе H. Higuchi (2012) указывается тесная связь NPY с возникновением аффективных поведенческих реакций (страха, раздражения, волнения), сопровождающих чувство голода, а также компульсивных расстройств, что подтверждалось корреляционной взаимосвязью, выявленной в нашей работе.

Выводы. Таким образом, повышенная экскреция NPY при НА и его взаимосвязь с выраженностью поведенческих нарушений и булимических симптомов на аноректическом этапе НА в обеих группах, подтверждает его участие в контроле пищевого поведения и дает основание предположить эффективность синтетических аналогов NPY в лечении НА. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения корреляций нейроэндокринных и психических нарушений для диагностики и разработки тактики лечения девочек-подростков с НА.

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ КОРТИЗОЛА И СЕРОТОНИНА В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Левчук Л.А., Вялова Н.М., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Иванова С.А., Бохан Н.А.

Томск
НИИПЗ

В настоящее время изучение состояния эндокринной системы при аффективных расстройствах является одним из самых перспективных направлений биологической психиатрии. Предполагают, что патогенез депрессивных расстройств связан с нарушениями в моноаминовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системах (Бохан Н.А. с соавт., 2014; Иванова С.А., 2000; Семке В.Я. с соавт., 2004; Morris M.C., Rao U., 2014; Schatzberg A.F. et al., 2014). Доказано, что между моноаминами и глюкокортикоидами существуют множественные сложные связи. Усиление активности гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси на фоне психотравмирующей ситуации приводит к повышению концентрации кортикотропин-рилизинг фактора и секреции АКТГ, который повышает синтез глюкокортикоидов, в том числе кортизола (Нуллер Ю.Л., 1981; Laakmann G. et al., 2003). По данным E.L. Bliss и J. Zwanziger (1966), гиперпродукция кортикостероидов приводит к уменьшению содержания биогенных аминов в головном мозге. Высокий уровень кортизола вызывает резкое снижение активности серотонинергической системы, через внутриклеточные рецепторы кортизола подавляется синтез 5-HT1 рецепторов (Кочетков Я.А., 2004). Это может быть следствием того, что повышенное содержание кортикостероидов активирует триптофанпирролазу, которая переводит обмен триптофана на кинурениновый путь, что вызывает снижение биосинтеза серотонина (Максимова Н.М. с соавт., 2007). Дефицит серотонина нарушает циркадные ритмы секреции гормона, высокий уровень кортизола сохраняется в течение всего суточного цикла и, следовательно, различные ферментные системы находятся под постоянным воздействием глюкокортикоидов (Нуллер Ю.Л., 1981; Узбеков М.Г., Максимова Н.М., 2015).

Целью настоящей работы явилось изучение содержания кортизола и серотонина в сыворотке крови пациентов с аффективными расстройствами в процессе фармакотерапии и психически здоровых людей.

Материалы и методы. При обследовании больных с аффективными расстройствами были соблюдены биоэтические принципы (наличие подписанной формы информированного согласия пациента) Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской ассоциации. Исследование было проведено в группе 228 людей, которые, исходя из анамнеза, были поделены на основную группу и группу контроля. Основная группа включила пациентов (n=94) с текущим депрессивным эпизодом различной степени тяжести в рамках F31-F33 (МКБ-10). Лица с депрессивной симптоматикой проходили курс лечения в отделении аффективных состояний клиник НИИ психического здоровья. Клиническая симптоматика оценивалась по 17-пунктовой шкале депрессии Гамильтона (HDRS-17), эффективность фармакотерапии по шкале общего клинического впечатления (подшкала, оценивающая динамику улучшения – CGI-I, The Clinical Global Impression-Improvement scale).

В контрольную группу вошли 134 психически и соматически здоровых человека, соответствующих по полу и возрасту обследуемой группе больных, не имеющие хронических заболеваний и не стоящие на диспансерном учете, без признаков перенесенных острых инфекционных заболеваний на момент обследования.

Кровь для биологических исследований у пациентов и психически здоровых лиц забирали из локтевой вены, утром,

натощак. Определение концентрации кортизола и серотонина проводили методом иммуноферментного анализа в соответствии с инструкциями по применению наборов реактивов для иммуноферментного определения исследуемых метаболитов в сыворотке крови (фирмы ЗАО «Алкор Био», Санкт-Петербург и «IBL HAMBURG», ФРГ). Исследование динамики показателей проводили в процессе фармакотерапии: до начала терапии и на 28 день антидепрессивной терапии. Постановку реакции проводили согласно прилагаемым к наборам инструкциям с обязательным контролем стандартных позитивных и негативных сывороток, входящих в состав тест-системы. Результаты ИФА оценивали на автоматическом микропланшетном спектрофотометре Epoch BioTek Instruments (США) при длине волны 450 нм. Конечные результаты выражали в единицах, рекомендованных фирмами-изготовителями для построения калибровочных графиков из стандартных навесок определяемых веществ (кортизол – нмоль/л, серотонин – нг/мл).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS, версия 20,0. В связи с тем, что данные не соответствовали нормальному распределению, результаты представлены в виде медианы, 25% и 75% квартилей.

Результаты исследования и их обсуждение. До начала терапии у больных с депрессивными расстройствами средний балл по шкале депрессии Гамильтона составил 19,3±2,1 балла, что соответствует умеренному депрессивному эпизоду. На 28 день проводимой терапии наблюдалось снижение баллов по шкале депрессии Гамильтона до 12,1±1,3 балла ($p<0,05$; критерий Вилкоксона).

При анализе средних суммарных баллов по субшкале CGI-I шкалы общего клинического впечатления, оценивающей степень улучшения психического состояния пациентов, были получены следующие результаты: на 14 день терапии средний суммарный балл по CGI-I составил 2,6±0,5 баллов, а на 28 день терапии 1,7±0,5 баллов ($p<0,05$; критерий Вилкоксона). Исходный и через 28 дней терапии средний суммарный балл по субшкале CGI-S шкалы общего клинического впечатления составлял соответственно 3,7±0,5 балла и 1,9±0,6 балла ($p<0,05$; критерий Вилкоксона).

Изучение гормонов в сыворотке крови показало, что концентрация кортизола у пациентов с аффективными расстройствами до начала фармакотерапии статистически значимо выше значений психически здоровых лиц (651 (449-754) и 501,3 (465-619) нмоль/л, соответственно, $p=0,003$). Исследование уровня данного гормона в процессе терапии выявило статистически значимое снижение содержания кортизола до 558 (465-674) нмоль/л на 28 день фармакотерапии ($p=0,002$ по сравнению со значениями концентрации кортизола до начала терапии).

Исследование содержания серотонина в сыворотке крови исследуемых лиц выявило значимое снижение уровня серотонина у пациентов до начала терапии по сравнению со здоровыми лицами (126 (88-160) и 171 (156-221) нг/мл, $p=0,0036$). После проведенной лекарственной терапии наблюдалось значительное повышение концентрации серотонина до 190 (134-239) нг/мл, $p=0,00004$ по сравнению с уровнем серотонина в сыворотке крови пациентов до начала фармакотерапии.

Полученные нами результаты статистического анализа содержания кортизола и серотонина в сыворотке крови пациентов с аффективными расстройствами в процессе фармакотерапии согласуются с современными литературными данными, указывающими на повышение содержания кортизола и снижение уровня серотонина на ранних этапах депрессивных расстройств (Бохан Н.А. с соавт., 2013; Иванова С.А., 2000; Левчук Л.А. с соавт., 2012). Выявлены статистические различия по уровню изучаемых гуморальных факторов между контрольной группой и группой пациентов с аффективными расстройствами до применения фармакотерапии. Гормоны гипофизарно-адреналовой системы (в частности, кортизол) и нейромедиаторы (серотонин), характеризуя состояние стресс-реализующих и стресс-лимитирующих систем организма, динамично изменяются в процессе фармакотерапии: нами установлены достоверные различия по изменению концентрации исследуемых показателей в группе лиц с текущим депрессивным эпизодом различной степени тяжести до начала фармакотерапии и на 28 день терапии антидепрессантами.

Выводы. Таким образом, пациенты с аффективными расстройствами характеризуются изменениями в гуморальных системах, сниженный уровень серотонина и высокая концентрация кортизола в сыворотке крови пациентов с психическими расстройствами, вероятно, играют патогенетическую роль в развитии психопатологических состояний, а именно аффективных расстройств.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ №14.120.14.3854-МК и РФФИ №14-04-01157а.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ТРИПТОФАНОКСИГЕНАЗЫ (*TDO2*) С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЕЕ СИМПТОМАМИ

Лежейко Т.В., Болгов М.И., Савельева Т.М., Кутана М.Д., Ануа И.М., Зимина И.А., Голимбет В.Е.

Москва
НЦПЗ РАМН,
ГКУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ

Существует несколько гипотез развития шизофрении, одной из которых является так называемая «кинуренин-кинуреновая», или «кинуреновая», гипотеза (Muller et al 2011). В соответствии с этой гипотезой при шизофрении имеет место нарушение метаболизма триптофана (Schwarcz et al 2001, Linderholm et al 2012). Триптофан является одной из незаменимых аминокислот, которая поступает в организм человека преимущественно с пищей, и ее метаболиты участвуют в различных процессах регуляции клеток. При этом характер регуляции зависит от особенностей обмена триптофана. Метаболизм триптофана в организме может проходить по двум путям: метоксииндольному пути, который ведет к образованию серотонина и мелатонина, и по альтернативному – кинурениновому пути, при котором образуются метаболиты, обладающие нейротоксическим действием (кинуреновая кислота, 3-гидроксикинуренин, хинолиновая кислота). Эти метаболиты, по мнению авторов гипотезы, могут стать причиной развития шизофрении или депрессии. Превращение триптофана в кинуренин осуществляется либо при участии фермента индоламин-2,3 –диоксигеназы (IDO), либо за счет трансаминирования триптофана с помощью фермента триптофан-2,3-диоксигеназы (TDO2). Этот фермент продуцируется астроцитами головного мозга, а его образование происходит при воздействии факторов гуморального иммунитета (интерлейкины IL-4, IL-10, IL-13, антихемотрипсин, комплемент, С-реактивный белок), количество которых существенно возрастает при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. Поэтому ген TDO2 может рассматриваться в качестве гена кандидата при молекулярно-генетическом исследовании шизофрении.

Цель настоящего исследования состояла в поиске ассоциации между генетическим полиморфизмом rs 2271537 TDO2 (T/G) и шизофренией, а также выраженностью ее клинических симптомов.

Материалы и методы. Выборка для генотипирования включала в себя группу больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и контрольную группу психически здоровых испытуемых. Группа больных состояла из 399

человек (213 женщины и 186 мужчин, средний возраст 33,3±15,0 лет, возраст к началу заболевания 26,0±13,0 лет) с диагнозом шизофрения (рубрика F20 по МКБ-10). Группа психически здоровых людей состояла из 206 человек (103 женщины и 103 мужчины, средний возраст 31,8±12,7 лет). Все участники дали информированное согласие на исследование. Для оценки клинических симптомов использовали шкалу PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Данные генотипирования были импутированны из базы данных широкогеномного сканирования (GWAS), которое было проведено ранее в рамках международного проекта европейской программы FP7 с помощью биочипов фирмы Illumina. Статистический анализ данных проводили с помощью программы Statistica 6.0. Для оценки значимости различий использовали тесты Пирсона и Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. При распределении аллелей и генотипов в группе больных шизофренией и психически здоровых людей отклонения от равновесия Харди-Вайнберга не наблюдалось. Частота генотипов в группе больных шизофренией составляла TT – 25,8% (103 человек) TG – 50,1% (200) и GG – 24,1% (96), а в контрольной группе – TT – 23,3% (48), TG – 52,4% (108) и GG – 24,3% (50). Различий в распределении генотипов в исследуемых группах не было обнаружено (X2 =0 df=2 p=0,49). При сравнении выраженности симптомов по шкале PANSS у носителей различных генотипов в группе больных шизофренией была выявлена ассоциация полиморфизма с одним из симптомов, входящих в субшкалу негативной симптоматики, в частности, эмоциональным реагированием (быстрота эмоционального реагирования, выразительность мимических реакций). В группе больных шизофренией с генотипом GG выраженность этого симптома была выше (p=0,037), чем у больных с генотипом, содержащим одну или две копии аллеля T (генотипы TT или TG).

Выводы. Полученные нами данные указывают на возможную связь гена TDO2 не с заболеванием, как таковым, а с выраженностью его клинических проявлений, в частности негативными симптомами, которые играют определяющую роль в исходе шизофрении. Поскольку исследование связи между полиморфизмом гена TDO2 и шизофренией проведено впервые, его результаты следует рассматривать как предварительные.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОИММУНОЭНДОКРИННЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ КВЕТИАПИНОМ

Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Семке А.В., Корнетова Е.Г., Мальцева Ю.Л.

Томск
НИИПЗ

К настоящему времени накоплен большой объем данных о различных аспектах интеграции нервной, иммунной и эндокринной систем, роли нарушений нейроиммунного взаимодействия в патогенетических механизмах шизофрении, существовании клинико-биологических (в том числе клинико-иммунологических) стереотипов развития болезни. Психотропные препараты, мишенью которых являются различные рецепторы клеток головного мозга, через сложные механизмы изменения активности нейротрансмиттерных систем способны оказывать иммуномодулирующий эффект.

Нервная, иммунная и эндокринная системы являются составными частями общей системы адаптации, а особенности нейроиммуноэндокринных взаимодействий в значительной мере определяют тип индивидуальной стратегии адаптации организма. Концепции этиопатогенеза шизофрении, в том числе модель предрасположенности к влиянию стрессов, предполагают в качестве предрасположенности к процессу генетическую уязвимость, влияние биологических факторов и/или факторов окружающей среды. Биологические эффекты стресса реализуются при участии гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, регулирующей метаболизм стероидных гормонов.

Тиреоидные гормоны играют важную роль в развитии головного мозга. Основные эффекты тиреоидных гормонов опосредованы влиянием на экспрессию генов, а значит, и на синтез белков (в том числе основного белка миелина) и на ферментативную активность, и отмечаются не только в головном мозге, но и во многих других тканях. Тиреоидные гормоны повышают метаболическую активность и чувствительность тканей организма к циркулирующим в крови катехоламинам. Кроме того, центральный эффект антипсихотиков на секрецию тиреотропного гормона (ТТГ) осуществляется посредством их специфического воздействия на моноаминергические системы в гипоталамусе. Все вышесказанное определяет актуальность изучения нейроиммунноэндокринных взаимоотношений при шизофрении.

Целью исследования было выявление особенностей нейроиммунноэндокринных взаимосвязей у больных шизофренией в процессе лечения кветиапином.

Материал и методы. Обследовано 15 больных шизофренией (F20.01, F20.02) в возрасте от 20 до 45 лет, 7 мужчин и 8 женщин. Больные получали антипсихотик кветиапин (Кетилепт, Egis Pharmaceuticals, Plc, Венгрия) как на поддерживающем лечении не менее 6 месяцев, так и в процессе стационарного лечения.

Для оценки динамики психопатологических симптомов во время лечения была использована психометрическая шкала PANSS. Иммунологическое обследование включало определение параметров клеточного (фенотипы поверхностных рецепторов иммунокомпетентных клеток определяли методом проточной цитометрии, цитофлюориметр FacsCalibur, Becton Dickinson, USA) и гуморального иммунитета (иммуноглобулины IgM, IgG, IgA определяли иммуноферментным методом). Уровни кортизола, пролактина и тиреоидных гормонов (тиреотропного гормона ТТГ, трийодтиронина Т3 и тироксина Т4) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Исследование проводилось в двух точках – при поступлении в стационар в период обострения и через 6 недель терапии адекватной психическому состоянию.

Результаты. Проведенное исследование выявило изменение субпопуляционного состава лимфоцитов крови со снижением количества Т-лимфоцитов CD3+ (p=0,040) и Т-хелперов CD4+ (p=0,007), повышением числа активированных Т-лимфоцитов HLADR+ (p=0,004), натуральных киллеров CD16(56)+ (p=0,000002), уровня кортизола (p=0,000001) и титеоидных гормонов (ТТГ, p=0,008; Т3, p=0,000007; Т4, p=0,000331) по сравнению со здоровыми лицами. Уровень пролактина в 1-й точке исследования практически не отличался от контрольного. В процессе лечения в стационаре позитивная динамика психопатологической симптоматики сопровождалась позитивной динамикой CD3+- и CD4+-лимфоцитов, уровень кортизола и ТТГ оставался высоким на фоне тенденции к повышению уровня пролактина.

Анализ сопряженности между иммуноэндокринными параметрами в группе обследованных в 1-й точке исследования выявил своеобразные качественные и количественные корреляции. Установлены статистически значимые ассоциативные связи между CD8+-лимфоцитами и пролактином (rs=-0,60, p=0,088), ЦИК и кортизолом (rs=0,82, p=0,007). Не выявлено достоверных взаимосвязей между параметрами клеточного иммунитета и уровнем кортизола. Вместе с тем, установлена вовлеченность в иммуноэндокринную интеграцию тиреотропного гормона (ТТГ): CD8+ и ТТГ (rs=-0,67, p=0,035), CD16(56)+ и ТТГ (rs=-0,65, p=0,041), CD95+ и ТТГ (rs=0,74, p=0,014), IgA и ТТГ

(rs=-0,81, p=0,004) и тироксина (T4): CD16(56)+ и T4 (rs=0,63, p=0,050), CD19+ и T4 (rs=0,67, p=0,035), CD95+ и T4 (rs=-0,62, p=0,046).

Таким образом, установлено, что острый период шизофрении после длительного поддерживающего лечения кветиапином сопровождается иммуно-гормональным дисбалансом, характеризующимся клеточным иммунодефицитом, активацией функции щитовидной железы с повышением выработки тиреоидных гормонов, которые повышают метаболическую активность и чувствительность тканей организма к циркулирующим в крови катехоламинам, а также длительным повышением уровня кортизола в крови, которое может быть обусловлено состоянием дистресса мозга. Отсутствие повышенной секреции пролактина по данным литературы возможно связано с тем, что антипсихотики с низким сродством к D2-рецепторам (кветиапин) вызывают гиперпролактинемию в меньшей степени или характеризуются ее полным отсутствием.

Выводы. Полученные данные демонстрируют, что отклонения в системе нейроиммунноэндокринной регуляции являются единым патогенетическим механизмом развития эндогенных расстройств.

СВЯЗЬ ОТВЕТА НА АНТИДЕПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНА AKT1

Лосенков И.С., Вялова Н.М., Симуткин Г.Г., Иванова С.А., Бохан Н.А.

Томск
НИИПЗ

Цель исследования. В настоящее время депрессия расценивается как гетерогенное, широко распространенное и тяжелое психическое расстройство, связанное со снижением работоспособности и качества жизни. Протеинкиназа Akt1 является внутриклеточным сигнальным белком принимающим участие в нейротрансмиссии серотонина, дофамина и BDNF, что обуславливает ее важность в патогенезе депрессии. Целью данного исследования явилось изучение ассоциации полиморфизмов гена AKT1 с тяжестью депрессивных симптомов и ответом на антидепрессивную терапию у пациентов с депрессивными расстройствами.

Методы. В исследование были включены следующие группы: здоровые доноры (103 человека) и пациенты с депрессивными расстройствами (106 человек – 60 пациентов с депрессивными эпизодом (МКБ-10: F32), 46 пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (МКБ-10: F33)). Тяжесть депрессивных симптомов оценивалась по шкале Гамильтона (HDRS-17) (до начала и на 14-ый и 28-ой дни терапии) и шкале Clinical Global Impression – Improvement (CGI-I) (на 14-ый и 28-ой дни терапии). Были прогенотипированы два однонуклеотидных полиморфизма (SNP) гена AKT1: rs1130214 и rs3730358. Статистический анализ был проведен с использованием программы SPSS 20.0, различия считали значимыми при $p<0,01$. Критерий Хи-квадрат был использован для оценки равновесия Харди-Вайнберга, а также для сравнения частот генотипов и аллелей. Для сравнения количественных переменных был использован критерий Краскела-Уолисса.

Результаты. В ходе исследования не было обнаружено отклонения частот генотипов SNP rs1130214 и rs3730358 от равновесия Харди-Вайнберга ($p>0,05$). Между группами контроля и больных не было найдено различий в частотах генотипов SNP rs1130214 ($\chi2=0,190$, $p=0,662$) и SNP rs3730358 ($\chi2=0,058$, $p=0,841$). При исследовании не было выявлено различий в баллах по шкале Гамильтона до начала и на 14-ый и 28-ой дни терапии у пациентов с различными генотипами SNP rs1130214 и rs3730358 ($p>0,05$). Также среди изучаемых генотипов не выявлено различий в балле по шкале CGI-I на 14-ый день терапии ($p>0,05$). Статистически достоверное различие в баллах по шкале CGI-I на 28-ой день терапии наблюдалось среди генотипов SNP rs1130214 ($p=0,001$). Пациенты с генотипом C/C имели более высокий балл по шкале CGI-I (2,00 (1,00 – 2,50)) в сравнении с другими генотипами: A/A (1,00 (1,00 – 1,50)) и A/C (1,00 (1,00 – 1,25)).

Заключение. Таким образом, исследование показало, что SNP rs1130214 и rs3730358 гена AKT1 не ассоциированы с депрессивным расстройством и тяжестью депрессии. Также показано, что пациенты с генотипом C/C SNP rs1130214 имеют более высокий балл по шкале CGI-I на 28-ой день лечения. Вероятно, что данный генотип ассоциирован с более слабым ответом на антидепрессивную терапию.

Исследование выполнено при поддержки гранта РНФ № 14-35-00023 «Лаборатория фармакогенетических исследований персонализированной терапии психических и нейродегенеративных расстройств».

ПРИМЕНЕНИЕ В ПСИХИАТРИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДИСПЕРСИОННОГО КАРТИРОВАНИЯ АЛЬФА-РИТМА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ

Максимова Н.Е., Росман С.В.

Тверь
ГКУЗ Областная КПБ №1 им. М.П. Литвинова

Общим местом в функциональной диагностике психических болезней является утверждение, что электроэнцефалография (ЭЭГ), являясь неспецифическим методом исследования, не может предоставить достаточно убедительных данных для дифференциальной диагностики психических болезней. Психические заболевания, от F00 до F99 по МКБ -10, не находили никаких корреляционных совпадений в паттернах ЭЭГ, несмотря на множественные попытки увязать некоторые дизритмии и фазовые соотношения с отдельными нозологическими единицами.

Рабочая гипотеза представляемого исследования основывается на трех положениях:

1. В онтогенезе нейронная сеть головного мозга претерпевает вместе со всем организмом процесс разрушения, мерой которого является уровень энтропии.

2. Степень нарастания энтропии характеризует степень разрушения нейронной сети, которая находит свое отражение в явлении дисперсии амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма (далее – дисперсии альфа-ритма), проявляющейся расщеплением спектра альфа-ритма, переходом его из мономодального в полимодальное состояние.

3. Верифицированной мерой дисперсии альфа-ритма является коэффициент дисперсии альфа-ритма – отношение мощности модальной частоты к суммарной мощности в диапазоне 7-13 Гц.

Эта гипотеза была проверена у 2235 больных с различными клиническими формами психопатологии. Исследовались амплитудно-частотные характеристики альфа-ритма ЭЭГ по разработанной авторской методике определения коэффициентов дисперсии – КДα1 и КДα2 (патент на изобретение № 2506044 от 10.02.2014). КДα1 – это отношение мощности модальной частоты альфа-ритма к суммарной его мощности во всем диапазоне альфа-ритма(7-13 Гц). КДα2 – отношение мощности альфа-ритма в интервале «частота модальной мощности±0,5 Гц» к суммарной мощности. Рассчитанные коэффициенты с помо-

щью корреляционно-регрессионного и спектрального анализа сравнивались со степенью нарушения количественной ЭЭГ по Е.А.Жирмунской и клинической картиной заболевания.

Корреляционные соотношения подтвердили тесную связь величины указанных коэффициентов со степенью тяжести изменений ЭЭГ и выражен-ностью клинических проявлений в динамике лечения психически больных. Было также установлено, что в норме средняя величина КДα1 составляет не менее 0,25 (25%), а КДα2 не менее 0,7(70%).

В данном исследовании измерения проводились в двух затылочных отведениях. Однако подобное наблюдение, хотя и ценное, не могло характеризовать работу головного мозга в целом. Реализацией идеи изучения дисперсионных процессов в головном мозге путем регистрации ЭЭГ над всей скальпной поверхностью явилось создание картограммы распределения дисперсии альфа-ритма, как в норме, так и при различной психопатологии.

Дисперсионная картограмма амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма (далее – дисперсионная картограмма) – это способ графического изображения, визуально показывающий уровень КДа1 в пределах какого-либо отведения ЭЭГ при различных частотах в пределах диапазона альфа-ритма, представляющий собой последовательность расположенных на плоскости эквиповерхностей, в пределах которых собраны точки с одинаковыми значениями КДα1 (на графике они изображаются областями различного цвета).

Было установлено, что паттерн дисперсионных картограмм очень наглядно отражает малейшие сдвиги расщепленности спектра мощности альфа-ритма, степень которого отражает уровень энтропии нейронной сети.

Данным методом обследовано 3450 больных различного возраста с различными психическими заболеваниями, в результате чего были созданы усредненные картограммы для различных видов психопатологии. Было установлено, что нарастание дисперсии альфа-ритма выражается в искажении стратификации картограммы, «размывании» и расширении границ низких значений КДа1 с выраженным их сдвигом в область «низкочастотного» альфа-ритма с переходом в тета-диапазон.

Метод дисперсионного картирования альфа-ритма ЭЭГ выявляет объективные и весьма наглядные ЭЭГ- критерии различной психопатоло-гии.

С помощью данного метода можно дифференцировать такие группы психических заболеваний, как шизофрения (вместе с шизотипическими и бредовыми расстройствами), расстройства личности, умственная отсталость различных степеней тяжести.

Данная методика ЭЭГ-диагностики является инновационной и нигде ранее не применялась – ни у нас, ни за рубежом (по данным доступной литературы). Она проста в исполнении и не требует дополнительных материальных затрат – все проводится в рамках стандартного ЭЭГ-исследования.

Вместе с тем недостатком этого метода является достаточно высокая степень субъективности в оценке результатов исследования.

Исходной точкой для получения интегральных верифицируемых ин-дексов, количественно оценивающих картографические изменения, является утверждение о том, что при отсутствии патологических изменений распределение мощностей в спектре альфа-ритма, в зависимости от их частотных характеристик, является нормальным. Отклонение от нормальности распределения является мерой патологических изменений. Нормальное распределение может быть представлено двумя основными параметрами – эксцессом и асимметрией.

Эксцесс показывает, насколько близко к модальному значению расположены другие значения этого распределения, проще говоря, в норме альфа-ритм является мономодальным и колебания его находятся в узком частотном диапазоне (модальное значение (Мо)±0,5 Гц). Причем, если для «классического» нормального распределения характерны значения около 3, то в головном мозге это значение около 6, что указывает на активацию механизмов, искусственно поддерживающих мономодальность для большей синхронизации деятельности клеток нейронной сети.

Асимметрия показывает на сдвиг спектра альфа-ритма, относительно модального значения, в высокочастотную или низкочастотную область.

Было проведена математическая оценка этих показателей при различных психических заболеваниях у 3450 больных.

Было установлено, что показатели эксцесса, которые были названы интегральными индексами дисперсии альфа-ритма(ИИДА) последовательно снижаются при нарастании степени тяжести психического заболевания – от нормы до выраженной деменции. Причем, значения их в диагностических группах статистически достоверно отличаются друг от друга: в норме ИИДА составляет 6,57; при расстройстве личности – 4,42; при параноидной шизофрении – 2,78; при сосудистой деменции – 2,08.

Выявлены верифицированные показатели давно известного среди клиницистов явления гипофронтальность, являющегося кардинальным признаком степени тяжести дементного процесса. Основным таким показателем является интегральный индекс гипофронтальности (ИИГ), который представляет собой ИИДА, но определенный в лобных отведениях. В норме ИИГ составляет 5,17; при расстройстве личности – 3,72; при параноидной шизофрении – 1,40; при сосудистой деменции – 1,02.

Показатели асимметрии идут параллельно с индексами дисперсии, указывая на нарастание замедления альфа-ритма, особенно в лобных отделах.

Таким образом, с применением методов дисперсионного картирования альфа-ритма рутинные описательные подходы, принятые в психиатрии обогащаются методами верификационно-статистической медицины, что вооружает исследователя инновационными данными и позволяет решать следующие задачи:

1) раннее выявление признаков психопатологии в скрининговых исследованиях и при экспертно-прогностической оценке психического состояния;

2) дифференциальная диагностика психопатологии на основе специфических дисперсионных нарушений альфа-ритма;

3) возможность проспективного наблюдения в динамике течения и лечения психического заболевания;

4) актуализация научных исследований на основании получения верифицируемых оригинальных данных изменения амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма путем упрощения их статистической обработки методами программно-математического обеспечения прибора.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ФОРМИРОВАНИЯ АКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Мещеряков А.Ф., Лапин И.А., Борисова Е.В., Мнацаканян Г.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Направлением наших исследований является сравнительное изучение нейрофизиологических характеристик развития алкогольной зависимости на основе анализа нейронных механизмов и ЭЭГ характеристик спектральной и когерентной составляющих. Работы, посвященные анализу спектральной мощности и когерентности ЭЭГ у лиц со сформированным

влечением к потреблению алкоголя, немногочисленны и проведены на небольшом количестве испытуемых. В исследованиях ряда авторов [Flor-Henry & Koles 1984, Pockberger et al. 1985, Ford et al. 1986, Lieber & Prichep 1988, Иванов Л.Б., 2005, Мельникова Т.С., Лапин И.А., 2008] показано, что ЭЭГ объективно, рандомизировано дискриминирует группы нормы и лиц с зависимостью от алкоголя. Несмотря на это, попытки описать отличительные особенности ЭЭГ характеристик у лиц с высоким и низким риском развития зависимости от алкоголя практически не предпринималось. Анализ нейронных механизмов формирования алкогольной зависимости у экспериментальных животных показал переорганизацию активности нервных клеток «пейсмекерных» зон гипоталамуса (А.Ф. мещеряков с соавт., 2012).

Спектральный анализ ЭЭГ – совокупность методов качественного и количественного определения состава биоэлектрических процессов головного мозга, основанный на изучении спектров электромагнитных волн и распределения их по массе мозга. Спектральный анализ, вид математического анализа ЭЭГ, позволяющий выявлять невидимые на глаз нарушения общемозговой ритмики и визуализировать их в доступной для практических врачей форме (топографическое картирование).

Когерентность – согласованное протекание во времени нескольких волновых процессов, разность фаз которых постоянна. Когерентность электрических сигналов мозга является количественным показателем синхронности вовлечения различных структур мозга при их функциональном взаимодействии, обеспечивающим интегративную деятельность последнего. Значения коэффициентов когерентности варьируют от 0 до 1: чем выше значение когерентности, тем согласованнее активность данной области с другой, выбранной для измерения.

ЭЭГ у больных алкоголизмом характеризуются сглаженным фокусом, нарушением зональных различий, сниженными амплитудно-мощностными характеристиками основного ритма, увеличивается удельный вес медленно-волновой активности тэта-дельта диапазонов, высокочастотная активность бета полосы усиливается в ростральных и снижается в каудальных корковых зонах.

Отличие между группами больных с высоким и низким риском развития алкогольной зависимости заключается в относительной выраженности медленно-волновой (преобладает у больных 1 группы) и быстро-волновой активности (преобладает у больных 2 группы).

Мощность основного ритма снижена у больных обеих изучаемых групп. Менее выраженные нарушения с более сохранными зональными различиями регистрировались у больных с низким риском зависимости от алкоголя.

У больных алкоголизмом регистрируется повышение (относительно нормы) усредненной по всем зонам коры больших полушарий и частотным диапазонам когерентности. Данный показатель выше у больных с высоким риском развития зависимости от алкоголя.

Повышение средней когерентности у больных алкоголизмом 1 и 2 групп происходит за счет как медленно-волновых, так и быстро-волновых форм активности.

Зарегистрировано изменение профиля межполушарной асимметрии когерентности от легкого правополушарного существующего в норме и сохраняющегося у больных 2 группы, на левополушарный у больных 1 группы. Данные изменения происходят за счет перестройки внутри полушарного и межполушарного взаимодействия преимущественно по тэта-ритму.

Полученные экспериментальные данные показывают, что на уровне гипоталамических структур мозга происходит качественная оценка характера подкрепления. Развитие зависимости алкогольной приводит к изменениям функциональной значимости нейропептидо для нервных клеток латерального гипоталамуса. Повторяющееся воздействие психоактивных веществ, обладающих высоким положительным подкрепляющим (эйфоригенным) потенциалом (кокаин, морфин, этанол), на нервные клетки мозга приводят к изменениям мембранных комплексов нервных клеток. Это может являться причиной переорганизации чувствительности нейронов к нейрогормонам.

Полученные данные дают основание предположить, что нейропептиды (ангиотензин-II, интерлейкины, β-эндорфин, TRH и др.) принимают непосредственное участие в нейробиологических механизмах трансформации естественных биологических мотиваций во влечение к психоактивным веществам (в частности к этанолу). Устойчивость к эмоциональным стрессорным воздействиям, лежащая в основе формирования влечения к психоактивным веществам, может модулироваться этими пептидами.

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ В МОДЕЛИ ДЕПРЕССИВНО-ПОДОБНОГО СОСТОЯНИЯ У КРЫС

Морозова А.Ю., Зубков Е.А., Чехонин В.П.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Анализ результатов эпидемиологических межнациональных исследований показал, что 15% населения из экономически развитых стран и 11% населения стран с низким уровнем экономического развития имеют склонность к возникновению депрессии в течение жизни. Эпизоды глубокой депрессии в большей степени распространены среди населения экономически развитых стран – в среднем 28%, для стран с низким уровнем экономического развития этот показатель около 20% (Bromet E., 2011). Поэтому вполне объяснимо, что изучение нейрофизиологических, нейромедиаторных и нейроиммунологических механизмов патогенеза депрессий, а также поиск новых мишеней и способов терапии является одним из важнейших направлений биологической психиатрии и экспериментальной нейробиологии. Современные методы лечения депрессии отличаются большим разнообразием, однако основным направлением в лечении является использование фармакологических препаратов – антидепрессантов. Однако, лечение антидепрессантами клинически эффективно менее чем у половины пациентов, а полная ремиссия наблюдается только лишь у 28% (Hyman S., 2014). Поэтому сохраняется необходимость в поиске и обосновании альтернативных методов лечения депрессии у пациентов резистентных к терапии классическими антидепрессантами.

Целью нашей работы явилось исследование эффективности и биологических механизмов действия электросудорожной терапии в модели экспериментальной депрессии, вызванной ультразвуковыми волнами переменной частоты.

Задачи: 1) Оценить влияние электросудорожной терапии на кратковременную и долговременную память крыс в поведенческих тестах,

2) Оценить влияние электросудорожной терапии на функциональную активность трактов мозолистого тела при помощи метода диффузной тензорной трактографии, на экспрессию нейротрофических факторов с помощью иммуногистохимического анализа срезов мозга,

3) Оценить эффективность электросудорожной терапии в направлении нивелирования депрессивно-подобного состоянии крыс, вызванного ультразвуковым воздействием.

Материалы и методы. Моделирование депрессивно-подобного поведения осуществляли по оригинальному протоколу, разработанному в отделе Фундаментальной и прикладной нейробиологии ФМИЦПН им. Сербского. Непрерывное воздействие ультразвука в диапазоне меняющихся частот 20-45 кГц производилось в течение 21 суток. Для генерации ультра-

звуковых волн использовался прибор «ULTRASONIC», фирмы Weitech (Ref. WK0300-E), со следующими техническими характеристиками: питание – от сети 220В через адаптер, входящий в комплект прибора, потребляемая мощность – 0,3 Вт., уровень звукового давления на расстояние 1 м – 59 дБ. В течение времени экспериментального воздействия животные размещались индивидуально в клетках. Использовали самцов крыс линии Spraque-Dawley (n=40).

Электросудорожная терапия (ЭСТ) проводилась на протяжении 10 дней. Стимуляция осуществлялась транскраниально билатерально (длит.=500 мкс, частота имп.=50 Гц, амп.=70 мА).

Поведенческие тесты:

Тест «Социальный интерес». В домашнюю клетку экспериментального самца подсаживали ювенильного самца (возраст 3-4 недели). Социальные и агрессивные элементы поведения были оценены с точки зрения их количества и продолжительности в течение 10 мин. Социальное взаимодействие включает обнюхивание головы партнера, обнюхивание тела, гениталий и хвоста, груминг и следование. Агрессию оценивали по проценту животных, проявляющих агрессивное поведение (Vishnivetskaya et al., 2007).

Тест принудительного плавания (тест Порсолта). Животное помещали в установку из белого ПВХ (диаметр – 31 см, высота – 40 см), заполненной водой, так, чтобы хвост экспериментального животного не касался дна, температура воды 23 °С, на 8 мин., и в течение последних 6 мин. регистрировали иммобильность животного (Porsolt et al., 1977; 1978). За иммобильность считали отсутствие активных движений.

Тест «Водный лабиринт Морриса». бассейн со стенками серого цвета диаметром 150 см и высотой 60 см, заполненного на 40 см, с Т – 230С., платформа диаметром 8 см из пластика под цвет установки помещалась в центре одного из квадрантов бассейна на 2 см ниже поверхности воды. Животных обучали в течение одного сеанса, во время которого их помещали в воду с 8 разных точек примерно на одном расстоянии от платформы при этом платформа оставалась на одном месте. После достижения животным платформы его оставляли на ней на 15 с., затем помещали в отдельную клетку на 60 с, после чего продолжали обучение. Через 48 ч проводили оценку долговременной памяти в однократной пробе, где фиксировали время, за которое животное находит платформу.

После поведенческих тестов проводили МРТ (7,0 Tesla Bruker BioSpin ClinScan)головного мозга с последующей диффузной тензорной трактографией мозолистого тела. Метод позволяет выявить микроструктурную организацию белого вещества головного мозга за счет измерения диффузии молекул воды (Kumar et al., 2014). Наиболее часто используемые индексы в диффузной тензорной трактографии – средняя диффузивность и фракционная анизотропия. Фракционная анизотропия является показателем функциональной активности трактов мозга. Значения фракционной анизотропии возрастают с увеличением тканевой организации. При депрессивных расстройствах наблюдаются сниженные значения фракционной анизотропии в области фронтальных долей, поясной извилины и мозолистого тела (Kieseppa et al., 2010; Peng et al., 2013).

Иммуногистохимический анализ экспрессии BDNF и VEGF. Для иммунофлюоресцентного анализа срезы мозга, экспонированные с первичными антителами инкубировали с антителами козы к иммуноглобулинам мыши, меченными Alexa 488 или Alexa 594 (Goat antimouse IgG Alexa Fluor, Invitrogen). При выполнении двойного окрашивания применяли коктейль из первичных мышиных и кроличьих антител. Последние визуализировали с помощью антител козы к иммуноглобулинам кролика с Alexa 488 или Alexa 594 (Goat anti-rabbit IgG Alexa Fluor, Invitrogen). Ядра клеток докрашивали с помощью DAPI (Invitrogen). Результаты исследования регистрировали на сканирующем лазерном конфокальном микроскопе (Leica).

Результаты после ЭСТ наблюдалась повышение социальной активности (190±9.8) в тесте «Социальный интерес» по сравнению с группой, которой не проводилось никакого лечение депрессивно-подобного состояния – 103±8.5, (P<.001). В тесте принудительного плавания, крысы из группы лечения ЭСТ показывали сниженное время иммобильности (57,99±10.4) по сравнению с интактной группой – 213±15.6, P<.001). В тесте водный лабиринт Морриса ЭСТ не снизила рабочую и пространственную память, более того, крысы, которым проводили ЭСТ быстрее находили скрытую в воде платформу 8±1,5, по сравнению с интактными, т.е. теми, которым моделировали депрессивно-подобное поведение, но никакой терапии не проводили 46±12.

Показатели фракционной анизотропии мозолистого тела у крыс после ЭСТ – 0,358±0,013 по сравнению с крысам из группы без терапии 0,349±0,006, p<.05).

Заключение: электросудорожная терапия является эффективным методом терапии депрессивно-подобного состояния, вызванного ультразвуком переменной частоты, она также является безопасным методом, поскольку не оказывает негативного влияния на кратковременную и долговременную память. Одним из механизмов терапевтического действия ЭСТ может являться усиление функциональности трактов мозолистого тела.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ОРГАНИЧЕСКОГО РЕГИСТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ

Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Рудницкий В.А., Менявцева Т.А., Лебедева В.Ф.

Томск
НИИПЗ

Непсихотические психические расстройства органического генеза представляют собой класс состояний, непосредственно обусловленных нарушениями структуры или физиологических особенностей мозговой ткани, включающих диэнцефальные отделы и лимбическую систему. В свою очередь лимбико-диэнцефальная система мозга является центральным отделом регуляции функций иммунологической защиты. Нарушения нейроиммунного взаимодействия ведут, с одной стороны, к дестабилизации психических функций организма, с другой – дисбалансу иммунной системы, ослаблению механизмов иммунной защиты, формированию вторичной иммунной недостаточности осложняющих клиническую картину непсихотических психических расстройств (Семке В.Я. и др., 2003; Ветлугина Т.П., 2004; Никитина В.Б. и др., 2008; Рудницкий В.А. и др., 2010). При воздействии различных неблагоприятных факторов, клинические симптомы становятся более тяжелыми и полиморфными, органическое астеническое расстройство может модифицироваться, приобрести новые клинические и биосоциальные признаки, принять затяжное течение с переходом в органическое расстройство личности (F 07.0).

Актуальным является исследование нейроиммуноэндокринных показателей и личностных особенностей пациентов при органических непсихотических расстройствах с целью разработки дифференциально-диагностической модели органических непсихотических расстройств на основе анализа межсистемных интегративных иммунопсихологических взаимосвязей.

Цель настоящего исследования – разработка математической модели, повышающей точность и информативность диагностики непсихотических психических расстройств органического регистра с использованием клинико-иммунобиологических и психологических параметров.

Проведено комплексное иммунобиологическое и психологическое обследование 325 пациентов с непсихотическими психическими расстройствами органического регистра проходивших курс стационарного лечения в отделении пограничных состояний клиники НИИ психического здоровья (г. Томск). В соответствии с МКБ-10 все пациенты были распределены по двум нозологиям: «Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство» (F 06.68) – 232 человека; «Органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями» (F 07.08) – 93 человека. Средний возраст пациентов составил 43,53±6,30 лет, давность заболевания – 8,19±4,07 лет.

Для оценки иммунного статуса использовали комплекс стандартных иммунологических тестов с фенотипированием иммунокомпетентных клеток, определением факторов гуморального иммунитета (Хаитов Р.М., 2001). Определение уровня гормонов, мозговых антигенов и антител к ним в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Психологическое обследование проводили с использованием «Шкалы самооценки» Спилбергера-Ханина. При статистической обработке полученного материала использовали пакет Statistica 7.0 и SPSS 17.0 для Windows. Построение дифференциально-диагностической модели непсихотических психических расстройств органического регистра осуществляли методом пошаговой логистической регрессии [Реброва О.Ю., 2006; Леонов В.П., 2009]. Для оценки эффективности теста рассчитывали чувствительность и специфичность модели.

Методом пошаговой логистической регрессии из всего объема определяемых показателей (всего 31 показатель) были выделены восемь статистически достоверные переменные, вошедшие в модель: клинические – наличие/отсутствие у обследуемого дисциркуляторной энцефалопатии; иммунобиологические – общее количество Т-лимфоцитов (CD2+), лимфоцитов, экспрессирующих маркер апоптоза – рецептор CD95, уровень нейроспецифического белка S-100 и антител к нему (АТ 5F11-C6), концентрация тиреотропного гормона (ТТГ); психологические: показатели реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ). Эти параметры вносят наибольший вклад в развитие затяжного течения непсихотических психических расстройств органического регистра.

Различные комбинации значений этих показателей позволяют отнести обследуемого к одному из двух вариантов классификации: «органическое астеническое расстройство» или «органическое расстройство личности».

Оценка работы модели на обучающей и экзаменационной выборках показала, что ее чувствительность и специфичность стабильно превышают 80%, что является очень высоким показателем ее работоспособности. Точность модели составила 86,7%.

Таким образом, из широкого круга клинико-психологических и иммунобиологических показателей с применением метода пошаговой логистической регрессии выделены информативные переменные, которые вносят наибольший вклад в формирование затяжного течения непсихотических психических расстройств органического регистра и на основе которых предложены новые критерии и методы объективизации диагностики психической дезадаптации.

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ АБЗИМОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЗАВИСИТ ОТ ВЕДУЩЕЙ СИМПТОМАТИКИ

Паршукова Д.А., Смирнова Л.П., Бородюк Ю.Н., Бунева В.Н., Иванова С.А.

Томск
НИИПЗ

Согласно современным представлениям теории патогенеза шизофрении имеют в своей основе повреждение нейротрасмиттерных систем, однако метаболические нарушения и изменения в гомеостазе иммунной системы так же вносят вклад в патогенетическую картину заболевания. Одним из факторов в этих нарушениях является преобладающая активация дофаминергической системы мозга, что, в свою очередь, приводит к активации иммунного ответа. Образование антител, способных катализировать биохимические реакции подобно ферментам (абзимов или каталитических антител) как правило, связывают со значительным нарушением иммунной системы. В настоящее время явление биокатализа широко исследуется, известно достаточно большое количество реакций, катализируемых природными антителами, однако, не всегда ясно является ли данный процесс благоприятным для пациента или способствует развитию патологии. Каталитические антитела с протеолитической активностью, способные гидролизовать основной белок миелина, обнаружены и детально исследованы при рассеянном склерозе и системной красной волчанке. Основной белок миелина (ОБМ) – один из основных компонентов миелина ЦНС. Он обладает высокой иммуногенностью и является хорошо изученным маркером белого вещества, обнаружение которого в крови свидетельствует о процессе демиелинизации. Проникая через поврежденный гематоэнцефалический барьер, ОБМ и его фрагменты стимулируют синтез антител к компонентам миелина. Известно о наличии повреждения гематоэнцефалического барьера у больных шизофренией и появление в их крови антител к основному белку миелина. Исследования каталитической активности IgG у больных шизофренией ранее не проводилось. Больные с разной ведущей симптоматикой часто обнаруживают противоположное изменение клинических и лабораторных показателей, что обусловлено различными патогенетическими механизмами.

Цель: изучить протеолитическую активность абзимов больных шизофренией в зависимости от ведущей симптоматики болезни

Материалы и методы: Группа пациентов состояла из 60 человек и была гетерогенной в отношении поло-возрастного состава и продолжительности заболевания. Все обследуемые лица являлись пациентами отделения эндогенных расстройств клиник НИИ психического здоровья г. Томска. Ведущая симптоматика устанавливалась в соответствии с баллами по шкале PANSS.

Иммуноглобулины класса G были выделены методом аффинной хроматографией на колонках с ProteinG-Sepharose. На основании проверки строгих критериев (гомогенность, pH-шок) показано, что каталитическая активность является собственным свойством АТ.

В работе исследовалась протеолитическая активность IgG выделенных из сыворотки крови больных шизофренией к ОБМ и его пептидам, содержащим 21 и 25 аминокислотных остатков с помощью методов тонкослойной хроматографии и электрофореза в полиакриламидном геле.

Результаты и обсуждение. В настоящей работе впервые показано, что IgG больных шизофренией обладают протеолитической активностью и способны гидролизовать основной белок миелина и его пептиды. Исследована субстратная специфичность к таким белкам как коллаген, человеческий сывороточный альбумин и основной белок миелина. Выявлена высокая специфичность IgG к ОБМ. Активность специфических антител в отношении ОБМ у больных шизофренией более чем в 5 раз превосходит активность IgG здоровых лиц и достигает 73,07%.

При этом степень активности антител значительно отличается при различной ведущей симптоматике: АТ больных с преобладающей негативной симптоматикой демонстрировали максимально высокий процент пептидазной активности – до 77,4% гидролиза, в отличие от больных с ведущими позитивными симптомами (до 18,5%) в реакциях с 21-мерным олигопептидом основного белка миелина, а так же 35, 5% в группе с ведущей негативной симптоматикой против 5% в группе с ведущей позитивной симптоматикой в реакциях с 25-мерным олигопептидом.

В современной психиатрической практике не существует лабораторных критериев подтверждения ведущей симптоматики при шизофрении или критериев оценки тяжести течения заболевания. В связи с этим поиск параметров, которые могут послужить лабораторными маркерами для оценки клинико-нозологических и клинико-динамических параметров заболевания крайне актуален.

Выводы. Впервые показано, что иммуноглобулины класса G сыворотки крови больных шизофренией гидролизуют основной белок миелина и его пептиды. Проверка ряда общепринятых критериев показала, что протеолитичекая активность является их собственным свойством. Показано, что изучаемые антитела обладают субстратной специфичностью к основному белку миелина, коллагену и сывороточному альбумину человека. Показано, что IgG больных шизофренией с ведущей негативной симптоматикой обладают более высокой протеолитической активностью гидролиза олигопептидов, чем антитела больных с ведущей позитивной симптоматикой.

Работа поддержана грантом РНФ № 14-15-00480 «Поиск ключевых биомаркеров патогенеза социально значимых эндогенных психических расстройств» 2014-2016 гг.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОМЕТРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Прощенко И.В.

Тверь
ГОУ ВПО Тверская ГМА

Цель работы – исследование возможности применения метода инфракрасной спектрометрии крови для ранней диагностики нарушений фосфолипидного спектра у больных параноидной формой шизофрении

Методом рандомизации были отобраны 24 мужчины больные параноидной формой шизофрении, в возрастном диапазоне от 25 до 40 лет, с длительностью заболевания от 1 года и более 10 лет, с эпизодическим типом течения, соматически здоровые и получавшие атипичные нейролептики (рисполепт). Контрольную группу составили 24 здоровых мужчин в возрасте 20–35 лет, без соматической патологии. Из полученной цельной крови лабораторным путем определяли спектр фосфолипидов (ФЛ) методом инфракрасной спектрометрии (ИКС).

Результаты исследования показали: методом ИКС было выявлено, что между группой мужчин больных параноидной формой шизофрении и контрольной группой достоверные отличия ($p<0,05$) наблюдаются в диапазонах ИК – спектра 3500-3100, 1831-1623, 1729-1533, 1470-1330 и 1087-963 см-1. При этом в диапазоне 3500-3100 см-1, отражающем содержание сфингомиелина (СФМ), фосфатидилхолинов (ФХ) и фосфатидилинозитов (ФИ) в сыворотки крови и в диапазоне 1729–1533 см-1, отражающем содержание СФМ, отмечается у больных наблюдалось уменьшение амплитуды оптической плотности в 1,6 раз и 1,1 раз соответственно. В диапазоне 1831-1623 см-1, в котором определяются все общих фосфолипидов (ФЛ), кроме СФМ; в диапазоне 1470-1330 см-1, в котором определяются ионизированные карбоксильные группы, а также в диапазоне 1087-963 см-1, отражающем содержание ФИ, ФЭА и фосфатидилсерины (ФС), отмечалось увеличение оптической плотности в 1,02; 1,02 и 1,03 раза соответственно по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, можно предположить, что диапазоны 1, 4, 5, 7 и 9 каналов являются маркерными для выявления описываемой патологии, и могут быть использованы в качестве скрининг теста на предмет ранней диагностики нарушений фосфолипидного спектра у больных параноидной формой шизофрении.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ (ПО ДАННЫМ КОГЕРЕНТНОГО АНАЛИЗА ЭЭГ)

Саркисян В.В., Мельникова Т.С., Гурович И.Я.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Большинство исследователей отмечают у больных шизофренией снижение эмоциональных переживаний, основываясь на самоотчете больных и недостаточности у них мимической экспрессии эмоций. Одновременно подчеркивается, что приписываемые больным шизофренией апатичность, индифферентность и эмоциональная дисгармония – скорее внешнее впечатление, чем корректное суждение о внутреннем состоянии пациентов. Определение характера и степени эмоциональных нарушений при шизофрении и изучение их нейронных основ могут быть достигнуты путем комплексного изучения самоотчета испытуемых и применение инструментальных методов, в том числе анализа электрической активности мозга (ЭЭГ).

Цель работы состояла в изучении динамики когерентных характеристик ЭЭГ при предъявлении больным шизофренией при первом эпизоде эмоционально окрашенных (положительных и отрицательных), а также нейтральных стимулов.

Методика. Обследована группа больных параноидной шизофренией во время первого эпизода заболевания (n=16). Клиническая картина приступов проявлялась в виде галлюцинаторно-параноидного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо с наличием слуховых псевдогаллюцинаций, различного рода психических автоматизмов (идеаторных, сенсорных, моторных) и бреда воздействия и преследования. Контрольную группу составили 25 здоровых испытуемых.

ЭЭГ регистрировали с помощью аппаратно-программного комплекса для топографического картирования электрической активности мозга «НЕЙРО-КМ» (Россия) по системе 10-20%. Кроме фоновой ЭЭГ проводили запись во время представления больными геометрических фигур (нейтральная стимуляция), вспоминания наиболее ярких приятных эпизодов (положительная стимуляция) и неприятных ситуаций (отрицательная стимуляция). Величину когерентности (КОГ) вычисляли между всеми 14 отведениями корковых областей. Кроме того, определяли величину средней КОГ (СрКОГ) каждой области со всеми остальными корковыми зонами – показателя активности выбранной зоны в интегративной деятельности мозга.

Результаты исследования и обсуждение. У больных при первом эпизоде шизофренией значения КОГ между отдельными корковыми зонами ЭЭГ варьировали в диапазоне от 0, 71 до 0, 07. Наиболее высокие значения КОГ (выше 0,6) выявлены между симметричными лобными, центральными и теменными корковыми зонами. Параметр КОГ также высок между ипсилатеральными зонами – лобными и центральными (F3-C3, F4-C4), причем, абсолютные значения КОГ слева ниже, чем справа. Самые низкие значения КОГ между всеми симметричными височными зонами (F7-F8, T3-T4, T5-T6), а также слабые длинные лобно-затылочные связи (F3-O1, F4-O2) и лобно-задневисочные (F3-T5, F4-T6). Показатель СрКОГ средневисочной области слева (T3) ниже, чем симметричной зоны справа (T4) за счет уменьшения контлатеральных связей с лобными и передневисочными зонами. Вклад в показатель СрКОГ медленноволновых ритмов более высокий, чем высокочастоных полос ЭЭГ. По сравнению с «нормой» при первом эпизоде шизофрении у больных отмечалось диффузное снижение СрКОГ во всех корковых зонах, кроме задних отделов – затылочных и задневисочных зон. Сравнительный анализ СрКОГ между симметричными корковыми зонами показал также уменьшение синхронности сигналов ЭЭГ между всеми парами областей, кроме затылочных. Наиболее

значительное ослабление межполушарной интеграции у больных выявлено между передневисочными структурами (F7-F8). Анализ КОГ по отдельным диапазонам ЭЭГ показал, что в снижении КОГ принимают участие все частотные диапазоны ЭЭГ. При этом максимальные отличия от «нормы» наблюдались по бета1-, бета2- и гамма-ритмам в лобно- центрально-теменных, а также в переднее- и средневисочных зонах. Меньший вклад в снижение КОГ вносила медленноволновая активность

В ответ на «нейтральную» стимуляцию мозаика СрКОГ менялась не однотипно в различных корковых зонах: в лобных, центральных и теменных областях отмечалась небольшая функциональная активация, в затылочных областях – СрКОГ снижалась, а в височных зонах отмечен небольшой подъем в правом полушарии и слабо выраженная реакция в симметричных областях слева. Реакция на эмоционально окрашенную ситуацию в несколько раз превышала изменения на «нейтральную» стимуляцию. Изменения носили однонаправленный характер в виде усиления функциональной активности по данным СрКОГ. Однако на фоне диффузной активации корковых структур сравнительно мало менялась активность затылочных отделов (O1, O2) головного мозга. Почти во всех корковых зонах перестройка на отрицательную стимуляцию была выражена сильнее, чем на положительную. В височных зонах представление отрицательных ситуаций сопровождалось более высокой реактивностью зон левого полушария, чем в симметричных зон правой гемисферы.

Во время функциональных нагрузок менялся межполушарный баланс. Величина КОГ между симметричными корковыми зонами на нейтральную стимуляцию снижалась, особенно между височными областями. Положительная стимуляция, наоборот, резко усиливала связи между симметричными корковыми зонами. Представление отрицательных ситуаций еще больше усиливало синхронность генерации электрических сигналов в симметричных корковых зонах. Особенно увеличивалась взаимосвязь между симметричными фронтальными (F3-F4), теменными (P3-P4) и височными (T3-T4) областями. Аналогичные данные получены при анализе связей между фронтальными и височными областями: на нейтральную стимуляцию величина КОГ снижалась как в левом, так и в правом полушарии, а эмоционально окрашенная ситуация, особенно негативная, резко усиливала связи. При этом более выраженная реакция отмечена в левом полушарии.

Выводы.

1. У больных параноидной шизофренией при первом эпизоде нейтральная стимуляция мало изменяет функциональную активность мозговых структур, а эмоционально окрашенная ситуация, особенно, отрицательная вызывает диффузное усиление функциональной активности всех корковых областей.

2. Во время эмоциональной нагрузки у больных увеличиваются взаимные связи между симметричными корковыми зонами, особенно между фронтальными, теменными и височными зонами, тем самым, изменяя межполушарный баланс.

3. Наиболее выраженная перестройка мозаики синхронности генерации сигналов при эмоциональной стимуляции отмечается между фронтальными и височными областями с акцентом в левой гемисфере.

НЕЙРОГОРМОНЫ И ПАРАТИМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: РЕАЛЬНОСТЬ ИЛИ СТАТИСТИЧЕСКИЙ КАЗУС?

Симак О.Я.

Ростов-на-Дону
ГБУ РО ПНД

Актуальность. В последние годы нарастает интерес к изучению социального познания, как возможного предиктора формирования позитивной и негативной симптоматики и социальной дисфункции у пациентов с шизофренией (Feet A. K. et al, 2011). Кроме того, активно изучается роль пептидных гормонов в регуляции поведения человека (Paul J. Zak, 2012). Так, имеются указания на то, что эндогенный (и, отчасти, экзогенный) окситоцин вовлечен в регуляцию эмоциональной жизни человека и модулировании социальных связей (Frost K. et al, 2014). Ряд авторов указывают на искажение метаболизма эндогенного окситоцина и связь этого нарушения с аутистическими симптомами при шизофрении (Jobst A. et al, 2014), а также подчеркивают предиктивную роль этого нанопептида в формировании негативной симптоматики при шизофрении (Strauss G.P. et al, 2015). Вовлеченность окситоцина в регуляцию эмоционально-волевых функций в норме и патологии определяет актуальность настоящего исследования, посвященного изучению корреляций между уровнем эндогенного окситоцина и выраженностью паратимических проявлений при шизофрении.

Цели и задачи: Целью настоящей работы было выявление роли окситоцина в формировании отдельных вариантов паратимии. Задачами исследования являлись: 1. Разработка и использование шкалы для ранжированной оценки симптома «фамильной ненависти». 2. Определение содержания окситоцина в крови обследуемых. 3. Проведение дексаметазонового теста во всех группах обследуемых. 4. Сопоставление и статистическая обработка результатов исследования.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 45 человек, все женщины, без соматической патологии, которые были распределены по трем группам. В первую группу вошли 15 человек в возрасте 26±7,5 лет, находящиеся под наблюдением психиатра с диагнозом «параноидная шизофрения», из них у 13 человек типирован эпизодический тип течения (F20.01), и у 2 человек – непрерывный тип течения заболевания (F20.00). Исследуемые принимали поддерживающее антипсихотическое лечение в средних дозах, не менявшихся в течение года (рисперидон – 10 пациенток, оланзапин – 4 пациентки, трифтазин – 1 пациентка). Все пациентки жили в семьях – с супругом и/или с родителями. Отличительным признаком пациенток данной группы являлось наличие стойкого негативного отношения к близким родственникам или людям, находящимся в непосредственном окружении пациенток, что при психопатологическом анализе было расценено как симптом «фамильной ненависти». Во вторую группу вошли 15 пациенток в возрасте 25±9 лет, страдающие «параноидной шизофренией», из них у 13 человек – эпизодический тип течения (F20.01) и у 2 человек – непрерывный тип течения (F20.00) заболевания. Обследуемые получали поддерживающую антипсихотическую терапию (арипипразол – 1 человек, рисперидон – 9 человек, галоперидол – 3 человека, оланзапин – 2 человека) в течении не менее 1 года. Все пациентки жили в семьях, имели нормальные отношения с близкими и родными, без утраты чувства близости. Третью группу (здоровый контроль) составили 15 женщин в возрасте 21±4 года, без психических расстройств. Обследуемые этой группы проживали в семьях, имели ровные и доброжелательные отношения с родителями и близкими. Пациентки всех групп заполняли разработанную нами анкету («Шкала фамильной ненависти», далее ШФН), позволяющую количественно оценить степень выраженности этого симптома. У всех пациенток определялось содержание окситоцина методом ИФА (тест системы BCM Diagnostics). Помимо этого у пациенток выявлялось наличие или отсутствие овуляции (тест-система Eviplan с чувствительностью 25 мМЕ/мл), поскольку содержание окситоцина в плазме меняется в зависимости от фазы менструального цикла. Учитывая, что ингибирующим фактором секреции окситоцина является дистресс (глюкокортикоидное подавление окситоцина по механизмам отрицательной обратной связи), пациенткам всех групп проводился дексаметазоновый тест.

Результаты и обсуждение: При анализе показателей ШФН, были выявлены следующие средние результаты: в первой группе – 11,3 балла, во 2-ой группе – 2,4 балла, и в контрольной группе – 0,4 балла. Уровень окситоцина в крови в 1-ой группе пациенток составлял 0,08 – 4,04 пмоль/л (среднее значение 1,58 пмоль/л), из них у 40% исследуемых, включая пациентку с овуляцией, показатель был ниже нормативных значений (норматив нижней границы 1 пмоль/л вне овуляции и 4 пмоль/л в овуляторном пике). Во 2-ой группе колебания значений окситоцина были от 2,1 до 6,2 пмоль/л, при среднем значении 3,71 пмоль/л, что соответствует нормативному коридору. У 2-х пациенток с зафиксированной овуляцией показатели окситоцина соответствовали нормативным. У группы здорового контроля показатели окситоцина находились в пределах 2,42 – 8,2 пмоль/л, среднее 4,25 пмоль/л, что практически во всех случаях соответствовало нормативным значениям. В одном случае отмечено незначительное повышение этого показателя у здоровой обследуемой в момент овуляторного пика. Средние значения окситоцина вне овуляции составили 5,5 и 7,53 пмоль/л для второй (2 человека) и третьей (3 человека) групп соответственно. В первой группе такой расчет не проводился, поскольку овуляторный пик зафиксирован только у одной пациентки. Дексаметазоновый тест показал отсутствие подавления базального кортизола у 5 пациенток 1-ой группы (30%), 2 пациенток 2-ой группы (13,3%) и 1 пациентки из 3-ей группы (6,7%).

Полученные результаты подверглись статистической обработке с помощью H-критерия Kruskal-Wallis (Kruskal – Wallis one-way analysis of variance), U-критерия Mann-Whitney (Mann-Whitney U-test) для независимых выборок и коэффициента корреляции Spearman (Spearman rank correlation coefficient). Были выявлены достоверно более высокие показатели ШФН в первой группе пациенток по сравнению с аналогичными показателями в других группах ($p \leq 0,01$). Достоверные различия обнаружились и между показателями шкалы во 2-й и 3-й группах ($p \leq 0,01$), в связи с наличием во 2-ой группе 4 пациенток в ситуации имущественных и педагогических разногласий в семье. Данные выбросы показателей не достигали границ «фамильной ненависти», однако, следует учитывать, что личностные изменения, имеющие место при шизофрении, могут лежать в основе специфических паттернов эмоционального реагирования, что, в свою очередь, может отражаться на результатах тестирования.

При сопоставлении показателей содержания окситоцина в крови обследуемых, было обнаружено, что показатели в первой группе достоверно ниже показателей как во второй группе, так и группе контроля ($p \leq 0,01$). Отличия, имеющиеся в показателях 2-й и 3-й группы, достоверных различий не имели ($p > 0,05$). Результаты сравнения показателей окситоцина у пациенток в зависимости от фазы овуляции носило характер, аналогичный результатам сравнения вне зависимости от фазы цикла. Также, у пациенток 1-й группы более часто обнаруживались нарушения в регуляции метаболизма кортизола, что подтверждалось наличием патологических результатов дексаметазонового теста.

При анализе корреляции показателей ШФН и уровня окситоцина, была выявлена умеренная отрицательная связь, в частности, для 1 и 2 групп: $r = -0,617$, для всех групп: $r = -0,49$; и слабая положительная связь для 3 группы: $r = 0,286$.

Выводы: 1. Низкое содержание эндогенного окситоцина в крови у пациенток, страдающих параноидной шизофренией, связано с более высоким удельным весом паратимических расстройств в клинической картине. 2. Вероятно, нарушения в регуляции метаболизма кортизола могут играть ингибирующую роль по отношению к синтезу окситоцина.

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушения метаболизма окситоцина могут играть роль в развитии негативных эмоциональных расстройств при шизофрении. Следует отметить, что для подтверждения этой гипотезы необходимо провести дальнейшие исследования с расширением групп обследуемых и измерением уровней иных нейропептидов. Представляет интерес изучение корреляций между уровнем нейропептидов и показателями шкал, представляющих квантифицированную оценку продуктивных и негативных расстройств при шизофрении.

ПРОТЕОМНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ВЫЯВИЛИ ИЗМЕНЕНИЯ В МЕТАБОЛИЗМЕ ГЛУТАМАТА

Смирнова Л.П., Логинова Л.В., Дмитриева Е.М., Серегин А.А., Семке А.В., Згода В.Г., Иванова С.А.

Томск
НИИПЗ

Введение. Шизофрения – заболевание с неустановленным патогенезом. Развитие болезни, приводит к искажению или утрате социальных связей, нарушению поведения, дезадаптации больных в обществе. Лабораторных критериев постановки диагноза шизофрении не существует. В последнее десятилетие методы протеомного анализа вселяют надежду на выявление биологического маркера данного заболевания. Плазма крови человека содержит динамически изменяющийся набор белков, среди которых встречаются проникающие из патологически измененных тканей «маркеры утечки», а также минорные белки, играющие роль в патогенезе шизофрении. На современном этапе возрос интерес к протеомным исследованиям психических расстройств, и стали интенсивно проводиться исследования в этом направлении. Но эти работы в основном выполнены на материале из ткани мозга умерших больных. По протеомному анализу сыворотки или плазмы больных с психическими расстройствами имеются единичные работы. Однако поиски ключевого регуляторного белка данных расстройств либо белка, являющегося маркером этих болезней, пока не привели к результатам. Ссоздание лабораторных критериев диагностики шизофрении на основе маркерных белков увеличит точность постановки диагноза и обоснует выбор патогенетического лечения этой тяжелой болезни.

Цель исследования. Сравнительный протеомный анализ белков сыворотки крови больных параноидной шизофренией и здоровых лиц.

Материалы и методы: В работе был проанализирован белковый спектр сыворотки крови 30 больных шизофренией, находящихся на лечении в отделении эндогенных расстройств НИИ психического здоровья г. Томска, и 20 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемой группой.

Исследуемые образцы сыворотки крови подвергались аффинной хроматографии на хроматографе фирмы AgilentTechnologies с целью удаления 6 мажорных белков. Концентрированные белки разделяли с помощью электрофореза в полиакриламидном геле в присутствии SDS по методу Laemmli, с окраской CoomassiBrilliantBlue G250. Полученные гели фотографировали и анализировали с помощью системы гель документации Alliance 2.7 Uvitec производство Кембридж. Затем белки подвергали трипсинолизу в геле. Смесь очищенных пептидов перед введением в масс-спектрометр разделяли ВЭЖХ на колонке ZorbaxSB-C18(5мкм) 150x0.3 мм (AgilentTechnologies) с использованием капиллярного хроматографа 1200 Series (AgilentTechnologies). Регистрацию масс-спектров проводили с помощью ионной ловушки XCT Ultra (AgilentTechnologies), используя программный пакет MassHunter, предоставленный

производителем оборудования. Обработку спектров проводили с помощью этого же программного пакета. Идентификацию белков проводили путем поиска совпадения значений экспериментальных масс с массами белков, аннотипированных в соответствующих базах данных, с использованием ресурсов программы Mascot («Matrix Science», USA). Изучение уровня глутамата в сыворотке крови осуществлялась с помощью набора Glutamate Colorimetric Assay Kit (Biovision,USA)на спектрофотометре Epoch (BioTek, USA).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTICA 6.0. Достоверность различий между группами определяли с помощью точного критерия Фишера с поправкой Йетса и непараметрического критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми считались различия при $p<0,05$

Результаты. Сравнение электрофореграмм сыворотки крови больных и здоровых лиц показало достоверные отличия в белковых областях, содержащих белки массой 206, 180, 97, 94, 88, 40, 32, 30, 28, 20, 15, 12 kDa.

По результатам сравнения масс-спектрометрических профилей в сыворотке крови больных шизофренией были обнаружены следующие белки, отсутствующие у здоровых лиц: белок метаботропного глутаматного рецептора 6 типа 95376 Da, цинк-связывающий белок 747 – 20597 Da; белок с неизвестной функцией: гипотетический белок LANCL1 – 45711 Da. При исследовании уровня глутамата в сыворотке крови отмечено двукратное увеличение концентрации глутамата у больных шизофренией в сравнении со здоровыми.

Обнаружение белка метаботропного глутаматного рецептора 6 типа говорит о повреждениях рецепторного аппарата глутаматэргической нейротранмиттерной системы, а увеличение концентрации глутамата в сыворотке крови свидетельствует о нарушении его метаболизма в организме больных шизофренией. В последнее время стало известно, что цинк принимает непосредственное участие в работе NMDA и AMPA глутаматных рецепторов (Baracano DE1,2001). Следовательно, нарушение метаболизма глутамата, ведет за собой изменение концентрации ионов цинка у больных. Это изменение количества ионов видимо осуществляется с помощью цинк-связывающего белка 747 Выявление вышеперечисленных белков в сыворотке крови больных подтверждает значимость изменений глутаматной нейротрансмиссии в патогенезе шизофрении.Ппри увеличении количества обследуемых лиц, выявленные белки могут стать маркерными белками шизофрении.

Выводы.

1. Найдены достоверные отличия в распределении белков сыворотки крови больных шизофренией от здоровых лиц в следующих областях молекулярных масс: 206, 180, 128, 97, 94, 88, 40, 32, 30, 28, 20, 15, 12 кDa.

2. Получены значимые отличия в распределении белков сыворотки крови больных параноидной и простой формой шизофрении и здоровых лиц. Выявлено, что белковые области 128, 114 21 kDa, характеризуют параноидную шизофрению, а области 88 и 32 – простую шизофрению.

3. С помощью масс-спектрометрии в сыворотки крови были выявлены белки, не встречающиеся у здоровых лиц: цинк-связывающий белок 747 – 20597 Da, белок метаботропного глутаматного рецептора 95376 Da, гипотетический белок LANCL1 – 45711 Da.

Работа поддержана грантом РНФ № 14-15-00480 «Поиск ключевых биомаркеров патогенеза социально значимых эндогенных психических расстройств» 2014-2016 гг.

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА (BDNF) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕРАПИИ

Соловьева Н.В., Кременицкая С.А., Вильянов В.Б.

Москва

Научный центр персонализированной психиатрии

Под наблюдением в Научном центре персонализированной психиатрии находилось 69 больных (22 женщины. 47 мужчин) в возрасте от 24 до 64 лет (средний возраст 49,7 лет), у всех были диагностированы невротические расстройства. Депрессивная симптоматика преобладала у 20 больных (28,9%), тревога и фобии – у 5 (7,2%), астения – у 25 (36,2%), ипохондрия – у 18 (26,0%), обсессивно-компульсивные проявления – у 1 (1,4%). В зависимости от проводимой терапии было выделено две группы больных. Первая (основная), 42 пациента, получала препарат Нейроэйд II в дозе 0,8 г 3 раза в неделю в течение 45 дней. Вторая группа (контрольная), состоявшая из 27 больных, в течение такого же периода получала комплексную терапию, включавшую тимотропные препараты, транквилизаторы и ноотропные средства, исходя из особенностей психопатологических проявлений. Концентрация мозгового нейротрофического фактора определялась до и после лечения. У всех испытуемых был исследован генотип полиморфизма Val66Met BDNF.

В зависимости от характера динамики концентрации BDNF в сыворотке крови до и после лечения, в каждой из выделенных групп были определены 3 подгруппы: 1-со значительным повышением концентрации; 2 – с выраженным снижением концентрации; 3 – без динамики.

В основной группе значительное увеличение концентрации BDNF в сыворотке крови было отмечено у 22 испытуемых (52,4%), при этом средние значения содержания исследуемого белка перед началом лечения составляли 14,7 нг/мл, а после лечения – 25,6 нг/мл ($p<0,01$). Снижение содержания BDNF было получено в 13 случаях (30,9%), средние значения концентрации составлял 38,4 нг/мл и 18,9 нг/мл соответственно ($p<0,01$). У 7 испытуемых (16,6%) средние значения содержания белка на начальном и завершающем этапах терапии оставались в пределах 18,0 нг/мл и 17,9 нг/мл. Все больные основной группы закончили курс лечения без регистрации у них нежелательных побочных эффектов, повлекших отмену препарата.

В контрольной группе повышение содержания BDNF в сыворотке крови после лечения было зарегистрировано у 8 пациентов (29,6%), средние значения концентрации у них составляли 12,2 нг/мл до лечения и 24,9 нг/мл – после ($p<0,01$), снижение – у 14 больных (51,8%), средние значения концентрации 23,нг/мл и 13,1 нг/мл соответственно. В 5 случаях (18,5%) концентрация существенно не менялась (10,0 нг/мл и 10,3 нг/мл).

Соотношение исследуемых генотипов существенно не отличалось от стандартного распределения. Было отмечено, что высокие показатели концентрации BDNF в сыворотке крови перед началом лечения чаще наблюдались у носителей аллеля Met.

Исходя из того, что уровень концентрации BDNF отражает состояние активного включения в противодействие угрозе нейрональному повреждению, допустимо предположение, что нами исследованы больные, находящиеся в трех состояниях адаптативного процесса: 1 – субкомпенсации – 1 подгруппа – с последующим повышением концентрации BDNF; 2 – гиперкомпенсации – 2 подгруппа – пациенты с последующим снижением показателей содержания белка в сыворотке крови; 3 – рефрактерные – 3 подгруппа – без динамики концентрации. У субкомпенсированных больных применение НейроЭйд II спо-

собствовало активации выработки BDNF. Это может быть обусловлено действием тритерпеновых гликозидов, флавоноидов и других веществ, стимулирующих цитоплазматический синтез белков, образование рибосом и мРНК. У больных с гиперпродукцией BDNF влияние лечебных компонентов, направленных на нормализацию обменных процессов, противодействие оксидантному стрессу, улучшение реологических показателей крови снизило угрозу развития глутаматной эксайтоксичности, что повлекло за собой снижение продукции BDNF. Допустимо предположение, что эффективность применения НейроЭйдII может определяться исходным состоянием адаптивных возможностей человека. Комплексная терапия больных контрольной группы оказывала менее активное воздействие на продукцию BDNF, что необходимо учитывать при выборе адекватной терапевтической тактики.

УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ ТРАНСКРИПЦИОННОГО ФАКТОРА NURR1 И А-СИНУКЛЕИНА ПРИ СИНДРОМЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Сосин Д.Н., Тараскина А.Е., Грунина М.Н., Заботина А.М., Иванов М.В., Иващенко Д.В., Кирничная К.А., Насырова Р.Ф., Крупицкий Е.М.

Санкт-Петербург
СПБНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Актуальность. Формирование синдрома алкогольной зависимости (САЗ) сопровождается функциональными перестройками целого спектра нейротрансмиттерных систем, как периферической, так и центральной нервной системы, нарушением как паракринного, так и аутокринного потока катехоламинов и других нейромодуляторов. При этом центральную роль в патогенезе САЗ отводят дисфункциям в работе мезолимбической дофаминергической нейротрансмиссии, так как способность алкоголя увеличивать концентрацию внеклеточного дофамина (ДА) по этому пути рассматривают как эффект вознаграждения.

Основываясь на взаимодействии и взаимообусловленности функционирования иммунной, нервной и эндокринных систем, лимфоцитарные клетки периферической крови человека представляют собой удобный объект исследования: упрощенную модель дофаминергического нейрона, они контактируют с дофамином не только в лимфоидной ткани, содержащей нервные волокна, синтезирующие ДА, но также и в спинномозговой жидкости, и плазме крови. Более того, лимфоциты самостоятельно синтезируют ДА, и содержат на своей поверхности основные классы дофаминовых рецепторов. Также, установлено, что экспрессия генов, кодирующих ключевые белки дофаминергической нейротрансмиссии периферических лимфоцитов, коррелирует с экспрессией этих генов в нейронах головного мозга. Таким образом, обмен ДА в лимфоцитарных клетках отражает особенности дофаминергической нейротрансмиссии всего организма.

В настоящее время большинство работ по изучению оценки роли дофаминергической нейротрансмисии в формировании развития алкогольной зависимости сосредоточено именно на гене α-синуклеина (SNCA). Интересно отметить, что локус хромосомы 4, содержащей ген α-синуклеина, ассоциирован с фенотипом, характеризующимся высокой степенью алкогольной зависимости. Ген SNCA, главным образом, экспрессируется в пресинаптических терминалах дофаминовых нейронов среднего мозга, вовлечен в биосинтез ДА, что указывает на его возможную функцию модулятора дофаминергической нейротрансмисии.

Хотя клеточные функции α-синуклеина в настоящее время изучены недостаточно, ключевая роль белка в обмене ДА предполагает, что α-синуклеин является негативным регулятором дофаминергической нейротрансмиссии и может лежать в основе многих нейродегенеративных заболеваний и аддиктивной патологии.

Следовательно, возникновение и развитие САЗ сопровождается повышенной экспрессией гена SNCA. На сегодняшний день остается совершенно нераскрытым вопрос, приводит ли повышенная экспрессия гена SNCA к формированию САЗ, или же она является просто следствием длительного приема алкоголя. В связи с этим, возникает актуальность перспективных исследований генной экспрессии в популяциях.

Nurr1 – член суперсемейства ядерных рецепторов – транскрипционных факторов, модулирующих генетическую транскрипцию. В частности, показано участие Nurr1 в контроле экспрессии генов дофаминового транспортера (DAT1) и ключевого фермента синтеза ДА – тирозингидроксилазы. Также транскрипционный фактор Nurr1 один из возможных факторов, которые принимают участие в трансактивации гена SNCA и поддержании функциональной активности нейронов, синтезирующих ДА. Гену NR4A2 принадлежит ключевая роль в процессах дифференцировки дофаминергической системы в эмбриогенезе.

Цель Для реализации основной цели исследования: поиска возможных параметров для основы назначения эффективной терапии с использованием психотропных препаратов, был проведен анализ экспрессии генов ключевых белков нейротрансмиссии дофамина: транскрипционного фактора Nurr1 (NR4A2), α-синуклеина (SNCA) в двух группах: пациенты с синдромом алкогольной зависимости (САЗ) и контрольная группа, методом количественной полимеразной цепной реакции в настоящем времени.

Материалы и методы В исследование были включены 26 пациентов (средний возраст 46±6,7 лет) с установленным диагнозом САЗ и 24 человека контрольной группы (средний возраст 48±7,1 лет).

Группу пациентов с САЗ составили лица мужского пола, европеоидной расы, славянской внешности, постоянно проживающие на территории Северо-Западного региона России, не связанные между собой узами родства. Пациенты в период обследования находились на стационарном лечении в отделении лечения больных алкоголизмом Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, под наблюдением психиатров-наркологов. Диагноз «синдром алкогольной зависимости» ставился на основании клинического наблюдения по критериям МКБ-10. Больные с первично поставленным диагнозом САЗ из данного исследования были исключены. Взятие крови осуществлялось у пациентов в реабилитационный период лечебной программы, после стадии полной детоксикации организма.

В контрольную группу вошли психически здоровые мужчины вне обострения хронических заболеваний, той же этнической принадлежности, не состоящие на учете у психиатра или нарколога и отрицавшие злоупотребление алкоголем. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь, забранная в объеме 5 мл в вакуумные пробирки с антикоагулянтом. Выделение лимфоцитов периферической крови проводилось в течение 2 – 3 часов после сбора материала. Лимфоциты получали центрифугированием с использованием градиента плотности Фиколл-верографин, дважды отмывали раствором фосфатно-солевого буфера PBS и доводили до конечной концентрации 2x106 клеток/мл. Выделение лимфоцитарной мРНК проводилась с использованием наборов Qiagen (Германия).

Статистическая обработка данных была проведена с использованием статистического пакета программы SPSS 17: сравнение уровня экспрессии между исследуемыми группами,

производилась с помощью метода однофакторного дисперсионного анализа (one-way ANOVA); корреляционные зависимости – критерия корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. В ходе настоящего исследования было показано, что развитие САЗ сопровождается повышенной экспрессией гена SNCA: уровень мРНК достоверно увеличен в группе больных по сравнению с контрольной группой (p=0.001) и не ассоциируется с изменением уровня экспрессии гена NR4A2 (p=0.9). Таким образом, наши результаты указывают, что развитие САЗ сопровождается повышенной экспрессией гена SNCA, но не ассоциировано с изменением количества мРНК гена NR4A2. Однако, следует заметить, что наблюдаемое изменение в соотношении уровней экспрессии SNCA и NR4A2 может само по себе приводить к изменению обмена ДА, поскольку оба белка непосредственно регулируют активность и экспрессию такого ключевого фермента синтеза ДА как тирозингидроксилаза. Следовательно, при развитии САЗ, показатели экспрессии для изученных генов носят специфический характер, отображающий общее нарушение нейротрансмиссии при развитии заболевания.

Заключение. Основной вывод, полученный в ходе данной работы, – САЗ сопровождается повышенной экспрессией генов SNCA, что должно учитывать при назначении больному терапии с использованием дофаминергических нейромодуляторов. При этом, мы планируем не останавливаться на анализе параметров только дофаминергической системы, так как ее работа тесно связана с целым спектром нейромедиаторов, оказывающих на нее возбуждающее или тормозящее действие (γ-аминомасляная кислота (ГАМК), глутаминовая кислота, нейропептиды). Дальнейшие научные разработки будут проводиться в этом направлении.

Авторы выражают благодарность фонду РНФ (грант № 14-15-00904 «Антипсихотические средства: разработка персонифицированных подходов к терапии на основе индивидуальных особенностей рецепторной нейротрансмиссии лимфоцитов») за финансовую поддержку данного исследования.

МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ ЭТАНОЛА И МОРФИНА НА ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫЕ КЛЕТКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ IN VITRO

Ульянова Л.И., Гамалея Н.Б., Берзина А.Г., Ульянова М.А., Кротов Г.И., Родченков Г.М.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
ФГУП Антидопинговый центр

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что употребление алкоголя и наркотиков приводит к формированию болезней зависимости. Кроме того, алкоголь и наркотики выступают в роли важных патогенных факторов, влияющих на клеточные и гуморальные составляющие иммунной системы. Это выражается дестабилизацией иммунной системы, что может привести к возникновению транзиторного иммунодефицитного состояния и повлечь за собой формирование рецидивирующих хронических патологических изменений в различных органах и системах, а также частые простудные заболевания. Несмотря на то, что в настоящее время достаточно подробно исследован иммунный статус больных с алкогольной и наркотической зависимостью, остается невыясненным вопрос о механизмах влияния этанола и морфина на иммунокомпетентные клетки человека. В частности, нет четкого представления о влиянии алкоголя и наркотиков на уровень экспрессии антигенных молекул главного комплекса гистосовместимости HLA I класса и DR-молекул (HLA II класса) на клеточных мембранах иммунокомпетентных клеток, которые играют основную роль в регуляции иммунитета. Они осуществляют такие важнейшие физиологические функции, как взаимодействие всех иммунокомпетентных клеток организма, участвуют в распознавании своих и чужеродных клеток, в запуске и реализации иммунного ответа.

Цель исследования. Изучить in vitro в культуре клеток крови здоровых лиц влияние различных доз этанола и морфина на способность Т-лимфоцитов инициировать спонтанный синтез ДНК и на усиление экспрессии на клеточных мембранах молекул HLA I класса и DR-молекул (HLA II класса).

Материал и методы. Биологическим материалом для исследования служила периферическая кровь здоровых лиц (20 чел) без синдрома зависимости от алкоголя и наркотиков, взятая из локтевой вены в пробирки «Vacutainer« с гепарином. В эксперименте использовали цельную кровь и мононуклеары, выделенные из гепаринизированной крови на градиенте плотности фиколл-верографин «Gibco« d=1,077 г/см3. Изучено прямое влияние широкого диапазона доз этанола (концентрации в культурах 6Ч10-5 – 6 мг/мл полной питательной среды – ППС) и морфина (концентрации в культурах 81 − 0,3 мкг/мл ППС) на спонтанный синтез ДНК выделенных лимфоцитов крови (радиоизотопный метод с применением метил-3Н-тимидина), время культивирования клеточных культур 72 час при 37о С в атмосфере с 5% СО2. Определение экспрессии DR-молекул проводили на культурах клеток цельной крови (время культивирования клеточных культур 18 час при 37о С в атмосфере с 5% СО2), а экспрессию молекул HLA I класса проводили на культурах клеток выделенных лейкоцитов (время культивирования клеточных культур 18 час при 37о С в атмосфере с 5% СО2) методом проточной лазерной цитофлуориметрии с использованием моноклональных антител к DR-молекулам и к молекулам HLA I класса («Becton Dickinson«, USA). Уровень экспрессии DR-молекул определяли по интенсивности флуоресценции всех позитивных CD4+, CD8+ Т-лимфоцитов; экспрессию молекул HLA I класса определяли по интенсивности флуоресценции всех антиген-позитивных клеток крови (моноцитов, Т- и В-лимфоцитов, нейтрофилов и NK-клеток), которую выражали в условных единицах, у.е. − MFI (mean fluorescence unit).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что этанол в концентрациях 6–1,5 мг/мл (критические концентрации этанола в крови, приводящие к гибели лиц, злоупотребляющих алкоголем) обладал цитостатическим эффектом и полностью подавлял спонтанный синтез ДНК в культурах лимфоцитов. Дозы этанола 6Ч10-1 – 1,5Ч10-1 мг/мл (вызывают сильное опьянение у человека) подавляли спонтанный синтез ДНК в 2 раза, дозы этанола от 6х10-2 мг/мл (вызывают слабое опьянение) и ниже не влияли на спонтанный синтез ДНК лимфоцитов in vitro в сравнении с клеточными культурами без внесения этанола. В высоких дозах (6 – 1,5 мг/мл) этанол вызывал гибель клеток крови, что было подтверждено подсчетом клеток в камере Горяева, т.е. обладал выраженным цитостатическим эффектом. В то же время, морфин в дозах 1 – 9 мкг/мл усиливал спонтанный синтез ДНК в культурах лимфоцитов крови человека, а в дозах ниже 1 мкг/мл и выше 9 мкг/мл не влиял на спонтанный синтез ДНК в клеточных культурах. Этанол в дозах 6Ч10-5 – 6Ч10-1 мг/мл приводил к снижению экспрессии DR-молекул на CD4+ Т-лимфоцитах. Наиболее выраженный эффект снижения экспрессии DR-молекул на CD4+ Т-лимфоцитах наблюдался при дозах этанола, вызывающих слабое (6Ч10-2 мг/мл) и сильное (6Ч10-1 мг/мл) опьянение, и был соответственно равен: 90±4 у.е. (p<0,001) и 99±5 у.е. (p<0,001) в сравнении с экспрессией. контрольных культур лимфоцитов крови (232±8 у.е.). Этанол во всех исследованных концентрациях (6Ч10-5 – 6Ч10-1 мг/мл) статистически значимо усиливал экспрессию DR-молекул на CD8+ Т-клетках: в частности, при дозе 6Ч10-2 мг/мл экспрессия составляла 1111±100 у.е. (p<0,001), а при дозе 6Ч10-1 мг/мл − 790±46 у.е. (p<0,001) в сравнении с экспрессией в контроль-

ных культурах (196±19 у.е.). Морфин, напротив, усиливал экспрессию DR-молекул на CD4+ Т-лимфоцитах в дозах 1 – 27 мкг/мл. Значимое усиление наблюдалось при дозах 3 и 9 мкг/мл и соответственно равнялось − 348±27 у.е. ($p<0,05$) и 490±32 у.е. ($p<0,001$). Одновременно морфин в указанных дозах также незначительно усиливал экспрессию DR-молекул и на CD8+ Т-клетках. Этанол, как и морфин, обладал способностью усиления экспрессии молекул HLA I класса на всех клетках крови в культуре in vitro. Обнаружено, что наибольшим эффектом усиления экспрессии этих молекул, обладали дозы этанола, вызывающие слабое и сильное опьянение, а также морфин в дозах 3 и 9 мкг/мл. Экспрессия соответственно равнялось: 818±24 у.е. ($p<0,001$) и 830±25 у.е. ($p<0,001$) при дозах этанола 6Ч10-2 мг/мл и 6Ч10-1 мг/мл, а также 700±22 у.е. ($p<0,05$) и 749±26 у.е. ($p<0,05$) при дозах морфина 3 мкг/мл и 9 мкг/мл в сравнении с экспрессией контрольных культур без внесения препаратов (408±14 у.е.).

Обнаружены как общность, так и различия в механизмах влияния этанола и морфина на иммунокомпетентные клетки организма человека, а именно: этанол не инициирует синтез ДНК этих клеток, тогда как морфин обладает способностью его усиления, что может объясняться наличием на Т- и В-лимфоцитах опиоидных рецепторов, через которые он и активирует эти клетки. Различия также обнаружены в путях активации этанолом и морфином иммунокомпетентных клеток, что определяется усилением уровня экспрессии DR-молекул на них, а именно: этанол усиливает экспрессию этих молекул на CD8+ Т-лимфоцитах и снижает ее на CD4+ Т-клетках. Морфин, напротив, усиливает экспрессию DR-молекул на CD4+ Т-лимфоцитах и лишь незначительно на CD8+ Т-клетках. Общность в механизмах влияния этанола и морфина на клетки иммунной системы проявляется в способности инициировать усиление экспрессии молекул HLA I класса на всех клетках крови.

Выводы. 1. Этанол не инициирует синтез ДНК лимфоцитов крови человека. В высоких концентрациях (6Ч10-1 – 1,5Ч10-1 мг/мл) он оказывает цитотоксический эффект. 2. Морфин способен инициировать синтез ДНК лимфоцитов крови человека. 3. Этанол усиливает экспрессию DR-молекул на CD8+ Т-лимфоцитах крови человека и снижает экспрессию этих молекул на CD4+ Т-лимфоцитах, тогда как морфин усиливает экспрессию DR-молекул не только на CD4+ Т-лимфоцитах, но и на CD8+ Т-клетках. 4. Этанол и морфин способны инициировать усиление экспрессии молекул HLA I класса на всех клетках крови. 5. Поскольку молекулы HLA I класса осуществляют контактные взаимодействия различных клеток организма человека с CD8+ лимфоцитами, то обнаруженные факты свидетельствуют о влиянии как этанола, так и морфина на процессы кооперации между этими иммунокомпетентными клетками и другим клетками организма.

УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ПАТОЛОГИЯ МИЕЛИНОВЫХ ВОЛОКОН ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Уранова Н.А., Коломеец Н.С., Вихрева О.В., Зимина И.С., Рахманова И.И., Орловская Д.Д.

Москва
НЦПЗ

Шизофрения характеризуется нарушением функционирования синаптических связей между различными структурами мозга. Исследования методами функциональной магнитно-резонансной томографии показали, что когнитивные расстройства при шизофрении связаны в первую очередь с нарушениями связей префронтальной коры. Нарушенные взаимодействия префронтальной коры с гиппокампом и стриатумом участвуют в формировании дефицита рабочей памяти, внимания и исполнительных функций, в снижении когнитивного контроля социального поведения и эмоционального контроля поведения при шизофрении. В последнее время появились многочисленные доказательства того, что морфологическим субстратом этих изменений могут быть как нарушения ультраструктуры синаптических контактов, так и повреждения миелиновых волокон (МВ) и миелинобразующих олигодендроцитов, регулирующих проведение нервного импульса по аксону и их синхронизацию. Проведено электронномикроскопическое качественное и морфометрическое исследование МВ и пропорции патологических МВ в префронтальной коре, хвостатом ядре и гиппокампе в 25 случаях шизофрении и в 25 контрольных случаях без психической патологии. Исследование выполнено на коллекции мозговых структур аутопсийного мозга лаборатории клинической нейроморфологии Научного Центра психического здоровья. Диагностику шизофрении при жизни проводили по МКБ-10. Оценивали пропорцию патологических МВ в слое V префронтальной коры (поле 10), в головке хвостатого ядра и в пирамидном слое гиппокампа (поле СА3). Показано сходство нарушений МВ во всех исследованных структурах мозга, обусловленное повреждением оболочек МВ и атрофией аксона. Пропорция патологических МВ была достоверно выше в группе шизофрении по сравнению с контролем в префронтальной коре ($p<0,001$), в хвостатом ядре ($p<0.01$) и в гиппокампе ($p<0.001$). Установлена связь этих изменений с возрастом начала болезни. Выявленные при шизофрении повреждения МВ были наиболее выраженными в префронтальной коре и коррелировали с пропорцией патологических МВ в хвостатом ядре и гиппокампе. Таким образом, повреждения МВ участвуют в нарушении функциональных связей префронтальной коры с хвостатым ядром и гиппокампом при шизофрении. Одной из возможных причин патологии МВ при шизофрении может быть активация микроглии, которая тесно взаимодействует с МВ и с дистрофически измененными олигодендроцитами как в сером, так и в белом веществе мозга.

НАРУШЕНИЯ ПРОТЕИНКИНАЗНЫХ СИГНАЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Федоренко О.Ю.

Томск
НИИПЗ

Шизофрения – это тяжелое мультифакториальное психическое расстройство, представляющее серьезную медико-социальную проблему во всем мире. Несмотря на то, что вовлеченность генетических факторов в патофизиологию шизофрении достигает 60-80%, их молекулярный профиль остается недостаточно исследованным. Обращение к тонким и на сегодня малоизученным молекулярно-генетическим механизмам дисфункции нейротрансмиттерных и нейрональных протеинкиназных сигнальных путей при шизофрении могут дать ключ к решению многих вопросов относительно диагностики риска развития, клинического полиморфизма и персонализированной терапии пациентов, страдающих этой психической патологией.

Ген фосфатидилинозитол-4-фосфат-5-киназы тип 2 альфа (PIP5K2A) выдвинут в качестве перспективного гена-кандидата предрасположенности к шизофрении на позиционном и функциональном основаниях (Harrison P.J., Weinberger D.R., 2005; Schwab S.G. et al., 2006). Ген расположен на хромосоме 10p (10p12) в районе, сцепленном с шизофренией (Schwab S.G. et al., 1998). Фермент PIP5K2A катализирует образование фосфатидилинозитол-4,5-бифосфата (PIP2), важной фосфоинозитидной сигнальной молекулы (Rameh L.E. et al., 1997). Исследование PIP2-опосредованных сигнальных путей представляет собой

новое и быстро развивающееся направление в области нейрональной сигнальной трансдукции (Suh B.C., Hille B., 2008).

Изначально ассоциация полиморфного варианта rs10828317 гена PIP5K2A с шизофренией выявлена Schwab et al. (2006) в немецкой выборке, состоящей из 65 семей. Эти результаты были подтверждены на голландской популяции (Bakker S.C. et al., 2007), но опровергнуты относительно израильской популяции (Jamra R.A et al., 2006). По мнению L. Saggers-Gray et al. (2008), выполнивших генетический скрининг в индонезийской выборке, состоящей из 612 пациентов из 216 семей, вклад ранее заявленного полиморфного варианта rs10828317 гена PIP5K2A в развитии шизофрении в индонезийской популяции является несущественным (Saggers-Gray L. et al., 2008). С другой стороны, в результате исследования, выполненном в китайской популяции, авторы приходят к выводу, что PIP5K2A ген заслуживает дальнейшего изучения как ген предрасположенности к шизофрении (He Z. et al., 2007).

В продолжение описанных выше исследований, нами проведен цикл работ по изучению нарушений PIP5K2A-сигнальных путей при шизофрении. В рамках совместных исследований с институтом физиологии Тюбингенского университета (г. Тюбинген, Германия) выполнены комплексные исследования функциональной регуляции нейрональной PIP5K2A киназой и ее мутантной формой (N251S)-PIP5K2A, ассоциированной с шизофренией, нейрональных KCNQ калиевых каналов и глутаматных EAAT3 транспортеров. KCNQ калиевые каналы контролируют гиперполяризацию нейронов и стабилизацию мембранного потенциала. Модуляция KCNQ калиевых каналов может существенно влиять на дофаминергическую нейротрансмиссию при шизофрении. Глутаматные EAAT3 транспортеры захватывают глутамат из внеклеточного пространства, предотвращая нейротоксический эффект.

Мы продемонстрировали, что PIP5K2A регулирует функцирование гетеромерных нейрональных KCNQ2/KCNQ3 и KCNQ3/KCNQ5 каналов в Xenopus laevis ооцитной экспрессирующей системе. Эта регуляция нарушена у мутантной формы (N251S)-PIP5K2A, ассоциированной с шизофренией. Эксперименты с быстрым введением PI(4,5)P2 и PIP2-скавенджера указывают на то, что мутация N251S делает PIP5K2A киназу неактивной. Полиморфный вариант rs10828317 расположен в экзоне 7 и вызывает несинонимичную аминокислотную замену аспарагина на серин в PIP5K2A белке, приводя к образованию мутантной формы (N251S)-PIP5K2A.

Впервые построена трехмерная модель виртуальной мутантной формы (N251S)-PIP5K2A, демонстрирующая нарушение структурно-функциональной интегрированности каталитического домена киназы. Показано, что мутация N251S может разрушать каталитический цикл, препятствуя стимуляции M каналов мутантной PIP5K2A. Наши результаты предполагают, что ассоциированная с шизофренией мутация приводит к снижению функционирования KCNQ каналов и утрате дофаминергического контроля у больных шизофренией (Fedorenko O. et al., 2008).

Мутация (N251S)-PIP5K2A препятствует нормальной функциональной регуляции нейрональных глутаматных транспортеров EAAT3, что играет роль в нарушении метаболизма глутамата в мозге у носителей этой мутации. Механизмом нарушения является снижение электрогенного глутаматного тока EAAT3 транспортеров и экспрессии белка EAAT3 на плазматической мембране в отличие от дикого типа PIP5K2A киназы. Мутантная форма проявляет доминантный ингибирующий эффект по отношению к дикому типу PIP5K2A киназы (Fedorenko O. et al., 2009).

В свете вышесказанного представляются чрезвычайно важными новые данные о вовлечении KCNQ каналов в патологически измененную нейрональную активность при шизофрении (Wulff H. et al., 2009). Выявленное снижение активности нейрональных KCNQ калиевых каналов мутантной (N251S)-PIP5K2A киназой способствует повышению возбудимости дофаминергических нейронов и увеличению дофаминергической нейротрансмиссии, а угнетение активности нейрональных EAAT3 глутаматных транспортеров мутантной (N251S)-PIP5K2A киназой приводит к нарушению захвата внеклеточного глутамата и развитию нейротоксичности. Кроме того, за счет снижения работы нейрональных EAAT3 глутаматных транспортеров, эффективно участвующих в доставке цистеина к нейронам (Shanker G., Aschner M.J., 2001), нарушается синтез глутатиона, главного антиоксидантного агента (Dringen R., 2000).

На базе НИИ психического здоровья проведено исследование роли полиморфизма PIP5K2A в развитии шизофрении у 355 пациентов, проходивших курс стационарного лечения в отделении эндогенных расстройств. Впервые выявлена ассоциация полиморфного варианта гена (N251S)-PIP5K2A с шизофренией в русской популяции Сибирского региона (Fedorenko O.Yu. et al., 2013). Сравнение частот генотипов в группах больных шизофренией и контроля выявило существенное повышение частоты встречаемости генотипа CC и аллеля C у больных шизофренией. Отношение шансов для носителей CC генотипа составило 2,48 (p=0.04, 95%CI=1.19-5.17).

Следующим этапом было исследование роли полиморфизма гена PIP5K2A в развитии тардивной дискинезии (ТД) у 491 больного шизофренией. В группе больных шизофренией, страдающих тардивной дискинезией, частота встречаемости генотипа CC полиморфного варианта гена (N251S)-PIP5K2A значительно превышает таковую в группе больных шизофренией без тардивной дискинезии. Отношение шансов для генотипа CC составило 2,81 (95%CI=1,61-4,91, p=0,0005). При этом средние значения суммы баллов по шкале AIMS, которые характеризуют тяжесть клинической симптоматики и степень выраженности тардивной дискинезии, у носителей различных генотипов, также существенно отличались: носители генотипа CC имели высокие значения по шкале AIMS (6(2-9)) (медиана (25%-75% процентили)) по сравнению с носителями генотипа CT (3(0-6)) или TT (2 (0-4)) (значение критерия Краскелла-Уоллиса составило 24.74, p<0.0001), критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферрони – p(CC/TT)<0.0001, p(CC/CT)=0.0009, p(TT/CT)=0.09).

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что PIP5K2A вовлечена в патофизиологические изменения при шизофрении, а также в механизмы защиты против ТД-индуцируемой нейротоксичности.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 11-04-01102-а «Изучение ассоциации полиморфизма гена PIP5K2A киназы с социально значимыми психическими и поведенческими расстройствами» и ФЦП (Государственный контракт № 8140) «Разработка комплекса маркеров основных социально значимых психических расстройств на основе изучения молекулярно-генетических механизмов дизрегуляции нейрональных протеинкиназных сигнальных путей».

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Хруленко-Варницкий И.О.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Формирование ведущих клинических проявлений у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НПР) предполагает нарушения у них эмоционального реагирования,проявляющиеся в когнитивной, аффективной и моторной сферах.Развивающиеся в дальнейшем патологические состояния в большинстве случаев носят достаточно универсальный и неспецифический характер. Вместе с характерными психопа-

тологическими симптомами обнаруживаются эмоциональные расстройства и полиморфные психофизиологические дисфункции, зачастую являющиеся неспецифическим «ядром», вокруг которого формируются психогенно спровоцированные сложные психопатологические образования. При этом в эмоциональной сфере доминируют три основные негативные эмоции человека-тревога, печаль и гнев. Тревога и печаль (депрессия),как ведущие эмоциональные феноменологические проявления, имеющие непосредственное отношение к болезненному расстройству, а во многом и образующие его, изучены достаточно подробно. Таким же наблюдаемым у больных эмоциональным проявлениям, как гнев и ярость уделяется недостаточное внимание. Длительно сохраняющееся «гневливое состояние» чаще оценивается в качестве дополнительного компонента депрессии и тревоги. Но иногда оно может сопровождаться агрессивными действиями и становится одним из признаков т.н. «третьей основной негативной эмоции»(Семке В.Я.,2006),сосуществующей с тревогой и депрессией, изменяющей состояние эмоциональной сферы и определяющей суть ведущего симптомокомплекса при личностных декомпенсациях и обострениях НПР.

Обращение к исследованиям в психофизиологии, психологии позволяет расширить изучение механизмов динамики выраженных эмоциональных нарушений у больных с НПР. Это прежде всего относится к изучению эмоционального реагирования пациентов с аффективной неустойчивостью, импульсивностью, склонностью к раздражительности, вспыльчивости, гневливости и агрессивности. В своем большинстве такие эмоциональные расстройства при НПР конъюгированы с другими психопатологическими проявлениями (астеническими, ипохондрическими, тревожными, фобическими, депрессивными, личностными расстройствами),также сопровождающимися определенными психофизиологическими нарушениями.

Можно предполагать, что НПР, протекающие с проявлениями повышенной эмоциональной возбудимости, связаны с различными активационными процессами мозга. Использование, наряду с клиническим анализом, комплекса адекватных методов, направленных на психофизиологическое, вегетологическое и нейрофизиологическое изучение состояния активирующих систем мозга, как биологической основы эмоциональных нарушений, их связи с психофизиологическими показателями болезненного состояния, может оказаться информативным при дифференцированной диагностической оценке, решении прогностических задач и индивидуализации терапии больных с эмоциональными расстройствами.

Сказанное свидетельствует об актуальности рассмотрения вопросов клинического выражения и патофизиологической основы эмоциональных нарушений в исследовании, целью которого являлось изучение клинико-психофизиологических особенностей формирования состояний повышенной эмоциональной возбудимости при развитии НПР, направленное на последующую разработку, с учетом полученных результатов, дифференцированных терапевтических рекомендаций.

Исследование выполнено в группе из 93 больных (62 женщин, 31 мужчины, в возрасте от 18 до 60 лет, без тяжелой сопутствующей неврологической и соматической патологи),общим для которых в клиническом плане было наличие повышенной психической возбудимости в форме от выраженной раздражительности, вплоть до эпизодов агрессивного поведения. В соответствии с МКБ10, у большинства пациентов диагностировались аффективные непсихотические расстройства, у меньшей части – невротические, связанные со стрессом, соматизированные и органические непсихотические расстройства, у меньшинства – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. Ведущими психопатологическими нарушениями были депрессивные, реже встречались тревожные, фобические и обсессивные расстройства, меньшинство составили пациенты с астеническими, соматоформными и психопатическими / психопатоподобными нарушениями.

В исследовании применялся клинико-психопатологический метод (дополненный формализованной картой, опросниками для оценки депрессии и тревоги) и специально разработанные клинические опросники для ранжированной оценки повышенной эмоциональной возбудимости (КОЭВ) и клинических характеристик ее проявлений. Также использовался комплекс специально подобранных психофизиологических методик, включавший собственно психофизиологические: оценку баланса, силы и динамичности нервной системы; нейровегетологические (спектральную RR-кардиоинтервалометрию) и нейрофизиологические (многоканальную ЭЭГ в состояниях бодрствующего покоя и активационной нагрузки).Исследования выполнялись при поступлении, без назначения лечения.

По результатам кластерного анализа данных КОЭВ и клинических находок, в исследованной когорте были идентифицированы 2 стабильно выделяемые кластерные группы больных-с низкой (1-я) и высокой (2-я) эмоциональной возбудимостью. Выделенные группы не различались по нозологическим, синдромологическим и другим основным характеристикам НПР. Однако у больных 2-й группы чаще отмечались психические нарушения в детском и подростковом возрасте, снижение толерантности к стрессовым событиям в зрелые годы с преобладанием стрессовых реакций в молодые. Сопутствующие неврологические расстройства в этой группе имели более серьезный характер, что свидетельствовало о важности т.н. органической предиспозиции для формирования эмоциональных нарушений.

Анализ нейровегетологических данных установил корреляции динамики вегетативной саморегуляции, показателей вегетативного обеспечения деятельности на специфических пробах с выраженностью эмоциональной возбудимости – указывающие на нарастание симпатикотонической активности и особенности анатомо-функциональной структуры вегетативной регуляции у пациентов 2-й группы.

Психофизиологические исследования нейродинамических процессов выявили связи показателей баланса, силы и динамичности нервной системы с некоторыми клиническими характеристиками эмоциональной возбудимости, отражающие преобладание активационных процессов над тормозными у больных 2-й группы.

Нейрофизиологические данные продемонстрировали характерные для пациентов 2-й группы особенности ЭЭГ: снижение уровня функциональной активности затылочных отделов правого полушария; снижение функциональной активности в лобных отделах мозга, с ослаблением их регулирующих функций под влиянием стрессовых нагрузок. Выявлены связи некоторых клинических характеристик проявлений эмоциональной возбудимости с большинством ЭЭГ-феноменов, причем наиболее тяжелым клиническим формам соответствовало нарастание синхронизации ряда основных ритмов, имеющей частотно-пространственную избирательность. Следует особо отметить, что обнаруженные для пациентов 2-й группы особенности ЭЭГ не коррелировали с выраженностью депрессии и тревоги.

Таким образом, системное, комплексное, многофакторное исследование активационных процессов в ЦНС у пациентов, имеющих выраженные эмоциональные нарушения, проявляющиеся в виде эмоциональной возбудимости, позволяет с большой долей объективности оценивать клиническое состояние больных. Оно свидетельствует об общности клинических и психофизиологических находок, имеющих неспецифический характер, что дает основание судить об эмоциональной возбудимости, как о самостоятельном феномене, не всегда связанном с другой, психопатологической частью психических нарушений.

Нейрофизиологические исследования подтверждают особенности функциональной активности различных областей мозга больных, связанные с наличием повышенной эмоциональной возбудимости, характеристиками ее клинических проявлений и течения заболевания-наиболее рельефно проявляющихся на фоне стрессовых нагрузок.

Полученные данные могут использоваться для индивидуализации комплексной психофармакотерапии больных НПР, а также в профотборе и профилактике у лиц особых профессий.

ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕМЕНТА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Черемных Е.Г., Карпова Н.С., Фактор М.И., Симашкова Н.В., Шушпанова О.В., Брусов О.С.

Москва
НЦПЗ

Введение. Многочисленные современные исследования доказывают участие воспаления и дисфункций иммунитета в патогенезе психоневрологических заболеваний, в том числе у детей при расстройствах аутистического спектра (РАС). Поскольку иммунная система весьма сложна, то необходим комплексный подход к оценке иммунного статуса больных РАС. В качестве одного из маркеров, входящих в комплексную оценку, может служить уровень активности системы комплемента (АСК).

Однако существующие методы определения АСК не позволяют использовать их в широкой медицинской практике, т.к. имеют либо очень высокую себестоимость, либо трудоемки и не слишком надежны. Поэтому нами был разработан новый метод определения АСК и представлены результаты оценки АСК этим методом у больных РАС.

Материал и методы. Исследование было проведено в лаборатории биохимии (руководитель – к.б.н. О.С. Брусов) совместно с отделением детской психиатрии (руководитель д.м.н. Н.В. Симашкова) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Обследовали 22 больных детей (3-17 лет, средний возраст 10 лет) с расстройствами аутистического спектра. Контрольная группа состояла из 9 психически и соматически здоровых детей, сопоставимых по возрасту с группой больных. Для исследования была использована капиллярная кровь детей с РАС и здоровых детей, т.к. для детей с РАС отбор крови из вены является очень трудной задачей.

АСК определяли на основе реакции тест-организмов – инфузорий Tetrahymena pyriformis, на пробу с сывороткой крови с помощью специально разработанного прибора БиоЛаТ. Количественной оценкой АСК является титр сыворотки, при котором происходит гибель половины всех тест-организмов в пробе через 30 минут. АСК рассчитывали с помощью аппроксимации зависимости «Доза-эффект» в двойных логарифмических координатах. Данными для построения этого графика являются времена гибели половины тест-организмов при концентрации сыворотки 5; 2,5; 1,25 и 0,625%.

Результаты и обсуждение. В результате исследования было установлено, что у 14 (63,6%) из 22 больных уровень АСК снижен по сравнению с уровнем АСК здоровых доноров (АСКбольные=0,23ч0,53, АСКдоноры=0,57ч0,91). У 8 больных детей АСК=0,58ч0,89. Поскольку в результате нейровоспаления, сопровождающего психопатологии, нарушается гематоэнцефалический барьер, то уровень активности комплемента в периферической крови отражает его активность в ЦНС, а уровень АСК в капиллярной крови несущественно ниже уровня АСК венозной. Это было достоверно доказано в параллельных исследованиях капиллярной и венозной крови детей и взрослых.

В соответствии с современными представлениями о роли и механизмах системы комплемента (СК), эта система не только вспомогательный элемент защиты от микробного заражения, основной ее ролью является координация и организация всей совокупности иммунологических и воспалительных процессов. СК имеет перекрестные связи с гемостазом и фибринолизом, кининовой и ренин-ангиотензиновой системами. СК принимает участие в постнатальном созревании синапсов (обрезка синапсов), клиренсе иммунных комплексов, ангиогенезе, мобилизации гемопоэтических стволовых и прогениторных клеток, регенерации тканей, и в липидном обмене.

Мы наблюдали снижение АСК и при других психопатологиях помимо РАС. Причинами этого может быть излишнее расходование компонентов СК в результате воспаления, т.е. скорость синтеза может отставать от их элиминации, а также, снижение АСК может быть результатом защитной реакции организма для повышения жизнеспособности в условиях нарушения нормального гомеостаза. Это предположение основано на данных об увеличении активности мощного ингибитора СК – фактора I, у больных РАС. И изучение причин снижения АСК у больных психопатологиями является темой наших дальнейших исследований.

Выводы. Определение АСК новым методом позволяет дифференцировать в гетерогенной структуре РАС две разные подгруппы по уровню АСК, а рассмотрение этого маркера в совокупности с возможными маркерами нейровоспаления может служить уточнению диагноза и прогноза болезни.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ И ЭПИГЕНЕТИЧЕСКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ГЕНОМНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В АУТОПСИЙНЫХ ОБРАЗЦАХ КЛЕТОК ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Демидова И.А., Кравец В.С., Востриков В.М., Юров И.Ю.

Москва
НЦПЗ,
Обособленное структурное подразделение РНИМУ им. Н.И. Пирогова Научно-исследовательский клинический институт педиатрии

Молекулярные и цитогенетические исследования последних лет свидетельствуют о широкой межиндивидуальной и межклеточной вариабельности генома нервных клеток, связанной приобретенными генетическими изменениями – геномными и хромосомными мутациями (нестабильностью). Среди них наиболее подробно исследованы крупномасштабные вариации генома, связанные с анеуплоидией (потерей или приобретением целых хромосом), которые затрагивают одновременно сотни и даже тысячи генов. Анеуплоидия по разным данным может поражать от 5 до 30% нейронов и глиальных клеток головного мозга человека. Последнее свидетельствует о мозаичной генетической природе мозга и позволяет предположить, что данный феномен может лежать в основе нормального и аномального функционирования мозга. Исследования вариаций генома при шизофрении показали, что данное заболевание связаны, по-видимому, с аномальной активностью генов, регулирующих процессы развития и функционирования головного мозга. Однако роль стохастических (спонтанных) хромосомных вариаций нервных клеток, ведущих к геномному дисбалансу (мозаицизму) в норме и при психической патологии остается невыясненной. Ранее нами была высказана гипотеза о возможном вовлечении мозаичной анеуплоидии клеток головного мозга в патогенез ряда психических болезней, включая шизофрению и аутизм (Iourov IY и соавт., 2006).

В настоящей работе мы провели экспериментальную проверку этой гипотезы методами молекулярной цитогенетики и цитогеномики с использованием аутопсийных тканей головного мозга 12-ти контрольных образцов, а также постмортальные образцы клеток головного мозга 12-ти больных

шизофрений (Yurov Y.B. и соавт., 2001, Yurov Y.B. и соавт., 2008). Образцы постмортальных тканей были предоставлены банком тканей головного мозга ФГБНУ Научный Центр Психического Здоровья и банка тканей Мэрилэндского Университета (NICHD Brain and Tissue Bank for Developmental Disorders at the University of Maryland, Baltimore, USA). Образцы, полученные из постмортальных тканей префронтальной коры головного мозга, были обработаны в соответствии с протоколом подготовки препаратов мозга для молекулярно-цитогенетического анализа, который был подробно описан ранее (Yurov Y.B. и соавт., 2008). Частота анеуплоидии хромосом 1, X и У была определена методом интерфазной mFISH (флюоресцентной гибридизации на хромосомах in situ) с привлечением метода количественной FISH для исключения «ложнопозитивных» результатов из-за наложения сигналов и феномена соматического спаривания интерфазных хромосом. Для каждого образца/хромосомы были исследованы по 1000 индивидуальных клеток (12000 клеток доля каждой хромосомы).

По результатам интерфазного FISH исследования средняя частота спонтанных хромосомных мутаций в контрольных образцах составила 0,37% для хромосомы 1 (0,26% и 0,11% для моносомии (потери хромосом в клетках) и трисомии (наличие дополнительных («лишних») хромосом в клетке), в то время как в образцах мозга пациентов с шизофренией достоверно выше – 1,84% (0,94% и 0,90% для моносомии и для трисомии, соответственно), $p<0,0001$. По половым хромосомам X и У достоверное увеличения уровня мозаичной анеуплоидии было выявлено при шизофрении: средняя частота 0,81%, 95% доверительный интервал 0,34-1,30%; контроль – 0,67%, 0,24-0,90% ($p<0,01$).

Кроме того, расположение хромосом в интерфазных ядрах в клетках головного мозга при шизофрении кардинально отличается от данных о расположении хромосом в контрольной группе. В 20-48% нейронов головного мозге больных шизофренией отмечалась локализация хромосомы 1 на периферии ядра, в отличие от контрольной группы, где хромосома 1 находилась около ядрышка в 45-70% нейронов. Поскольку вышеупомянутая ядерная организация характерна для клеточных популяций, в которых отмечается хромосомная нестабильность (Iourov IY и соавт., 2006, Yurov Y.B. и соавт., 2001), мы предположили, что эти изменения могут способствовать возникновению нестабильности генома в клетках головного мозга при шизофрении. Более того, расположение хромосом также определяет транскрипционную активность клетки (Iourov IY и соавт., 2006). Следовательно, изменения организации генома на хромосомном уровне в нейронах пациентов с шизофренией может быть одним из факторов, определяющих эпигенетическую патологию при этом мультифатокрном заболевании. Таким образом, внутриядерная организация хромосом в клетках головного мозга, предположительно, является новым (ранее не описанным) эпигенетическим механизмом шизофрении.

Суммируя полученные данные, можно сделать выводы о том, что повышенный уровень мозаичной анеуплоидия, являясь биологическим маркером геномной нестабильности, может приводить к генному (геномному) дисбалансу в нервных клетках мозга при шизофрении. Последствиями этой клеточной патологии являются необратимые нарушения функциональной активности нервных клеток и нейронных цепей (Iourov IY и соавт., 2006, Юров И.Ю. и соавт., 2006, Юров И.Ю. и соавт., 2007). Следовательно, генетическая и эпигенетическая вариабельность и нестабильность генома в клетках головного мозга может являться одним из механизмов патогенеза шизофрении.

Исследование генетической нестабильности в постмортальных клетках головного мозга при психических заболеваниях (заболеваний аутистического спектра и шизофрении) осуществлено при финансовой поддержке Российского научного фонда (грант № 14-35-00060).

РАЗДЕЛ 3.
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА С ОБЩЕСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПАЦИЕНТСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА И ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ

Астахова Н.В.

Липецк
Региональное отделение ОООИ «Новые возможности»

Ежегодный рост психиатрической инвалидности людей трудоспособного возраста ограничивает нормальное жизненное функционирование семей душевно больных граждан. Важную социальную значимость приобретают условия взаимодействия пациентских организаций и специалистов по улучшению психиатрической помощи, защите законодательных прав психически больных инвалидов на достойное лечение, медико-социальное восстановление, реабилитацию и полноценную интеграцию в социум.

Общность основных целей организации пациентов и психиатрической службы Липецкой области позволила планировать деятельность на основе исследования актуальных вопросов оказания больничной и внебольничной помощи. С этой целью вошли в практику работы систематические заседания актива правления организации и руководства психиатрической больницы, создание группы поддержки больных, собеседования, консультирование пациентов и их родственников. Таким образом, мы определяем блоки вопросов, решение которых адресуется ответственным лицам различных уровней государственной власти.

Липецкое региональное отделение ОООИ «Новые возможности» еще в 2010 г. выступило с обращением в администрацию области и Совет депутатов о включении в региональные программы «Модернизация здравоохранения» и «Доступная среда на 2011-2015 гг.» вопросы реконструкции и строительства медико-реабилитационных объектов психиатрических учреждений области. Установлено GR-взаимодействие (взаимодействие с органами государственной власти) с руководителями исполнительной и законодательной власти, их заместителями, начальниками областных управлений здравоохранения, социальной защиты населения, труда и занятости, уполномоченным по правам человека.

В ноябре 2012 г. на общем собрании Липецкого регионального отделения принято единогласное решение об общественном контроле исполнения Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 566-Н от 17 мая 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». С предложением поддержать нас обратились в Общественную Палату Липецкой области.

В марте 2013 г. в областной психоневрологической больнице проведено выездное заседание Президиума Общественной Палаты с повесткой дня «О состоянии психического здоровья населения области и мерах по улучшению медицинского обслуживания больных с психическими заболеваниями».

По результатам заседания были приняты решения и рекомендации для административных подразделений: создать межведомственную группу для решения вопросов улучшения социальной помощи, реабилитации и трудоустройства психически больных; реорганизовать структуру подразделений психиатрической больницы в соответствии с Порядком и обеспечить его выполнение.

В областном Совете депутатов интересы наших инвалидов защищает комитет по социальным вопросам. Выступления его председателя по совершенствованию психиатрической помощи демонстрируются по телевидению и в прессе.

Важнейшие вопросы лекарственного обеспечения, особенно льготного, за счет федерального и областного бюджетов решаем на уровне депутата Госдумы от партии «Единая Россия». С 2011 г. мы проводим ежегодный мониторинг финансирования лекарственного обеспечения для лечения психических расстройств, – как из федерального, так и из областного бюджетов. Наша цель – не допустить сокращения расходов на лекарства для лечения психически больных. Совместно с ответственными лицами психиатрической больницы, управлением здравоохранения, Росздравнадзором рассматриваем индивидуальные случаи отказа в обеспечении необходимыми лекарствами потребителей психиатрических услуг.

Возрастает роль общественного сектора в развитии гражданского общества. Наша организация является активным участником Ассоциации общественных объединений инвалидов Липецкой области, которая проводит регулярные встречи с руководителями региона по различной проблематике.

Триолог общественной организации, психиатрического сообщества и государственной власти зарекомендовал себя как эффективный метод решения насущных задач по совершенствованию психиатрической помощи. Были реконструированы, оснащены новым оборудованием и введены в строй новые лечебно-производственные мастерские при больнице. При личном содействии губернатора решен вопрос с финансированием завершения строительства нового здания дневного стационара на 200 мест (срок сдачи – 15 июля 2015 г.). Были значительно увеличены расходы на лекарственное обеспечение для лечения психических расстройств из областного бюджета.

Многие вопросы еще находятся в стадии решения, но мы убеждены, что консолидация пациентских организаций, психиатрического сообщества и власти является действенным механизмом достижения целей в деле улучшения психиатрической помощи.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПАЦИЕНТСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА

Василенко О.М., Тевелева Т.А.

Оренбург
Региональное отделение ОООИ «Новые возможности»,
Областная КПБ №2,
Областной психотерапевтический центр

В докладе Всемирной организации здравоохранения «О состоянии здравоохранения в мире: «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» (2001) указывалось, что в качестве мощной, гласной и активной движущей силы начинают выступать группы потребителей психиатрической помощи в связи с накопившейся неудовлетворенностью пассивной ролью пациентов и членов их семей в процессе оказания психиатрической помощи.

В 2003 г. в Оренбурге было создано региональное отделение ОООИ «Новые возможности» с целью содействия реабилитации психически больных, предупреждения инвалидности, улучшения положения лиц с психическими расстройствами в обществе, защиты их социальных прав и интересов, оказания взаимной поддержки, а также координации деятельности региональных общественных отделений.

Важнейшую роль на этапе становления организации сыграли профессионалы, сотрудники Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1; в последующем было установлено сотрудничество со специалистами Областного психотерапевтического центра Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2 – психотерапевтами, психиатрами, психологами, специалистом по социальной работе, социальными работниками, которые постоянно консультировали членов организации по вопросам образования в области психиатрии, правовым аспектам, оказывали содействие в создании групп самопомощи.

На занятиях группы «Успешное общение» участники вместе с психологом обсуждают проблемы общения в семье и в социуме. Полученные в ходе занятий навыки позволяют участникам группы научиться понимать других, управлять эмоциями гнева, страха, тревоги и находить выход из трудных ситуаций.

Цель группы «Наш выбор – Здоровый образ жизни» – формирование и укрепление потребности в здоровом образе жизни и ответственности за свое здоровье. Социальный работник психотерапевтического центра проводит занятия в парке «Зауральная роща» на берегу реки Урал, используя малые спортивные формы (волейбольные и баскетбольные мячи, прыгалки, бадминтон и др.). Тренинг коммуникативных навыков, который проводит специалист по социальной работе, помогает пациентам, имеющим психиатрический опыт, чувствовать себя более уверенно при установлении новых контактов, взаимодействии в различных социальных ситуациях.

В арт-терапевтической группе работа, которую проводят психологи психотерапевтического центра, основана на мобилизации творческого потенциала и является средством самовыражения, самопознания. Используются различные техники рисования и составления коллажей.

В студии бисероплетения «Надежда» ее участницы не только овладевают различными техниками плетения, но и развивают внимание, воображение, усидчивость, мелкую моторику. Студия принимает участие в городских, областных конкурсах и фестивалях.

В литературно-музыкальной гостиной «Мелодия души» участники составляют сценарии, читают стихи, поют, слушают музыку. Репетиции проходят в теплой дружеской атмосфере. Руководят студией и гостиной педагоги дополнительного образования Детского Ордена Милосердия городского Дворца творчества детей и юношества.

На занятиях кружка естествознания социальный работник психотерапевтического центра проводит группы с просмотром фильмов о живой природе и природных явлениях с последующим их обсуждением.

С 2014 г. в психотерапевтическом центре начала функционировать новая форма реабилитации – иппотерапия. Три раза в неделю пациенты центра и члены организации имеют возможность посещать областной ипподром и общаться с лошадьми, ухаживать за ними. Под руководством инструктора они осваивают правила поведения в седле и технику управления лошадью.

Тесное сотрудничество общественного и профессионального сообщества дает значимые результаты. Так, например, члены Оренбургского отделения «Новые возможности» участвовали в деловой игре «Модель развития реабилитации в психиатрии» во время проведения Межрегиональной научно-практической конференции «Реабилитация в психиатрии: проблемы и перспективы» (2012). Они показали свою модель реабилитации с четырех позиций – власти, местных управляющих органов, медучреждений и врачей, и, самое главное, с позиции пациента, заработав признание и аплодисменты профессионального сообщества. Это позволило по-новому взглянуть на процесс взаимодействия общественной организации и профессионалов, как на возможность ведения диалога равных партнеров.

Со дня начала работы регионального отделения прошло 10 лет, и теперь уже никто не сомневается в том, что «Новые возможности» занимают важное место в реабилитации пациентов, имеющих психиатрический опыт, что признается и профессиональным сообществом.

«ШКОЛА РОДСТВЕННИКОВ» КАК ОСНОВНОЙ АСПЕКТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ИМЕЮЩИМ РОДСТВЕННИКОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Гажа А.К., Агафонова В.В., Логачева А.А.

Тамбов
ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность проблемы. Наличие пожилого или старого человека в семье, страдающего деменцией, становится тяжким бременем для семьи. Информация о деменции, помощь и поддержка нужны всем, кто столкнулся с этой болезнью, а особенно близким больного. Это требует усовершенствования уже имеющихся и разработки новых организационных форм работы с данной категорией пациентов и их родственников. Отвечая потребностям общества в Тамбовской психиатрической клинической больнице была организована специальная структура организации психиатрической помощи пожилым людям – открыты 2 геронтологических отделения, организованы занятия для родственников.

Целью настоящего исследования было изучение качества жизни семей, имеющих родственников, страдающих деменцией, определение роли занятий «Школы родственников» в оказании психотерапевтической помощи семьям.

Основными методами исследования стали клинико-психологический, социологический, статистический.

Всего в исследовании приняли участие 157 человек, обратившихся за помощью к психиатру ОГБУЗ «ТПКБ» с диагнозом «деменция». Сведения о больном включали следующее: возраст, образование, длительность заболевания, частота обращения к психиатру, частота госпитализаций и их длительность,

причины госпитализаций, сохранность социально-бытовых функций на данный момент.

Результаты исследования. Проведенное нами анкетирование показало, что основная нагрузка по уходу за больными родственниками осуществляется лицами женского пола (76%). Чаще всего это дочь или племянница. Особое внимание обращает на себя то, что 62% ухаживающих – это лица старше 50 лет. Средняя продолжительность ухода за больным составляет 5 лет.

Социально-клиническая характеристика пациентов: средний возраст 76 лет; большинство имеют среднее образование; средняя длительность заболевания составляет 5 лет. Большинство больных утратили способность самостоятельно выполнять функции повседневной жизни. На лечении в психиатрическом стационаре хотя бы 1 раз находились 74% обследуемых; 26% ни разу не госпитализировались. В качестве причин госпитализации были указаны: 42% – «нет возможностей для ухода», 18% – «на лечение», 11% – «на обследование», 5% – «на время отпуска» ухаживающих за больным, 10% – «оформление группы инвалидности» пациенту, 2% – «возбудимость и агрессивность» пациента, 12% – «не знаем, как вести себя с больным». Исследования наличия синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у ухаживающих показали, что у 95% исследуемых присутствует высокий риск СЭВ.

Со всеми, участвующими в исследовании, были проведены мотивирующие беседы о необходимости прохождения курса занятий «Школы родственников». Несмотря на понимание необходимости в данных занятиях и заинтересованность, согласие на посещение дали 95 чел. (61%). Основная причина отказа – «нет времени» или «нет возможности».

Психообразовательный цикл состоял из 10 занятий и включал в себя информацию о заболевании, современных методах лечения деменции, особенностях общения и ухода за больными, социально-правовые вопросы. Использование интерактивной модели обучения при проведении психообразовательных занятий позволило сплотить родственников, осуществляющих уход, в группу семейной поддержки в рамках региональной общественной организации «Новые возможности».

По результатам анкетирования, проведенного по окончанию занятий «Школы родственников», 57% слушателей отметили «повышение образовательного уровня», 81% – «получение ответов на интересующие вопросы», 36% – получение знаний по «профилактике развития деменции», 44% – «получили информацию по улучшению ухода за больным».

Полученные данные подтверждают, насколько важно для родственников иметь дополнительный источник информации о болезни близкого, методах лечения, системе организации психиатрической и социальной помощи. Тематика занятий должна включать не только вопросы диагностики деменции, лечения и ухода, но и вопросы здоровья и профилактики синдрома эмоционального выгорания родственников больных, а также социально-правовые вопросы, в том числе вопросы недееспособности, опекунства, возможности социального и медицинского патронажа, оформления в дома-интернаты.

Выводы. При оказании психиатрической помощи пациентам с диагнозом деменции требуется особая биопсихосоциальная модель, в которой основной акцент должен быть направлен на работу с родственниками пациентов. Снижение нагрузки на семью с помощью психообразовательных занятий для родственников, оказание социальной и психологической помощи, создание групп семейной поддержки дает возможность избежать эмоционального истощения членов семьи больного, как предопределяющего фактора депрессивных расстройств.

ПАРТНЕРСТВО ПАЦИЕНТСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Гебель К.М., Лиманкин О.В.

Санкт-Петербург
ГПБ№1 им. П.П. Кащенко,
Региональное отделение ОООИ «Новые возможности»

В последние десятилетия все более активное развитие получают общественные ассоциации психически больных и их родственников. Благодаря активности реабилитационного движения, в терминологии исходов психических заболеваний возникло понятие «recovery» – «восстановление», «выздоравливание» (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2007): при сохраняющемся заболевании пациент получает новый опыт его преодоления во время обострений, с помощью психиатрических служб (государственных или общественных организаций) вырабатывает мотивацию на собственную реабилитацию, мобилизацию ресурсов и надежду на восстановление.

Общенациональной общественной организацией пользователей психиатрической помощи в России стала ОООИ «Новые возможности», созданная в 2001 г. В период становления организации ее лидеры получили ценный опыт и понимание того, как должна строиться работа, благодаря Российско-Канадской программе по инвалидности, включавшей многоуровневые семинары, которые проводили специалисты Московского НИИ психиатрии.

В марте 2005 г. региональное отделение ОООИ «Новые возможности» было официально зарегистрировано и начало свою деятельность в Санкт-Петербурге. Из сотрудников больницы образовалась группа волонтеров: врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, социальных специалистов и юристов, которые вне рабочего времени согласились работать в индивидуальных и групповых программах с семьями пользователей психиатрической помощи. В 2006 г. организацией было заключено соглашение о совместной деятельности с другими общественными организациями Санкт-Петербурга – «Невским Клубным Домом» и «Невским Родительским Домом», на базе которых стало возможным проводить психообразовательные программы и консультации для родственников пациентов.

Главными целями организации являются: консолидация общественных организаций Санкт-Петербурга, занимающихся проблемами психического здоровья; создание общественного Совета при главном внештатном психиатре города, в который войдут представители общественных организаций, работающих в системе психического здоровья; создание психологических амбулаторных центров поддержки семей психически больных (возможно, при кризисных центрах) с обязательным включением психообразовательной программы для пользователей психиатрической службы и их родственников.

Направления и виды деятельности организации включают следующие:

1. Защита прав и законных интересов инвалидов с психическими расстройствами.

2. Проведение групповых и индивидуальных встреч с родственниками душевнобольных в рамках психологического консультирования и групповой психообразовательной программы врачами, медицинскими психологами и специалистами по социальнй работе.

3. Информирование и координация родственников душевнобольных по социальным, трудовым, правовым вопросам волонтерами организации.

4. Активизация благотворительной деятельности, привлечение средств благотворительных фондов и грантов для практического решения проблем душевнобольных и членов их семей; в том числе, для проведения досуговых мероприятий.

5. Установление контактов с профильными органами здравоохранения и другими государственными структурами (аппарат управления при Губернаторе, Комитет Здравоохранения города) по вопросам защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами (проблемы льготного жилья, льготного лекарственного обеспечения и т.п.).

Десятилетний опыт работы нашей организации позволяет подвести некоторые итоги.

Сотрудники организации приняли участие в подготовке и проведении в 2006 г. круглого стола всех общественных организаций Санкт-Петербурга, занимающихся проблемами инвалидов, совместно с представителями организаций здравоохранения, служб занятости населения, управления социальной защиты и пенсионных отделов, аптечных управлений. Мы ежегодно принимаем участие в Форуме общественных некоммерческих организаций «Социальный Петербург. Новые решения». Нами была подготовлена резолюция, принятая на 6-м Межрегиональном совещании ОООИ «Новые возможности» в Москве в 2008 г.

Были организованы постоянно действующие психообразовательные групповые семинары для пользователей психиатрической помощи и их родственников, включающие психологические тренинги и консультирования, а также еженедельные тренинги социальной компетентности. Региональное отделение ОООИ «Новые возможности» было инициатором включения в федеральную льготу в 2008-2009 гг. ряда дорогостоящих антипсихотических препаратов.

Силами организации были подготовлены и проведены почти два десятка художественных выставок работ пациентов – в разных городах России, Германии, Швеции, Эстонии. Важным было участие в подготовке сборника самоописаний пациентов и их близких «Преодоление»: Люди с психиатрическим опытом и их близкие о себе откровенное и сокровенное» (М., 2009) и книги «Три портрета» (М., 2010.

ЭТАПНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКАМ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Денисенко М.К., Расторгуева Н.И., Сучков Ю.А.

Нижний Новгород
Городская КПБ №1

Работа с родственниками пациентов, страдающих психотическими расстройствами, ведется в нашей клинике с 2006 г. За этот период помощь семье выросла из психообразовательных групп в целый комплекс мероприятий, который можно представить в виде трех этапов.

Первый этап – индивидуальная беседа с врачом.

В рамках комплекса мероприятий для семей с психотическими расстройствами индивидуальная беседа с врачом представляет собой структурированную беседу, направленную на выявление сложностей в семьи и дальнейшую мотивацию ее членов на участие в групповой работе. Если у семьи мало знаний о психическом заболевании, сложности в принятии болезни близкого, и/или родственники никогда не посещали образовательных групп, то им рекомендуется участие в психообразовательных группах. Если семья уже проходила психообразовательные группы, испытывает сложности в общении с подопечным или страдает от бремени болезни, то тогда ей предлагается участие в поддерживающих группах для родственников. Если родственнику нужна эмоциональная поддержка, хорошая обратная связь, помощь в решении рутинных проблем, возникающих при уходе за пациентом, то ему рекомендуется участие в группах само и взаимопомощи.

Второй этап помощи включает в себя психообразовательные и поддерживающие группы для родственников пациентов, страдающих психотическими расстройствами.

Психообразовательная группа для родственников пациентов, страдающих психотическими расстройствами, проводится в нашей больнице с 2006 г. Проведено 37 обучающих циклов, которые посетили 259 родственников. Группа является закрытой, с фиксированным количеством участников (не более 10). Каждый цикл состоит из 10 занятий, продолжительностью 120 мин. каждое. Встречи проходят 2 раза в неделю. Ведет группу врач-психотерапевт. Встречи сопровождаются раздачей различного информационного материала (брошюры, статьи, список книг, фильмов и полезных сайтов). На первом занятии участники знакомятся друг с другом. Занятия, посвященные причинам психических расстройств, симптомам, обострению, лечению, стигме и социально-правовым вопросам предполагают интерактивный формат, когда ведущий стимулирует участников к активному обсуждению и обмену собственным опытом. Три встречи посвящены внутрисемейному взаимодействию (бремя семьи, созависимость, выработка способов эффективного семейного взаимодействия). На этих группах кроме теоретического материала родственникам предлагаются различные упражнения, цель которых повысить их уровень осознанности о собственных ресурсах в борьбе с болезнью, о степени вовлеченности в жизнь подопечного и о собственном влиянии на отношения с пациентом.

Поддерживающая группа для родственников психотических пациентов функционирует с января 2009 г. За это время прошло 98 встреч, в среднем группу посещают 7-8 человек. Группа проходят 1 раз в две недели, длительностью по 2 часа. Ведет группу врач-психотерапевт. Встречи фокусируются на выработке конструктивного поведения в отношении самого себя, подопечного и других членов семьи (снижение вовлеченности, гиперопеки, критических замечаний). Они малоструктурированы по содержанию и ориентированы на актуальные потребности участников. В ходе таких встреч используются техники психообразования, когнитивно-поведенческой психотерапии, гештальттерапии, арт-терапии, ролевые игры и элементы психодрамы, групповые дискуссии. На каждую пятую встречу группы приглашается пациент, который рассказывает о себе, о своих отношениях в семье и своих отношениях с болезнью.

Третий этап помощи семье представляет собой группу само- и взаимопомощи для родственников пациентов, имеющих психотические расстройства. В нашей больнице эти группы организованы благодаря активной работе общественной организации родственников психически больных (Нижегородский филиал ОООИ «Новые Возможности«). Группа функционирует с ноября 2012 г, является открытой. Ведущий группы – один из участников. В настоящее время группа проводится 2 раза в месяц, длительностью 2 часа. Участники находятся в постоянном поиске новых источников помощи и поддержки, как для себя, так и для своих подопечных, поэтому на группы часто приглашаются врачи-психиатры, специалисты из центров социальной защиты, волонтеры из православной организации и просто интересные люди. За время работы группы прошло 25 встреч, в среднем, группу посещают от 8 до 12 человек. Группу само- и взаимопомощи для родственников психотических пациентов можно рассматривать не только как завершающий этап оказания помощи семьи. Напротив, практика показала, что для многих родственников эта группа является первым опытом знакомства со структурированной и систематической помощью именно членам семьи.

Этапная модель оказания помощи семье пациентов с психотическими расстройствами позволяет поддерживать родственников на протяжении длительного времени, не ограничиваясь сроками пребывания пациента в стационаре или диспансерным наблюдением. Такая форма помощи привела к созданию общественной организации пациентов и их родственников и в настоящее время способствует ее укреплению, пополнению новыми членами и активному развитию в регионе.

ШКОЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ

Бугорский А.В.

Санкт-Петербург
ГПБ№1 им. П.П. Кащенко

Одним из перспективных направлений психосоциальной работы является психообразовательная работа с родственниками пациентов. Бремя, вызванное болезнью, личные переживания горя и страдания, которые испытываются в отношении болезни, обуславливают снижение качества жизни каждого члена семьи и семьи в целом.

Целью первого этапа нашего исследования было уточнение потребности родственников пациентов психиатрического стационара в информации и в овладении опытом помощи близкому, страдающему психическим расстройством, с использованием специально разработанной анкеты (Берг и Йоханссон, 2003). Наиболее активными потребителями психиатрической помощи в плане образовательного цикла оказались женщины с высшим образованием, в возрасте от 41 до 60 лет с хорошим социальным статусом (работающие, замужние и имеющие семью из 3-4 человек). 97% респондентов являлись родителями наших пациентов и проживали совместно с ними.

В ходе нашего исследования все семьи пациентов согласились с тем, что «болезнь» оказала влияние на их собственное самочувствие и на атмосферу внутри семьи (100%). Они указывали на появление сниженного настроения (8%), испуга (8%), страха, в том числе, жить в одной квартире (23%), тревожности (54%), растерянности (38%), утомляемости (8%), напряженности (30%). Среди изменений внутри семьи респонденты указывали на «отсутствии мира и тишины» – 8%, уменьшение терпимости – 8%, «повышение взрывоопасности» – 15%, напряженности – 38%, утрату общения – 15%. Лишь 46% опрошенных считали, что отношения в семье остались на прежнем уровне. Кроме того, в нашем исследовании подтвердился общеизвестный факт об отсутствии у семей знаний о природе психических заболеваний, их лечении и современных лекарственных препаратах. Об отсутствие достаточной информации о лечении психических расстройств указали все опрошенные семьи (100%).

Проведенное нами исследование послужило основой для создания модели социально-психологической помощи семьям, которая заключается в комплексном подходе, учитывающем потребности семей (в информации, психотерапии, психологическом консультировании, выработке новых социальных навыков). За основу была взята программа, разработанная НЦПЗ РАМН (Сохина Т.А., Ястребов В.С., Цапенко А.И. и др., 2010). Инновационные отличия, привнесенные нами, заключаются в совмещении некоторых модулей (3 из 5), предложенных авторами, в единый процесс без их поэтапного проведения. При этом были сохранены следующие структурные элементы: 1) психообразование родственников психически больных; 2) тренинг навыков; 3) участие родственников больных в работе общественной организации.

Данная модель психообразовательной работы не является семейной терапией, но использует ее средства, поддерживающие семью. Используется комбинация различных моделей психообразовательной работы с семьей, когнитивная терапия, наративная, диалоговая и рефлективная модели работы. Фундаментом служит опыт семьи и его объяснение. Демонстрация материалов (слайдов) из цикла психообразования служит подкреплением получаемых знаний.

Проведение работы основывается на последовательном поэтапном проведении трех основных компонентов (по Л. Берг, 2010): 1) этап знакомства (встреча и интервью со взрослыми членами семьи); 2) этап планирования (на котором определяется, какая информация и какая поддержка нужна семье); 3) этап непосредственной психообразовательной работы с направленным оказанием помощи и с завершающим интервьюированием семьи.

Для реализации описанной модели в Санкт-Петербургской городской психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко была открыта школа психиатрической грамотности для родственников пациентов. В школу включаются родственники пациентов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (группами по 13 человек). Все групповые занятия проводятся 1 раз в неделю, по выходным дням, их продолжительность составляет 2 часа. Программа рассчитана на 12 занятий и включает различные образовательные и тренинговые элементы.

При завершающем анкетировании члены семей указывали на повышение личной компетентности в области психиатрической гамотности (100%), улучшение коммуникативных навыков (100%), снижение груза субъективной тевожности («перестали чувствовать вину и стыд за болезнь близкого человека» – 62,5%, «примирились и приняли болезнь близкого человека» – 25%, «получили необходимую помощь и знания, как жить в новых условиях» – 12,5%). Сформировалось представление о психическом расстройстве как о болезни, которую нужно обязательно лечить (100%).

РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «КЛУБ ПСИХИАТРОВ« 15 ЛЕТ: ИТОГИ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Козырев В.Н., Шмилович А.Л., Рытик Э.Г.

Москва
Городская психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева

В июне 2000 года по инициативе ведущих психиатров Москвы и Московской области (представителей практических и научно-исследовательских учреждений) была создана Региональная общественная организация «Клуб психиатров».

Актуальность создания организации была обусловлена стремлением расширить возможности психиатрической помощи, положив в ее основу реабилитационную идеологию. Внедрение подобной модели психиатрической помощи сопряжено с большими проблемами. Эффективность такого воплощения зачастую бывает невелика, если рассматривать ее с точки зрения достижения в области социальной интеграции психически больных в ее многофакторном выражении. Социальная интеграция психически больных – одна из центральных проблем их реабилитации. Она имеет не только важное значение в психиатрии, но и громадное медико-социальное звучание.

Основные цели деятельности организации – разработка передовых реабилитационных технологий, обеспечивающих преемственность реабилитационных программ от начальных этапов до заключительных, что является определяющим для совершенствования психиатрического дела в целом.

В этой связи задачами деятельности организации являются объединение усилий различных ведомств (службы здравоохранения. социальной защиты населения, образования, труда и занятости, науки и промышленной политики, информационной политики и другие), а также психиатрических учреждений и общественных организаций в различных регионах для практического внедрения инновационных реабилитационных технологий.

Были намечены следующие направления деятельности, объединенные идеей комплексного подхода в их решении для достижения социальной интеграции психически больных.

- Издание газеты «Психиатрия: нить Ариадны», направленной на дестигматизацию психически больных и членов их семей, их информационную поддержку, психообразование и социальную интеграцию. В настоящее время газета издается ежемесячно тиражом 15,5 тыс. экземпляров, направляется безвозмездно в психиатрические и общественные организации, работающие в сфере психического здоровья, двадцати регионов России, а также в виде дайджестов на английском языке в несколько стран.

- Программа масштабных Фестивалей творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны», проходящих в режиме биеннале (2010, 2012 и 2014 гг.), объединяющих многочисленные психокоррекционные и арт-терапевтические технологии, ориентированные на гармонизацию личности пациентов и расширение их коммуникативных возможностей. Фестиваль 2014 года стал самым масштабным за всю историю его проведения, охватив почти 7000 человек (профессионалов и пользователей психиатрической помощи) из 34 регионов России и 16 стран. Научно-практическая конференция «Социальная интеграция психически больных» и 36 мастер-классов ведущих российских и зарубежных арт-терапевтов продемонстрировали успехи арт-терапии, применяющейся в российской и зарубежной психиатрии. В дни Фестиваля Экспертный совет по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике, собравший сенаторов, главных психиатров субъектов РФ, обсудил проблемы профессиональной реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний и проблемы их социальной интеграции в широком смысле.

- Разработка и практическое внедрение модели многоэтапного процесса профессиональной реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний, в основе которого лежит приобретение новых профессиональных навыков, восстановление трудоспособности и рациональное трудоустройство на интеграционных предприятиях и свободном рынке труда.

На базе медико-реабилитационного отделения ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева с участием Благотворительного Фонда «Качество жизни» и интеграционного полиграфического предприятия «Форте-Принт», а также Программы «Временная занятость» Департамента труда и занятости Правительства Москвы организован участок, на котором пациенты осваивают более 40 операций, применяемых в полиграфическом производстве и не подлежащих автоматизации, а также интернет-технологии. В течение 2014 года в программе приняло участие около 200 человек, из них трудоустроено 55 инвалидов 2 группы. Реабилитационная идеология программы состоит в том, что на каждом этапе, начиная от начального этапа трудовой терапии, пациент видит перспективу возможного повышения своего профессионального статуса и имеет мотивацию для освоения новых профессиональных навыков и, в конечном итоге, получения новой профессии и реального трудоустройства по ней.

- Программа «Психогигиена, психопрофилактика и психообразование студентов московских вузов», разработка которой обусловлена состоянием психического здоровья молодежи, что является одним из самых тревожных факторов с точки зрения оценки качества человеческого потенциала страны. В течение последнего десятилетия отмечается выраженное ухудшение состояния здоровья и рост распространенности дезадаптационных нарушений в молодежной среде – увеличилось число суицидов, проявлений агрессии и вандализма, асоциальных, в том числе криминальных, форм поведения, употребления психоактивных веществ. Указанная программа апробирована в нескольких ВУЗах Москвы и предложена для включения в число элективных межфакультетских проектов МГУ им. М.В. Ломоносова и РГГУ.

Заключение. Эффективность проводимых программ обусловлена, прежде всего, объединением усилий профессионалов (психиатров, психологов, специалистов по социальной работе); исполнительных органов власти; волонтеров, общественных организаций и Благотворительных фондов, работающих в сфере психического здоровья; пациентов и членов их семей.

Данный подход демонстрирует наличие в обществе значительных ресурсов возвращения инвалидов вследствие психических заболеваний к активной жизни в семье, профессиональной и общественной сферах.

ОПЫТ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМ СЕМЕЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Корпусева Е.Н., Кучина В.Г.

Москва

РБОО Семья и психическое здоровье

По оценкам специалистов, от 50 до 80% психически больных с хроническим течением заболевания живут в семьях. Учитывая число лиц, страдающих хроническими психическими расстройствами, становится ясным, что опыт жизни с душевнобольными людьми имеет значительная группа населения.

Десятилетиями на семьи, имеющие в своем составе психически больных людей, ученые, врачи и власти обращали мало внимания, однако в настоящее время многие семейные проблемы стали предметом изучения и обсуждения. На плечи родных ложится тяжесть моральных и материальных проблем, они страдают от отчаяния, гнева, страха и стыда. Благодаря развитию общественного движения, родственники и пациенты объединяются, чтобы вместе бороться за жизнь и достойные человека условия существования.

РБОО «Семья и психическое здоровье», членами которой мы являемся, обеспечивает нашим близким, страдающим психическими заболеваниями, значительный объем социально-психологической помощи и поддержки. Для пациентов на регулярной основе проводятся разнообразные тренинги, многие виды психотерапии (арт-терапия, танцевально-двигательная терапия, групп-аналитическая психотерапия, музыкотерапия). В организации работает театральная студия, осуществляется культурно-просветительская программа «Москвоведение». Родственники пациентов принимают участие в организации досуговой программы, многие из них являются членами Общественного совета по вопросам психического здоровья при главном психиатре РФ. Члены организации не одиноки, а имеющиеся в других семьях схожие проблемы легче решать вместе, сообща. Встречаясь, мы имеем возможность «выговориться», «исповедоваться», «облегчить душу». Это обладает мощным целительным эффектом.

Проблема вовлечения членов семей, самих пациентов в общественное движение, работу организаций, советы родственников в психиатрических учреждениях остается довольно сложной. Это связано с рядом причин: большие нагрузки на семью, занятость на работе, усталость, непризнание болезни частью родственников и пациентов, низкая приверженность лечению, терапевтический пессимизм, часто потребительское отношение семей к психиатрической и социальной службам, транспортные проблемы, недостаточная заинтересованность врачей и администрации в сотрудничестве с пациентами и их родственниками.

Имея опыт борьбы с болезнью, мы можем выделить факторы, которые позволяют семьям справляться с болезнью близкого: участие в психообразовательных программах и тренингах общения, психологическое консультирование, психотерапия, работа в общественной организации, отсутствие изоляции. Для нас важно, чтобы член семьи, страдающий психическим заболеванием, получал полноценное медикаментозное и психосоциальное лечение, участвовал в психосоциальной реабилитации,

был трудоустроен. Хорошим подспорьем для пользователей помощи является научно-популярная литература, которая издается в РБОО «Семья и психическое здоровье» и других общественных организациях.

Говоря о наиболее типичных потребностях семей, необходимо указать следующие: доступная помощь, лечебный и реабилитационный план для каждого пациента, достойное финансовое обеспечение нетрудоспособного человека на протяжении всей его жизни, предоставление защищенного жилья в разных организационных формах, трудоустройство, возможность досуга. Родственники пациентов хотят, чтобы психиатры обсуждали с ними решения, касающиеся больного члена семьи, предоставляли информацию о болезни и лечении своего близкого. Считаем, что в каждом психиатрическом учреждении на постоянной основе должны действовать курсы по психиатрическому просвещению.

Весьма болезненной для наших семей является проблема бесперебойного обеспечения современными лекарственными препаратами, которая, если и решается, то очень медленно. Для социализации и адаптации недостает клубов в сообществе, групп поддержки и по проведению совместного досуга.

Необходима постоянная дестигматизационная работа в обществе, в которой и родители, и сами пациенты могут принимать реальное участие, тесно сотрудничая с профессионалами. Мы хотим, чтобы нас и наших близких принимали в социуме как равноправных граждан. Требует решения проблема жилья под защитой. Многие одинокие пациенты хотели бы жить в специальных пансионатах, а не только в интернатах. Эта проблема, несмотря на прилагаемые усилия общественников, также решается очень медленно, поскольку не имеет четкой правовой базы.

Представители общественных организаций могут участвовать в работе по контролю качества оказываемой помощи и совершенствованию работы психиатрических учреждений, что определено в ст. 46 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». К сожалению, до настоящего времени эти возможности практически не используются. Пациентские объединения являются эффективной формой помощи, в них на основе партнерских отношений трудятся и профессионалы, и родственники, и сами пациенты. Создание в России мощной сети общественных организаций снимет значительную часть бремени с семей психически больных людей.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ С ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ И СОЦИАЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ РЕГИОНА

Кудрявцева С.И., Семенов А.В., Крюкова С.В.

Асбест, Каменск-Уральский, Свердловская область
Свердловская ОПБ№9,
Региональное отделение ОООИ «Новые возможности»

Наша публикация представляет практический опыт реабилитации лиц с психическими расстройствами в рамках взаимодействия с общественными и государственными органами, сотрудничества с психиатрической больницей № 9 Свердловской области.

После успешной реализации пилотного проекта в г. Асбест «Психопросвещенный Асбест», занявшего 1 место на Всероссийском конкурсе «За подвижничество в области душевного здоровья» имени академика РАМН Т.Б. Дмитриевой (номинация «Психопросвещение»), в больнице была создана «Межведомственная мультидисциплинарная бригада» по реабилитации лиц с психическими расстройствами в Асбесте, а в последующем – в Каменске-Уральском и Каменском городском округе.

В 2013 г. значимость социальной адаптации лиц с психическими расстройствами была признана на уровне местных органов власти. После согласования с администрацией Каменск-Уральского городского округа модели межведомственной реабилитации была разработана программа «Об организации межведомственной мультидисциплинарной бригады по реабилитации лиц с психическими расстройствами». Целью работы межведомственной бригады является реабилитация лиц с психическими заболеваниями, восстановление их личностного и социального статуса, улучшение качества жизни и интеграция их в общество. В состав бригады вошли социально значимые учреждения города: Управление социальной политики; комплексный центр социального обслуживания населения; Каменск-Уральский центр занятости; психиатрическая больница №9; городская поликлиника; стоматологическая поликлиника №2; Каменск-Уральское региональное отделение ОООИ «Новые возможности».

Сотрудничество с учреждениями города стала одним из элементов работы полипрофессиональных бригад больницы. Собирая информацию о пациенте, специалисты бригады формулируют функциональный диагноз, создают лечебную и реабилитационную программу. Такой метод работы позволяет уделять внимание не только клиническим, но также психологическим и социальным факторам, личностным особенностям пациента в их взаимодействии.

Психосоциальная реабилитация осуществляется на различных уровнях и тесно связана такими видами работ, как индивидуальная и групповая работы, работа с ближайшим окружением. Индивидуальная работа с пациентом и его семьей, определение участия в индивидуальных коррекционных занятиях, группы по психообразованию, занятия арт-терапией, группы для родственников по психообразованию и тренинги социальных навыков – все это работает на ресоциализацию пациента.

Проблема семейной адаптации психически больного включает ряд аспектов, в том числе: особенности адаптации в родительской или собственной семье, взаимное влияние пациента и семейного окружения, роль семьи в поддержании его профессионального статуса и в клинической компенсации. В то же время вопросы адаптации самой семьи к болезни родственника, в современной литературе практически не освещены.

Психологами больницы разработана и используется «Программа психиатрического просвещения для родственников», направленная на обеспечение близких пациента систематизированными знаниями. Предлагается дидактический материал о заболевании, о терапевтической стратегии для преодоления болезни, поддержания друг друга не только знаниями, но и эмоционально. С настоящее время успешно функционируют несколько групп, есть запрос на проведение коммуникативных тренингов.

Несколько лет назад пациенты нашей больницы получили возможность объединиться, включившись в работу ОООИ «Новые возможности». Подписан договор о сотрудничестве между больницей и «Новыми возможностями», оказывается помощь в проведении мероприятий, организуются поездки в Екатеринбург, экологические субботники и туристические слеты. Специалисты больницы работают над созданием информационных стендов, раздаточным материалом; создана и поддерживается страница организации в социальной сети «ВКонтакте». Организованы и сопровождаются специалистами по социальной работе группы взаимопомощи, «Клуб творческой самореализации». Оргтехнику и помещение для проведения мероприятий больница предоставляет на безвозмездной основе.

На базе больницы организуются выставки творческих работ пациентов; традиционными стали выставки «К Дню психического здоровья», «Новогодняя выставка». В 2013 г. пациенты приняли участие в областной выставке творческих работ людей с ментальными особенностями «Летнее настрое-

ние», которая состоялась в Екатеринбурге в Центре арт-терапии «Краски души».

В рамках межведомственной бригады специалистами больницы разрабатываются и проводятся лекции, учреждениям и организациям города предоставляется информационный материал, направленный на просвещение в вопросах психического здоровья (информационные стенды, буклеты, средства массовой информации и т.д.).

Данный проект важен и результативен не только для пользователей психиатрических услуг и их родных, но и для жителей города. С учетом этого была разработана «Комплексная программа, направленная на психообразование населения города Каменска-Уральского и Каменского городского округа на 2014-2016 годы». Основные задачи программы: формирование в общественном сознании адекватного представления о лицах, имеющих психические расстройства, и психических расстройствах в целом; психогигиена и психопрофилактика на рабочих местах в учреждениях и организациях города; дошкольное и школьное психогигиеническое воспитание ребенка; пропаганда психического здоровья среди детей и подростков; психообразование для лиц с психическими расстройствами и их родственников; пропаганда психического здоровья среди населения пожилого возраста.

Программа одобрена и согласована с администрацией города, поддержана территориальным отделом министерства здравоохранения по Южному управленческому округу Свердловской области. За успешную реализацию городской программы «Межведомственная мультидисциплинарная бригада по реабилитации лиц с психическими расстройствами», специалисты больницы были отмечены Почетными грамотами и благодарственными письмами главы города Каменска-Уральского Свердловской области.

СТАВРОПОЛЬСКИЙ ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ С ОПОРОЙ НА МЕСТНОЕ СООБЩЕСТВО

Купцова Е.С., Смыкова С.В.

Ставрополь
Региональное отделение ОООИ Новые возможности;
Ставропольская краевая КПБ №1

Процесс восстановления социального и личностного благополучия человека, столкнувшегося с заболеваниями психики можно разделить на три этапа: 1. Активное медикаментозное лечение; формирование мотивации к участию в реабилитационном процессе; 2. Поддерживающее медикаментозное лечение; активное участие в социально-психологических мероприятиях; укрепление ответственной позиции в лечении; 3. Активная социальная адаптация; поддерживающее медикаментозное лечение.

На третьем этапе реабилитации значительно возрастает роль общественного климата на ход восстановления социального статуса и внутренней гармонии человека. Отторжение обществом людей с особенностями ментального развития становится камнем преткновения на пути к выздоровлению. В специально созданных условиях реаблитационных отделений психиатрических стационаров человек находит общение и удовлетворяющую деятельность, а стены больницы защищают его от необходимости решения повседневных проблем, но при этом механизмы адаптации начинают работать в обратном направлении, эмоционально привязывая пациента к институциональному учреждению. Очевидно, что эффективное преодоление госпитализма и успешная адаптация за пределами больницы возможно только в триаде – пациент (и его ближайшее окружение), специалисты, общество.

Для развития внебольничной реабилитации и развития общественных инициатив в сфере психического здоровья в Ставропольской краевой клинической психиатрической больнице №1 в 2014 г. был открыт клуб пациентов и их родственников, основными задачами которого являются: 1. Организация третьего этапа реабилитации, в рамках которого пациенты, достигшие устойчивой ремиссии, сами принимают активное участие в лечении других пациентов, то есть становятся волонтерами в сфере психического здоровья. 2. Организация центра общественных инициатив в сфере психического здоровья для координации как внутренних, так и внешних мероприятий, реализуемых с организациями-партнерами. Кратко отметим формы реализации этой программы.

Проводятся круглые столы с участием администрации и сотрудников больницы, представителей других государственных, общественных и волонтерских организаций. Представители общественных и волонтерских организаций участвуют в конференциях, семинарах и мастер-классах проводимых в больнице, что позволяет формировать единое понятийное поле, развивать профессиональное взаимопонимание и эффективно планировать совместную деятельность. Широко распространенной формой сотрудничества является проведение общественными организациями на базе больницы однократных мероприятий – в первую очередь, культурных, досуговых, нацеленных на создание теплой атмосферы в отделениях больницы и пространства для неформального взаимодействия.

Реализуются регулярные пролонгированные программы: добровольцы «Академии здорового образа жизни Василия Скакуна» проводят систематические занятия в различных отделениях больницы по йоге, дыхательной гимнастике, представители ОООИ «Новые возможности» – занятия по рукоделию. Пациенты больницы посещают тренажерный зал, бассейн и занятия по классическим танцам в Центре адаптивной физической культуры и спорта.

Сотрудники больницы привлекают представителей организаций-партнеров к организации масштабных краевых мероприятий, таких, как Спартакиада среди непрофессиональных спортсменов, акция «Добровольцы детям», фестиваль творчества и доброй воли «Душевный арт», программа которого наполнена театральными постановками, концертными номерами, выставками рукоделия, кинопоказами.

Пациенты, их родственники и сотрудники больницы принимают участие в городских, краевых и российских социо-реабилитационных мероприятиях – Московском фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны» (Москва) и слете добровольцев России и стран Южного Кавказа «Доброград» (Архыз, Карачаево-Черкесская республика). Медицинский психолог клуба и представители ставропольского отделения организации «Новые возможности» регулярно выступают и перенимают опыт на международных и межрегиональных конференциях, посвященных вопросам реабилитации.

В настоящее время партнерами Ставропольской психиатрической больницы стали 14 общественных организаций и объединений, 15 государственных учреждений и 8 коммерческих организаций. За первые 10 месяцев реализации третьего этапа реабилитации в Ставропольской краевой клинической психиатрической больнице во взаимодействии с волонтерами и партнерами проведено более 200 мероприятий, участниками которых стали почти 3 тысячи человек.

Поскольку основной задачей реабилитации является адаптация людей с особенностями психического развития в обществе, то партнерами в этой деятельности могут становиться не только организации, ориентированные исключительно на сервис психического здоровья, но и социально ориентированные организации других направлений. Партнерство, в отличие от спонсорства и меценатства – процесс взаимный, а потому не только организации могут реализовывать проекты в психиатри-

ческих учреждениях, но и получатели психиатрической помощи имеют возможность продуктивно включаться в различные внешние проекты. Таким образом, интеграция становится более многогранной и из специально организованного психиатрического пространства перемещаться в реальное общество.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ОБЩЕСТВА ПАЦИЕНТОВ И ИХ БЛИЗКИХ

Левина Н.Б., Любов Е.Б., Куликов А.Н.

Москва
ОООИ «Новые Возможности»,
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цели исследования: систематизация научных исследований ОООИ «Новые возможности» (ОООИ) и их практического применения.

Материалы и методы. В 2010-2014 гг. проведена серия исследований, объединенных сходным дизайном: анонимные опросы амбулаторных и стационарных пациентов и их близких (>300 человек), членов 15 региональных отделений ОООИ, посетителей on-line «Форума» ОООИ по широкому ряду жгучих для респондентов вопросов: оценка повседневной психиатрической помощи и ее видов (как электросудорожной терапии), потребность и ожидания от психосоциальной реабилитации, пути поиска общемедицинской и специализированной помощи и их доступность, представления о выздоровлении (социальном восстановлении) и возможностях его достижения, бремя ухода за хронически больным. Использованы оригинальные полуструктурированные опросники. Антология исповедальных самоописаний (>150) освещает внутреннюю картину болезни: период нелеченого психоза; суицидоопасные состояния; отношение к лечению, понимание его пользы и побочных действий; ролевое поведение инвалида; стигма и самостигматизация; выстраданные опытом навыки совладания с симптомами, полезные и вредные; этапы выздоровления с реализацией резервов жизнестойкости. Большинство проектов задумано активистами ОООИ при методической поддержке Московского НИИ психиатрии, отдельные – осуществлены в рамках международных исследований под патронатом Европейского союза семей душевнобольных (EUFAMI). Опросы и самоописания высветили обобщенный портрет члена ОООИ. Молодой человек (25-35 лет) с образованием не ниже среднего, но не занятый из-за инвалидности; длительность верифицированного диагноза (обычно шизофрении) ≥ 10 лет, неоднократно госпитализирован, живет в стесненных материально-бытовых условиях с матерью пенсионного возраста.

Результаты. В научных журналах и сборниках за пятилетие опубликовано 17 статей и тезисов; в адаптированном виде материалы размещены в газете и на сайте «НВ», использованы в пяти брошюрах, двух сборниках и книге, выпущенных типографией ОООИ, для группового и индивидуального психообразования и организации психосоциальной реабилитации (поддерживаемые жилье и трудоустройство, обучение), вошли фрагментом в докторскую диссертацию (И.А. Былим, Ставрополь, 2011), посвященную целостной оценке региональной психиатрической службы, сообщены на форумах специалистов и обществ самопомощи, служат непременной частью курса обучения ординаторов и тематического усовершенствования психиатрического персонала. Большинство респондентов идеализирует детство и отрочество, как и здоровое большинство. Этап «предболезни» (нелеченого психоза) в течение 2-5 лет описан как исподволь надвигающийся гнетущий «туман разума», «томительное ожидание беды», неодолимые вялость, «рассеянность», замкнутость, опасения потери самоконтроля. Более 1/3 привлекли ПАВ как средство самолечения, думали (планировали) самоубийство, были враждебны к близким, обвиняя их в «непонимании». Те же полагали назревающий недуг неизбежной данью бунтующей юности, «ленью». Снижение ролевого функционирования (успеваемости) вопреки усилиям «остаться на плаву», «странности» (защитного характера) поведения приводили близких (в большей мере, чем больного) к пониманию необходимости сторонней помощи, в S случаев после обращений к знахарям, частным психотерапевтам (активно пользующим транквилизаторы и малые дозы антипсихотиков). К психиатру направлены врачами общей практики не более 5% больных, но духовниками – 15%. Манифест психоза у 1/3 пациентов острый, y>S – первая госпитализация дежурным психиатром, y j – после суицидальной попытки как кульминации отчаяния, безнадежности, страха «распада Я», средства спасения от «врагов». Годами, по механизму импринтинга, респонденты помнят насилие при госпитализации, «фиксацию в постели», острые побочные действия лекарств, отвергающие затем от продолжения лечения. Типично смешивание проявлений болезни и побочных действий лекарств, название которых и действие не объяснено мало-доступным врачом. Качество помощи более определено отношением среднего и младше-го медперсонала. Однако со временем комплаенс улучшается с пониманием пользы по-мощи («не попадать в ПБ»). Лейтмотивом рассказов становится долгая дорога выздоровления, прерываемой отступлениями (рецидивами) с выделением значимых лиц среди профессионалов и товарищей по несчастью, понимание силы групп самопомощи. Как правило, рассказчики полагают, что им «повезло», критикуя упор типовой помощи на лекарства, опеку и контроль в ущерб состраданию, пониманию и общению, возможные в группах самопомощи. Респонденты полагают, что беда сделала их лучше, терпимее к дру-гим. Оценка психиатрической помощи в целом отстраненно-нейтральная без иллюзий ее улучшения. Соблюдение прав пациентов занимает последнее место в ранжире потребностей, ограниченных, согласно пирамиде Maslow, базисными, но по мере восстановления ожидания и запросы пациентов и их близких растут, но их исполнение не связываются с возможностями психиатрии.

Выводы. Сообщения ОООИ «каково быть больным» соответствуют содержанию и посылу международного движения психосоциального восстановления, представляют результирующую количественного и качественного анализов, дополняют научно-доказательную базу психиатрии за счет многоуровневой оценки службы в целом, отдельных ее форм и методов лечения, полезны в «триалоге» профессионал (междисциплинарная бригада) – пациент – близкий при разработке терапевтического плана и программы индивидуальной реабилитации, обращенных к реальным и «эластическим» по мере выздоровления потребностям человека.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ОСНОВЕ РАВНОПРАВИЯ В КЛУБЕ «ФЕНИКС»

Лесняк А.О., Рябова О.И., Зак Г.В., Медведева Ю.Е.

Санкт-Петербург
ПНД Фрунзенского района,
Клуб социальной реабилитации «Феникс»

Клуб социальной реабилитации «Феникс» был создан в 2000 г. по инициативе пациентов с проблемами в психическом здоровье и их родственников. В разное время работа клуба поддерживалась Ассоциацией психиатров Санкт-Петербурга, в рамках которой «Феникс» начал свою работу, Женевской инициативой по психиатрии, программой малых грантов консульства Нидерландов, ПНД Адмиралтейского и Фрунзенского районов, Армянской общиной Санкт-Петербурга и другими организациями.

В настоящее время клуб работает в составе общества инвалидов «Равенство-СПб» и использует помещение в ПНД Фрунзенского района для совместных программ. Для работы клуб располагает мебелью, компьютерами и оргтехникой, хозяйственно-бытовыми приборами, профессиональным теннисным столом, пианино, велотренажером, аудио и видеотехникой. Сегодня «Феникс» посещают около ста человек (за все годы работы через клуб прошло свыше 250 чел.). Около 20-30 человек приходят в клуб в дни его работы. Кроме того, люди включаются в программы вне клуба. Это касается как пациентов, так и родственников, которые участвуют в досуговых программах.

В основу деятельности клуба была положена международная модель «Клубный дом». При соблюдении некоторых общих принципов работы (равноправие всех членов клуба и сотрудников; совместное принятие решений и ведение всех дел), «Феникс» отличается от родственных организаций по ряду признаков. Так, он работает с родственниками, что нехарактерно для модели «Клубный дом». Членом клуба может стать человек с расстройством психики при условии отсутствия агрессивных проявлений. Часто люди приходят в клуб без осознания мотивов, приобретая их, познакомившись с людьми «Феникса» и его работой.

На сегодняшний день «Феникс» представляет собой сообщество людей, объединенных общей идеей уважения к личности любого человека независимо от наличия заболевания и его проявлений. У клуба, как у семьи, одна цель: реализация возможностей всех членов, эмоциональная и материальная поддержка. Все совместные занятия: чаепития, встречи, походы в театр, рисование, музицирование, образовательные занятия и многое другое, – исходит от потребностей тех, кто приходит в клуб, и обеспечивается собственными силами. Работа клуба поддерживается спонсорскими и благотворительными средствами.

Для решения задач в клубе были созданы специальные программы: административная программа (набор текста на компьютере, участие в подготовке и доставке писем в спонсорские организации, переговоры по телефону, переводы с английского, встречи гостей, поиск и распределение гуманитарной помощи); хозяйственно-бытовая программа (обеды из трех блюд, чаепития с выпечкой; мини-дом быта с прачечной и парикмахерской; мелкие ремонтные работы в клубе, уборка, доставка продуктов); программа трудоустройства; образовательные программы (занятия по обучению работе на компьютере, а также английскому языку, кружки по лозоплетению, лоскутному шитью, электро- и радио-сборке, шахматный кружок и кружок настольного тенниса, вокальный кружок, кружок рукоделия, уроки бизнеса; программа творческой реабилитации (занятия по изобразительному искусству с элементами дизайна и декоративно-прикладного искусства при участии студентов-волонтеров из гуманитарных вузов; вокальная группа); программа организации досуга; психообразовательные программы для больных и родственников; благотворительные программы.

Таким образом, работу «Феникса» проще всего описать в терминах целенаправленной реабилитации: досуговая программа, кухонная программа, образовательная программа и т.п. Именно этот принцип положен в основу медицинской модели, по которой построена работа на отделениях реабилитации: целенаправленное воздействие (искусством, занятостью, движением и т.п.) приводит к ожидаемому лечебному (реабилитационному) эффекту. «Феникс» не следует подобной стратегии, не работает с документами (программами реабилитации), не ставит терапевтических целей.

Основными сотрудниками клуба являются социальные работники, знакомые со сферой психиатрии (на Западе – так называемые клинические социальные работники). Сотрудником «Феникса» может стать человек, обладающий доброжелательностью, терпением, коммуникативными и организаторскими навыками и эмоционально принятый сообществом клуба (в том числе сотрудниками становятся люди, имеющие психиатрический опыт или больных родственников). Большую роль играют волонтеры из числа родственников, членов клуба, студентов гуманитарных вузов Петербурга. В редких случаях привлекаются специалисты-психологи. Как сотрудники, так и приглашенные специалисты-психологи работают со здоровой частью личности. Вопросы о глубине контакта с членами клуба сотрудники и волонтеры решают сами в силу опыта и эмоциональных ресурсов. Важная задача сотрудников – вовлекать людей в жизнь клуба на основе знания особенностей человека и поддержания хорошего контакта с ним. Предметом постоянной заботы сотрудников является поддержание комфортной атмосферы, а также, что наиболее трудно – подбор видов деятельности для членов клуба.

Два года назад в «Фениксе», помимо традиционного состава сотрудников, появился новый орган самоуправления – Совет клуба. Члены Совета решают все важные вопросы клуба, отвечают за организацию и оптимальное распределение материальных ресурсов (гуманитарной помощи, билетов в театр и т.п.), за сохранение дружеской обстановки в клубе, а так же за работу клуба в периоды отпуска сотрудников. Члены клуба также берут на себя ответственность за выполнение некоторых работ (выпуск поэтических сборников, поздравления с Днем рождения, приготовление обедов, различные хозяйственные дела в клубе, ведение кружков и многое другое). По опыту известно, что даже минимальная вовлеченность человека в работу ощутимо сказывается на его социальной реабилитации.

«Феникс» не работает напрямую с врачами-психиатрами, хотя многие люди попадают в клуб, получив информацию о нем от своих врачей, знающих о работе клуба. В интересах клуба важно, чтобы психиатры, дающие рекомендации посещать клуб, знали об особенностях его деятельности. Занимая в целом нейтральную позицию по отношению к психиатрической системе, «Феникс» призывает всех ее участников не только бороться с болезнью, но и быть чуткими к личностным потребностям пациентов, с уважением относиться к ним самим, их судьбам и их выбору, создавать максимально комфортные, минимизирующие травматический опыт госпитализации условия в психиатрических больницах. В этом позиция «Феникса» близка к политике, проводимой в ряде европейских стран.

ВОПРОСЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТСКИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Лиманкин О.В.

Санкт-Петербург
ГПБ№1 им. П.П. Кащенко

В настоящее время во всех т.н. развитых странах утверждается холистический подход в оказании помощи, что предполагает и вовлечение в лечебно-реабилитационный процесс ее пользователей, создание легитимных и жизнеспособных общественных организаций, изменение отношения к их деятельности специалистов, участвующих в оказании помощи. Однако, несмотря на провозглашаемые принципы партнерства в области реабилитации психически больных, психотерапии и медицинской психологии, отношение психиатров к деятельности общественных организаций пользователей помощи остается сдержанным.

Нами исследовалась проблема взаимодействия профессионалов – специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, и ее пользователей на примере Санкт-Петербурга. Изучение мнения 447 сотрудников амбулаторных

и стационарных психиатрических учреждений города и 200 пользователей проводилось в форме одномоментного опроса с заполнением специальных анкет, разработанных сотрудниками отдела организации психиатрических служб НЦПЗ РАМН. Группу респондентов – пользователей психиатрической помощи составили родственники пациентов тех психиатрических учреждений, сотрудники которых участвовали в опросе. Они были разделены, во-первых, на тех, кто пользуется услугами амбулаторной службы, и на тех, кто пользуется услугами психиатрических стационаров, а во-вторых, на тех, кто вовлечен в деятельность общественных организаций пользователей психиатрической помощи. Численность каждой группы респондентов составила 100 чел. – по 50 в каждой подгруппе. Численность группы руководителей психиатрических учреждений – 47 чел. определялась границами сплошной выборки.

На вопрос, должны ли больные и их родственники принимать участие в решении вопросов, связанных с улучшением качества помощи и профилизацией психиатрической службы, положительно ответили 60,7±4,8% профессионалов; отрицательно – 26,6±4,9%; затруднились с ответом – 12,7±4,3% респондентов. Положительных ответов пользователей было больше – 69,5±3,0%; отрицательных – 11,0±2,6%; затруднились с ответом – 19,5±3,8%.

На вопрос о том, целесообразно ли участие общественных организаций психически больных и их родственников в оказании отдельных видов помощи пациентам, положительно ответили 79,2±10,5% профессионалов. Это предложение в большей степени поддержали сотрудники амбулаторного звена, чем сотрудники стационаров (соответственно, 82,8±11,2% и 75,6±9,5%). Отрицательно к этой идее отнеслись 12,0±5,5% респондентов; затруднились с ответом 8,8±4,9%. Позиция пользователей была более сдержанной. Посчитали целесообразным такое участие две трети участников опроса – 67,5±4,7%; затруднились с ответом 24,5±5,3%; высказались отрицательно 8,0±6,3% респондентов. Более активно идею поддержали родственники амбулаторных пациентов – как вовлеченные (70,0%), так и не вовлеченные в деятельность пациентских организаций (74,0%). По мнению участников опроса, главным направлением деятельности пациентских организаций должна быть организация работы групп само – и взаимопомощи.

Положительную оценку деятельности существующих пациентских организаций дали лишь 10,7±5,6% профессионалов, нейтральную – 36,7±8,0%, отрицательную – 27,1±8,1%. Руководители и врачи стационаров давали отрицательную оценку чаще, чем их коллеги амбулаторного звена. 23,7±7,8% респондентов затруднились с ответом, а 1,8±1,5% дали свою особую оценку, которую можно отнести к отрицательной («пациентские организации противопоставляют свою деятельность медицинским учреждениям»). Мнение пользователей помощи о пациентских организациях было более благоприятным: 24,0±9,1% из них дали положительную оценку; 29,0±14,7% – нейтральную, а отрицательную – только 3,5±3,0%. Обращает на себя внимание большая доля затруднившихся с ответом – 42,0±11,2%. Небольшое число респондентов указали «другую» оценку, не дав, однако, необходимых пояснений (1,5±1,9%).

Следует отметить при этом, что большинство участников опроса были плохо осведомлены о деятельности городских общественных организаций больных и их родственников. Какая-либо информация по этому вопросу в лечебно-профилактических учреждениях отсутствует и пациентам не предоставляется. Органы управления здравоохранением, как и профессиональное сообщество в лице регионального отделения Российского общества психиатров не координируют свою работу с организациями пользователей и не привлекают их к совместной деятельности.

Совместная работа и общие интересы профессионалов и пользователей не исключают различия в их целях и планах, но, с точки зрения профессионалов, деятельность пациентских объединений может быть важным инструментом улучшения служб охраны психического здоровья. Сотрудники психиатрических учреждений достаточно скептически оценивают деятельность существующих пациентских объединений. Профессионалы в целом приветствуют привлечение общественных организаций к участию в оказании помощи, но в гораздо меньшей степени готовы поделиться с ними правом определять задачи и приоритеты развития служб.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Лиманкин О.В.

Санкт-Петербург
ГПБ№1 им. П.П. Кащенко

Привлечение пользователей психиатрической помощи к оценке ее качества и обсуждению перспективных задач службы имеет давнюю традицию в отечественной психиатрии. Еще на московской конференции Русского союза психиатров и невропатологов в 1917 г. было решено отстаивать участие пациентов в больничном управлении, При этом подчеркивалось, что больничные Советы могут в будущем стать школой самоорганизации больных и их близких, формой консолидации позиций профессионалов и пользователей. Возрождение общественных форм поддержки и помощи психически больным в России относится к концу 1980-х – началу 1990-х гг., что совпадает по времени с реформированием системы психиатрической помощи, появлением ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Деятельность отечественных общественных объединений психически больных и их родственников в целом строится по тем же направлением, что и деятельность аналогичных организаций в т. н. развитых странах, и включает решение проблем бытового и трудового устройства больных, поддержку их семей, издание разнообразных методических и информационных материалов, собственных газет.

Целью исследования было изучение деятельности общественных организаций пользователей психиатрической помощи и их родственников в Санкт-Петербурге, форм их взаимодействия с учреждениями психиатрической службы региона, общих проблем функционирования этих организаций.

Первым пациентским объединением, созданным в 1992 г. в Санкт-Петербурге, была общественная организация НИМБ, позже возникли «Невский клубный дом», «Невский родительский дом», клуб «Феникс», «Детский кризисный центр», «Перспективы», «Кедр» и другие. В 2005 г. открылось Санкт-Петербургское региональное отделение Общероссийской общественной организации инвалидов «Новые возможности». В настоящее время в Санкт-Петербурге действуют 13 общественных организаций, объединяющих пользователей психиатрической помощи. Кроме них в городе функционируют 6 организаций, ориентированных на оказание медико-социальной, экономической и правовой помощи инвалидам и включающих в сферу своей деятельности инвалидов вследствие психических заболеваний. Следует также отметить наличие 14 общественных организаций пользователей наркологической помощи и их родственников, деятельность которых включает помощь лицам с наркотической и алкогольной зависимостью; часть пользователей составляют пациенты с различными видами психических расстройств, бывшие пациенты психиатрических стационаров.

Сфера деятельности существующих организаций пользователей психиатрической помощи включает следующие на-

правления: распространение и издание специализированных информационных материалов; проведение психообразовательных программ для пациентов и членов их семей; поддержка трудоустройства инвалидов и создание рабочих мест; презентация творчества (художественного, литературного, музыкального) душевнобольных; досуговые, спортивно-оздоровительные и культурные мероприятия; благотворительность; социально-психологическая поддержка и консультирование семей психически больных; защита прав психически больных инвалидов; просвещение населения, формирование толерантного отношения общества к людям с психическими расстройствами. В Санкт-Петербурге действует официально не зарегистрированное в Интернете российское общественное объединение – Форум «Шизофрения и Я», созданное группой пациентов, страдающих шизофренией. В настоящее время Форум насчитывает более 4 400 пользователей из 12 стран и является ресурсом общения и поддержки пациентов, большинство из которых страдают шизофренией и имеют группу инвалидности. Следует отметить, что Форум «Шизофрения и Я» является единственным в Рунете интернет-ресурсом, на котором присутствуют на равных правах пользователей врачи-психиатры, родственники больных и пациенты.

Исследование деятельности общественных организаций пользователей психиатрической помощи и их родственников позволило выявить общие проблемы, с которыми сталкиваются все пациентские объединения:

1. У общественных организаций отсутствуют достаточные финансовые средства и другие ресурсы (кадровые, материальные) для осуществления их программ.

2. Их деятельность не координирована, они практически не взаимодействуют между собой и с психиатрическими учреждениями городского здравоохранения и социальной защиты. Формы долговременного сотрудничества отдельных пациентских организаций и государственных психиатрических учреждений являются исключением из общего правила.

3. Организации пользователей не выработали определенных форм взаимодействия с органами государственной власти и не имеют фиксированного представительства в различных государственных и общественных институтах регионального уровня.

Деятельность региональных общественных организаций пользователей психиатрической помощи – пациентов и их родственников достаточно редко становится объектом исследования со стороны профессионального сообщества. Отсутствие достаточной информации о деятельности общественных организаций пользователей психиатрической помощи служит причиной достаточно сдержанного отношения к ним со стороны профессионалов. При планировании и реализации региональных целевых программ развития психиатрической помощи и оценке их результатов учет мнения пользователей психиатрической помощи практически не используется. Отсутствует алгоритм получения запроса подобного рода – изучение потребности в тех или иных видах помощи, механизм включения общественных организаций или отдельных граждан в процесс планирования, согласования, реализации и оценки программ.

Наличие указанных проблем существенно ограничивает возможности общественных организаций пользователей влиять на совершенствование психиатрической помощи жителям города. Такая ситуация характерна для положения дел в отечественных службах охраны психического здоровья в целом: имеющийся ресурс общественного сектора в психиатрии по существу игнорируется или не востребован в полной мере. Построение эффективной модели психиатрической помощи, повышение ее качества требуют развития холистического подхода, активного вовлечения организаций пользователей в процесс планирования и развития психиатрических служб, преодоления негативных стереотипов в отношении профессионалов к деятельности общественных объединений в психиатрии.

РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИИ В ЭСТОНИИ: В ДИАЛОГЕ С ПОЛЬЗОВАТЕЛЯМИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Лухсе Л.

Вильянди, Эстония
НКО Вильяндимаа Сингель

В Программе развития здоровья народонаселения 2009-2020 гг. в Эстонии одной из мер названо повышение внимания к психическому здоровью людей и обеспечение доступности квалифицированных услуг. В 2011 году группа экспертов картографировала и классифицировала основные понятия психического здоровья, проведя анализ, определив проблемы и направления дальнейшего развития в классифицированных категориях. По модели ВОЗ, услуги психического здоровья были разделены на неофициальные (забота о себе и общественные неофициальные услуги) и официальные (первая ступень медицинского обслуживания, общественные услуги, больницы, длительное лечение и уход в спецучреждениях).

Забота о себе является более эффективной, если поддерживается медицинскими услугами. В Эстонии развитием здорового образа жизни систематически занимается Эстонско-шведский институт суицидологи, Институт развития здоровья и другие НКО, издающие и распространяющие информационные листки и информацию через средства массовой информации и ведущие переговоры с правительством. Семейные врачи и соцработники также информируют людей о возможностях заботы о себе. Общественные неофициальные услуги предлагаются членами общества, не обязательно являющимися специалистами в области психического здоровья – учителями, полицейскими, группами само- и взаимопомощи, свободными объединениями, религиозными организациями, просто гражданами, членами семьи и др. В Эстонии работают группы само- и взаимопомощи, группы опоры близких, peer-группы, телефоны доверия. Также практикуются консультации священнослужителей, добровольцев и консультации по Интернету.

На совершенствование психиатрической помощи существенно повлияло развитие демократии, в основе которой лежит принцип равенства граждан и права на равноправное обращение. В сфере социального обслуживания до 1998 г. государством финансировалась только круглосуточная попечительская услуга в попечительских домах. С процессом деинституциализации, разработки закона психиатрической помощи и других правовых актов, сменой парадигмы многое изменилось. В настоящее время для людей с особыми психическими потребностями создана система услуг с разной степенью поддержки, из них case management и реабилитационная услуга являются связующим звеном между публичными и поддерживающими организациями.

По данным Департамента социального страхования, в 2014 г. в Эстонии подписаны договоры с 105 организациями, оказывающими реабилитационные услуги, и с 84 организациями, оказывающими попечительские услуги. Данные организации обслуживают в целом 5942 человек «с особыми нуждами». Исходя из Закона о социальном попечительстве, целью поддерживающих услуг является поддержка жизнедеятельности людей в домашней среде настолько долго, насколько это возможно, а также предупреждение их попадания под круглосуточное попечительство.

НКО «Общество психосоциальной реабилитации» совместно с Таллинским центром психического здоровья и зарубежными партнерами (проект 2009-2011 гг.) развили группы само- и взаимопомощи, создав консультационные центры, в которых предлагаются психообразовательные программы и обучаются руководители опорных групп. Результатом этого проекта стало создание группы для восстанавливающих здоровье, программ для групп первично заболевших и системы опорных групп и peer-консультаций.

Peer-консультант – это человек, переживший тяжелый кризис и на основе собственного опыта консультирующий других, попавших в аналогичную ситуацию. Люди обмениваются знаниями и опытом, оказывая эмоциональные, социальные и практические поддержку и помощь. В основном, это связано с инициативой прошедшего обучение клиента и имеет форму менторства, активного слушания или консультирования. Опорная группа – это группа выздоравливающих клиентов, работающих под руководством одного профессионала и одного peer-консультанта. Группа само- и взаимопомощи состоит из людей, которые прямо и лично связаны с психическим расстройством; решения принимаются членами группы.

Созданные в рамках проектов peer-консультации сейчас получают поддержку на государственном уровне; создан сайт и введено peer-консультирование. На основании исследования эффективности деятельности peer-консультирования проводятся параллели: с теорией социальной поддержки Фестингера, с теорией социального обучения Бандуры, с исследованиями, подтверждающими эффективность применения знаний, полученных через опыт, с самотерапией помогающего.

Важно развивать общественные организации пользователей – с тем, чтобы они были вовлечены в процесс совершенствования психиатрической помощи. В настоящий момент Министерство социальных дел Эстонии обращает более пристальное внимание на улучшение качества попечительских услуг. Из существующих на сегодня в стране 189 учреждений, оказывающих реабилитационные и попечительские услуги, 14 имеют европейский знак качества EQUASS.

В программе «Улучшение качества и развитие системы управления качеством попечительских услуг» (01.08.2012-31.12.2013) наравне с профессионалами принимают участие представители организаций клиентов, партнеры и союзники. Это значит, что дело сдвинулось с мертвой точки, и в установках людей произошли существенные положительные изменения.

РАЗВИТИЕ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ ОБЩЕСТВЕННОГО СЕКТОРА ПСИХИАТРИИ

Миланес Ю.М.

Санкт-Петербург
Форум Шизофрения и Я

В настоящее время в РФ существуют несколько официально не зарегистрированных общественных объединений в Интернете, связанных с деятельностью психиатрических общественных объединений – Форум «Шизофрения и Я», Форум «Шизофрения – лечение общением» и сайт «Психиатрии.нет». Последний, по состоянию на 01.09.2014 года, закрыт.

Я являюсь представителем Форума «Шизофрения и Я», созданного в 2010г. группой из семи основателей проекта (людей с диагнозом «шизофрения») при участии врача-психотерапевта, доктора медицинских наук С.М. Бабина. В настоящее время количество зарегистрированных пользователей нашего интернет-проекта составляет более 4400 человек – из Российской Федерации, Украины, Белоруссии, Казахстана, стран Прибалтики, Израиля, Германии, Италии, Сербии, Чехии.

Изначально наш информационный ресурс планировался как культурная площадка для обмена достижениями в творчестве. Однако уже в 2011 г. форум стал позиционироваться как ресурс общения и поддержки пациентов, большинство которых имеют группу инвалидности и официально установленный диагноз «шизофрения».

Со дня основания ресурса появился раздел для профессиональных консультаций врачей-психиатров (http://schizonet.ru/forum/viewforum.php?f=19), основным консультантом которого являлся С.М. Бабин. В 2012 г. еще одним консультантом форума стал врач-психиатр В.В. Комаров. С 2014 г. постоянными консультантами проекта являются четыре специалиста – клинический психолог, врач-психотерапевт и два врача-психиатра. Все консультации осуществляются в строгом соответствии с правилами врачебной этикой и абсолютно безвозмездно. С 2013 г. консультантам предоставлено право самостоятельного модерирования раздела, но врачи по настоящее время этим правом не воспользовались и раздел обслуживают пациенты – модераторы. С 2010 г. на форуме существует раздел для общения родственников людей, больных шизофренией (http://schizonet.ru/forum/viewforum.php?f=27).

Первоначально при общении родственников, пациентов и врачей на одном ресурсе возникало много разногласий, но усилиями модераторского и администраторского состава, состоящего на 100% из пациентов–пользователей психиатрических услуг, эти трудности преодолевались. В настоящее время Форум «Шизофрения и Я» является единственным в Рунете интернет-ресурсом, на котором присутствуют врачи-психиатры, родственники больных и пациенты – на равных правах пользователей. Штат форума включает IT-специалистов (программистов, СЕО-оптимизаторов), администраторов и модераторов, консультантов (психиаров, психотерапевтов, психологов), культурологов. Штат волонтеров является взаимозаменяемым за счет освоения смежных обязанностей. В определенном смысле, все пользователи сайта являются волонтерами форума, поскольку действует принцип «Тебя поддержали – поддержи другого».

За время существования сайта была создана коллекция литературного творчества пользователей-пациентов (http://schizonet.ru/forum/articles/list.html), коллекция музыкального творчества (http://schizonet.ru/player/index.html); осуществлено большое число переводов (с немецкого и английского) специальных брошюр для детей, чьи родители страдают психическими заболеваниями, интервью и методической литературы из зарубежных источников об опыте преодоления болезней (http://schizonet.ru/forum/articles/list_info.html); организован периодический интернет-журнал творчества пользователей -пациентов, врачей и родственников (http://schizonet.ru/forum/articles/list_art.html); подготовлено коллективное письмо Президенту РФ В.В. Путину о необходимости осуществления независимого контроля системы психиатрической помощи.

Регистрации нашего сообщества в качестве юридического лица, общественной организации инвалидов, препятствует ряд причин: необходимость в бухгалтерском и налоговом учете (при том, что наше объединение существует на 100% за счет волонтерской работы, и движения финансовых средств не происходит); отсутствие возможности оформления членства в организации зарубежных пользователей; необходимость передачи аналогичной организации или государству имущества объединения (в доменное имя shizonet.ru силами волонтеров вложены работы по SEO-продвижению, и перепродажа его на интернет-аукционе в данный момент недопустима); необходимость отчитываться о деятельности объединения; соблюдение принципов работы форума, как абсолютно бесплатной (без рекламы, без спонсоров и т.д.) волонтерской площадки пациентов-пользователей психиатрических услуг.

Следует отметить проблемы, с которыми сталкивается работа сайта.

1. Как уже указывалось, на сайте присутствуют три группы пользователей с равными правами: пациенты, родственники пациентов и консультанты. Все они имеют свой менталитет, разные позиции по вопросам психиатрического обеспечения. Зачастую их мнения кардинально различаются. Достижение равновесия в этой ситуации достигается, в том числе, и модераторским участием.

2. При вступлении в силу новых законодательных актов появилась необходимость ограничения возраста и удаления с форума несовершеннолетних пользователей. После вступления в силу закона о запрете нецензурной лексики в Интернете руга-

тельства и переход на личности, и ранее запрещенные правилами форума, но случающиеся ввиду специфики пользователей, осложняют работу сайта.

3. Политическая обстановка. На ресурсе присутствуют значительное количество пользователей из Израиля, где ведутся военные действия в секторе Газа. Конфликт государств России и Украины также отражается на взаимоотношениях граждан наших государств, в том числе, и на нашем ресурсе.

4. Религиозные убеждения. Поскольку среди пользователей сайта наряду с атеистами немало представителей разных конфессий (православных, буддистов), а также некоторое количество пациентов, переживших религиозный бред, зачастую возникают конфликтные ситуации на форуме.

5. Профессиональное «выхолаживание» администрации. Такая проблема присуща и врачам – психиатрам.

ВКЛАД ПАЦИЕНТОВ В РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В НОРВЕГИИ

Розенквист К.

Осло, Норвегия
Общество пациентов Психическое здоровье Норвегии

В государственной программе деятельности по расширению и реструктуризации сферы охраны психического здоровья, принятой норвежским парламентом в 1998 г., особо подчеркивалась необходимость вовлечения пользователей услуг (пациентов и их родственников) и дальнейшего повышения их осведомленности о заболеваниях и способах лечения. На протяжении двух последующих лет этот план получил развитие. Однако, на сегодняшний день, по прошествии почти 15 лет все еще затруднительно определить формат и роль участия пользователей в этой сфере. По-прежнему необходимо прикладывать усилия для осуществления изменений во взглядах и культурных стереотипах, сложившихся в отношении людей с проблемами психического здоровья.

Предполагается, что организации пациентов должны нести административную ответственность. Это привело к тому, что сама идея вовлечения пользователей зависит от признания их независимости. Некоторые клиники и учреждения были воодушевлены возможностью реализации инновационных совместных проектов, в других пытались более строго обозначить границы между пользователями и профессионалами. Представители обществ пациентов зачастую являются заложниками идеи, которая не до конца реализована на практике.

Некоторым организациям пользователей удавалось сотрудничать с профессионалами, которые осознавали необходимость учитывать мнения пациентов и помогали повышать уровень их осведомленности. Однако в ряде случаев специалисты рассматривают участие пользователей лишь как бюрократическую процедуру. Это находит отражение в деятельности правлений организаций пользователей.

Я, в частности, будучи членом правления организации пациентов в одной из университетских клиник недалеко от Осло, никогда не бывала услышанной среди других голосов. Деятельность этого правления распространялась на вопросы, связанные как с соматическим, так и психическим здоровьем, и у меня был только один голос. И хотя нуждам пациентов в сфере психического здоровья отдается предпочтение, нет единой схемы, по которой бы работали правления таких организаций даже в стенах одной клиники. Все зависит от того, как руководители представляют себе участие пациентов и какие вопросы должны ставиться на повестку дня.

По моему мнению, во главе такого правления должен быть представитель общества пациентов. Но это может повлечь за собой ряд проблем. Администрирование и экономика клиники требуют очень специализированных знаний. Я много обучалась, слушая курс экономики о бюджете и ассигнованиях, и поняла, что в этой области я ничего не могу сделать. Как представители обществ пациентов, мы являемся экспертами в том, что такое быть пациентом. Это и есть наша сфера деятельности. Административная деятельность слишком сложна для нас.

У меня была возможность такой деятельности, и я могла проследить эволюцию участия пациентов на протяжении последних 10 лет. По моему мнению, опыт пользователей может быть наиболее востребован в научных исследованиях, а также при составлении обучающих программ о психическом здоровье и о том, как проблемы, связанные с нарушениями психики, находят отражение в обществе. Я принимала участие в разработке и применении таких программ в Норвегии. Многие из этих проектов осуществлялись на университетском уровне. Именно в этом случае можно наиболее эффективно использовать опыт и знания пользователей.

В Норвегии общества пациентов имеют хорошие контакты с министерством здравоохранения. Обсуждаются организационные вопросы и темы, имеющие особое значение для пользователей, такие как принудительное лечение, участие в принятии решений, применение нелекарственных подходов. На официальном уровне организации пользователей признаются. Проблемы начинаются при взаимодействии с профессионалами. Разница между клиниками, заинтересованными в учете прав пациентов, и теми, кто стремится только к собственной выгоде, огромна.

Похожие проблемы наблюдаются и в городских службах, оказывающих помощь на местах. Несмотря на то, что организации пациентов имеют все права, включая гуманистические, демократические, юридические, и успешны в своей деятельности, все зависит от позиции руководителя.

Термин «пользователь услуг» не включен ни в один перечень образовательных программ для лиц, оказывающих помощь в сфере охраны психического здоровья. И если идея вовлечения пациентов настолько важна, как это декларируется на уровне министерств и политиков, к ней надо относиться более внимательно.

Воодушевленные позитивным опытом общения с квалифицированными профессионалами, мы не теряем надежды. Все изменения, которые необходимы в деятельности обществ пациентов, требуют времени. Для того, чтобы изменить само понятие «ненормальности», «сумасшествия» и по-другому взглянуть на социальную роль пользователей услуг в сфере охраны психического здоровья, нужны долгие непрекращающиеся усилия.

ОПЫТ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦ, ПОТЕРЯВШИХ БЛИЗКИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ СУИЦИДА

Смит М.

Осло, Норвегия
Национальная организация Leve

Меня зовут Моника Смит, я из Норвегии. Я представляю «Leve» – Национальную организацию лиц, потерявших близких в результате суицида. Когда мне было 24 года, один из моих братьев лишил себя жизни, а через год покончила с собой моя мать. Так, будучи совсем молодой, я окунулась в кошмар жизни. Особенно тяжелым потрясением для меня было самоубийство матери. Моей первой реакцией были хаотичные эмоции, ощущение неправдоподобия происходящего и глубокое отчаяние. Из первых лет после тех событий я многого не помню.

Вскоре я попыталась вытеснить свои переживания. Мне начали говорить, как стойко я справляюсь со своим горем. Я думала, что бежать от боли – наиболее эффективная стратегия, и мне казалось, что для меня это единственный способ выжить. Но выяснилось, что такое бегство от эмоций влечет за собой последствия в виде хронической бессонницы, тревоги и подавленности. У меня возникали диссоциированные состояния, а иногда я даже теряла сознание.

Самоубийство, как и раньше, по-прежнему ассоциируется с чувством вины и стыда, и у меня было устойчивое мучительное чувство, что я ничего недостойна, в том числе любви. В то же время я почти инстинктивно чувствовала, что во мне должны произойти большие перемены, чтобы я могла справиться со своими задачами: на тот момент у меня было трое маленьких детей, и мне нужно было приводить свою жизнь в порядок.

Шли годы, и благодаря психотерапевтической помощи, а также поддержке членов семьи и друзей я, наконец, смогла вернуть свою жизнь в нормальное русло. Но главным поворотным моментом был тот день, когда я начала писать и позволила себе открыто заявить, как мне было больно и трудно.

Когда я впервые обратилась в Национальную организацию лиц, потерявших близких в результате суицида, моим изначальным намерением было получить доступ к некоторым статистическим данным, поскольку я собиралась писать на эту тему. Также я хотела знать, какая помощь предоставляется лицам, потерявшим близких в результате суицида, и оказывают ли им поддержку органы здравоохранения. У меня и в мыслях не было вступить в эту организацию, и ужасала сама перспектива встретить людей, побывавших в похожей ситуации. Как оказалось, я была совершенно неправа.

Два года назад я стала членом правления «Leve» в Осло, а в марте этого года я стала председателем. Это волонтерская работа, требующая времени и усилий, но она действительно стоит тех часов, которые я трачу на ее выполнение. Моим самым важным открытием стало то, что когда есть возможность обсудить боль, которая сопровождает самоубийство близких, можно, наконец, вздохнуть свободно, и тогда появляется пространство для других эмоций. На сегодняшний день я не только слушаю тяжелые и трагичные истории, но и с удовольствием и на удивление весело провожу время с другими лицами, пострадавшими в результате самоубийства близких.

В прежние времена в Норвегии тема суицидов была под негласным запретом. Об этом было не принято и даже невозможно говорить. Тем важнее на сегодняшнем этапе деятельность общества, которое собирает людей, объединенных общей бедой, для того, чтобы они могли общаться и открыто выражать свои чувства боли и утраты, осознавая при этом, что их жизнь продолжается. Общество людей, чьи родственники или близкие совершили суицид, было основано в Норвегии в декабре 1999 г. В настоящее время оно объединяет 1 140 человек.

Основные направления деятельности общества включают следующее:

1. Предоставление помощи и поддержки семьям и родственникам лиц, совершивших суицид; обеспечение для них доступа к государственным службам помощи; привлечение к работе в самом обществе; координация деятельности местных групп по преодолению горя.

2. Информирование: обеспечение образовательными материалами и распространение информации, связанной с суицидами и реагированием на них, среди населения и работников здравоохранения; усилия по изменению общественного мнения и отношения населения к суицидам и лицам, потерявшим в результате этого близкого человека; поддержка информационного канала посредством веб-сайта.

3. Профилактическая работа, ежегодное участие в организации мероприятий для Всемирного дня профилактики суицидов 10 сентября.

Организационная структура общества включает 19 региональных подразделений. Центральное правление состоит как из самих пострадавших родственников и близких лиц, так и из профессионалов в этой области. Финансирование и экономическую поддержку осуществляет норвежский директорат здравоохранения. Размер субсидии покрывает членские взносы и включает грант на проведение ежегодной конференции общества «Leve» и Всемирного дня профилактики суицидов. Кроме того, общество организует поиск средств для проектов, касающихся реабилитации, профилактики и научных исследований.

В Осло общество «Leve» ежемесячно проводит встречи в кафе членов общества и других заинтересованных лиц. Как правило, на такие заседания приглашаются лекторы с сообщениями по одной из наиболее актуальных тем. Но гораздо важнее, что у людей есть возможность провести время в месте, поддерживая друг друга и строя планы на будущее. Это похоже на то, как работают группы по преодолению горя, и мы сотрудничаем с такой организацией.

Недавно было основано молодежное отделение общества, которое проводит собрания несколько раз в год, что оказалось довольно эффективным. Мы думаем о создании театра, где молодые люди смогут участвовать в написании сценариев и выступать на сцене, представляя свои истории. Основная идея состоит в том, что если человек, живущий с психотравмой, сможет рассказать о ней и поделиться своими чувствами и переживаниями, это будет вызывать доверие, сочувствие, сопричастность.

ИННОВАЦИИ И ДОСТИЖЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

Солохина Т.А.

Москва
НЦПЗ,
РБОО Семья и психическое здоровье

Причиной возникновения общественных движений в психиатрии всегда являлась неудовлетворенность качеством оказываемой помощи, протесты в адрес государственной политики в области психиатрии. В начале 60-х годов XX столетия общественные (неправительственные) организации начали активно развиваться в связи с антипсихиатрическим движением, что привело к разработке и совершенствованию правовых и этических стандартов, изменению структурной организации психиатрической службы, организации широкой сети внебольничных учреждений. При этом значительное внимание уделялось созданию общественных форм поддержки психически больных. В России первые неправительственные организации по поддержке психически больных были созданы в начале 90-х годов прошлого века, а с принятием в 1995 г. Федерального закона «Об общественных объединениях» количество таких организаций выросло.

РБОО «Семья и психическое здоровье», членами которой являются пациенты, члены их семей и профессионалы, работающие в области психического здоровья, была официально зарегистрирована в июне 2002 г. Цель организации – повышение качества жизни лиц с нарушениями психического здоровья и их семей посредством преодоления социальной отчужденности, вовлечения в жизнь общества, формирования активной гражданской и жизненной позиции. Инновационная деятельность организации включает разработку и внедрение новых форм помощи, предназначенных для пользователей и профессионалов службы, совершенствование системы менеджмента, издание тематической литературы, предусмотренной для раз-

ных категорий читателей, проведение проектов по повышению квалификации медицинского и иного персонала, что позволяет повысить качество и эффективность психиатрической помощи.

Организация тесно сотрудничает с государственными (НИИ, ПНД, психиатрические больницы, учреждения культуры и др.) и негосударственными (общественные организации, фонды) структурами, а также фармацевтическими компаниями. Так, совместно с отделом организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ разработана и внедрена в практику действующая уже более 10 лет модель медико-социальной и психологической помощи пациентам и членам их семей. В структуру этой модели входят реабилитационный центр на базе психиатрической больницы (внедрен в практику в 2004 г.) и социальный клуб для пациентов в сообществе (работает с 2002 г.). Комплексная помощь включает консультации психиатров, психосоциальные и психотерапевтические вмешательства (психообразование, тренинги навыков, терапия средой, арттерапия, музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия, групп-анализ и др.) и оказывается командой специалистов, состоящей из психиатров, психологов, социальных работников, медицинских сестер. Руководит работой менеджер команды, функции которого выполняет исполнительный директор организации. Команда представляет собой не просто совокупность специалистов разного профиля, а определенный стиль их взаимодействия между собой и с участниками реабилитационных программ. Работа специалистов строится на партнерских взаимоотношениях с пациентами и членами их семей, а также с учетом ряда основополагающих принципов, к которым относятся подробное обследование и оценка состояния пациентов, что дает возможность спланировать основанную на потребностях помощь; направленность на личность пациента, а не на болезнь; длительный период психосоциальной терапии за счет последовательной смены ее видов; развитие отношений, поддерживающих надежду на выздоровление; постоянный контакт с психиатрическими учреждениями для вовлечения пациентов и их родственников в программы психосоциальной реабилитации, а также во все стратегии развития службы – от федерального уровня (работа в Общественном совете при главном психиатре Минздрава РФ) до регионального уровня (участие в работе общественных организаций).

Для повышения стрессоустойчивости, профессиональной эффективности, снижения эмоционального выгорания специалистов были внедрены следующие формы помощи: ежемесячные собрания членов организации, еженедельные совещания специалистов, индивидуальные и групповые супервизии, тренинги по развитию навыков психоэмоциональной и психофизической саморегуляции, программы по освоению новых видов психосоциальных вмешательств.

Доказано, что в рамках действующей модели наиболее полно удовлетворяются потребности пользователей психиатрической помощи в информации, психосоциальном и психотерапевтическом лечении, досуге, социальных контактах, снижаются социально-психологические тяготы и экономическое бремя семьи, возрастает приверженность лечению, уменьшается число рецидивов болезни и госпитализаций.

Программы повышения квалификации специалистов государственных и общественных организаций по вопросам социальной психиатрии и психосоциальной реабилитации проводятся в организации «Семья и психическое здоровье» на постоянной основе с 2006 г. В этих проектах приняли участие сотни специалистов высшего и среднего звена психиатрических учреждений.

Важной задачей, стоящей перед профессионалами организации, является издание научно-популярной и научно-методической литературы для пользователей помощи и специалистов в области психического здоровья. Издано три книги, 18 пособий и методических рекомендаций, распространено более 20 тыс. экземпляров этой литературы.

Многолетний опыт участия в общественном движении выявил ряд проблем, с которыми сталкиваются общественные объединения. Среди них проблемы организационного и финансового характера, трудности вовлечения пользователей в психосоциальные программы, психотерапевтическую работу, общественное движение, что связано с их низкой мотивацией, стигматизацией, семейным бременем.

Выводы. Общественные объединения представляют собой новое важное звено в общей системе психиатрической помощи, способное оказывать многие виды помощи и поддержки. Вместе с тем, для обеспечения стабильной и эффективной деятельности таких объединений необходима поддержка со стороны государственной психиатрии, властных и общественных структур.

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Солохина Т.А., Тюменкова Г.В.

Москва
НЦПЗ,
РБОО Семья и психическое здоровье,
ООО Андреевские больницы Неболит

Изучение потребностей родственников психически больных является надежной основой для оптимизации и планирования медико-социальной и психологической помощи, улучшения ее качества и эффективности, обеспечения интеграции психически больных и членов их семей в общество.

Целью настоящей работы было изучение социально-демографических и психологических характеристик родственников психически больных и оценка их потребностей.

Материал и методы исследования. В социологическом опросе приняли участие 103 респондента, являвшихся родственниками пациентов, страдающих хроническими психическими заболеваниями. Родители пациентов составляли 59%, братья/сестры – 14%, муж/жена – 11%, другие родственники – 16%. Среди респондентов было 17 мужчин и 86 женщин. Средний возраст в исследуемой группе составил 52,1±12,4 года. Среднее специальное образование имели 50,2% человека, высшее образование – 37,9% человек. Основным источником доходов у 65 (63,1%) участников исследования являлась трудовая деятельность, у 31 респондента (30,1%) – пенсия, остальные (6,8%) не работали и не учились. Среди участников исследования лишь 42,7% состояли в браке; 23,3% – были разведены; 17,5% – вдовы, 13,6% – не замужем (холостые). Проживали вместе с пациентом 75,7% родственников.

Большинство пациентов страдали шизофренией (79,6%). Средняя длительность болезни составляла 14,1±12,9 года; под диспансерным наблюдением состояли 74,8% пациентов, 26,2% входили в консультативную группу. Среднее число госпитализаций составило 2,7. Имели группу инвалидности по психическому заболеванию 65,0% больных.

Сбор сведений о потребностях родственников психически больных проводился с применением адаптированного нами опросника “Carers’ and Users’ Expectations of Services” (CUES), разработанного специалистами “Rethink” (Национальное содружество больных шизофренией, Великобритания). Оценка потребностей базируется на выявлении различия между текущей (реальной) ситуацией и ожиданием, вытекающим из стандартов, устанавливаемых экспертами. Опросник включает выявление потребностей в 16 сферах. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. При статистической обработке данных получены корреляционные взаимосвязи ряда социально-демографических характеристик, позволяющих определить усредненный портрет респондента: это женщина, имеющая взрослого ребенка, страдающего психическим расстройством (R=0,34, p<0,05), одинокая (не замужем, разведена или вдова, R=0,34, p<0,05), работающая (R=0,53, p<0,05), проживающая вместе с психически больным человеком (R=0,23, p<0,05), осуществляющая его поддержку и проявляющая заботу о нем (R= –0,24, p<0,05).

Были определены следующие особенности отношений в семье: поддержка со стороны всех членов семьи – 51,5% респондентов (53 чел.), конфликты и разногласия – 20,4% (21 чел.), гиперопека пациентов – 12,6% (13 чел.), критика в адрес пациента со стороны членов семьи – 10,7% (11 чел.), отвержение или недостаточная забота о пациенте – 4,8% (5 чел). Чем хуже были отношения в семье, тем больше было госпитализаций у пациента (R=0,20, p<0,05).

Только 25 (24,3%) родственников и 15 (14,6%) пациентов являлись членами общественных организаций пользователей психиатрической помощи и принимали участие в психообразовательных программах и тренингах. Чем чаще родственники являлись членами общественных организаций и участвовали в психообразовательных программах или тренингах для родственников, тем чаще и пациенты участвовали в реабилитационных программах (R=0,60 p<0,05) и реже госпитализировались в психиатрические стационары (R=0,34, p<0,05).

30% респондентов отмечали, что их жилищные условия «хуже» или «гораздо хуже», представленного описания стандарта, более 46% респондентов испытывали материальные трудности и считали, что у них недостаточно средств для удовлетворения базовых потребностей. Недостаток денег коррелировал с источником доходов: в основном, дефицит финансов испытывали респонденты, получавшие пенсию по инвалидности (R=0,23, p<0,05). Проблемы в решении финансовых вопросов имели 54,4% респондентов, более половины опрошенных (59,2%) были не удовлетворены уровнем оказываемой помощи в этой сфере.

Об отсутствии возможности заниматься какой-либо целенаправленной ежедневной деятельностью или о неудовлетворенности ею заявили около 36% респондентов. Возраст и источник доходов были независимыми переменными, влияющими на их удовлетворенность. Чем старше возраст респондента (R=0,31, p<0,05) и меньше уровень его дохода (пенсия) (R=0,39, p<0,05), тем чаще респонденты не были удовлетворены своей ежедневной деятельностью.

Более трети респондентов (37,9%) полагали, что болезнь родственника влияет на их взаимоотношения с близкими людьми и лишает их возможности поддерживать с ними хорошие отношения. 44,7% респондентов не имели возможности общаться с другими людьми, заводить новые отношения и новых друзей из-за недостатка денег, низкой доступности транспортных услуг или телефона. Почти 40% респондентов имели потребности в информации о психиатрических службах и лечении, а также о системе психиатрической помощи в целом, а 45,6% респондентов были не удовлетворены предоставляемой информацией. Респонденты, являющиеся членами общественных организаций, достоверно чаще отмечали недостаток и низкое качество информации, предоставляемой в психиатрических учреждениях (R= –0,40, p<0,05).

Для 36,9% респондентов психиатрическая помощь была не всегда легко доступной: они не имели возможности ее получения круглосуточно, включая все дни недели. 45,6% респондентов не были удовлетворены широтой выбора психиатрических учреждений и услуг, главной проблемой считали невозможность «перейти к другому врачу». Более 70% респондентов были удовлетворены отношениями с работниками психиатрических служб, базирующимися на уважении, доверии, конфиденциальности, понимании их проблем.

Не имели возможности донести свои проблемы до властных структур и нуждались в правовой защите или адвокатской поддержке 73,8% респондентов. Активная жизненная позиция респондента, участие в общественном движении были независимыми переменными его неудовлетворенности социально-правовой сферой (R= –0,33, p<0,05).

Более 50% респондентов испытывали влияние стигмы и дискриминации и не были удовлетворены отношением к себе других людей. Респонденты, которые проживали в семье без пациента, чаще чувствовали себя в безопасности и были чаще удовлетворены отношением со стороны других людей (R= –0,21, p<0,05).

43,7% респондентов не были удовлетворены проводимой медикаментозной терапией, утверждая, что от назначенного лечения много побочных действий; более 50% респондентов указали на низкую доступность соматических служб и неудовлетворенность отношениями с работниками этих служб.

Выводы. Полученные сведения о потребностях родственников психически больных могут быть использованы для разработки на разных уровнях программ по улучшению качества жизни и качества помощи лицам с психическими расстройствами и членам их семей. Разработанная в НЦПЗ РАМН модель помощи способствует наиболее полному удовлетворению информационных запросов родственников психически больных, а также реализации их потребностей в социально-психологической и психотерапевтической помощи.

РАЗВИТИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Солохина Т.А., Ястребов В.С.

Москва
НЦПЗ,
РБОО Семья и психическое здоровье

По признанию Всемирной организации здравоохранения, общественные организации в психиатрии являются важной составной частью общей системы охраны психического здоровья, а система общественной поддержки психически больных в значительной степени дополняет традиционно «учрежденческие» виды помощи, укрепляет социальный статус пациентов, изменяет образ психически больного в общественном сознании.

Это обуславливает важность рассмотрения причин и обстоятельств возникновения общественного движения в зарубежной и отечественной психиатрии, целей и задач общественных объединений, их опыта работы на современном этапе развития психиатрической службы.

Зарождение общественного движения в зарубежной психиатрии связывают с именем К. Бирнса, бывшего пациента психиатрической больницы, вокруг которого объединились известные американские врачи, создав в 1909 г. Национальный комитет психической гигиены. В начале 1960-х годов в странах Западной Европы и США общественные организации начали активно развиваться в связи с антипсихиатрическим движением, которое в значительной мере повлияло на дальнейшее развитие психиатрии и привело к разработке и совершенствованию правовых и этических стандартов в психиатрии, реформированию структуры психиатрической помощи, деинституционализации. Начиная с 1970-х годов, стали активно создаваться общественные, в том числе национальные, организации больных шизофренией, депрессией и другими психическими заболеваниями. С целью координации деятельности национальных обществ в 1982 г. было создано Всемирное товарищество по поддержке лиц, страдающих шизофренией и родственными психическими расстройствами (World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders). Национальные профессиональные психиатрические

сообщества поддерживают тесный контакт с департаментом психиатрии ВОЗ, Международной психиатрической ассоциацией (WPA), Всемирной ассоциацией психического здоровья (WFMH) и многими другими международными профессиональными организациями.

В России создание общественных объединений в психиатрии, в которых, кроме профессионалов, активное участие принимали меценаты и волонтеры, происходило, начиная со второй половине XIX века, однако в советский период общественные формы помощи фактически были свернуты. В период перестройки в 1990 г. в НЦПЗ РАМН была создана одна из первых общественных организаций по поддержке психически больных – «Ассоциация защиты психического здоровья и психически больных», которая объединяла известных психиатров, деятелей науки и культуры, представителей средств массовой информации, а также лиц, в семьях которых были психически больные. В 1990-х гг. в Москве, С-Петербурге и других регионах стали создаваться общественные организации, многие из которых успешно работают в настоящее время; рост их численности наблюдался после принятия в 1995 г. ФЗ «Об общественных объединениях». Начиная с 1997 г., представители пациентских объединений участвуют в научно-практических конференциях психиатров различного уровня. В 2001 г. с участием Российского общества психиатров была создана Общероссийская общественная организация инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников «Новые возможности», филиалы которой действуют более чем в половине регионов России.

В настоящее время точное число общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья, неизвестно, но можно говорить о существовании многих десятков таких объединений. Среди их приоритетных задач – повышение толерантности общества к психически больным, привлечение общественного внимания к проблемам психиатрии; социально-психологическая и информационная поддержка пользователей психиатрической помощи и их семей, психосоциальная реабилитация; содействие деятельности, направленной на поддержку лиц с психическими расстройствами – их трудовую занятость, профессиональное обучение, отдых, проведение досуга и прочее. В деятельности ряда общественных организаций большое место занимают вопросы профессиональной подготовки специалистов, повышения их квалификации. Так, важным этапом в развитии РБОО «Семья и психическое здоровье», членами которой являются авторы данной статьи, стали проекты по повышению квалификации медицинского и иного персонала, среди которых – два крупномасштабных проекта 2007-2012 гг. «От психиатрического просвещения – к интеграции в обществе» и «Скажем изоляции нет!: программа психосоциальной реабилитации в условиях психиатрического стационара».

В 2005 г. был создан Общественный совет по вопросам психического здоровья при главном психиатре Минздрава РФ, в который вошли представители практической и научной психиатрии, пользователи помощи, ряд общественных организаций. Важнейшим мероприятием, которое проходит под эгидой Общественного совета, является Всероссийский Конкурс среди профессиональных и общественных организаций «За подвижничество в области душевного здоровья» имени академика РАМН Т.Б. Дмитриевой, который в 2014 г. проводился уже в седьмой раз. Конкурс считается глобальной образовательной программы, направленной на просвещение общества о приоритетной значимости проблемы психического здоровья населения, современных возможностях психиатрии. В 2013 г. в рамках этого конкурса коллектив специалистов психиатрической больницы №14 г. Москвы совместно с РБОО «Семья и психическое здоровье» и Центром по изучению систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН были признаны победителями в номинации «Лучшее учреждение 2013 года» за развитие партнерства практической, научной и общественной психиатрии.

Следует отметить проекты общественной организации «Клуб психиатров»: выпуск газеты «Нить Ариадны», которую получают читатели 18 регионов страны; проводимый с 2010 г. Московский арт-фестиваль творчества людей с особенностями психического расстройства, в котором принимают участие пациенты и профессионалы из десятков регионов РФ и многих зарубежных стран.

С развитием общественно-ориентированной психиатрии в нашей стране будет расти число эффективно работающих общественных объединений. Многолетний опыт участия в общественном движении в психиатрии позволяет говорить о том, что обязанностью работников государственных психиатрических учреждений и профессиональных общественных организаций является оказание всевозможной помощи пациентским объединениям, что должно выражаться в пропаганде их деятельности, изучении и обобщении проблем, существующих в семьях душевнобольных, разработке программ повышения качества жизни пациентов.

РАБОТА С СЕМЬЯМИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РАМКАХ ОРГАНИЗАЦИИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Толмачев В.А.

Нижний Новгород
Региональное отделение ОООИ «Новые возможности»

Является общепризнанным утверждение о том, что современная психиатрия должна развиваться с опорой на сообщество, и важнейшим элементом сообщества должна быть семья, близкие, друзья пациента. Говоря о семье, мы имеем в виду также общественную организацию, которую возглавляют родственники пациента. В процессе реабилитации семья должна быть первична, а психиатрическая служба – вторична, при этом партнерские отношения должны сохраняться всегда. Для семьи не нужно нормативно-правовых документов для достижения своих целей, мотивация – самый главный наш аргумент.

В 2007 г. в Нижнем Новгороде открылось региональное отделение организации ОООИ «Новые Возможности». Основными направлениями его деятельности являются психореабилитация, психопросвещение, психообразование, трудоустройство, взаимодействие с родственниками. Эти направления невозможно рассматривать отдельно друг от друга – вместе они дают положительный результат. Только за последние 2 года проведено более 500 разного рода мероприятий (в среднем, 5 мероприятий в неделю); 40% из них – вне психиатрического учреждения.

Приоритет в работе нашей организации – развитие любых форм общения больных в сообществе, за пределами больницы; создание и деятельность небольших групп пациентов (5-15 чел.) по интересам, ответственность за деятельность которых возложена на родственников больных и бывших пациентов. За время работы Нижегородского отделения сформировалась группа постоянных участников из числа пациентов и их родственников, которая теперь является стержнем, ядром группы, опорой для новых клиентов.

Основной целевой группой являются пациенты психиатрических больниц, инвалиды вследствие психического заболевания; из них 90% – инвалиды 2 группы, 10% – не имеют группы инвалидности. Количество постоянных клиентов в общей группе – 50 человек; в возрасте 18-40 лет – 40 чел., старше 40 лет – 10 чел. За последние два года через группу прошли более 200 пациентов психиатрических больниц города.

По длительности пребывания в группе и достигнутым результатам можно выделить две категории постоянных клиентов:

1. Время нахождения в группе от 5 до 8 лет – 25 человек. Из них: 70% пациентов – обходятся без госпитализации, 20% – трудоустроены, 30% – проживают отдельно. Все они имеют значительный внутренний ресурс для дальнейшего роста.

2. Время нахождения в группе от 1 3 лет – 15 человек. Эти участники продолжают прохождение основных программ: 1-й год – Адаптация, 2-ой год – Вовлеченность в группу, 3-й год – Положительный результат.

Как мы полагаем, для получения результата необходимо нахождение в группе не менее 2-4 лет, однако уже в течение первого года отмечается положительная динамика в психическом состоянии участников.

Важной является информация о положительных примерах успешной реабилитации пациента и его семьи. Я хочу поделиться собственным тринадцатилетним опытом жизни в семье, член которой психически болен (диагноз F20.). Его можно поделить на два этапа.

I этап в жизни пациента (10 лет): первое обращение к психиатру в четырнадцатилетнем возрасте; средняя школа; высшее образование; после окончание института – болезнь и инвалидность; безремиссионное течение заболевания в течение последних двух лет; отсутствие трудоустройства.

I этап в жизни семьи (те же 10 лет) – от простой созависимости к гиперактивной созависимости, безумное состояние «пропасти».

II этап в пациента (3 года) – адаптация, вовлеченность, положительный результат; первый год – течение болезни без ремиссии, второй год – частичная ремиссия, третий год – ремиссия, отдельное проживание под патронажем семьи.

II этап в жизни семьи (3 года) – из гиперактивной созависимости назад в простую созависимость – стадию шока, а далее в стадии «принятия» «совладания», «представление интересов».

Таким образом, участие всей семьи в деятельности организации позволило в течение трех лет сделать то, что не удавалось в течение предшествующих 10 лет. Пациент проживает самостоятельно. Он приобрел возможность открыто говорить о своей болезни; появились друзья, появилось общение вне стен психиатрического учреждения, ушли семейные стрессовые ситуации, наступает период самоутверждения в сообществе (сходить в магазин, заплатить за квартиру, убраться дома, помочь семье и др.). Его семья уже никогда не вернется в гиперактивную созависимость, она приобрела новые черты – отсутствие стигмы по отношению к болезни близкого человека, понимание болезни, открытость, доброжелательность по отношению к другим пациентам и желание помочь им и их семьям.

Деятельность нашей организации в целом позволяет восстановить утраченную в результате заболевания социальную активность, почувствовать себя востребованным в сообществе, активировать внутренние ресурсы для самостоятельного поиска работы. Для профессионалов психиатрия – это работа, призвание. А для нас, родителей это нежеланная, вынужденная, но реальная действительность. К сожалению, нас, родственников, которые задействованы в этой сфере немного, а тех, кто может добиться успеха – единицы. Положительные результаты нашей работы – это итог конструктивного взаимодействия с разными сообществами вне стен психиатрического учреждения. Крайне важна и поддержка нашего главного и основного партнера – клинической психиатрической больницы №1 Нижнего Новгорода.

Считаем необходимым создание рабочей группы из профессионалов разных сфер деятельности, включая общественные организации, для создания и утверждения в законодательном порядке нормативно-правовой документации в разных аспектах реабилитации пациентов, имеющие нарушения психического здоровья (обучение, проживание, трудоустройство и др.), налаживание системы государственной поддержки, социально значимых проектов НКО из числа общественных и родительских организаций, занимающихся профессиональной помощью инвалидов в результате психического заболевания.

РАЗДЕЛ 4.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА КАК ФАКТОР РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ

Гантман М.В.

Москва
НЦПЗ

Введение: учитывая высокую распространенность болезни Альцгеймера, крайне актуальной становится проблема помощи лицам, ухаживающим за пациентами с деменцией. Пожилые ухаживающие на фоне хронического стресса подвергаются повышенному риску депрессивных, когнитивных и соматических расстройств, однако здоровье данной группы населения в России недостаточно исследовано.

Цель работы: изучить распространенность и динамику когнитивных, депрессивных и соматических расстройств у пожилых лиц, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера.

Материалы и методы: Были сформированы две группы пожилых (60 лет и старше): Группа 1 –лица, ухаживающие за пациентами с болезнью Альцгеймера и Группа 2 – генетические родственники первой степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. Генетические родственники пациентов были выбраны в качестве группы сравнения, поскольку в данной популяции также присутствуют факторы риска психических и соматических расстройств, в частности, повышенная частота ApoEe4 аллеля. Таким образом, в катамнестическом исследовании (продолжительность наблюдения 2,5 года) было проведено сравнение генетического риска и фактора хронического стресса при уходе за пациентом с деменцией.

Результаты. Как в группе ухаживающих лиц, так и в группе не ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера родственников, частота депрессии оказалась выше, чем в общей популяции пожилых лиц и составила 39,4% (28 человек) в группе ухаживающих лиц и 16,7% (5 человек) в группе кровных родственников пациентов. Уровень ассоциации (φ), показывающий степень влияния функции ухода за пациентом на распространенность депрессии составил 0,22, что соответствовало умеренной связи. Относительный риск для развития синдрома депрессии в группе ухаживающих лиц по сравнению с группой сравнения составил 2,4 (95% ДИ [доверительный интервал] 1,0-5,5). Следует отметить, что только у 6 из ухаживающих лиц с депрессией ранее в анамнезе присутствовали депрессивные эпизоды, у остальных 21 человека данный эпизод был первым. Отмечалась низкая обращаемость и комплаентность ухаживающих лиц при резко сниженном качестве жизни. Характерно, что из ухаживающих лиц с депрессией только один человек обратился к психиатру по своей инициативе. У остальных эти расстройства были выявлены при расспросе и их оценке в ходе обследования. Внимание ухаживающих лиц было полностью сосредоточено на пациенте, они не считали, что сами нуждаются в помощи врача, и полностью объясняли свое болезненное состояние тяжелой ситуацией, связанной с уходом за пациентом. К началу исследования частота выявления синдрома мягкого когнитивного снижения (МКС), диагностированного в соответствии с современными критериями, среди ухаживающих за пациентами лиц составляла 15,5% (11 человек), тогда как в группе генетических родственников пациентов распространенность данного синдрома составила 6,7% (2 человека). Исходно группа ухаживающих лиц и группа сравнения достоверно не различались по распространенности синдрома МКС (p=0,38; Таблица 12). Уровень ассоциации (φ), показывающий степень влияния функции ухода за пациентом на распространенность МКС, составлял 0,12, что соответствовало слабой связи. Относительный риск для развития синдрома МКС в группе ухаживающих лиц по сравнению с группой генетических родственников пациентов составил 2,3 (95% ДИ 0,5-9,8), что является значимо повышенным риском.

Из-за высокой распространенности и выраженного влияния на когнитивные функции основное внимание уделялось сердечно-сосудистым заболеваниям: ИБС, артериальной гипертензии, ОНМК и сахарному диабету. В целом структура соматической болезненности в сформированных группах соответствовало характерной для общей популяции пожилых. В частности, распространенность артериальной гипертензии в пожилом населении в России составляет, по данным различных исследований, 50-60% [Драпкина О.М., 2010] (в группе ухаживающих лиц этот показатель составил 60,6%, в группе генетических родственников пациентов – 53,3%). Распространенность сахарного диабета 2 типа у пожилых составляет 8% [Дедов И.И., 2011], тогда как в данном исследовании получена распространенность этой патологии 9,8% в группе ухаживающих лиц и 6,7% в группе генетических родственников. Из этих данных следует, что изученные группы не обладали особенностями соматического состояния, отличающими их от общей популяции, что свидетельствует о возможности экстраполяции результатов исследования на население в целом.

К моменту катамнестического обследования частота депрессии среди ухаживающих лиц составила 33,8% (в группе генетических родственников – 15,8%), а распространенность синдрома МКС в большей степени повысилась в группе ухаживающих лиц: она составила 33,7% в группе ухаживающих лиц и 10,5% в группе сравнения. Только в группе ухаживающих лиц у трех обследуемых синдром МКС прогрессировал до мягкой деменции (1 случай постинсультной деменции и 2 случая смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции).

Среди генетических родственников пациентов с деменцией, не выполнявших функцию ухода, обследуемые с синдромом МКС сохранили уровень когнитивных функций, соответствующий данному синдрому. Уровень ассоциации (φ), показывающий степень влияния функции ухода за пациентом на частоту МКС, соответствовал уже не слабой, как при исходном обследовании (φ=0,12), а умеренной связи (φ=0,20). Относительный риск для развития синдрома МКС в группе ухаживающих лиц по сравнению с группой сравнения составил 3,1 (ДИ 0,8-11,9), что соответствует более высокому риску, чем в начале исследования (2,3; ДИ 0,5-9,8).

Эти данные могут свидетельствовать о том, что чем более длительно ухаживающие лица выполняют функцию ухода и чем они становятся старше, тем больше проявляется влияние нагрузки по уходу на их когнитивные функции.

В группе ухаживающих лиц частота перенесенных за период катамнеза сердечно-сосудистых катастроф (инфарктов миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения) составила 14,1%. В этой группе 3 человека умерли (причинами были инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и рак поджелудочной железы), еще 5 человек перенесли инфаркт миокарда и 3 – инсульт.

В группе сравнения только один человек перенес инфаркт миокарда и ни один не умер (относительный риск сердечно-сосудистых событий в основной группе составил 2,5; 95% ДИ 0,3-18,6).

Выводы: Уход за пациентом с БА – независимый фактор риска для развития депрессивных и когнитивных расстройств у пожилых. Это негативное влияние оказалось выражено сильнее, чем связь указанных нарушений с генетическим фактором риска. Распространенность депрессии у лиц, ухаживающих за пациентами с БА, выше, чем в общей популяции. Ухаживающие за пациентами с БА пожилые лица чаще страдают когнитивными расстройствами, не достигающими уровня деменции, по сравнению с кровными родственниками, не выполнявшими функцию ухода. На фоне ухода за пациентом с БА наблюдается более неблагоприятная динамика синдрома МКС с более частым прогрессированием до деменции за относительно короткий катамнестический период, нежели у пожилых родственников первой степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. Ухаживающие за пациентами с БА лица имеют повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркта и инсульта) по сравнению с группой генетических родственников пациентов с БА.

БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА КАК «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ МОЗГА»

Гильбурд О.А., Гирш Я.В., Коптев И.Н.

Сургут
Сургутский ГУ

Со времени публикации первого детализированного клинико-морфологического описания Алоисом Альцгеймером случая летальной пресенильной деменции [1], в дальнейшем получившей самостоятельный нозологический статус в группе нейродегенеративных процессов и названной именем автора, комплексное изучение ее этиологии и патогенетических механизмов обусловило существенное продвижение в понимании природы заболевания и разработке перспективных методов лечения болезни Альцгеймера (БА).

В последние годы исследования нейрохимических процессов при психических расстройствах (в т.ч. на биологических моделях) позволили выявить ряд особенностей углеводного метаболизма у пациентов с БА. Известно, что диабет второго типа (СД2) повышает риск развития БА приблизительно в 1,5 раза [2-5]; в свою очередь, в мозге и цереброспинальной жидкости пациентов с БА отмечается снижение уровня инсулина [6]. Эти данные легли в основу поиска взаимосвязей между БА и устойчивостью клеток головного мозга к инсулину.

В частности, Konrad Talbot с коллегами [7], изучая сигнальный путь инсулина в тканях человеческого мозга, установил, что гиперактивность энзима сигнального пути инсулина в головном мозге – гликоген синтазы киназы 3 (ГСК3) – влияет на экспрессию инсулиновых рецепторов, толерантность к глюкозе и ее утилизацию в клетке и, в конечном итоге, способствует образованию бляшек бета-амилоида; авторы приходят к выводу, что устойчивость клеток мозга к инсулину является ранним нозотипическим признаком БА, в связи с чем они условно обозначают БА как «диабет третьего типа» или «диабет мозга».

В параллельном исследовании [8] было показано, что, во-первых, ГСК3 одинаковым образом изменяется и при СД2, и при БА; во-вторых, в мозге пациентов с БА повышен уровень тех же сигнальных факторов, что и при СД2; в-третьих, повышение активности указанных молекул сигнального пути инсулина в мозге ведет к увеличению концентрации бета-амилоида. В этом же исследовании у подопытных мышей под влиянием сахароснижающей терапии экспериментальным ингибитором ГСК3 отмечена нормализация его активности и существенное улучшение когнитивных функций.

Последующие исследования, проведенные Fernanda De Felice, подтвердили определяющую роль церебральной инсулинорезистентности в развитии альцгеймеровского слабоумия [9, 10]

Отталкиваясь от вышеизложенных данных, мы предприняли собственное оригинальное исследование клинико-этологической статики и динамики деменции при БА у пациентов с различными показателями углеводного обмена на фоне сахароснижающей терапии. Работа в настоящее время находится на подготовительной стадии и предполагает следующие этапы:

1) формирование двух когорт пациентов с деменцией при БА – без нарушений углеводного обмена и с нарушениями углеводного обмена, включая СД2;

2) клиническая и патопсихологическая квалификация слабоумия у больных в каждой из когорт;

3) описание особенностей невербального поведения пациентов из каждой когорты с целью объективизации состояния;

4) сравнительный анализ динамики клинико-патопсихологического статуса и невербального поведения на фоне пероральной сахароснижающей терапии у пациентов из каждой когорты и у больных без нарушений углеводного обмена на фоне плацебо-терапии.

Прогнозируемые результаты исследования:

1) отсутствие положительной когнитивной динамики либо незначительный эффект у пациентов с деменцией при БА в сочетании с нарушениями углеводного обмена и у пациентов, получавших плацебо-терапию;

2) заметная положительная динамика в когнитивной сфере у пациентов с деменцией при БА без нарушений углеводного обмена.

В случае получения успешных результатов исследования на их основе будут разработаны практические рекомендации для врачей психиатров по оптимизации лекарственной терапии пациентов с деменцией при БА.

Литература:

1. Alzheimer A. Ьber eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde // Allgemeine Zeitschrift fьr Psychiatrie und phychish-Gerichtliche Medizin (Berlin). – 1907. – Bd. 64. – S. 146–148.

2. Luchsinger J.A., Tang M.X., Stern Y. et al. Diabetes mellitus and risk of dementia in a multiethnic cohort // Am. J. Epidemiol. – 2001. – Vol. 154. – P. 635-641.

3. MacKnight C., Rockwood K., Awalt E. et al. Diabetes mellitus and the risk of Alzheimer's disease and vascular cognitive

impairment in the Canadian Study of Health and Aging // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. – 2002. – Vol. 14. – P. 77-83.

4. Biessels G.J., Staekenborg S., Brunner E. et al. Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review // Lancet Neurol. – 2006. – Vol. 5. – P. 64–74.

5. Kalaria R.N. Diabetes, microvascular pathology and Alzheimer disease // Nature Rev. Neurology. – 2009. – Vol. 5. – P. 305-306.

6. Hoyer S. The aging brain. Changes in the neuronal insulin/insulin receptor signal transduction cascade trigger late onset sporadic Alzheimer disease (SAD) // J. Neural. Transm. – 2002. – Vol. 109, № 7-8. – P. 991–1002.

7. Talbot K., Wang H-Y., Kazi H., Han L-Y., Bakshi K.P., Stucky A., Fuino R.L., Kawaguchi K.R., Samoyedny A.J., Wilson R.S., Arvanitakis Z., Schneider J.A., Wolf B.A., Bennett D.A., Trojanowski J.Q., Arnold S.E. Demonstrated brain insulin resistance in Alzheimer's disease patients is associated with IGF-1 resistance, IRS-1 dysregulation, and cognitive decline // J. Clin. Invest. – 2012. – Vol. 122, № 4. – P. 1316–1338.

8. Bomfim T.R., Forny-Germano L., Sathler L.B., Brito-Moreira J., Houzel J-C., Decker H., Silverman M.A., Kazi H., Melo H.M., McClean P.L., Holscher C., Arnold S.E., Talbot K., Klein W.L., Munoz D.P., Ferreira S.T., De Felice F.G. An anti-diabetes agent protects the mouse brain from defective insulin signaling caused by Alzheimer's disease-associated Aβ oligomers // J. Clin. Invest. – 2012. – Vol. 122, № 4. – P. 1339–1353.

9. De Felice F.G. Alzheimer's disease and insulin resistance: translating basic science into clinical applications // J. Clin. Invest. – 2013. – Vol. 123, № 2. – P. 531–539.

10. De Felice F.G., Lourenco M.V., Ferreira S.T. How does brain insulin resistance develop in Alzheimer's disease? // Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association. – 2014. – Vol. 10, № 1. – P. 26-32.

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ГЕНТИНГТОНА И ШИЗОФРЕНИИ

Голованова Н.А.

Омск
БУЗ
Омской области КПБ им. Н.Н. Солодникова

Болезнь Гентингтона – генетически детерминированное нейродегенеративное заболевание, проявляющееся неуклонным прогрессированием неврологических и психических нарушений. Нейроморфологическая картина заболевания характеризуется развитием системного дегенеративно-атрофического процесса с поражением стриарной системы головного мозга, а на поздней стадии и атрофией коры головного мозга, что приводит к развитию характерных экстрапирамидных расстройств (чаще хореического гиперкинеза), а также психотических и психопатоподобных нарушений с формированием в исходе заболевания своеобразной деменции. Заболевание чаще дебютирует в 35-40-летнем возрасте и характеризуется медленным -в течение 15-20 лет- прогрессированием. Болезнь Гентингтона характеризуется отсутствием стереотипа течения, то есть синдромы могут разворачиваться в разной последовательности. Чаще заболевание начинается с появления неврологических расстройств, нередко гиперкинезы развиваются одновременно с психическими нарушениями, однако в ряде случаев психические расстройства предшествуют появлению гиперкинеза. Именно такие случаи представляют серьезную трудность в плане дифференциальной диагностики с эндогенными психическими заболеваниями, чаще всего шизофренией. Развитие аффективных, эмоционально-волевых, галлюцинаторно-бредовых состояний приводит к ошибочной диагностике у таких пациентов шизофренического процесса, а присоединяющиеся вскоре экстрапирамидные расстройства неверно трактуются как нейролептические осложнения начатой терапии антипсихотиками с назначением соответствующих корректоров без ожидаемого эффекта.

Еще более затрудняет диагностику заболевания отсутствие типичной хореи при болезни Гентингтона, тип Вестфаля, когда повышение мышечного тонуса преобладает над гиперкинезами, носящими в этих случаях характер атетоза, торсионной дистонии. Только развивающиеся в последующем прогрессирующие когнитивные нарушения заставляют прибегнуть к диагностическим методам нейровизуализации, выявляющей характерный атрофический процесс мозга. Наконец, решающее значение в диагностике заболевания имеет ДНК-диагностика с исследованием тринуклеотидного ЦАГ-участка гена гентингтина; обнаружение экспансии тринуклеотидных повторов в гене свыше 36 копий ЦАГ-триплетов позволяет с абсолютной точностью выявить мутацию.

Клиническим примером может послужить история болезни пациентки А., 32 лет, более 5 лет наблюдавшейся с диагнозом шизофрении и поступившей в отделение БУЗОО «КПБ им. Н.Н.Солодникова» в мае 2012 года.

Из анамнеза известно: наследственность психопатологически отягощена по отцовской линии – дед страдал слабоумием в преклонном возрасте, умер в психиатрической больнице; отец по характеру с возрастом становился вспыльчивым, агрессивным, погиб в драке в 37-летнем возрасте. Раннее развитие без особенностей, образование 9 классов и художественный лицей; работала портнихой, продавцом, затем гардеробщицей. Изменение психического состояния появилось в 25-летнем возрасте после рождения сына, когда у пациентки снизилось настроение с преобладанием апатии, появилась заторможенность, раздражительность, в последующем присоединились насильственные движения ртом (причмокивание), волнообразные движения руками, покачивание тазом. Лечилась психиатром амбулаторно с по поводу депрессивного эпизода средней степени тяжести с соматическими симптомамии и неврозоподобной симптоматикой. На фоне лечения тиоридазином, амитриптилином положительной динамики в состоянии не отмечалось, была направлена в реабилитационный дневной стационар, где наблюдалась в 2008-2009 гг. В беседе с врачом рассказала, что ощущает на себе воздействие, идущее от телевизора, уверена, что на ней порча, которую навели ее коллеги по работе, в голове часто путаются мысли; призналась, что слышит «голоса» бранящего характера. Получала лечение клопиксолом с циклодолом, на фоне чего галлюцинаторно-бредовая симптоматика редуцировалась.

При повторном обследовании в РДС в 2009г отмечался выраженный тремор конечностей, мышечный гипертонус, дискинезия жевательной мускулатуры, выявлено снижение интеллектуально-мнестических функций. На фоне уменьшения дозы клопиксола явления дискинезии уменьшились. При проведении МРТ головного мозга 15.12.09г выявлены признаки сочетанной гидроцефалии, очаговых изменений вещества головного мозга не обнаружено. Диагноз был пересмотрен на параноидную шизофрению с галлюцинаторно-бредовым синдромом, лечилась сероквелем, при этом неврологическая симптоматика продолжала нарастать: отмечался мышечный гипертонус, усилились гиперкинезы, появилась неустойчивая походка с частыми падениями, продолжали нарастать нарушения памяти, речи, появилось поперхивание при глотании пищи. Повторная МРТ от 30.11.11г выявила признаки выраженной смешанной заместительной гидроцефалии с атрофическими изменениями полушарий головного мозга (выраженная атрофия полушарий головного мозга со значительным расширением субарахноидальных и конвекситальных пространств и желудочковой системы). Одновременно с нарастанием неврологической симптоматики уси-

лились нарушения ночного сна, раздражительность, появились галлюцинаторные расстройства, преимущественно в вечернее время. Начала высказывать бредовые идеи: считала, что беременна, замечала шевеление ребенка, разубеждению не поддавалась. Была госпитализирована в психиатрический стационар с Ds: Шизофрения, галлюцинаторно-бредовый синдром, нейродегенеративное заболевание неясной этиологии.

В психическом статусе при поступлении выявлено выраженное интеллектуально-мнестическое снижение вплоть до утраты школьных и профессиональных навыков и снижения навыков самообслуживания (требовалась помощь при выполнении простых мероприятий по уходу за собой – при одевании, мытье), бредовые идеи о мнимой беременности, эпизоды психомоторного возбуждения в вечернее время, сопровождающиеся вербальными галлюцинациями. Отмечались гиперкинезы конечностей, лица, гипертонус мускулатуры.

На фоне проводимого лечения мемантином 20мг в сутки, галантамином 16 мг в сутки, мидокалмом 150мг в сутки, рисперидоном 1,5мг в сутки., хлорпромазином 25 мг на ночь купировалась психотическая симптоматика, на первый план в клинической картине выступало выраженное снижение интеллекта с утратой навыков самообслуживания, грубым снижением памяти на фоне прогрессирующей неврологической симптоматики с мышечным гипертонусом по экстрапирамидному типу. Гиперкинезы на фоне проводимого лечения значительно уменьшились, но сохранялись нарушения походки, атаксия, выраженная дизартрия. Себя практически не обслуживала, отмечались частые эпизоды недержания мочи в дневное и ночное время, нуждалась в постоянном уходе.

03.08.12г получен результат молекулярно-генетического анализа (ДНК-диагностика), выявлено носительство гена хореи Гентингтона, установлен Диагноз: Хорея Гентингтона, форма Вестфаля, аутосомно-доминантное наследование. Выписана на поддерживающем лечении мемантином, галантамином, рисперидоном. Генетическое обследование 7-летнего сына пациентки выявило носительство мутантного гена.

Таким образом, при наследовании мутантного гена Гентингтона, вероятнее всего, по отцовской линии, манифестация болезни у пациентки произошла в молодом возрасте с одновременным развитием психических и неврологических расстройств, при этом психические расстройства первоначально прогрессировали быстрее (аффективные, затем галлюцинаторные и бредовые симптомы), а гиперкинетические расстройства были слабовыраженными и расценивались первоначально как неврозоподобная, а затем как экстрапирамидная симптоматика на фоне лечения нейролептиками. Лишь методы нейровизуализации и ДНК-диагностики помогли установит верный диагноз.

Учитывая трудности дифференциальной диагностики акинетико-ригидного синдрома при болезни Гентингтона и нейролептических осложнений при лечении антипсихотиками, всем пациентам с экстрапирамидной симптоматикой в течении заболевания необходимо проводить изучение семейного анамнеза в отношении нейродегенеративных заболеваний, МРТ-исследование головного мозга, генетическое обследование.

СИНДРОМАЛЬНО-НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГОРТЫ БОЛЬНЫХ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫМИ ПСИХОЗАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПКБ №1 ИМ. Н.А. АЛЕКСЕЕВА

Громова Н.С.

Москва
ФГБУН НЦПЗ ПКБ№1 им. Н.А. Алексеева

Целью настоящей работы было определение социально-демографической, синдромально-нозологической структуры, а так же изучение закономерностей динамики галлюцинозов позднего возраста, выявленных среди невыборочного контингента больных, поступивших в течение 3-х лет в психогериатрическое подразделение психиатрического стационара.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе женского геронтопсихиатрического отделения ПКБ№1 им. Н.А.Алексеева (г. Москва) в период с 2011 по 2014 год. Выборку составили 60 пациентов в возрасте 60 лет и старше с впервые развившимися в позднем возрасте галлюцинаторными психозами. Для исследования использовались клинико-психопатологический, нейровизуализационный (МРТ), психометрический (MMSE, Hachinsky, Hamilton, NPI), статистический и клинико-катамнестический (продолжительность катамнестического периода – 24 месяца) методы.

Результаты. По демографическим параметрам когорта обследованных больных распределилась следующим образом: 52% пациентов – в возрасте 80 лет и старше, 43% – в возрасте от 70 до 79 лет и 5% пациентов – в возрасте 60-69 лет. Когорта обследованных пациентов оказалась неоднородной и по синдромальным характеристикам: истинный вербальный галлюциноз встречался в 52% от общего числа больных (31 чел.), истинный зрительный галлюциноз – в 30% наблюдений (18 чел.), из них у 4 пациента установлен галлюциноз Шарля Бонне; сочетанный истинный (вербальный и зрительный) галлюциноз – в 13% случаев (8 чел.), а тактильный галлюциноз – только у 3 больных (5%). У большинства пациентов (65%) галлюцинаторная симптоматика сопровождалась фрагментарными бредовыми идеями: ущерба (77%), заражения (5%), отравления (10%), преследования (8%). При этом у большинства больных (79%) содержание бредовых идей вытекало из тематики галлюцинаторных расстройств. У 33 пациентов (55%) из обследуемой когорты развитие психоза отличалось остротой и кратковременностью (от нескольких часов до суток), у других больных (27 человек; 45%) галлюцинаторные расстройства развивались постепенно. У подавляющего большинства больных (44 чел.), т.е. в 73% от общего числа больных, галлюциноз развивался на фоне деменции различной степени тяжести: легкая деменция – у 16 пациентов (36%), у 24 пациентов (55%) – умеренная, и лишь у 4 (9%) – тяжелая. Только 16 человек (27%) не обнаруживали клинических признаков деменции. Согласно критериям МКБ 10 по нозологической принадлежности психоза больные распределились следующим образом: сенильная деменция альцгеймеровского типа – у 5 пациентов (8%), церебрально-сосудистая деменция – у 11 больных (18%), сочетанная сосудисто-альцгеймеровская деменция – у 25 пациентов (42%), у 3 больных (5%) – деменция при болезни Паркинсона. Отдельную группу составили 16 пациентов (27%), без интеллектуально-мнестического снижения, либо с очень легким когнитивным снижением (оценка по шкале MMSE варьировала от 24 до 30 баллов), однако с признаками начальной или нерезко выраженной сосудистой, нейродегенеративной

и/или сосудисто-нейродегенеративной патологии по данным МРТ исследования выявлялись.

Продолжительность пребывания в стационаре пациента с галлюцинаторным психозом в среднем составила 53 дня. У 34 пациентов (57% от общего числа обследуемых больных) к моменту выписки из психиатрического стационара галлюцинаторная и бредовая симптоматика полностью редуцировалась, у 7 больных (11%) сохранялись галлюцинаторные расстройства, содержание которых приобретало нейтральный характер, они не доставляли дискомфорта пациенту и не сопровождались нарушениями поведения. У 19 пациентов (32%) к моменту выписки сохранялись фрагментарные рудиментарные бредовые идеи, которые в значительной степени утратили свою актуальность. За 24-месячный период катамнестического исследования 9 пациентов из исследуемой когорты умерли (15% от общего числа больных). Повторно в психиатрический стационар поступили 25 пациентов (42% от общего числа больных). У 17 пациентов (68% от повторно поступивших) причиной повторной госпитализации послужил рецидив галлюцинаторного психоза, у остальных 8 пациентов (32%) рецидива галлюцинаторного психоза не было, а клиническая картина исчерпывалась отдельными нестойкими бредовыми идеями ущерба, нарушением сна, эпизодами тревоги и беспокойства на фоне прогрессирующей деменции. У всех пациентов с рецидивом галлюцинаторного психоза галлюцинаторные расстройства в целом соответствовали психопатологической характеристике галлюциноза при первичной госпитализации. Чаще всего наблюдалось рецидивирование зрительного галлюциноза – у 9 человек (т.е. в 53% от повторно поступивших пациентов и 50% от первичных больных со зрительным галлюцинозом). Истинный вербальный галлюциноз рецидивировал у 6 человек (35% от повторно поступивших пациентов и 19% от первичных больных с вербальным галлюцинозом). Рецидивов сочетанного галлюциноза среди повторно госпитализированных больных не было. У 2 пациентов (12% от повторно поступивших пациентов и 67% от первичных больных с тактильным галлюцинозом) имел место рецидив тактильного галлюциноза, сочетавшийся с бредом одержимости кожными паразитами. У большинства катамнестически прослеженных больных (13 чел.), т.е. в 76% от числа повторно поступивших больных, галлюцинозы рецидивировали на фоне прогрессирующей деменции различной степени тяжести (согласно динамике средних групповых показателей шкалы MMSE – в среднем на 5 баллов по сравнению с первичной госпитализацией). 17 пациентов (28% от общего числа больных) в течение катамнестического периода наблюдения, повторно не госпитализировались, наблюдалось амбулаторно в ПНД по месту жительства. О 9 пациентах (15%) из исследуемой когорты больных не удалось получить катамнестических сведений.

Выводы.

1. Галлюцинаторные психозы позднего возраста представляют гетерогенную по синдромально-нозологическим характеристикам группу психозов.

2. Галлюцинозы, впервые возникающие в позднем возрасте, чаще ассоциируются с глубоким старческим возрастом и с наличием разной степени выраженности нейродегенеративного, сосудистого или сочетанного (сосудистого-альцгеймеровского) поражения головного мозга, что подтверждается данными как клинического и психометрического, так и нейровизуализационного (МРТ/КТ) исследования.

3. В большинстве случаев истинные галлюцинозы возникают на фоне деменции легкой или умеренной тяжести и лишь у 4 человек (9%) – признаков тяжелой деменции. Лишь у четверти обследованных пациентов не обнаружено интеллектуально-мнестического снижения, однако по данным МРТ/КТ исследования у всех были обнаружены изменения характерные для начального нейродегенеративного или сочетанного сосудисто-нейродегенеративного церебрального заболевания.

4. По частоте встречаемости в общем контингенте стационированных больных с галлюцинаторными психозами на долю зрительных, сочетанных, вербальных, а так же тактильных галлюцинозов приходится соответственно 30%, 13%, 52%, 5% наблюдений.

5. У 39 пациентов (65% от общего числа больных) галлюцинаторная симптоматика сопровождалась малоразработанными или фрагментарными бредовыми идеями, вытекающими из содержания галлюцинаторных переживаний.

6. Клинико-катамнестическое обследование показало высокую частоту неблагоприятных исходов заболевания: на протяжении двух лет умерли 15% первично обследованных пациентов, повторно были госпитализированы в психиатрический стационар 42%, в том числе у 28% из числа впервые обследованных больных наблюдались рецидивы галлюциноза.

7. Психопатологическая картина рецидивов психоза при повторном поступлении в целом соответствовала характеристике галлюциноза при первичной госпитализации.

8. Наибольшую тенденцию к рецидивированию обнаружил зрительный галлюциноз.

9. У половины больных повторно поступивших в стационар на протяжении двух лет обнаружено прогрессирование деменции. А у пациентов с отсутствием интеллектуально-мнестического снижения при первичном обследовании, по-прежнему, спустя два года наблюдения, не было установлено клинических признаков деменции.

БЛОКАТОРЫ ГЛУТАМАТНЫХ NMDA-РЕЦЕПТОРОВ В ПСИХОГЕРИАТРИИ

Даренский И.Д.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Проведено пилотажное исследование возможного уменьшения когнитивного дефицита с помощью блокаторов глутаматных NMDA-рецепторов у лиц инволюционного и сенильного возраста. С этой целью обследовалось и лечилось 120 пациентов в возрасте 60-80 лет в условиях Пансионата для ветеранов труда № 19 г. Москвы в 2012-2015 г. Наблюдались пациенты с деменцией легкой степени выраженности смешанного, сенильного и сосудистого генеза.

Включенные в программу пациенты характеризовались умеренной диффузной подкорковой симптоматикой на фоне эмоционально-личностных изменений. Наблюдалась замедленность речи, трудности при подборе слов. Походка изменена – передвижение с опорой в пределах отделения. В эмоционально-волевой сфере характерна импульсивность, эмоциональная лабильность, снижение критики, неадекватность и многоречивость. Темп психической деятельности инертен и снижен с истощением психических процессов и утомляемостью. Заметны трудности программирования, регуляции и контроля психической деятельности. Слухоречевая память снижена (непосредственное воспроизведение) с выраженным снижением отсроченного воспроизведения. Память на текущие и отсроченные события снижена. Трудности в конструктивно-пространственных пробах и в пробах на зрительный гнозис умеренные. Легкие трудности в пробах на фонематический анализ и синтез. Собственная речь спонтанная и замедленная, спотыкающаяся, с амнестическими трудностями и вербальными парафазиями. Чтение относительно доступно, письмо замедленно с итеральными параграфиями. Нарушение мышления в виде снижения уровня обобщений и трудностях понимания переносного смысла.

Степень выраженности и динамика когнитивных нарушений изучались с помощью батареи психологических тестов. После клинического описания и оценки опросники предъ-

являлись в следующей последовательности: Шкала общего ухудшения (Global Deterioration Rating – GDR), Минимальное нейропсихологическое исследование, Тест рисования часов, минитест оценки психического состояния (Mini-mental scale examination – MMSE), Батарея Лобной Дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB) [B.Dubois и соавт., 1999]. Данные психологического исследования подтверждали клиническую оценку психического состояния пациентов как деменция легкой степени выраженности и составляли в среднем по шкале MMSE 20-23, FAB 13-15.

В лечении указанных пациентов использовался акатинол мемантин. Препарат оказывает модулирующее действие на глутаматергическую систему, являясь неконкурентным антагонистом N-метил-D-аспартат (NMDA)-рецепторов. Акатинол применялся по стандартной схеме начиная с 5 мг в день и повышая на 5 мг каждую неделю с максимальной дозой 20 мг. Вся доза принималась ежедневно утром. Испытания были плацебо-контролируемыми.

В первые 2 недели приема при повышении дозы, когда основной эффект еще слаб, препарат может давать побочный эффект. Основной побочный эффект в приступах агрессии, тревоги вечером и нарушения сна, из-за чего вечером препарат не назначают. Через дня 3 после повышения дозы пациенты становятся спокойнее, уходит суетливость, значительно уменьшается импульсивность, улучшается сон с урежением пробуждений. С пациентами легче общаться, ведут себя значительно спокойнее во время беседы, меньше спорят, достаточно послушны, с ними можно договориться, лучше понимают обращенную речь, перестают браниться.

Этот эффект на 5 мг неустойчив и в полной мере проявляется на 15 мг и 20 мг. К концу месяца лечения при дозе 15-20 мг становится быстрее темп мышления и меньше ошибок в работе, больше уверенность в своих действиях, хотя ошибки сохраняются.

Препарат дает статистически значимый результат на 8-ой неделе. Через два месяцев в полную силу начинает разворачивается эффект и проходят побочные явления.

На 10 неделе приема акатинола ошибок при выполнении корректурной пробы становится меньше. Изначально частые ошибки – 10 ошибок на 1 строку сменяются лишь одной ошибкой. К 12-ой неделе наиболее отчетливое улучшение у большинства пациентов. Изменения в количестве ошибок при корректурной пробе в сравнении с десятой неделей незначительны.

Динамика показателей шкал была незначительной. Однако сами пациенты отмечали субъективное улучшение самочувствия. Наблюдалось улучшение припоминания – «появлялась острота ума как после кофе – припомнил все, что забыл». «Мысленная миграция» приобретает позитивную окраску – пациенты припоминают в основном позитивные периоды анамнеза. Пациентов можно было отпускать в магазин с инструкцией и запиской, что купить. Заметно увеличение остроты восприятия в соответствии с предпочитаемой модальностью – краски, звуки, глубина и четкость картинки. Повышается креативности – «в голову приходят новые решения и идеи», – и работоспособности. Возрастает ловкость движения – реже бывают ошибочные движения и «падения пожилых». Увеличивается моторная скорость, в частности, скорость походки. Уменьшается мышечная ригидность, что проявляется в способности к совместным двигательным действиям. Прекращаются ночные хождения по квартире.

В сравнении с 12-ой неделей в дальнейшем нет существенной динамики симптомов. Темп улучшения состояния в конце первых 2-3 месяцев заметно снижается и симптоматика застывает на месте. Наметившееся в начале лечения улучшение сменяется спадом лечебного эффекта. Через 6-8 месяцев эффект снижается со случаями ухудшения. При продолжении приема препарата спад динамики плавный, а при отмене препарата отмечается обвальная негативная клиническая динамика. Отказ от приема более 2-х месяцев приводит к ускорению деградации личности. Усиливается рассеянность, пожилой человек не всегда отвечает впопад, самостоятельно не готовит и не гуляет, с ним трудно общаться.

Обращает на себя внимание невозможность обходиться без постоянного приема препарата, потребность увеличения дозы для сохранения темпа позитивной динамики, потеря темпа улучшения состояния на 2-3 месяц при сохранении прежней дозы и резкое ухудшение психического состояния в сопоставлении с изначальным положением при отказе от препарата. Все это напоминает синдром наркотической зависимости от психостимуляторов.

Действие препарата в основном оценивается по критериям оценки эффекта применения активирующих психотропных препаратов. Уместно напомнить, что препарат используется в терапии синдрома дефицита внимания у детей, где его сравнивают с такими психостимуляторами, как страттера, метилфенидат и риталин.

Наблюдаемый эффект недифференцированной активации психической деятельности и двигательной активности у пожилых пациентов нуждается в коррекции с помощью седативных средств в случае наличия неправильного поведения помимо когнитивного дефицита. Практика показывает, что пожилым для клинической компенсации и упорядочения поведения эффективнее назначение нейролептиков с седативным действием.

Т.о., в результате лечения лиц инволюционного и сенильного возраста с помощью блокаторов глутаматных NMDA-рецепторов удается повысить повседневную активность. Однако уменьшение когнитивного дефицита незначительно и происходит за счет активации, прежде всего внимания и показывая повышение двигательной целенаправленной активности и коммуникабельности. Препарат акатинол мемантин оказывает психоактивирующее действие на лиц преклонного возраста, значительно растормаживая и усиливая позитивные психические расстройства в случае их изначального наличия. Все это делает проблематичным использование блокаторов глутаматных NMDA-рецепторов без указания конкретных критериев их использования у лиц преклонного возраста. Препарат должен применяться в психогериатрии по строгим показаниям с учетом того, что он более ориентирован не на лечение деменции, а на психическую активацию.

МЕХАНИЗМЫ СНИЖЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЯХ

Жмудь М.В., Сиденкова А.П.

Екатеринбург
Уральский ГМУ

Актуальность. Рост встречаемости тяжелых когнитивных расстройств в популяции, участие в уходе за лицами с деменциями большого числа трудоспособных лиц, опосредованное влияние деменции на их социальную адаптацию актуализируют комплексное медико-социальное изучение деменций.

Целью исследования является изучение динамического влияния клинических и психосоциальных аспектов деменции на психическое состояние и качество функционирования пациентов и уровня социально-трудовой адаптации лиц, осуществляющих уход за больными. Основные методы исследования: клинико-динамический, психометрический, социометрический, статистический. Основные инструменты исследования: «Карта стандартизированного описания лица с когнитивными нарушениями» (на основе стандартизированных шкал MMSE, GDS, NPI-X), оценка уровня функционирования (шкала BRISTOL ADL).

Материалы и методы исследования. С 2009 года в Свердловской области проводится открытое выборочное обсервационное исследование лиц старших возраста с когнитивным снижением и коморбидными с ним другими психопатологическими расстройствами. Целью исследования является изучение динамического влияния клинических и психосоциальных аспектов деменции на психическое состояния и качество психосоциального функционирования пациентов.

Средний возраст больных составил 76,37+5,75 лет, из них 67,1% (47 чел.) женщины. В исследование включены больные ранним и поздним вариантами болезни Альцгеймера (соответственно 6 и 25 чел.), постинсультной деменцией (21 чел.), деменцией с тельцами Леви (6 чел.), комбинированной деменцией (12 чел.).

Результаты исследования. Клинико-психопатологический анализ состояния пациентов показал, что в наибольшей степени на уровень социально-бытового функционирования (46,2+0,3 баллов по шкале BRISTOL ADL), снижая его, влияет наличие в структуре синдрома слабоумия явлений аберрантного поведения (λ=0,437), тревоги (λ=0,612), ажитации (λ=0,589), вне зависимости от нозологической принадлежности деменции. При галлюцинаторно-параноидном варианте слабоумия (Блейхер В.М.,1967), несмотря на признаки умеренно-выраженной деменции (16,7 баллов по MMSE) уровень функционирования больных составил 25,2+1,4 балла по шкале BRISTOL ADL, что свидетельствует о сохранной способности к отдельным проявлениям социально-бытовой активности пациентов (самостоятельное выполнение несложных гигиенических навыков, прием пищи, одевание). Результаты исследования показали, что деменции позднего возраста, являются сложными структурно-динамическими расстройствами, имеющими разнообразные клинические симптомы, по-разному сказывающиеся на функциональном состоянии больного.

Выводы. Распространенность этих состояний, их прогредиентный характер и мощное деструктивное влияние на ухаживающих определяют не только медицинскую, но и психосоциальную значимость деменций позднего возраста.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Калын Я.Б., Гаврилова С.И., Сафарова Т.П.

Москва
НЦПЗ

Исходя из современных представлений о патогенезе депрессии, в том числе об участии в них механизмов нейропластичности, можно ожидать, что повышение эффективности лечения депрессивных расстройств, в частности в пожилом возрасте, может быть достигнуто путем комплексной терапии, включающей наряду с применением различных антидепрессантов и препаратов, имеющих выраженные нейропротективные и нейротрофические свойства.

В аспекте большой интерес представляет возможность применения комбинированной антидепрессивной терапии с участием отечественного препарата карницетина (ацетил-L-карнитин, АЛК) – ацетилового эфира карнитина, обладающего метаболическим и нейропротективным действием, который является кроме того источником ацетилхолина. Карнитин присутствует в ЦНС в норме и принимает участие в ряде важнейших цитобиохимических процессов: метаболизме фосфолипидов, активности нейрогормонов, нейротрансмиттеров и нейротрофических факторов, морфологии синапсов, энергообмене мозговой ткани. Лекарственный препарат на основе АЛК, под торговым названием Карницетин®, производит российская компания «ПИК-ФАРМА».

Цель настоящего исследования: сравнительная оценка эффективности и безопасности монотерапии одним из антидепрессантов последних поколений (венлафаксин, вальдоксан или феварин) и комплексной антидепрессивной терапии с применением тех же антидепрессантов в равном распределении в группах больных в сочетании с карницетином в условиях геронтопсихиатрического стационара.

В работу включили 40 больных в возрасте 60 и старше лет (от 60 до 79 лет) с депрессией легкой и умеренной выраженности (по МКБ-10), которые получали в течение 8 недель антидепрессивную моно- или комплексную (антидепрессант и АЛК) терапию. Все пациенты прошли полное клиническое обследование (психопатологическое, психометрическое, терапевтическое и неврологическое). Для выявления структурных изменений головного мозга всем больным проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга

Использовался метод открытой сравнительной оценки моно- и мультимодальной антидепрессивной терапии в двух равных по численности группах больных, сопоставимых по поло-возрастным и клиническим (тяжесть депрессии) характеристикам. Для оценки терапевтической эффективности использовали стандартизованные оценочные шкалы: шкалу Гамильтона для оценки депрессивных и тревожных расстройств (HAMD-17, HARS). Кроме того, оценка тяжести депрессии и степени клинического улучшения производилась с помощью шкалы общего клинического впечатления (CGI).

Для оценки динамики когнитивного функционирования применяли краткую шкалу оценки когнитивного статуса (MMSE), тест воспроизведения 10 слов и тест рисования часов.

Оценка состояния больных производилась до начала лечения в (0 день), на 14-й, на 28-й и 56-й дни терапии.

Статистический анализ результатов проводился с применением программы Statistica 6.0 for Windows.

У всех больных был диагностирован большой депрессивный эпизод (в соответствии с классификацией DSM-IV-TR или МКБ-10) различной нозологии: у 31 больного – депрессивная фаза в рамках рекуррентного депрессивного расстройства и у 9 больных – в рамках биполярного аффективного расстройства. У больных в анамнезе отсутствовали другие психические расстройства и первичные органические заболевания.

По критериям МКБ-10 у 26 больных (65%) депрессия соответствовала депрессивному эпизоду средней степени тяжести, у 14 (35%) – легкому депрессивному эпизоду. Тревожный компонент депрессии по шкале тревоги Гамильтона составил в среднем по группе 19,12±4,24 баллов. Уровень когнитивной деятельности большинства больных соответствовал возрастной норме со среднегрупповым показателем по шкале MMSE 27,25±1,99 баллов.

С учетом совпадения основных демографических и клинических (тяжесть депрессивного эпизода) характеристик были сформированы пары больных, из которых больные случайным образом распределялись в 2 группы. Больные первой группы получали терапию одним из антидепрессантов. В качестве антидепрессантов назначались препараты последнего поколения с различным механизмом действия: агомелатин, венлафаксин и флувоксамин.

Больные 2-ой группы одновременно с антидепрессивной терапией получали терапию АЛК, (препарат «Карницетин», ООО «ПИК-ФАРМА»)\. который назначали в течение всего курса терапии (8 недель) в дозе 1000 мг/сут. (по 2 капсулы два раза в сутки).

Полученные результаты свидетельствуют, что применение комбинированной терапии, сочетающей лечение антидепрессантом и препаратом с нейропротективным и нейротрофическим механизмом действия – карницетином

– позволяет добиться более быстрого развития терапевтического ответа и более выраженного эффекта по сравнению с антидепрессивной монотерапией, что подтверждено более значимой редукцией депрессивных расстройств, в том числе показателей выраженности тревоги и апатии, а также улучшением когнитивного функционирования больных уже через месяц после начала терапии. Кроме того, применение комплексной терапии сопровождалось уменьшением частоты нежелательных эффектов.

Результаты. проведенного исследования позволяют рекомендовать комплексную антидепрессивную терапию (сочетание антидепрессанта с энерготропным препаратом карницетин) для применения в геронтопсихиатрическом стационаре с целью достижения более быстрого и полного терапевтического ответа, снижения риска возникновения нежелательных эффектов терапии и сокращения сроков госпитализации.

РОЛЬ СОВРЕМЕННОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО И ЕГО СЕМЬИ

Колыхалов И.В., Рассадина Г.А.

Москва
НЦПЗ,
ГБУЗ Психиатрическая клиническая больница №15 ДЗМ

Болезнь Альцгеймера (БА) причиняет страдания не только самим больным, но и членам их семей, осуществляющим уход за пациентами. Прогнозируемый на ближайшие годы рост численности пациентов с БА повлечет за собой увеличение экономического, морального, физического «бремени» болезни как для семей больных, так и служб общественного здравоохранения в целом. Груз проблем, связанных с уходом и присмотром за больными становится особенно значительным, когда болезнь достигает стадии умеренной и особенно тяжелой деменции, на которой неизбежно появляются поведенческие и психотические симптомы.

В этой связи, большую актуальность приобретает вопрос о том, в какой степени лечение больных с БА способно оказать позитивное влияние не только на когнитивное и повседневное функционирование самих пациентов, но и снизить нагрузку на тех членов их семей, которые осуществляют повседневный уход за пациентами, но и семью в целом.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности и безопасности курсовой терапии ривастигмином у пациентов с психотическими и поведенческими расстройствами и умеренно выраженной деменцией обусловленной БА, а также изучение динамики показателей, оценивающих нагрузку на лиц, осуществляющих уход за больными.

Исследование было выполнены на невыборочной группе из 25 пациентов с БА, поступивших в связи с поведенческими или психотическими расстройствами в мужское геронтопсихиатрическое отделение ПКБ №15 г. Москвы. Все пациенты получали терапию ривастигмином в течении 4-х месяцев. 22 больным при поступлении в стационар одновременно с ривастигмином назначалась антипсихотическая терапия.

Для оценки терапевтической динамики когнитивного функционирования использовались краткая шкала оценки психического статуса (MMSE, Mini–Mental State Examination) и когнитивная подшкала шкалы оценки болезни Альцгеймера (ADAS-Cog, Alzheimer's Disease Assessment Scale–Cognitive subscale), оценка повседневной активности больных проводилась по шкале DAD (Disability Assessment for Dementia), выраженность поведенческих и психотических симптомов деменции оценивалась по Нейропсихиатрическому опроснику (NPI, Neuropsychiatric Inventory). Для определения нагрузки на лиц, ухаживающих за больными, применялся опросник RUD (Resource Utilization in Dementia).

Проведенное исследование показало, что применение ривастигмина у пациентов БА с поведенческими и психотическими расстройствами на стадии умеренно выраженной деменции улучшает не только когнитивное функционирование больных, но и положительно влияет на редукцию у них психотических и поведенческих расстройств.

Применение ривастигмина в комплексной терапии пациентов с БА приводило к существенному снижению доз необходимых психотропных препаратов, а у ряда больных – и к полной отмене всех антипсихотических средств, применяемых для купирования поведенческих и психотических расстройств.

Чрезвычайно важно подчеркнуть, что применение холинергической терапии у пациентов с умеренно выраженной БА и поведенческими расстройствами приводит к существенному (до 30%) снижению времени, затрачиваемому на уход и присмотр за такими пациентами, уменьшает уровень стрессовой нагрузки и сопровождается улучшением здоровья лиц, ухаживающих за больными, что оказывает значительное позитивное влияние на качество жизни как самого больного, так и его семьи.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Круглов Л.С.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
СПбГУ

Введение. Психологические и психиатрические аспекты позднего периода жизни известны определенным своеобразием. Последнее относится к возможным характерологическим изменениям, возрастному когнитивному снижению (далеко необязательно переходящему в деменцию), специфике взаимоотношений с окружающими, а также феноменологии психических нарушений. Хотя подобные особенности давно констатируются в геронтопсихиатрической литературе, анализ их причин остается недостаточно освещенным.

В качестве основных психопатологических феноменов, характерных для позднего возраста рассматриваются когнитивные расстройства, явления церебрастении, сенестопатически-ипохондрическая симптоматика, депрессия, бредовые и галлюцинаторные расстройства. При этом все они содержат в себе специфические особенности, связанные с влиянием биологического, психологического и психосоциального блоков факторов. Каждый из последних включает целый ряд компонентов, которые взаимосвязаны между собой и с составляющими других блоков. Таким образом, во многом традиционная группировка неблагоприятных физиологических и психологических поздневозрастных воздействий приобретает преобразованный вид в рамках концепции биопсихосоциальной парадигмы. В результате реализации данного подхода раскрываются многочисленные внутренние взаимосвязи отдельных компонентов указанных блоков факторов, что существенно как для более глубокого понимания формирования психопатологии позднего возраста, так и в выборе оптимальных вариантов лечения и реабилитации пожилых пациентов.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАХОДКИ У БОЛЬНЫХ С ПОЗДНИМИ ПСИХОЗАМИ

Лейдерман М.В., Сиденкова А.П.

Екатеринбург
ГБУЗ СО Свердловская областная КПБ,
Уральский ГМУ

Высокая встречаемость возраст-специфической психической патологии, обусловленная рядом демографических, биологических, социальных факторов, актуализирует ее изучение.

Цель исследования – изучение состояния когнитивных функций у пациентов старших возрастных групп с психотическими расстройствами.

Материалы и методы исследования. С 2013 года на базе ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» проводится обсервационное бесповторное выборочное исследование пациентов старших возрастных групп с психотическими расстройствами. В настоящей статье представлены результаты обследования 45 пациентов (44 женщин и 1 мужчины) в возрасте 55-91 год. Настоящее исследование проведено с использованием клинического, клинико – психопатологического, психометрического, нейропсихологического, методов. Инструментами исследования явились – «Карта больного с бредовым расстройством», разработанная в соответствии с целью исследования, в структуру которой включены валидизированные нейропсихологические шкалы: «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE), ADAS-Cog, тест зрительной памяти Бентона, методика кодирования WAIS, домены ажитации, депрессии, тревоги и апатии по нейропсихологическому опроснику (NPI). Критериями включения в изучаемую группу являлось наличие бредовых расстройств у лиц 55 лет и старше.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение нозологической принадлежности изучаемой выборки, показало, что в 20% случаев (9 чел.) страдали болезнью Альцгеймера, в 4,4% случаев (2 чел.) выявлялась болезнь телец Леви. У 53,4% пациентов (24 чел.) подтверждено органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза. Шизофрения верифицирована в 15,5% случаях (7 чел.), инволюционная депрессия и реккурентное депрессивное расстройство с бредовой фабулой конгруэтной аффекту диагностирована у 6,6% больных (3 чел.).

При исследовании когнитивной сферы пациентов исследуемой выборки тяжелая деменция выявлена в 4,4% случаев, деменция умеренной степени выраженности в 24,4% случаев, легкая деменция – 17,8%, УКР – 26,7% случаев, когнитивная норма обнаружена в 26,7% случаев.

Сопоставление уровня когнитивного функционирования с нозологической природой расстройства показало, что в средний показатель MMSE у пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера, в среднем по группе составил 14 баллов с колебаниями от умеренной до тяжелой деменции. Средние показатели интеллектуального функционирования среди лиц с болезнью телец Леви оценены в 17 баллов (от легкой до умеренной деменции). При сосудисто-органическом поражении головного мозга средний балл MMSE составил 24, при этом в группу исследования вошли пациенты как в отсутствием когнитивного снижения, так и разной выраженностью деменции – до умеренной степени включительно. У пациентов с шизофренией показатели когнитивных функций находились в диапазоне от преддементных нарушений до нормального функционирования и составили в среднем 27 баллов по шкале MMSE. Лица, страдавшие аффективными расстройствами, демонстрировали отсутствие тяжелых когнитивных расстройств, средний балл в данной подгруппе 27.

Выявлено, что значимые различия между нозологическими подгруппами получены между полярными результатами при выполнении методик «Кодирование по WAIS», «Называние предметов и пальцев», «Идеаторный праксис», «Конструктивный праксис», «Узнавание слов» пациентами с различной нозологией в подгруппах с деменцией и ее отсутствием. Так же выявлено, что в группе пациентов с болезнью Альцгеймера и сосудисто-органическим заболеванием головного мозга получено нарастание проявлений апатии по мере нарастания когнитивных нарушений по всем вышеуказанным когнитивным методикам, что позволяет сделать предположении о наиболее высокой чувствительности данного симптома к углублению степени деменции на уже раннем этапе когнитивных нарушений.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало неоднородность нозологической принадлежности группы пациентов старших возрастных групп, объединенных по дименсиональному признаку – наличие бреда. Выявлены различия в когнитивном функционировании пациентов с поздними хроническими бредовыми психозами, сформированными при разных психических расстройствах. Предварительные результаты сравнительного анализа отдельных когнитивных функций позволяют прогнозировать особую чувствительность отдельных методов нейрокогнитивного исследования для нозологической верификации додементных форм тяжелых когнитивных расстройств.

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ДЕМЕНЦИЙ

Мрыхин В.В.

Ростов-на-Дону
Ростовский ГМУ

В последнее время в выступлениях и публикациях ряда специалистов звучат противоречивые взгляды на принципиальные вопросы терапии деменций. Единого мнения нет даже в вопросе – лечить или не лечить деменцию, если прогноз во многих случаях неблагоприятный? Не до конца понятен вопрос – когда начинать терапию деменции. Профилактически – препаратами ноотропного и сосудистого спектра, акатинолом? При первых симптомах мнестических нарушений? Или же при формировании собственно дементного синдрома?

Нет единого подхода в вопросе выбора стартового препарата – в некоторых публикациях рекомендуется начинать и максимально долго проводить терапию ингибиторами холинэстеразы и, по возможности, воздерживаться от назначения антагонистов NMDA–рецепторов, которые, якобы, после быстрого улучшения вскоре приводят к «истощению» санирующих механизмов и развитию осложнений. Убедительных доказательств этой точки зрения не приводится и поэтому с этим сложно согласиться. В других публикациях преимущество отдается антагонистам NMDA–рецепторов или комбинированной терапии. При этом подчеркивается, что антагонисты NMDA-рецепторов – эффективны при широком спектре когнитивных нарушений в рамках болезни Альцгеймера, деменции с тельцами Леви, сосудистой деменции и других заболеваниях. Оказывают как симптоматический ноотропный эффект, так и нейропротективное действие в виде замедления темпа нарастания когнитивных расстройств. Акатинол оказывает положительный эффект и способствует увеличению функциональной независимости на всех стадиях деменции. Подчеркивается, что в отличие от ингибиторов ацетилхолинэстеразы, акатинол эффективен при тяжелой деменции, не усугубляют депрессию.

Есть публикации, в которых главным нейрохимическим механизмом развития деменции (особенно болезни Альцгеймера) обозначается выраженная дегенерация холинергических нейронов и соответственно значительное снижение уровня ацетилхолина в головном мозге. При этом отмечается, что выраженность холинергических нарушений коррелиру-

ет со степенью деменции, гибелью нейронов, а также числом сенильных бляшек и нейрофибриллярных клубков. Данные некоторых экспериментальных исследований показали, что именно дефицит центральных холинергических систем может приводить к отложению в головном мозге патологического белка b–амилоида в виде сенильных бляшек. Повышение же концентрации ацетилхолина в мозге, в свою очередь, способствует росту нейронов и увеличению числа синапсов, т. е. оказывает выраженный нейропластический эффект. Вследствие этого холинергическая фармакотерапия также может рассматриваться в качестве профилактики и лечения деменции (в первую очередь болезни Альцгеймера, сосудистой деменции и др.). В качестве средств для терапии деменции рассматриваются препараты с нейротрофическим действием и препараты Ginkgo biloba.

В качестве методов реабилитация когнитивных нарушений у больных с деменцией предлагаются: тренинг, направленный на улучшение памяти; программы, основанные на прослушивании музыки, регулярных занятиях танцами; программы, направленные на повышение активной деятельности больных дома (в частности, приготовление пищи); арттерапия. Однако убедительных исследований, доказывающих эффективность того или иного метода реабилитации недостаточно.

Есть точка зрения, что антидепрессанты, селективные агонисты серотонинергических рецепторов показаны пациентам с деменцией при подозрении на депрессию. Есть также предположения, что данные препараты могут быть эффективны при деменциях лобного типа, в том числе в отсутствие депрессии.

Не до конца разработан алгоритм применения при деменции, сопровождающейся выраженной психопатологической симптоматикой, нейролептиков. Нет однозначных рекомендаций какие препараты из этой группы предпочтительнее.

Таким образом, на сегодняшний день имеется много спорных и даже противоречивых взглядов на вопросы профилактики и терапии деменции, поэтому думается, что если не стандартизация, то хотя бы сближение точек зрения и подходов врачей разных специальностей, занимающихся этой патологией, специалистов разных регионов, поможет практическому врачу лучше ориентироваться в этих весьма непростых вопросах и, в конечном итоге, оказывать этой многочисленной группе больных более квалифицированную помощь.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПОСЕЩАЮЩИХ ЦЕНТРЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Полищук Ю.И., Летникова З.В., Калиниченко Т.П.

Москва
МНИИП, филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель: определение влияния возрастного фактора на характер и частоту психических расстройств в разных периодах позднего возраста

Материал и методы. На базе трех московских центров социального обслуживания были невыборочно обследованы 162 человека в возрасте 60-69 лет (мужчин 19, женщин 143) и 120 человек в возрасте 80-89 лет (мужчин 29, женщин 91). Применялись методы: клинико-психопатологический, психометрические – краткий тест оценки психического состояния MMSE, гериатрическая шкала депрессии, шкала тревоги Тейлор, тест рисования часов, статистический.

Результаты и их обсуждение. Психические расстройства депрессивного и тревожного спектра были выявлены у 112 (69,2%) лиц пожилого возраста и у 76 (63,3%) лиц старческого возраста. Дистимические расстройства чаще выявлялись в пожилом возрасте (15,4%), чем в старческом (10,8%). Депрессивные эпизоды также чаще отмечались в пожилом возрасте (7,4%), чем в старческом (4,2%). Смешанное депрессивное и тревожное расстройство преимущественно органической природы достоверно чаще ($p<0,05$) выявлялось в старческом возрасте (14,2%), чем в пожилом (5,5%). Также чаще в старческом возрасте по сравнению с пожилым выявлялись кратковременные депрессивные и тревожно-депрессивные реакции (соответственно 13,3% и 7,9%). Пролонгированные депрессивные и тревожно-депрессивные реакции наблюдались с одинаковой частотой (4,2% и 4,3%). Большие различия между двумя возрастными группами обследованных были установлены при изучении когнитивных расстройств. В группе лиц пожилого возраста когнитивные расстройства разной степени выраженности были выявлены в 50%, тогда как в группе лиц старческого возраста они были выявлены в 87%. Легкие когнитивные расстройства у пожилых отмечались в два раза чаще, чем у лиц старческого возраста (соответственно 25,3% и 11,7%). Умеренные когнитивные расстройства в два раза чаще отмечались у лиц старческого возраста (42,5%), чем у лиц пожилого возраста (21%). Еще большие различия между двумя группами были установлены по числу пациентов с начальной деменцией (MMSE меньше 24 баллов). Среди лиц пожилого возраста она была выявлена у 6 (3,7%) пациентов. Среди лиц старческого возраста – у 39 (32,5%) пациентов, то есть почти в 10 раз чаще. Отмечено преобладание больных с сосудистой деменцией (31 человек) над пациентами с атрофической деменцией (8 человек). В единичных случаях в обеих группах были выявлены обсессивно-компульсивные и тревожно-фобические расстройства, генерализованное тревожное расстройство, бредовое и паническое расстройство. Число психически здоровых лиц достоверно преобладало в группе пожилых (17,1%) по сравнению с группой старческого возраста (6,7%)

Выводы.

1. У лиц старческого возраста, посещающих центры социального обслуживания, более частыми и более выраженными становятся когнитивные расстройства, значительно возрастает число лиц с начальной деменцией.

2. В старческом возрасте по сравнению с пожилым возрастом достоверно чаще развиваются смешанные депрессивные и тревожные расстройства органической природы.

3. Имеется тенденция к увеличению числа депрессивных эпизодов и дистимий у лиц пожилого возраста по сравнению с лицами старческого возраста.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ

Рощина И.Ф.

Москва
НЦПЗ, МГППУ

Одной из важнейших и нерешенных проблем современной геронтопсихиатрии является возможность диагностики болезни Альцгеймера (БА) на наиболее ранней (додементной) стадии. Этим обусловлена необходимость диагностики симптомов прогрессирующего когнитивного снижения и отграничение этих состояний от когнитивного дефицита непрогредиентного характера в позднем возрасте, что приобретает особую актуальность и практическую значимость в ситуации роста численности пациентов с нейродегенеративными заболеваниями.

В отделении по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств отдела гериатрической пси-

хиатрии (руководитель – профессор С.И. Гаврилова) ФГБНУ НЦПЗ было проведено комплексное катамнестическое (в течение 6 лет) клинико-нейропсихологическое исследование когорты из 57 пожилых людей (средний возраст – 69,3±7,2 года), обратившихся за консультативной помощью в связи со снижением памяти. У всех пациентов клиницистами диагностирован синдром мягкого когнитивного снижения (MCI) амнестического типа, соответствующего современным критериям [Marilyn S. et al., 2011]. Выявлялась структура нейропсихологического статуса при первичном обследовании, а также динамика состояния высших психических функций (ВПФ) на протяжении 6 лет.

Для изучения диффузных изменений в церебральном функционировании при нормальном и патологическом старении в отечественной нейропсихологии используется структурно-функциональная модель мозга (ФБМ) А.Р. Лурия (1973), а также метод синдромного анализа нарушений психических функций. Применение этой модели к решению задач ранней диагностики БА на предементном этапе позволило выделить основные составляющие нейропсихологического синдрома снижения высших психических функций (ВПФ) и их иерархию у пациентов с MCI. Количественная обработка результатов нейропсихологического исследования проводилась с применением шкалы количественной оценки нарушений ВПФ у больных позднего возраста [Рощина И.Ф. и соавт., 1998]. Сравнение структуры нарушений ВПФ при первичном и катамнестическом обследовании позволяет сделать выводы о нейропсихологических критериях прогноза MCI на основе концепции ФБМ.

Через 6 лет после первичного обследования когорта пациентов распределилась на две подгруппы. В первую подгруппу вошли 58%, у которых не наблюдалось отрицательной динамики в когнитивной сфере. При этом 38% из них при первом обследовании были отнесены к «энергетическому» варианту (1 блок мозга) нормального старения (Н.К.Корсакова, 2011) с незначительным усилением тормозимости следов памяти и сужением объема психической деятельности. Вторая часть этой стабильной подгруппы (20%) имела дефициты симультанности в переработке информации (в большей степени зрительно-пространственной), т.е. соответствовала варианту старения с ограничениями в уровне функционирования 2 блока мозга (зона ТРО правого полушария) (Н.К.Корсакова, 2011).

Таким образом, возрастное когнитивное снижение, связанное с дисфункцией 1 и 2 блоков мозга, не характеризовалось прогредиентностью. Стабильное состояние когнитивного функционирования у этих пациентов является основанием для реализации абилитационных программ психологической поддержки и сопровождения. Этих пожилых людей необходимо информировать о «слабых» звеньях ВПФ и предложить им стратегии ауторегуляции и смыслового наполнения жизни на фоне поддерживающей фармакотерапии.

Во второй подгруппе (42%) уже при первичном нейропсихологическом обследовании выявлялись симптомы, указывающие на импульсивность при решении арифметических задач и в целом снижение контроля за деятельностью и ее произвольной регуляцией (при выполнении проб на динамический праксис и проб «реакция выбора»). У 19% пациентов второй подгруппы наблюдалась отчетливая дефицитарность со стороны лобных систем мозга (тенденция к персеверациям и полевому поведению).

Вторая часть этой подгруппы (23%) при первичном обследовании обнаруживала сочетание симптомов дисфункции 1 и 3 блоков мозга (модально-неспецифическое снижение памяти, обусловленное повышенной тормозимостью следов при отсроченном воспроизведении, колебания продуктивности деятельности, сокращение или потеря программы начатого действия, импульсивность при выполнении проб «реакция выбора», снижение контролирующей и регулирующей роли речи в построении программ движений и действий). В этой подгруппе 6-ти летний период жизни пациентов, несмотря на поддерживающую терапию, характеризовался нарастанием не только ранее выявленных симптомов, но и общим когнитивным снижением и социальной дезадаптацией. Четырем из этих пациентов на момент второго обследования был поставлен диагноз болезни Альцгеймера.

Таким образом, данные синдромного анализа нарушений ВПФ у лиц с MCI позволяют говорить о том, что сочетание симптомов со стороны глубинных и лобных структур мозга является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о дальнейшем нарастании мнестико-интеллектуального дефицита. В отношении лиц с синдромом MCI амнестического типа, имеющих указанные клинико-нейропсихологические характеристики, должны применяться дополнительные методы исследования и методы фармакологического и нефармакологического коррекционного воздействия, аналогичные тем, которые рекомендованы для пациентов с БА. Нефармакологические коррекционные занятия в рамках когнитивного тренинга должны учитывать индивидуальную структуру снижения ВПФ с опорой на сохранные звенья психической деятельности.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Рыбакова Т.В., Бубнов А.А.

Пенза
ГБУЗ ОПБ им. К.Р.Евграфова

Введение. Повышение доли когнитивных нарушений в структуре заболеваемости представляет собой одну из первоочередных проблем современной медицины. Основную роль в развитии когнитивных нарушений играет так называемый феномен разобщения – нарушение связей между корой головного мозга (в особенности лобных долей) и подкорковыми структурами.

Наличие у пациента умеренных когнитивных нарушений свидетельствует о высоком риске развития деменции в ближайшем будущем. По эпидемиологическим данным, риск развития деменции у пациентов с синдромом умеренных когнитивных нарушений составляет 10-15% в течение одного года. В течение 7 лет наблюдения деменция развивается у 55-70% лиц с установленным диагнозом «умеренные когнитивные нарушения».

Цель исследования: определить эффективность сочетания медикаментозных и не медикаментозных методов лечения когнитивных расстройств.

Материалы и методы. Для исследования было отобрано 87 (60 женщин и 27 мужчин) пациентов, находящихся на лечении и обследовании в отделение, страдающих когнитивным снижением разной степени выраженности, которые были обусловлены различными органическими заболеваниями головного мозга. Возраст пациентов колебался от 45 до 75 лет. Из них цереброваскулярными заболеваниями (атеросклероз сосудов мозга, гипертоническая болезнь) страдало 28 больных, последствиями черепно-мозговых травм с церебрастеническим синдромом – 19 больных, смешанного генеза, в том числе атрофического и токсического – 40 человек. При поступлении больные предъявляли жалобы на головокружение, головную боль, снижение памяти, нарушение внимания, слабость в конечностях с нарушением двигательных функций в них, нарушение речи, пониженное настроение, невозможность сосредоточиться, быструю утомляемость. Некоторые пациенты отмечали нарушение ритма сна, который становился поверхностным, с частыми пробуждениями.

В группе пациентов с церебральным атеросклерозом и гипертонической болезнью у 2 пациентов отмечался легкий паркинсонический синдром, у 6 больных – пирамидная недостаточность и у 11 пациентов – вестибулоатактический синдром. В группе больных с последствиями перенесенного инсульта у 2 пациентов ведущим неврологическим синдромом был легкий гемипарез, у 4 пациентов – вестибулоатактический синдром, у 2 пациентов – дизартрия У пациентов, страдающих от последствий черепно-мозговой травмы, ведущим синдромом был церебрастенический.

Перед проведением исследования анализировались данные амбулаторной карты. Все пациенты были проконсультированы терапевтом, окулистом, неврологом, проведены такие дополнительные обследования, как КТ головного мозга, ЭЭГ, РЭГ. Всем пациентам проводилось психологическое тестирование, которое включало анализ по краткой шкале оценки психического статуса, шкале деменции Маттиса, тест с рисованием часов; нарушения памяти исследовались при помощи теста на заучивание 10 слов. Психологическое исследование проводились дважды – до назначения терапии и после завершения ее курса. У 15 больных были выявлены выраженные когнитивные нарушения, у 52 – умеренные и у 20 – легкие.

Все пациенты получали симптоматическую и патогенетическую терапию : препараты, улучшающие церебральную микроциркуляцию (мильдоний, церебролизин, цитофлавин), нормализующие артериальное давление и нейрометаболическую терапию. При умеренных и выраженных когнитивных нарушениях больные получали препарат мемантин по схеме. За время проведения исследования каких-либо серьезных осложнений, препятствующих продолжению приема препарата не наблюдалось. Препарат переносился в основном хорошо, только у 3 больных в течение первых дней отмечалось усиление головных болей, но это не потребовало медикаментозной коррекции. В результате проведенного лечения у 32 из 67 пациентов результаты повторного психологического тестирования показали положительные результаты. В наиболее полном объеме отмечалось восстановление функции памяти, как долговременной, так и оперативной, улучшились функции счета, значительно регрессировали проявления церебрастенического синдрома. Менее отчетливо наблюдалась положительная динамика у пациентов с атрофическим поражением головного мозга. Субъективно больные отмечали улучшение состояния, повышение способности к концентрации внимания, однако значительной динамики при проведении повторного психологического исследования не наблюдалось. У пациентов, страдающих когнитивными расстройствами после перенесенной ЧМТ, отмечалось значительное восстановление функции памяти, улучшилась как кратковременная, так и долговременная память.

Наряду с медикаментозной терапией при лечении легких и умеренных когнитивных нарушениях мы использовали психотерапевтическую программу, в которую входят : когнитивная терапия, когнитивная активация, социально- компетентный тренинг, эрготерпия, психообразование. Каждый цикл состоит из 10 занятий, продолжительностью 45 минут и не чаще, чем 2 раза в неделю. Групповое занятие проводят врач-психиатр, психолог и социальный работник

В период с 2011 по 2014 гг в нашем отделение было проведено 10 групп. Полный курс программы прошли 72 больных. Оценка состояния и его динамики производилась клинико-психопатологически, эффективность психообразовательной программы оценивалась с помощью опросника «Карта оценки эффективности психообразовательной программы». В результате проведенного лечения, увеличилась доля пациентов, высоко оценивших уровень информированности о первых признаках обострения (с 10,1% до 47%), о способах предупреждения обострений (с 8% до 38,3%,), о поведении при обострении (с 14,2% до 65,3%,). Особое значение имели рост уверенности в возможности распознавания болезненного поведения (75,4% высоких оценок при завершении цикла занятий против 32,2% в начале), а также расширение представлений о собственной роли в процессе лечения (67,2% высоких оценок при завершении цикла занятий против 10,9% в начале,) и способах преодоления трудностей, связанных с болезнью (53,7% высоких оценок при завершении цикла занятий против 13,2% в начале).

Выводы: 1. Разработанная психотерапевтическая программа наиболее эффективна в группе пациентов с легкими и умеренными когнитивными нарушениями. 2. Групповая работа дает возможность обсудить полученную информацию с другими участниками, соотнести ее с собственным опытом, вместе искать пути решения проблем. 3. Занятия в группе позволяют поддержать пациента на стабильном уровне, помогают пациенту лучше понимать характер и особенности психического заболевания и то, как оно влияет на больного и членов его семьи. 4. Программа усиливает уверенность пациента в борьбе с болезнью, улучшаются коммуникативные навыки и навыки повседневной жизни, способствует выработке новых стратегий разрешения проблем. 5. Полученные данные свидетельствуют о более активной и ответственной позиции пациентов, получавших групповую психосоциальную терапию в стремлении преодолеть болезнь с наименьшими потерями. 8. Только сочетание медикаментозных, а именно применение такого препарата, как мемантин и немедикаментозных методов лечения позволяет значительно увеличить продолжительность активной и полноценной жизни даже при наличии различной степени выраженности когнитивных расстройств.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНОГО И НЕКОГНИТИВНОГО СПЕКТРА У РОДСТВЕННИКОВ 1-ОЙ СТЕПЕНИ РОДСТВА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА И АРОЕ ГЕНОТИП

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

Москва
НЦПЗ, МГППУ

К настоящему времени полиморфизм в гене аполипопротеина Е (АроЕ) является наиболее общим фактором риска развития поздней формы болезни Альцгеймера (БА) [Рогаев Е.И.и соавт., 2003]. Риск развития болезни зависит от того, какой варианта гена АроЕ присутствует у носителя. При исследовании ряда популяций показано, что частота ε4 аллеля гена АроЕ достоверно повышается по сравнению с контрольной группой того же этнического происхождения не только в группах больных с поздней формой БА, но и в группах со спорадическими случаями ранней формы заболевания [Saunders A.M. et al., 1999; Rebeck G.W. et al., 1993; Farrer L.A.,1997; Коровайцева Г.И. и соавт., 2001].

К настоящему времени накоплены многочисленные данные о длительном преклиническом этапе БА, характеризуемом нейроморфологическими изменениями, типичными для БА, и легкими когнитивными расстройствами. Однако, до сих пор не существует эффективных средств, предотвращающих развитие БА или значимо отодвигающих возраст манифестации клинических проявлений заболевания. Именно превентивное направление в разработке новых терапевтических стратегий является наиболее перспективным. В этой связи представляется очень важным определение тех групп населения, которые могут стать объектом превентивной терапии.

Изучение феноменологии и динамики когнитивных изменений у родственников 1 степени родства пациентов с БА представляется чрезвычайно актуальной задачей. Подтверждением возможности выявления на преклиническом этапе

заболевания специфических когнитивных нарушений у родственников 1-ой степени родства больных БА явились данные о более раннем и более выраженном когнитивном дефиците у родственников больных с ранним началом БА, по сравнению с заболевшими в позднем возрасте и группой контроля [Jarvik L.F. et al., 2005]. В проспективном 33х-месячном исследовании Caselli R.J. et al. [2004] выявлены более низкие показатели вербальной памяти (запоминание и воспроизведение) и усвоения практических навыков у 87 родственников 1 степени родства больных БА (средний возраст – 60 лет), являвшихся носителями ApoE4(+) гена, по сравнению с 93 родственниками, ε4 аллель не имевшими. У родственников пациентов с БА, носителей ε4 аллеля, в отличие от не-носителей ε4 аллеля, установлены более низкие результаты по тестам, оценивающим вербальное запоминание и воспроизведение, внимание, а также рабочую память [Levy J.A. et al., 2004]. В исследовании Sager M.A. et al. [2005], включившем 452 родственника больных БА у носителей ε4 аллеля оказались достоверно более низкими результаты только по показателю зрительно-пространственной функции из всей батареи нейропсихологических тестов. Установлено также отрицательное влияние ε4 аллеля на результаты выполнения некоторых тестов у родственников более пожилого возраста. Таким образом, результаты приведенных исследований обнаружили отрицательное влияние носительства ε4 аллеля ApoE гена на показатели когнитивного функционирования. Вместе с тем подчеркивается необходимость увеличения численности обследуемых когорт и проспективного изучения динамики когнитивных нарушений.

Целью исследования – направленный поиск специфических предикторов прогрессирования когнитивных нарушений, позволяющих оценить прогноз нарастания когнитивного дефицита и/или развития БА среди родственников 1-ой степени родства пациентов с БА.

Материал исследования. Комплексное обследование проведено 134 родственникам 1 степени родства пробандов с БА (49 м., 85 ж.). От всех обследованных родственников были получены информированные согласия на проведение клинико-психопатологического, психологического, томографического и генетического исследований. Из 134 обследованных 110 человек являлись детьми пробандов, 24 – сестрами или братьями пробандов. Средний возраст группы в целом составил 47,6+12,4 года (24-79 лет): у детей – 44,1+9,5 года (24-74 года), у сибсов – 63,0+10,8 года (33-79 лет).

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, психометрический, молекулярно-генетический, томографический и статистический.

Результаты исследования. При молекулярно-генетическом исследовании в 38,1% случаев (51 чел.) установлено наличие ε4 аллеля ApoE гена, в 61,9% случаев (83 чел.) – его отсутствие. Как в группе в целом, так и в группах детей и сибсов преобладали лица с генотипом ApoE4(–).

Диагноз MCI поставлен в 8,4% случаях с генотипом ApoE4(–) и в 7,8% случаях с генотипом ApoE4(+). У детей с синдромом MCI генотип ApoE4(+) был определен в 1,7 раза чаще, чем генотип ApoE4(–). У сибсов с MCI, напротив, в 1,5 раза чаще отмечен генотип ApoE4(–), чем генотип ApoE4(+). Все указанные различия не имели статистической значимости.

Невысокие показатели школьной успеваемости чаще отмечались у лиц с генотипом ApoE4(+) как в группе в целом, так и в группах детей и сибсов, по сравнению с обследованными с генотипом ApoE4(–); у сибсов различия статистически значимо достоверны. В группе в целом трудности запоминания цифрового материала и усвоения мануальных навыков статистически значимоо чаще отмечены у лиц с генотипом ApoE4(+). Нормотимический склад личности у обследованных был преобладающим (54,2%). Статистически значимо чаще он встречался у лиц с генотип ApoE4(–) как в общей группе родственников больных БА (p=0,01), так и у детей (p=0,01).

В общей группе родственников с генотипом ApoE4(+) статистически значимо чаще отмечена личностная акцентуация по возбудимому типу (p=0,03) и по тревожно-мнительному типу (p=0,03). Среди детей больных генотип ApoE4(+) статистически значимо ассоциировался с возбудимым и тревожно-мнительным типами акцентуаций. В группе сибсов статистически значимая ассоциация с ApoE4(+) генотипом установлена для низкого уровня успеваемости в школе.

МРТ-исследование головы проведено у 126 родственников. По данным МРТ-исследования, у 49,2% обследованных патологических изменений не обнаружено. Признаки только наружной или внутренней, а также сочетанной наружной и внутренней сообщающейся гидроцефалии выявлены в 34,9%. Сочетание наружной и внутренней гидроцефалии с признаками церебрально-сосудистой патологии установлено у 13,5% обследованных. Ассоциации результатов МРТ-исследования с ApoE4 генотипом не установлено.

Не обнаружено статистически значимых различий в частоте синдрома MCI, психоорганического синдрома и депрессивных реакций дезадаптации у родственников больных БА в зависимости от ApoE генотипа. Частота признаков, свидетельствующих о конституциональной недостаточности когнитивного функционирования, хотя и не имела статистически значимой ассоциации с ApoE4(+) генотипом, однако отмечена тенденция к их большей частоте у носителей ε4 аллеля.

По данным психологического исследования, у родственников 1 степени родства пациентов с БА установлены достоверно худшие параметры произвольного внимания и контроля, объема кратковременной слухо-речевой памяти, а также достоверно более высокий уровень реактивной тревожности:

– у родственников с ApoE4(+) генотипом статистически значимая корреляция с худшими параметрами конструктивной деятельности, объема кратковременной слухо-речевой памяти, произвольного внимания и контроля,

– между детьми и сибсами с ApoE4(+) генотипом статистически значимые различия наблюдались только по двум показателям: у детей установлены более высокие показатели реактивной тревожности, у сибсов – худшие параметры конструктивной деятельности.

Полученные данные о частоте и характере психических нарушений когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1 степени родства пациентов с БА и их ассоциация с генетическим фактором риска по БА – генотипом ApoE4(+) могут быть положены в основу дальнейшего поиска предикторов прогрессирования когнитивного дефицита у родственников больных БА с целью разработки программы коррекционной работы, направленной на профилактику прогрессирования когнитивного дефицита у лиц, относящихся к группе высокого риска по БА.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕКОГНИТИВНЫХ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ) РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ

Сиденкова А.П.

Екатеринбург
Уральский ГМУ

Актуальность. Растущая распространенность тяжелых когнитивных расстройств в популяциях, вовлечение значительного числа лиц трудоспособного возраста в медицинские, экономические, психологические и социальные проблемы, ассоциированные с поздними деменциями, недостаточность и

противоречивость сведений о механизмах формирования данных расстройств актуализируют комплексное медико-социальное изучение деменций.

Цель настоящего исследования – изучить психосоциальные механизмы становления клинических, функциональных расстройств при деменциях, разработать комплексные медико-психосоциальные программы оказания помощи больным деменциями и лицам, вовлеченным в уход за ними, на основе предложений психосоциальной модели деменции.

Материалы и методы исследования. Проведено выборочное обсервационное сравнительное динамическое исследование 315 лиц с деменциями альцгеймеровского и сосудистого типов, и 214 лиц, осуществлявших уход за больными. В проведенном исследовании применялись клинический, клинико-психопатологический, нейропсихологический, психометрический, социометрический, статистический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Выявлено, что психопатологические феномены аффективного спектра (тревога, раздражительность/неустойчивое настроение, гипотимия), психотические симптомы (болезненные идеи, нарушения восприятия), поведенческие расстройства (ажитация/агрессия, аберрантная двигательная активность, нарушения ночного поведения) при легких и умеренно-выраженных деменциях (независимо от типа деменции) имеют большую выраженность и встречаются достоверно чаще ($p<0,05$) в основной группе исследования. Симптом апатии достоверно чаще ($p<0,05$) встречается у пациентов группы сравнения. При тяжелых деменциях встречаемость факультативных симптомов в обеих группах сопоставима. Нарушения высших мозговых функций речи, гнозиса, праксиса являются нейропсихологическим базисом психопатологических симптомов деменции. Речевые расстройства, нарушения гнозиса способствуют формированию болезненных идей ($r=0,891$), нарушений восприятия ($r=0,798$), нарушений пищевого поведения ($r=0,688$), аффективных симптомов ($r=0,566$). При нарастании тяжести деменции происходит достоверное ($p<0,05$) увеличение интенсивности и встречаемости поведенческих расстройств – аберрантного поведения ($r=0,850$), ажитации/агрессии ($r=0,623$), нарушений ночного поведения и дневной активности ($r=0,723$). Показатели функциональной активности (повседневная (инструментальная) деятельность, коммуникации, способность к ориентации и структурированию времени) пациентов основной группы исследования с легкой и умеренной выраженностью болезни Альцгеймера (с поздним началом) и сосудистой деменции достоверно ниже ($p<0,05$) аналогичных показателей группы сравнения. Вне зависимости от внешнесредовых условий уровень функциональной активности больных снижается при нарастании тяжести деменции ($r=0,835$), тотальной афазии ($r=0,631$), апраксии ($r=0,610$). Социально-трудовой, семейно-брачный статусы лиц, осуществляющих непрофессиональный уход за больными с умеренной и тяжелой деменциями, достоверно ($p<0,05$) снижаются. Усугубление деменции у больного способствует снижению функциональной активности ($r=0,758$) у лица, осуществляющего уход за ним. У 74,5% ухаживающих выявлены клинические признаки невротических, аффективных, иных психических расстройств. Нарастание тяжести деменции способствует значимому ($p<0,05$) приросту числа пациентов, занимающих зависимое положение в семье. Появление психотических (болезненные идеи [$r=0,589$]), поведенческих (ажитация/агрессия [$r=0,654$]), аффективных (тревога [$r=0,536$], неустойчивое настроение/раздражительность [$r=0,581$]) симптомов деменции способствует изменениям семейно-ролевой структуры и увеличению межличностной дистанции в диаде «ухаживающий – пациент». Снижение функциональной активности больного ($r=0,758$), развитие поведенческих расстройств (аберрантное поведение [$r=0,675$], ажитации/агрессия [$r=0,713$], нарушение ночного поведения [$r=0,597$]), аффективных симптомов (тревога [$r=0,685$]) способствуют усугублению дистресса лица, осуществляющего уход за больным.Лицам, осуществляющим непрофессиональный уход за больными деменциями, в статистически значимом ($p<0,05$) большинстве случаев присущ высокий уровень эмоциональной вовлеченности в процесс ухода. Изменение семейно-ролевых, социально-бытовых параметров, высокий уровень «выражаемых» эмоций ухаживающих оказывают неблагоприятное влияние на становление психотических ($r=0,618$), аффективных ($r=0,701$), поведенческих ($r=0,837$) расстройств деменций. Степень приверженности противодементной терапии со стороны ухаживающего лица является одним из важных факторов, определяющих объем помощи, получаемой пациентом ($r=0,698$). Ажитация/агрессия ($r=0,761$), тревога ($r=0,562$), нарушения сна ($r=0,521$) способствуют повышению комплайенса. Низкая удовлетворенность ухаживающего преморбидными ($r=0,698$) и текущими ($r=0,653$) отношениями с больным ведет к снижению комплайенса ухаживающего лица.

Выводы. Выявлено, что формирование когнитивных нарушений обусловлено биологическими причинами, их выраженность зависит от тяжести деменции. Механизм психопатологических симптомов, расстройств функционирования гетерогенен, зависит от биологических причин и психосоциальных условий функционирования больных.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА ПРИ ПСИХОЗАХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Соколова И.В., Сиденкова А.П.

Екатеринбург
Уральский ГМУ

Актуальность. Значительное увеличение продолжительности жизни населения во многих развитых странах мира в настоящее время приводит к изменению возрастной структуры человечества и к появлению феномена «постарения» населения планеты. Возрастает интерес к научному изучению механизмов старения, к биологическому, психологическому, психопатологическому аспекту этой проблемы. Крайне скудны литературные данные, касающиеся изучения семейно-наследственной причины психозов позднего возраста. На формирование и течение болезни Альцгеймера существенное влияние оказывают наследственный фактор. Доказано, что риск болезни Альцгеймера повышен у носителей аллеля e4 гена аполипопротеина Е. При семейных формах болезни Альцгеймера (около 5% всех случаев) заболевание вызвано мутациями генов в хромосомах 21, 14 и 1, причем наследственная передача осуществляется по аутосомно-доминантному типу. Каждая из этих мутаций приводит к повышенной продукции бета-амилоида – патологического белка, обнаруживаемого затем в нейритических бляшках. Ряд авторов при исследовании преморбидных особенностей пациентов с болезнью Альцгеймера с ранним началом выявляет в 89,5% случаев, при позднем типе в 63,4% отягощенный семейный анамнез по психическим расстройствам у родственников.

Цель настоящего исследования заключается в изучении наследственной отягощенности психическими заболеваниями у пожилых людей с психозами позднего возраста.

Материал и методы исследования. В основную группу были включены 38 пациентов обоего пола (29 женщин, 9 мужчин), средний возраст составил 69,1 года. Контрольную группу составили 25 человек, соответствующих по полу и возрасту основной группе, без клинических проявлений когнитивных нарушений. Проводилось клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое, нейропсихологическое и психометрическое исследования. Результаты обрабатывались с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 и приведены в форме $M\pm\sigma$, достоверность считалась при $P<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ клинических данных, полученных при анамнестическом исследовании 38 пожилых людей с психозом позднего возраста, выявил наследственную предрасположенность у 23 (60,5%) пациентов. Что не противоречит данным других исследователей. Оценка показателей наследственной отягощенности позволила обнаружить высокий удельный вес отклонений когнитивного спектра и иных психических расстройств у родственников первой и второй степеней родства в группе исследования. Таким образом, при анализе анамнестических данных установлено, что наследственная предрасположенность по деменции со стороны родственников прослеживалась у 14 больных исследуемой группы (36,8%), другие психические расстройства, такие как депрессия, алкоголизм, умственная отсталость и шизофрения выявлялись в 9 случаях (23,7%). При сравнении с контрольной группой определялась высокая статистическая достоверность различий ($P<0,05$).

Выводы. Таким образом, наследственная предрасположенность влияет на формирование психозов у лиц пожилого возраста.

РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА В ДОЛГОВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ СИСТЕМЫ INTERRAI

Случевская С.Ф., Бондаренко Т.В.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им И.И. Мечникова

В 2014 году в Санкт-Петербурге был проведен проект «Разработка системы оценки и показателей качества долговременного обслуживания пожилых людей в стационарных учреждениях на основе международной системы InterRAI» при поддержке фонда Е. и Г. Тимченко. Основной целью данного проекта было: разработать отечественную систему оценки качества услуг в учреждениях долговременного пребывания.

Было проведено одномоментное поперечное углубленное кросс-секционное исследование пациентов старше 60 лет. Исследования проходили в 4 учреждениях города Санкт-Петербурга при помощи международного инструмента оценки состояния пациентов InterRAI для долговременной помощи. Инструмент InterRAI для долговременной помощи представляет из себя комплексную систему оценки нужд и потребностей пациентов старше 60 лет в стационарных условиях.

Были обследованы 349 пациентов старше 60 лет. Данные собирались в подразделении психиатрического профиля в Городском Гериатрическом центре (50 анкет), гериатрическом отделении Городской психиатрической больницы (99), Городском Психоневрологическом Интернате (130), и частном пансионате (69). Первые 2 учреждения оказывают медицинские услуги, двое последних- социальные. Все виды учреждений предоставляют услуги в рамках долговременной помощи.

В системе InteRAI долговременной помощи разработаны 26 показателей качества: распространенность частого и периодического недержания мочи, распространенность использования снотворных более 3 раз в неделю, распространенность использования анксиолитиков\гипнотиков, распространенность низкой активности или ее отсутствие, использование антипсихотиков без показаний, отсутствие реабилитации при низкой активности резидента, распространенность «узников постели», распространенность инфекции мочевыводящих путей, распространенность неопрятности калом, появление новых случаев снижения активности, распространенность нарушенного поведения, мешающего другим, распространенность пролежней 1-4 степени, распространенность дневного физического ограничения, появление новых случаев позднего снижения повседневной активности, распространенность падений в течении 30 дней до исследования, постоянная катетеризация, распространенность кормления через трубку, распространенность депрессии без приема антидепрессантов, распространенность дегидратации, появление новых случаев переломов, появление ухудшения когнитивных навыков, любые повреждения, распространенность недержания кала, использование 9 лекарственных средств одновременно, распространенность потери массы тела на 5% в течение 30 дней или 10% в течение полугода.

Нами были проанализированы статические критерии (не требующие повторных исследований). Дополнительно разработаны критерий соотношения «фактических когнитивных расстройств и установленного диагноза», «наличия когнитивных расстройств и диагноза «болезнь Альцгеймера», «наличие когнитивных расстройств и прием противодементных препаратов».

В целом из всех резидентов 4 учреждений, полностью имеют познавательные способности в рамках нормы 7% резидентов. Пограничное состояние когнитивных навыков отмечается (легкое когнитивное расстройство – ЛКР) у 14% респондентов, 32% мягкое когнитивное снижение, 17% умеренное когнитивное снижение, 3% умеренно – тяжелое, 20% – тяжелое и 5% очень тяжелое. Обращает на себя внимание, что по состоянию когнитивных расстройств, отраженному в опроснике, можно сделать вывод, что деменциями страдают 77% резидентов, хотя диагнозы выставлены лишь в 53% случаев. Из них болезнь Альцгеймера выставлена лишь у 6% пациентов. 4,5% пациентов получают Акатинол Мемантин и его эквиваленты и 0,08% ИАХЭ. 30% пациентов принимают сосудистые и метаболические препараты.

Нами был проанализирован прием лекарственных средств в 4 учреждениях. Были выявлены следующие закономерности: в среднем показатель количества принимаемых лекарств пожилым пациентов в стационарах составляет 4,83 ЛС (лекарственных средства). Корреляции количества ЛС с возрастом выявлено не было ($p<0.02$). Наибольшие показатели отмечаются в учреждениях с медицинской направленностью – гериатрический центр – 6,42 и ПБ – 4,3. В то же время в учреждения социального типа – государственном – 4,3, а частном – 4. Треть всех пациентов (28%) принимают от 6 до 12 ЛС одновременно. В структуре назначенных лекарственных средств, 24% составляют психотропные средства, уступая по частоте лишь антиагрегантным и гипотензивным препаратам. Среди антипсихотиков лидирующее положение занимают хлорпротексен и галоперидол.

Система InterRAI позволяет производить сравнения на международном уровне. Так, среднее количество лекарственных средств у пожилых людей: в Великобритании – 2,8 лекарств, в Италии – 4-6 лекарств, в РФ -.4,83.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ КАК ИНДИКАТОР ДЕКОМПЕНСАЦИИ СОСТОЯНИЯ

Шапошников Н.Н., Кривцов К.Ю., Сафронова Е.С.

Краснодар
ГБУЗ Специализированная психиатрическая больница №7

В последние годы в России происходит неуклонное увеличение числа людей пожилого и старческого возраста. Во всем мире насчитывается 47,5 миллиона людей с деменцией, и ежегодно происходит 7,7 миллиона новых случаев заболевания

(ВОЗ, 2015 г.). По прогнозу РАМН к 2016 году в России лица старше 60 лет будут составлять 20% населения. Соответственно с каждым годом увеличивается число лиц старших возрастных групп, обращающихся за специализированной психиатрической помощью. В связи с недостаточной диагностикой данного состояния на ранней стадии за стационарной помощью обращаются пациенты, находящиеся на тяжелой стадии деменции. Период старения закономерно сопровождается развитием соматической патологии (сосудистые, эндокринные нарушения и другие). Тяжелая деменция характеризуется выраженным снижением когнитивных функций и дезадаптацией, что значительно затрудняет диагностику соматической патологии. Это может привести к несвоевременному оказанию помощи, декомпенсации состояния больного и, возможно, к преждевременному летальному исходу. Однако, оценка изменений поведенческих стереотипов пациента может послужить индикатором отрицательной динамики его соматического состояния. Данное обстоятельство обусловливает актуальность данного исследования и необходимость дальнейшего изучения этого феномена.

Целью настоящего исследования было изучить и систематизировать изменения поведенческих стереотипов у больных с тяжелой деменцией, выяснить условия и факторы, способствующие их развитию, с целью своевременной диагностики, дифференцированной терапии и профилактики декомпенсации соматического состояния у этого контингента пациентов.

В течение 5 лет на базе 8 отделения ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница №7» мы наблюдали более 250 больных с различными формами тяжелой деменции, которые проходили стационарное лечение в течение двух месяцев. На этой стадии пациенты вследствие имеющегося грубого когнитивного дефицита были не способны вербализовать свои жалобы и потребности, однако, для каждого из них были характерны индивидуальные паттерны поведения, которые изменялись при ухудшении состояния больного.

Нами был выделен ряд условий, при которых отмечались изменения стереотипов поведения:

1) наличие болевого синдрома;

2) ощущение общего соматического дискомфорта;

3) декомпенсация соматического состояния вследствие накопительного эффекта действия психотропных средств (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты);

4) критическое изменение биохимических показателей крови у больных страдающих эндокринной патологией;

5) резкое ухудшение гемодинамических показателей;

6) развитие фатальных сосудистых катастроф.

Проанализировав и обобщив результаты клинического наблюдения, стереотипы поведения были разделены на следующие группы:

1) вербальные (звуковые (нечленораздельные звуки, стоны); речевые (словесные и фразовые обороты как самостоятельно, так и в виде вербигерации и эхолалии);

2) невербальные (двигательные (нецеленаправленные движения); мимические (органическая рефлекторная мимика, вследствие проприорецептивных раздражителей, кожно-осязательная, вследствие боли и физического страдания из-за внешних воздействий); вегетативные (покраснение кожных покровов, потливость));

3) аффективные (насильственный смех и плач);

4) общефизиологические (изменение функции сна, пищевого поведения, привычного режима физиологических отправлений).

Таким образом, по результатам клинической работы с больными, страдающими тяжелой деменцией с сопутствующей соматической патологией, удалось определить условия развития изменений поведенческих стереотипов и разбить их на группы, что может послужить опорным диагностическим маркером при отрицательной динамике соматического состояния пациентов. Это имеет важное практическое значение для своевременного изменения терапевтической тактики ведения этой категории больных.

РАЗДЕЛ 5.
ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

ADHD AND AUTISM SPECTRUM DISORDER

Hollertz Olle

Kalmar
Landstinget i Kalmar län

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and autism spectrum disorder (ASD) are two diagnoses which in recent years have become increasingly common among ordinary psychiatric patients in Sweden and slowly more and more accepted. They are counted as belonging to the so-called neuropsychiatric diagnoses, which in some obscure way would be different from the established psychiatric diagnoses. ADHD as well as psychosis, depression and all other mental conditions reflect obvious changes in the nervous system, although precise knowledge is lacking.

ADHD and its treatment with low doses of stimulants has in Sweden resulted in a highly polarized debate between two camps. Although individuals with ADHD for more than 40 years have been successfully treated with stimulants, which also has a solid support in research, (more than 350 studies of good quality), both diagnosis and treatment remains controversial. The situation, according to ASD, is a bit different, but the result is that a lot of the patients that before got the diagnosis schizophrenia now are labeled as ASD.

Perhaps this can partly be explained by the fact that the problems connected with ADHD and ASD have become more obvious because the society has changed. The labor market today is requiring theoretical knowledge, the acquisition and exercise requires concentration and sedentary. Individuals with ADHD have problems in finding suitable work, when they suffer from restlessness, impulsivity and concentration problems, but often enjoy hard physical work. The labor market is also requiring social competence and flexibility that are among the central problems if you are diagnosed ASD.

This development of the community gives then rises to the difficult issue, whether the impact of social change must be alleviated by psychotropic drugs, in this case with central stimulants. This dilemma applies not only ADHD but also many other mental disorders like ASD, and in an even wider perspective, all so-called welfare diseases.

Often, the U.S. is lifted up as an example in this context. It is argued, for example, that about 5 percent of adolescents in the United States meet the criteria for ADHD and many of them may also be treated with stimulants.

There is probably an overlooked cause of this situation, namely, inheritance and selection. It has been demonstrated in several studies that ADHD is largely a hereditary condition. Individuals with ADHD are restless souls, impulsive, often find themselves in conflict with their environment and are prone to constant break in search of new challenges. When the Promised Land to the west in 1700 – and 1800's became possible to reach by boat for the average citizen, it led to millions of people broke away from their homes in Europe to seek fortune in America. The reasons were varied, poverty, religious persecution, adventure and others, but common to all immigrants was that they had the courage to leave the well known and cross the Atlantic by boat to reach an unknown country in the West

The conclusion of this brief historical description is then that individuals with ADHD behavior were overrepresented among those who immigrated to America. This behavior has been inherited down to today's Americans, and leaves its mark on American society

There are many features of the U.S. National character who speaks for this. Restlessness, fighting spirit and the constant quest for challenges are the most prominent features of the American mentality. As with many psychiatric conditions are both a front and rear. Nevertheless, we can be impressed by the U.S. Action force, energy, sacrifice and naive idealism, so we can be appalled of the periodically manipulative raw exercise of power, which is about to be greatest, best and most beautiful at any cost.

ОБЛИГАТНЫЕ ПРИЗНАКИ АТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ

Автенюк А.С.

Санкт-Петербург
СПбНИИПНИ им. В.М. Бехтерева

На первый взгляд клиническая картина атонической формы психического недоразвития (умственной отсталости, задержки психического и психоречевого развития) может показаться довольно разнообразной и неоднородной по своим проявлениям. Выделение патогномоничных симптомов осложняется проявлениями основного заболевания, разным возрастом пациентов и изменениями клинических признаков в процессе развития каждого ребенка. Нашей задачей было не только описать наиболее часто встречающиеся клинические признаки, но и определить, какие из них являются облигатными для атонической формы психического недоразвития.

В отделении детской психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева нами было обследовано 123 ребенка в возрасте от 2-х до 12 лет (медиана 5 лет.) с диагнозами: атоническая форма легкой и умеренной умственной отсталости; атоническая форма резидуально-органического поражения головного мозга с задержкой психического (психоречевого) развития. Распределение по полу: 106 мальчиков и 17 девочек.

Методы: клинико-психопатологический, клинико-психологический, описательная статистика.

Цель исследования: дать общую характеристику клинической картины атонической формы психического недоразвития и выявить облигатные признаки данного расстройства.

Результаты исследования. Нарушения внимания отмечены у всех детей исследуемой группы. Для них было характерно затруднение или невозможность привлечения внимания (гипопрозексия или апрозексия соответственно): не реагировали на оклик по имени, либо реагировали после многократных повторений. Речевые инструкции не воспринимались с первого раза, даже если было известно, что ребенок знает и понимает инструкцию. Нередко у родителей и врачей создавалось впечатление о том, что ребенок не слышит. Зачастую мы наблюдали, что ребенок все-таки реагировал, но только при многократных настойчивых повторениях. Невозможность привлечения внимания отмечалась у 30 (23%) детей. После многократных повторов и дополнительной вербальной и тактильной стимуляции внимание удавалось привлечь у 81 (66%) ребенка. Не только обращенная речь оставалась без внимания, также не всегда привлекали предложенные игрушки, яркие картинки, различные дидактические и развивающие материалы. В то же время в большинстве случаев дети реагировали на прикосновения, внимание могло быть привлечено телевизором, компьютером, музыкальными игрушками.

Функция непроизвольного внимания у большинства детей была либо не сформирована, либо сформирована недостаточно. Проявлялось это в невозможности длительно заниматься интересной и значимой для ребенка деятельностью (играть, собирать конструктор, рисовать, просматривать мультфильмы). Среди наших испытуемых 87 детей (71%) были способны удерживать внимание при наличии интереса около 20 минут. При этом 45 из них (52%) часто отвлекались на деятельность, не связанную с текущей. У 36 испытуемых (29%) нарушение функции непроизвольного внимания было выражено в крайней степени. В таких случаях мы наблюдали либо полевое поведение, когда ребенок безостановочно бесцельно перемещался по помещению, брал различные предметы, тут же их оставлял и тянулся за новыми, ничто не способно было хоть сколько-нибудь надолго удержать его внимание. Либо проводил время бездеятельно, не обращая внимания ни на что.

Произвольное внимание было не сформировано у 73 детей (59%), крайне снижено (концентрация внимания до 5 мин.) у 27 детей (22%), что проявлялось в неспособности выполнять задания и последовательные инструкции, снижении продуктивности на занятиях. У оставшихся 23 детей (19%), которых удавалось привлечь к какой-либо продуктивной деятельности в течение 5 – 15 минут, отмечалась выраженная истощаемость внимания: нарастала отвлекаемость, снижалась концентрация при выполнении заданий, чаще приходилось повторять инструкции.

Практически для всех детей исследуемой группы была характерна положительная реакция на стимуляцию (вербальную, тактильную, эмоциональную). Проявлялось это в улучшении сосредоточения внимания, более качественном выполнении заданий и инструкций. Однако в большинстве случаев в процессе занятия даже при условии постоянной стимулирующей помощи способность к концентрации внимания угасала, быстро наступало истощение психических возможностей, и в дальнейшем даже громкие оклики не давали положительного результата. Для 8-ми испытуемых (6,5%) возможность показать свои навыки и умения была сопряжена только с внешней стимуляцией: пребывая в бездеятельном состоянии, лишенном смысла и направленности, они были способны сосредоточить взгляд, уловить инструкцию и включится в целенаправленную деятельность только при стимулирующей помощи.

Для всех детей исследуемой группы в той или иной степени было характерно нарушение целенаправленности деятельности. Выражалось это в первую очередь в затруднении выполнения инструкций (в том числе подкрепленных жестами) и заданий (в том числе невербальных) вследствие нарушенного внимания и сниженного интеллекта. Отсутствие понимания инструкций отмечались у 31 ребенка (25%). 80 испытуемых (65%) могли выполнять ограниченное число инструкций бытового характера: принеси, дай, одевайся, раздевайся и т.д. Даже известные инструкции нередко приходилось повторять множество раз, после чего ребенок показывал знание и понимание поставленной задачи. Продуктивность на занятиях была значительно снижена из-за сложности привлечения и удержания внимания. Деятельность большинства детей в течение дня ограничивалась просмотром мультфильмов, перелистыванием книг без заинтересованности содержимым, компьютерными играми.

У детей с незначительным отставанием в интеллектуальном развитии, способных выполнять задания, работоспособность была снижена в том числе вследствие повышенной истощаемости. По мере занятия способность концентрировать внимание на деятельности угасала и продолжение занятия было возможно непродолжительное время благодаря стимулирующей помощи взрослого или переключения на другой вид деятельности.

Нарушение целенаправленности проявлялось и в игровой деятельности. Сюжетная игра была сформирована или находилась в стадии формирования у 36 детей (29%), зачатки ролевой игры присутствовали у 3 детей (2,4%). Они могли интересоваться машинками, куклами, различными развивающими игрушками. Некоторые из них любили играть с конструкторами, складывать пазлы, строить железную дорогу. Не все дети впускали в свою игру посторонних, предпочитая играть самостоятельно. Другие же могли вступать в совместные игры с детьми и взрослыми, в том числе подвижные. 54 ребенка (44%) игрушками интересовались мало, манипуляции с игровыми и неигровыми предметами носили неспецифический характер, не учитывающий их свойств, нередко стереотипный. Отсутствие игры даже на уровне манипуляций было отмечено у 27 испытуемых (33%).

Заключение. Таким образом, было установлено, что психическая атония у детей с психическим недоразвитием имеет облигатные признаки: апрозексия (гипопрозексия), выраженная истощаемость психических процессов, нарушение целенаправленности деятельности, нуждаемость в стимулирующей помощи.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАСТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ВОЛГОГРАДЕ

Алифанова М.К., Оруджев Н.Я., Поплавская О.В., Соколова А.Г.

Волгоград
Волгоградский ГМУ

Цель исследования: изучить региональные особенности оказания специализированной помощи пациентам, страдающим расстройствами аутистического спектра.

Материалы и методы: были проанализированы данные амбулаторных карт больных, наблюдающихся в психоневрологических диспансерах Волгограда с расстройствами аутистического спектра. В исследование были включены дети возрастом до 15 лет с диагнозом, кодируемым шифрами F84.0 – F84.8 МКБ-10.

Результаты и обсуждение: Исследуемая когорта составила 40 детей. Гендерные особенности представленной группы состояли в значительном преобладании лиц мужского пола – 85%, что отражает типичные общемировые показатели (Giarelli

E., 2010; Haglund N, 2011; Gal G, 2011). Возраст больных варьировал от 4 до 14 лет, среднее значение – 9,2 лет. По результатам анализа в структуре расстройств аутистического спектра в значительной степени превалировал атипичный аутизм (F84.1) – 60% наблюдений. Детский аутизм (F84.0) был диагностирован у 25% пациентов. В меньшей степени были представлены синдром Ретта (F84.2) и гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4) – 5% и 10% случаев, соответственно. Среди расстройств, сопутствующих аутизму, наиболее распространенными вариантами были: специфическое расстройство развития речи – 50%; умственная отсталость – 55%, в том числе 20% – легкая, 15% – умеренная и по 10% – тяжелая и неуточненная. Превалирующее число детей – 95%, на момент исследования были признаны инвалидами по психическому заболеванию. Возраст первичного установления инвалидности варьировал от 3 до 8 лет, среднее значение – 4,8 лет.

Возраст детей при первичном обращении за психиатрической помощью в среднем составил 3,7 лет, однако в ходе исследования выявлено, что установление диагноза аутизма и начало специфических терапевтических мероприятий были значительно отстрочены во времени, так только у 55% больных верификация расстройства аутистического спектра была осуществлена до 5 лет. Средний возраст пациентов, при котором диагноз аутизма был выставлен впервые, соответствовал 5,4 годам. В подавляющем большинстве случаев (75%) диагностика проводилась на основе стационарного обследования.

Комплекс терапевтических мероприятий, охватывающий больных с расстройствами аутистического спектра, включал медикаментозные и немедикаментозные методы лечения, в том числе коррекционно-педагогическую работу, нейропсихологическую коррекцию, психологическую и психотерапевтическую помощь. Основными группами препаратов, назначаемых всем пациентам из данной категории были ноотропы, сосудистые препараты, витамины, нейрометаболическая терапия. Применение специфической психофармакотерапии в виде нейролептических препаратов было отмечено только в 50% случаев за весь период лечения у психиатра, при этом на текущий момент количество детей регулярно получающих антипсихотические средства составило 35%, что в значительной мере противоречит существующим терапевтическим подходам в отношении курации больных аутизмом (Farmer C., 2013, Симашкова Н.В., 2014).

Ведущий спектр психопатологической симптоматики, охватывающий аутистические расстройства, согласно МКБ-10 включает качественные аномалии социального взаимодействия и общения в виде нарушения коммуникации. Специфика данных расстройств обуславливает выраженные затруднения социальной адаптации ребенка, отражающиеся в существенной мере и на формировании его познавательных способностей. Закономерно, что среди основных жалоб, озвученных родителями при обращении за психиатрической помощью, были значительные сложности в усвоении учебного материала. Только 5% пациентов были способны обучаться в массовых дошкольных образовательных учреждениях и школах, имея удовлетворительную успеваемость. Превалирующее большинство когорты– 85%, по рекомендациям медико-педагогических комиссий обучались по специальной программе. Из них 47,5% больных посещали классы для детей со сложной структурой дефекта в вспомогательных школах-интернатах VIII вида, 27,5% – группы «Особый ребенок» в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующей направленности, а также школы с программой VII вида и группы для детей с задержкой психического развития в логопедических детских садах – по 5% наблюдений, соответственно. В целом наиболее типичный образовательный маршрут пациентов включал специальные дошкольные учреждения компенсирующего вида и коррекционные школы с программой VIII вида.

Основные реабилитационные мероприятия, оказываемые данной группе пациентов, реализовывались в рамках занятий с дефектологом и логопедом, проводимых на базе бюджетных образовательных учреждений. По данным медицинской документации всем детям была предоставлена возможность получения бесплатной коррекционно-педагогической помощи. Однако, не смотря на это, 10% больных на момент исследования были не организованы исключительно в связи с желанием родителей. В отношении изученной когорты также применялись различные методы психотерапевтической работы, включая семейную, игровую, холдинг-терапию, осуществляемую в структуре стационарной помощи. 35% детей посещали курсы нейропсихологической коррекции, работали с дефектологом, логопедом, психологом в профильных городских реабилитационных центрах. В 10% наблюдений родители пациентов сообщали о, проводимых по их инициативе, занятиях иппотерапией и дельфинотерапией.

Следует отметить, что в ходе исследования выявлена достаточно низкая степень приверженности лечению среди родителей больных детей. Так число родителей с высоким уровнем комплаенса составило только 40%. Отсутствие соблюдения врачебных рекомендаций выражалось в отказе от госпитализации в психиатрический стационар, посещения специальных коррекционных образовательных учреждений и применения фармакотерапии, главным образом нейролептических препаратов.

Выводы: Результаты исследования региональных особенностей аутизма в городе Волгограде продемонстрировали значительную тяжесть ведущей психопатологической симптоматики и выраженность социальной дезадаптации в данной нозологической группе, что обуславливает необходимость разработки новых подходов в комплексной реабилитации больных, применения мер по социальной реабилитации, психолого-педагогической коррекции, психотерапевтической работе. В исследования выявлен ряд недостатков в ведении больных с расстройствами аутистического спектра, среди которых основными были отсроченная диагностика и недостаточно рациональная фармакологическая терапия. В качестве способов по коррекции имеющихся проблем в оказании психиатрической помощи предложено совершенствование существующих диагностических средств, и более широкое назначение специфической психотропной терапии. С целью увеличения уровня приверженности терапии среди родителей больных детей рекомендовано применение мер по повышению психообразования.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ – ДИАГНОЗ ИЛИ СИНДРОМ?

Альбицкая Ж.В.

Нижний Новгород
НижГМА

Психическое здоровье детей определяет здоровье нации в будущем и занимает одно из ведущих мест в профилактике патологии психического здоровья во всем мире. По данным НИИ психиатрии РФ, распространенность основных форм психических заболеваний в детском возрасте составляет 15%, а в подростковом – уже 20-25%. Четкую тенденцию к ухудшению психического здоровья детей и подростков отмечают многие авторы. Одновременно происходит утяжеление контингента психически больных. Увеличивается число детей с невротическими и неврозоподобными расстройствами, с задержкой психического развития. Происходит рост численности больных детей с резидуальными органическими поражениями ЦНС, олигофренией, шизофренией и расстройствами аутистического спектра (Башина В.М., 1999; Морозов С.А., 2000; Красноперова М.Г., 2003; ; Сомова В.М., 2010; Уваровская О.Ю, 2011; Rutter M. et al., 2009; Folsten S.E., Rosen– Sheidley B., 2010;

Wassink T.H., 2011; Acosta M.T., Pearl P.L.,2010, R.Landa.,2012 et al; Барыльник Ю.Б, 2013).

Цель исследования. Изучить структуру психических расстройств у детей, диагностированных в раннем возрасте как задержка психического развития и выявить ранние клинические проявления задержек психического развития и особенности нервно-психического развития в группах детей с различной психической патологией.

Материал и методы исследования. Проведено сплошное катамнестическое изучение амбулаторных карт 1002 больных старшего подросткового возраста (17-20 лет), обучавшихся ранее в коррекционной школе 8 вида, состоящих в настоящее время под наблюдением психиатра и имеющих в возрасте до 7 лет диагноз задержка психического развития.

Результаты исследования. Клинико-катамнестическое изучение показало, что диагноз задержка психического развития был выставлен практически всем 1002 детей в возрасте до 5 лет, но в дальнейшем в 22,9% всех случаев диагностировалась умственная отсталость, в 39,7%- резидуально-органические нарушения, в 33% – эндогенная патология (ранний детский аутизм и детская форма шизофрении) и только у 2 детей мы наблюдали выравнивание психического состояния по ЗПР. Исследовались такие сферы развития ребенка, как моторная, сомато-вегетативная, когнитивная (мышление, восприятие, речь), эмоциональная и поведенческая; также учитывалась неврологическая симптоматика.

В группе с положительной динамикой ЗПР признаки дизонтогенеза ограничивалось главным образом нарушениями речевого развития (поздним формированием фразовой речи-после 3х лет), незначительным запаздыванием (на 3-6 месяцев) формирования навыков самообслуживания и самоопрятности при своевременном развитии двигательной и эмоциональной сферы. В группе детей с диагнозом умственная отсталость. (201 больных; ЗПР и психические расстройства, возникнув в раннем возрасте отличались значительной стойкостью, не проявляя тенденции ни к прогрессированию, ни к обратному развитию, в связи с чем сохранялись в первоначальной форме и в дальнейшем были диагностированы как умственная отсталость в степени дебильности или имбецильности. В группе детей с ранним детским аутизмом и детской формой шизофрении) первоначально возникшие задержки психического развития и психические нарушения постепенно усложнялись и утяжелялись за счет присоединения более тяжелых расстройств, диагностированных как эндогенная патология (ранний детский аутизм, детская форма шизофрении). Развитие моторных функции характеризовалось перестановкой или выпадением отдельных этапов становления моторики при своевременном становлении ходьбы ил незначительным ее отставанием (в среднем на 1-1,5 месяца. Речевое развитие в 84% наблюдений было запоздалым. Часто отсутствовала стадия гуления, лепета, простые слова только после года, слабость ответной реакции на речь взрослого и отсутствие звукоподражания, ответного лепета и различного по интонациям плача. Появление первых слов у 70% детей запаздывало на 14-24 месяца, у части детей в словаре преобладали слова, необычные для данного возраста. Средний возраст простой фразовой речи у детей только в 13% случаев составил 4,5 года, у 64% речь не развилась до 6 лет, а в 23% обнаружено диссоциированное парциальное недоразвитие речи с навязчивыми повторениями вопросов, слов, эхолалиями, образование неологизмов. Кроме этого, практически у всех детей были выявлены уже в ранние сроки отклонения в поведении и эмоциональном развитии. В группе детей с резидуально-органическими нервно-психическими расстройствами на первый план выступали моторные нарушения.Особое место в структуре психического недоразвития занимали нарушения речи, которые в случае тяжелого поражения головного мозга отражали глубину интеллектуальной недостаточности. При исследовании когнитивной сферы особенно страдало логическое, опосредованное запоминание, плохое понимание воспринимаемых впечатлений, что приводило к тому, что дети запоминали только внешние признаки предметов. По результатам исследования, большинство детей (56,6%) было способно только к установлению формального контакта, который проявлялся в предметно-действенном общении, а также в использовании жестов и звуковых реакций.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что группа нарушений, многие годы объединяемых термином ЗПР очень разнообразна. На сегодняшний день не существует единых принципов систематики и четких критериев постановки диагноза ЗПР, который с точки зрения официально действующих классификаций психических болезней не является легитимным, а является «термином» и синдромом психических нарушений у детей и дает возможность психиатрам, педиатрам и неврологам своевременно обратить внимание на существующую у ребенка проблему в психическом развитии, причину которой необходимо выяснить как можно раньше для своевременной и адекватной медицинской и психолого-педагогической коррекции

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Проблема поведенческих расстройств, сопровождающихся нарушением социального функционирования, является одной из самых актуальных в детском возрасте. Особое значение среди всей поведенческой патологии уделяется уходам и бродяжничеству. Синдром уходов и бродяжничества, весьма разнородный по генезу, но довольно однообразный по внешним проявлениям, выражается в повторяющихся уходах из дома или школы, интерната или другого детского учреждения с последующим бродяжничеством, нередко многодневным. Синдром встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но наиболее часто в препубертатном возрасте преимущественно у мальчиков.

На возникновение синдрома бродяжничества влияют социально-психологические и индивидуально-психологические дезадаптирующие факторы. Данный синдром может быть единственным проявлением личностных особенностей подростка, факультативным синдромом при акцентуациях и личностных расстройствах, а также отражать расстройства или извращение влечений при психических заболеваниях. У девушек данный синдром формируется в более позднем возрасте, сопровождается выраженными аффективными колебаниями и может сочетаться с суицидальным поведением.

Целью исследования было изучить место и особенности депрессивных расстройств при синдроме уходов и бродяжничества у девушек.

В ходе работы было отобрано 13 девочек в возрасте 15-17 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в клинической картине синдрома уходов и бродяжничества. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10 – F 91.2. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть депрессивных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона.

Результаты исследования показали, что девочки с гипертимными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и истероидными (31%) чертами – в 13-14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случа-

ев, уходы легкой степени в 23% случаев, и лишь у 1 пациентки были выявлены уходы тяжелой степени. Исследование выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 3 пациенток (23%), в 61% случаев депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени.

Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявил, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69%) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. На фоне пониженного настроения отмечались раздражительность – в 33% случаев, нарушение отношений с близкими в виде конфликтности, отрицательного отношения к близким у 67% больных, немотивированная агрессия в 33% случаев. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. На фоне резидуально-органических расстройств депрессивные расстройства характеризовались снижением успеваемости, непосещением школьных занятий, конфликтностью с учителями. Пациентка с депрессивным расстройством тяжелой степени отмечала наличие суицидальных мыслей до уходов из дома, при повторном уходе из дома была совершена суицидальная попытка. У 46% пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье, (67%) совершала самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В 33% случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациентов домой.

В 21% случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств не наблюдалось, отмечались возникающие время от времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене обстановки. У этих пациенток депрессивная симптоматика появлялась после возвращения домой, для них характерным было появления чувства вины у 66% больных, депрессивно-дисфорических реакций у 33% обследованных. Пациентки из этой группы отмечали появление суицидальных мыслей на фоне пониженного настроения, усугубления конфликтов с родителями и сверстниками, при появлении трудностей в школе.

У девочек-подростков синдром уходов и бродяжничества не протекал изолированно, а имел сложную связь с депрессивными расстройствами, появление суицидального поведения усложняло клиническую картину синдрома. В ряде случаев скрытая депрессия может проявляться нарушением поведения, когда возможны побеги из дома.

СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ПРИЕМА ПИЩИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Балакирева Е.Е., Якупова Л.П.

Москва
НЦПЗ

Актуальность изучения расстройства приема пищи (РПП) у детей и подростков обусловлена ростом этой патологии в последние десятилетия, трудностями диагностики и лечения, несвоевременностью обращения, малой курабельностью психопатологической симптоматики. Особую важность эта проблема приобрела на современном этапе, в связи с более ранним началом и резким увеличением остроты аноректической и, особенно, булимической симптоматики с вомитоманическими расстройствами. По международным данным – РПП наиболее подвержены больные женского пола, пик заболевания приходится на подростковый возраст, но в последние десятилетия отмечается более раннее начало, как у девочек, так и мальчиков. Показатели смертности, особенно при нервной анорексии, относятся к наивысшим. Наибольший риск связан с голоданием, рвотами и осложнениями, связанными с суицидами и со злоупотреблением субстанциями. Длительный катамнез выявил наличие потенциальных факторов риска, связанных с ранним искажением восприятия своего тела, регулярными телесными и интерперсональными проблемами. К ним относятся: генетические, биологические, социокультуральные, личностные, возрастные и семейные.

Целью настоящей работы явилась разработка стратегии терапии нервной анорексии с дифференцированными подходами к лечению и реабилитации больных, учитывающими особенности динамики синдрома (этапов его развития), нозологическую принадлежность, возраст больных и особенности соматического состояния.

Состояние пациентов оценивалось нами в условиях стационара и при амбулаторно-поликлиническом наблюдении, более половины больных прослежены катамнестически от 12 месяцев до 22 лет. Исследуемую выборку составили 80 пациентов (68 девочек и 12 мальчиков) в возрасте от 12 до 19 лет.

На основе детального изучения больных и с учетом полученных клинических и патопсихологических данных – выделены 3 основных типа синдрома РПП: нервная анорексия (НА), синдром нервной анорексии с доминированием булимии (НБ), синдром нервной анорексии с доминированием булимии и вомитоманическими нарушениями (НБ+В). Лонгитудинальное исследование синдрома РПП показало, что на протяжении заболевания более, чем в 63% случаев, в течение 1 года происходит трансформация синдрома РПП. При этом большинство больных демонстрируют «смесь» аноректического и булимического поведения. Примерно у 1/3 пациентов с исходным диагнозом НА диагноз меняется на НБ. Лишь у 10–15% пациентов с исходным диагнозом НБ развивается НА. У 38% пациентов с исходным диагнозом НБ регистрируется диагноз компульсивного переедания с рвотами НБ+В. Трансформация того или иного расстройства может считаться благоприятным промежуточным состоянием на пути к выздоровлению, а может свидетельствовать о прогредиентности. В половине случаев, у пациентов с текущим диагнозом НБ в анамнезе в течение нескольких лет может произойти «рецидив» анорексии. При длительно текущих РПП «обратная» трансформация диагноза не является чем-то необычным, а скорее является правилом, чем исключением. Наиболее нестабильным является синдром НБ+В.

Детальный анализ собранного материала, проведенный с учетом, помимо структуры синдрома нервной анорексии, преморбидного периода заболевания, соотношения в его картине позитивных и негативных расстройств, показал, что РПП не изолированное заболевание, а синдром, встречающийся при различных нозологиях.

Лечение больных с РПП проводилось с учетом особенностей динамики синдрома, т.е. этапов его развития и нозологической принадлежности, с учетом соматического состояния и возраста пациентов. Стратегия лечения расстройств пищевого поведения определялась степенью тяжести синдрома и коморбидных расстройств и включала несколько этапов. Первый этап координационный или этап «психологического взаимодействия». Он включает в себя оценку и организацию медицинской помощи на доклиническом уровне и представляет собой выстраивание и установление контакта между пациентом и врачом, с принятием дальнейшей тактики ведения больного.

Второй этап «неспецифического лечения» или соматического лечения, направленный на восстановление массы тела. Он строился на индивидуальном подходе к больному с учетом особенностей его личности и симптоматическом лечении, ориентированном на соматическое состояние пациента.

Третий этап «специфического» лечения, направленный на редукцию психопатологической симптоматики.

Катамнез показал, при синдроме нервной анорексии на фоне терапии появлялась частичная критика к болезненному состоянию, дети становились социально адаптированными. При синдроме нервной анорексии с доминированием булимии исход заболевания был наиболее благоприятным. Не наступало выраженной школьной дезадаптации. Изменения в эмоционально-волевой сфере, расстройства мышления здесь были незначительными при формальной сохранности интеллекта. Для синдрома НА с доминированием булимии и вомитомании было характерно особенно затяжное волнообразное течение со склонностью к рецидивированию. Катамнестическое наблюдение показало, что у части этих больных, несмотря на поддерживающую терапию, в течение 6 месяцев после выписки наступал рецидив аноректического поведения.

Проводившееся многократно наблюдение изменений характеристик ЭЭГ у пациентов исследуемой выборки показало положительную динамику в организации корковой ритмики у больных первых двух групп и сохранение нарушений в виде снижения амплитуды потенциалов и десинхронизации корковой ритмики у больных третьей группы с вомитоманическими расстройствами.

Таким образом, изучение стереотипа развития, этапности указанного синдрома при различных нозологиях позволило выделить критерии прогноза синдрома РПП и выработать дифференцированный подход к терапии и реабилитационным мероприятиям. Частая смена диагноза свидетельствует о сложности паттерна «последовательной» коморбидности.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Баширова Н.Н., Зайцев И.А.

Брянск
ГАУЗ Брянская ОПБ№1

В связи со значительным увеличением (на 10-17% ежегодно) числа детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) остро стоит задача организации эффективной комплексной медицинской помощи.

В Брянской области психиатрическую помощь детям с РАС оказывают в детских отделениях (диспансерном, круглосуточном и дневном стационарах) областной психиатрической больницы №1. На сегодняшний день на учете у психиатра стоят 120 детей с РАС, из которых 70 проживают в г.Брянске, 50 – в районах области. Следует отметить, что это количество не отражает полную картину распространенности РАС в Брянской области, поскольку некоторые семьи предпочитают не обращаться к врачу-психиатру, а получают помощь в частных медицинских или коррекционно-образовательных учреждениях.

За 2014 год прошли лечение в круглосуточном стационаре 49, а в дневном стационаре 23 ребенка, то есть более половины состоящих на учете у психиатра. При этом продолжительность курса лечения составляет 2-3 месяца, который включает в себя комплексную помощь бригады специалистов (психиатра, медицинского психолога, логопеда-дефектолога, педагога), проводятся как индивидуальные, так и групповые занятия. В некоторых случаях коррекционная работа после выписки продолжается амбулаторно теми же специалистами, поскольку медицинские психологи и логопеды включены в общебольничное подразделение – лабораторию медицинской психологии.

Часть детей получают коррекционную помощь (психолога и логопеда) только амбулаторно. При этом продолжительность таких занятий может быть более полугода, что позволяет достичь высокоэффективных результатов. В диспансерном отделении также на постоянной основе действует психотерапевтическая группа для родителей детей с РАС.

Следует отметить, что всего в детских отделениях больницы обеспечивают коррекционную помощь 5 медицинских психологов и 5 логопедов.

Принятые новые стандарты оказания психиатрической помощи детям с РАС (Приказ Минздрава России от 02.02.2015 N31н и N32н), на наш взгляд, входят в противоречие с практикой помощи аутичным детям, поскольку предполагают смещение коррекционной помощи с амбулаторной на стационарную. Так, амбулаторно помимо психиатрической помощи согласно стандарту должен проводиться однократный прием (тестирование, консультация) медицинского психолога в одном из десяти случаев, логопедическая помощь вовсе не включена, т.е. амбулаторно коррекционная работа не предусмотрена.

Средние сроки стационарного лечения по принятому стандарту составляют 30 дней. Помимо врачебной помощи каждый ребенок должен пройти первичный прием медицинского психолога, и еще половина детей – нейропсихологическое обследование (которое также проводится медицинским психологом). При наличии дизартрии назначается медико-логопедическое исследование. Последующая помощь включает в себя повторные приемы медицинского психолога, психологическую коррекцию, повторные нейропсихологические обследования и коррекцию. Таким образом, на одного ребенка с РАС в среднем приходится 9,8 занятий с психологом. Выделена в отдельный вид помощи арттерапия (в среднем 9 занятий на ребенка), которая может проводиться врачами-психотерапевтами, но при дефиците этих специалистов, видимо, должна будет проводиться медицинскими психологами. Помимо этого предусмотрены процедуры двигательного праксиса (7,2 занятия на одного ребенка), что предполагает наличие инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, процедуры по адаптации к условиям микросреды, процедуры по адаптации к условиям макросреды, содержание которых не вполне ясно (всего по 7,2 занятия на одного ребенка). Логопедическая помощь при дизартриях составляет 6,3 занятия.

Мы считаем, что предусмотренный в стандартах объем психологической коррекционной работы с учетом длительности пребывания чрезмерно увеличен. Такая интенсивность слишком высока для детей с РАС.

Поскольку установление контакта с аутичным ребенком требует немало времени и является важной частью коррекционной работы, как правило, с ним постоянно работают одни и те же специалисты. Кроме того, аутизм, являясь расстройством развития, предполагает длительные курсы психологической коррекции не столько интенсивные по частоте, сколько систематические, только в этом случае можно достичь эффективных результатов, что при краткосрочных курсах стационарного лечения невозможно.

С учетом вышесказанного следует отметить ряд проблем в организации помощи детям с РАС:

1. Длительность курса лечения детей с РАС в стационаре должна быть не менее 2-3 месяцев.

2. При переходе на страховую систему оплаты труда станет невозможно оказывать коррекционную психологическую и логопедическую помощь амбулаторно, поскольку она не предусмотрена стандартами лечения. Необходимо предусмотреть в стандартах амбулаторного лечения длительные курсы психологической и логопедической коррекции.

3. Медицинские психологи на сегодняшний день, хотя и включены в номенклатуру специальностей медицинских работников, не проходят сертификацию, и их деятельность, как и логопедов, не оплачивается страховыми компаниями (например, в медицинских учреждениях соматического профиля). Необходимо ввести сертификацию специалистов и включить деятельность психологов и логопедов медицинских учреждений в страховую систему оплаты труда.

4. В детских психиатрических стационарах предусмотрена одна ставка медицинского психолога на 50 коек, что не позволит выполнить стандарт помощи детям с РАС, поскольку при существующих нормах нагрузки медицинских психологов потребуется выделение отдельного специалиста для работы только с такими детьми.

5. Крайне актуальным является обучение специалистов (психотерапевтов, медицинских психологов, логопедов, воспитателей) методикам работы с аутичными детьми и организация и оснащение специализированных помещений для работы с ними, что сопряжено с существенными финансовыми затратами.

Вопросы эти стоят очень остро и требуют решения.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Безгодова А.А., Злоказова М.В.

Киров
Кировская ГМА

В 2014 году, согласно данным Centers for Disease Control and Prevention (CDC), у одного ребенка из 68 в США есть расстройство аутистического спектра (РАС) (Falco M., 2014). В связи с ростом количества РАС у детей актуальной становится проблема стигматизации их матерей и близких родственников. Семья аутичного ребенка, испытывающая постоянные сложности и ограничения, связанные с особым развитием ребенка, часто лишена моральной поддержки не только знакомых, но и близких людей. В исследованиях американских психологов обнаружено, что симптомы стресса выражены наиболее ярко именно у матерей аутичных детей (Аршатский А. В., Баенская Е. Р.,. Веденина М. Ю, Костин И. А., Никольская О. С., 2008). Это оказывает большое влияние на динамику и социальную адаптацию детей с РАС. Высокая степень тревоги за судьбу ребенка, необоснованное чувство вины приводят к искажению представления о воспитании и тактике реабилитационной работы, своевременное проведение которой, порой, способно в буквальном смысле изменить судьбу ребенка (Иво Сельнер, 2011).

Цель исследования: определить психологические характеристики матерей детей с РАС (тревожность, уровень депрессии, социальную фрустрированность).

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 20 матерей детей с РАС в возрасте от 26 до 51 лет включительно. Выборка сформирована из числа матерей, чьи дети с РАС в 2014 – 2015 гг. проходили стационарное лечение в детском отделении Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева.

Исследование психологических характеристик матерей детей с РАС включало проведение психодиагностики эмоционально-аффективной сферы матерей с применением шкал самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин) и депрессии (В. Зунг, Т.И. Балашова), а также уровня социальной фрустрированности (Л.И. Вассерман и соавт.)

Результаты. В процессе исследования ситуативной (реактивной) и личностной тревожности с применением шкалы самооценки Ч.Д. Спилберга в адаптации Ю.Л. Ханина повышенная реактивная (ситуативная) тревожность в группе матерей детей с РАС определялась у всех женщин, при этом высокий уровень зарегистрирован в 7 (35%) случаях, умеренный уровень – 10 (50%), легкий уровень – 3 (15%).

Повышение личностной тревожности было выявлено так же у всех матерей, из них у 13 (65%) диагностирован высокий уровень, а умеренный – 7 (35%).

Исследование уровня депрессии выявило легкий (невротический) уровень депрессии у 5 (25%) женщин, субдепрессивное состояние или маскированную депрессию – 3 (15%), выраженную депрессию у 1 (5%) и отсутствие депрессии – 11 (55%).

У матерей детей с РАС была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Высокая реактивная и личностная тревожность сопровождались депрессивным состоянием.

Исследование социальной фрустрированности (СФ) по методике «Уровень социальной фрустрированности» показало, что очень высокая СФ выявлена у 2 (10%) матерей детей с РАС, повышенная СФ – 2 (10%), умеренная СФ – 9 (45%), неопределенная СФ – 6 (30%), пониженная СФ – 1 (5%).

Установлено, что высокая фрустрированность наблюдается у матерей детей с РАС в сочетании с депрессией и высокой личностной тревожностью.

Выводы: таким образом, при исследовании эмоциональной сферы матерей детей с РАС было выявлено значительное неблагополучие, что в перспективе оказывает большое влияние на социальную адаптацию и реабилитацию детей с РАС. Следовательно, необходимо проведение психотерапии (индивидуальной, семейной) с данным контингентом матерей для повышения эффективности реабилитационной работы с пациентами с РАС.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Березкин Д.В.

Санкт-Петербург
РГПУ им. А.И. Герцена

Актуальность работы определяется распространенностью пограничных психических расстройств у детей с резидуально-органической патологией (Ковалев В.В.,1995), а так же недостаточно подробным описанием структуры познавательных процессов. На данный момент существуют общие описания когнитивных особенностей подобных пациентов, у которых отмечается не снижение интеллекта в целом, а, скорее, его предпосылок, проявляющихся в нарушениях памяти, внимания, динамики и структуры мышления (Ковалев В.В.,1995; Вейц А. Э., 2011.). Отмечается также снижение возможностей адаптации, которое происходит на фоне эмоциональной лабильности, несдержанности, утомляемости (Вейц А. Э., 2011). Перечисленные поведенческие, эмоциональные и когнитивные нарушения могут приводить подобных пациентов к общей психической беспомощности (Ковалев В.В.,1995; Малкова И., 2009).

Следует предполагать, что особенности эмоционального и поведенческого реагирования (Ковалев В.В.,1995; Вейц А. Э., 2011.; Малкова И., 2009) во многом связаны со снижением функционального состояния ЦНС. При этом влияние его на формирование нарушений познавательной сферы на данном этапе остается неясным, что определяет актуальность данного исследования.

Методы и построение исследования. В исследовании приняло участие 65 пациентов, из них 75% мальчиков и 25% девочек; возраст мальчиков составил 8–12 лет, девочек 8–11. У всех отмечались различные пограничные психические расстройства резидуально-органического генеза: у подавляющего большинства – неврологические нарушения на фоне перинатального периода или родов, у двоих – расстройства инфекционного происхождения, у одного – травматическое, возникшие в период раннего детства. Критерием ограничения выборки было наличие умственной отсталости; вывод о ней делался по существующим медицинским сведениям о ребенке. Все дети проходили в разное время лечение и реабилитацию в Детском психоневрологическом санатории «Комарово» (Санкт-Петербург).

Целью исследования было выявление закономерностей в формировании когнитивных нарушений у детей с пограничными расстройствами резидуально-органического генеза. Для этого измерялись функциональные характеристики ЦНС, показатели памяти и внимания, а также особенности пространственного восприятии и зрительно-конструктивной деятельности и мышления.

Для измерения показателей функционального состояния ЦНС использовалась компьютерное приложение, оценивающее различные характеристики времени реакции: простой сенсомоторной, в ситуации выбора, на движущийся объект.

В исследовании особенностей внимания использовались методики Тулуз-Пьерона и таблицы Шульте. Помимо этого изучался общий когнитивный профиль: память (путем запоминания 10 слов), навыки зрительно-конструктивной деятельности и пространственного восприятия (копирование фигуры Тейлора), мышление (исключение лишних слов, описание сюжетных изображений, толкование пословиц и поговорок). Применялись также методы математической статистики – для оценки различий по количественным признакам в группах, сформированным по качественным характеристикам мышления и восприятия. Для этого был использован хи-квадрат для качественных переменных.

Результаты. По результатам исследования особенностей пространственного восприятия и зрительно-конструктивной деятельности, а также мышления было сформировано три группы. В первой группе нарушений мышления и восприятия не отмечались. У детей второй группы фиксировались различные нарушения зрительно-конструктивной деятельности и восприятия, которые чаще всего выражались в искажении углов и размеров при копировании фигуры Тейлора, а также в структурно-топологических ошибках. В третьей группе пациентов фиксировались как нарушения восприятия, так и мышления, которые проявлялись в его динамике в форме разноплановости, а также структуры в виде вязкости/детализированности; реже отмечались нарушения арифметического счета.

Все пациенты по указанным нарушениям распределилась следующим образом: дети первой группы составили 8% от общего числа обследованных, второй – 30%, третьей – 62%. После подсчета средних показателей по характеристикам времени реакции, памяти, устойчивости концентрации и переключаемости внимания было отмечено, что по большинству показателей самые низкие результаты отмечались у детей в третьей группе, самые высокие – в первой.

Так, при оценке простой сенсомоторной реакции среднее время у детей первой группы составило 414 мс, во второй 494 мс, в третьей 610 мс. При исследовании реакции в ситуации выбора отмечены следующие латентные периоды: 661 мс, 683 мс, 975 мс. Среднее время ошибки при реакции на движущийся объект: 44 мс, 55 мс, 81 мс. Среднее время выполнения таблиц Шульте: 65 с, 71 с, 88 с. Показатели скорости выполнения методики Тулуз-Пьерона (устойчивость концентрации внимания): 32,, 40,3, 32,92 символов в мин; и точности: 1%, 3% и 6% ошибочных ответов. Средние показатели непосредственного кратковременного запоминания: 6,3, 6,1, 5,18 слов при воспроизведении; отсроченного – 5,8, 6,33, 5,33 слова.

С целью определения влияния количественных характеристик на формирование когнитивных нарушений использовался критерий хи-квадрат для качественных переменных. Было установлено, что на их возникновение оказывают значимое влияние следующие характеристики: увеличение латентных периодов при изучении показателей времени реакции (хи-квадрат=7,043, p=0,05), точности при выполнении методики Тулуз-Пьерона (концентрации внимания) (хи-квадрат=21,1891, p=0,05), отсроченного запоминания (хи-квадрат=10,027, p=0,05). Также был установлена высокая степень значимости для формирования когнитивных нарушений общих усредненных количественных результатов (время реакции, запоминание, концентрация и переключаемость внимания) (хи-квадрат=29,954, p=0,05).

Выводы и обсуждение результатов. Полученные данные указывают на то, что когнитивные нарушения у детей с пограничными расстройствами резидуально-органического генеза возникают на фоне снижения функционального состояния ЦНС, тем самым повреждая психическое развитие ребенка. Само снижение функционального состояния, а на его фоне и показателей памяти и внимания указывает на нарушения, связанные с поражением структур первого блока мозга по А. Р. Лурия (блок регуляции тонуса и бодрствования), что приводит к дальнейшему формированию когнитивных нарушений.

Различия рассматриваемых количественных характеристик между двумя группами детей – с нарушениями пространственного восприятия и зрительно-конструктивных навыков и с нарушениями и восприятия и мышления – указывают, что формирование когнитивных расстройств соответствует основным нейропсихологическим векторам развития от глубоких структур к коре головного мозга, от правого полушария к левому, по направлению соматогнозис – речь (Семенович А.В. и соавт. 1998).

В связи с эти следует говорить о том, что для решения у детей данной группы различных проблем, связанных с эмоциональными реакциями, нарушениями поведения, различными стереотипиями, энурезом, энкопрезом и т.д., необходимо использовать методы нейропсихологической коррекции развития.

ПЕРСПЕКТИВЫ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ШКОЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЭРОФИТОТЕРАПИИ У УЧАЩИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Бобрик Ю.В., Науменко Д.Э.

Симферополь
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ГАОУВО Крымский федеральный университет,
ГБОУВО РК КИПУ

Дети с задержкой психического развития (ЗПР) представляют собой одну из наиболее уязвимых категорий обучающихся в условиях современной школы. Подтверждая их право на образование в условиях инклюзивного обучения, федеральный государственный образовательный стандарт начального образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, предполагает создание для них специальных условий. Неадекватный уровень школьной тревожности является одним из ведущих и часто сопутствующих факторов, препятствующих полноценной социализации и интеграции детей с ЗПР в условиях учебного заведения.

Цель исследования. Определение уровня школьной тревожности у детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

Материалы и методы. Исследованием было охвачено 36 учащихся, имеющих диагноз ЗПР церебрально-органического происхождения в возрасте от 7 до 9 лет. С целью диагностирования уровня школьной тревожности использовались следующие методики: адаптированный «Опросник школьной тревожности» Филипса Б.; адаптированная «Проективная методика для диагностики школьной тревожности»; проективная рисуночная методика «Я в школе».

Результаты и их обсуждение. Детям с ЗПР церебрально-органического генеза были свойственны различные сопутствующие энцефалопатические расстройства, а наблюдаемые неврозоподобные реакции проявлялись в фобических и истерических реакциях. Рассматривать школьную тревожность у детей с ЗПР с позиций МКБ-10 в рамках рубрик F40 и F93. При этом следует отметить, что основным критерием дифференциации выступают возрастные границы возникновения нарушения. В результате проведенной психолого-педагогической диагностики было зафиксировано, что по «Опроснику школьной тревожности» высокий уровень наблюдался у 19,4% респондентов, повышенный – у 27,8%. По результатам «Проективной методики для диагностики школьной тревожности» высокий и повышенный уровень отмечался у 22,2% детей. Результаты проективной рисуночной методики выявили наличие высокого и повышенного уровней школьной тревожности у 27,6% и 24,1% испытуемых с ЗПР соответственно.

Выводы. В целом, более 50% обследованных детей имели средний и низкий уровни школьной тревожности. В то же время наблюдалась категория учащихся, у которых показатель тревожности по результатам отдельных методик резко отличался в обратную сторону. Это можно объяснить тем, что учащимся с ЗПР церебрально-органического генеза присущ ряд энцефалопатических и неврозоподобных расстройств, связанных с первичным парциальным поражением коры головного мозга. Группе детей, у которой отмечался резко повышенный уровень общей тревожности в целом и школьной в частности, будет рекомендовано включить в индивидуальный план реабилитации аэрофитотерапию, с целью нивелирования имеющихся отклонений.

ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, РАСПОЛОЖЕННОГО НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Бочарова И.А., Злоказова М.В.

Киров
Кировская ГМА

В 1993 году на базе общеобразовательной школы №21 г. Кирова был открыт первый детский дневной психиатрический стационар (ДДПС) Кировской областной психиатрической больницы им. академика В.М.Бехтерева (КОКПБ) на 25 мест. В настоящее время ДДПС объединяет шесть подразделений, размещенных в школах г. Кирова, и одно – в детском саду, находящихся в отдаленных от центра города микрорайонах. ДДПС рассчитан на одновременное дневное пребывание в нем 175 детей в возрасте от 3 до 18 лет. КОКПБ имеет лицензии на оказание психиатрической и психотерапевтической помощи в помещениях, переданных общеобразовательными учреждениями ДДПС.

В ДДПС оказывается психотерапевтическая, психиатрическая, психологическая и психопрофилактическая помощь детям образовательных учреждений г. Кирова и их родителям. Задачами ДДПС являются: углубленная диагностика отклонений в психическом здоровье детей, терапия психических расстройств, реабилитация пациентов с психической патологией без отрыва от привычной среды и психопрофилактическая работа в образовательном учреждении, направленная не только на детей и их родителей, но и на педагогов.

За 20 лет в работе ДДПС произошли значительные организационные изменения. В настоящее время помощь пациентам оказывает полипрофессиональная бригада, состоящая из психиатра, психотерапевта, медицинского психолога и среднего медицинского работника. При поступлении в дневной стационар ребенок обследуется всеми специалистами, после этого бригадой составляется программа сопровождения пациента в дневном стационаре на основе биопсихосоциального подхода, и определяется роль каждого участника бригады в коррекции психических отклонений.

С течением времени изменился контингент пациентов. Сначала ДДПС был ориентирован на помощь детям из классов коррекционно-развивающего обучения VII вида (до 70% за год среди пролеченных пациентов). В настоящее время в ДДПС преимущественно обращаются дети из общеобразовательных классов (2013 г. – 56,5%; 2014 г. – 57,1%), реже из классов коррекционно-развивающего обучения (2013 г. – 32,3%; 2014 г. – 36%) и классов с углубленным изучением предметов (2013 г. – 11,9%; 2014 г. – 9,6%).

Соответственно изменилась и структура основных диагнозов, с которыми пациенты обращались в ДДПС для прохождения курса лечения. В 90-е годы у пациентов в 70% случаев диагностировались когнитивные расстройства с сопутствующей психопатологической симптоматикой. Тенденция последних 5 лет – это преобладание у пациентов ДДПС поведенческих расстройств (2012 г. – 45,0%; 2013 г. – 46,9%; 2014 г. – 46,1%), далее следуют специфические расстройства психического развития (2012 г. – 27,9%; 2013 г. – 28,3%; 2014 г. – 29,7%) и психические расстройства в результате органического поражения ЦНС (2012 г. – 14,2%; 2013 г. – 15,1%; 2014 г. – 13,4%). Эффективность проведенной полипрофессиональной реабилитации достигает 97,2% и остается стабильной на протяжении последних 10 лет.

В начале работы ДДПС психотерапевтическая помощь была минимальной, т.к. медперсонал не имел соответствующей теоретической и практической подготовки, и акцент ставился на медикаментозную терапию. В настоящее время все детские врачи-психиатры ДДПС имеют вторую специальность «Психотерапия», что способствует тому, что процент пациентов, охваченных психотерапевтической работой, остается стабильно высоким в последние годы (2012 г. – 91,1%; 2013 г. – 94,4%; 2014 г. – 93,7%). Врачами применяются разнообразные методы всех направлений и форм (индивидуальная, семейная, групповая) психотерапии. Высокая эффективность лечения отмечена у пациентов, прошедших сеансы семейной терапии, результатом которых стало улучшение функционирования семей. В настоящее время в ДДПС создана психотерапевтическая среда. Для этого регулярно со всеми сотрудниками проводятся тренинги, балинтовские группы, обсуждения пациентов и сложностей в работе полипрофессиональной бригадой и др.

О росте популярности ДДПС и снижении «психологического барьера» по отношению к детским психиатрам в нашем городе свидетельствует и то, что двадцать лет назад нашими пациентами были учащиеся тех образовательных учреждений, на базе которых были открыты подразделения, т.к. родители и педагоги с настороженностью относились к психиатрам, сомневались в результативности терапии. Сейчас более 30% детей, посещающих ДДПС, являются учениками других школ и приходят на лечение как самостоятельно, так и по направлению участковых детских психиатров диспансерного отделения и психотерапевтов психоневрологической поликлиники КОКПБ. Растет и количество проконсультированных специалистами ДДПС пациентов: в 90-е годы это были единичные случаи, в 2012 г. – 2074 чел.; 2013 – 2241 чел.; 2014 – 2305 чел.

Анализ двадцатилетнего опыта работы ДДПС, расположенного на базе общеобразовательных учреждений, свидетельствует о том, что такая форма оказания помощи детям с психическими расстройствами является высоко эффективной в плане коррекции психических отклонений у детей и подростков и вследствие этого востребованной у населения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ АФФЕКТИВНОГО УРОВНЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Буторин Г.Г.

Челябинск

Челябинский государственный педагогический университет

Актуальность. Учение о психических болезнях детского и подросткового возраста на протяжении многих десятилетий ограничивалось, главным образом, детской шизофренией. Позднее детская психиатрия стала пополняться сведениями о непсихотических формах психических расстройств – о клинике так называемых пограничных состояний.

Как отмечает большинство исследователей, в последние годы значительное место среди детско-подростковой пограничной патологии занимают депрессивные расстройства. В связи с различиями во взглядах на детскую депрессивную патологию, по мнению разных авторов, она варьирует в широких пределах: от 0,7 до 25% детской популяции. По данным ряда авторов, только 27% детей с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались педиатрами, хирургами, урологами, невропатологами и т. д. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, а преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию. Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста. Считается, что диагностика депрессивного невроза в детском возрасте сложна и требует тщательного изучения его возникновения и динамики.

Обсуждение. Считается, что в этиологии невроза основная роль принадлежит психотравмирующим ситуациям, связанным с болезнью, смертью родителей, длительной разлуки с ними. В зарубежной литературе важная роль отводится ситуации сиротства. Зарубежные психиатры особое значение в происхождении депрессивного невроза придают нарушениям взаимоотношений материи и ребенка в первые два года его жизни.

Клиника депрессивного невроза имеет значительные отличия в разные периоды детского возраста. Более типичное проявление, близкое к симптоматике непсихотической реактивной депрессии у взрослых, наблюдается в пубертатном и отчасти в препубертатном возрасте. На первый план выступает подавленное настроение, которое не достигает степени выраженной тоски. Почти всегда отмечаются различные соматовегетативные расстройства: снижение аппетита, падение веса, запоры, бессонница. Наиболее сложным и спорным В.В. Ковалев (1985) считает вопрос о диагностике депрессивного невроза в раннем детском возрасте. По мнению зарубежных исследователей, проявления психогенной депрессии у детей раннего возраста выражается преимущественно в расстройствах психомоторики и в соматовегетативных нарушениях. По мнению Г.Е. Сухаревой, течение депрессивного невроза у детей и подростков более кратковременно и благоприятно по сравнению с таковым у взрослых. Вместе с тем в пубертатном возрасте, особенно при наличии соматической ослабленности, депрессивный невроз принимает затяжное течение с возможностью перехода в невротическое формирование личности (чаще астено-депрессивного типа).

Наряду с этим, по данным В.А. Гурьевой с соавт., (2005) депрессивные состояния чрезвычайно широко распространены, их число и длительность увеличиваются, они встречаются во всех культурах, во всех слоях населения и связаны со значительными субъективными страданиями, социальной декомпенсацией, склонностью к суицидальным действиям. Термин «депрессия» имеет много различных значений и специальных уточняющих наименований, применяющихся в зависимости от длительности, периодичности, глубины и клинического содержания соответствующих болезненных расстройств. Согласно современным представлениям (МКБ-10, 1994) депрессивные расстройства ранжируются по степени их выраженности. Выделяют легкую, умеренную и тяжелую степень, дифференциация между которыми основывается на сложной клинической оценке. По клиническим характеристикам выделяют депрессии двух групп: относительно простые, характеризующиеся облигатными расстройствами, свойственными депрессивному синдрому, и сложные, при которых имеет место сочетание депрессии с симптомами психопатологических синдромов.

Особое значение, как считают авторы, для возрастной специфики психических расстройств у детей и подростков имеют так называемые возрастные кризы – периоды наибольшей подверженности нервным и психическим нарушениям (первый криз – 3–4 года; второй – 5–7 лет; третий – 12–18 лет). Одним из обсуждаемых вопросов в главе о возрастной специфике аффективных расстройств авторы рассматривают вопрос о роли возрастного фактора в этой специфике, которую они трактуют с позиций определенных периодов возрастного развития.

В шведском руководстве по психиатрии детского и подросткового возраста один из его 26-ти авторов Берит Лагерхейм (2004) также делает попытку рассмотреть проявление депрессии в зависимости от возраста. При этом депрессия рассматривается как часть невроза и пограничных состояний, а у детей она становится иногда предварительной стадией соответствующего состояния в зрелом возрасте. Примерно 25% депрессивных нарушений у взрослых возникают в возрасте до 18 лет. А по оценкам специалистов даже в социально благополучном обществе только 25–50% детей с депрессией получают какую-то медицинскую помощь и еще меньше проходят амбулаторный курс лечения.

Хотелось бы обратить внимание на еще одну работу немецких ученых – проф. Р. Телле в соавторстве с проф. Р. Лемпом (2003). В учебнике по психиатрии они замечают, что депрессия означает подавленное настроение. Словом «депрессивный» можно объяснить разные явления: адекватное поведение после болезненной потери, конфликтную реакцию и невроз, структуру личности и болезнь. Депрессивная симптоматика встречается при реактивной депрессии, депрессивном неврозе, эндогенной депрессии, при депрессивном синдроме шизофрении или органических психозах. Адекватное ситуации расстройство при печальных подавляющих дух поводах определяется как подавленность или депримированность. Депрессивная реакция встречается при резких изменениях жизненных отношений, потере привычного жизненного уклада и доверительной атмосферы. Решающим здесь является не внешняя ситуация, а переживание изменений, потеря укрытия и неуверенность в новой ситуации. Часто в основе депрессивных реакций лежат глубоко скрываемые обиды и кризис самооценки. Депрессивный невроз – это невроз характера или расстройство личности. При слабой их выраженности говорят о депрессивной структуре личности в смысле стойких психических отклонений. Тяжелые депрессивные неврозы (а также другие неврозы и расстройства личности) обозначаются как пограничные состояния. Как отмечают авторы, это не столько

новый диагноз, сколько построение модели, которая в учении о фазах жизни связывает ранние детские переживания с последующим болезненным личностным развитием. При этом у детей обнаруживается нередко хроническая, зависящее от личности депрессивное расстройство настроения. Оно не проявляется в повседневной жизни, но выявляется отчетливо в ряде ситуаций и в проективных тестах. Чаще всего это итог тяжелой депривации в раннем детстве. По МКБ-10 депрессивные реакции, а также расстройства адаптации кодируются в F43.2, а депрессивные неврозы кодируются как дистимия – F34.1.

Заключение. Биопсихосоциальная модель оказания помощи больным с нервно-психическими расстройствами с включением медико-биологического, психолого-педагогического, социального аспектов, позволяет повысить эффективность полидисциплинарной помощи, направленной на превенцию, своевременную диагностику лечения и реабилитацию с оценкой всех факторов не только биологических, но и личностно-психологических и социально-психологических, играющих важную роль в формировании нервно-психических и психосоматических расстройств и с учетом диагностических критериев не только категорий МКБ-10, но и отечественных классификаций, отражающих специфику эмоциональных (аффективных) психических расстройств в детском и подростковом возрасте.

МНЕНИЕ ДЕТЕЙ О НАСИЛИИ

Валеева А.М., Палачева Т.И.

Казань
КГМА

В 2014 г. проведено социологическое исследование проблем детского насилия среди воспитанников специализированных учреждений Республики Татарстан для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации. Целью исследования было выяснить, как часто детям 7-10 лет и подросткам приходится сталкиваться с насилием по отношению к себе или к кому-либо, и определить их отношение к этой проблеме. В анкетировании приняли участие 105 детей в возрасте 7-10 лет и 123 подростка социальных приютов для детей и подростков.

В анкету для детей детского возраста были включены 15 вопросов, касающихся проблемы насилия. Мнение «Физическое наказание – это насилие» поддержали 53% опрошенных, не согласились с ним 47% детей. На вопрос анкеты «Испытывал ли ты жестокое отношение со стороны друзей, сверстников, одноклассников, взрослых?» утвердительно ответили 20% детей, хотя на следующий вопрос «Пытался ли ты себя защитить?» 80% детей ответили «да». Это может свидетельствовать о том, что дети были или не совсем откровенны в своих ответах, или, что насилие в детской среде воспринимается ими как что-то обычное. На вопрос «Если к тебе применялось насилие, где это происходило?» дети в большинстве случаев наблюдали его на улице (40%) и в школе (33%), в семье (7%). В то же время 80% детей пыталось защитить себя в ситуации насильственных проявлений, не смогли защитить себя 20% опрошенных.

На вопрос о том, по отношению к кому было направлено жестокое обращение в семье, дети в первую очередь назвали матерей (47%), затем указали на жестокость к животным (33%). По отношению к отцам проявление жестокого обращения было отмечено ими в 13% случаев, братьев – в 7%. При ответах на вопросы, касающиеся чувств, возникающих при виде насилия, у детей в большинстве случаев возникал страх, его испытало 80% опрошенных, сострадание почувствовали 40%, жалость – 13%, злобу испытали 7% опрошенных, подавленность – 7% респондентов. Некоторые дети испытывали сразу несколько чувств, например, страх и жалость, страх и сострадание. На вопрос анкеты «Кому бы ты мог рассказать о ситуации, связанной с жестоким обращением?» лишь 40% доверились бы родителям, 33% рассказали бы друзьям, менее бы всего решение этой проблемы вверили родственникам (13%), специалистам (7%), учителям (7%). На вопрос «Делился ли ты с друзьями, одноклассниками, другими детьми информацией о перенесенном насилии?» 40% детей дали утвердительный ответ, 60% ответило отрицательно. На вопрос «Пытался ли ты себя защитить? Как?» ответы распределились следующим образом: 13% пытались бежать, «давали ответ» и 21% детей дрались, говорили об этом воспитателю и родителям 13% детей, никак не защитили себя 27% опрошенных, 26% детей не дали никакого ответа. Дети в этом возрасте не могут защитить себя от насилия и в то же время недостаточно обращаются за помощью. На вопрос «Обращался ли ты к кому-нибудь за помощью?» 40% указало на родителей, 7% обратилось бы к соседям, 7% к воспитателям, 7% к бабушке; 27% детей ответило «не к кому», «боюсь», 12% никак не ответило.

Подростки из социальных приютов на вопрос «Что такое жестокое обращение по отношению к личности?» ответили следующим образом: 83% опрошенных расценили его как «применение физической силы, нанесение телесных повреждений», 12% подростков – как «принуждение делать что-либо против воли», 8% опрошенных – как «ущемление в правах».

По мнению подростков, более всего в современном обществе подвержены жестокому обращению со стороны окружающих дети, подростки (58%), женщины (33%), пожилые люди, старики (11%).

По мнению детей, жестокому обращению в семье подвержены дети в 88% случаев, 67% детей были свидетелями жестокого обращения в семье, которое было совершено по отношению к женщинам (67% случаев). В 58% случаев по отношению к детям оно проявлялось в побоях, криках, оскорблениях против личности, в драках. В связи с этим у более половины подростков возникало неприятное чувство; в 33% случаев они испытывали эмоциональное потрясение, шок; у 8% опрошенных это не произвело никакого впечатления. Как считают подростки, в семьях наиболее распространено физическое насилие (65%), психологическое насилие (35%).

На вопрос «Что влияет на случаи жестокого обращения в семье по отношению к детям?» ответы распределились следующим образом. Среди причин жесткого обращения в семье по отношению к ребенку в первую очередь назывались жизненные проблемы, неустроенность жизни родителей (58%), употребление родителями алкоголя (42%), случаи отчаяния, неприятности у родителей, связанные с работой (33%). В другую группу причин подростками отнесены эмоциональная неуравновешенность родителей (25%), показ сцен насилия по телевизору (25%).

На вопрос, касающийся отношений подростков с родителями, респонденты указали на непонимание родителей (53%), конфликты в семьях (47%). Родители подростков чаще запрещают что-либо делать, чем разрешают, это обозначили 60% опрошенных. На вопрос «Имеют ли право родители применять физическую силу против детей?» 66% подростков отметили, что родители могут сделать это в редких случаях, считают это неприемлемым 25% опрошенных. Поведение друзей в подобной ситуации выглядело следующим образом: никуда не обращались (50%), обращались к друзьям 25% подростков, к родным – 8%, к полиции – 8%. В вопросах о видах наказания со стороны родителей подростки считают неприемлемым нанесение телесных повреждений (33%), словесные оскорбления, ограничение свободы в действиях (25%), оскорбление при посторонних (23%).

В случае жестокого обращения 42% респондентов обратились бы за помощью к друзьям, к знакомым; к родным, родственникам – 17%, в социальные службы – 8%, 43% подростков никуда бы не обратились. Среди видов насилия как распространенное отмечалось эмоциональное насилие, его часто испытало третья часть подростков, иногда – 20%; психологическое насилие часто испытало 17% несовершеннолетних, 16% – иногда;

физическую силу часто испытывали 8% опрошенных, иногда – 42%; При случаях жестокого обращения в семье подростки ощущали обиду в 50% случаев, чувствовали себя беспомощными 30% опрошенных, могли дать сдачу 17% респондентов.

У подростков спрашивалось мнение относительно влияния насилия на будущее ребенка. На это дети в большинстве случаев указали, что может ухудшиться физическое и психическое здоровье (75%), могут быть получены психологические травмы (33%), повлиять на характер – 53%. На вопрос «Известны ли службы, куда можно обратиться? Можно ли эту проблему решить?» в 92% дети отметили, что знают куда обратиться. В решении проблем насилия дети ответили, что необходимо воспитывать детей с любовью (83%), организовать психологические уроки для родителей (42%), сделать доступными специальные, в том числе психологические службы (17%).

Таким образом, проблема насилия по отношению к детям – распространенное явление. Респонденты понимают недопустимость применения насилия. Целесообразно вести психологическое просвещение для родителей в школах, информировать детей о «телефонах доверия»; научиться выявлять тех, кто стал жертвой жестокого обращения и оказывать им психологическую помощь.

СТРУКТУРА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Ведяшкин В.Н., Ведяшкина О.П.

Барнаул
КГБУЗ Алтайский краевой ПНД для детей,
КГБУЗ Городская больница №4

Социальная значимость и актуальность проблемы здоровья несовершеннолетних определяет интерес широкого круга исследователей, указывая на приоритетность данного вопроса. Состояние здоровья детей и подростков представляет собой динамическое образование, зависящее от условий жизнедеятельности, адаптивных, конституционально-типологических особенностей индивида; региональных экологических, климатических и этнических условий. Особая подверженность этой возрастной категории к действию комплекса неблагоприятных факторов вполне очевидна. Это обусловлено анатомо-физиологической и гормональной перестройками, происходящими в организме ребенка. А так же уровень адаптивных возможностей в процессе социализации, и специфика самих социальных факторов на данном возрастном этапе.

По современным статистическим данным неуклонно возрастает число детей, страдающих бронхиальной астмой и сахарным диабетом, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и желчного пузыря, болезнями кожи. Нередко причиной возникновения подобных заболеваний являются последствия стрессов, каких-то конфликтов, кризисных состояний (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2000). Психосоматические расстройства – это наиболее распространенная соматическая патология, которая составляет, по данным различных исследователей, 40-68% от числа обратившихся за помощью к врачам общего профиля (Исаев Д.Н., 1989; Брязгунов И.П., 1995).

Несмотря на общеизвестные факты, психосоматические расстройства у детей и подростков зачастую не диагностируются специалистами как соматического, так и психиатрического профиля.

Материалы и методы исследования. Для проведения нашего исследования были сформированы две группы. Первая группа представляла собой 38 детей (21 девочка и 17 мальчиков) в возрасте от 7 и до 14 лет, которые обратились к врачу-психиатру по рекомендации участковых педиатров по месту жительства. Вторая группа состояла из 23 подростков (17 девушек и 6 юношей) в возрасте от 15 до 17 лет обратившихся к врачу психиатру по рекомендации участкового педиатра обслуживающего студентов средних специальных и высших образовательных учреждений города Барнаула. Для оценки результатов использовались клинический, клинико-психопатологический и статистический методы исследования.

Результаты исследования. Как показали результаты нашего исследования все дети и подростки не менее четырех месяцев наблюдались у врача-педиатра по поводу различных соматических заболеваний. В группе детей 3 (7,9%) ребенка лечились у педиатра по поводу алгических проявлений различной локализации, 21 (55,3%) ребенок по поводу симптоматики нарушений пищеварительной системы, 16 (42,1%) детей наблюдались педиатром из-за респираторных нарушений и 3 (7,9%) ребенка лечили нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Из них у 5 (13,2%) детей наблюдалось нарушение различных систем. В группе подростков распределение соматических нарушений выглядело следующим образом: 11 (47,8%) подростков неоднократно обращались к педиатру по поводу алгических проявлений, у 9 (39,1%) подростков проявлялись нарушения пищеварительной системы, у 2 (8,7%) подростков наблюдались респираторные нарушения и у 5 (21,7%) нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Сочетание нарушений различных систем наблюдались у 4 (17,4%) подростков.

Алгические проявления у детей и подростков выражались в цефалгиях – головных болях незначительной и средней степени выраженности, чаще давящего характера, в лобной, височной и затылочной областях. Иногда они сопровождались тошнотой и головокружением. Данные головные боли характеризовались определенным постоянством, и их интенсивность в большинстве своем зависела от нагрузки и времени суток. Нередко цефалгии сочетались с миалгиями и артралгиями, когда отмечались не резко выраженные болевые ощущения в конечностях и по ходу позвоночника, часто описывающиеся пациентами как неприятные ощущения с необходимостью постоянного поиска удобной позы особенно в учебный период или перед засыпанием. Помимо выше перечисленных болей в нашем исследовании регистрировались случаи кардиалгий и абдоминалгий, загрудинных болей и болей в области эпигастрия.

Нарушения пищеварительной системы наблюдались в виде вегетативно-висцеральных расстройств желудочно-кишечного тракта. У больных регистрировалось изменение аппетита (в большинстве своем переходящее в расстройство пищевого поведение с развитием нервной анорексии, реже нервной булимии), тошнота, рвота, аэрофагия, нарушение стула, абдоминалгия.

Клиническая картина респираторных нарушений зачастую носила психогенный характер и проявляется приступами кашля, которым нередко предшествует длительное покашливание и ощущение першения в горле. Проявлениями данных нарушений так же являлись эпизоды нехватки воздуха с учащением дыхания, одышкой, иногда заканчивающейся приступами удушья. Психогенная природа респираторных нарушений обусловлена наличием психотравмирующей ситуации, которую часто ребенок идентифицирует и способен четко озвучить причину начала болезни.

Психосоматические проявления сердечно-сосудистых нарушений выражались в наличии кратковременных болей и неприятных ощущений в области сердца, частота и интенсивность которых напрямую связана с эмоциональным состоянием больного. Так же наблюдались изменения частоты сердечных сокращений, перепады артериального давления, нередко сочетавшиеся с тревогой и цефалгиями.

При всех видах психосоматических расстройств эффект от симптоматической терапии был незначительный и кратковременный.

При проведении психиатрического обследования было установлено наличие резидуально-органической патологии ЦНС у всех несовершеннолетних с соматическими нарушениями. Это характеризовалось осложнениями пре-, интра- и перинатального периода развития, наличием травм, интоксикаций и инфекций первого года жизни, что так же подтверждалось результатами нейрофизиологического исследования.

Клинико-психопатологический анализ позволил выявить у большинства обследованных депрессивные состояния, с преобладанием астенического, тревожного, тоскливого и дисфорического компонентов. Нарушения эмоционально-волевой сферы проявлялись раздражительностью, гневливостью, а иногда тревогой, либо повышенной чувствительностью к внешним раздражителям. Иногда тревога и страх приобретали навязчивый характер вплоть до формирования обсессивно-фобического комплекса. У подавляющего большинства астенические проявления характеризовались снижением работоспособности и школьной успеваемости. Личностные качества определялись снижением мотивации к учебной деятельности, сензитивности, проявлением тревожной мнительности, а в редких случаях и заострением возбудимых черт характера.

Положительных результатов при терапии психосоматических расстройств удавалось достичь с помощью медикаментозных и психотерапевтических методов лечения. Учитывая, что основным компонентом психосоматических нарушений являлись депрессивные состояния, то основу медикаментозного лечения данных проявлений составляли антидепрессанты – сертралин, азафен, амитриптилин и мелипрамин в средних возрастных дозировках. Нередко при миалгиях и артралгиях хорошего терапевтического эффекта удавалось достичь с помощью нейролептиков с миорелаксирующим действием – тиоридазин и перициазин в малых дозировках. При лечении сердечно-сосудистых нарушений хороший эффект наступал от применения анксиолитиков. Наряду с антидепрессантами и нейролептиками положительного результата удавалось достичь с помощью ноотропов, седатирующих адаптогенов и антиоксидантов – ацетилглутаминовая кислота, гопантеновая кислота, ново-пассит.

В результате полного раскрытия картины заболевания и применения терапевтических методов в отношении их психосоматической природы удалось добиться улучшения состояния более чем у 80% пациентов обеих групп.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ВОСПРИЯТИЯ ОПАСНОСТИ ПОДРОСТКАМИ И НОРМЕ И ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Вещикова М.И., Зверева Н.В., Балакирева Е.Е.

Москва
НЦПЗ

Введение. Широкий спектр психических заболеваний связан с искажением восприятия опасности, которое проявляется в ряде клинических симптомов. Наиболее ярко это наблюдается на примере тревоги и страха, бредовых расстройств (А. В. Снежневский, А.С. Тиганов, А.Б. Смулевич и др.). В рамках расстройств шизофренического спектра также можно наблюдать гамму симптомов, указывающих на изменение субъективной оценки опасности окружающего мира. Со стороны эмоциональной сферы таким симптомом является ощущение чрезвычайной тревожности, растерянности, страха, чувства изоляции от окружающих. Сходные проявления могут обнаруживаться в восприятии (в рамках галлюцинаций), в мышлении (в форме бреда). Наиболее ярко такие нарушения можно наблюдать в случае параноидной шизофрении. Здесь страхи могут приобретать разнообразные и вычурные формы.

Особую значимость вопрос об опасности внешнего мира приобретает для подростков с психическими заболеваниями. В этом случае психопатологическая симптоматика осложняется возрастной спецификой пубертата: импульсивностью, протестностью, склонностью к рисковому поведению (Г.Е. Сухарева, М.Ш. Вроно, В.В. Ковалев, А.Е. Личко, Н.М. Иовчук и др.). Все это определяет актуальность обращения к проблеме психологической оценки опасности окружающего мира подростками с психической патологией в сопоставлении со здоровыми сверстниками, поиску возрастного сходства и нозологического своеобразия. Экспериментальные клинико-психологические исследования этой темы только в начале пути.

В нашем исследовании оценивались особенности восприятия опасности у подростков с психическими заболеваниями по сравнению со здоровыми сверстниками и выявлялись различия на основании нозологии и ведущих синдромов.

Материалы и методы. Всего в исследовании приняли участие 80 подростков в возрасте 13-17 лет: контрольная группа: 54 подростка, т.называемая «практическая норма», учащиеся средних общеобразовательных и специальных учебных заведений Москвы и Подмосковья, не находящиеся на учете у психиатра; клиническая группа: 26 подростков, пациентов детской клиники ФГБНУ Научный центр психического здоровья. Начало заболевания – в детском и подростковом возрасте, верифицированные диагнозы F20, F21, F25, F23.

В клинической группе дополнительно были выделены подгруппы пациентов: с диагнозами F20 (13 человек) и F21 (7 человек). Отдельно анализировались случаи с выраженным аффективным компонентом (9 человек) и психопатоподобным синдромом (8 человек).

Диагностический комплекс направлен на оценку восприятия опасности мира и проекцию ожидания опасности окружающего. Приведенные ниже 3 методики являются частью более общего методического комплекса (Вещикова, Зверева, 2014).

1. РАТ (модифицированная инструкция) – использован оригинальный стимульный материал методики, испытуемому предлагалось разделить изображенные ситуации на опасные и безопасные ситуации и объяснить их. При статистической обработке использовался показатель количества ситуаций, истолкованных как опасные.

2. «Оценка степени опасности с опорой на фотографии» (авторская методика) – стимульный материал (карточки с фотографиями потенциально опасных мест и ситуаций из повседневной жизни) испытуемый должен разделить на 3 группы по степени опасности. Для статистической обработки использовался показатель количества карточек, отнесенных к каждому из трех уровней опасности (общий и по каждому из факторов). Также вычислялся интегральный балл воспринимаемого уровня опасности (общий и по отдельным источникам опасности): карточки, отнесенные к безопасным ситуациям, получали 0 баллов, к опасным – 1 балла, к высокой степени опасности – 2 баллов.

3. Незаконченные предложения – 14 утверждений, посвященных теме опасности (авторская модификация).

Результаты. По результатам трех методик статистически значимые различия между клинической и контрольной группой выявляются только по показателям РАТ: в клинической группе повышено количество ситуаций, оцениваемых как опасных ($p \leq 0,05$).

Разделив группу здоровых подростков по возрасту (младшие подростки – 12-14 лет, старшие – 15-17 лет), мы установили, что младшие подростки по методике РАТ относят больше ситуаций к опасным ($p \leq 0,05$). По прочим методикам достоверные различия отсутствуют. При разделении клинической группы по диагнозам и синдромам иных статистически подтвержденных значимых количественных различий на данном этапе не выявляется.

Качественный анализ особенностей выполнения методик в сопоставляемых группах

В клинической группе суждения об опасности личностно окрашены, включают травматические переживания, бредовые фабулы, элементы навязчивых мыслей. Некоторые больные в качестве критерия оценки опасности ситуации указывают ее происхождение, подконтрольность, социальную приемлемость. Например, при сортировке карточек РАТ на опасные и безопасные больной (11 лет, F20.8163) описывает изображенное: «молитва, может быть опасно, если молиться кому-нибудь не тому»; при выполнении методики «Незаконченные предложения» формулировку «Компания подростков на улице…» больная (15 лет, F25.18) заканчивает так: «мне не страшно, у меня есть сверхспособности, они ничего сделать не могут». Больные подростки зачастую дают оценку опасности ситуации, не раскрывая содержания угрозы и заменяя его формальным описанием изображенного («опасные» ситуации из РАТ: «бежит», «один на другого смотрит», «кланяется», «танцы могут навредить здоровью», «человек заснул»). Это может являться следствием снижения способности к пониманию содержания межличностного взаимодействия.

У здоровых подростков отмечается тенденция относить к опасным сцены унижения достоинства либо отношения социального неравенства (например, «поклонение, зависть», «бедный пристает к человеку», «рабство»). Вместе с тем часть ситуаций взаимодействия с внешней средой оценивается как новый эмоциональный опыт, проверка своих возможностей.

Анализ преобладающих тем ответов испытуемых в методике «Незаконченные предложения» показывает различия в зависимости от диагнозов и синдромов испытуемых клинической группы. Так, ответы больных с шизотипическим расстройством имеют более выраженную негативную эмоциональную окраску, реже затрагивают темы общения, предпочитая им отсылку к внешней обстановке. При выделении подгрупп по синдромам обнаруживается, что пациенты с психопатоподобным синдромом чаще фиксируются на негативных эмоциях, связанных с формулировками методики. В ответах пациентов с аффективным синдромом, не сочетанным с психопатоподобным, чаще звучат личные переживания и отказ признавать опасность описанных в начальных формулировках ситуаций.

Обсуждение и выводы. Проведенное исследование показывает, что процесс восприятия опасности при психических заболеваниях подвергается изменению не столько в количественном, сколько в качественном аспекте. Наблюдается тенденция к повышению уровня субъективной опасности у испытуемых, страдающих психическими заболеваниями, однако более ярко выступает своеобразие суждений больных подростков об опасности.

Анализ содержания ответов испытуемых указывает на различия в структуре субъективной опасности мира у здоровых подростков и подростков с психической патологией. В норме для подросткового возраста характерно, с одной стороны, повышение роли социального взаимодействия и, в свою очередь, появление страхов в этой сфере. С другой стороны – игнорирование опасности внешней среды делает последние сферой поиска новых ощущений, проверки своих возможностей. У подростков с психической патологией ощущение опасности выступает как ощущение генерализованной угрозы со стороны внешнего мира, часто – как глубоко индивидуальные переживания. Нозология также оказывают ограниченное влияние на качество суждений подростков об опасности.

Для более полного описания структуры нарушенного восприятия опасности внешнего мира при психической патологии у подростков следует расширить количественную базу данных, внести другие аспекты диагностики, прежде всего – личностные особенности.

СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ПОДРОСТКОВ – ЖЕРТВ ШКОЛЬНОГО БУЛЛИНГА

Воликова С.В., Калинкина Е.А.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
Московский городской психолого-педагогический университет

Начатые в 70-х годах XX столетия скандинавскими учеными систематические исследования проблемы школьного насилия (буллинга) показали, что существенный процент детей в школах подвергаются издевательствам со стороны одноклассников. Под школьным насилием (буллингом) понимается психологическое или физическое насилие одних школьников по отношению к другим, а также учителей по отношению к ученикам (Петросянц, 2011). Систематическое пребывание в такой травмирующей ситуации (ситуации школьного насилия – буллинга) может приводить к снижению учебной мотивации, отказам от посещения школы, делинквентному поведению, появлению симптоматики тревожных и депрессивных расстройств, повышению риска суицидального поведения как у непосредственных жертв школьного насилия, так и у детей, не подвергавшихся насилию непосредственно, но наблюдавших ситуацию травли (Fekkes M., Pijpers F, Verloove-Vanhorick P., 2004, Бердышев И.С., Нечаева М.Г., 2005, Healy M., 2012, Losey B., 2011). Отечественных исследований этого явления мало, хотя в нашей стране оно также распространено (Кон И.С., 2006, Кривцова С.В., 2011, Собкин В.С., Смыслова М.М., 2012, Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б., 2013).

Цель исследования: сравнить выраженность симптомов тревоги и депрессии у детей – жертв школьного буллинга, а также исследовать особенности детско-родительских отношений у детей этой группы.

Выборка: было обследовано 234 школьника 5-8 классов московских общеобразовательных школ. Из них 127 мальчиков, 107 девочек. Средний возраст обследованных детей – 12,6 лет. Все подростки имели разрешение родителей или законного представителя на работу с психологом.

Методики: опросник детской депрессии (М.Ковак), Опросник личностной тревожности (Прихожан А.М.), опросник Школьная ситуация (Зарецкий В.К., А.Б.Холмогорова) для оценки школьной ситуации и мотивации общения, анкета для выявления фактов школьного насилия и определения позиции детей по отношению к этой проблеме (Воликова С.В., Нифонтова А.В.), опросник «Стили эмоциональных коммуникаций» (Холмогорова А.Б.).

Результаты. на основе анкетирования была выделена группа подростков – жертв школьного буллинга. Это 12,8% от всех обследованных детей (30 чел. из них 17 мальчиков, 13 девочек, средний возраст 12,5 лет). Они составили основную группу исследования. Остальные дети (204 чел. из них 110 мальчиков, 94 девочки, средний возраст 12,6 лет) составили контрольную группу. Больше всего дети – жертвы школьного буллинга подвергаются вербальной агрессии. Они (до 60% детей основной группы) признаются, что одноклассники часто обзывают, высмеивают, унижают их, распространяют о них ложную негативную информацию. Реже, но встречаются и случаи физической агрессии по отношению к самому ребенку или его имуществу (в этом признаются до 17% детей основной группы). Дети основной группы говорят (в анкете можно было выбрать несколько ответов), что их травят и обижают из-за внешнего вида (50% основной группы), особенностей их поведения (37%), национальности (27%). Перечисленное является основными поводами для агрессии. В основной группе у 30% детей выявлен повышенный уровень тревожности, в контрольной группе таких 14%. У детей-жертв школьного буллинга, по сравнению с контрольной группой, выше уровень школьной ($p=0,004^*$),

самооценочной (p=0,003*), межличностной (p=0,000**) тревожности, а также выше уровень депрессии (p=0,003*). Таким образом, среди детей, которых травят в школе, чаще встречаются дети с симптомами депрессии и тревоги. Они оценивают свою школьную ситуацию как менее благополучную, чем контрольная группа. Дети – жертвы школьного буллинга чаще прогуливают школу (p=0,005*), у них больше трудностей в учебе (p=0,000**), меньше друзей (p=0,000**). Они чаще, чем дети из контрольной группы оказываются один на один со своими проблемами. По разным причинам они не обращаются за помощью к взрослым. Одной из причин этого может быть то, что дети-жертвы школьного буллинга считают отношения с учителями плохими, конфликтными, лишенными доверия (p=0,032*). Также они видят меньше помощи и поддержки от родителей по поводу школьных проблем (0,012*). Родители детей – жертв школьного буллинга очень контролируют жизнь детей и часто критикуют их (p=0,037*). В ходе исследования выявлялись особенности отношений детей отдельно с матерью и отцом. По результатам данного исследования матери обижаемых детей проявляют меньше истинной заинтересованности и внимания к жизни ребенка (p=0,006*). Это отличает семьи основной и контрольной группы. В отношении отцов различий между основной и контрольной группами детей не обнаружено.

Обсуждение результатов и выводы: можно предположить, что повышенный родительский контроль и критика, формальное отношение лишают детей уверенности в своих силах, не способствуют развитию самостоятельности. Таким детям и подросткам трудно самим справляться с возникающими сложностями. У них существует дефицит представлений о способах преодоления трудностей, о возможных стратегиях разрешения конфликтов со сверстниками. Проблемы в отношениях с родителями и учителями могут приводить к тому, что дети – жертвы школьного буллинга не обращаются за помощью и не ищут защиты у взрослых, остаются со своими проблемами один на один. У ребенка могут возникнуть симптомы депрессии или тревоги. Если ребенок не находит способ прекратить издевательства, не может справиться с ситуаций, то от отчаяния и безвыходности он может начать думать о самоубийстве, как о выходе из травмирующей ситуации. Для преодоления данной проблемы важен системный подход, который должен быть основан на взаимодействии всех субъектов учебно-воспитательного процесса, в том числе учителей, родителей, психологов, группы сверстников.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Воробьев Е.С., Дроздовский Ю.В.

Омск
Омский ГМУ

Целью настоящего исследования являлась разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий у детей и подростков с невротическими расстройствами на основе оценки особенностей карты мышечных зажимов (в модели телесно-ориентированного психотерапевтического подхода).

Нами было обследовано 63 пациента (мальчики и девочки) в возрасте от 7 до 13 лет, обнаруживших разнообразную невротическую симптоматику: фобические нарушения (F93.1, F93.2), расстройства адаптации (F43.2, F43.21), невротические формы заикания (F 98.5), тики (F95.1). Данная невротическая симптоматика находила свое выражение, как в психосоматических, так и в поведенческих расстройствах разной степени выраженности.

Выявлена следующая взаимосвязь между природой невротического расстройства и телесным профилем пациента. У группы детей/подростков в возрасте от 7 до 13 лет в количестве 17 человек (мальчиков 6, девочек 11) наблюдаются страхи, при этом отмечается следующая закономерность телесного профиля: они находятся в поле флексии, центр тяжести в верхней части тела, вес тела на пятках, колени заблокированы, таз приведен кпереди и кверху, при этом повышен тонус мышц рук, глаз, то есть зон, отвечающих за познание мира. Другая группа детей/подростков с нарушением адаптации в возрасте от 7 до 13 лет в количестве 16 человек (мальчиков 12, девочек 4) демонстрирует следующую закономерность телесного профиля: комбинация полей экстензии, аттракции, ротации; повышенный тонус всех групп мышц (готов к нападению, либо к бегству); зона, отвечающая за принятие себя, заблокирована; таз выведен вперед; колени слегка согнуты, вес тела в средней части стопы. В группе детей/подростков в возрасте от 7 до 13 лет в количестве 14 человек (мальчиков 8, девочек 6) с невротическими формами заикания сочетаются поля ротации и флексии, выявляется диафрагмальный зажим, плечи приведены кпереди и книзу, наблюдается повышенный тонус мышц шеи, таз выключен из акта дыхания, а дыхательная волна прерывается в верхней части грудной клетки; вес тела на пятках. Группа детей/подростков в возрасте от 7 до 13 лет в количестве 16 человек (мальчиков 11, девочек 5) с тиками имеют комбинацию моторных полей (ротация и активация), у них отмечается равномерное усиление тонуса мышц всего тела, учащенное и поверхностное дыхание, челюстной и горловой зажимы; вес тела при этом перенесен на носки.

На основании составленной карты мышечных зажимов нами были созданы диагностические программы и лечебно-реабилитационные комплексы детей и подростков с невротическими расстройствами, включавшие специально разработанные тренинги, способствовавшие трансформации телесно-мышечного портрета и редукции невротической симптоматики, показавшие высокую эффективность. Телесно-ориентированные методы психотерапии делали ребенка/подростка более свободным и естественным в движениях, самовыражении, способствовали более полному раскрытию его потенциала, расширяли его возможности социальной адаптации и творческого реагирования на разнообразные жизненные ситуации.

Изучение специфики карты мышечных зажимов позволяет улучшить диагностику невротических расстройств у детей и подростков на различных стадиях заболевания, как доклинических, так и клинических, что способствуют эффективному подбору дифференцированных лечебных и реабилитационных мероприятий.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гармаш М.С., Куприянова Т.А., Корень Е.В., Коновалова В.В., Крыжановская И.Л.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность исследования. Гиперкинетические расстройства (по МКБ-10) или синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) (по DSM-V) представляют весьма актуальную проблему в связи со значительным удельным весом в структуре психической патологии в детском возрасте и высокой распространенностью данного расстройства, по данным отечественных и зарубежных исследователей достигающей 7-13% среди детского населения. Важным моментом при диагностике гиперкинетических расстройств является раннее выявление

сопутствующей коморбидной симптоматики, в особенности относящейся к кругу психоэмоциональных расстройств, поскольку данные нарушения существенно сказываются на качестве жизни детей и создают препятствия, как для лечения, так и для достижения успешной социальной адаптации ребенка.

Цель данного исследования – выявление и определение структуры и степени выраженности психоэмоциональных нарушений у детей с гиперкинетическими расстройствами.

Материалы и методы. Было проведено комплексное амбулаторное обследование 60 детей обоего пола (44 мальчика и 16 девочек) в возрасте от 6 до 12 лет, соответствующих диагностическим критериям гиперкинетических расстройств по МКБ-10. Дополнительными критериями включения были: интеллектуальное развитие обследуемых, соответствующее возрастной норме; отсутствие хронических соматических и неврологических расстройств, способных повлиять на результаты исследования; наличие информированного согласия ребенка и его родителей на проведение исследовательских процедур до назначения терапии.

Исследование уровня выраженности тревожности ребенка проводилось с применением методики С. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, представляющей собой два бланка субъективной оценки ситуационной (реакция на стрессоры, ожидание агрессивной реакции, угроза самоуважению и т.д.) и личностной (дает представление о подверженности личности воздействию тех или иных стрессоров по причине своих индивидуальных особенностей) тревожности и определяет уровень тревожности исходя из шкалы самооценки (высокая, средняя, низкая тревожность).

Исследование выраженности аффективных нарушений проводилось с применением детского депрессивного опросника M. Kovac (CDI), представляющего собой опросник, который адаптирован и валидизирован на отечественной выборке детей и подростков. В русскоязычном варианте опросника выделены пять подшкал: «Негативное настроение», «Межличностные проблемы», «Личностная неэффективность», «Ангедония», «Негативная самооценка», но наиболее информативным для определения наличия или отсутствия депрессивного состояния у испытуемого является общий (суммарный) показатель опросника.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного исследования в обследуемой выборке больных позволили оценить уровень психоэмоциональных нарушений у детей с диагностированным гиперкинетическим расстройством. Выраженность личностной и ситуативной тревожности, опираясь на результаты, полученные при оценке данных опросника С. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, составила 42.83 балла и 24.93 балла соответственно, что говорит об умеренной выраженности личностной тревожности и низкой выраженности ситуативной. На основании результатов, полученных при анализе данных, собранных посредством обработки детского депрессивного опросника M. Kovac (CDI), можно говорить о том, что среди обследуемых детей, не было пациентов с проявлениями клинической депрессии, но, тем не менее, суммарный показатель депрессивного опросника составил 54,97, наиболее выраженные показатели определялись по шкале «Межличностных проблем» (65.03 балла), свидетельствующих о значительном перенапряжении адаптационных механизмов, что ведет к дисгармонизации отношений таких детей со сверстниками, педагогами и родителями и негативно сказывается на функционировании ребенка в основных значимых сферах жизнедеятельности.

Выводы. Выраженные показатели личностной тревожности и субклинические депрессивные проявления могут усиливать уровень и глубину социальной дезадаптации у детей с гиперкинетическими расстройствами, с возможным негативным влиянием как на степень выраженности основной симптоматики, так и на усугубление имеющихся у таких пациентов проблем в межличностном взаимодействии с взрослыми и другими детьми. Основываясь на полученных данных, следует большее внимание уделять комплексному подходу в диагностике, учитывающему наличие сопутствующей симптоматики тревожного и аффективного уровня для разработки индивидуализированной комплексной программы медикаментозного лечения и реабилитационных мероприятий.

ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩЬЮ В КРУПНОМ МЕГАПОЛИСЕ

Головина А.Г., Шмакова О.П., Жук Е.И.

Москва
НЦПЗ,
НПЦПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой

Целью данной работы явился анализ динамики обращаемости детей и подростков в крупное психиатрическое консультативно-лечебноеучреждение мегаполиса за десять лет.

Материалы и методы. В сравнительном аспекте исследованы данные статистических отчетов поликлинического отделения научно-практического Центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ г.Москвы (НПЦПЗДП) за 2004 и 2014 гг. Указанное учреждение является высокоспециализированным и помимо подразделения, оказывающего амбулаторную помощь, располагает собственным стационаром.

Результаты и обсуждение. В 2004 г. в НПЦ ПЗДП обратилось 2544 пациента, в 2014 – 3584 (на 40,9% больше). Гендерное соотношение обращавшихся в сопоставляемые периоды оставалось стабильным (мальчики: девочки – около 4:1), так среди обследованного контингента девочек в 2004 г. было 26%, а в 2014 г. – 28,3%. В 2004 г. возрастной диапазон составлял 3 – 17 лет, в 2014 – 1-17 лет, что связано с организацией в структуре Центра микропсихиатрической консультативной помощи. О ее востребованности свидетельствует значительное число детей, проконсультированных в возрасте до 3-х лет – в 2014 году их было 489 человек (из них 122 девочки) – 13,6% от всех обратившихся за год. Ранее данная категория больных наблюдалась неврологами, оставаясь вне сферы внимания психиатров. О структуре патологии больных1-3-х лет, можно сделать лишь предварительные выводы, отметив тяжесть расстройств и их хронический характер. Диагноз задержек психического развития был установлен 276 пациентам (60 девочек); аутизма различного генеза – 103 больным (23 девочки); умственной отсталости различных степеней – 58 (21 девочка).

В оба анализируемых года основную массу больных, получивших лечебно-консультативную помощь в НПЦ ПЗДП (78,1% в 2004 г. и 84,5% в 2014), составляли пациенты с расстройствами развития (F8), умственной отсталостью (F7) и с органическими непсихотическими расстройствами (F02, F06, F07). За обсуждаемый период значимо – в три раза в абсолютных показателях (кратность в процентах – 2,4) – увеличилось количество обратившихся по поводу аутизма: со 102 человек (4%) в 2004 году, до 340 (9,5%) в 2014, видимо, отчасти это обусловлено расширением возрастного диапазона принятых больных. В целом же число лиц с расстройствами психического развития (F8) увеличилось в 1,5 раза: в 2004 г. – 31,7%; в 2014 – 47,7%. Низкой осталась доля больных с расстройствами настроения, хотя формально этот показатель возрос в 2,4 раза: с 0,51% в 2004 г. до 1,23% в 2014 г., при этом в 2004 г. детям до 14 лет диагноз депрессивного расстройства был выставлен лишь в двух случаях, в 2014 г. – в 15. В 1,6 раза увеличилась доля паци-

ентов с расстройствами приема пищи (F50): с 0,51% до 0,83% (13 человек в 2004 г., 30 детей и подростков в 2014 г.). По-видимому, такая динамика соотносится с ростом числа больных нервной анорексией. В меньшей степени (в 1, 2 раза) выросла доля детей с умственной отсталостью: с 17,4% до 21,3%. Произошло это в большей степени за счет увеличения числа пациентов с легкими ее формами (11,7% и 15,23% соответственно – в 1,3 раза). Вдвое (1,45% и 2,96%) возросла численность пациентов с умственной отсталостью, обусловленной различными хромосомными нарушениями.

Заметно уменьшение частоты констатации формирующихся расстройств личности (F6): с 1,45% до 0,25% (кратность в 5,8 раз), возможно, это обусловлено более корректным отношением к диагностике личностной патологии в детско-подростковом возрасте. Более чем в 4 раза снизилась доля лиц с диагнозом шизофрении: в 2004 году они составляли 1,38% от всех учтенных за год, в 2014 – 0,33%. При этом стабильным оставался процент больных, обратившихся в связи с шизотипическими расстройствами (F21): 0,98% в 2004 г. и 0,95% в 2014, а также шизоаффективным и иными психотическими расстройствами (F23-F25): 0,75% в 2004 г. и 0,73% в 2014 г. Уменьшилось число пациентов с органическими (F06,F07) – с 29% до 15,5% (в 1,9 раза), с невротическими расстройствами – с 6,4% до 3,7% (в 1,7 раза), а также эмоциональными и поведенческими расстройствами, начавшимися в детском возрасте (F9) – с 9,6% до 7,4% (в 1,3 раза). Снижение представленности пациентов с органическими расстройствами (с 9% до 4,4% – в 2 раза), видимо, произошло как за счет меньшей обращаемости по поводу органических расстройств личности и поведения многомерной этиологии; так и нетяжелых непсихотических психических расстройств сложного генеза (астенических, неврозоподобных, психопатоподобных) с 17,3% до 10,4% (в 1,7 раз). Доля пациентов с расстройствами эпилептического генеза в детской консультативной психиатрической службе также снизилась (с 2,6% до 0,6% – в 4,3 раза). По-видимому, это связано с тем, что вследствие организационных изменений в медицинской службе, часть этих больных переведена в ведение неврологов.

Выводы.

- Отмечен рост потребности в консультативной детской психиатрической помощи в крупном мегаполисе, каким является Москва. Продемонстрировало свою обоснованность расширение обслуживаемого контингента за счет микропсихиатрического звена (доля детей до 3-х лет составила 13,6%), которое ранее оказывалось вне поля зрения психиатров.

- Выявлено существенное видоизменение структуры диагностируемых в детско-подростковом возрасте расстройств: при снижении доли детской шизофрении увеличилась представленность расстройств психологического развития, особенно аутизма.

- По-прежнему низкой оставалась доля аффективной патологии и расстройств пищевого поведения при общей тенденции к увеличению этих показателей. Возможно, новые направления в работе НПЦ ПЗДП (служба коррекции нарушений пищевого поведения и детский городской телефон доверия) способствуют ранней диагностике, учету и более быстрому оказанию помощи этим контингентам больных.

- Уменьшение доли обратившихся по поводу психических расстройств органического генеза, в том числе эпилепсии, возможно, связано с определенным прогрессом в диагностике и лечении эпилептических состояний, в том числе и связанном с применением современных антиконвульсантов.

- Рост доли пациентов с умственной отсталостью (преимущественно легкой) как многомерной этиологии, так и обусловленной хромосомными аномалиями, с одной стороны, свидетельствует о более качественной и ранней диагностике ее генетической природы, с другой же, выявляет неблагоприятную тенденцию, причины которой еще предстоит исследовать. Частично же выявленные изменения связаны с тем, что повысившийся в последние годы уровень требований, возникающих в сфере получения образования, при трудоустройстве, заставляет родителей этих больных раньше, чем это было в предшествующие годы обращаться за реабилитационной помощью в психиатрические структуры.

ДЕПРИВИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРЕССИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ И СТРУКТУРУ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ У МЛАДЕНЦА

Голубева Н.И., Калинина М.А., Козловская Г.В.

Москва
НЦПЗ

Среди факторов риска развития депрессии у младенцев и детей основными считаются биологические (перинатальное поражение центральной нервной системы), социальные (материнская и психосоциальная депривация) и генетические.

Гипотеза исследования. Депрессивное состояние матерей, продолжаясь, длительное время, искажает детско-материнские взаимоотношения и провоцирует депрессивные расстройства у младенцев.

Цель работы. Изучить влияние материнской депрессии на психическое состояние младенца в течение первых трех лет жизни в зависимости от типа диады «мать-дитя».

Материалы и методы. В группу наблюдения включались младенцы и дети раннего возраста с матерями, страдающими эндогенными депрессиями – 25 детей (и их матерей), средний возраст 4±1,5 месяца. В группу сравнения вошли 20 детей среднего возраста 4,5 ± 2 месяца, имеющие депрессивные нарушения, от матерей, не страдавших депрессиями.

В исследование не включались дети с тяжелыми перинатальными нарушениями и генетическими заболеваниями.

Психическое состояние детей основной группы наблюдения определялось специфическими стигмами развития шизотипального круга (наличие нелокализованных неврологических знаков, симптомов гиперчувствительности, циркадного ритма). Клиническая картина определялась наличием аффективных расстройств депрессивного спектра в виде аутохтонных затяжных фаз и соответствовала основным характеристикам депрессивного расстройства. У младенцев обнаруживались повторяющиеся периоды уменьшения активности, беспричинная затяжная плаксивость, раздражительность на протяжении более 2 недель. Снижению настроения соответствовало грустное или хмурое выражения лица младенца, «неулыбчивость». В эти периоды дети теряли познавательные интересы, не приобретая своевременно когнитивных или двигательных навыков. У младенцев возникали полиморфные вегетативно-инстинктивные отклонения и отмечались нарушения поведения в диаде мать-дитя: дети отрицательно относились к грудному кормлению, не успокаивались на руках матери, но и не переносили ее ухода из поля зрения. В возрасте старше одного года у них отмечались нарушения социального поведения в виде избирательности контактов с родными и негативизм. Для количественной оценки психического состояния младенцев использовалась оригинальная шкала депрессии младенческого возраста. Психическое состояние матерей младенцев квалифицировались клинически как депрессивный эпизод легкий, умеренный, тяжелый, циклотимия, дистимия (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F34.0, F34.1). Тяжесть депрессии у матерей оценивалась по шкале Zung для диагностики симптомов депрессии.

Взаимоотношения матери и ребенка оценивались в соответствии с известными типами диад: симбиотическая, амбивалентная, индифферентная и гармоническая.

Статистическая обработка проводилась непараметрическими методами с использованием критериев Стьюдента.

Результаты. В основной группе наблюдения, состоявшей из 25 пар детей и их матерей с эндогенными депрессиями. В ней были выделены три подгруппы в зависимости от соотношения тяжести депрессии матери и ребенка. В 12 случаях (48%) у матерей показатели депрессии были относительно невысоки и колебались в пределах оценок средней тяжести. У младенцев отмечалась тяжелая депрессия. В этой подгруппе встречались 2 типа диады «мать-дитя», симбиотическая и амбивалентная. Прогностически эти дети были более тяжелыми и хуже поддавались реабилитации. В 9 случаях (36%) у матерей, показатели депрессии колебались от средней степени тяжести до тяжелой. Показатели депрессии у детей были на уровне средней степени тяжести и легкой. Тип диады в данной подгруппе чаще был амбивалентный и гармонический. Прогностически дети данной группы лучше воспринимали реабилитационные мероприятия. Течение депрессии было фазным, с хорошими длительными ремиссиями. В данной подгруппе улучшение наступало после лечения депрессии матери. Самой немногочисленной и самой сложной в реабилитации была третья подгруппа из 4 детей (16%). Показатель депрессии матерей соответствовал состоянию средней степени тяжести и тяжелому, также как и показатели депрессии у младенцев этой подгруппы, что соответствовало состоянию тяжелой депрессии. Тип диады в третьей подгруппе был индифферентным, мать полностью устранялась из процесса воспитания младенца. Состояние депрессии у детей этой группы трудно поддавалось терапии, депрессивные фазы проходили, наслаиваясь друг на друга, не отмечалось выхода в ремиссию, и к возрасту трех лет у ребенка формировалась значительная задержка психоречевого развития, на фоне выраженной психоэмоциональной дефицитарности.

В группе сравнения, куда вошли дети без наследственной отягощенности эндогенными расстройствами, у 70% матерей депрессия по шкале Zung не определялась. У детей эмоциональные нарушения отмечались в виде депрессивных реакций (ДР) с первых дней жизни. ДР проявлялись плачем в течение дня, и по ночам, в их структуре наблюдались выраженные соматовегетативные проявления. У младенцев часто возникали периоды плачей до еды, реакция на голод была яркой. Выраженность ДР у 14 младенцев (70%) из группы сравнения уменьшилась к 6-7 месяцам, а характер диадитического взаимодействия был преимущественно гармоническим. У 30% матерей депрессия манифестировала на втором году после рождения ребенка, и была вызвана разными внешними причинами. Тяжесть депрессивных расстройств у матерей коррелировала с показателями тяжести депрессивных проявлений у их детей. У детей на фоне пониженного настроении присоединялись двигательные стереотипии. Формировалась задержка в психическом и речевом развитии. Депрессии у младенцев расценивались как легкие, напоминающие полиморфизмом двигательных стереотипий и черт параутизма депривационную депрессию. Состояние детей усугубляли реакции протеста с элементами разрушительного поведения и задержкой формирования экспрессивной речи. В отличие от депривационных депрессий, развивающихся в условиях сиротства, детей в контрольной группе отличали яркость и устойчивость эмоциональных реакций, имеющих выраженную адресную направленность. Тип взаимоотношений в диаде в этих 30% случаев был преимущественно индифферентным. Взаимодействие матери и младенца были ограничены биологическими потребностями младенца в питании и уходе, и были мало направлены на эмоциональное и речевое общение.

Обсуждение. В основной группе исследования у младенцев наблюдалась депрессия эндогенного типа с аутохтонным началом. Им были присущи циркадность суточного ритма, поведения и аффекта, связанного с периодами сна. В более чем половине наблюдений отмечалась обратная зависимость показателей депрессии матери и младенца, лишь в 16% наблюдений фиксировалась прямая корреляционная зависимость.

Проведенное наблюдение показывает, что влияние материнской депрессии, по-видимому, реализуется опосредованно в процессе детско-материнского взаимодействия. Так, в основной группе наблюдений прослеживаются 4 типа взаимодействия: симбиотический, амбивалентный, индифферентный, в незначительном количестве гармонический. Из них самые неблагоприятные случаи депрессивного расстройства у детей отмечались в симбиотических и индифферентных диадах. В отдельных случаях (16%) в структуре эндогенной депрессии ребенка, сопровождавшейся транзиторными форпост симптомами психоза, могут появляться черты характерные для депривационной депрессии, осложненной психоэмоциональным дизонтогенезом по дефицитарному типу, что указывает на депривирующее влияние депрессивной матери на ребенка.

Результаты исследования показывают, что депрессия матери, как эндогенный фактор влияет на возможность возникновения депрессии у младенца. При индифферентной матери как в эндогенной группе, так и в контрольной формируются более тяжелые и длительные депрессии, приводящие к дефицитарному дизонтогенезу. В группе детей из наследственно неотягощенных семей, воспитывавшихся в условиях с гармоничными взаимоотношениями в диаде, не формировалось депрессий

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ

Гордеева Е.А., Усачева Е.Л., Панкова О.Ф., Абрамов А.В., Волкова Е.Б., Зенкова Н.А., Шинко Л.С.

Москва
ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Актуальность проблемы. В многочисленных публикациях последних лет отмечается рост заболеваемости нервной анорексией (НА), причем наиболее высокий уровень отмечается среди девушек в возрасте 15-19 лет (A.R.Lucas et al., 2013). В ряде работ отмечается «омоложение» нервной анорексии/нервной булимии и рост их распространенности у детей и подростков (Балакирева Е.Е., 2005, Скугаревский О.А., 2007). К особенностям современного патоморфоза НА можно отнести преимущественно негативное влияние на распространенность и возможности реабилитации больных средств массовой информации, прежде всего интернета с его многочисленными форумами, группами в социальных сетях, посвященных НА. По суммарным данным научной литературы, более чем у 20% больных с расстройствами пищевого поведения в подростковом возрасте в дальнейшем наблюдается неблагоприятное течение заболевания.

Цель исследования. Изучение клинико-динамических особенностей нервной анорексии с началом в подростковом возрасте и оптимизация подходов к терапии и реабилитации больных.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 84 пациента: 77 (92%) девочек и 7 (8%) мальчиков с диагнозом НА (F50) или синдромом нервной анорексии в структуре эндогенных заболеваний (шизофрения F2…), аффективных расстройств (депрессивные расстройства (F3…), пролеченных в санаторном отделении ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» в течение последних пяти лет. Возраст пациентов в момент госпитализации находился в диапазоне от 9 до 17 лет, средний

возраст – 14,7 лет.Большинство из них госпитализировались первично, как правило, в порядке неотложной помощи. В качестве основных использовались клинико-психопатологический и катамнестический методы исследования. Также применялся ряд экспериментально-психологических методик: проективные методы по изучению личностных особенностей и эмоционально-волевой сферы; шкала оценки пищевого поведения, тест цветоуказаний на неудовлетворенность собственным телом (О. Вулей, Ф. Ролл); госпитальная шкала оценки депрессии и тревоги; анкета оценки качества жизни.

Полученные результаты. По нозологии выявленных расстройств больные были поделены на две группы: нервная анорексия (F50.0) – 90,5% (n=76), синдром нервной анорексии в структуре эндогенных заболеваний (шизофрения F2…), аффективных расстройств (депрессивные расстройства (F3…) – 9,5% (n=8). У 5-ти (71,42%) из 7 мальчиков имевшие место нарушения пищевого поведения развились в структуре эндогенных заболеваний. Длительность активной фазы похудения составила: до 6 мес.- 31%; от 6 мес. до 12 мес. -42,8%;более 12 мес. – 26,2% (максимальный период до 4-х лет). Тяжесть соматического состояния больных оценивалась консилиумом специалистов разного профиля с обязательным проведением лабораторных и инструментальных методов исследования. Степень белково-энергетической недостаточности (БЭН), исходя из критериев ВОЗ от 2007 г., соответствовала: легкой степени БЭН (ИМТ меньше 25 перцентиля) у 9,5% пациентов, средне-тяжелой степени (ИМТ меньше 15 перцентиля) у 16,5%, тяжелой степени (ИМТ меньше 3 перцентиля) у 67% пациентов. С нормальными антропометрическими показателями без снижения ИМТ поступило лишь 6 (7,14%) пациентов. Общая оценка состояния пациентов при поступлении, на протяжении всего периода пребывания и лечения в стационаре, а также при проведении катамнестического обследования проводилась по трем направлениям (соматическое состояние, психопатологические проявления, психологическое состояние) с помощью условной бальной системы.

В комплекс терапевтических мероприятий включались: введение нутритивной поддержки – у 85%пациентов; коррекция нарушений деятельности ССС –у 87% пациентов; коррекция нарушений со стороны ЖКТ – у 65% пациентов; психофармакотерапия (типичные и атипичные нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, препараты нейрометаболического действия); психотерапия и психокоррекция. Критериями выписки пациентов из стационара являлись: редукция нарушений пищевого поведения; восстановление питания; стабилизация аффективного фона; формирование у пациента внутренней «картины здоровья»; стабильная прибавка массы тела (при изначальном дефиците); положительная динамика клинико-лабораторных показателей.

Оценка эффективности стационарного лечения. Положительная динамика наблюдалась в 85% случаев; отсутствие улучшений отмечено в 15% случаев. Отсутствие положительной динамики у 12-ти пациенток было обусловлено, как случаями досрочной выписки по требованию пациентов или их родителей, отсутствием семейной поддержки, так и атипичной формой НА в рамках эндогенного заболевания и другими коморбидными расстройствами (личностные расстройства, депрессии).

Катамнестическое исследование. Обследовано 15 пациенток, страдающих нервной анорексией (F50.0). Продолжительность катамнеза от 12 до 26 месяцев (средний период катамнеза составлял 13 мес.). К моменту катамнестического наблюдения возрастной диапазон обследованных находился в интервале от 13 до 20 лет (средний возраст 16,73±1,84). На момент катамнестического обследования были выявлены следующие показатели.

Соматическое состояние: диспептические жалобы сохранились у 9 обследуемых; менструальный цикл установился у всех больных с нормотрофией или легкой недостаточностью питания и положительной динамикой массы тела; в 9 наблюдениях потребовалась стимулирующая гормональная терапия.

Психопатологические проявления:

1) Обследуемые с завершенным синдромом дисморфомании – 2 наблюдения.

2) Обследуемые с рудиментарными проявлениями синдрома дисморфомании(только идеаторный компонент) – 10 наблюдений.

3) Группа больных, не выявивших расстройств по типу дисморфомании – 3 наблюдения.

4) Сопутствующие аффективные расстройства, такие как тревога, дистимия – 8 наблюдений.

4) Булимические проявления были отмечены в период катамнеза у 4 обследуемых.

Психологическое состояние. Положительная динамика прослеживалась у 13 (86%) обследуемых, при этом значительное улучшение состояния наблюдается у 10 (64,8%) обследуемых, которые проявляли активное стремление к поддержанию контакта с врачом в амбулаторных условиях, в 3 (21,6%) наблюдениях происходило частичное улучшение состояния. В данной группе было зарегистрировано достоверное уменьшение личностной и реактивной тревоги, депрессии. У 2 (14%) пациентов сохранялись остаточные клинические признаки расстройства, касающиеся избыточного беспокойства в отношении фигуры и массы тела, пищевых предпочтений, феномены переедания и вызывания рвоты, а также трудности социального взаимодействия.

Выводы.

1. Несмотря на то, что большинство пациентов, поступающих в отделение, находились в тяжелом физическом и психическом состоянии, и многие из них уже имели безуспешный опыт лечения в амбулаторных условиях, эффективность терапии (улучшение в 85% наблюдений) можно расценивать как высокую.

2. Аналогичные показатели получены и по результатам катамнестического обследования. Малочисленность выборки изученных испытуемых пока не позволяет статистически достоверно оценить влияние на динамику НА отдельных факторов. Однако наличие рудиментов дисморфомании и связанных с ними аффективных проявлений являлись основанием для продолжения как психофармакотерапии, так и применения коррекционных психологических и психотерапевтических методов.

3. Эффективность лечения достигается путем использования единой модели подхода, основанной на принципах дифференцированности, комплексности, этапности, которая реализуется с помощью полипрофессионального метода с включением в терапевтическую среду близких родственников пациентов.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Горюнов А.В.

Москва
РМАПО,
НЦПЗ РАН

Обзор работ по нейробиологическим аспектам шизофрении выявил высокую частоту неспецифических морфологических изменений ткани головного мозга таких больных (Орловская Д.Д., Уранова Н.А., 1990; Marco P.M. Boks, et all, 2000; Tosato S., Dazzan P., 2005; Коломеец Н.С. и др., 2008; Орлова В.А. и др. 2010; Hazil Zakaria et all, 2013). Собственно неврологические симптомы обнаруживаются у 65% – 80% больных шизофренией, тогда как у лиц без психической патологии они

выявляются у 5% (D.W. Heinrichs, 1988). В детской психиатрии существует гипотеза о специфическом нейроинтегративном дефекте как биологической основе раннего начала шизофрении (L. Bender, 1975; B. Fish, 1992).

Цель исследования: изучение неврологического статуса и его особенностей у детей с шизофренией и шизотипическими расстройствами.

Материал и методы: в течение 1-5 лет наблюдали 80 детей двух групп в возрасте от 5 до 10 лет. 1-я группа – 38 больных с диагнозом детская шизофрения (F20.8) с ранней манифестацией психоза, прогредиентным течением заболевания и формированием олигофреноподобного дефекта; 2-я группа – 42 ребенка с диагнозом шизотипическое расстройство (F 21). Использовались традиционные клинические методы детской неврологии и психиатрии, патопсихологическое исследование, тесты Озерецкого Н.И., ЭЭГ, УЗДГ, КТ или МРТ головного мозга.

Результаты и обсуждение. У большинства детей обеих групп (68 человек) первой консультации психиатра предшествовал длительный период лечения у невролога. С высокой частотой в обеих группах выявлялись патология беременности и родов у матери, низкая масса тела при рождении, повышенное по сравнению с нормой число дизэмбриогенетических стигм (8-15 против 4-5). Сравнительный анализ частоты этих факторов у детей обеих групп достоверных различий не выявил. До 2 лет диагностировалась перинатальная энцефалопатия, последствия церебральной ишемии, синдром мышечной дистонии, вегетативно-висцеральных нарушений, гидроцефальный синдром. После 3 лет неврологические диагнозы теряли актуальность, сменяясь на синдром ММД, невропатию, невроподобные расстройства, задержки психоречевого развития, СДВГ и т.п.

Пациенты 1-й группы попадали к психиатру в субпсихотическом состоянии, которое проявлялось преимущественно психомоторными расстройствами в сочетании с регрессом достижений и психической продуктивности. Преобладали состояния кататонического возбуждения в виде двигательных стереотипий (движения вперед-назад, по кругу, прыжки, потряхивания кистями рук, яктация), импульсивности (внезапные неудержимые попытки уйти, порча вещей, гетеро/аутоагрессия), негативизма. Поведение было аутичным, речь – скудной, с обилием эхолалий и персевераций. По выходе из психоза дети успокаивались, становились частично доступны контакту и проявляли пассивную подчиняемость. Внутренняя жизнь оставалась скудной, игра стереотипной, речь бедной, поведение аутистическим. Моторика сохраняла признаки дистонии, плохой координации и неуклюжести движений, стереотипии.

Пациенты 2-й группы попадали к психиатру в связи со странностями поведения и нарушенной социализацией, проявлявшимися по мере возрастного расширения необходимого общения за рамками семьи. Выявлялись интравертированность и нарушение эмоционального контакта в виде формальности или общения по сверхценным интересам. Наблюдалось погружение в аутистические фантазии, часто вычурного характера. В мышлении обнаруживались специфические нарушения: нецеленаправленность, актуализация латентных признаков, соскальзывания, амбивалентность и др. Социальные навыки формировались плохо или искаженно. Продуктивные психопатологические расстройства никогда не достигали психотического уровня, носили рудиментарный и преходящий характер, но тяготели к стойкому затяжному существованию.

Изучение неврологических расстройств у больных обеих групп показало их высокую частоту с преобладанием моторных, зрительно-моторных и речевых нарушений. Поражение пирамидной системы в виде парезов и параличей не типично для этих детей; лишь у одного больного диагностирован ДЦП, спастическая диплегия. Без разницы по группам выявлены мягкие симптомы пирамидной недостаточности в виде повышения, асимметрии сухожильных рефлексов, патологических стопных знаков; они не имели динамики за все время наблюдения, что указывает на их резидуальный характер.

Преобладали экстрапирамидные нарушения в диапазоне от мягких проявлений подкорковой недостаточности до очерченных экстрапирамидных синдромов (сосуществование мышечной гипотонии с дистонией, нарушение содружественности и последовательности сложных двигательных актов, тики, гиперкинезоподобные и двигательные стереотипии, атетозоподобные установки пальцев с переразгибанием фаланг). При этом отмечалась зависимость разнообразия и выраженности неврологических симптомов от тяжести психического состояния. На высоте психоза в 40% наблюдений 1 группы отмечались гипотонически-гиперкинетический или реже гипокинетико-ригидный синдромы (изменение мышечного тонуса по пластическому типу, феномены «зубчатого колеса», восковой гибкости, хореиформные и лицевые гиперкинезы, смена периодов гипокинезии и импульсивной гипердинамии), против 12% во 2 группе. Рефлексы орального автоматизма (ладонно-ротовой, хоботковый, дистанс-оральный, ладонно-подбородочный, назо-лабиальный) выявлялись у 63% детей 1 группы, достигая 89,5% в период обострения, и у 30% – во 2 группе.

Интегративные нарушения связей коркового двигательного анализатора с другими анализаторами, а также с экстрапирамидной системой, мозжечком, лимбико-ретикулярным комплексом, обеспечивающие организацию сложных движений и навыков, выявлены у всех больных 1-й группы и у 80% больных 2-й группы. Они проявлялись неуклюжестью, плохой координацией, особенно при выполнении тонких движений (письмо, застегивание пуговиц), затруднениями в подражании и переключении движений (сделать стригущие движения, «козу», плетение) и проявлялись кинестетической апраксией и двигательным персеверациями.

Нарушения в системе иннервации взора встречались у 81% больных шизофренией и у 62% детей 2 группы; нарушения плавного прослеживания предмета в виде усиления толчкообразных движений глазных яблок – саккад, а также неустойчивость при слежении по типу «шатания» глазных яблок в стороны выявлялись в той же пропорции. При обострении состояния у больных 1 группы отмечалось усиление их интенсивности, присоединение брадикинезии взора. У детей 1 группы значительно чаще наблюдались симптомы нарушения симпатической иннервации глаза: анизокория, «игра зрачков», транзиторное изменение ширины глазных щелей.

У 55% детей 1-й группы выявлялись негрубые симптомы надъядерного поражения IX, X, XII пар черепных нервов, в виде слабости жевания, поперхивания, дисфагических явлений, рвоты, икоты, удерживания пищи во рту. Обращали на себя внимание нарушение просодической стороны речи, особенности фонации, произношения, темпа речи, интонационная невыразительность.

Заключение: у детей с шизофренией и шизотипическими расстройствами выделен большой круг неврологических симптомов, диффузность и топическая неоформленность которых указывают на дезинтеграцию многоуровневой системы двигательного анализатора. Топических различий симптомов между двумя группами детей не установлено, тогда как их интенсивность и частота коррелируют с тяжестью заболевания и этапом болезни (обострение – ремиссия). Преобладают расстройства регуляции и интеграции движений, разнообразные экстрапирамидные нарушения, вследствие чего при отсутствии парезов и параличей изменяется не столько функция как таковая, сколько ее цельность, завершенность и согласованность с другими психическими актами, что, по сути, оказывается неврологическим эквивалентом специфичной для шизофрении дискордантности и разлаженности психических функций.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ РАННЕГО ДЕТСТВА

Горюнова А.В., Шевченко Ю.С.

Москва
РМАПО

Приказ МЗ РФ № 1346 от 12.12 2013 об участии психиатров в диспансеризации детей в возрасте одного и трех лет вызвал на местах немалую растерянность, как у специалистов, так и у организаторов здравоохранения. Первых озадачил вопрос – как это делать, поскольку по многолетней традиции вся служба детской психиатрии ориентировалась на консультации детей старше 3-х лет, в связи с чем, большинство детских психиатров к этому оказались не готовы. В редких диспансерах существовал «кабинет раннего возраста». Вторые столкнулись с вопросом – кто будет это делать, ведь специальность «психиатр детский» была отменена в 1995 году. Срочная подготовка психиатров, ориентированная на ранний возраст, столкнулась с рядом организационных и методологических трудностей – где?, кем?, из кого? И выполнение приказа оказалось под угрозой или стало формальным.

Таким образом, сохраняется нелепая ситуация, когда специальность детского психиатра является виртуальной. Зачем направлять молодых врачей в ординатуру по детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии на соответствующие кафедры, если этих специальностей не существует?! Существуют должности детского психиатра и детского невролога, есть главные внештатные специалисты МЗ РФ, а сами специалисты на местах de jure являются своего рода «поручиками Киже». По-видимому, пришло время восстановить официальный статус детских специалистов (психиатра, невролога, психотерапевта, нейропсихолога, медицинских психолога и др.), так как именно к ним на следующий, реабилитационный, этап необходимо направить ребенка раннего возраста в случае выявления у него по время профосмотра психической патологии. В настоящее время вопросы организации реабилитационной помощи и медико-педагогической коррекции детям раннего возраста в первичном звене здравоохранения остаются нерешенными.

Кстати, в европейских странах в списках врачебных специальностей «детский психиатр» присутствует, а в Германии специальность звучит как «детский психиатр-психотерапевт». И это оправдано, поскольку для педо-психиатрии и тем более для психиатрии раннего возраста возможности медикаментозной терапии весьма ограничены, и основной упор делается на онтогенетически ориентированную психотерапию, эффективность которой тем выше, чем в более младшем возрасте она начинается, и на развивающие и обучающие программы.

В этой связи уместно вспомнить, что до 70-х годов прошлого века существовала специальность «психоневрология детского возраста». Представляется, что специфика психиатрии раннего возраста требует в первичном звене практического здравоохранения именно «смежного» профессионала. Он может готовиться как из детских психиатров, так и из детских неврологов без ущерба для собственной базисной подготовки в рамках субспециализации «психоневрология раннего возраста» на кафедрах детской психиатрии Москвы и Санкт-Петербурга, а также отдела психопатологии раннего возраста НЦПЗ РАМН. Это будет способствовать решению вопросов достоверной статистики и эпидемиологии детской психоневрологической патологии в раннем детстве без дублирования.

Возвращаясь к собственно психиатрии раннего возраста, следует остановиться на некоторых организационно-методических вопросах исследования психической сферы. В отличие от соматической и неврологической сфер, изучение психики маленького ребенка в еще большей степени затруднено по сравнению с исследованием ее у старших детей, поскольку беседа с ним, как правило, малоинформативная, (а до года вообще невозможна), взаимодействие крайне ограничено. Наблюдение, как единственный клинический метод исследования, дает искаженную информацию, если осуществляется в обычном врачебном кабинете, в силу непривычности для малыша подобной обстановки. Оптимальным представляется наблюдение в естественной (домашней) обстановке (что, практически, редко осуществимо), либо в ситуации «естественного эксперимента», проводимого матерью или обоими родителями в условиях специально оборудованной игровой комнаты, оснащенной зеркалом Гезелла или видеокамерой, снабженной записывающим блоком. В последнем случае осуществим верифицируемый этологический анализ (в соответствии с этологическим глоссарием) врожденного и приобретенного поведения ребенка с количественной оценкой его состояния и динамики психического статуса по невербальным признакам (позы, мимика, жесты), а также по вокальной экспрессивности. Развитие этологического направления в детской психиатрии представляется весьма перспективным как в научном, так и в практическом плане. При этом точность этологической диагностики сравнима с самыми современными методами, а ее себестоимость и доступность выглядят гораздо привлекательнее.

Крайне остро стоит вопрос о классификации психических расстройств у детей раннего возраста. Важным результатом научно-практического внимания к этой области за рубежом явились Международные классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:O-3 и DC:O-3R), которые на русский язык не переводились и практически неизвестны нашим специалистам (Скобло Г.В., 2014). По-видимому, вопросы классификации должны решаться с учетом DC:O-3R, а также во взаимодействии с детскими неврологами, диагнозы которых могут быть использованы в форме дополнительных знаков к шифрам заболеваний в соответствии с рубриками МКБ-11. Предстоящий переход на МКБ-11 не сулит позитивных перспектив в деятельности психоневролога раннего возраста в его борьбе за «конечный результат».

Что касается научного аспекта психиатрии раннего возраста, то следует признать, что многие научные, в том числе диссертационные работы, базируются на синдромальном подходе МКБ-10 в ущерб традиционному отечественному этио-патогенетическому принципу в диагностике психических расстройств. Диссертационных работ по детской психиатрии очень мало по сравнению с общей психиатрией, а их уровень зачастую весьма невысок за исключением работ, выходящих из профильных исследовательских и образовательных учреждений, имеющих и сохраняющих научные школы детской психиатрии. Нередко диссертация больше напоминает годовой отчет лечебного учреждения, чем серьезное научное исследование. Что касается научных работ, посвященных психоневрологии раннего возраста, то их количество вообще ничтожно, а спектр изучаемых проблем сузился до «расстройств аутистического спектра», тогда как более распространенная и перспективная в плане лечебно-реабилитационных возможностей «пограничная» проблематика остается вне поля зрения исследователей.

Это может иметь крайне негативные последствия и для практики, поскольку разработка «Стандартов» диагностики и лечения, основывающаяся не на научных данных, а на синдромальных критериях МКБ-11 не принесет пользы никому, кроме медицинских страховых компаний. «Конечный результат» психиатрии раннего возраста зависит от междисциплинарного взаимодействия специалистов разного профиля и разных министерств (врачей, психологов, педагогов, дефектологов, логопедов, социальных работников). И здесь интегративная инициатива «снизу» нуждается в понимании и поддержке соответствующих министерств и ведомств, призванных заботиться не только об экономии собственных бюджетных средств, но и о тех детях с психическими расстройствами, для которых сохранение и создание преемственной лечебно-педагогической помощи жизненно необходимо.

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Гречаный С.В.

Санкт-Петербург
СПбГПМУ

Целью исследования было выявление особенностей и нозологической структуры психических расстройств раннего возраста для разработки адекватных подходов к их диагностике.

Обследовано 1309 детей в возрасте от 8 мес до 4 лет 9 мес (средний возраст 3,26±0,109 лет) со следующими диагнозами: смешанные специфические расстройства развития (845 чел., 54,5%), специфические расстройства экспрессивной речи (131 чел., 10,0%) легкая и умеренная умственная отсталость (291 чел., 22,2%), детский аутизм (83 чел., 6,3%, средний возраст – 3,63±0,103 лет), другие – (90 чел., 6,8%), в т. ч. расстройство активности и внимания (24 чел., 1,8%), тревожное расстройство (11 чел., 0,84%).

Результаты исследования показали, что неконтактность (929 чел., 70,0%) наряду с отсутствием речи (1201 чел., 91,7%) и двигательной расторможенностью (919 чел., 70,2%) были ведущими жалобами при нозологически различных расстройствах. Первые проявления недоразвития общения были отмечены уже на 1-м году жизни, однако у большей части пациентов они описывались после 1,5 лет. Психопатологические проявления синдрома недоразвития общения включали в себя, прежде всего, апрозексию. Она проявлялась игнорированием обращений, просьб, отсутствием интереса к находящемуся рядом взрослому, отсутствием самостоятельных игр («автономное» поведение). Настойчивая попытка заинтересовать пациента приводила к двигательной расторможенности. Речь взрослого в условиях ее непонимания играла роль избыточного сенсорного стимула, на который ребенок также реагировал возбуждением. Родителями это субъективно воспринималось как избегание общения и непереносимость «эмоционального прессинга». Этот же симптом часто трактовался как избирательность общения, если речь шла о «расстройствах аутистического спектра».

В плане дифференциальной диагностики недоразвития общения аутистического и неаутистического происхождения следует обратить внимание на отсутствие в последнем случае характерной ритуальности, фиксированных страхов, территориального уединения, аномальной реакции на мать, симптома «тождества» и протодиакриза. Следует указать на весьма относительную диагностическую ценность таких симптомов, как неофобия и стереотипии. Страх новой обстановки (в данном случае, медицинского кабинета и врача) довольно часто присутствует у отстающих в интеллектуальном развитии пациентов в связи с непониманием цели общения с врачом, предъявляемых требований, привычным ожиданием запретов и наказаний в связи с деструктивным и аутоагрессивным поведением. Разновидность страха новой обстановки (боязнь незнакомого человека) наблюдается также у пациентов с моторной алалией как психологически понятная реакция на назойливые попытки взрослых заговорить с детьми, имеющими объективные трудности с «произносимой» речью. Что касается стереотипий (вращение вокруг себя, «странные» движения пальцами рук и др.), то данный феномен довольно часто сопровождает типичные случаи умственной отсталости в условиях несовершенно развитой общей и тонкой моторики.

Принимая во внимание специфику раннего возраста были сформулированы некоторые диагностические принципы обследования детей. Учитывая, что расспрос родителей часто не дает объективной информации об уровне развития ребенка и его интеллектуальных достижениях, большое значение в рамках врачебного приема уделяется тщательному наблюдению за игровой деятельностью, эмоциональными реакциями, общением, пониманием речи, вербальной активностью и др. Важным методическим принципом является обсуждение с родителями поведения ребенка (Что и для чего он делает? Какие знания и желания стоят за тем или иным поступком? Какие существуют эффективные способы воздействия на ребенка? и др.). Большое значение уделяется типу детско-материнской привязанности, роли и месту ребенка в семье, предшествующему опыту воспитания, наличию возможных пограничных психических расстройств у родителей.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПО Г. МОСКВА

Датуашвили М.Т., Корень Е.В., Куприянова Т.А., Маринчева Г.С.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность изучения расстройств аутистического спектра (РАС) – одного из наиболее привлекающих интерес психических нарушений у детей – несомненна и, в первую очередь, связана с ростом распространенности данной патологии у детей. Зарегистрированная заболеваемость аутизмом выросла с 90-х по 2007 год в 7–8 раз, при этом включение более легких случаев и более ранний возраст установления диагноза объясняет лишь 4,25-кратное увеличение. С 2002 по 2006 год показатель «административной распространенности» аутизма вырос на 57% (Autism Monitoring Network, 2009). В соответствии с современными данными частота аутизма составляет не менее 0,1% в общей популяции. По последним данным Всемирной организации здравоохранения (67 сессия Всемирной ассамблеи от 21 марта 2014) для Европы медианный показатель составляет 61,9/10 000 (диапазон 30,0-116,1/10 000), а для стран Америки он составляет 65,5/10 000 (диапазон 34-90/10 000). У мальчиков РАС отмечаются примерно в 4,5 раза чаще, чем у девочек. К возможным причинам такого роста можно отнести использование различных классификаций (МКБ-10, DSM-V), расширение диагностических критериев РАС, рост числа специалистов, участвующих в оказании помощи больным детям, повышение осведомленности об аутизме у населения, в ряде случаев увеличение диагноза аутизм связано со сменой диагноза умственная отсталость. Кроме того, многие родители с большей готовностью принимают диагноз аутизм, воспринимая его как менее стигматизирующий.

Цель исследования – изучение динамики показателей распространенности РАС у детей по городу Москва.

Материалы и методы. Клинико-статистическое исследование детей с РАС с использованием данных по обращаемости и заболеваемости, на контингенте стационарных и амбулаторных пациентов.

Результаты. Анализ полученных данных выявил отчетливую тенденцию роста числа случаев выявления РАС среди детей по г. Москва. По данным ПНД частота постановки диагноза F84.0 (детский аутизм) с 1987г. по 2010г. выросла более, чем на 140%. По результатам оценки стационарных больных за 2011-2014гг. прослеживается отчетливый рост случаев выявления детей с РАС (F84.0, 84.1, 84.3, 84.5): за 2011-12гг увеличение на 20%, за 2012-13гг. – на 17% и за 2013-14гг. – на 34%. В 2006-2011гг детям, находящимся на стационарном лечении в МНИИП, диагноз РАС был поставлен в 2,5 раза чаще, чем диагноз задержки психического развития, частота которой оставалась относительно стабильной, в 18 раз чаще, чем диагноз умствен-

ной отсталости, частота которого снизилась в 4 раза, и на 70% чаще, чем детская шизофрения. В 2012г. из 521 пациента, обратившихся амбулаторно в МНИИП, диагноз РАС был установлен у 22% детей. В том же году из 287 больных, находившихся на стационарном лечении в МНИИП, число детей с РАС составило 18,2%. Соотношение мальчиков и девочек составило 5:1. Особенностью оказания психиатрической помощи данному контингенту детей является возможность их пребывания в детском стационаре МНИИП вместе с родителями, что существенным образом способствует повышению эффективности оказываемой комплексной помощи, включая проведение психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации с родителями. С учетом того, что большинство детей с РАС, обратившихся за помощью, были направлены специалистами и врачами психиатрами из различных регионов России, в силу сложностей клинической оценки имеющейся у детей симптоматики, для подбора необходимой терапии осуществлялось комплексное диагностическое обследование, включая проведение патопсихологического обследования и оценку уровня интеллектуального развития. В ряде случаев для коррекции имеющихся нарушений поведения и создания необходимых условий для проведения мероприятий по психосоциальной реабилитации использовалась также индивидуально подобранная медикаментозная терапия.

Выводы. Данные, полученные в результате проведенного исследования, подтвердили актуальность проблемы диагностики РАС, и позволяют говорить о росте распространенности рассматриваемой группы заболеваний. Отмечаемый рост частоты постановки диагноза РАС в г. Москва соответствует тенденции, наблюдаемой во всем мире. Основываясь на полученных данных, можно сделать вывод, что эта проблема требует решения на разных уровнях – клиническом, терапевтическом, организационном, а так же новых подходов к диагностике и лечению.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОГО АУТИЗМА В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ

Дейкина М.М., Числов А.В.

Тверь
Тверской ГМУ

В современной психиатрии проблема детского аутизма (ДА), т.е. патологической замкнутости, является весьма актуальной, в связи с высокой распространенностью (0,1% всех детей) и инвалидизацией.

Следует отметить, что на 1 января 2015 года в детском отделении Тверского областного клинического психоневрологического диспансера состоят под наблюдением 420 детей с диагнозом ДА различного клинического спектра, в возрасте от 2 до 9 лет.

Так же в Реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями г.Твери на учете 810 детей с диагнозом ДА (2 группы – от 3-до7 и от 7 до 14).

Целью настоящего исследования является анализ клинико-психопатологических и лечебно-коррекционных мер, проводимых детям с ДА, а также выработка медико-социальных программ, направленных на своевременную психосоциальную реабилитацию.

Материал и методы исследования. Путем клинико-катамнестического и экспериментально-психологического методов изучено 162 больных детей в возрасте от 2 до 5 лет, состоящих под наблюдением в кабинете, обслуживающем больных, раннего детства при ТОКПД. Исследовались все дети с различным спектром аутистических расстройств в соответствии с МКБ10.

Результаты и обсуждение. Среди изученного контингента больных мальчиков оказалось в 3,5 раз больше, чем девочек. Средний возраст детей при обращении в кабинет детского психиатра 2,8 лет (+-1 год). В 65% всех случаев обращения инициативу проявляли родители в связи с выраженной задержкой в психомоторном развитии детей и лишь 35% обращений по рекомендации педиатров и детских неврологов. Так же нами была отмечена динамика роста заболеваемости ДА В Тверском регионе с 2005 года (2005 г. – 50 детей, 2011 г. – 164 ребенка, 2012 г.-216 детей, а в 2015 г. это число составило 420 человек). Было выявлено соотношение детей с диагнозом ДА из городского населения и сельского (75% – жители г.Твери, 35% – сельские жители). Для детей со злокачественной, прогредиентной формой ДА (23% от всех случаев) наиболее эффективным являлось применение нейролептиков (рисполепт + этаперазин), корректоров поведении и ноотропов в адекватных дозах. Для детей с так называемой «мягкой» формой ДА наибольшее значение в редукции аустических проявлений имели занятия с психологом, логопедом и психотерапевтом с использованием заданий для развития активного и пассивного словарного запаса, сенсорного восприятия и формирования навыков самообслуживания.

Выводы: Дифференцированный подход в лечебно-коррекционной помощи детям с ДА при воздействии на психопатологические симптомы ведут к улучшению их социальной адаптации. Широкая пропаганда знаний о симптомах ДА среди педиатров, детских неврологов, педагогов и родителей может способствовать раннему выявлению ДА и своевременной психосоциальной реабилитации. В коррекционную работу с детьми должны входить не только психологическая, педагогисеская и медикоментозная коррекция, но работа с семьей: психотерапия членов семьи, ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка, составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях, обучение родителей методикам воспитания аутичного ребенка, организации его режима, привитие навыков самообслуживания.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ ФОРМ РЕТАРДАЦИИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Дробинская А.О., Корень Е.В., Коваленко Ю.Б., Марченко А.М., Трайнина Е.А., Косолапова Д.С.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦНиП им. В.П. Сербского

Актуальность. Неоднородная клиническая группа «Другие расстройства общего психического развития» (F84.8) у детей дошкольного возраста занимает одно из ведущих мест в структуре клинических нарушений развития у дошкольников. Социально-педагогический аспект диагностики учитывает погранично-нормативные педагогические и социальные ожидания к поведению и уровню достижений ребенка и возможности школьного обучения в рамках государственного образовательного стандарта. Клинический аспект часто не отражает в полной мере нозоспецифических механизмов, лежащих в основе дизонтогенеза, ограничиваясь констатацией пограничной ретардации развития, что затрудняет прогнозирование траектории дальнейшего развития и выбор образовательного маршрута.

Целью исследования стала алгоритмизация дифференциальной диагностики для случаев негрубой ретардации психоречевого развития у детей дошкольного возраста на основе комплексной оценки психического и соматоневрологического статуса, уровня когнитивного и речевого развития, особенностей поведения и эмоционально-волевой сферы, а также данных неврологического и параклинических исследований.

В исследовании приняло участие 164 ребенка в возрасте от 3,5 до 5 лет с жалобами на отставание от возрастных нормативов в речевом и психическом развитии. Достоверность первичной диагностики подтверждена катамнестическим исследованием на протяжении до трех лет.

Анализ клинико-диагностического процесса позволил выделить наиболее значимые показатели для определения опорных диагностических различий, существенных для выбора терапевтической и абилитационной стратегий и социально-педагогического прогноза:

1. Оценка соматоневрологического статуса: наличие/отсутствие дисрафических стигм, резидуальной неврологической симптоматики, соединительнотканной дисплазии.

2. Оценка моторной сферы: мышечный тонус, пластичность и ловкость крупных движений, точность движений пальцев, двигательное беспокойство или заторможенность, наличие/отсутствие специфических двигательных актов (стереотипные движения, парамимии, застывания).

3. Оценка этологических и эмоционально-коммуникативных основ поведения: наличие/отсутствие ориентировочной реакции на присутствие взрослого: взгляд в глаза с удержанием глазного контакта во время взаимодействия, отношение к различным формам контакта (глазному, тактильному, вербальному), реакция на обращенную речь, возможность привлечения и удержания внимания в «поле разделенного внимания».

4. Особенности психологического профиля: соответствие задержанному или искаженному типу дизонтогенеза, равномерность/диссоциированность недостатков развития когнитивных функций, наличие/отсутствие диалогической игры.

5. Особенности развития речи: наличие клинических синдромов речевой патологии (моторная алалия, акустико-гностический синдром, афазия), сохранность/нарушение коммуникативной функции речи, специфическое интонирование речи, наличие/отсутствие патологических речевых феноменов (эхолалии, автономная речь, «тарабарская» речь).

6. Параклиническая оценка с использованием нейрофизиологических методов и нейровизуализации: наличие/отсутствие структурной и функциональной патологии.

Использование алгоритмизированного диагностического процесса с опорой на выделенные значимые показатели выявило четыре клинически разнородные группы дошкольников с пограничными формами ретардации психоречевого развития.

Группа I (38 детей) – дети с задержанным типом дизонтогенеза, патобиологически трактуемым как задержка темпа развития. Сочетание нейрометаболической терапии с систематической логопедической, дефектологической и психологической коррекцией позволило добиться существенной положительной динамики в преодолении недостатков развития у детей данной группы с возможностью дальнейшего обучения в рамках государственного образовательного стандарта.

Группа II (51 ребенок) – клиническая структура состояния соответствует задержанно-поврежденному варианту дизонтогенеза на фоне резидуальной органической недостаточности ЦНС. Стратегия терапии и абилитации детей данной группы включала синдромально обоснованную медикаментозную терапию, нейропсихологическую и психологическую коррекцию, направленные на преодоление дисфункциональности мозговых систем и формирование возрастных психических новообразований. Посещение детьми специализированных групп дошкольных учреждений давало положительный эффект при соблюдении родителями терапевтических рекомендаций и дополнительных индивидуальных коррекционных занятий. Катамнез развития и социальной адаптации в рамках нормативных образовательных требований в этих случаях был преимущественно благоприятным.

Характер дизонтогенеза у детей третьей группы (39 детей) можно охарактеризовать как искаженно-задержанный, клиническую структуру состояния у них определяли специфические особенности этологических и эмоционально-коммуникативных основ поведения в сочетании с симптомами аутистического спектра, не достигающими критериальной значимости для диагностирования РАС. Катамнестическое исследование показало положительную корреляцию между терапевтической установкой на купирование симптомов аутистического круга и социально-педагогическим прогнозом, включающим возможности обучения и адаптации в детской группе. Особо значимую роль в коррекционной работе с детьми данной группы играла психологическая коррекционная работа, направленная на повышение коммуникационных возможностей. Прогноз развития, обучения и социальной адаптации в этих случаях был неоднозначным даже при условии комплексного абилитационного воздействия.

Четвертая группа (36 детей) представляла собой наиболее сложную вследствие своей неоднородности диагностическую группу со сложным сочетанием задержанного, поврежденного и искаженного типов дизонтогенеза. Клинико-психологическая структура нарушений была представлена сочетанием пограничной ретардации психоречевого развития, органической неврологической недостаточности и аутистикоподобных явлений с острым или подострым изменением траектории развития в раннем детстве с появлением отчетливой ретардации развития и различных вариантов сочетания аутистикоподобных, органических симптомов и наличием обильных кататоноподобных моторных стереотипий, при относительной сохранности этологических и эмоционально-коммуникативных основ поведения. Определение стратегии терапевтических интервенций в данной группе требует детальной диагностики патобиологических механизмов, синдромально обоснованной терапии с подключением нейропсихологических и психологических психокоррекционных программ. Катамнестические данные показали, что прогноз развития и социальной адаптации детей данной диагностической группы не является достаточно благоприятным.

Для верификации диагностической значимости выделенных опорных диагностических признаков требуется продолжение исследования с углублением и расширением до статистически значимых объемов, однако уже на данном этапе его результаты позволяют утверждать неоднородность полиморфной группы так называемых задержек психического развития и возможность дифференцированной диагностики для определением целесообразных паттернов мультидисциплинарного терапевтического и абилитационного воздействия.

ОПЫТ КОРРЕКЦИОННОЙ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Евсук Е.И.

Брянск
ГАУЗ Брянская ОПБ№1

Вопрос об организации логопедической работы с детьми раннего возраста становится с каждым годом все более актуальным. К большому сожалению, до сих пор среди специалистов, работающих с детьми, бытует ошибочное мнение о том, что логопедические занятия возможны только после пяти лет. На деле же, раннее выявление речевых проблем, а также раннее начало коррекционной работы не только приносит огромные плоды, но и в ряде случаев крайне необходимо, ведь известно, что в первые три года жизни ребенка закладываются основы его психической деятельности, интенсивно развиваются моторика, речь, общение.

В рамках работы детского диспансерного отделения Брянской областной психиатрической больницы №1 мы занимаемся консультированием родителей, воспитывающих детей

раннего возраста, а также поводим коррекционные логопедические занятия с такими детьми. Коррекционные занятия начинаем иногда даже раньше 2,5 лет в зависимости от состояния и возможностей ребенка. Количество детей раннего возраста (от 2 до 3,5 лет), получивших за последние три года логопедическую помощь в нашем отделении, составляет 49 человек. Из них 43 пациента посещали коррекционные логопедические занятия в кабинете, а 6 пациентов получили подробные рекомендации по организации домашних занятий.

Нозологически этих пациентов можно разделить на следующие группы: около 71,4% (35 человек) составляют дети с задержками психоречевого развития, около 20,5% (10 человек) – дети с заиканием и около 8,1% (4 человек) – дети с ринолалией. Как видно из статистических данных, самую многочисленную группу составляют дети с теми или иными задержками психоречевого развития, подавляющее большинство этих детей вообще не имеет речи.

Число пациентов данной возрастной группы, получающих логопедическую помощь в нашей больнице, ежегодно растет. Только за первые пять месяцев 2015 года на коррекции находились 37 детей раннего возраста, имеющих различные отклонения в развитии речи. Одной из причин существенного увеличения числа таких детей является то, что специалистами нашей больницы была разработана эффективная программа коррекционной работы с детьми раннего возраста.

Примерный план коррекционных логопедических занятий по формированию речи с неговорящим ребенком раннего возраста:

1. Установление эмоционального контакта с ребенком, приучение его к кабинету, к правилам поведения на занятии, создание «рутин».

2. Работа над крупной моторикой, над координацией движений, над ритмикой («зарядки», вызывание звуков с жестовым сопровождением, элементы логоритмики).

3. Работа над мелкой моторикой пальцев рук, над ритмическим сопровождением речи.

4. Работа над артикуляционной моторикой, увеличением подвижности языка.

5. Развитие фонематического слуха, привлечение внимания к звукам окружающего мира, к звукам речи.

6. Расширение пассивного словаря, привлечение внимания к словесным обозначениям предметов.

7. Работа над дифференциацией основных цветов, фигур, величин.

8. Вызывание собственных вокализаций (обозначений предметов и их изображений).

9. Расширение активного словаря, введение в него помимо слов, обозначающих предметы, слова, обозначающие действия, признаки и т.д.

10. Соединение слов из активного словаря в короткую фразу и обучение умению пользоваться ей.

11. Замена «детских», лепетных слов словами взрослой речи, работа над их слоговой структурой.

12. Работа над формированием и коррекцией грамматического строя, над дальнейшим совершенствованием связной речи.

Необходимо отметить, что занятия с ребенком раннего возраста лучше проводить в строго определенное время (в утренние часы, когда активность ребенка наиболее высока), а также то, что специальные коррекционные упражнения нужно как можно чаще чередовать с игровыми.

Кроме того, важно объяснить родителям, что для ребенка раннего возраста коррекционным занятием является простое общение с матерью или другими близкими родственниками. Любая совместная с ребенком деятельность (умывание, кормление, одевание, прогулка, укладывание спать и т.д.) должны стать для него небольшим уроком. Взрослым необходимо все свои действия и действия ребенка сопровождать речью, комментировать все, просить ребенка повторить хоть какие-то звуки, что-то показать, ответить на вопрос «да» или «нет» хотя бы кивком головы, хвалить за любую попытку речи. Только такие совместные усилия логопеда и родителей позволяют достичь существенных результатов.

В ходе коррекционной работы с использованием приведенного выше плана, у всех без исключения наших пациентов наблюдалось улучшение речи в той или иной степени. Так, из 43 пациентов, посетивших за прошедшие три года коррекционные логопедические занятия, значительное улучшение речи отмечено у 41,8% (18 детей), существенное улучшение речи – у 60,4% (26 детей), незначительное улучшение речи – у 20,9% (9 детей).

Таким образом, разработанная нами программа коррекционных занятий с детьми раннего возраста показала свою высокую эффективность и может применяться в работе логопедов.

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ 4-7 ЛЕТ

Елисеенко Н.А., Мартусенко А.В., Аствацатурова Е.В.

Краснодар
Кубанский ГМУ

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей проявляется несвойственными для нормальных возрастных показателей двигательной гиперактивностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью. Часто эти симптомы сопровождаются трудностями обучения, нарушениями поведения и сложностями во взаимоотношениях с окружающими.

Цель исследования – выявить степень тяжести симптомов СДВГ у детей 4-7 лет.

Использовалась оценочная шкала C.K. Conners (1997) с дополнением В.П. Зыкова (2011) предназначенная для балльной оценки симптомов СДВГ. В данной шкале оценивается 18 симптомов, представленных в виде кратких характеристик особенностей поведения и эмоционального реагирования детей в различных ситуациях: в школе, дома, публичных местах. Диагностические шкалы включают субшкалы: «невнимательность», «гиперакивность», «импульсивность». Результаты тестирования предусматривают дифференцировку по степеням тяжести, выраженную в баллах с учетом половой принадлежности. Для мальчиков легкая степень СДВГ соответствует диапазону 26-34, у девочек – 23-31 баллов; к средней степени относятся 35-43 и 32-40 баллов соответственно; критерии тяжелой степени СДВГ – 44-54 баллов у мальчиков и 41-54 – у девочек. Далее в тексте приводятся средние арифметические значения баллов, соответствующих критериям оценки СДВГ.

Исследование осуществлялось на базе МДОУ «Детский сад общеразвивающего вида №57» г. Краснодара. Обследовалось 83 ребенка (43 мальчика и 40 девочек) в возрасте 4-7 лет. Анкетирование проводилось среди родителей детей, совместно с медицинским работником данного учреждения.

Установлено, что из обследуемого контингента данную патологию имеет 21 ребенок (25,3%).

Оценка результатов теста показала, что в возрасте четырех лет четверо мальчиков имеют легкую степень (средний балл- 30,5); двое – среднюю степень (40,5 балла). Из двух девочек обе отнесены к легкой степени (22,0 балла).

В группе детей пяти лет один мальчик имеет легкую степень (33,0 балла), у двоих обнаружена средняя степень (41,5 балла); единственная в этой группе девочка отнесена к легкой степени (29,0 балла).

В возрасте шести лет среди мальчиков легкую степень тяжести имеет один (26,0 балла), среднюю – трое (37,3 балла) и один – тяжелую (51,0 балла). У девочки определена средняя степень тяжести (34,0 балла).

Для семилетних детей критерии постановки диагноза выглядят следующим образом: один мальчик – со средней степенью (41,0 балла), двое – с тяжелой степенью (49,5 балла).

Согласно мнению специалистов ошибки диагностики СДВГ при использовании метода анкетного опроса в дошкольном возрасте связаны с тем, что механизмы произвольной регуляции деятельности и поведение у детей 4-7 лет еще недостаточно сформированы. Поэтому различные проявления невнимательности, гиперактивности и импульсивности естественны и характерны для всех детей этого возраста. Только сочетание симптомов, длительное и постоянное их проявление позволяют диагностировать СДВГ без серьезных ошибок.

В нашем случае, в целом по всему обследуемому контингенту детей можно отметить, что степень тяжести существенно варьирует в каждой из групп. При этом прослеживается тенденция увеличения с возрастом количества случаев с преобладанием тяжелой степени СДВГ.

ИССЛЕДОВАНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО СТРЕССА ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

Емельянцева Т.А.

Минск, Беларусь
ГУ Республиканский научно-практический центр психического здоровья

В настоящее время большинством специалистов считает, что синдром дефицита внимания и гиперактивности (далее – СДВГ) является ранним клиническим синдромом нарушений нейроонтогенеза, структурно-функциональной рассогласованности до 9 зон мозга (Кр. Гилберг, 2014). В 70,4% случаев СДВГ переходит во взрослую жизнь, представляя преморбидный фон для развития оппозиционных расстройств поведения (70,4%), аффективных расстройств (57%), тревожных расстройств (42,3%) (Д. Раттер, 2014).

Оказание специализированной медицинской помощи детям с СДВГ и их родителям, по сути, является ранним вмешательством по предупреждению развития указанных психических расстройств.

Для построения системы реабилитации детей с СДВГ, основанной на принципах доказательной медицины, с учетом культуральных и гендерных особенностей, нами было проведено исследование родительского стресса в клинической группе детей с верифицированным диагнозом гиперкинетического расстройства (СДВГ) (n=94) в возрасте 5-12 лет.

Клиническая оценка тяжести симптомов СДВГ проводилась с использованием психометрических диагностических шкал Вандербильт (модифицированный вариант) (Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale, VADPRS, 1998); опросника психических и поведенческих нарушений у детей и подростков (Child Behavior checklist, CBCL, 2001 г.).

Для оценки родительского стресса использовалась шкала родительского стресса (Disruptive Behavior Stress Inventory, DBSI, 2002), надежность которой была оценена нами (коэффициент альфа Кронбаха для белорусской популяции детей 0,92).

Результаты. Исследование родительского стресса выявило, что чаще всего родителям приходится сталкиваться:

- с необходимостью контроля поведения ребенка, чтобы он не попал в беду ($\chi2$=113,29, p=,000);
- замечаниями в общественном транспорте по поводу неадекватного поведения ребенка ($\chi2$=109,56, p=,000);
- недовольством педагогов по поводу ребенка ($\chi2$=106,80, p=,000);
- родители не знают, как справляться с поведением ребенка ($\chi2$=96,52, p=,000);
- возникают конфликты с ребенком из-за выполнения домашнего задания ($\chi2$=89,04, p=,000);
- стыдно за ребенка перед другими людьми ($\chi2$=106,80, p=,000);
- беспокоят конфликты ребенка с другими детьми ($\chi2$=83,40, p=,000);
- звонят из школы по поводу проблем академической неуспеваемости ребенка ($\chi2$=68,69, p=,000);
- не могут бывать вне дома из-за поведения ребенка ($\chi2$=67,86, p=,000);
- тратится слишком много времени в помощи ребенку с выполнением домашнего задания ($\chi2$=64,80, p=,000);
- ребенка незаслуженно оскорбляют и обвиняют ($\chi2$=53,90, p=,000);
- вынуждены объяснять поведение ребенка другим людям (непонимание поведения ребенка др. людьми) ($\chi2$=51,51, p=,000);
- родители не имеют достаточно времени для себя из-за поведения ребенка с СДВГ ($\chi2$=48,51, p=,000);
- не могут проводить достаточно времени с другими своими детьми ($\chi2$=45,18, p=,000).

Таким образом, общество (окружающие люди, педагоги, иногда сами родители) не всегда готовы понять детей с СДВГ и помочь им.

На выраженность родительского стресса (максимально – 116 баллов, среднее значение=33,8±26,9, СКО=2,5) не оказывают достоверного влияния (дисперсионный анализ ANOVA) тяжесть клинических проявлений СДВГ. Высокие показатели стресса могут наблюдаться как при тяжелых, так и при легких формах СДВГ.

Родительский стресс может достоверно (дисперсионный анализ ANOVA) усиливать выраженность психосоматических нарушений (F=7,54, p=,000), социальной отчужденности (F=4,94, p=,000), тревожно-депрессивной симптоматики (F=1.88, p=,000) у ребенка с СДВГ по шкалам CBCL.

Выраженность родительского стресса не зависит от возраста и пола ребенка с СДВГ. Родители, как мальчиков, так и девочек, одинаково нуждаются в помощи в любом возрасте ребенка с СДВГ.

Выводы. Работа с родителями детей с СДВГ является актуальной с позиций отечественной доказательной медицины в системе оказания специализированной медицинской помощи, междисциплинарного и межведомственного взаимодействия.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ОЖИРЕНИЕМ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ

Емельянцева Т.А., Солнцева А.В., Загребаева О.Ю., Аксенова Е.А.

Минск, Беларусь
ГУ Республиканский научно-практический центр психического здоровья

В настоящее время ожирение является одной из наиболее серьезных социальных и медицинских проблем. В 2010 г. распространенность ожирения в детской популяции разных стран составила 6,1-11,7%. Связь ожирения с психоэмоциональными расстройствами изучена во многих эпидемиологических иссле-

дованиях. Однако, работ, описывающих комплексные психопатофизиологические изменения при ожирении у детей, немного.

Цель исследования: На основании выделения и изучения клинико-психопатологических особенностей, изменений метаболического статуса, генотипических особенностей разработать комплексную технологию профилактики и медицинской реабилитации эмоциональных нарушений и социальной адаптации у детей с ожирением.

Задачи исследования:

1. Провести комплексное клинико-психопатологическое и лабораторное обследование детей с ожирением, контрольной группы;

2. Выделить перечень психопатологических факторов, влияющих на формирование морбидных форм ожирения у детей;

3. Разработать методику оценки феномена компульсивного переедания у детей с ожирением;

4. Исследовать уровни нейропептида Y с помощью радиоиммунного анализа;

5. Провести генотипирование пациентов с ожирением по генам, ассоциированным с функцией дофамина;

6. Разработать метод скрининговой диагностики эмоциональных нарушений и социальной адаптации у детей с ожирением.

7. Разработать и внедрить программу комплексной медицинской реабилитации эмоциональных нарушений и социальной адаптации у детей с ожирением.

За весь период 2012-2014 гг. было обследовано 253 детей с ожирением и 189 детей контрольной группы. В группе детей с ожирением 112 девочек и 141 мальчика, средний возраст 14,5±1,4 лет и 14,7±1,6 лет соответственно. В группе здоровых подростков – 89 девочек и 100 мальчиков, средний возраст 14,4±1,8 лет и 14,7±1,4 лет соответственно. Дети с ожирением были разделены на подгруппы в зависимости от значений индексов массы тела: группа 1 – простое ожирение (ИМТ<35 кг/м^2), 85 девочек и 110 мальчиков; группа 2 – морбидное ожирение (ИМТ>35 кг/м^2), 28 девочек и 30 мальчиков.

Для оценки психопатологических симптомов использовались:

- Шкала общих психических и поведенческих нарушений (Child Behavior checklist, CBCL 6-8);

- Скрининговая шкала депрессии у подростков (Depression Self-Rating Scale, DSRS), чувствительность – 86%, специфичность – 75%;

- Опросник компульсивного переедания у детей (Children Eating Disorder Examination – Questionnaire, ChEDE–Q).

С помощью иммуноферментного анализа выполнено определение плазменных уровней дофамина, лептина, грелина, серотонина (реактивы DRG Elisa). Нейропептид Y определяли с помощью радиоиммунного анализа.

Генотипирование пациентов осуществлялось с использованием PCR-RFLP анализатора – определялся полиморфизм A1 аллеля TaqI (rs1800497) гена рецептора дофамина 2 (DRD2).

Результаты.

- сумма общих баллов психических и поведенческих нарушений по шкалам CBCL 6-8 у детей с морбидным ожирением в 1,4 раза выше, чем в контрольной группе (p=0,008; Cohenrs d=0,56).

- у детей с ожирением по шкалам CBCL 6-8 выявлены симптомы:

- социальной отчужденности (F=17,68, p=0,000, Cohenrs d=0,63);

- тревожно-депрессивной симптоматики (F=10,32, p=0,002, Cohenrs d=0,78);

- дефицита внимания (F=12,94, p=0,001, Cohenrs d=0,78);

- гиперактивности /импульсивности (F=7,10, p=0,009, Cohenrs d=0,57);

- в целом, синдрома дефицита внимания и гиперактивности (F=9,15, p=0,003, Cohenrs d=0,60).

- У детей с ожирением обнаружена сильная корреляционная связь (r=0,83; p=0,000) между дефицитом внимания и тревожно-депрессивными симптомами и сильная корреляционная связь (r=0,80; p=0,000) между дефицитом внимания и социальной отчужденностью.

- внутренняя согласованность эмпирически обоснованных шкал опросника компульсивного переедания ChEDE–Q (коэффициент альфа-Кронбаха) колебалась в пределах от 0.66 до 0.88; средний коэффициент составил 0.79. Достоверных значимых различий надежности ChEDE–Q по полу и возрасту (дисперсионный анализ ANOVA) не обнаружено.

- сравнение средних значений по шкалам опросника компульсивного переедания ChEDE–Q обнаружило достоверное различие в клинической и контрольной группах (F=6,25, p=0,016).

- феномен компульсивного переедания в сопоставлении с психопатологическими симптомами по шкалам CBCL 6-8 имел достоверную корреляционную связь:

- с симптомами тревоги и депрессии (r=3,81, p=0,003),

- социальной отчужденности (r=3,39, p=0,003),

- гиперактивности / импульсивности (r=2,6, p=0,025),

- дефицитом внимания (r=2,4, p=0,033).

- признаки депрессии у девочек с ожирением встречались достоверно чаще (p=0,05). Не отмечено зависимости наличия депрессии от ИМТ у детей с ожирением (F=1,997; p=0,67).

- выявлено достоверное увеличение показателей дофамина у детей с морбидным (p=0,0001) и простым (p=0,012) ожирением, по сравнению со сверстниками с нормальной массой тела. Отмечена положительная взаимосвязь значений дофамина и ИМТ (rs=0,36; p=0,044).

- проведенное генотипирование детей с морбидным ожирением и контрольной группы выявило достоверные различия по частоте аллелей по локусу TaqIA DRD2 гена в группах с морбидным ожирением среди подростков и детей до 10 лет.

- достоверной разницы частоты встречаемости аллелей A1 в группах пациентов с ожирением и сверстников с нормальной массой тела обнаружено не было.

- установлена более частая встречаемость A1 аллеля TaqI (rs1800497) гена рецептора допамина 2 (DRD2), ассоциированного с низкой плотностью D2 рецепторов (A1A1 и A1A2) у пациентов с морбидным ожирением (17,9%) в сравнении с алиментарным (4,8%), (χ^2=9,7, p=0,008).

- положительная корреляция выявлена между A1A2 аллелем гена и значениями ИМТ (rs=0,8, p=0,001), отрицательная – A1A1 и нейропептидом Y (rs=-0,21, p=0,045).

Выводы.

1. Оказание медицинской помощи детям с ожирением требует дифференцированного комплексного подхода.

2. У детей с морбидными формами ожирения традиционная диетотерапия будет неэффективна и может даже усугубить ожирение в силу определенной «слабости» нервной системы, присутствия компульсивных механизмов переедания, направленных на компенсацию снижения обмена дофамина в головном мозге.

3. Дети с морбидными формами ожирения имеют достоверно высокие показатели социальной отчужденности, тревожно-депрессивной симптоматики, синдрома дефицита внимания и гиперактивности (Cohenrs d=0,63-0,78, p=0,000). Для детей с морбидными формами ожирения требуется проведение дополнительных психокоррекционных вмешательств, внедрение групповых психотерапевтических методов для компенсации социальной отчужденности, информационная работа с родителями.

4. Требует развития междисциплинарное сотрудничество врачей-педиатров и врачей-психотерапевтов (врачей-психиатров) на ранних этапах оказания медицинской помощи детям с ожирением.

ПРИЕМ ФОЛАТОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РИСК АУТИЗМА У ПОТОМСТВА

Жиляева Т.В., Альбицкая Ж.В., Касимова Л.Н.

Нижний Новгород
Нижегородская ГМА

В связи с увеличением распространенности расстройств аутистического спектра (далее РАС), внимание к этой патологии неуклонно растет. Множество исследований нацелены на поиск причин аутизма. Становится очевидно, что это мультифакторное расстройство, в этиопатогенезе которого большую роль играют факторы раннего онтогенеза: акушерско-гинекологические проблемы, внутриутробные инфекции, гипоксия, а также генетика.

В 2013-2014 годах в 2 крупных исследованиях обнаружено, что прием фолатов в 1 триместре беременности снижает риск возникновения РАС у потомства. В популяционном перспективном исследовании Suren P. et al. (n=85176) показано, что прием фолатов за 4 недели до и в течение 8 недель после начала беременности почти в 2 раза снижает риск аутизма у потомства, прием фолатов в другие периоды беременности не оценивался. В исследовании R.J.Schmidt (n=837) также выявлено, что дефицит фолатов в течение 1-го месяца беременности, особенно у женщин с полиморфизмом гена фолатного обмена MTHFR677C>T, ассоциирован с повышенным риском аутизма. В остальные месяцы беременности в группе аутизма женщины получали меньше фолатов, чем в группе здоровых, но статистически не значимо. Уровень приема фолатов в обеих группах резко возрастал с 3 до 9 месяца беременности и составлял около 900 мкг/сут, что, видимо, обусловлено акушерскими стандартами в США – 90% обследованных женщин с 3 по 9 месяцы принимали поливитамины, что ограничивало возможность для изучения связи приема фолатов с риском аутизма во 2-3 триместрах. Таким образом, в приведенных выше исследованиях дефицит фолатов во 2-3 триместрах беременности в связи с риском аутизма изучен не был.

Согласно P.Surĭn и R.J.Schmidt, дефицит фолатов может иметь отношение к таким факторам патогенеза аутизма, как дефицит метилирования, нестабильность генетического аппарата, эпигенетические изменения, возникновение мутаций de novo. Однако эта гипотеза не учитывает возможности опосредованного влияния приема фолатов в 1 триместре на развитие головного мозга в последующие сроки беременности за счет медленных биохимических изменений в организме матери и ребенка после начала приема фолатов. Так, известно, что уровень гомоцистеина – важного патогенетического маркера дефицита фолатов – изменяется в течение нескольких недель после начала/прекращения приема витаминов.

В России с начала 2000-х фолаты в 1 триместре назначаются большинству беременных женщин, начиная с 1 месяца при запланированной беременности. В дальнейшем женщина, как правило, принимает комплексные поливитамины для беременных курсами, но не всегда в течение всей беременности, как это принято в США. Учитывая, что в России не проводится обогащения пищевых продуктов фолатами и часть населения зимой испытывает их дефицит, развивающийся плод с большой вероятностью может подвергаться этому дефициту в отдельные периоды 2-3 триместров.

В крупном перспективном исследовании «Пренатальные детерминанты шизофрении» (A.S. Brown et al., 2007) показано, что гипергомоцистеинемия (последствие дефицита фолатов) именно в 3, но не 1 триместре беременности ассоциирована с повышенным риском шизофрении у потомства. Учитывая общность этиопатогенеза шизофрении и аутизма (P.F.Sullivan, 2012), влияние дефицита фолатов во 2-3 триместрах беременности на риск аутизма у потомства требует специального изучения.

Целью данного исследования было изучить взаимосвязь приема фолатов в 1 и 3 триместрах беременности с наличием РАС у потомства.

Материал и методы: проведен структурированный опрос матерей детей с РАС (n=56) и здоровых детей (n=104, группа сравнения). Собиралась информация о психическом здоровье ребенка, особенностях течения беременности и образа жизни матери (приеме фолатов, в том числе в составе поливитаминов, питании), ее соматическом и акушерско-гинекологическом анамнезе. Многие женщины принимали комплексные поливитамины с фолатами, поэтому в данном анализе не исключен дополнительный эффект приема других витаминов.

Результаты и их обсуждение. Было обнаружено, что матери детей с РАС в 1 триместре беременности принимали фолаты статистически значимо реже (58,9%), чем в группе контроля (83,7%) ($\chi2=0,0192$). Но более значимой разница между группой РАС и контроля была в 3 триместре: фолаты принимали 25% матерей детей с РАС и 67,3% женщин группы контроля ($\chi2=0,0002$). При этом в подгруппе женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и хроническими соматическими заболеваниями (n=103) разница в частоте приема фолатов между группами РАС и здорового контроля более значима, чем во всей выборке: в 1 триместре фолаты принимали 68,3% матерей детей с РАС против 96,8% матерей группы контроля ($p<0,0001$, критерий Фишера); в 3 триместре фолаты принимали 46,3% матерей детей с РАС против 82,3% матерей здоровых детей ($p<0,0001$, точный критерий Фишера).

Полученные результаты согласуются с данными о том, что дефицит фолатов в 1 триместре может играть роль в развитии аутизма. Однако в данном исследовании обнаружено, что связь отсутствия приема фолатов в 3 триместре с риском аутизма более сильная, чем в 1 триместре. Исходя из полученных данных, говорить о критическом временном окне дефицита фолатов для риска развития аутизма именно в 1 триместре преждевременно: требуются новые исследования о влиянии этого фактора на психическое здоровье потомства в другие периоды беременности.

Полученные результаты свидетельствуют о возможном влиянии дефицита фолатов на риск аутизма в другие периоды беременности, в частности в 3 триместре, и согласуются с данными Brown A.S. о влиянии гипергомоцистеинемии в 3 триместре на развитие шизофрении у потомства. Они ставят вопрос о необходимости более внимательного и избирательного подхода к назначению фолатов/комплексных поливитаминов на всем протяжении беременности. Женщины группы риска, имевшие осложнения данной беременности, акушерско-гинекологические проблемы в прошлом, ряд соматических заболеваний и отягощенность семейного анамнеза по состояниям, ассоциированным с гипергомоцистеинемией, нуждаются в контроле уровня гомоцистеина для профилактики РАС у потомства.

Согласно результатам проведенного опроса, в настоящее время в России назначение комплексных поливитаминов при беременности остается несистемным, в результате чего многие женщины не получают полноценные дозы фолатов на протяжении всей беременности. Иногда комплексные поливитамины отменяются акушером из-за риска быстрого нарастания массы тела плода и проблем в родах, но в таком случае, женщина должна продолжать получать профилактическую дозу фолатов в виде монодобавки, так как они не депонируются в организме и быстро выводятся с мочой, а потребность в них к концу беременности возрастает по сравнению с 1 триместром.

Современная ситуация в акушерстве может привести к повышению заболеваемости эндогенными психическими расстройствами, в том числе аутизмом, среди потомков беременных, которые получают фолаты только до 12 недель беременности, так как при этом у женщин группы риска снижается частота привычного невынашивания, несовместимых с жизнью пороков у плода, повышается рождаемость, а развивающийся головной мозг подвержен дефициту фолатов во 2-3 триместрах. Возможные риски

приема фолатов хорошо испытаны в 1 триместре беременности: данные свидетельствуют об отсутствии серьезных побочных эффектов. Стоимость фолиевой кислоты ничтожна по сравнению с экономическим бременем психических расстройств.

Заключение. Таким образом, дефицит фолатов может являться фактором риска РАС не только в 1, но и 3 триместре беременности, а также особо значимым фактором риска РАС у женщин с соматической и акушерско-гинекологической отягощенностью. Женщинам групп риска необходим контроль уровень гомоцистеина и адекватный прием фолатов/комплексных поливитаминов на протяжении всей беременности, а не только в 1 триместре. Матерям детей с аутизмом при планировании следующей беременности можно рекомендовать анализ уровня гомоцистеина плазмы и анализ генетических мутаций фолатного цикла для своевременной коррекции нарушений.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Юркина Н.В.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Цель исследования: изучить иммунологические показатели при аутистических расстройствах.

Материал и методы. В клиническом исследовании приняло участие 23 пациента: 18 мальчиков и 5 девочек в возрасте от 6 до 11 лет. Критериями включения были общие расстройства психического развития рубрика F 84 (МКБ – 10) с типичными (синдром Каннера, F 84.0) и атипичными формами (F 84.1) аутистических расстройств. Верификация диагноза опиралась на критерии МКБ – 10 рубрики F 84 «Общие нарушения психологического развития» и классификацию аутистических расстройств НЦПЗ РАМН (2005г.). Критериями исключения являлась генетически обусловленная и другая патология с аутистическими чертами.

Использовались методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, иммунологический (на проточном цитометре Novios Beckmann Coulter), критерий Mann-Witney для интерпретации статистически значимых показателей.

Всем пациентам была проведена иммунограмма 3 уровня, с оценкой показателей: общеклинических, процентное соотношение и абсолютное количество форменных элементов крови, НСТ – тесты (гематокрит), элементов клеточного (фагоцитарная активность нейтрофилов, активность и интенсивность фагоцитоза, определение различных популяций лимфоцитов (CD-типирование): количество Т- и В-лимфоцитов, иммунорегуляторный индекс (IRI) – соотношение Т-хелперов и Т-цитотоксических клеток (при аутизме пониженное процентное соотношение Т-хелперов) и гуморального иммунитетов. Определялись иммуноглобулины IgA, IgM, IgG (их концентрация увеличивается при острых, впервые возникающих и хронических инфекциях), а также фрагменты комплемента С3-С5 (комплекс белков, присутствующих в крови постоянно и предназначенных для гуморальной защиты организма от действия чужеродных агентов, участвует в реализации иммунного ответа организма).

Результаты и их обсуждение. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – с синдромом Каннера (n=7); 2-я – с атипичным аутизмом (n=16).В клинической картине отмечались аутистические формы поведения, затрудняющие адаптацию в детском коллективе: трудности общения со сверстниками, игры в одиночестве, избегания взгляда «глаза в глаза», двигательные стереотипии (бег по кругу, атетозоподобные движения в пальцах рук, ходьба на цыпочках), склонность к рутинному порядку. Речевые особенности в виде нарушений произносительной стороны, ритма, темпа, отсутствия интонаций, коммуникативных функций с неспособностью поддержать диалог, преобладанием эхолалий, лепета, использованием отдельных коротких слов, отсутствием фраз. Игровая деятельность была однообразной, неигровыми предметами (дверьми, водой, палочками). У детей с синдромом Каннера (n=7) первые слова появились после 3-х лет, фразы к 4-5 годам, с ограниченным запасом, речь была невнятной, дизартричной, с эхолалиями, штампами. В поведении отмечались аутистические формы общения и стереотипная игровая деятельность: однообразные действия в виде верчения, постукивания предметов, с отсутствием сюжета, сверхценное отношение к отдельным игрушкам и их деталям (например, к колесам машинок, мягким игрушкам), фиксировались на определенных игрушках, придавали им роль символа других предметов и людей, своеобразная «зачарованность» играми. У пациентов с атипичным аутизмом (n=16) аутистические формы поведения и нарушениями речи возникали после периода нормального развития, либо на фоне проявлений шизотипического диатеза (отсутствие реакции на голод и дискомфорт, застывший взгляд «в никуда», ритуальное поведение при засыпании, приеме пищи, одевании, негативное отношение к матери или амбивалентная симбиотическая связью с нею, ригидные игровые манипуляции с предметами неигрового назначения) в результате перенесенного регресса в возрасте 12 – 18 месяцев.

Диагностическая панель включала оценку гуморального и клеточного иммунитета на основе изменения их показателей. Сравнительная характеристика иммунологических данных была проведена по нозологиям. Анализ полученных результатов гуморального иммунитета показал различие уровней IgM в группах. Так, у детей с атипичным аутизмом уровень IgM (1,87±0,24) достоверно выше, чем при синдроме Каннера (1,02±0,27), различия были статистически значимыми (P<0,02). Показатели уровней IgG в 1-й – 13,57±1,45, во 2-ой – 15,23±1,04 группах и IgA в 1-ой – 2,04±0,37 и 2 -ой 2,23±0,29 не различались. Повышение IgM при атипичном аутизме может свидетельствовать об обострении хронического расстройства или остром воспалительном процессе, предположительно аутоиммунного характера. Показатели фрагментов комплемента С3-С5 в группах не имели различий. Полученные результаты соотносятся с литературными данными о существовании гипотезы в которой отводится потенциальная роль дисфункции иммунной системы при аутистических расстройствах: у пациентов отмечается низкий уровень иммуноглобулинов, а именно снижение IgM и IgG и имеет корреляцию с тяжестью поведенческих симптомов (Cindy Schneider, 2012).

Исследование клеточного иммунитета демонстрирует, что намечается тенденция в изменениях показателей NK (лимфоцитоподобных клетках, натуральных киллерах), их повышение при синдроме Каннера – 559,9±546,8 в сравнении с атипичным аутизмом – 301,2±291,4, со статистической тенденцией к различиям по критерию Mann-Witney 0,16. Повышение лимфоцитоподобных NK клеток при типичном аутизме может говорить об активации врожденного иммунитета. По данным зарубежных авторов (Paula Goines and Judy Van de Water, 2011; Cindy Schneider, 2011; Jaquelyn McCandless, 2011), изменение показателей клеточного иммунитета: уменьшение активности клеток натуральных киллеров (NK) в крови, понижение процентного количества Т-хелперов, повышение интерлейкинов, активация тучных клеток, увеличивают чувствительность к действию различных токсических веществ у детей с аутистическими расстройствами.

Выводы. Таким образом, полученные данные могут расширить представления о природе возникновения расстройств аутистического спектра с участие иммунной системы, объективизировать состояния нервной системы, определить остроту, тяжесть патологического процесса и позволят разработать патогенетические подходы к лечению.

ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Зимина А.В., Локштанова О.А.

Москва
ГБУЗ НПЦПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Актуальность проблемы ранней абилитации речи при раннем детском аутизме является очевидной, поскольку только своевременно начатая логопедическая работа способна обеспечить развитие коммуникации и, как следствие, дальнейшую социализацию ребенка с аутизмом. Коммуникативная функция речи демонстрирует отражение возможности устанавливать социальное взаимодействие посредством языковых связей, предполагает вербальное общение людей друг с другом.

Цель исследования – определение речевой компетентности ребенка с ранним детским аутизмом. Задачей исследования явилось определение уровня сформированности лексико-семантической стороны речи как базовой для формирования речевой коммуникации.

Материалы и методы. Экспериментальная работа велась в течение двух лет на базе дошкольного речевого отделения ГБУЗ «Научно – практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы». За это время логопедами были обследованы и взяты в работу 120 пациентов, находящихся в стационаре в среднем в течение 62 дней. Средний возраст испытуемых – 4 года (+/- 6 мес.). Критерием включения в экспериментальную группу было наличие одного из диагнозов: ранний детский аутизм, атипичный аутизм без умственной отсталости, синдром Аспергера; критериями исключения наличие умственной отсталости, эпилепсии, генетических синдромов.

С учетом ведущего речевого расстройства были сформированы 2 подгруппы:

1. пациенты с акустико-гностическим синдромом (92 пациента);

2. пациенты с оральной диспраксией (28 пациентов).

Особое внимание при обследовании уделялось подбору дидактического материала, поскольку неточное восприятие картинок могло снизить достоверность результатов. Применялись известные диагностические альбомы, фотографические изображения, специально подготовленные рисунки, большое количество объемных предметов, игрушек, музыкальных инструментов. При подборе картинного материала обращалось внимание на отсутствие черточек, точек, любых загрязнений и помарок на картинках, контуры рисунка были ровными, четкими и не размытыми, изображения – максимально реалистичными, допускалось только целостное изображение предмета. Анимационные изображения не использовались.

Результаты и их обсуждение. Исследование доказало, что в процессе речевой деятельности система семантических речевых компонентов должна рассматривается как не как абстрактное лингвистическое понятие, а в динамике коммуникации. У детей с РДА нарушен процесс понимания значения слова, в результате чего тормозится пополнение словарного запаса и искаженно развивается лексико-семантическая сторона речи, что в итоге ограничивает полноценные возможности речевой коммуникации. Дети с РДА склонны к обработке полученной информации в большей степени по принципу буквального восприятия и не осознают абстрактное значение воспринимаемого материала.

В результате исследования выявлен ряд характерных для детей с аутизмом качественных нарушений в коммуникации:

- отставание в развитии или полное отсутствие разговорной речи;

- отсутствие попыток компенсировать речевое недоразвитие использованием жестов или мимики в качестве альтернативной модели коммуникации;

- отсутствие разнообразной спонтанной воображаемой или социальной игры-имитации;

- стереотипное или повторяющееся использование языка или идеосинкразическое использование слов и предложений (при наличии речи).

В результате анализа и оценки сформированности лексико-семантической стороны речи, проведенного по окончанию курса логопедических занятий, были выявлены характерные специфические ошибки.

Пациенты с акустико-гностическими нарушениями демонстрировали:

- нарушение понимания значения слова;

- наличие вербальных парафазий, основанных на визуальных заменах (например, сороку называли пингвином);

- нарушение понимания вопросов косвенных падежей;

- нарушение понимания местоимений, наречий, прилагательных.

В группе детей с ведущими диспраксическими расстройствами обнаружилось наличие иных специфических ошибок:

- нарушение формирования кинестезий;

- нарушение динамической основы реализации речевого акта и, как следствие, нарушение слоговой структуры слова.

Приступая к логопедической работе, специалист анализировал структуру речевого расстройства и подбирал стимульный материал для дальнейшей работы. Так, для детей с акустико-гностическим нарушением подбирался материал на дифференциацию звуков по разным группам с целью профилактики вербальных и литеральных парафазий. Опыт работы с детьми данной группы позволил накопить словарь часто заменяемых слов – понятий. Наличие вербальных и литеральных парафазий не просто искажали значение слова в контексте, но и существенно затрудняли коммуникацию и верное понимание смысла высказывания собеседником.

В работе с детьми, имеющими диспраксические нарушения, основное внимание уделялось подбору стимульного материала с учетом трудностей в формировании слоговой структуры.

Выводы. Сенсорные и моторные аномалии у детей с аутизмом могут оказывать инвалидизирующее влияние и усугублять общее представление о тяжести состояния ребенка, становясь дополнительной причиной поведенческих трудностей. Ранняя диагностика речевых нарушений у детей с аутизмом и своевременно начатая абилитация с учетом ведущего речевого дефекта позволяют обеспечить дальнейшую социализацию и речевую коммуникацию.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕМПЕРАМЕНТНО-ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ КАК ФАКТОРЫ РИСКА СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Зиньковский А.К., Седова А.А., Брюнеткин В.Ю., Зиньковский К.А.

Тверь
Тверской ГМУ

В соответствии с общепринятой сегодня биопсихосоциальной концепцией психических расстройств, в возникновении и развитии психопатологии принимают участие три фактора: биологический, психологический и социальный (по G.Engel,

1982). При этом рассматриваются следующие факторы: биолого-генетическая уязвимость (диатез) и адаптационно-компенсаторные механизмы психики больного. Поэтому изучение взаимосвязи между анатомо-физиологическими особенностями организма и особенностями личности может использоваться для раннего выявления факторов риска психопатологии.

Впервые фундаментально изучал особенности организма в призме психопатологии Э.Кречмер. В своей работе «Строение тела и характер» он выделяет 4 типа телосложения (лептосомный, пикнитический, атлетический и диспластический) и в последующем сопоставляет их с особенностями строения тела у людей больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Так же Кречмер выделил 7 типов темперамента (три циклотимических, три шизотимических и вязкий), указывая что циклотимические темпераменты характерны для пикнитического телосложения, шизотимические для лептосомного, а вязкий для атлетического. К недостаткам данной теории относится слабая статистическая доказательность и спорный вопрос о возможности переноса данных полученных при исследовании людей с выраженной патологией на здоровую популяцию.

В 40-х годах XX века У.Г. Шелдон на основании 17 антропометрических показателей выделил 4 типа телосложения, названных в соответствии с одним из эмбриональных ростков организма: эндоморфный, мезоморфный, эктоморфный и смешанный (при равномерном развитии всех показателей). В последующем, изучая психологические свойства характерные для каждого типа телосложения он выделил 3 типа темперамента: висцеротонический (характерный для эндоморфов), соматикотонический (характерный для мезоморфов) и церебротонический (характерны для эктоморфов).

Сегодня исследователи обнаруживают взаимосвязи между отдельными чертами темперамента и особенностями физического развития. Но при этом не выделяется единая концепция, позволившая использовать результаты таких исследований с целью ранней диагностики неспецифических факторов риска психопатологии.

Известно, что в период с 1991 по 2005 годы, отмечался рост болезненности эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися в детском и подростковом возрасте, на 20,9%. При этом среди подростков, заболеваемость непсихотическими нарушениями поведения составляет 36,6%.

При этом важность изучения анатомо-физиологических особенностей у подростков отмечал А.Е.Личко. По его данным среди всех подростков с непсихотическими нарушениями поведения представлены оба полюса физического развития: акселерация (26%) и инфантилизм (22%).

Целью исследования является выявление соотношения между особенностями темпераментно-характерологических свойств личности подростков и показателями физического развития, как факторов риска возможной социальной дезадаптации.

Материалы исследования. Изучено 89 подростков, учащихся СОШ г.Твери в возрасте 14 лет. Из них юношей 48, девушек 41. Критерии исключения: наличие хронической соматической патологии, видимые деформации опорно-двигательного аппарата и аномалии развития.

Методы исследования:

1) Анкетно-опросный.

Была разработана анкета для изучения соматического анамнеза школьников, и внесения данных из медицинской документации (форма 026/у-2000).

2) Патопсихологический:

Личностного опросника Айзенка EPI.

Патохарактерологического диагностического опросника Н.Я. Иванова А.Е. Личко.

3) Антропометрический:

Измерение роста, массы тела, окружности головы и окружности грудной клетки с последующей оценкой показателей методом центильных таблиц соответствующих возрасту и полу обследуемых.

4) Статистическая обработка материала при помощи покате программ IBM SPSS Stastics 20.0 (корреляционный анализ по Спирмену; t-критерий Стьюдента; критерий соответствия Пирсона)

Результаты. Физическое развитие – комплекс морфофункциональных свойств организма, определяющий запас его физических сил, а так же уровень биологического потенциала.

Во время оценки уровня физического развития отмечено, что высокие показатели (более 75 центиля) достоверно чаще встречались у юношей (60% у юношей против 42% у девушек), а у девушек более распространены средние значения(25-75 центили) и составляют 46% по сравнению с юношами 21%, различия статистически значимы($p<0.05$).

Темперамент – устойчивое объединение индивидуальных особенностей личности, связанных с динамическими, а не содержательными аспектами деятельности. К свойствам темперамента относят индивидуальный темп и ритм психических процессов, степень устойчивости чувств, степень волевого усилия. (К. Леонгард 1981 г.; Русалов В.М., 2004 г.)

В структуре темперамента Г.Ю. Айзенк выделяет две основные характеристики (экстраверсию-интроверсию и нейротизм или нестабильность), и их сочетание дает один из четырех типов темперамента. Нами была обнаружена закономерность, что среди юношей достоверно преобладают($p<0.05$) стабильные типы темперамента (сангвиники – 42% флегматики – 35%) по сравнению с девушками (сангвиники – 15%, флегматики – 10%). При этом среду девушек наиболее распространены холерики(34%) и меланхолики(41%) по сравнению с юношами(холерики – 15%, меланхолики 8%), различия статистически значимы($p<0.05$).

При изучении взаимосвязи между показателями темперамента и физического развития отмечено, что имеется обратная слабая корреляционная зависимость между уровнем физического развития и нейротизмом($\rho= -0,2$; $p<0,05$), а так же обратная слабая корреляционная связь между массой тела и нейротизмом($\rho=-0,199$; $p<0,05$). Но в дальнейшем, обнаружено что данная связь усиливается у юношей и составляет $\rho=-0,29$($p<0,05$) для показателей уровня физического развития и нейротизма, а так же $\rho=-0,242$($p<0,05$) для показателей массы тела и нейротизма. При этом данная связь не достигает уровня значимой в группе девушек.

Современное представление о темпераменте, основанное на теории функциональных систем П.К. Анохина, сформулировано В.М.Русаловым. В свою очередь характер является отражением темперамента в призме воздействия социума на человека Установление взаимосвязи между отдельными чертами темперамента и типами акцентуаций характера могут помочь в ранней диагностике социальной дезадаптации

На следующем этапе исследования проводилось определение характерологических особенностей подростков при помощи ПДО.

Акцентуации характера достоверно чаще($p<0.05$) встречаются у девушек(98%) по сравнению с юношами(74%). При этом наиболее часто встречаются лабильный(41%; $p<0.05$) и эпилептоидный(29%; $p<0.05$) типы акцентуаций характера. В гендерных группах отмечены следующие статистически значимые различия($p<0.05$): среди юношей по сравнению с девушками чаще диагностированы гипертимный(20% против 5%), эпилептоидный(40% против 25%), в то время как у девушек по сравнению с юношами преобладает лабильный тип акцентуации(50% против 20%).

Распределение рисков формирования нарушения поведения достоверных гендерных различий не имеет, но риск социальной дезадаптации составляет 48%, а риск формирования

психопатий 27%. При неблагоприятных внешних социальных дезадаптирующих факторах данные подростки уязвимы: могут наблюдаться срывы социальной адаптации с формированием девиантного и делинквентного поведения.

Результаты. полученного исследования могут послужить предпосылками для создания кластеров мониторинга с целью выявления подростков группы риска в связи с особенностями их формирования темпераментно-характерологических свойств личности. Данный мониторинг необходимо проводить в СОШ, ССУЗах, ВУЗах силами полипрофессиональной бригады (врач общей практики, возрастной психолог, клинический психолог).

ОСОБЕННОСТИ ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Казанцева Э.Л.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Для выявления клинико-нозологических особенностей фобий у детей и подростков было обследовано 76 госпитализированных больных в возрасте от 4 до 17 лет, у которых фобии занимали ведущее положение в клинической картине расстройства. Среди обследованных было 49 мальчиков и 27 девочек. В 25% случаев фобические расстройства возникли в дошкольном возрасте (от 4 до 6 лет), еще в 30% наблюдений манифестация фобий пришлась на младший школьный возраст (7-11 лет), а в 45% случаев фобии развились в подростковом возрасте (12-17 лет).

Фобические расстройства у детей и подростков в подавляющем большинстве случаев развивались на измененной биологической и/или социально-психологической «почве», непосредственно после дополнительных острых ситуационных или соматических вредностей. Среди стойких патобиологических изменений преобладали резидуальная церебрально-органическая симптоматика, преимущественно связанная с патологией беременности и родов, и вегетативно-сосудистая дистония. Изменения социально-психологической «почвы» выражались в длительных и неустранимых травмирующих ситуациях и неправильном воспитании. Выявлена определенная конституционально-личностная предуготованность фобий и их связь с тревожно-мнительными чертами личности.

В общей группе детей и подростков возникали все клинические варианты фобических расстройств, выделенные в самостоятельные рубрики в МКБ-10: специфические фобии, паническое расстройство, ипохондрические фобии, социальные фобии, агорафобия. Варианты фобий детско-подросткового возраста соответствали таковым у взрослых, но имели ряд существенных возрастных клинических особенностей. Патологические страхи у дошкольников отличались скудным интеллектуальным содержанием, отсутствием критики к ним и ограничивались специфическими и ипохондрическими фобиями, паническим расстройством. С увеличением возраста больных и особенно возраста начала фобий нарастали сложность, полиморфизм и степень завершенности фобических расстройств. Клинически более очерченный фобический симптомокомплекс формировался, начиная с младшего школьного возраста. У младших школьников ипохондрические фобии иногда приобретали нозофобическое содержание, впервые возникали социальные фобии, появлялись элементы критики к патологическим страхам. При начале в пубертатном периоде фобические расстройства имели наиболее завершенный вид, преобладали нозофобии, социальные фобии и впервые развившаяся в подростковом возрасте агорафобия.

Выявлены психопатологические радикалы, имевшие высокую или значительную степень коморбидности с фобическим синдрмом: субдепрессивный (тревожные депрессии дистимического уровня), астенический, обсессивно-компульсивный (навязчивые действия, в том числе и ритуалы), истеро-конверсионный, психопатоподобный (изменения личности преимущественно тревожно-мнительного типа).

Установлены следующие варианты динамики фобий у детей и подростков: рецидивирующая без тенденции к прогрессированию и с тенденцией к прогрессированию; непрерывно-волнообразная без тенденции к прогрессированию и с тенденцией к прогрессированию; регредиентная. Прогрессирование фобий выражалось в следующем: 1) генерализация фобий – перерастание монофобии в поли-, а в дальнейшем – иногда и в панфобию; 2) трансформация начального овладевающего страха в навязчивые фобии, далее в сверхценные, а в редких случаях – и в бредоподобные; 3) нарастание степени уклонения от фобических ситуаций; 4) усложнение мер защиты от фобий; 5) присоединение и усложнение коморбидной психопатологической симптоматики; 6) усиление тревожно-мнительных свойств личности; 7) углубление школьной и семейной дезадаптации, обусловленной фобиями.

Фобические расстройства у детей и подростков в одних случаях имели невротическую природу, а в других развивались в рамках шизотипического расстройства. При невротических фобических расстройствах выявлены хронологические и содержательные связи со стрессовой ситуацией. Страхи в большинстве случаев носили навязчивый, а не сверхценный характер. Защитные действия были «спаяны» со страхами, составляли с ними единое целое. Социальная дезадаптация при невротических фобиях парциальна и коррелировала с ними по тяжести. У большинства больных шизотипическим расстройством фобии обладали значительным клиническим сходством с невротическими страхами. Клинические особенности фобий, указывающие на их шизотипическое происхождение, выявлены у меньшей части больных. Фобическая симптоматика у них была представлена в основном сверхценными, а не навязчивыми, страхами. Фобии чаще носили беспредметный характер, быстро генерализовались, «обрастали» идеаторными навязчивостями (близкими к психическим автоматизмам) и ритуалами, сопровождались более глубокой школьной и семейной дезадаптацией.

Прогноз фобических расстройств у детей и подростков в целом относительно благоприятный, в связи с отсутствием тенденции к прогрессированию. Выявлены следующие прогностически более благоприятные признаки: манифестация фобий в дошкольном или младшем школьном возрасте, гармоничный склад личности, отсутствие патологически измененной биологической и социально-психологической «почвы», наличие монофобии, навязчивый характер фобий. Наряду с указанными выше признаками прогрессирования фобий, установлены следующие прогностически менее благоприятные показатели: манифестация фобий в подростковом возрасте, вегетативная неустойчивость или вегетодистония, длительные психотравмирующие ситуации или отклонения в системе воспитания, наличие поли- и панфобий, преморбидные шизоидные черты, сверхценный характер фобий.

Стационарное лечение, сочетающее психотерапию (поведенческую, когнитивную, суггестивную, игровую, арт-терапию и элементы семейной психотерапии) и фармакотерапию (антидепрессантами, транквилизаторами и нейролептиками) приводило к значительному улучшению или улучшению у 2/3 больных с фобическими расстройствами. В ближайшие 6-12 месяцев после выписки из стационара, усиление, возобновление или появление новых фобий наступало относительно редко, преимущественно у больных шизотипическим расстройством после прекращения приема поддерживающей терапии.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Каландарова Ю.Б.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По распространенности психической патологии детского возраста умственная отсталость оказывается на втором месте (31%), а в подростковом возрасте выходит на первое место (50,3%, из них 80% – легкие формы), что связано как с поздней выявляемостью умственной отсталости, так и со стабильностью патологических изменений при данных нарушениях, благодаря чему происходит их количественное «накопление», приводящее к преобладанию этой патологии в структуре психических заболеваний (А.А. Корсунский, 2001; Е.В. Макушкин, 2006).

Цель исследования – изучение поведенческих расстройств у детей с легкой умственной отсталостью.

Материалы и методы исследования. В условиях стационарного отделения Городского Детского Психоневрологического центра клинико-психопатологическим и патопсихологическим методами исследования («Дом-дерево-человек», «Кинетический рисунок семьи») было обследовано 12 детей в возрасте от 7-11 лет с диагнозом: легкая умственная отсталость.

Результаты исследования. В формировании поведенческих расстройств у умственно отсталых детей существенную роль играет неблагоприятное психосоциальное развитие и нарушение процесса социализации, которые выражаются в различных формах детско-подростковой дезадаптации уже в раннем возрасте, например, в усвоении социальных ролей, учебных программ, норм, требований. Такое поведение наблюдалось 6 месяцев и включало следующие проявления: у 6 (50%) больных клинически первые признаки проявлялись в виде необычно частых для своего возраста вспышек гнева, частых споров со взрослыми, частых активных отказов выполнять требования взрослых, преднамеренно делали вещи досаждающие другим людям, проявлениями задиристого поведения. 2 детей преднамеренно разводили огонь с риском или желанием причинить серьезный ущерб. Дромомания наблюдалась у 4 обследуемых больных.

Выводы. Проведенное исследование показало, что у детей с легкой умственной отсталостью неблагоприятное психосоциальное развитие и нарушение процесса социализации способствует возникновению поведенческих расстройств в виде частых споров со взрослыми, проявлениями задиристого поведения, преднамеренного разведения огня с риском или желанием причинить серьезный ущерб, дромомании.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И ЗРЕНИЯ

Карауш И.С., Куприянова И.Е.

Томск
НИИПЗ

Сенсорные нарушения у детей часто определяют широкий спектр последствий для психо-интеллектуального, социального и эмоционального развития ребенка; включая различные проявления аддикции, расстройства поведения, социализации (Fellinger J., Holzinger D. et all., 2009; Bakhla A.K., Sinha V.K. at all., 2011; Parker A.T., Ivy S.E., 2014). В последние два десятилетия происходит отчетливое нарастание психиатрической заболеваемости в детско-подростковом населении, причем этот рост связан, в первую очередь, с психической патологией амбулаторного, пограничного уровня, включающего, помимо задержек психического развития и легкой умственной отсталости, различные проявления аддикции, соматоформные расстройства, расстройства поведения, социализации (Северный А.А., Шевченко Ю.С., 2013). Однако у детей имеет место поздняя выявляемость психических заболеваний, которая обусловлена как объективными (сложность диагностики психического заболевания на ранних этапах), так и другими причинами (опасение населения психиатрической «стигмы», непонимание и незнание симптомов психических заболеваний) (Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А., 2013). Исследования аддиктивного поведения у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья не многочисленны. Например, в США учащиеся средних школ (9-12 классы) с ограниченными физическими возможностями достоверно чаще (в сравнении с «обычными» учащимися того же возраста) сообщали, что испытывают грусть и состояние безнадежности, курят, употребляют алкоголь и марихуану (Everett J.S, Lollar D.J., 2008). Исследование шведских ученых показало, что 15-16летние подростки, имеющие инвалидность в связи с нарушением слуха, имели большее количество психопатологических симптомов, школьных проблем и чаще употребляли психоактивные вещества, чем их сверстники с легкой или умеренной потерей слуха (Brunnberg E., Bostrqm M.L., 2008).

Целью настоящего исследования было выявление ранних признаков формирования аддикций у детей с нарушением слуха и зрения, учащихся специализированных коррекционных школ.

Материал и методы исследования. Обследовано 368 детей и подростков 7-18 лет, из них 186 – учащиеся специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната I-II вида и 182 учащиеся специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната III-IV вида. Основным методом являлся клинический; с целью выявления патохарактерологических нарушений использовались клинические шкалы (шкала явной тревожности для детей CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), шкала депрессии для детей Maria Covacs (Kovacs M., 1981), шкала алекситимии TAS-20, адаптированная для понимания детей с интеллектуальными нарушениями).

Результаты. В исследуемой группе 30,4% детей из сельской местности, достоверно чаще ($p<0,05$ $t=2,13$) – это дети с нарушением слуха (35, 5% в сравнении с 25,3%). Только 51% детей воспитывается в полных семьях, остальные – в семьях с нарушенной структурой. Это неполные семьи (29,6%), семьи с неродным родителем (10,6%), воспитание опекунами (5,4%) или приемной семьей (0,8%), дети – сироты (2,7%).

Отсутствие психических расстройств достоверно чаще ($p<0,001$ $t=3,90$) было характерно для детей с нарушением зрения – у 37% относительно 9% детей с нарушением слуха. Среди слабослышащих и глухих детей преимущественно выявлялись смешанные специфические расстройства развития (63,98%), умственная отсталость (21,51%) и органические расстройства (7,52%). Спецификой дефекта таких детей является высокая частота возникновения сопутствующих расстройств речевого развития – 91%, обусловленных основным заболеванием. У детей с нарушением зрения чаще отмечались смешанные специфические расстройства развития (20,33%), органические расстройства (19,23%) и поведенческие расстройства детского возраста (13,19%).

Среди обследуемой группы регулярно (ежедневно) курят 25,3% (93 чел), не выявлено достоверных различий как внутри групп по полу, так и в преобладании какой-либо категории детей (с нарушением слуха или зрения) в группе курящих. Количество выкуренных сигарет – от 1-2 до 10 в день. Среди исследуемой выборки 37 человек (10%) сообщи-

ли о регулярном (от 1-2 раз в неделю до 1 раза в две недели) приеме алкоголя. Как правило, это происходило в компании сверстников или старших ребят, часто сопровождалось драками, элементами криминальных действий. Также не выявлено достоверных различий как внутри групп по полу, так и в преобладании какой-либо категории детей (с нарушением слуха или зрения) в группе регулярно употребляющих алкоголь.

Для этой группы детей были характерны следующие особенности. Родители подростков, сообщающих о регулярном употреблении спиртных напитков, достоверно чаще также злоупотребляли алкоголем или наркотиками (достоверно выше частота алкоголизации отцов $p<0,05$ при $t=2,43$, матерей $p<0,001$ при $t=4,54$). В качестве психотравмирующих ситуаций для подростков, сообщающих о регулярном употреблении спиртных напитков, достоверно чаще выявлялись семейные конфликты ($p<0,01$, при $t=3,15$) и конфликты со сверстниками ($p<0,05$, при $t=2,16$), на уровне тенденции является большая частота разводов и смерти близких родственников. Сравнение по клиническому диагнозу не выявило достоверных различий встречаемости основных психических расстройств; только диагноз «умственная отсталость легкой степени» достоверно чаще встречался у лиц, регулярно употребляющих алкоголь. Сравнения уровней тревоги и депрессии по клиническим шкалам не дали достоверных различий, преобладал средний уровень тревоги и средний уровень депрессии.

Исследовались также количественные (временные) и качественные характеристики, касающиеся времени, проведенном за компьютером, игровой приставкой, в Интернете. Чрезмерность использования компьютера определялась по следующим критериям: время, проведенное за компьютером более 3 часов в день, ограничение контактов в связи с этим, особенности качества контактов – темы разговоров, сводящиеся к игровой, интернетной сфере, снижение успеваемости, наличие негативных поведенческих реакций при прекращении (вынужденном или насильственном) действия. Почти 50% детей проводят перед экраном 3-5 часов в день, более 5 час – 32%, что среди этой группы достоверно больше ($p<0,05$ $t=2,27$) детей, имеющих нарушения зрения. Основным мотивом «погружения» детей младшего школьного возраста являются игры, в среднем и старшем возрасте возрастает доля общения в социальных сетях.

Формированию клинических признаков интернет-зависимого поведения способствовали: возможность бесконтрольного использования Интернета (в семьях с типом воспитания гипоопека, когда родителям «удобно», что ребенок их не беспокоит, либо в ситуации «гиперопеки», когда потакающий родитель не может установить временные границы выхода в Интернет); отсутствие теплых эмоциональных отношений в семье и культуры проведения досуга, хобби и т.д;.негативное влияние сверстников.

Выводы.

1. Аддиктивное поведение для детей с сенсорными нарушениями является одним из способов компенсации дефекта, вариантом расширения коммуникационных возможностей – круга общения за счет контактов в социальных сетях, «уход от реальности» с помощью компьютерных игр, увеличение числа «друзей» при совместном распитии спиртных напитков. Модель поведения, включающая аддиктивную составляющую, быстро закрепляется.

2. Для детей и подростков с аддиктивным поведением характерны неблагоприятные социальные тенденции – семейное неблагополучие и/или семейная модель злоупотребления психоактивными веществами, нарушения поведения, конфликты со сверстниками, риск или клинически выраженная алекситимия.

3. Данная проблема, выявляемая врачами, должна решаться при непременном участии родителей и педагогов.

ШИЗОИДНОЕ И ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ, РАНЕЕ НЕ ОБРАЩАВШИХСЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Катерная Ю.Е.

Нижний Новгород
Нижегородская ГМА

Цель исследования. Целью проведенного исследования было изучение психического здоровья подростков, никогда ранее не обращавшихся за психиатрической помощью.

Материал и методы. Участниками исследования являлись школьники в возрасте от 13 до 17 лет, обучающиеся в 7-11 классах общеобразовательных школ города Нижнего Новгорода. Выборка составила 318 человек, из которых 52,5% (n=167) обучались в обычной общеобразовательной школе (в дальнейшем – Школа №1), а 47,5% (n=151) в общеобразовательной школе с углубленным изучением отдельных предметов физико-математического профиля (далее – Школа №2). Соотношение лиц мужского и женского пола среди участников исследования в обеих школах значительно не отличалось: в Школе №1 – 43,8% мальчики, 56,2% девочки, в Школе №2 – 53,8% и 46,2% соответственно. Возрастной состав респондентов также был примерно одинаков.

Участниками исследования самостоятельно заполнялась анонимная анкета, состоявшая из двух компонентов: первый – базовая часть, содержащая общие данные о респонденте, в том числе – сведения о предпочтительном круге общения и взаимоотношениях в родительской семье; второй – шкала психопатологических симптомов.

Результаты и их обсуждение. При проведении исследования признаки развернутого шизоидного расстройства личности были выявлены у 13,2% учащихся (n=20) Школы №2 (с углубленным изучением предметов физико-математического профиля), отдельные симптомы данного расстройства – у 7,3% (n=11). В Школе №1 результаты составили 2,4% и 4,8% соответственно.

Развернутое параноидное расстройство личности было обнаружено у 12,6% респондентов в Школе №2 (n=19), в Школе №1 – 4,2% (n=7). Отдельные симптомы расстройства выявлялись у 7,9% (n=9) и 4,2% (n=7) учащихся соответственно. Подавляющее число подростков с обеими формами расстройства личности были старше 15 лет (76% и 84%).

При проведении дальнейшего анализа было выявлено, что учащиеся Школы №2, имеющие признаки развернутого шизоидного расстройства личности в 23% случаев указывали на симптомы параноидного расстройства личности.

При изучении социальных факторов риска обнаружено, что респонденты с симптомами шизоидного расстройства личности чаще указывали на формальные взаимоотношения в семье ($p<0,05$), конфликтные отношения с отдельными/всеми членами семьи, кроме того, более 70% учащихся данной группы отметили в качестве основного круга общения социальные сети и форумы, а также подростков более старшего возраста. 15,3% респондентов указали на формальные взаимоотношения со сверстниками, 5,2% – на отсутствие общения с подростками своего возраста. Подавляющее большинство учащихся с симптомами шизоидного расстройства личности (79%) указали в качестве планов на будущее поступление в высшее учебное заведение. В данной подгруппе было выявлено увеличение (по сравнению с общей выборкой) частоты развития депрессивных и тревожных расстройств, а также панических атак и агорафобии.

Среди участников исследования, у которых было диагностировано параноидное расстройство личности, чаще наблюдались формальные или конфликтные отношения в семье, подчиненное положение и создание атмосферы конкуренции

между детьми в родительской семье. Значительная часть респондентов данной подгруппы отметила формальные или конфликтные отношения со сверстниками, в качестве основного круга общения указывая социальные сети, подростков более старшего возраста или взрослых. Отмечается увеличение частоты развития тревожных расстройств среди подростков с симптомами параноидного расстройства личности, а также симптомов обсессивно-компульсивных, эксплозивных и деперсонализационных расстройств, фобий, особенно – социофобии.

В сравнении с общей выборкой не выявлено существенных отличий в отношении к приему алкоголя и наркотиков, а также к самоубийству среди подростков с параноидным или шизоидным расстройством личности.

Выводы. Таким образом, в ходе данного исследования было обнаружено, что частота развития параноидного и шизоидного расстройства личности значительно выше в школе с углубленным изучением отдельных предметов физико-математического профиля, чем в обычной общеобразовательной школе.

Также выявлено, что шизоидному и параноидному расстройству личности в подростковом возрасте сопутствуют конфликтные или формальные отношения в семье, атмосфера конкуренции среди детей. Таким подросткам свойственны трудности во взаимоотношениях со сверстниками и предпочтение онлайн-общения в социальных сетях и форумах, а также общества взрослых и подростков старшего возраста. Выявлена коморбидность данных состояний тревожным и фобическим расстройствам, а также увеличение частоты развития эксплозивных, обсессивно-компульсивных, и деперсонализационных нарушений при параноидном расстройстве личности.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Киреева Д.С., Дереча Г.И., Габбасова Э.Р., Шевченко О.С.

Оренбург
Оренбургский ГМУ

Проблема профилактики нарушений психического здоровья детей и подростков приобретает все большую актуальность в настоящее время. По данным ряда исследований около 20% детей, поступающих в школу, имеют психические нарушения пограничного характера, а к концу 1 класса их число увеличивается до 60-70% (Безруких М.М., 2009).

Высокую распространенность проблем психического здоровья среди школьников подтверждают результаты исследования, проведенного в одной из школ г. Оренбурга, с целью мониторинга состояния психического здоровья учеников и выявления детей «группы риска».

Исследование было организованно сотрудниками кафедры психиатрии и наркологии Оренбургского государственного медицинского университета (ОрГМУ) при содействии психологов и педагогов школы и волонтеров из числа студентов. Оно охватило 820 учеников с 1 по 11 класс.

Для диагностики были использованы следующие методы: проективная методика исследования личности «Дом – Дерево – Человек» (1 – 4 классы); тест Леонгарда-Шмишека (5 – 11 классы); опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН) (5 – 11 классы); тест школьной тревожности Филлипса (5 – 7 классы); шкала тревоги Спилбергера-Ханина (8 – 11 классы).

Анализ полученных данных показал следующее:

1) Среди учащихся младших классов преобладают нарушения по симптомокомплексу «Незащищенность» (42%), «Тревожность» (32%) и «Враждебность» (21%).

2) Среди учеников средних и старших классов количество детей с акцентуациями характера составляет 75,1%, чаще других встречались акцентуации по гипертимному (40,6%) и экзальтированному (31,4) типу.

3) Низкие показатели по опроснику САН отмечены у 27,4% учеников средних и старших классов.

4) Повышенная общая тревожность по тесту Филлипса выявлена у 27,5% учащихся средних классов, высокий уровень личностной тревожности по тесту Спилбергера-Ханина обнаружен у 42,7% старшеклассников.

5) Выявлено также, что снижение показателей «самочувствия», «активности» и «настроения», тревожность и акцентуации характера среди учеников старших классов встречаются достоверно чаще, чем в средних классах. Иными словами, в процессе обучения частота отклонений в состоянии психического здоровья у детей растет.

Выявленные особенности психического состояния затрудняют социальную адаптацию школьников, являются факторами риска психосоматических заболеваний, деструктивного и аутодеструктивного поведения, включая приобщение к психоактивным веществам (ПАВ), противоправные и суицидальные действия (Дереча В.А., 2009). Потому остро встает вопрос о необходимости совершенствования системы профилактики и коррекции нарушений психического здоровья детей на донозологическом уровне.

Ниже представлен краткий обзор опыта в области решения проблем психического здоровья детей и подростков, накопленного сотрудниками Оренбургского государственного медицинского университета и практическими наркологами Областного клинического наркологического диспансера г. Оренбурга.

Разработка практических рекомендаций по сохранению и укреплению психического здоровья детей является одним из приоритетных направлений работы кафедры психиатрии и наркологии ОрГМУ. Особое внимание при этом уделяется проблемам наркопрофилактики.

В целях борьбы с распространением алкогольной и наркотической зависимости в 2000 г. заведующим кафедрой В.А. Деречей при участии главного нарколога Приволжского округа, главного врача Областного клинического наркологического диспансера г. Оренбурга В.В. Карпеца и доцентов кафедры Г.И. Дереча и В.В. Постнова была разработана концепция первичной системно-позитивной наркопрофилактики. Ее идеология предусматривает дополнение ограничительно-запретительных наркопрофилактических мер целенаправленными позитивными социальными, образовательными, психологическими, медицинскими, информационными, спортивными и иными мерами, формирующими личностный антинаркотический иммунитет.

В основу концепции первичной системно-позитивной наркопрофилактики легли принципы:

1) приоритета осознанного личного выбора трезвенной жизни над ограничительно-запретительными мерам и запугиванием последствиями употребления ПАВ;

2) учета биопсихосоциальной сущности человека и понимания зависимости как результата социального научения на основе автоматически функционирующих инстинктов человека (подражания, ориентировочно-исследовательского, группового, самоутверждения);

3) системности в позитивном воспитании, научении и саморазвитии;

4) системности в межведомственном наркопрофилактическом взаимодействии.

Реализация концепции предполагает решение следующих задач:

1. Внедрение в систему воспитания детей, подростков и учащейся молодежи принципов формирования позитивных личностных интересов, запросов, потребностей, ценностей.

2. Обучение детей, подростков и учащуюся молодежь здоровым способам получения удовольствия от жизни, исключающим совершение поступков, связанных с риском, в том числе употребление ПАВ.

3. Помощь детям, подросткам и учащейся молодежи в овладении навыками и привычками здорового образа жизни: культурой питания; культурой заботы о состоянии собственного тела; культурой межличностных отношений; культурой преодоления трудных жизненных ситуаций; культурой организации досуга и пр.;

4. Помощь детям, подросткам и учащейся молодежи в осознании ценности собственного здоровья;

5. Организация индивидуальной, групповой и самостоятельной психологической работы по созданию личностного иммунитета против любых форм аддикций.

Предложенная концепция позволила организовать во многих учебных заведениях г. Оренбурга и Оренбургской области постоянную работу, направленную на воспитание у детей, подростков, учащейся и трудовой молодежи позитивных свойств личности с неприятием табака, алкоголя, наркотиков. По итогам работы профилактических программ, начиная с 2003 г., отмечено снижение заболеваемости героиновой наркоманией, наиболее заметное в тех школах, где профилактическую работу осуществляли непосредственно сотрудники кафедры и специалисты Областного клинического наркологического диспансера.

В 2011 г. концепция первичной системно-позитивной наркопрофилактики стала лауреатом выставки VII Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России» (г. Москва).

Кафедра психиатрии и наркологии входит в состав социально-психологической службы ОрГМУ. В рамках работы службы сотрудники кафедры осуществляют следующие виды деятельности:

1. Психологическое тестирование студентов первых и выпускных курсов всех факультетов с целью оценки адаптационного потенциала личности и бессознательного отношения к ПАВ.

2. Оказание психологической и психотерапевтической помощи студентам и сотрудникам ОрГМУ, в том числе по вопросам зависимого поведения.

3. Проведение занятий со студентами 1 курса всех факультетов на базе курса «Человек и культура» по темам наркопрофилактики и психопрофилактики.

4. Подготовка и издание специальной литературы по вопросам сохранения психического здоровья и профилактики зависимого поведения.

5. Участие сотрудников кафедры в работе всероссийских и международных конференций по вопросам здорового образа жизни и охране психического здоровья детей.

6. Участие в ежегодной олимпиаде студенческих научных работ Управления федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (УФСКН).

7. Участие в работе Межведомственного экспертного совета по наркопрофилактике.

8. Участие в работе Межведомственных комиссий Общественного совета УФСКН.

9. Организация совместных мероприятий по наркопрофилактике в рамках совместной деятельности по договорам с Управлением молодежной политики администрации города, УФСКН.

Ежегодно сотрудниками кафедры проводится обучение на последипломном уровне по вопросам профилактики нарушений психического здоровья и зависимого поведения у взрослых и детей. Осуществляются выступления в средствах массовой информации и проводятся обучающие семинары по проблемам наркопрофилактики с различными специалистами – врачами общего профиля, педагогами, психологами, специалистами по социальной работе, работниками МВД и ФСКН, журналистами.

ДЕТСКИЙ АУТИЗМ – ВАРИАНТ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА

Киреева И.П., Осокина Г.Г., Валюс Е.К.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

В последние десятилетия произошло то, что А.В.Снежневский и его сотрудники в своей повседневной работе называли «экспансией» психиатров во внебольничную сеть. Показатели распространенности нарушений психического здоровья оказались очень высоки, а число больных в населении «многократно» превысило «число пациентов психиатрических служб» (Чуркин А.А, 2009). Установление факта широкой распространенности психических расстройств в популяции послужило толчком к развитию новых взглядов на психиатрическую систематику. Рубеж XX-XXI века ознаменовался признанием в психиатрии концепций диатезов: «шизофренический диатез« (А.В. Снежневский, 1972), «шизотипический диатез« (Н.В. Римашевская, 1989, Г.В. Козловская, 1995,), «психопатологический диатез« (С.Ю. Циркин, 1993; 1995; 1998; 2012), «психоветеративный диатез« (А.А. Северный, 1998), «стресс-диатез« (J.John Mann, 1998).

Многолетнее консультирование детей в различных медицинских учреждениях как психиатрического, так и терапевтического и неврологического профилей, показало, что нарушение психического развития по типу детского аутизма (ДА) является одним из самых частых среди обращений к психиатру в дошкольном (3-6 лет) возрасте. Широкое распространение ДА в клинической практике {(4 – 56 на 10000 детской популяции) подтверждают и многие исследования (Башина В.М. 1999, 2008, Башина В.М., Симашкова Н.В., Красноперова М.Г., 2003)}. «Детский аутизм» (Kanner L., 1943; Asperger H., 1944) – в международной классификации болезней -МКБ-10 отнесен к классу расстройств развития (F84). В МКБ-10 под ДА понимается возникшее в возрасте до трех лет аномальное развитие в сферах «социального взаимодействия, общения и ограниченного повторяющегося поведения«, то есть триада признаков, включающая задержку речевого развития, бедность контактов и стереотипии. В отечественной версии МКБ-10 признается также детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга (F-84.01) (Чуркин А.А., Мартюшов А.Н., 1999).

Нозологическая оценка ДА в психиатрической литературе представлена континуумом от психических заболеваний шизофренического спектра до экзогенно-органических и эпилептических непароксизмальных расстройств (Башина В.М., 1989, 1999, Каган В.Е., 1981, Шелудько М. В., Вакула И.Н., 2010). В психолого-педагогической ДА рассматривается как нарушения психологического развития (Никольская О.С. Баенская Е.Р., Либлинг М.М. 2000), в педиатрической как самостоятельная наследственная патология. Выполненные с психиатрических позиций исследования ДА, чаще всего остаются неизвестными для педиатров, психологов и дефектологов, что неизбежно ведет к запоздалому выявлению, противоречивым и недостаточно эффективным подходам к обследованию, лечению и реабилитации.

Цель исследования – оценить структуру и динамику психических расстройств у детей с диагнозом детского аутизма.

Материал и методы: невыборочное клинически-психопатологическое исследование 100 детей 2-7 лет с диагнозом детский аутизм (по критериям МКБ-10) с последующим проспективным или этапным катамнестическим прослеживанием динамики на протяжении 5-15 лет.

Результаты и обсуждение: Во всех исследованных случаях психическое расстройство не исчерпывалось ДА, который оказывался лишь частью, симптомокомплексом, сложного полиморфного психопатологического синдрома с хроническим течением. Задержка речевого развития, носила диссоциированный характер с преобладанием нарушений экспрессивной речи (вплоть до полного ее отсутствия) над нарушениями импрессивной речи. В ряде случаев имела место интеллектуальная недостаточность сложной неравномерной структуры (по типу олигофреноподобного дефекта). Кроме того, у всех больных выявлялись кататонические и аффективные расстройства. Внешние проявления кататонии были разнообразны, эпизоды возбуждения встречались чаще субступорозных с пассивной подчиняемостью. Нарушения нервно-мышечной регуляции (например, восковая гибкость с хотя бы непродолжительным сохранением приданной позы, неравномерность мышечного тонуса), мягкие признаки кататонии (например, ходьба на носочках, бруксизм, неуклюжесть, гримасничанье) выявлялись во всех случаях. Аффективные расстройства у большинства пациентов носили смешанный характер (80%), с «типичным» суточным ритмом с появлением или усилением возбуждения к вечеру, сопровождались нарушениями сна, аппетита, ауто- и гетероагрессией, другими нарушениями поведения. Частыми были разнообразные страхи, в том числе психогенно обусловленные (страх животных, медицинских вмешательств и др.). Развитие на 1-ом году у большинства детей (90%) было неравномерным, но без грубой задержки развития. Появление отчетливых кататонических и аффективных расстройств в большинстве случаев пришлось на 2-ой год жизни (60%), их возникновению или обострению нередко предшествовали стрессовые ситуации (стационирование, переезд, разлука с матерью), а само появление кататоно-аффективных расстройств сопровождалось замедлением, остановкой в психическом развитии или утратой уже приобретенных навыков. Отсутствие случаев, ограничивающихся только симптоматикой ДА, то есть установленная закономерность сочетания симптомокомплекса ДА с другими психическими расстройствами, указывает на искусственность выделения его в качестве самостоятельной нозологической единицы. В этой ситуации использование нескольких диагностических рубрик МКБ-10 представляется необходимым для отражения специфичности клинических особенностей.

Опыт ведения больных показал, что раннее, до 5 лет, начало нейролептической терапии в индивидуально подобранных дозировках ведет не только к отчетливой редукции психических расстройств, прежде всего кататоно-аффективных, но и способствует существенному прогрессу в психическом развитии, нередко с возможностью преодоления интеллектуальной задержки. При формировании детского аутизма у детей с неврологической патологией (эпилепсия, туберозный склероз, церебральный паралич, мышечные дистрофии) или с разнообразной генетической патологией (например, синдромы Джуберта, Смита-Маженисса, Нунана, Элерса-Данлоса, Опица-Каведжиа, ломкой Х-хромосомы, малой частичной трисомией I хромосомы и др.) структура психопатологических расстройств носила тот же характер, однако, глубина интеллектуальной недостаточности зависела от сопутствующих диагнозов. Анализ клинических случаев ДА показал, что их трехкомпонентная структура (диссоциированное психическое развитие с личностными аномалиями, облигатные эндогенные (аутохтонные, т.е. спонтанные, фазные) и психогенные (реактивные) психические расстройства позволяет рассматривать ДА как «психопатологический диатез», диагноз которого может дополняться оценками по другим классификационным осям (наличие олигофрении, органического поражения мозга) (Циркин С.Ю.,2012). Использование концепции психопатологического диатеза позволяет разработывать единый терапевтический подход ко всем случаям детского аутизма: комплексная психотропная терапия, сочетающаяся с педагогической коррекцией, направленной на социальную и учебную адаптацию больных.

Выводы.

I. ДА с облигатной сопутствующей симптоматикой должен рассматриваться в качестве одного из вариантов психопатологического диатеза.

II. Ведение пациентов с ДА должно учитывать весь комплекс психопатологических расстройств, в частности полярность аффективной симптоматики (мания, депрессия, смешанное), наличие-отсутствие страхов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЛЬТИСЕНСОРНОЙ СРЕДЫ В ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С РАС

Кнышева Е.Р., Семенихина Н.В.

Москва

НПЦПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

В последние годы прослеживается увеличение количества детей с различными расстройствами аутистического спектра (РАС): если до 1990-х годов частота РАС составляла 1 на 2000, то в 2007 году – 1 на 150, 2012 – 1 на 88, 2014 – 1 из 68 (Stephen Michael Edelson, Autism Pesearch Institute, США). Взгляды на причины возникновения данных нарушений развития достаточно разнообразны и рассматриваются в диапазоне от генетической патологии до последствий расстройства обменных процессов. Отмечено, что для детей с РАС характерны особенности восприятия и переработки сенсорной информации, их избирательность, проявляющаяся в гипо- и гиперсензитивности.

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности мультисенсорной среды как одной из современных форм психокоррекционных мероприятий.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»

В период с 2012 по 2015 годы. Материалом послужил анализ результатов коррекционной работы, проведенной с пациентами с привлечением терапевтического ресурса Сенсорной комнаты, оборудованной в Центре. В исследование были включены пациенты в возрасте 3-7 лет.

Длительность психокоррекционной работы определялась тяжестью и глубиной имеющихся у пациента нарушений.

Сенсорная комната НПЦ ПЗДП оснащена оборудованием «Снузлен», которое создавалось с учетом того, что мозг человека активируется стимуляцией базовых органов чувств (зрения, слуха, обоняния, осязания, вкуса), вестибулярных и проприоцептивных рецепторов – все эти органы чувств зависят друг от друга и интегрированы друг в друга. Набор мультисенсорных стимулов, направленных на зрительные, слуховые, тактильные, вестибулярные ощущения, их различных комбинации, позволяют активно использовать сенсорные комнаты в работе с детьми различной патологии.

Таким образом, проблемы с функционированием одной системы оказывает влияние на функционирование всех остальных.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что из всех модулей, представленных в сенсорной комнате, нами активно используется воздействие на зрительные, слуховые, осязательные, вестибулярные и проприоцептивные рецепторы. Помимо традиционного оборудования широко применяются приемы, направленные на тактильные ощущения (вата, контейнеры с различными наполнителями: гречка, фасоль, кинестетический песок). Выбор способов воздействия обусловлен необходимостью интеграции сенсорных систем. Выделение ребенком даже отдельных сенсорных свойств предметов может являться

основой для проведения различного рода игр, которые позволяют увеличить и разнообразить возможности установления контакта.

Основным направлением при работе с детьми с РАС является коррекция нарушений эмоционально-волевой сферы, а именно:

- преодоление негативизма при общении и установлении контакта с ребенком;
- формирование интереса к исследовательской деятельности и развитие познавательных навыков;
- смягчение характерного для детей с РАС сенсорного и эмоционального дискомфорта;
- повышение активности ребенка в процессе общения с взрослыми и детьми;
- преодоление трудностей в организации целенаправленного поведения.

Занятия проводятся как индивидуально, так и в малых группах. В рамках оптимизации детско-родительских отношений к занятиям активно привлекаются родители, которые получают новый опыт взаимодействия с ребенком, налаживают с ним коммуникацию.

Проведенное исследование доказало, что психокоррекционную работу целесообразно разделить на 3 этапа. На первом этапе основная задача состоит в установлении контакта с ребенком (этот этап длителен по времени и является определяющим для дальнейшей психокоррекционной работы). На втором этапе задача состоит в усилении психологической и познавательной активности ребенка; третий этап направлен на развитие целенаправленного поведение ребенка.

Характерные для детей с РАС особенности (гипер- и гипочувствительность, избирательность восприятия, стереотипии) требуют особого, тщательного выбора стимулов. Содержание работы определяется после диагностического занятия, целью которого является определение ведущей сенсорной системы ребенка, определение степени чувствительности к интенсивности воздействующих стимулов. В зависимости от результатов проводится выбор сенсорных раздражителей, осуществляется подбор степени их интенсивности. Особо следует подчеркнуть необходимость соблюдения четкой последовательности выполнения заданий как средства поддержания стабильности, снижения тревоги, упорядочивания поведения ребенка. Занятие всегда начинается с ритуала приветствия, далее используется индивидуально подобранный комплекс заданий с постепенным усложнением их содержания и заканчивается релаксационными упражнениями и ритуалом прощания. Также следует отметить необходимость особого внимания со стороны специалиста к действиям ребенка по освоению пространства сенсорной комнаты, поскольку насыщенная различными стимулами и эффектами мультисенсорная среда может усиливать стереотипные формы его поведения, что требует от специалиста чувствительности к малейшим изменениям в его состоянии. Понимание причин изменений в поведении детей позволяет увидеть тенденции «ухода», отгороженности, а также позволяет использовать свойственные им стереотипные формы поведения и аутостимуляции в качестве опосредованного взаимодействия с ними, что крайне важно на начальных этапах психокоррекционной работы.

Выводы. Использование сенсорной комнаты в комплексе медико-психолого-педагогических мероприятий расширяет спектр воздействий на ребенка, позволяет добиться положительной динамики у детей с РАС, которая проявляется в определенном уменьшении эмоционально-двигательного возбуждения, улучшении на уровне социального взаимодействия, увеличении разнообразия поисково-ориентировочной активности, оптимизации общего эмоционального фона. Непосредственное включение в психокоррекционную работу родственников позволяет наиболее полноценно и эффективно решать вопросы социальной адаптации детей с РАС.

ОСОБЕННОСТИ ГРАФИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РИСУНОЧНЫХ ПРОБАХ У ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Коваль-Зайцев А.А.

Москва
НЦПЗ

Проблема оценки графической деятельности подростков с эндогенной психической патологией всегда привлекала внимание специалистов разного профиля (педиатров, неврологов, психиатров, психологов). Акцент на своеобразии графической деятельности, диссоциации моторики и интеллекта у подростков с эндогенными психическими заболеваниями делали и психиатры, и психологи (Г.Е.Сухарева, Т.П.Симсон, М.Ш.Вроно, В.В.Ковалев, В.М.Башина, И.А.Козлова, В.В.Лебединский, Т.К.Мелешко и др.). При этом предыдущие патопсихологические исследования графической деятельности больных фокусировались в основном на проективном анализе рисунков (А.Л. Венгер, 2005; К. Маховер 2000; С.А. Болдырева, 1974); анализу графической составляющей посвящены всего несколько исследований (А.А. Коваль-Зайцев, Н.В. Зверева, 2009, 2010).

Качественный анализ и количественная оценка графической деятельности подростков, с эндогенной психической патологией, протекающей с аутистическими расстройствами, могут служить опорой для разработки своевременных диагностических методов, оценки эффективности лечения, прогноза, наблюдения динамики течения болезни, организации подходящей психологической коррекции и обучения. Исследования графической деятельности могут внести существенный вклад в получение более полного представления о болезни в целом, и в частности помочь в квалификации особенностей нарушений развития у детей и подростков, больных эндогенными психическими заболеваниями.

Цель исследования: оценка различий в графической деятельности подростков, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами в зависимости от возраста начала заболевания, диагноза и ведущего синдрома у больного.

В исследовании принимали участие 89 подростков 11-14 лет, страдающих эндогенной психической патологией, протекающей с аутистическими расстройствами, проходящих стационарное лечение в клинике ФГБНУ «НЦПЗ». Аутистические расстройства выявлялись у всех обследованных больных и проявлялись нарушениями социального взаимодействия, коммуникации и стереотипным поведением. Всем больным были выставлены диагнозы: шизотипическое расстройство неврозоподобный и психопатоподобный синдромы (F21.3, F21.4), шизотипическое расстройство личности (F21.8), шизофрения детский тип (F20.8). На основании ретроспективного анализа историй болезни был установлен возраст начала заболевания, который варьировался от 18 месяцев до 14 лет.

В исследовании использовались методики «Рисунок человека», «Рисунок семьи» (А.Л. Венгер, 2005); «Пиктограмма» (В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков, 2002) и «Срисовывание человека» (А.В. Семенович, 2008).

При интерпретации методик анализировались следующие параметры: положение рисунка на листе относительно вертикальной оси (сдвиг вправо, сдвиг влево и центральное положение). Качество линии – нажим (слабый, нормальный, сильный). Размер рисунка (маленький, средний, большой). Искажение форм фигуры (такие как квадратная голова, голова в форме «огурца», тело в форме шара). Особенности в изображении верхних конечностей (отсутствие рук, кистей, пальцев, руки-лопаты, руки-грабли и т.п.). Способ изображения – схема-

тичный, пластичный или смешанный. Искажение пропорций фигур – непропорциональная фигура, туловище, голова, руки, ноги (например – большая голова и очень маленькое туловище, короткое туловище и очень длинные конечности). При анализе методики «срисовывание человека» анализировались качество линии (нажим), искажение пропорций, схемы тела и особенности изображения верхних конечностей. Для объективизации анализа рисунков был использован метод экспертных оценок. Независимые эксперты оценивали рисунки по параметрам, описанным выше, не зная, к какой группе принадлежит испытуемый. Математическая обработка данных проводилась с помощью точного критерия Фишера и критерия Манна-Уитни с использованием программы статистической обработки данных SPSS 17.

Результаты исследования: анализ рисунков испытуемых по выделенным параметрам проводился в зависимости от возраста начала заболевания, диагноза и ведущего синдрома. Оказалось, что подросткам с более ранней манифестацией заболевания характерно большее количество искажений формы фигуры и схемы тела образца для копирования, чем подросткам заболевшим позже (при $p<0,05$). Более сильный нажим характерен для больных с меньшим возрастом начала заболевания (при $p<0,01$). У подростков с более ранним началом болезни наблюдается тенденция к нестабильности размера, более частому искажению пропорций фигур и нарушению в изображении верхних конечностей. Таким образом, можно говорить о влиянии возраста начала заболевания на выраженность особенностей графической деятельности – чем раньше началось заболевание, тем более явные отклонения наблюдаются в графической деятельности. Полученные данные согласуются с имеющимися теориями о влиянии возраста начала заболевания на тяжесть шизофренического дефекта (В.В. Ковалев, 1985; М.Ш. Вроно, 1971; И.А. Козлова, 1987; J.R. Asarnow et al., 1999; H. E. Remschmidt et al., 1994).

При сравнении рисунков больных в зависимости от выставленного диагноза оказалось, что сильный нажим более характерен для подростков с диагнозами F20.8 и F21.3, F21.4 тогда как подросткам с диагнозом F21.8 сильный нажим не характерен (при $p=0,05$). У подростков с диагнозами F20.8 и F21.3 уровень графической деятельности по способу изображения ниже, чем у подростков с диагнозом F21.4. Подросткам с диагнозом F21.8 искажения пропорций и форм фигуры характерны в значительно меньшей мере, чем подросткам с диагнозами F20.8 и F21.3, F21.4. У подростков с диагнозом F20.8 нарушения в изображении верхних конечностей наблюдаются в подавляющем большинстве случаев (при $p<0,01$). Для подростков с другими диагнозами нарушения в изображении верхних конечностей также характерны, но в меньшей степени. Можно отметить различную степень влияния диагноза на графическую деятельность (от значительного влияния к более слабому): F20.8– F21.4 – F21.3 и F21.8. Таким образом, можно говорить о том, что наиболее выраженные особенности в графической деятельности наблюдаются у подростков с диагнозом F20.8. Полученные данные согласуются с основными теориями о том, что болезненный процесс при шизотипическом расстройстве в целом менее прогредиентный и имеет более благоприятный прогноз (Г.Е. Сухарева, 1998; М.Ш. Вроно, 1986; И.А. Козлова, 1987). В связи с этим, возможно использование рисуночных методик в качестве вспомогательного метода для определения возраста начала заболевания, который зачастую устанавливается посредством ретроспективного анализа анамнеза больного, часто со слов родителей.

Сравнение уровня нажима у больных с различными ведущими синдромами показало, что больным с неврозоподобным синдромом более характерен сильный нажим, нежели больным с другими ведущими синдромами в рамках шизофрении. У больных с психопатоподобным ведущим синдромом сильный нажим незначительно преобладает над нормальным. У больных с аффективным ведущим синдромом нормальный нажим преобладает над сильным и в ряде случаев наблюдается слабый нажим. Таким образом, можно говорить о достаточно высоком уровне тревожности больных с неврозоподобным синдромом в рамках шизофрении, который имеет значительное влияние на качество линий в рисунках.

Выводы.

1. Анализ рисунков больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами, показал, что подросткам с более ранним началом заболевания присуще большее количество искажений, более сильный нажим и, возможно, нестабильность размера, большее количество искажений пропорций и изображения верхних конечностей.

2. Выявлена связь диагноза со степенью выраженности особенностей графической деятельности.

3. Анализ уровня нажима у больных с различными ведущими синдромами показал, что подросткам с неврозоподобным синдромом сильный нажим значительно более характерен, чем подросткам с другими ведущими синдромами.

ПСИХОПАТОПОДОБНОЕ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Колягин В.В., Чернигова Е.П.

Иркутск
Иркутская ГМАПО,
ОГКУЗ Иркутская областная КПБ №1

Исследование проводилось на базе Иркутской ОКПБ №1, в детском психиатрическом отделении № 10.

Цель исследования: изучение особенностей суицидального поведения и эмоциональных нарушений у больных подросткового возраста с впервые выявленным биполярным аффективным расстройством.

Материалы и методы. За 2010-2014 годы было обследовано и пролечено 38 пациентов с впервые установленным диагнозом «Биполярное аффективное расстройство» (1,35% от 2815 пациентов курированных в отделении за данный период времени). Возрастной диапазон пациентов 13-16 лет. Городских жителей было 36 человек (94,7%), два подростка – жители сельской местности. Большинство были девочки – 26 (68,4%), мальчиков – 12 человек (31,6%). Пациентов с повторной госпитализацией было 10 человек (26,3%). Подавляющее большинство направительных диагнозов для госпитализации (89,5%) квалифицировалось как: «Расстройство личности», «Расстройство адаптации» (F 60.22, F 43.2) и «Несоциализированное расстройство поведения» (F 91.1).

Результаты. Пациенты подросткового возраста госпитализировались с проблемами поведения и\или суицидальными попытками. То, что основной причиной этих проявлений являлось биполярное аффективное расстройство, было выявлено впервые, в период данной госпитализации пациентов.

Во всех семьях обследованных подростков, среди родителей и ближайших родственников, имели место суицидальные попытки, алкоголизация, употребление психоактивных веществ, асоциальный образ жизни, наличие психических расстройств.

Пока не возникали выраженные проблемы поведения или пока ребенок не совершал суицидальную попытку, родственники, как правило, не замечали происходящих изменений у их ребенка.

Основной причиной госпитализации в 17 случаях (44,7%) являлись суицидальные попытки, либо парасуици-

дальное поведение. У 21 подростка (55,3%) основной причиной обращения за помощью было расстройство поведения, чаще в виде нарушений контактов со сверстниками и родными. Общей особенностью симптоматики у пациентов была повышенная возбудимость, раздражительность, конфликтность, агрессия, с характерным резким снижением успеваемости в школе, прогулами и проблемами экзаменов. В некоторых случаях отмечались уходы из дома, бродяжничество, демонстративное поведение. У двух пациентов (5,3%) имело место расстройство пищевого поведения (анорексия).

При консультациях пациентов определено наличие перепадов настроения, которые они отмечали в течение от полугода до двух лет. В 89,5% случаев (34 больных) возникновение расстройств настроения совпадало с началом пубертатного периода – возраст 13-14 лет. Значительно реже, в 10,5% случаях (4 пациента) расстройства настроения начинались в препубертатном периоде (10-12 лет).

У 17 подростков (44,7% от общего числа) имели место суицидальные попытки или суицидальное поведение.

Из них у 12 пациентов попытки суицида были расценены как приводящие к реальной угрозе жизни. В 9 случаях из 12 (75%) пациенты предпринимали попытки самоубийства посредством отравления таблетками (6 подростков после попытки суицида находились в реанимации). Другие три варианта суицидальных попыток: прием уксусной эссенции; прыжок с высоты; вскрытие вен на руках совершили по одной пациентке. У 5 человек из 12 (41,7%) данная госпитализация была второй, после очередной суицидальной попытки, через 3- 12 месяцев после предыдущей выписки из психиатрического стационара.

В 5 других случаях из 17 (29,4%) суицидальное поведение выражалось в виде мыслей о смысле жизни, демонстративных угрозах покончить жизнь, нанесения поверхностных порезов на теле и конечностях.

При анализе особенностей и условий воспитания всей группы из 38 изученных пациентов, в подавляющем большинстве (81,6%) выявлено, что: не имеют обоих родителей 18,4% детей (7 человек); в 39,5% случаев дети воспитываются в семье с одной матерью (15 человек); в семье с отчимом и матерью проживали 23,6% детей (9 человек). В семьях с отчимом отношения были очень напряженные, отмечались постоянные конфликты и претензии друг к другу.

Полная семья была только у 7 подростков (18,4%), при этом родители злоупотребляли алкоголем, и\или были психически больными, а дети предоставлены себе (гипоопека и даже безнадзорность).

На фоне проводимого лечения депакином хроносфера в дозе 250-500 мг., вечером после еды, на 5-7-10 день приема препарата отмечалась положительная динамика – выравнивалось настроение, эмоциональный фон значительно улучшался, исчезали мысли о нежелании жить, редуцировалась агрессия, появлялись адекватные планы на будущее.

Все пациенты выписаны из отделения с рекомендацией дальнейшего длительного приема депакина хроносферы в подобранной дозе.

Выводы. Возникновение у подростков психопатоподобной или усиление психопатической симптоматики, в том числе с парасуицидальными, либо суицидальными действиями, позволяющей предварительную диагностику «Расстройства личности» (F 60.22), «Расстройства адаптации» (F 43.2) или «Несоциализированного расстройства поведения» (F 91.1), требует акцентированного внимания для выявления депрессивного расстройства и предшествующих гипоманий, являющихся основным критерием диагностики «Биполярного аффективного расстройства». Адекватная диагностика «скрытого БАР», с последующим продолженным применением нормотимика – антиэпилептика депакина хроносферы, психообразованием подростка и его близких, для соответствующей комплаентности, позволит стабилизировать состояние, редуцировать дисфункциональное расстройство головного мозга, предотвратить суицид, возможное развитие коморбидной патологии, в том числе зависимости от психоактивных веществ (алкоголь, никотин, наркотики) и психосоматических заболеваний.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Комлач И.Л.

Москва
Институт физической реабилитации

Для лечения у детей с СДВГ за рубежом широко используют психостимуляторы, которые в нашей стране запрещены. Психостимуляторы – основной класс препаратов, применяемых при СДВГ. Психостимуляторы ослабляют избыточную активность в ситуации организованной деятельности, например, на занятиях в школе. Вместе с тем психостимуляторы обладают побочными эффектами такими, как инсомния, анорексия, снижение массы тела, провоцируют тики, синдром Туретта. К другим нежелательным эффектам психостимуляторов относится дисфория, раздражительность, плаксивость. Но основное беспокойство вызывает опасность возникновения зависимости от психостимуляторов.

Нами был разработан и использован новый метод, основанный на применении сложных составов, содержащих прямые и непрямые агонисты основных медиаторных систем ЦНС, для коррекции когнитивных и поведенческих нарушений у детей с СДВГ. Для этой терапии используются составы, действующие на глутаматергическую, ГАМК-эргическую и систему оксида азота (NO). Данные соединения выполняют не только медиаторную роль, но и являются важнейшими компонентами промежуточного метаболизма. Рецепторы глутаматергической системы обнаружены во всех структурах головного мозга, наиболее высокая их плотность найдена в коре больших полушарий и гиппокампе (около 80%). Исследования показывают, что глутаматергическая система влияет на нейрональную пластичность и механизмы памяти, на процессы интегративной деятельности мозга. Помимо этого отмечено воздействие этих веществ на усиление «энергетических» возможностей нейронов мозга (увеличивают активность АТФ-зависимых ферментов в митохондриях, в частности Na+/K+ – АТфаз, которые поддерживают мембранный потенциал клетки) и, вследствие этого, способствуют улучшению внимания, памяти и других когнитивных функций (скорость запоминания и переработки информации).

С другой стороны, указанные составы содержат аминокислоты, которые помимо глюкозы участвуют в дополнительном «энергетическом» обеспечении работы нейронов головного мозга (глутаминовая кислота, ГАМК, аланин и другие).

Были обследованы 123 ребенка в возрасте от 5 до 12 лет (104 мальчика и 19 девочек), родители которых обратились за помощью с жалобами на плохую успеваемость и поведенческие нарушения (неусидчивость, отвлекаемость, нарушения дисциплины в школе). Перед началом терапии проводилось обследование детей, которое включало: психологическое тестирование, неврологическое обследование, нейрофизиологическое исследование (ЭЭГ), иммунологическое обследование с определением уровня антител (АТ) к белкам мозга и основным нейромедиаторным системам (глутаматергической, ГАМК-эргической, серотониновой, дофаминовой, системе оксида азота (NO), АТ к общему белку миелина (ОБМ).

Психологическая диагностика показала определенные особенности таких детей. У них, как правило, страдает дина-

мический праксис (наблюдается дискоординация при выполнении двигательных проб на реципрокную согласованность рук, плохая двигательная память), выявляются моторные асимметрии, леворукость. Эти дети плохо удерживают (запоминают) инструкцию, быстро утомляются, теряют интерес к заданиям, легко отвлекаются. Заметна инертность, замедленный темп выполнения всех заданий, затруднена концентрация и переключаемость внимания. Однако, уровень интеллекта у этих детей не снижен. В подвижных играх они быстро возбуждаются, импульсивны, с трудом останавливаются или переключаются на что-либо другое.

Неврологическое исследование не выявило достаточно четкой очаговой симптоматики, но обнаруживались: двигательная неуклюжесть, легкие нарушения мелкой моторики, моторные асимметрии, плохая двигательная память, нарушения координации, легкая атактическая симптоматика.

Иммунологическое исследование (иммуноферментный анализ) выявило изменения со стороны антител (АТ) – их увеличение (выше нормы) к ГАМК-эргической и серотониновой системам в 27% и в 46% случаев соответственно, которые сочетались с увеличением АТ к отдельным белкам головного мозга (к белку S-100 у 34%, к белку GFAP у 23% и к белку MP-65 – у 27% детей). Со стороны дофаминовой системы нарушений выявлено не было.

ЭЭГ- исследование в большинстве случаев (свыше 73%) указывало на признаки дисфункции со стороны подкорковых структур.

Заключение. Таким образом, мы рассматриваем СДВГ как сложное резидуально-органическое заболевание ЦНС, которое требует глубокой медицинской диагностики и специальной медицинской терапии. Разработанная нами терапия с воздействием на глутаматергическую, ГАМК-эргическую и систему оксида азота оказала отчетливую и выраженную положительную динамику на состояние детей с СДВГ, которая оставалась устойчивой на протяжении 3 лет (период наблюдения). У школьников повышалась успеваемость, поведение становилось адаптированным к социальным требованиям, значительно повышалась работоспособность и концентрация внимания. Другими словами, данная терапия приводила к значительному улучшению интеллектуально-мнестических и когнитивных показателей у детей, стабильности поведения. Нейрофизиологические показатели со стороны ЦНС приближались к варианту возрастной нормы. Иммунологические анализы свидетельствовали о нормализации метаболизма со стороны нейромедиаторных систем ЦНС.

Терапия с воздействием на основные нейромедиаторные системы ЦНС у детей с СДВГ позволила добиться значительного улучшения когнитивных функций и поведения и способствовала их стабильной социальной адаптации.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПРЕМОРБИДНОГО СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Корень Е.В., Куприянова Т.А., Степунина Н.Е.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В современной парадигме психосоциальной реабилитации, направленной на социальное восстановление больных через повышение уровня социального функционирования и качества жизни пациентов, особое значение приобретает поиск предикторов и факторов, влияющих на эффективность лечебно-реабилитационных программ. Особый интерес исследователей связан с изучением особенностей и влияния преморбидного развития и социального функционирования ребенка на результаты лечения, клинико-социальный прогноз и исходы психических расстройств у данной категории.

Предполагаемая высокая прогностическая значимость уровня преморбидного функционирования обусловила выбор его в качестве критерия для дифференцированной оценки клинико-социальных потребностей подростков с расстройствами шизофренического спектра в плане особенностей построения психосоциальной программы (модуля) помощи.

Целью настоящей работы являлось изучение влияния уровня преморбидного функционирования на эффективность групповой психосоциальной терапии у подростков с расстройствами шизофренического спектра для определения дифференцированного подхода к ее проведению.

Материалы и методы. С инициальной оценкой и последующим интервалом в 3 (на момент окончания группы), 6 и 12 месяцев обследовано 53 подростка с семьями (28 юношей и 25 девушек) в возрасте 15-18 лет, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на этапе становления ремиссии (ниже 65 баллов по PANSS), давших информированное согласие на участие в программе (12 занятий с частотой 1 раз в неделю).

Все подростки получали стандартную медикаментозную терапию в соответствии с современными клиническими рекомендациями. В исследование не включались подростки с сопутствующей соматической или неврологической патологией, а также грубыми поведенческими нарушениями, делающими невозможным их участие в групповых занятиях.

В исследовании применялись следующие шкалы и опросники: детская шкала оценки общего функционирования CGAS, для ретроспективной оценки преморбидного уровня функционирования – ее адаптированная модификация – DD-CGAS; PANSS; опросник по исследованию качества жизни для подростков и родителей PedsQL.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с уровнем преморбидного функционирования по DD-CGAS все пациенты были разделены на 3 группы:

1-я группа – с высоким уровнем преморбидного функционирования (оценка по DD-CGAS $\geq$ 71) ––13 подростков (24,5%): 4 юноши и 9 девушек.

Средний возраст манифестации заболевания у подростков данной группы – 15,5±0,8 лет. Средняя длительность заболевания – 2,5±0,4 лет. Преобладали приступообразные формы течения болезни с острым манифестом и резким нарушением социального функционирования под влиянием преимущественно продуктивной психопатологической симптоматики.

2-я группа – с умеренно сниженным уровнем преморбидного функционирования (оценка по DD-CGAS – 51-70 баллов) – 26 подростков (49,1%): 16 юношей и 10 девушек. Средний возраст манифестации заболевания – 13,5±1,2 лет. Средняя длительность болезни – 5,1±0,8 лет. Преобладало непрерывное течение заболевания с постепенным нарушением социального функционирования, обеднением социальных контактов по мере нарастания эмоционально-волевых расстройств, снижения энергетического потенциала.

3-я группа – с низким уровнем преморбидного функционирования (оценка по DD-CGAS $\leq$ 50) – 14 человек (26,4%): 8 юношей и 6 девушек. У большинства подростков манифест отмечался до 7 лет, со средним сроком заболевания больше 5 лет. Раннее развитие, как правило, происходило с отчетливой задержкой и/или асинхронией с выраженными проблемами в нескольких сферах социального функционирования.

Во всех выделенных группах к моменту завершения курса групповых занятий (3 месяца) отмечалось существенное повышение уровня социального функционирования, для больных второй и третьей группы приближающееся к показателям

инициальной оценки для первой группы, при сохраняющихся относительно стабильных параметрах тяжести психического состояния по PANSS во всех группах.

К оценке через 6 месяцев для подростков 1 группы было характерным достижение некоторого «плато» уровня социального функционирования, связанного с постепенной нивелировкой положительных изменений и проявлением негативных тенденций в виде увеличения удельного веса неадаптивных стратегий «избегания проблем», с последующим незначительным повышением уровня социального функционирования к финальной оценке через 12 месяцев (dc=1,6), что может свидетельствовать о значительном удельном весе психосоциальных факторов в формировании психосоциальной дезадаптации и сохранном адаптационным потенциале.

Во 2-й группе подростков к финальной оценке сохранялся относительно равномерный прирост уровня функционирования по CGAS в ходе всего исследования, и можно говорить об эффекте «отсроченного» улучшения качества жизни: через 3 месяца наблюдалось улучшение лишь в общении со сверстниками, при оценках через 6 и 12 месяцев – значимые улучшения во всех значимых сферах социального функционирования, свидетельствующие о долгосрочной эффективности групповой психосоциальной терапии (dc=1,5). Наряду с постепенным расширением репертуара адаптивного поведения следует отметить наметившуюся к финальной оценке тенденцию к истощению адаптационных ресурсов, на что указывает наибольший процент выбывших из исследования в силу повышенной уязвимости к психосоциальным стрессорам и высокого риска «срыва» механизмов адаптации.

В отношении подростков 3-й группы к финальной оценке можно говорить о достижении определенного «потолка» в уровне социального функционирования, одним из объяснений которого является предположение о более высоком удельном весе биологических факторов в структуре социальной дезадаптации и имеющихся искажений психического развития. Относительная сохранность в долгосрочной перспективе ранее достигнутых положительных изменений по CGAS, несмотря на этапное формирование «кризиса самооценки» со снижением уверенности в своих социальных навыках, связанного с повышением критики к состоянию и необходимости лечения, и выходом из доброжелательной среды группы в более «суровую» социальную среду, сопряженную с повышением требований к подросткам по мере роста уровня их социального функционирования, свидетельствует о стойком терапевтическом эффекте предпринятого психосоциального вмешательства и для этой группы больных (dc=1,4). Данная группа больных в наибольшей степени нуждается в повторных психосоциальных вмешательствах, а также тренингах по преодолению имеющегося нейрокогнитивного дефицита.

Выводы: проведенное исследование показало наличие общего спектра психосоциальных проблем у всех подростков с заболеваниями шизофренического спектра, выраженность и структура которых имеет ряд существенных отличий у больных с разным уровнем преморбидного функционирования, влияющих на краткосрочную и долгосрочную эффективность проводимых психосоциальных вмешательств. Дифференцированный подход к проведению групповой психосоциальной терапии с подростками на с учетом оценки преморбидного уровня функционирования позволяет определять и воздействовать на конкретные «мишени» психосоциальной терапии в соответствии с клинико-социальными потребностями подростков и их родителей, в рамках группового формата индивидуализировать работу с каждой из категорий пациентов с учетом особенностей ее проведения в подростковом возрасте, что способствует повышению эффективности нацеленных психосоциальных воздействий в структуре комплексной психиатрической помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра.

МНОГОУРОВНЕВАЯ ТЕРАПИЯ РДА (РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ)

Корнеева В.А., Шевченко Ю.С.

Москва
РМАПО

Дизонтогенез в форме раннего детского аутизма может быть как первичным, генетически обусловленным проявлением дизнейроонтогенеза – (первазивное расстройство развития Каннера, аутистическая психопатия Аспергера) и обозначаться как «синдром-болезнь», так и вторичным проявлением более общего расстройства – текущего или перенесенного эндогенного заболевания («процессуальный и постпроцессуальный аутизм»), экзогенного повреждения головного мозга – «органический аутизм». Значение среды, социального окружения и стиля воспитания, равно как и соматического статуса, безусловно актуально в плане динамики состояния ребенка. Первичный дефект, связанный с нарушениями мозгового субстрата, порождает вторичные и третичные психические образования, которые являются следствием и реакцией на базовую дефицитарность, что формирует иерархическую многоуровневую картину нарушений психического развития. Применительно к детской психологии и психиатрии разработка эволюционно-биологического подхода (по Г.Е.Сухаревой) имеет самые широкие перспективы – от индивидуализации воспитания до онтогенетической ориентации психо- и фармакотерапии. В соответствии с принципами предлагаемой ВОЗ многоосевой диагностики психических расстройств у детей и подростков нами предлагается пятиуровневая модель их комплексной терапии, где каждый уровень включает специфический (психопатологический) и общий (этио-патогенетический) эффект лечебно-коррекционного воздействия. Первый уровень – метаболический. Его двойная – синдромально-нозологическая сущность заключается в сочетании собственно психофармакологического лечения (направленного как на ведущий психопатологический симптомокомплекс, так и на сопутствующие и коморбидные расстройства, а также на частые у детей и подростков проявления резидуально-органической церебральной недостаточности), с общеукрепляющим и специфическим соматотропным лечением. Переходными с следующему уровню можно считать немедикаментозные биологические воздействия на дизнейроонтогенетические механизмы РДА, представленные транскраниальной магнитной стимуляцией, нуждающейся в специальных исследованиях на предмет разработки дифференцированных методик, а также гипербарическая оксигенации, до сих пор не «освоенная» педопсихиатрами. Что касается перспектив использования глубинных электродов, нейротрансплантации эмбриональной ткани коры головного мозга, генной терапии, пробно используемой при лечении болезни Альцгеймера, то они представляются весьма отдаленными. Второй уровень – нейрофизиологический. Он представлен нейропсихологической коррекцией (Семенович А.В., 2002), направленной на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р.Лурия), ответственных за энергетическое обеспечение всего организма (1-й блок), операциональную деятельность мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок), произвольно-волевое, разумное поведение и чисто человеческое мышление (3-й блок). Как показали специальные исследования, мозговая организация детей-аутистов характеризуется более или менее специфическими, но достаточно выраженными признаками нейропсихологической дефицитарности (Зверева Н.В., Горячева Т.Г., 2012). Это дает основания считать нейропсихологическую (сенсомоторную) коррекцию, и близкую ей по идеологии технологию «замещающего онтогенеза» (Архипов Б.А., Максимова Е.В., Семенова Н.Е. 2012), основанную на концепции Н.А.Бернштена

об эволюционных уровнях физиологии движений и активности. обязательными в работе с детьми-аутистами. Что касается детей с «органическим аутизмом», то сенсомоторная коррекция сама по себе может во многих случаях обеспечить выход ребенка из аутизма (порой, через этап СДВГ). Переходом к следующему уровню комплексного лечебно-коррекционного подхода можно считать лечебный массаж, регрессивные и развивающие подвижные игры, техники телесно-ориентированной психотерапии, работа с неструктурированным природным материалом (вода, песок, глина, камни, палки), сухой бассейн, занятия в сенсорной комнате, плавание, прыжки на батуте, ипотерапию. Третий уровень – синдромальный. Коррекционно-психологическая работа на этом уровне направлена, прежде всего, на облигатный для конкретной нозологической группы патопсихологический синдром. В случае РДА синдромальный подход ориентирован, в первую очередь на эмоционально-коммуникативную и когнитивную составляющие расстройства. Глубокий, инстинктивно-поведенческий пласт патологии предполагает этологическую ориентацию коррекционных мероприятий. Ключевое место в ней, на наш взгляд должна занимать холдинг-терапия в своем классическом варианте, либо с дополнением интраназального введения окситоцина (в виде спрея), для усиления механизма взаимного импринтинга ребенка и матери. На инстинктивную сферу работает анималотерапия, использование палатки как индивидуальной территории с предоставлением возможности ее маркировки, искусственный костер, боксерская груша для канализации агрессии и проч. Работа на этом уровне, направленная на коррекцию и стимуляцию интеллектуально-речевой сферы, включает психологическую, логопедическую, дефектологическую коррекцию психоречевых задержек, группы Монтесори. Эффективным методом обучения детей, имеющих определенные трудности чтения, письма или арифметического счета, является метод мультисенсорного обучения (multisensory teaching method), логически связанный с методиками предыдущего уровня. Переходными к следующему уровню можно считать различные индивидуальные и групповые регрессивно-кондуктивные техники, основанные на концепции В.В.Лебединского и О.Н. Никольской, касающейся онтогенетических уровней регуляции базального аффективного тонуса. Четвертый уровень – поведенческий. Его задача – формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной (в т.ч. в форме «материнского гипноза» по Б.З.Драпкину, 2004), и других видов психотерапии. В зависимости от возраста пациента и содержания «поведенческой мишени» бихевиорально-когнитивная модификация поведения (АВА-терапия) включает либо приемы непосредственного формирования или подавления тех или иных стереотипных моделей поведения с помощью вдохновляющих, награждающих, принуждающих или наказывающих воспитательных воздействий (Шраам Р., 2013), либо приемы «передачи ответственности», «семейного контракта» между подростком с синдромом Аспергера и родителями, либо моделирование «жизненных сценариев», приводящих вначале к экстрапсихическим, а затем и интрапсихическим изменениям. Неспецифический аспект данного уровня, обусловливающий в ряде случаев необходимость именно с него начинать всю психокоррекционную программу, заключается в том, что прежде всего бывает необходимо добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать. Переход к следующей ступени комплексного полипрофессионального воздействия осуществляется в процессе реконструкция уровней онтогенеза общения (по Н.М.Лисиной) – ситуационно-личностного; ситуационно-делового; внеситуационно-познавательного; внеситуационно-личностного, релизуемый в расширяющихся семейных парах, а также в процессе формализованного взаимодействия на музыкальных занятиях, в групповых подвижных играх, уроках живописи, играх в песочнице и т.п. Пятый уровень – социально-личностный. Его цель – разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. Ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне может быть интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции, разработанная на основе концепции онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Шевченко Ю.С., 2012) в сочетании с психопрофилактикой.

РОЛЬ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА В ДИАГНОСТИКЕ ПОДРОСТКОВЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Кравченко Н.Е., Суетина О.А., Жук Е.И., Юхалина Н.С., Левданская Е.Л., Рыбик О.М.

Москва
НЦПЗ,
НПЦ ПЗДП

Трудность правильной верификации психической патологии у подростков во многом обусловлена неопределенной синдромологической и нозологической очерченностью этих нарушений. Наряду с клинически оформленными синдромами в круг психических расстройств могут включаться и патогенетически неоднородные состояния – от психологически понятных реакций и поведенческих проявлений, допустимых и у здоровых подростков, до атипичных, напоминающих постпроцессуальные психопатологических симптомокомплексов. В частности, депрессивные расстройства нередко рассматриваются в рамках неаффективных диагностических категорий, что затрудняет своевременное выявление и терапию этих состояний. В некоторых случаях проблемы в установлении правильного диагноза связывают с гендерным фактором, влияющим на особенности феноменологических проявлений депрессий (Branney P., White A.,2008). Гендерные отличия могут касаться как клинических параметров, так и распространенности психической патологии (Kahn et al., 2005; Winkler et al., 2005).

В настоящей работе в сравнительном аспекте с учетом гендерной принадлежности проанализирован нозологический состав пациентов подросткового возраста (от 14 до 18 лет), обратившихся на протяжении года в городское консультативно-психиатрическое диспансерное отделение «Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков». Из 261 подростка с психическими нарушениями 52,5% составляли юноши, 47,5% – девушки. Наиболее часто в целом по группе подростков обоего пола встречались больные с органическим непсихотическим расстройством (в т. ч. эпилепсией) и умственной отсталостью (25,9% и 16,1% соответственно), следующей преобладающей патологией являлись расстройства, относимые согласно МКБ-10 к диагностической рубрике «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (13,6%). Далее следовали «поведенческие и эмоциональные расстройства с началом в детско-подростковом возрасте» – 12,3%, аффективные расстройства – 10,3%, расстройства пищевого поведения – 9,9%, шизофрения (в т.ч. шизофренические психозы) – 9,1%, последнее место занимали формирующиеся личностные расстройства – 1,6%, и нарушения психологического развития – 1,2%. Данные нозологического распределения среди юношей в значительной степени соответствовали показателям, приводимым выше – самую многочисленную группу составляли пациенты с органическим непсихотическим расстройством, несколько реже встречались случаи умственной

отсталости, третье место занимали больные с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (37,2%, 22,5%,13,9% соответственно). Диагноз аффективного расстройства (3,9%) и расстройства пищевого поведения (1,6%) выставлялся подросткам мужского пола не часто. Доминантное место в группе девушек также принадлежало больным с органическим непсихотическим расстройством – 31,2%. Но второе и третье место занимали случаи психической патологии, для которой характерно преобладание лиц женского пола – нервной анорексии (19,3%) и аффективного заболевания (17,5%). В структуре расстройств обращал на себя внимание большой удельный вес аффективной патологии у контингента девушек подростков по сравнению с юношами (в 4,5 раза выше). Вместе с тем более пристальное рассмотрение особенностей клинических проявлений аффективных расстройств в гендерном аспекте позволило установить, что в группе подростков мужского пола число депрессивных состояний все же несколько больше, чем кажется на первый взгляд. Их доля заметно увеличивалась за счет включения депрессий, «маскированных» расстройствами поведения, ошибочно отнесенных к кругу неаффективной патологии, при этом гендерное соотношение (1:1,9) приближалось к общепринятым международным данным, согласно которым (ВПА, 2010) гендерная пропорция с двукратным преобладанием девушек становится заметной в пубертате и сохраняется в дальнейшем и во взрослом возрасте независимо от расового или этнического происхождения.Полученные ранее наши данные (Кравченко Н.Е., 2009), подтверждаются и в настоящем исследовании – стертые депрессивные состояния у юношей, нередко выступают под «маской» утрированных проявлений пубертатного периода и могут быть скрыты, в частности, выступающими на первый план поведенческими расстройствами, за которыми остаются нераспознанными симптомы, характерные для нарушений аффективно-невротического регистра (снижение настроения, наличие страхов и неуверенности в себе). Согласно данным литературы, при развитии депрессии в подростковом возрасте мальчики становятся более агрессивными, озлобленными, раздраженными, а наиболее характерными симптомами для них являются поведенческие расстройства (W.M. Reynolds, 1994; A. Braconnier, 1996). Общие клинические особенности непсихотических депрессий с нарушениями поведения (вне зависимости от пола), которые мы наблюдали, заключались в невыраженности активно высказываемых жалоб на плохое настроение, преобладании угрюмого с дисфорическим оттенком аффекта, рудиментарности идеаторного и моторного компонента депрессии, незначительной представленности депрессивных идей малоценности, ограничении расстройств поведения с озлобленностью, негативизмом, реакциями протеста преимущественно рамками семьи, нетипичности развернутого синдрома расторможенности влечений, сочетании агрессивного отношения к близким с явлениями аутоагрессии, парциальности и преходящем характере психопатических проявлений. Депрессивные синдромы, «маскированные» расстройствами поведения, формирование которых обусловлено преимущественным участием «мужского типа совладания» с эмоциональными проблемами, для которого характерно периодическое возникновение приступов гнева, раздражительность, агрессивное поведение и алекситимия (Rutz et.al., 1995; van Praag, 1996), наблюдались и у девушек, но в единичных случаях. Депрессии у подростков обоего пола, как правило, были неглубокими – легкой, реже – средней степени, часто подпороговыми, не достигающими уровня развернутого синдрома. Но у юношей наиболее распространенными оказывались именно легкие и стертые, субсиндромальные аффективные состояния, с «размытыми» границами. У девушек по сравнению с юношами степень выраженности аффективных расстройств нередко приближалась к средней, депрессивные нарушения были более «очевидными» и определенными, приближались к типичным, с элементами витальности, часто включали в себя чувство вины, депрессивные идеи малоценности, аутоагрессивные проявления, что приводило к их более легкому распознаванию.

Таким образом, гендерный фактор, играющий значимую роль в оформлении клинической картины депрессивных состояний у подростков, должен обязательно учитываться в повседневной практике подросткового психиатра. Важность своевременного выявления депрессивных расстройств, подразумевающего и вовремя начатое лечение, продиктовано необходимостью предотвратить возможные негативные последствия этих состояний (суицидальное и аутоагрессивное поведение, снижение познавательной активности, социальная и школьная дезадаптация).

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Куприянова И.Е., Молоткова Н.Ю.

Томск
НИИПЗ

История науки о качестве жизни (КЖ) начинается с 1947 года и продолжается по сей день, не теряя своей актуальности. С 80–х годов XX века отмечается рост научных публикаций по исследованию качества жизни. В разработке методологии исследования важную роль играют работы A. McSweeny, предложившего оценивать КЖ, основываясь на четырех аспектах (эмоциональном, социальном функционировании, повседневной активности и проведении досуга) (Гурылева М.Э., 2004).

Согласно определению ВОЗ, Качество Жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами (Orley J., 1994). Как пишет в своей статье Вассерман Л.И. и соавт. (2004), одним из стимулов к исследованию качества жизни больных с соматической патологией являлось несоответствие между тем, как состояние пациента видится врачу, и субъективными представлениями о болезни самого пациента, степенью декларируемого им благополучия или неблагополучия. Например, A.Campbell (1976) при опросе лиц с серьезно ограниченными физическими возможностями, отметили, что почти половина респондентов не были согласны с утверждением о неудовлетворенности своим состоянием здоровья. Некоторые уверяли, что они полностью им удовлетворены. Исследование КЖ детей открывает возможность полноценной комплексной оценки состояния здоровья ребенка (Баранов А.А. и соавт., 2008).

Цель исследования. Определить и сравнить уровень качества жизни детей с легкой умственной отсталостью и умеренной умственной отсталостью, а также оценить понимание родителями состояния их ребенка, и выявить различия в оценке качества жизни между родителями детей с легкой и умеренной интеллектуальной недостаточностью.

Материал и методы исследования. Было проведено исследование Качества Жизни у 116 несовершеннолетних с умственной отсталостью и их родителей: 82 ребенка с легкой степенью отсталости и 34 – с умеренной степенью умственной отсталости. Для исследования качества жизни была предоставлена специальная анкета по оценке качества жизни PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory), версия 4.0. Вопросы анкеты PedsQL были разделены на 4 шкалы, описывающих физическое функционирование (ФФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), социальное функционирование (СФ), жизнь в школе (ЖШ). Ответы ребенка дублировались ответами родителей (опекунов). Варианты опросника, заполняемые родителями, имели такое же смысловое содержание, как и модули для детей, но несколько отличались по форме задаваемых вопросов. В ис-

следование были включены дети и подростки в возрасте от 7 до 18 лет. Детям предоставлялся вопросник PedsQL4.0, с учетом их интеллектуального возраста. Общее количество баллов после процедуры перекодирования рассчитывалось по 100-балльной шкале. Перекодирование нами проводилось по защищенным авторским правом процедурам, которые предоставлены непосредственно авторами опросника (Varni J., et al., 2001, Varni JW., et al., 2002, Varni J.W., et fl., 2004).

Результаты. Субъективная оценка качества жизни детьми значительно варьировала, так, дети с легкой степенью умственной отсталости оценили этот показатель на 67,8%, дети с умеренной степенью отсталости – 46,2% ($p<0,01$). Родители детей с легкой степенью отсталости определили качество жизни своих детей выше, чем родители детей с умеренной умственной отсталостью – 65,2% и 49,8% соответственно ($p<0,01$). Причем родители детей с легкой степенью отсталостью, оценивают их качество жизни ниже, чем сами дети, в то же время родители детей с умеренной умственной отсталостью характеризуют качество жизни своих детей выше.

Анализ данных по шкалам физического, эмоционального, социального функционирования и жизни в школе отражает более высокий уровень качества жизни у детей с легкой умственной отсталостью. Различия в оценке качества жизни детьми по шкале «Физическое функционирование», имеют наибольшие отличия в пользу детей с легкой степенью умственной отсталости – 70,10% против 54,80% ($p<0,01$). «Эмоциональное функционирование» дети оценивают при легкой степени отсталости выше среднего – 61,1%, при умеренной степени отсталости – несколько ниже – 53,2% ($p<0,01$). Уровень качества жизни по шкале «Социальное функционирование» у детей с легкой степенью умственной отсталости выше, чем при умеренной степени отсталости – 78,2% и 49,7% ($p<0,01$). «Жизнь в школе» детьми оценивается достаточно высоко при легкой умственной отсталости – 62,5% и крайне низко при умеренной умственной отсталости – 19,2% ($p<0,01$).

По оценкам родителей физическое и эмоциональное функционирование выше оцениваются родителями детей с легкой умственной отсталостью: «Физическое функционирование» – 69,4% против 56,8% при умеренной форме умственной отсталости ($p<0,01$), «Эмоциональное функционирование» – 58,2% против 56,4% при умеренной степени. Родители детей с легкой умственной отсталостью оценивают «Социальное функционирование» и «Жизнь в школе» значительно выше: «Социальное функционирование» – 74,1% при легкой степени отсталости и 53,4% при умеренной степени отсталости ($p<0,01$), «Жизнь в школе» – 58,5%, и 25,5% при легкой и умеренной степени соответственно ($p<0,01$).

Заключение. Таким образом, мы видим тенденцию, что дети с легкой умственной отсталостью и их родители, оценивают качество своей жизни и жизни своих детей достоверно выше, по сравнению с детьми с умеренной степенью отсталости и их родителями. При этом, родители детей с легкой степенью отсталости недооценивают уровень качества жизни своих детей, тогда как родители детей с умеренной степенью несколько переоценивают ее. Более высокая оценка качества жизни детьми с легкой степенью отсталости ожидаема и оправдана, т.к. они более сохранны и в физическом развитии и в психоэмоциональном по сравнению с другой группой детей. Оценки родителей, вероятно, отражают надежды и ожидания от своих детей, и, исходя из этого предположения, мы считаем, что более низкая оценка качества жизни родителями детей с легкой умственной отсталостью, обусловлена большим участием в жизни ребенка, переоценкой его «больного» состояния. При проведении опроса детей и их родителей, стало ясно, что дети часто пользуются своим положением и преувеличивают свои страдания, вызывая у родителей большую жалость и снисходительность. Дети с умеренной степенью умственной отсталости в меньшей степени склонны к подобным манипуляциям, реже жалуются родителям, что, по всей видимости, приводит к меньшей осведомленности реальным психоэмоциональным и физическим состоянием ребенка, и отражается в более высокой оценке их качества жизни. Родителям кажется, что их ребенок на самом деле не так сильно отличается от других «нормальных» детей.

Достоверные отличия в оценке качества жизни детьми и их родителями, помогут сориентироваться в направлении психотерапевтической коррекции, и наглядно продемонстрировать ее эффективность. По результатам оценки КЖ при умеренной степени отсталости очевидна необходимость выстраивания более близких психоэмоциональных отношений между ребенком и родителем. Организации для родителей удаленных он-лайн лекций по психологии особенного ребенка.

Показатель качества жизни является достоверным критерием оценки здоровья ребенка и, соответственно, может стать эффективным инструментом в оценке применяемого лечения. Основываясь на субъективном восприятии самого ребенка и его родителей, оценка КЖ является весьма чувствительным и информативным методом, чего не позволяют сделать чисто клинические методы.

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У РЕБЕНКА НА РОДИТЕЛЕЙ В КОНТЕКСТЕ РАЗРАБОТКИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

Куприянова Т.А., Корень Е.В., Дробинская А.О., Хайретдинов О.З.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
СПБГКУЗ ЦВЛ Детская психиатрия им. С.С. Мнухина

Специфической особенностью психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в детско-подростковом возрасте является особое значение, которое придается семье в плане активного вовлечения в лечебно-реабилитационный процесс для достижения и удержания максимально приемлемого уровня социального функционирования ребенка. Особое место занимает учет специфических особенностей реагирования родителей, обусловленных как характером и длительностью заболевания ребенка, так и их личностными особенностями, что диктует необходимость разработки соответствующих психосоциальных вмешательств непосредственно для членов семьи для раскрытия родительского ресурса помощи. К наиболее уязвимой группе относятся родители детей с умственной отсталостью, детским аутизмом и расстройствами шизофренического спектра, где наряду с тяжелым инвалидизирующим характером расстройства, на практике часто имеет место несоответствие существующих реабилитационных и организационных возможностей клинико-социальным потребностям детей и родителей.

Цель исследования – определение особенностей реагирования родителей на наличие психического расстройства у ребенка для выработки дифференцированных подходов к психосоциальным семейным вмешательствам.

Материал и методы. Было проведено обследование родителей (преимущественно матерей) 140 детей с диагностированными по МКБ-10 расстройствами шизофренического спектра (РШС), 100 детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и 85 детей с умственной отсталостью (УО) в возрасте от 3 до 17 лет. У 89 больных (преимущественно дети младшего возраста с РАС или УО) психическое расстройство было диагностировано впервые. 70% обследованных семей были полными, остальные – неполными, ребенок воспитывался только матерью, отцы, как правило, не принимали участия

в его воспитании, лечении, ограничиваясь лишь материальной помощью. При этом около трети семей распались именно после обнаружения и диагностирования у ребенка тяжелого психического заболевания.

Для оценки семейных проблем, возникающих при уходе за больным ребенком, использовалась Шкала оценки нагрузки на семью (ECI); особенности эмоционального реагирования родителей оценивались с помощью Опросника по отрицательному влиянию эмоциональных или поведенческих проблем ребенка на родителя (CGSQ)

Результаты и обсуждение. Пики обращаемости к врачу при УО и РАС приходятся на 3-5 лет при РШС – пубертатный период. Первое сообщение о диагнозе психического расстройства вызывало у родителей шок или неверие в случившееся со страхом, депрессивным состоянием. У части родителей возникали агрессивные реакции с недоверием, отказом от общения с врачом, сообщившим о болезни. К общим особенностям родительского реагирования при впервые установленном диагнозе также можно отнести высокий уровень тревоги с алекситимией и диссимуляцией, явления когнитивного диссонанса с поисками «виноватых» среди членов семьи, медицинских работников, хаотичные поиски информации в интернете с явлениями растерянности и беспомощности, тяготение к нетрадиционным формам помощи.

Большинство родителей детей с УО и РАС не осознавали глубины имеющихся проблем в развитии ребенка и надеялись на его «выравнивание» в недалеком будущем. Одной из первых постоянных реакций родителей при РШС был страх перед болезнью, чувство беспомощности, депрессивное состояние, нередко отмечались реакции агрессии, отказа от общения с врачом.

Качественный анализ полученных данных показывает некоторое отличие структуры родительского реагирования на этапах впервые выявленного диагноза психического расстройства у ребенка и на последующих этапах помощи. На фоне начала лечения нередко отмечалось проецирование вины на медицинских или близких родственников. В случае быстрой редукции симптоматики на 2-3 неделе госпитализации отмечались эмоциональная лабильность на фоне заметной астенизации вплоть до выраженной полярности аффекта (от эйфории с возвратом недооценки и недостатка критики к состоянию ребенка до страха и пессимистических ожиданий). При отсутствии заметной положительной динамики в состоянии ребенка у родителей нарастали депрессивные переживания с тревожным, тоскливым, анестетическим или дисфорическим компонентами.

По результатам оценки эмоциональных проблем по шкале CGSQ обобщенный показатель бремени в семьях, имеющих детей и подростков с психическими расстройствами, составил 13,30 балла (для РШС – 13,64, для РАС – 13,42, для УО – 12,84), практически приближаясь к максимальным значениям, что свидетельствует о крайней степени загруженности родителей проблемами больного ребенка при всех оцениваемых нозологиях.

Наибольшие значения во всех семьях, не зависимо от заболевания ребенка, были получены в ответах на вопросы, касающихся стремления скрыть заболевание ребенка от окружающих, в том числе, и от родственников, (4,51 балла), возникающего раздражения (4,21 балла), злости, обиды (4,43 балла), тревоги и беспокойства за будущее ребенка (4,68 балла), чувства собственной вины в возникновении психического нарушения у ребенка (4,80 балла), семейных проблем в связи с заболеванием ребенка (4,55 балла).

В исследовании отмечена некоторая тенденция к повышению показателей эмоциональных проблем в семьях больных детей на начальных этапах формирования расстройств, а также в семьях, имеющих больных детей более младшего возраста с РАС.

При анализе негативных показателей по опроснику нагрузки на семью (ECI) во всех группах больных также были получены схожие результаты с некоторым преобладанием в семьях детей с РШС и РАС и снижением в семьях детей с УО. Матери отмечали выраженное чувство вины, сокращение контактов, как с друзьями, так и с родственниками, депрессивный фон настроения с чувством безысходности, тревогу и волнение за будущее ребенка.

Можно отметить, что наибольшие значения были получены в семьях детей РШС и РАС, что связано, по-видимому, с тяжестью состояния, а также с выраженными эмоциональными, депрессивными реакциями родителей. В этих семьях выявляются специфические психосоциальные проблемы, такие как особый семейный контекст при наблюдаемом взаимном влиянии симптоматики ребенка и реакций родителей, которые часто поддерживают или усиливают болезненные проявления, гиперболизация тяжести состояния, сверхвключенность родителей в проблемы больного ребенка с высоким уровнем самостигматизации в семьях детей с шизофрений, частое несоблюдение режима терапии, противоречивое отношение к врачам и лечению, ведущее к трудностям удержания больных в лечебно – реабилитационном пространстве.

С учетом особенностей реагирования родителей определены когнитивные, эмоциогенные и поведенческие мишени для психосоциальных вмешательств с родителями: когнитивные включают затруднения в понимании особенностей поведения детей; у родителей, как правило, имеется собственная «концепция болезни ребенка«, которая часто носит обвинительный характер по отношению к окружающим; эмоциогенные – недостаточность или отсутствие ответных эмоциональных проявлений со стороны ребенка и тенденция трактовать это как неспособность адекватно выполнять родительские функции; поведенческие – защитно-агрессивные или избегающе-ограничительные формы поведения родителей становятся источником постоянного фона травмирующих переживаний.

Выводы. Влияние психического расстройства как психотравмирующего фактора связано не только и не столько с выявленным нами субъективным отношением родителей к самому факту наличия болезни, но и с изменением всего внутрисемейного взаимодействия в ответ на изменение поведения ребенка, а также с длительностью течения заболевания. Выявленные особенности реагирования родителей на наличие психического расстройства у ребенка необходимо учитывать при разработке нацеленных психосоциальных вмешательств для родителей.

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ШКОЛЬНИКОВ-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

Логинов И.П., Солодкая Е.В.

Хабаровск
Дальневосточный ГМУ

В условиях Дальнего Востока России организм детей и подростков подвергается не только социальным, психологическим, но и дополнительно комплексному воздействию природно-климатических и социально-экономических факторов, которые предъявляют повышенные требования к его функциональным системам.

Цель и задачи исследования. Цель нашего исследования представляет собой попытку оценки психологических проявлений тревоги и депрессии у подростков, проживающих в сельской местности. Нами была поставлена следующая задача: выявить уровень тревоги и депрессии у подростков, проживающих в сельской местности Хабаровского края. Объектом исследования явились подростки в возрасте 12-16 лет (60 человек), учащиеся одной из сельских школ Хабаровского края.

Методы исследования: экспериментально-психологический метод: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), которая не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у школьников, что позволяет рекомендовать ее к использованию для первичного выявления тревоги и депрессии (скрининга). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений: А – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), В – субклинически выраженная тревога/депрессия, С – клинически выраженная трево-га/депрессия

Результаты и обсуждение: Всего обследовано 60 школьников 12-16 лет, из них мальчики составили 21 (34%) и 39 девочек (66%). Психологические проявления тревоги у девочек норме соответствовало – 14 (36%), субклинической выраженности – 15 (38%), клинической выраженности – 10 (26%). У мальчиков критериям нормы соответствовало – 20 (95%), субклинической выраженности – 1 (5%). Случаев клинически выраженной тревоги у мальчиков не выявлено. Психологические проявления депрессии у девочек показали, что критериям нормы соответствовало 24 (62%), субклинической выраженности – 12 (30%) и клинической выраженности – 3 (8%). У мальчиков критериям нормы соответствовало – 14 (67%), субклинической выраженности – 5 (24%) и клинической выраженности – 2 (5%).

Выводы. Таким образом, выявлена значительные показатели распространенности симптомов тревоги и депрессии у подростков, которые в целов составили у девочек – 64% и 38%, а у мальчиков – 5% и 33% соответственно, причем у девочек симптомы тревожности значительно превосходили таковые у мальчиков. Полученные данные наглядно свидетельствуют о необходимости разработки психологической и психотерапевтической помощи подросткам сельских школ, учитывая гендерные особенности.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА,ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ РЕАНИМАЦИЮ

Луговых Н.А., Малинина Е.В., Маркина М.Ю.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Цель исследования. Изучить особенности когнитивных нарушений у детей дошкольного возраста, перенесших неонатальную реанимацию.

Материал и методы. Обследовано 100 детей 5-6 лет, перенесших в первые дни жизни неонатальную реанимацию (по данным анамнеза).

Использовались клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, экспериментально-психологический (метод Равена, нейропсихологическое тестирование по Ж.М. Глозман), статистический (непараметрический критерий Фишера) методы обследования, нейровизуализация (НСГ, КТ, МРТ). Междисциплинарный подход к исследованию осуществлялся участием психиатра, невролога, врача лучевой диагностики, логопеда, окулиста, педиатра.

В процессе обследования были выделены группы пациентов на основании результатов IQ тестирования методом Цветных прогрессивных матриц Равена. Пациенты распределились следующим образом: у 60 детей уровень развития интеллекта соответствовал норме (26-35 баллов), у 21 ребенка имелась пограничная интеллектуальная недостаточность (13-25 баллов) или задержка психоречевого развития (ЗПР), а у 19 – интеллектуальная недостаточность (0-12 баллов) соответствовала уровню умственной отсталости (УО). В настоящее клиническое исследование были взяты дети с когнитивными нарушениями. Первую группу составили дети с ЗПР, вторую группу – дети с УО.

Результаты и обсуждение. Пациенты обеих группы имели первичную задержку психического развития церебрально-органического генеза, так как в основе лежали гипоксические (57,1% и 100%), травматические (42,9% и 52,6%), инфекционные (71,4% и 94,7%) и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в неонатальном периоде. Вследствие чего, по результатам нейровизуализации в 1 группе в 100% было выявлено негрубое поражение головного мозга, не достигающее четкого органического дефекта (внутрижелудочковое кровоизлияние I-II ст., морфофункциональная недостаточность, гидроцефалия, кисты). А в группе детей с УО в 89,5% случаев было диагностировано стойкое органическое поражение головного мозга (внутрижелудочковое кровоизлияние II-III ст., перивентрикулярная лейкомоляция, порэнцефалия, кистозно-глиозные изменения головного мозга, атрофические изменения, аномалия Денди-Уокера).

Особенности когнитивных функций и степень тяжести их нарушений рассматривались при сравнении групп. При нейропсихологическом тестировании был выявлен низкий познавательный интерес у 47,6% детей с ЗПР и в 100% случаев группы с УО. Задержанное когнитивное функционирование, снижение способности к обучению в дошкольном возрасте и снижение работоспособности диагностировалось у всех обследованных детей. В обеих группах регистрировалось снижение памяти. В группе с ЗПР лишь у 9,5% детей память соответствовала норме, в тоже время, было замечено, что в группе с УО в 21,1% случаях пациенты механически усваивали те или иные знания, но приложить их к практической деятельности не могли. Несложные акты ассоциаций протекали у них медленнее, чем у здоровых детей, более сложная ассоциативная деятельность для них являлась невозможной. Представления формировались у больных недостаточно, так как не было определенного объема закрепленных впечатлений.

У 100% обследованных детей наблюдалось нарушение внимания, но в группе с ЗПР чаще выявлялась отвлекаемость, истощаемость, слабая распределяемость внимания, а у пациентов с УО – рассеянность, инертность. Такие дети не в состоянии были активно направлять внимание на нужную им область; отчасти от этого же зависела и моторная расторможенность.

У всех пациентов выявлялись отклонения мышления конкретно-описательного характера, но в группе детей с УО в 26,3% случаев отмечалась несформированность, фрагментированность мышления, чего не наблюдалось в группе с ЗПР.

Исследования показали более грубые и полиморфные нарушения моторики у детей группы с УО – трудности двигательной координации (85,7%), двигательные стереотипии (36,8%), двигательная заторможенность (36,8%), тогда как у детей с ЗПР преобладали – нарушения мелкой моторики и тонкой координации движений (76,2%), двигательное беспокойство (76,2%), простые и сложные тики (33,4%).

В эмоциональной сфере детей дошкольного возраста, преобладали отрицательные эмоции, которые характеризовались незрелостью и примитивностью, также отмечался неровный суточный ритм настроения, проявляющийся лабильностью и быстрой истощаемостью, импульсивность, дефензивность, парадоксальность, эксплозивность. Наблюдались психопатологические феномены, проявляющиеся в виде дистимии, тревоги, сверхценных страхов, замкнутости и особой привязанности к матери. Статистической разницы между группами обнаружено не было. Поведенческие нарушения были представлены реакциями отказа, протеста и имитации. У детей с ЗПР чаще встречалось агрессивное поведение, возбудимость и конфликтность (61,9%), а у детей с УО преобладала инфантильность (94,7%) и недифференцированность поведенческих актов.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование демонстрирует наличие признаков органического поражения головного мозга в виде подтвержденных структурных изменений ЦНС у детей дошкольного возраста, перенесших неонатальную реанимацию. Особенности клинической картины проявляются в парциальности нарушений когнитивных функций (часть детей имела сохраненный познавательный интерес, достаточную механическую и слухоречевую память). Тяжесть психического статуса соответствовала тяжести структурных нарушений и выраженности неврологических симптомов (параличи, парезы, атаксия, гиперкинезы).

Результаты исследования могут быть использованы для проведения профилактических мероприятий и определения реабилитационных программ для данной категории пациентов.

ДИСМОРФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД АДОЛЕСЦЕНЦИИ

Мазаева Н.А., Головина А.Г.

Москва
НЦПЗ

Клинические данные свидетельствуют о значительной распространенности (в популяции 0,7- 2,4% по L.M.Koran et al., 2008) дисморфических расстройств, существенно ухудшающих качество жизни, социальное функционирование больных и ассоциирующихся с высоким уровнем суицидального риска, госпитализаций в психиатрические стационары, а также социальным абсентеизмом (K.A.Phillips et al., 2005, M.W. Otto et al., 2001). Телесное дисморфическое расстройство дебютирует преимущественно в подростковом возрасте, длительно остается нераспознанным, может быть представлено как в изолированном виде, так и в качестве составляющей в структуре более сложных психопатологических образований.

Цель работы – установить особенности психических расстройств, ассоциированных с восприятием своего тела (дисморфофобии, дисморфомании, нервной анорексии) в подростковом возрасте.

Материал и методы. Проведен клинико-психопатологический анализ 29 пациентов 15 – 17 лет (17 юношей, 12 девушек, средний возраст – 16,5 лет) с телесным дисморфическим расстройством, что составляет около 7% от всего амбулаторно обследованного контингента. У 18 из них (62%), 13 юношей, 5 девушек, речь шла о дисморфофобиях в рамках невротических/ неврозоподобных образований (расстройств адаптации, обсессивно-компульсивных, обсессивно-фобических) нозологически различной природы, аффективных нарушений. У 6 больных (20, 7%), все девушки, дисморфические феномены обнаруживались при расстройствах пищевого поведения (нервной анорексии), в 5 случаях (17,3%), 4 юноши, 1 девушка, они существовали в виде дисморфоманических расстройств в структуре психотических/субпсихотических эпизодов при манифестных формах эндогенного процесса.

Результаты и их обсуждение. Дисморфические расстройства представляли собой континуум, на одном полюсе которого находились граничащие с нормативными сверхценные образования с утрированным недовольством своим внешним обликом, на другом – дисморфоманические феномены с бредовыми представлениями о собственной измененности, мнимом «уродстве». Расстройства дисморфического круга, как правило, развивались у пациентов с чертами психологической незрелости. Помимо возникновения в период адолесценции, они характеризовались экстернальной ориентированностью нарушений, ассоциированных с явлениями социальной тревоги, социофобиями, трудностями коммуникации, наличием компульсиоформных поведенческих ритуалов, включающих многочисленные, нередко сложные мероприятия по устранению/ маскировке воображаемых дефектов облика (выбор особой одежды, косметики, причесок, призванных скрыть их). При этом дисморфические переживания нередко диссонировали с игнорированием реально существующих дефектов внешнего вида пациентов (неухоженные волосы, небрежность в одежде, недостаточное внимание к гигиене). Выявлялась корреляция степени выраженности дисморфических нарушений с эмоциональным состоянием подростков, обнаружена склонность к их усилению при воздействии неспецифических стрессоров, изменении аффективного состояния. В сопоставлении с аналогичными феноменами, у взрослых, в подростковом возрасте дисморфии отличались нестабильностью локуса недовольства, нечеткой его формулировкой – «непривлекательный вид», «уродливая внешность».

Особенности избегающего поведения определялись вариантом расстройства с возникновением наиболее нелепых его форм при бредовом регистре нарушений (попытки добиться проведения пластических операций/манипуляций для придания/устранения черт, беспокоящих больных, применение сложного грима, использование шарфов, капюшонов, скрывающих лицо причесок, отказ от пользования речью, способной выдать истинную национальную/расовую принадлежность, воспринимаемую больным как уродливую, социальная изоляция).

Заключение. Возрастная незрелость представлений о своем телесном и психическом «я», дизонтогенез психосоматического развития, незаконченность, нестабильность в восприятии «образа тела», подкрепленного изменчивостью пропорций тела и конечностей, абриса лица и фигуры, прямые соответствия между физической привлекательностью подростка и его социальным статусом в иерархии сверстников, успешностью в коммуникациях, зависимость от оценки «значимыми другими» обеспечивают почву для формирования и закрепления дисморфических феноменов, конгруэнтного им избегающего поведения, определяя специфику комплекса терапевтических стратегий для их коррекции.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е.

Москва
НЦПЗ

Влияние пола на клинико-динамические проявления депрессивных расстройств признается большинством исследователей. Согласно современным данным гендерные отличия касаются как распространенности, так и особенностей клинических проявлений депрессивных состояний (Kahn et al., 2005; Winkler et al., 2005). Различия в симптоматике и распространенности депрессивных расстройств становятся очевидными уже в пубертате. По мере взросления, наряду с постепенным увеличением доли заболевших аффективными расстройствами, происходит и изменение гендерной пропорции в этой группе в (Angold A., Costello E.J., 2006). Если в детском возрасте соотношение мальчиков и девочек с аффективной патологией примерно одинаково, то в интервале 12-13 лет доля девочек увеличивается в два раза (Nolen-Hoeksema S., Girgus J.S., 1994). Согласно международным данным двукратное преобладание лиц женского пола среди страдающих депрессией выявляется независимо от расового или этнического происхождения (ВПА, 2010). Авторы, оспаривающие справедливость мнения о предпочтительности женщин среди болеющих расстройствами аффективного спектра (Branney P., White A.,2008), ссылаются на недостаточную выявляемость т.к. так называемого «мужского депрессивного синдрома» (Rutz et al., 1995; van Pragg, 1996) с

иным чем у женщин типом совладания с эмоциями, затрудняющим его диагностику в повседневной клинической практике, что и приводит к искажению гендерной пропорции. По-видимому, значительным числом нераспознанных вовремя депрессий объясняется и большая смертность вследствие суицидов среди мужчин (Branney P., White A.,2008).

Целью проведенного исследования являлся сравнительный анализ картины депрессивных состояний у юношей (65 чел.) и девушек (45чел.) 15-17 лет, наблюдавшихся в одном из районных ПНД г. Москвы. Доминирование юношей в подростковом контингенте объясняется как большей уязвимостью лиц мужского пола в отношении развития психических нарушений, так и более частой обращаемостью их к участковым психиатрам в связи с необходимостью обследования при решении вопросов пригодности к военной службе (Мазаева Н.А. с соав., 2003).

Как оказалось, имела место предпочтительность манифестации подростковых депрессий в раннем пубертатном возрасте, при этом у подростков мужского пола – несколько позднее, ближе к 13-14 годам. Первые проявления расстройств настроения у девушек часто оказывались приуроченными к наступлению менархе (12-13лет), еще до развития очерченной депрессии у большинства из них наблюдаются кратковременные (1-2 дня) эпизоды «предменструальной хандры». Дебюту депрессивных расстройств более чем у половины подростков (с небольшим перевесом девушек) предшествовала экзогенная (обычно психогенная) провокация. Инициальные депрессии у подростков обоего пола, как правило, неглубокие – легкой, реже – средней тяжести, часто подпороговые, не достигающие уровня развернутого синдрома. У юношей наиболее распространенными оказывались именно легкие и стертые, субсиндромальные аффективные состояния, с «размытыми» границами, которые зачастую растягивались на весь подростковый период. Нередко эти симптомокомплексы носили «маскированный» характер, выступая под видом расстройств поведения, скрываясь за проявлениями пубертатного криза, декомпенсациями резидуально-органического синдрома, когнитивной недостаточностью, снижением психического тонуса. Для юношей оказались характерными апатические варианты аффективных состояний, реже – тревожно-ипохондрические. У девушек по сравнению с юношами депрессивные нарушения были более отчетливыми, приближались к типичным, с элементами витальности, часто включали в себя чувства вины, депрессивные идеи малоценности, аутоагрессивные проявления. По степени выраженности аффективные расстройства у подростков женского пола нередко приближались к депрессиям средней тяжести, были более очерчены во времени. У девушек нередко выявлялись меланхолические, тревожные эпизоды с элементами депрессивной дереализации.

В более редких для подростков случаях манифестации развернутых депрессивных состояний в рамках эндогенной психической патологии они были структурно схожи с таковыми у взрослых и по феноменологическим проявлениям не обнаруживали четких гендерных различий. Исключением являлись встречающиеся только у юношей эндогенные депрессии с явлениями «юношеской астенической несостоятельности», когда особую роль в клиническом оформлении депрессивного эпизода играет «гипертрофия идеаторного компонента» (Олейчик И.В.,1997). Также предпочтительные для юношей депрессивные синдромы, «маскированные» расстройствами поведения, с преимущественным участием «мужского типа совладания» с эмоциональными проблемами и периодически возникающими приступами гнева, раздражительностью, агрессивным поведением и алекситимией (Rutz et.al., 1995; van Praag, 1996), наблюдались у девушек в единичных случаях (гендерное соотношение 6:1). Хотя справедливости ради следует отметить, что в картине расстройств настроения собственно поведенческие девиации – не редкое явление и у подростков женского пола, при этом они ограничивались прежде всего истероформным поведением, утрированными эмоциональными реакциями с потерей самообладания.

Несмотря на большое число публикаций в этой области, нозологическая принадлежность депрессивных расстройств у подростков остается предметом оживленных дискуссий. По нашим данным депрессивные состояния у девушек чаще принадлежат к диагностической категории, объединенной клиническим понятием «аффективной болезни», в то время как у юношей депрессивные расстройства наиболее часто выявляются в рамках расстройств личности.

Таким образом, можно заключить, что гендерный фактор оказывает существенное влияние и на клинико-динамические показатели аффективных расстройств у подростков, что обуславливает необходимость дополнительных исследований в этой области.

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПСИХОТИЧЕСКИХ ФОРМ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ

Макарова Л.О., Шушпанова О.В.

Москва
НЦПЗ

Актуальность. Нозологическая дифференциация психотических форм расстройств аутистического спектра (РАС) составляет первостепенную проблему современной медицины в связи с высокой распространенностью в детской популяции (РАС- 62:10 000, ВОЗ. 2014;), трудностями диагностики. До настоящего времени не существует объективных показателей для нозологического разграничения психотических форм РАС [инфантильного психоза (ИП) – F 84.02 и атипичного детского психоза (АДП) – F 84.11]. В России и ряде европейских стран среди расстройств аутистического спектра выделен атипичный детский психоз эндогенный (Башина В.М.,2009; Симашкова Н.В. с соавт, 2006, 2013; Garralda M.E., Raynaud J.P., 2012; Meyer-Lindenberg A., 2011), занимающий в спектре аутистических расстройств 8-12%. К нему отнесены регрессивные формы аутизма с коморбидной кататонической симптоматикой и ранним формированием олигофреноподробного дефекта. Своевременным и актуальным в данной работе является мультидисциплинарный подход с поиском биологических маркеров, которые наряду с клиническими, могут внести весомый вклад в решение вопросов ранней диагностики, дифференциации, мониторинга состояния пациентов.

Целью настоящего исследования является клинико-биологическая дифференциация расстройств аутистического спектра.

Задачи исследования:

1. Изучить иммунологические корреляты: показатели врожденного иммунитета (лейкоцитарной эластазы и острофазных белков) и приобретенного иммунитета (аутоантитела к нейроантигенам) при психотических формах РАС.

2. Провести оценку взаимосвязи клинических и биологических маркеров при психотических формах РАС.

3. Оценить соотношение показателей иммунологического скрининга с клиническими особенностями течения РАС.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в отделе детской психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН (зав. отделом – д.м.н. Н. В. Симашкова). Обследовано 30 пациентов в возрасте от 2,5 до 7 лет, получивших специализированную помощь в дневном стационаре и стационаре в отделе детской психиатрии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. Была сформирована выборка пациентов на основании установленного диагноза РАС: с ИП – 19 пациентов и АДП – 11 больных. В исследование не были включены пациенты с непсихотическими форма-

ми РАС (синдромами Аспергера, Каннера), синдромальным атипичным аутизмом (при умственной отсталости, синдроме Ретта, эпилепсии и др.). Методы: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический (шкалы для оценки степени тяжести РАС: CARS (Childhood Autism Rating Scale, Schopler E., Reichler R.J., Renner B.R.,1988), CGI (National Institute of Mental Health Maryland, 1976), BFCRS (Bush-Francis Catatonia rating scale,1996), иммунологический (скрининг «Нейротест»). «Нейротест» включал в себя количественную оценку показателей активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), функциональную активность α1-протеиназного ингибитора (α1-ПИ) и аутоантител к фактору роста нервов (аАТ-ФРН) и основному белку миелина (аАТ- ОБМ). Полученные данные были обработаны статистически на базе statistica windows 7.

Результаты и обсуждение. На основании проведенных мультидисциплинарных исследований указанных групп больных были выявлены следующие закономерности: в группе пациентов с ИП манифестация болезни с кататонической симптоматикой приходилась на возраст 1 – 3 лет, на фоне нормального развития или диссоциированного дизонтогенеза; в 6 случаях аутохтонно, в 13 случаях после психогенной либо иммунологической провокации (перенесенное тяжелое инфекционное либо обострение аллергических заболеваний). Выраженность клинических проявлений ИП соответствовала данным психометрического обследования: выраженность аутизма по шкале CARS составляла в среднем 47,9±1,1, что следует интерпретировать как «тяжелый аутизм». Данные оценки кататонических расстройств в группе с ИП выявили определенные закономерности: средний балл по шкале общей кататонии (BFCRS, Bush-Francis Catatonia rating scale, 1996) составил 29,5±0,5, что соответствует «умеренной» степени тяжести кататонии. По подшкалам кататонии баллы распределились следующим образом: средний балл по субшкале гиперкинетической кататонии составил 16,5±0,5; по субшкале гипокинетической кататонии 7,1±1,2; по субшкале симптомов малой кататонии 6,2±1,1. Субшкала соматовегетативных нарушений у большинства больных нарушений не обнаруживала (0 баллов). Из анализа показателей очевидно, что в клинике ИП преобладал гиперкинетический тип кататонии, в то время как на симптомы субступора и парциальной кататонии приходилось минимальное количество баллов. В ремиссии аутизм значительно смягчался ремиссии достоверно уменьшается до легкого/умеренного аутизма (32,8 балла±1,1). У больных преобладали гиперкинетические расстройства с дефицитом внимания и психопатоподобными проявлениями, развивалась эмоциональная сфера. Оценка общего клинического впечатления (CGI) для этой когорты больных составляла 5-6 баллов, что следует интерпретировать как условный рубеж между выраженными и тяжелыми расстройствами. В когорте больных с АДП эндогенным манифестация болезни приходилась на 2-4 годы жизни на фоне аутистического дизонтогенеза. Оценки рейтинговых шкал отличались более высокими показателями по степени тяжести, а так же характеру основного компонента кататонических расстройств. Так, выраженность аутизма по клинической шкале CARS составила в среднем 52,8±4,75 баллов, что соответствует «крайне тяжелому аутизму» в соответствии со стандартом интерпретации. Данные оценочной шкалы кататонических расстройств BFCRS обнаружили высокие показатели по всем субшкалам кататонии, что может быть расценено как явление композитного проявления кататонических расстройств полярных регистров и парциальной кататонии. По мере снижения остроты состояния у больных ведущими становились двигательные стереотипии с сохранениям резидуального фона кататонических расстройств. В ремиссии у больных сохранялся «тяжелый аутизм». Аутизм, кататония останавливали психическое развитие ребенка, способствовали формированию когнитивного дефицита (олигофреноподобного дефекта). Эмоциональная сфера у больных не развивалась.

Результаты определения иммунологических показателей в обследованных группах пациентов с ИП и АДП закономерно соотносились с клинической картиной и данными оценок рейтинговых шкал. Активность ЛЭ и α1-ПИ, была достоверно повышена в обеих группах по сравнению с нормой, что свидетельствует о состоянии врожденного иммунитета и отражает его активацию при манифестации РАС, в активном периоде течения болезни. Достоверного различия между группами пациентов по этим показателям не выявлено. В группе пациентов с АДП обнаружено достоверное повышение уровня антител к нейроантигенам по сравнению с контролем и группой больных с ИП, что отражает статус приобретенного звена иммунитета и является отличительным маркером для тяжелой психической патологии – АДП эндогенного или детской шизофрении с прогредиентным злокачественным течением.

Выводы.

1. Чем выше уровень аАТ и активность ЛЭ, тем значительнее выражены аутистические и когнитивные расстройства у пациентов. Это положение подтверждается также оценкой степени тяжести РАС по шкале CARS и BFCRS у пациентов, находящихся в острой стадии заболевания.

2. Отличительной чертой ИП является активация врожденного иммунитета (увеличение активности ЛЭ и повышение уровня острофазных белков).

3. Активация приобретенного иммунитета (аАТ к нейроантигенам), является аргументом в пользу гипотезы об аутоиммунном происхождении АДП и характеризует его как тяжелое нейродеструктивное заболевание с неблагоприятным прогнозом.

К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Малинина Е.В.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Цель рекомендаций – дать практикующим врачам современные и эффективные принципы диагностики органического психического расстройства и доказательно обоснованные подходы к их терапии.

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных (MEDLINE, EMBASE и др.). Следует отметить, что доказательной базой для рекомендаций являются публикации, преимущественно отечественных школ детской психиатрии. Это связано с разными подходами к верификации данных расстройств в детском возрасте отечественным и международным сообществами.

Результаты и обсуждение. До настоящего времени значительное место в общей структуре психической патологии детей и подростков принадлежит резидуально-органическим психическим расстройствам. Высокая распространенность, полиморфизм клинических проявлений, их взаимосвязь, неоднородность этиопатогенетических факторов, динамических критериев привносят порой нечеткость и неоднородность в систематику, и терминологию данной патологии. Среди детских психиатров отсутствует единый методологический подход к формулировке диагноза. Так, американские и европейские специалисты пользуются разными классификациями (DSM и МКБ соответственно). Более того, терминологическая неопределенность связана с разными подходами в отечественной и зарубежной детской психиатрии.

В отечественной детской психиатрии нарушения, обусловленные пре-, перинатальными факторами (внутриутробная гипоксия, родовая травма и др.), относят к резидуально-органическим нервно-психическим расстройствам (Сухарева Г.Е.,

1974; Ковалев В.В., 1995; Буторина Н.Е., 2008). В их основе лежит раннее органическое поражение головного мозга (например, родовая травма). Выделяют так называемые дизонтогенетические формы (с нарушением морфо-функциональной зрелости мозговых структур) с синдромами нарушения развития отдельных систем мозга. Это задержки психоречевого развития, психический инфантилизм, «органический аутизм» и резидуальная олигофрения. И выделяют энцефалопатические формы органических психических расстройств (сочетание незрелости с признаками повреждения мозговых структур) с преимущественно церебрастеническим, неврозоподобным, психопатоподобным и диэнцефальным синдромами. Здесь же обозначены синдромы гидроцефалии, эпилептический, органической деменции и периодический органический психоз (Ковалев В.В.,1995). Такой подход долгие годы оставался в отечественной детской психиатрии, практически до введения МКБ – 10.

Обсуждая международный опыт работы по данной проблеме, хотелось бы остановиться на концепции «минимальной мозговой дисфункции», которая занимала прочные позиции в течение многих лет. Считалось, что результатом серьезных мозговых повреждений является умственная отсталость и церебральный паралич. Тогда как при менее серьезных – возможно появление множества клинических проявлений, включая гиперактивность, тики, расстройства развития, аутизм. Это так называемая концепция «континуума репродуктивного травматизма», которая на сегодняшний день считается чрезмерно упрощенной и в целом неверной (Р.Никол, 2009). Анализ и сопоставление имеющихся данных не подтверждает гипотезу о том, что минимальное мозговое расстройство служит причиной психических расстройств в детском возрасте (Rutter M., 1970, 1982, 2002).

В этом контексте важным является, прежде всего, определение содержания самого понятия «органическое психическое расстройство».

Следует отметить, что этим термином принято обозначать лишь последствия закончившегося церебрального заболевания – «резидуально-органические психические расстройства». Эти расстройства характеризуются разнообразными психическими нарушениями, имеющими общую патогенетическую основу, представленную сочетанием механизмов повреждения и выпадения функций с механизмами нарушенного развития. Соотнесение этих взглядов, сложившихся в отечественной детской клинике, с диагностическим классом F00 МКБ-10 показало, что современные систематики не отражают всего многообразия непсихотических и психотических форм органических психических расстройств в детском возрасте.

В силу морфологической незрелости головного мозга, высоких компенсаторных возможностей его систем и структур, степени тяжести повреждения клиническая картина последствий мозговых повреждений будет определяться тесным переплетением неврологических и психических симптомов. Чем меньше возраст ребенка, тем больше нарушений развития неврологических функций. С возрастом происходит перераспределение акцентов симптоматики в сторону психических расстройств. Из всех перечисленных исходов мозговых повреждений в компетенции невролога будут находиться ДЦП, гидроцефалия и эпилепсия. Хотя как показывает практика, и в этих случаях необходимо двойное наблюдение специалистов (неврологов и психиатров). Клинические особенности органических психических расстройств в детском возрасте связаны с морфологической незрелостью мозга и определяются возрастным уровнем нервно-психического развития. В дошкольном возрасте проявления атипичны, рудиментарны и выражаются сочетанием неврологической симптоматики с невропатическими признаками и задержкой развития. В школьном возрасте большой удельный вес занимают расстройства познавательных процессов с нарушением школьных навыков. В дальнейшем, к пубертатному периоду, увеличиваются проблемы эмоционально-волевой сферы и патологии личности.

В клинические рекомендации, таким образом, должны быть включены варианты органических психических расстройств – дизонтогенетические и энцефалопатические. К дизонтогенетическим относятся синдромы нарушенного развития – F80 (задержка речевого развития, задержка развития моторики, синдромы нарушения развития «школьных навыков»). Особенностью данной группы расстройств является обязательное начало в младенческом или детском возрасте, тесная связь с повреждением или задержкой в развитии функций с биологическим созреванием мозга. Имеет место непрерывное течение без ремиссий или рецидивов, чаще всего повреждаются речь, зрительно-пространственные навыки и координация движений.

Общие признаки:

- Начало в раннем детском возрасте без предшествовавшего периода нормального развития
- Повреждение или задержка развития функций тесно связаны с биологическим созреванием Ц.Н.С., с нарушением формирования межанализаторных связей
- Постоянное течение без ремиссий и рецидивов с тенденцией у большинства форм к уменьшению тяжести нарушений с возрастом

В эту же группу включаются синдром психофизического инфантилизма, гиперактивности, оппозиционно-вызывающего поведения.

Энцефалопатические расстройства, это расстройства с доказанной этиологией, в виде церебрального заболевания, черепно-мозговой травмы и другой мозговой дисфункции. Сюда входят все синдромы рубрики F 00-F 09.

Несмотря на терминологические различия в отечественных и международных классификациях приведенное сравнение является корректным и может быть использовано в качестве основы для клинических рекомендаций в России. Главным условием является то, что для полноты диагностического охвата рекомендуется при необходимости использовать одновременно два кода или более. Для преодоления классификационных недостатков и реального использования на практике всех клинических критериев было бы целесообразно за основу взять многоосевую диагностическую систему.

Что касается вопросов терапии органических психических расстройств в детском возрасте, уровень доказательности различных видов терапии не высокий, т. к. существует очень мало исследований эффективности в этой области, возможно, потому, что традиции в терапии разные. Это в большей степени касается применения нейрометаболических препаратов и ноотропов.

Выводы. Клинические рекомендации диагностики и лечения органических психических расстройств в детском возрасте должно строиться на опыте прошлого, опираться на взгляды отечественных и международных психиатрических школ и квалифицироваться с позиций используемой в России международной классификации болезней (МКБ-10) и многоосевой диагностической системы.

ПСИХИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СИНДРОМА ВЕСТА

Малинина Е.В., Мануйлов Г.В., Кочкина А.А.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Цель исследования. Изучить особенности психического статуса у детей, перенесших синдром Веста.

Материал и методы. В исследование включены дети от 2 до 12 лет (8 мальчиков и 4 девочки), в анамнезе которых была верифицирована эпилептическая энцефалопатия-синдром Веста. Обследование осуществлялось с помощью клинико-анамнестического и клинико-психопатологического методов.

Результаты и обсуждение. Изучение эпилептологического статуса показало, что на момент обследования у 4 пациентов была ремиссия инфантильных спазмов (медикаментозная или спонтанная), у 8 детей произошла эволюция синдрома Веста в другие формы эпилепсии (синдром Леннокса-Гасто (n=1), фокальная эпилепсия (n=7)). Этиология эпилептических приступов в 8 случаях имела симптоматический характер (туберозный склероз, патология мозолистого тела), и в 4 была криптогенной. У 6 детей до дебюта эпилепсии было нормальное становление психических функций, у 6 наблюдалось нарушение развития. С появлением инфантильных спазмов отмечен регресс у нормально развивающихся детей (n=6) и усугубление нарушений у обследованных с отставанием в развитии (n=6). На момент осмотра у всех пациентов выявлена умственная отсталость: у 7 она соответствовала умеренной степени, у 5-тяжелой. Анализ отдельных симптомов и особенностей поведения позволил выделить две группы. В первой группе были дети с аутистическиподобным поведением (n=9). Для них были характерны отгороженность от внешнего мира, особенности игровой деятельности – стереотипное манипулирование неигровыми предметами (водой, волосами, газетами и т.д.), стереотипные движения (n=5), отсутствие речевого контакта (n=7), эхолалии и эхопраксии (n=4). У 1 ребенка наблюдался хороший музыкальный слух, он точно воспроизводил слова песен и мелодии. У данной группы отмечались криптогенная (n=4) и симптоматическая этиология эпилепсии (n=5), предшествующее болезни нормальное развитие (n=5), нарушение развития (n=4). Эволюция в фокальную эпилепсию наблюдается в 5 случаях, ремиссия-в 4. Анализ когнитивных нарушений выявил умеренную умственную отсталость (n=7) и тяжелую умственную отсталость у детей данной группы (n=2).

Вторая группа (n=3) характеризовалась в большей степени тяжелыми нарушениями речи, навыков самообслуживания, импульсивным и агрессивным поведением. У 2-х детей отмечался детский церебральный паралич. В данной группе встречалась только симптоматическая эпилепсии (n=3). Предшествующее синдрому Веста нормальное развитие было у 1 ребенка, нарушение развития у 2 детей. Эволюция в фокальную эпилепсию отмечена у 2 детей, в синдром Леннокса-Гасто – у 1 ребенка. Ремиссии в данной группе отсутствовали. Уровень когнитивных нарушений соответствовал степени тяжелой умственной отсталости (n=3).

Выводы. Таким образом, изучение психического статуса детей с синдром Веста продемонстрировало наличие у всех пациентов выраженных нарушений интеллектуально-мнестической сферы. Характер расстройств определялся спецификой эпилептической энцефалопатией, этиологическим фактором, динамикой эпилептического процесса и верифицировался как умственная отсталость (умеренная и тяжелая). Особенностью клинических проявлений было наличие у большинства пациентов аутистическиподобного поведения. Следует отметить, что аутистические симптомы возникали преимущественно у детей с ремиссией инфантильных спазмов.

БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.

Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С., Пахтусова Е.Е.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Исследования последних лет (Kim et al., 2005; Liu T., Potenza, 2007; L.Ghassemzadeh et.al, 2008, Лоскутова В.А., 2004; Егоров А Ю, 2007-2015; Малыгин В.Л. и соавт, 2010 -2015) свидетельствуют о сверхувлеченности подростков интернетом, нередко злоупотреблении им, а, в ряде случаев, и явной зависимости от виртуальной среды. В тоже время факторы риска формирования интернет-зависимого поведения остаются недостаточно изученными. Цель исследования изучение биологических, социальных и личностно-характерологических факторов, влияющих на формирование интернет-зависимости. Методы исследования: тест Чена на интернет-зависимость (CIAS) в адаптации Малыгина В.Л, Феклисова К.,.; опросник Кеттелла HSPQ; патохарактерологический опросник МПДО, методика « телесный образ Я» (M. Feldenkreiz,) опросник АСВ 2 (Юстицкис В., Эйдемиллер В.Г.), проективная методика «Мать и Дитя» (Мельникова М.Л.); проективная методика «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г.); методика исследования социального интеллекта Гилфорда; методика диагностики эмоционального интеллекта MSCEIT. Результаты. Обследовано 1084 подростка. Выявлено, что 318 из них (29,3%) злоупотребляют интернетом. Признаки сформированной интернет-зависимости обнаружили 46 (4,3%) подростков. Нейропсихологические исследования 30 интернет – зависимых подростков обнаружили, что у них, по сравнению с условно здоровыми подростками (контрольная группа, n=35), достоверно чаще ($p<0,05$) отмечается сглаженность межполушарного взаимодействия, функциональная слабость межполушарных комиссур и левой передней доли мозга, что проявляется нарушением пространственного праксиса, слухомоторной координации, контроля и регуляции деятельности. Функциональная недостаточность межполушарных взаимодействий увеличивает нагрузку на первый и третий блоки мозга и, соответственно, вызывает утомляемость. Таким образом, подростки, склонные к интернет-зависимости, отличающиеся повышенной утомляемостью, могут использовать интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание, так как постоянное появление новых стимулов повышает уровень концентрации внимания. В свою очередь напряженная деятельность в интернете, способствует еще большему истощению и утомлению, формируя тем самым своеобразный порочный круг зависимого состояния. С другой стороны недостаточное включение в функциональную систему передних отделов левого полушария снижает возможности планирования, регуляции своей деятельности и времени проводимого в сети. Недостаточно развитые функции Ц.Н.С. могут и должны продолжать развиваться в подростковом возрасте, однако отсутствие активного образа жизни, ограничение реального общения, как следствие Интернет-зависимости, затрудняет процессы развития. Изучение образа тела у интернет-зависимых подростков обнаружило, что у них более часто отмечается формально-символическое обозначение чувственной ткани собственного тела, по сравнению с подростками контрольной группы. Телесный образ «Я» подростков отличается слабой дифференцированностью и отражает их тенденцию отделять ментальность от эмоциональности, наличие проблем в сфере контактов, отсутствие уверенности в себе. Недостаточная развитость телесной сферы может вероятно затруднять развитие эмоционально-чувственной сферы, в частности эмоционального интеллекта. Проведенное исследование 111 семей подростков с интернет зависимым выявило, что в семьях интернет-зависимых подростков достоверно чаще отмечается тип воспитания с чертами гиперпротекции или гипопротекции. В этих семьях при низком уровне запретов в целом, количество санкций значительно превышает количество санкций в семьях группы нормы, что говорит о непоследовательности и амбивалентности в воспитании родителями подростка. Подростки с интернет зависимостью демонстрируют черты инфантильности во взаимоотношениях с матерью, склонны переоценивать свою близость к ней. Выявленные особенности семейных отношений могут способствовать бегству подростка в виртуальную среду. Исследование характерологических

свойств 384 подростков с интернет-зависимым поведением обнаружило следующие их отличительные черты. Подростки с интернет-зависимым поведением характеризуются снижением регуляторно-волевой сферы, отличаются повышенной импульсивностью, сверх-активностью на слабые провоцирующие стимулы. Для них характерно беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, затруднение самоконтроля, как над своим поведением, так и над своими эмоциями. Они часто проявляют склонность к аффективному реагированию, обладают повышенной возбудимостью и общей личностной фрустрированностью. Им сложно организовать свою деятельность, время, порядок выполнения дел. Анализ распространенности типов акцентуаций обнаружил, что среди интернет-зависимых подростков сравнительно чаще по отношению к контрольной группе отмечается возбудимый (12,76% и 0,94% соответственно), интровертированный (8,5% и 0,0% соответственно), астено-невротический (6,38% и 0,0% соответственно) и неустойчивый (4.25% и 0,94%, соответственно) типы. Таким образом, подростки с возбудимыми и интровертированными чертами характера, вероятно являются наиболее уязвимыми по отношению к виртуальной среде. Исследование эмоционального интеллекта 94-х подростков с интернет-зависимым поведением выявило достоверное снижение его, по сравнению с контрольной группой (49,25 и 51,42, соответственно, $p<0,05$). Достоверные различия выявлены по секции А (восприятие эмоций других лиц) и секции Е (способность улавливать общие настроения, содержащееся в окружающем), которые входят в компонент «способность к идентификации эмоций». Исследование социального интеллекта (тест Гилфорда) выявило, что интернет-зависимые подростки достоверно хуже распознают различные смыслы вербальных сообщений других людей, что делает затруднительным правильное понимание того, что люди говорят друг другу (речевую экспрессию) в контексте определенной ситуации, конкретных взаимоотношений. Подростки с интернет-зависимым поведением достоверно хуже идентифицируют эмоциональное состояние других людей и окружающего пространства, обладают сниженной чувствительностью к характеру и оттенкам человеческих взаимоотношений, что затрудняет их взаимодействие с другими людьми и, соответственно, их адаптацию в социуме. Необходимо отметить, что само по себе интернет-пространство обладает определенными аддиктогенными свойствами: избегание и опыт потока, анонимность, безопасность, обладает стимулирующим эффектом, способствует возникновению расторможенности (D.M. Greenfield, 1999) и измененному состоянию сознания.

Выводы. Таким образом возникновение интернет-зависимости у подростков обусловлено как биологическими факторами (врожденная функциональная недостаточность Ц.Н.С.) так и особенностями семейного воспитания (амбивалентный стиль воспитания, недостаточная эмоциональная близость), что, в свою очередь, способствует формированию дезадаптивных личностных черт в виде возбудимости, эмоциональной неустойчивости, личностной фрустрированности, а также неразвитости эмоционального и социального интеллекта. Указанные личностные свойства препятствуют своевременной социальной адаптации подростков, усиливают межличностные конфликты и способствуют бегству в интернет-пространство, которое, в свою очередь, оказывает определенный аддиктогенный эффект.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, КАК ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Меркурьева Ю.А., Малыгин В.Л., Искандирова А.С., Краснов И.О.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Цель – изучение клинико- психологических и нейропсихологических особенностей подростков, как целей-мишеней профилактики и психокоррекции интернет-зависимого поведения.

Материалы и методы. Обследовано 133 учащихся школ г. Москвы, средний возраст 15.5. По результатам методики «Шкала интернет-зависимости Чен» и экспертной оценки, данная группа была поделена на две: экспериментальную (подростки с интернет-зависимым поведением, n= 68) и контрольная (подростки использующие ресурсы интернет конструктивно, не имеющие интернет-зависимости, n= 65). Нейропсихологические особенности выявлялись путем проведения адаптированного нейропсихологического исследования для подростков (на основе Лурия-90). Особенности психопатологической симптоматики выявлялись с помощью методики «Опросник выраженности психопатологической симптоматики, SCL-90-R» в адаптации Н.В. Тарабриной, акцентуации характера определялись с помощью методики «Адаптированный подростковый характерологический опросник Шмишека». Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы Statistica 6.0, выявлялись различия для экспериментальной и контрольной групп, а также корреляции симптомов интернет-зависимого поведения, психопатологической симптоматики и нейропсихологических особенностей.

Результаты и их обсуждение. По результатам нейропсихологического исследования выявлено, что подростки с интернет-зависимым поведением достоверно отличаются от условно здоровых по показателям функциональных нарушений пространственного праксиса ($p=0,06$), слухомоторных координаций ($p=0,073$), внимания ($p=0,025$), контроля и регуляции деятельности($p=0,005$), а также опосредованного запоминания ($p=0,04$), которые у них значительно выше. Соотнося эти данные с локализацией функций следует отметить функциональную слабость префронтальной зоны, а также, учитывая утомляемость и снижение устойчивости внимания у подростков с интернет – зависимостью следует предполагать наличие слабости первого блока мозга (ретикулярная формация и ствол мозга). Подростки с интернет-зависимым поведением могут использовать интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание, так как постоянное появление новых стимулов внешне регулирует концентрацию внимания, в то же время это способствует еще большему истощению и утомлению. С другой стороны недостаточное включение в функциональную систему передних отделов левого полушария снижает возможности планирования, регуляции своей деятельности и времени проводимого в сети. Еще одним важным аспектом является то, что дефицитарные функции ЦНС могут и должны продолжать развиваться в подростковом возрасте, однако отсутствие активного образа жизни, ограничение реального общения еще больше усугубляет ситуацию. Таким образом такие функциональные нарушения первого (энергетического) и третьего (регуляции и контроля) блоков мозга могут не только способствовать формированию интернет-зависимости в рамках компенсации сложностей с вниманием и структурированием собственной деятельности, но и усложняют коррекцию данных расстройств.

Наличная психопатологическая симптоматика у подростков с интернет-зависимым поведением характеризуется

более высокой межличностной сензитивностью (p=0,001), тревожностью(p=0,024) и депрессивностью (p=0,005). При этом у них значимо выше показатели симптоматического дистресса (p= 0,034), что свидетельствует о тревожно-депрессивном реагировании на длительный стресс. При анализе результатов методики Шмишека было выявлено, что для подростков с интернет-зависимым поведением характерна акцентуированность в большей степени, чем норма. Кроме того значимо более выражены в группе интернет-зависимых такие типы акцентуации характера как демонстративный (p=0,017), циклоидный (p=0,003) и экзальтированный (p=0,0003). Таким образом, мы можем предположить, что подросток с такими особенностями как лабильность настроения, чувствительность, склонность к экзальтации аффекта, циклотимия может использовать интернет для компенсации данных черт. Благодаря возможностям интернет среды подросток может снизить тревогу в ситуации контакта через использование более формальной, легко контролируемой коммуникации. Кроме того, особенности Интернет как аддиктивного объекта (в частности опыт потока) позволяет редуцировать напряжение, связанное с неудовлетворенными потребностями, конфликтами или неудачами.

Корреляционный анализ показал, что общий показатель симптомов Интернет-зависимости (IA-Sym) достоверно положительно связан с функциональными нарушениями префронтальных отделов коры головного мозга (регуляция и контроль) – R=0,611, p<0,05. Увеличение тревожной симптоматики связано с более выраженным синдромом отмены (p<0.04), высокие показатели по шкалам фобия и навязчивость положительно связаны со шкалой внутриличностных проблем (IH) (p<0,05). В свою очередь общий показатель нарушения адаптации по тесту Чена (IA-RP) в большей степени положительно связан с навязчивостью, тревожностью, общим уровнем дистресса и фобией (p<0.05).

Выводы. Таким образом среди интернет-зависимых подростков отмечается значительная распространенность функциональных расстройств ЦНС, проявляющаяся нарушениями первого (энергетического) и третьего (регуляции и контроля) блоков мозга, которые способствуют формированию интернет-зависимости. В свою очередь сверхувлеченность интернетом задерживает психофизиологическое развитие подростка и затрудняет коррекцию данных расстройств. В виду сложной организации факторов, оказывающих влияние на формирование и течение Интернет зависимого поведения, при разработке коррекционных мероприятий необходимо учитывать распространенность функциональных расстройств ЦНС. Базовыми. мишенями психологической коррекции являются функциональные нарушения первого и третьего блоков мозга – активации и тонуса, регуляции и контроля деятельности, а также акцентуированные черты характера и наличные симптомы фобии, тревожности, обсессивность-компульсивные расстройства, высокий уровень переживаемого дистресса.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ГОРОДА БРЯНСКА

Михейкина О.В.

Брянск
ГАУЗ Брянская ОПБ№1

В структуре психической патологии у детей, получающих помощь в заведениях психиат-рического профиля, умственная отсталость составляет 28,65%, а у подростков 50,71% (Ми-ронов Н.Б., 2000). В настоящее время, как в России, так и за рубежом отмечается необходи-мость развития амбулаторного звена психиатрической помощи (И.В. Макаров, 2003, Druss B.G., et al., 2010). Министерством здравоохранения Российской Федерации утверждены стандарты по оказанию первичной медико-санитарной и специализированной помощи при умственной отсталости (Приказ Мин. здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 года №1231н), но рассчитаны они на взрослых больных.

С целью исследования медицинских помощи, оказываемой детям с умственной отстало-стью в городе Брянске, были проанализированы статистические показатели ежегодной отчетной формы №36 «Сведения о контингентах психически больных» (Постановление Гос-комстата РФ от 29.06.1999 №49 (ред. от 28.01 2009)) за 2007-2013 годы и амбулаторные кар-ты детей в возрасте от 3 до 15 лет (N=591), наблюдающихся у психиатров Брянской област-ной психиатрической больницы с диагнозами: легкая умственная отсталость(F70), умеренная умственная отсталость (F71), тяжелая умственная отсталость (F72), обратившихся за помощью с января 1998 по декабрь 2013 года.

Результаты. Проведенное нами исследование показало, что умственная отсталость на протяжении последних 7 лет стабильно занимает второе место по количеству детей, обратившихся за по-мощью в диспансерное отделение Брянской областной психиатрической больницы и являет-ся самой частой причинно инвалидности среди детей 3-15 лет.

Клинико – статистический анализ медицинской документации выявил особенности ока-зания как амбулаторной, так и стационарной помощи детьми с умственной отсталостью.

Так дети с легкой умственной отсталостью посещали участкового психиатра с частотой 2,54±1,8 раза в год, с умеренной умственной отсталостью – 2,72±2,0 раза в год, а с тяжелой 3,3±2,1 раза в год. При этом можно отметить, что максимальное количество посещений детей с F70 приходилось на возраст 4-5 лет (3,15±2,5), с F71 на 6-7 лет (3,5±2,4), а с F72 на 5 лет (4±3) и 12 лет (7,6±9,7).

Амбулаторное лечение получали 251 из 591 детей, что составляет 42%. В зависимости от тяжести патологии полученные данные выглядят следующим образом: 165 (35%) детей с F70, 57 (64%) детей с F71 и 29 (58%) детей с F72. В большинстве случаев пациентам назна-чались ноотропные, сосудистые, витаминные препараты, реже малые нейролептики и противоэпилептические средства.

Обследовались и лечились в других городах 29 из 591 детей с умственной отсталостью (33%) из них: 10 (2%) детей с F70; 8 (9%) детей с F71 и 11 (22%) детей с F 72.

Инвалидность по психической патологии имеют 197 из 591 детей от 3 до 15 лет (33%), из них: 98 (22%) детей с F70, 66 (74%) с F71 и 33 (66%) с F72. Детям с F70 инвалидность установлена на 1-2 года, детям с F71 на 2 года и более, детям с F72 до 18 лет. Инвалидность по другой патологии (неврология, соматическая патология) имеют 40 из 591 пациентов (7%) из них: 18 (4%) детей с F70, 10 (11%) детей с F71, 12 (24%) детей с F72.

Также было установлено, что однократно обследование и лечение в круглосуточном ста-ционаре проходило 6,7% детей (7% с F70, 9% с F71, 4% с F 72). Дважды за весь период наблюдения госпитализировались 3% пациентов (3% с F70, 4,5% с F71, 6% с F 72). Три и более раза – 1,8% (1% с F70 и 4,5% с F71). Не лечились в условиях стационара 89,8% паци-ентов (89% с F70, 82% с F71, 90% с F 72).

Однократное обследование и лечение в дневном стационаре проходило 12% детей (11% с F70, 11% с F71, 8% с F 72). Дважды за весь период наблюдения госпитализировались 6% пациентов (6% с F70, 9% с F71). Три и более раза – 4,5% (4% с F70 и 6% с F71 и 4% с F72). Не лечились и не обследовались в условиях дневного стационара 76,9% пациентов (76% с F70, 74% с F71, 88% с F 72).

Заключение. Исходя из полученных в ходе исследования результатов, можно заключить, что большин-ство детей от 3 до 15 лет получают помощь в амбулаторном звене, при этом,

количество по-сещений психиатра варьирует от 2,54±1,8 до 3,3±2,1, в зависимости от тяжести состояния. Пики обращаемости к участковому специалисту в большинстве случаев связаны с необходи-мостью решения вопросов о профиле школьно-дошкольного учреждения или оформлением документов для освидетельствования на МСЭ. Количество детей с легкой умственной отста-лостью, проходивших обследование и получавших лечение в условиях дневного стационара на 11% выше, чем в круглосуточном стационаре. Инвалидность по психической патологии имеют менее половины детей, причем многие пациенты с умеренной и выраженной ум-ственной отсталостью получили инвалидность в связи с соматическими и или неврологиче-скими заболеваниями.

Выявленные особенности оказания помощи могут быть полезны в разработке индивиду-альных планов реабилитации детей с умственной отсталостью и организации работы детских отделений больниц.

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ АГРЕССИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Мишкина Е.И.

Челябинск
Южно-Уральский ГУ

Актуальность. За последние годы число подростков с девиантным поведением существенно возросло. Непростая, постоянно изменяющаяся социально-экономическая обстановка, способствует увеличению количества неблагополучных семей. Подобные обстоятельства содействует появлению разнообразных искажений в личностном развитии и поведении подростков.

Необходимо выделить виды девиантного поведения, распространенные среди несовершеннолетних: наркомания, токсикомания, алкоголизм, угон автотранспорта, побеги, домашние кражи, хулиганство, подростковый вандализм, агрессивное и аутоагрессивное поведение. Среди них особую актуальность представляет не только высокий уровень тревожности, замкнутости, духовной опустошенности, но и растущий уровень агрессии, жестокость, а так же склонность к правонарушениям у подростков.

За последние годы психологами и педагогами был проведен ряд исследований направленных на изучение особенностей агрессии подростков. Проблема агрессии подростков затрагивает общество в целом, вызывает глубокое беспокойство педагогов и родителей, ставит ряд острых научных и практических задач перед исследователями и специалистами.

Анализ современных исследований позволяет сделать вывод, что девиантное поведение подростков, а именно высокая ожесточенность и агрессивность имеет сложную многофакторную природу. Большинство авторов в своих работах исследуют влияние одного из факторов на формирование агрессивного поведения, например, личностных особенностей, семейного окружения, школьной ситуации, что делает актуальным проведение комплексных исследований, охватывающих различные факторы и формы проявления агрессии у подростков с девиантным поведением. Также остро стоит необходимость в более глубоком исследовании роли половых различий в степени выраженности тех или иных видов агрессии у подростков с расстройствами поведения.

Цель: изучение половых различий в видах агрессии у подростков с расстройствами поведения.

Гипотеза исследования: существует ряд статистически значимых различий в видах агрессии у подростков мужского и женского пола с расстройствами поведения.

Методы и методики исследования. Исследование проводилось с помощью методики диагностики форм агрессии у подростков (опросник А. Басса-А.Дарки). Данный опросник был разработан в 1957 году А. Бассом и А. Дарки. С целью повышения зачимости и надежности результатов использовалась описательная математическая статистика. Для определения достоверности различий между группами использовался U-критерий Мана-Уитни.

Характеристика выборки. В исследовании приняли участие 140 подростков в возрасте от 11-15 лет находившиеся на госпитализации в закрытых клинических отделениях №14 и № 22 ГБУЗ ОКСПНБ №1 г. Челябинска с апреля 2014 по март 2015 год Госпитализация проводилась в связи с расстройствами поведения (бродяжничество, уходы из дома, агрессия по отношению к младшим сверстникам, противоправные действия и т.д.).

Результаты. В процессе диагностики были выделены две группы испытуемых в зависимости от пола. В первую группу(n=70) вошли подростки женского пола, находившиеся на госпитализации в 22 отделении ГБУЗ ОКСПНБ №1 г. Челябинска с апреля 2014 года по декабрь 2015 года. Вторую группу составили (n=70) подростки мужского пола, находившиеся на госпитализации в 14 отделении ГБУЗ ОКСПНБ №1 г. Челябинска с апреля 2014 года по декабрь 2015 года.

По данным исследования подростки 1 группы, показали себя как более раздражительные (Xср=6;U=338; при p≤ 0,01), подозрительные (Xср=6; U=296,5; при p≤ 0,01) и менее негативистичные (Xср=4; U=316,5; при p≤ 0,01). Подростки женского пола оказались более склонны к проявлению грубости и вспыльчивости при малейшем возбуждении. Данное личностное свойство сочеталось с выраженной подозрительностью и уверенностью в том, что окружающие намеренны, причинить им вред. Манера поведения в большинстве ситуаций оставалась оппозиционной, направленной против авторитетов и руководства. Основной формой агрессии для данной группы явилась вербальная (Xср=8; U=84; при p>0,05) и косвенная (Xср=7; U=91; при p≤ 0,05). Подростки данной группы продемонстрировали склонность испытывать чувство вины и ощущение собственной неполноценности (Xср=8; U=269,5; при p≤ 0,01), зачастую без реальных на то причин. Общий индекс агрессивности и враждебности во второй группе тоже значимо выше, чем в первой. Показатель враждебности (Xср=12; U=132; при p≤ 0,05) во второй группе характеризует подростков как склонных отвергать общепринятые ценности и нормы. Подростки 2 группы более агрессивны и склонны к использованию физической силы против других (Xср=9,44; U=96; при p≤ 0,05). Агрессия для данного типа подростков является основным способом взаимодействия с внешним миром. Агрессивные проявления имеют ненаправленный характер, выражаются: в криках, ударах по столу, поломке предметов мебели, посуды. Так же агрессия выражается у подобной группы подростков через крики, нецензурную лексику, оскорбления (Xср=8;U=162; при p≤ 0,05). Подростки мужского пола склонны принимать только те нормы, которые приняты в их среде, группе членами которой они непосредственно являются. Более высокие показатели по шкале физической агрессии в целом говорят о том, что подростки мужского пола более склонны к физическим проявлениям агрессии, данное обстоятельство можно объяснить гендерным аспектам развития личности(Xср=9,44; U=96; при p≤ 0,05). На основании результатов диагностики можно говорить о том, что основным видом агрессивного поведения в данной подростковой среде является – физическая агрессия.

Вывод. Проведенное диагностическое исследование форм агрессии подростков мужского и женского пола показало, что данные группы действительно имеют существенные отличия. Общий индекс агрессивности подростков мужского пола оказался значимо выше 1 группы. Подростки 2 группы были более склонны к использованию физической силы против других. Агрессия для данного типа подростков является основным

способом взаимодействия с внешним миром. Зачастую агрессивные проявления имеют ненаправленный характер, выражаются: в криках, поломке предметов мебели, посуды. Подростки 1 группы, показали себя как, более раздражительные и подозрительные, но при этом менее негативистичные. Основной формой агрессии для всех групп исследования явилась вербальная и косвенная. С помощью методов математической статистики (U – критерий Мана-Уитни) были выявлены значимые различия между группами подростков. Таким образом, проведенное исследование подтвердило выдвинутую гипотезу о том, что существует ряд статистически значимых различий в видах агрессии у подростков мужского и женского пола с расстройствами поведения.

Данные полученные в ходе исследования могут быть полезны социальным педагогам и психологам при составлении коррекционных, реабилитационных и сопроводительных маршрутов для подростков с расстройствами поведения. Тема, затронутая в ходе нашего, исследования требует более полного, развернутого и многофакторного изучения.

Список литературы:

1. Белевич В.Ю. Недостатки обучения и воспитания в условиях экономического кризиса // Актуальные вопросы психиатрии, психотерапии и психологии в условиях кризиса. Челябинск Издательство «Пирс», 2010.

2. Косов, А.М. Совершенствование оказания детской психиатрической помощи в условиях ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1» // А.М. Косов, Т.А. Смирнова, Л.С. Рычкова. – Совершенствование и оптимизация специализированной помощи детскому населению при психических расстройствах / под ред. Д.м.н. Е.В. Малининой, профессора, д.м.н. Е.В. Макушкина – Челябинск: ТЕТА, 2014

3. Рычкова, Л.С. Медико-социальная работа с контингентом лиц, страдающих психическими расстройствами // Л.С. Рычкова, Т.А. Смирнова, А.М. Косов, О.Б. Конева. – Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, Челябинск – Магнитогорск, 2014.

4. Рычкова, Л.С. Психогигиенические условия сохранения психического здоровья у детей и подростков // Л.С. Рычкова, А.А. Атаманов, Т.С. Ефименко, М.О. Черницова.

К ВОПРОСУ О РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Николаев Ю.М., Кунафина Е.Р., Марфина Н.А.

Уфа
БГМУ

Расстройства поведения наблюдаются в детском и подростковом возрасте достаточно часто. Причиной аномальных реакций могут быть как церебрально-органические, так и ситуационные психотравмирующие факторы (Личко А.Е., 1983; Богданов В.А., 1987; Robins Z W et al. 1992).

Сложность проблемы нарушенных форм поведения подростков состоит в том, что она включает аспекты и клинико-психиатрические, и педагогические, и психологические, и права. Анализ приводимых в литературе данных показал, что опережающий рост девиантного поведения и злоупотребления алкоголем отмечен у девочек –подростков, Имеются также отдельные данные и о качественном своеобразии девиантного поведения у лиц женского пола(Исаев Д.Н., Коган В.Е., 1986; Пилявская О.И., 1989, Bernstein D.P. et al., 1993).

С целью уточнения роли социальных и биологических факторов в формировании девиантного поведения у подростков с учетом половой принадлежности, проведено изучение 145 девочек 14-17 лет, формы нарушения поведения которых соответствовали критериям «Расстройство социального поведения при сохранных социальных связях» (F -91.2) по МКБ -10, и 60 девочек того же возраста без поведенческих расстройств, которые составили контрольную группу. Полученные результаты исследования обработаны методами параметрической и непараметрической статистики.

Проведенные исследования показали высокую отягощенность девочек- подростков с девиантным поведением биологическими факторами развития. у 78 (53,2%) девочек. Резидуально-органическое поражение головного мозга, выявленное у значительной части девочек-подростков с поведенческими расстройствами, могло способствовать развитию у них пограничных нервно-психических расстройств, одним из вариантов которых был церебрастенический синдром.

Церебрастенический синдром выявлен был у 53 (67,9±5,28%), в части случаев сочетавшийся с психопатоподобной и невротической симптоматикой.

Психопатоподобный синдром выявлен у 20 (25,6±4.93%), преимущественно в виде импульсивно-эпилептоидного варианта.

Аффективно-возбудимый вариант психопатоподобного синдрома, проявлявшийся эксплозивными реакциями по малейшему поводу, повышенной аффективной возбудимостью наблюдался у 6 (7,7%), синдром психической неустойчивости со склонностью к примитивным удовольствиям и чрезмерной зависимостью от внешних обстоятельств отмечен у 3 (1.3%) девочек.

Отдельные моносимтомы психопатоподобной симптоматики наблюдались как у девочек с девиантным поведением, так и у девочек контрольной группы, хотя и значительно реже. Так, гипотимный фон настроения отмечался у 44 (56,4±5, 3%) девочек с нарушенными формами поведения и у 11 ((20,0±1. 87%) в контрольной группе ($p<0,01$), эксплозивные реакции у 54 (69,9±5,10%) девочек с девиантным поведением и 11 (19,%±7,02%) в контрольной группе ($p<0,01$).

Пограничные расстройства невротического уровня не укладывались в критерии неврозоподобного синдрома (по В.В.Ковалеву,1995) и были представлены невротическими симптомами. У девочек с нарушенными формами поведения, чаще, чем в контрольной группе, встречался высокий уровень невротизации – у 24, 5±5,90% против 7,1±3. 43% ($p<0,01$). Отмечена прямая корреляционная зависимость высокого уровня невротизации и имеющимся органическим поражением головного мозга ($r + 0,6$ $p<0,01$), а также девиантным поведением ($r +0,68$ $p<0,01$), тогда как корреляционной зависимости высокого уровня невротизации и влияния неблагополучного психологического климата в семье не выявлено.

Было проведено изучение условий окружающих их микросреды

Сравнительные данные о составе и структуре семей девочек подростков с девиантным поведением показало, что большинство из них воспитывались в неполных семьях – 47,4 + 5,64%, тогда как в контрольной группе 16,7±5,07% ($p<0,01$). Помимо нарушения структуры семьи, часто отмечались и нарушения внутрисемейных отношений; так, конфликтная обстановка в семье отмечена у 46,2±5, 65% девочек с девиантным поведением и у 23,2±5,64% в контрольной группе ($p<0,01$). Злоупотребление алкоголем в окружении девочек –подростков с девиантным поведением было высоким. – злоупотребляли алкоголем 12,7±3,78% матерей и 36,0±5,43% отцов, оба родителя – 9.0±3,23%. Достоверно выше было и криминальное окружение у девочек с девиантным поведением, так, имели судимость мать у 10,25±3,43%, отец – у 30,8±5,22%, в контрольной группе подобных явлений отмечено не было ($p<0,01$)

Как одно из проявлений девиантного поведения рассматривались и сексуальные девиации. Раннее начало половой

жизни – с 11-12 лет, было у 19,3% девочек, с 13-14 лет – 59%, тогда как в контрольной группе лишь 1,8% девочек того же возраста имели сексуальный опыт. Согласно данным, приводимым в литературе, сексуальное девиантное поведение в ряде случаев может приводить к противоправным действиям, а испытанное сексуальное насилие вызывает тревожность и эмоциональную напряженность (M. Leifer, J.P. Shapiro et al. 1991, B.H. Sanders, M.N. Giolas, 1991).

Специфика и выраженность девиантного поведения зависели от характера констелляции патологического органического фона и воздействия неблагоприятных микросоциальных факторов. Так, в развитии антисоциальной формы девиантного поведения большую значимость имело воздействие неблагоприятных микросоциальных факторов – нарушение структуры и функции семьи (r+ 0,66 p<0,01), криминальное окружение (r + 0,35 p<0,01) а также наблюдалась корреляционная связь с высоким уровнем невротизации (r+0,68 p<0,01), хотя, возможно, в части случаев он мог быть обусловлен и неблагоприятными внешними причинами.

В формировании делинквентной формы поведения предикторами можно считать сочетание биологических и неблагоприятных микросоциальных факторов. Выявлена прямая корреляционная связь резидуально-органического поражения головного мозга с высоким уровнем психопатизации (r+0,45 p<0,01) и высокого уровня психопатизации с делинквентным поведением (r +0,85 p<0,01), а также прямая корреляционная связь делинквентного поведения с влиянием криминального окружения (r+0,7 p<0,01), ранним началом употребления алкоголя (r+0,22 p<0,01). Корреляционной связи с воспитанием в условиях дисгармоничной семьи не выявлено.

Таким образом установлено, что в формировании поведенческих расстройств у девочек подростков имеет значение констелляция ряда патогенных факторов – психопатологических, психологических микросоциальных и других экзогенных, каждый из которых взятый в отдельности, может быть отнесен к разряду факультативных. Выявлена неодинаковая роль биологических и некоторых микросоциальных факторов в различных по тяжести форм девиантного поведения.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АУТИЗМОМ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2014 Г.

Николаева Т.А., Творогова Н.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Генеральной Ассамблеей ООН 18 декабря 2007 (резолюция № A/RES/62/139) установлен Всемирный день распространения информации об аутизме – 2 апреля. Научная организация «Autism Speaks» (США) насчитывает в мире около 67 миллионов человек страдающих этим заболеванием, аутизм выявлен у каждого 110-ого ребенка. По данным ВОЗ на начало 2015 г. около 80% взрослых с аутизмом не работают, среди причин преобладают не-достаточное профессиональное обучение, отсутствие помощи при трудоустройстве и предвзятость к людям с «психиатрическим диагнозом».

Цель: определение основных характеристик, свойственных больным аутизмом.

Материал: данные Федерального государственного статистического наблюдения, при-веденные в отчетной форме №10 «Сведения о заболеваниях психическими расстрой-ствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)».

Методы: математико-статистический и клинико-динамический сравнительный анализ изучаемых данных.

В Российской Федерации начиная с 2014 г., в формы №№10 и 36 государственного статистического наблюдения выделены данные о лицах, страдающих аутизмом, позволяющие, с одной стороны, оценить распространенность этой патологии по всем регионам страны, а с другой стороны, выявить особенности в структуре контингента больных по полу, возрастным группам, месту проживания и некоторым другим параметрам. В абсолютном выражении контингент больных аутизмом не очень велик (в общем числе лиц, страдающих психическими расстройствами, на долю больных аутизмом приходится всего 0,35%). Но по клиническим и социальным характеристикам эти больные требуют пристального внимания ряда специалистов – врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов, реабилитологов и др. Кроме того, для их социальной реабилитации и повышения качества жизни необходимо создать сеть социально-реабилитационных и специализированных образовательных организаций (специализированные детские сады, школы, интернаты, центры общения и поддержки родственников и т.п.), которых в РФ на сегодняшний единицы.

В 2014 г. за помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения психиатрической службы страны обратилось 14295 лиц, страдающих детским и атипичным аутизмом (F84.0,1 – 13897 человек) и синдромом Аспергера (F84.5 – 398 человек). В расчете на 100 тыс. населения показатель общей заболеваемости аутизмом (вместе F84.0,1 и F84.5) составил в 2014 г. в РФ 9,8.

Основную группу лиц, страдающих аутизмом, составляют дети 0-14 лет – 13057 (F84.0.1) и 332 (F84.5), всего – 13389 человек, или 93,6% в общем числе больных аутизмом. Подростки 15-17 лет составили соответственно 749+48=797 человек, или 5,6%. Вместе на детей и подростков пришлось 14186 человек, или 99,2%. По 53 человека, больных аутизмом было в группах 18-19 лет и 20-39 лет (по 0,4%). В возрастной группе 40-59 лет был зарегистрирован 1 больной и в группе старше 60 лет – 2 больных. Большинство больных детским и атипичным аутизмом находятся под диспансерным наблюдением (86,3%), а на долю обратившихся за консультативно-лечебной помощью пришлось 13,7%. Отметим, что у больных синдромом Аспергера соотношение несколько другое – 63,6 и 36,4%, то есть у них менее высокая доля приходится на больных, находящихся под диспансерным наблюдением (63,6%) и более высокая у лиц, получивших помощь по обращаемости (36,4%), в целом по группе больных аутизмом соотношение диспансерных и консультативных больных составило 85,6-14,4%.

Распределение больных аутизмом по месту проживания показало, что наибольшую часть составляют городские жители (всего – 12229 человек, или 85,5% в общем числе больных аутизмом), и меньшая часть приходится на сельских жителей (2066 человек, 14,5%). Возрастные структуры больных аутизмом – городских и сельских жителей очень близки между собой – среди городских жителей в целом на детей и подростков приходится 99,1%, а среди сельских этого возраста – 99,3%. Под диспансерным наблюдением находится 85,7% городских жителей, и 85, 5% сельских.

Из общего числа больных аутизмом у 2315 человек диагноз был установлен впер-вые в жизни (16,2% в общем контингенте больных и 1,6 на 100 тыс. населения). Из их числа, кроме 1 больного, все другие оказались в детском и подростковом возрасте, как у городских, так и сельских жителей. При установлении диагноза впервые в жизни врачи-психиатры, как правило, более сдержанно подходили к тому – брать ли больного под диспансерное наблюдение или понаблюдать за ними консультативно. В целом под диспансерное наблюдение было взято 68,3% больных аутизмом из числа впервые выявленных, а под консультативное – 31,7%.

Среди больных аутизмом очень высок процент инвалидов. В контингенте больных 10374 человека были инвалидами

(72,6% в общем числе больных аутизмом), из них 9755 человек были дети 0-17 лет (68,3%), 211 человек имели III группу инвалидности (1,5%) и 408 человек были инвалидами I – II групп (2,8%). В течение 2014 г. первично были признаны инвалидами вследствие аутизма 1691 больной (11,8% в общем числе больных аутизмом), из них 1662 человека были дети 0-17 лет (11,6%) и 29 человек признаны инвалидами I – II групп (0,2%), инвалидов с III группой инвалидности среди детей не было. Как видно, контингент больных аутизмом очень тяжелый в клиническом и социальном аспектах.

Приведенные данные говорят о существовании проблемы аутизма, с которой до недавнего времени боролись в основном семья и близкие таких больных, в большинстве случаев почти безуспешно. В последние годы в РФ ей стали уделять более при-стальное внимание – в разных городах стали появляться сообщества и общественные организации для больных и их родственников, более широко проблема начала освещаться в СМИ. Но говорить о том, что данная проблема взята под контроль, этим больным оказывается всесторонняя помощь и качество их жизни находится на должном уровне пока не приходится.

Таким образом, аутизм как клинико-медицинская и социальная проблема в нашей стране требует привлечения внимания и организации работы ряда специалистов и государственных структур, начиная от тех, кто занимается изучением причин его появления и заканчивая теми, кто участвует в социализации и пожизненной поддержке таких людей. Только комплексные мероприятия, направленные на решение важной для всего общества проблемы, поскольку диагноз устанавливается в большинстве случаев уже с детского возраста, призваны помочь разрешить ее.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПО ТИПУ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АЛЬТЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ

Новикова Г.Р.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Понятие «пограничные психические расстройства» (ППР) применительно к оценкам психических и поведенческих расстройств в детском возрасте требует более углубленной разработки с учетом эволюционно-динамических характеристик в многомерном анализе клинических картин. Такой подход предполагает выделение переменных развития, релевантных для понимания различных нарушений.

В качестве объекта нашего исследования были выбраны ППР по типу церебральной альтерации у детей 6–8 лет, связанные с ранними резидуальными органическими церебральными состояниями. Эти расстройства обнаруживают себя в виде органических эмоционально-лабильных астенических проявлений в сочетании с дефицитарностью высших корковых функций (специфические или смешанные нарушения развития школьных навыков и речи). Важные закономерности патогенеза резидуальных органических нервно-психических расстройств в детском возрасте заключаются: а) в сочетании механизмов повреждения и выпадения функций с механизмами нарушенного развития (дизонтогенезом) и б) в склонности этих расстройств к регредиентной динамике.

Цель исследования. Выделение переменных развития, клинически значимых для понимания психопатологии при ППР по типу церебральной альтерации.

Материал и методы. Было проведено сравнительное изучение экспериментальной группы с двумя группами детей: а) дети с нормальным развитием и б) дети с обратимыми формами задержанного психического развития. Обследование проводилось по схеме системного нейропсихологического анализа состояния высших психических функций (ВПФ) А.Р. Лурии. Использовались задания, разработанные для характеристики различных сторон праксиса, когнитивной сферы и речи. Испытуемые были распределены на три группы: ретардированный тип (76 чел.), тип «церебральная альтерация» (30 чел.), нормально развивающиеся сверстники (25 чел.).

Результаты и их обсуждение. У нормально развивающихся детей пределы вариативности показателей степени сформированности ВПФ определяются, как правило, неполной интериоризацией структурно сложившихся психических процессов и этапностью в формировании внутренних умственных действий. Ведущая возрастная тенденция, отражающая последовательность в развитии психических функций, проявляется в том, что произвольные движения и действия и оперирование логическими отношениями на символическом «квазипространственном» уровне не достигают полной автоматизации («автоматизированных схем»), оставаясь произвольными и опосредованными речью. Наибольшей произвольностью с сознательным анализом составляющих элементов характеризуются: а) речемыслительная деятельность (понимание инвертированных вариантов флективных и сравнительных логико-грамматических конструкций; устный счет с переходом через десяток; решение арифметических задач) и б) кинетико-кинестетические компоненты относительно элементарных движений. При этом показатели сформированности двигательной основы сложных по своему составу функциональных систем (устной экспрессивной речи, чтения и письма) носят характер автоматизированных навыков.

Указанные особенности системного строения ВПФ отражают порядок развития межфункциональных взаимодействий в процессе нормального системогенеза. Речь идет о формировании функциональных систем, организованных по иерархическому типу с выделением ведущих (регуляторных) и фоновых (технических) уровней. Перестройка внутри- и межсистемных отношений тесно связана с последовательными этапами обучения и интериоризацией структурно сложившихся психических процессов, которые протекают как внутренние умственные действия и могут быть использованы в качестве составных элементов ориентировочной основы других задач.

При ретардированном варианте дизонтогенеза компонентная структура ВПФ сохраняет полноту состава звеньев функциональных систем. Здесь наблюдается зависимость от сложности функциональных систем, осуществляющих реализацию ВПФ. В более простых заданиях преимущественно страдает консолидация отдельных сенсорных и моторных элементов в единые автоматизированные динамические системы (включая сенсомоторные компоненты речи). Дезавтоматизация относительно элементарных функций сопровождается замедлением темпа выполнения заданий и усилением контроля над деятельностью со стороны ребенка, что затрудняет процесс формирования внутренних умственных действий. При усложнении структуры ВПФ, т.е. при повышении уровня произвольности, включенности интеллектуальных действий, страдает устойчивость регулирующей роли программы на этапе ее реализации, а также самостоятельный контроль и коррекция ошибок. Помощь взрослого является определяющей в коррекции возникающих затруднений.

На основании сравнительного анализа данных по задержанному типу психического развития с нормативными данными выявляется сходство нейропсихологических картин: а) полнота состава звеньев функциональных систем, реализующих ВПФ; б) несформированные по возрасту ВПФ находятся в зоне ближайшего развития ребенка; в) связь структурно-динамических отклонений при ретардации с задержкой становления механизмов возрастной динамики нормального онтогенеза.

Для ППР по типу церебральной альтерации выявлена многоплановая недостаточность нейропсихологической картины, затрагивающая как наиболее произвольные виды деятельности с включением интеллектуальных действий, так и относительно элементарные процессы сенсомоторной базы (акустический гнозис, двигательная сфера, фонематический слух, речевая моторика). Отмечаются качественные структурные изменения в развитии сложных форм межанализаторной интеграции, в формировании произвольных форм организации ВПФ. Патология активационных и нейродинамических компонентов усугубляет функциональное несовершенство и затрудняет формирование и автоматизацию ВПФ. При этом, как было показано в эксперименте, имеется ресурс позитивной динамики патологических нарушений, ведущую роль в компенсации которых играет помощь взрослого.

Выводы.

1. Один из механизмов возрастной динамики нормального онтогенеза у детей 6-8 лет проявляется в усложнении межфункциональных связей и формировании иерархических координаций с опорой на логические отношения символического «квазипространственного» уровня.

2. При задержанном психическом развитии нарушается переход к новому уровню функциональной организации психических процессов. Переменными, релевантными для понимания ретардации, выступают: а) генез внутренних умственных действий, которые затем используются в качестве составных элементов ориентировочной основы других задач; б) слабость произвольных форм регуляции на этапе реализации усвоенной программы деятельности.

3. При ППР по типу церебральной альтерации высокая индивидуальная вариативность, с которой проявляют себя различные состояния сформированности ВПФ, затрудняет выделение ведущего типа межфункциональных отношений. Нейропсихологические особенности коррелируют с механизмами структурно-динамических отклонений и своеобразием клинических симптомов на психопатологическом уровне.

4. Сравнительный анализ результатов нейропсихологической оценки выявил сходство психологической структуры исследуемых групп, проявляющееся в соотношении ВПФ по уровню сформированности (профили сформированоси ВПФ).

5. Нормальное развитие, ретардированный вариант дизонтогенеза и ранние резидуальные органические церебральные состояния обладают единством психологической структуры, которое связывает психопатологию с нормальным развитием и располагает их в рамках общего континуума сформированности ВПФ.

СУБЪЕКТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ, МОТИВАЦИЯ И ОБУЧАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Осмина Е.В.

Ижевск
ГОУ ВПО Ижевская ГМА

Цель исследования. Эмпирическая проверка гипотезы – для детей с ограниченными возможностями здоровья наиболее продуктивным в дидактическом аспекте является коррекционно-абилитационный подход к ребенку с позиций приоритетного признания его субъектности и мотивации как основных неспецифических условий эффективности познавательной деятельности и гарантии потенциальных личностных достижений.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 9 детей в возрасте от 7 до 9 лет, направленных по инициативе педагогов на нейропсихологическую консультацию в связи с низкой эффективностью обучения в специальной школе VIII типа (ДЦП – 3, олигофрения – 4, синдром Дауна – 2 ребенка). В качестве дифференциально-диагностических факторов выступили: генезис дефекта (неврологическая патология ДЦП, перинатальное органическое поражение головного мозга, хромосомная патология) и центральное нарушение (психомоторный дефект, интеллектуальный дефект органического генеза, общее недоразвитие). Все диагнозы клинически подтверждены, и в ходе исследования не получали никакой медикаментозной поддержки. У детей отсутствовали психопатоподобные проявления в поведении, все дети были доступны контакту в полном объеме.

На диагностическом этапе применялась схема нейропсихологического исследования детей и подростков (Семенович А.В., 2005), на этапе коррекционных занятий использовались методы нейропсихологической коррекции высших психических функций. Коррекционная работа проводилась в индивидуальном порядке на протяжении 6-ти месяцев (2 раза в неделю). Программа психологической коррекции выстраивалась на основе принципов отечественной нейропсихологии, подтвердивших высокую эффективность в практике восстановительного обучения (Цветкова Л.С., 1985):

1) психофизиологические (квалификация дефекта, использование сохранных афферентаций, создание новых функциональных систем, опора на разные уровни организации психических функций, обратная связь);

2) психологические (учет личности пациента, опора на предметную деятельность, организация деятельности, опора на сохранные и/или доступные формы активности);

3) психолого-педагогические (учет объема и разнообразия материала, его информационной и эмоциональной сложности).

Результаты и их обсуждение. На этапе первичной диагностики для каждого ребенка была построена карта актуального психологического статуса, в которой обязательной количественной оценке (от 0 до 4-х баллов, где большему баллу соответствует большая выраженность дефекта) были подвергнуты: нейродинамика психической активности, память, внимание, речь, пространственные функции, счет и чтение. Максимально возможная оценка – 40 баллов. Средний балл для всех детей составил 32,4 балла, что достоверно выше средних значений для здоровых детей этого возраста и детей с задержкой развития различного генеза, но обучающихся по обычной общеобразовательной программе.

Один из отличительных признаков психической активности детей с ограниченными возможностями – повышенная утомляемость в учебной ситуации, что усиливает и без того «реактивный» характер детских проявлений. В меньшей мере это отмечается в игровых ситуациях или в отношении «знакомого» материала. Однако функциональный парадокс развития состоит в необходимости личностного усилия для преодоления субъективного «порога невозможности». Поэтому основной задачей всех индивидуальных занятий была интеллектуальная тренировка в виде интенсивной совместной деятельности, коммуникативной по форме и предметной по содержанию (разучивание стихов и песен, математические игры и шарады, различные виды конструкторской деятельности, различные игры с вербальным материалом). Интенсивность (для каждого ребенка она имела индивидуальный характер) мы рассматривали в качестве средства инициации детской активности («от себя») как необходимого условия проявления его субъектности. В течение часового занятия получали свою реализацию 4-5 тематических блока, деятельностно опосредованных и обращенных к разным функциональным системам высших психических функций. В конце занятия ребенок перечислял (в прямом или обратном порядке) все задания, с рефлексией понравившихся, не получившихся, и т.п.

Интенсивность интеллектуальной активности ребенка поддерживалась разными способами, но приоритетной всегда оставалась эмоционально положительная оценка. Известно, что дети с ограниченными возможностями значительно в большей степени по сравнению со здоровыми детьми реагируют на похвалу и восхищение взрослого, и на протяжении всего коррекционного цикла не отмечалось признаков привыкания к ним. Если на первых 8-12 занятиях «инициатором» смены тематического блока был ребенок (например, потеря интереса к заданию вследствие его «недоступности»), то впоследствии план занятия «удерживал» психолог, а решение о том, какую задачу решать принималось сообща.

Среди отличительных признаков проводимой коррекционной работы следует назвать:

1) отказ от принципа последовательно-поступательной подачи материала (от простого – к сложному) – задачи различного уровня сложности предлагались вперемешку, при этом к наиболее сложным из них впоследствии обращались неоднократно, внося изменения в инструкции или в способы выполнения;

2) отказ от педагогической установки «пройти тему целиком», свойственную школьной системе, и весь цикл коррекционной работы напоминал, скорее, неоконченную партию в го, нежели традиционные урочные занятия;

3) отсутствие «домашних заданий», более того, с родителями была проведена разъяснительная беседа о необходимости отказа от насильственного повтора содержания психологических занятий в домашних условиях;

4) проводимые занятия не имели специфического, соотносимого с дефектом, содержания. Все различия касались исключительно только инструкций и способов работы с материалом.

На заключительном этапе проведена повторная диагностика состояния психических функций, результаты исследования подтвердили продуктивные достижения (среднее значение 27,3 балла – достоверно ниже по сравнению с «входными» данными, но по-прежнему значительно выше контрольных цифр для здоровых детей). Основным результатом проведенной работы можно считать достигнутый уровень мотивации и интереса к дидактическим задачам у всех детей, которые перестали бояться складывать кубики, решать невербальные задачи, запоминать слова, читать тексты или отдельные фразы. Дети перестали зевать на занятиях, а со слов родителей, ожидание следующего занятия сопровождалось выраженными признаками нетерпения. Повысилась толерантность к собственной невозможности (двигательной, умственной, интеллектуальной), появилась усидчивость, аргументирующая детские усилия, прилагаемые ребенком для достижения определенной цели. Расширился диапазон поведенческой активности детей в свободное время, которая теперь в большинстве случаев имела предметно-деятельностный характер.

Выводы.

1. Дифференциация реактивных и активных форм детского поведения, в основу которой положено представление об источнике активности («от других» или «от себя») позволяет установить в феноменологии развития стремление ребенка – даже на фоне выраженных дефектов эмоционального и когнитивного развития – к поведенческим формам, источником активности которых является он сам.

2. Причина низкой результативности дефектологической работы – не столько в инертности детской психики, сколько в непродуктивности самих педагогических установок. Большинство обучающих программ для детей с серьезными дефектами психического развития построено по алгоритмам «натаскивания», или классической схеме дрессуры – формирование необходимых реакций на определенный раздражитель, – внутри которой явственно проступают признаки интеллектуальной пресыщаемости и истощения у детей с ограниченными возможностями. Основной целью обучения должна стать абилитационная инициация детской субъектности, а не сформированный навык.

3. Детская субъектность как инициированная активность «от себя» становится необходимым условием и гарантом продуктивных новообразований в психологическом статусе детей с ограниченными возможностями развития

ОСОБЕННОСТИ ДЕФЕКТА ПРИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Очнева О.В., Генайло С.П., Горохова А.В., Туриченко В.В.

Владивосток
Краевая клиническая детская психиатрическая больница

Актуальность. Со времени описания dementia praecocissima (S. de Sanctis, 1908) прошло больше ста лет, но представления о детской шизофрении остаются достаточно противоречивыми. Нет единства взглядов на сущность расстройств, лежащих в основе этого заболевания, и факторов, определяющих его развитие, течение и исходы (Г.Е. Сухарева, 1959; М.Ш. Вроно, 1971; В.М. Башина, 1989; P. Mason, G. Harrison, C. Glazebrook et al., 1995; Н.А. Мазаева, О.П. Шмакова, О.О. Андреева, 2012). По мере развития больного его состояние может улучшаться, так как в результате созревания создается возможность приобретения новых знаний и навыков. Эти особенности противоречат определению шизофрении как неуклонно прогредиентного заболевания. Нет общепринятых представлений о клинических проявлениях компонентов дефекта при детской шизофрении на отдельных возрастных этапах, что создает определенные диагностические трудности.

Целью настоящего исследования является выявление клинических особенностей и основных закономерностей формирования дефекта при детской шизофрении с акцентом на возраст.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 51 человек в возрасте от 4 до 15 лет, 39 мужского пола (76,6%) и 12 женского (23,4%), которые в различное время 2008-2014 гг. находились на стационарном лечении в Краевой клинической детской психиатрической больнице г. Владивостока, с диагнозом детская шизофрения. Основными методами исследования являлись клинико-анамнестический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический.

Обследованные были распределены на 4 группы: I группа состояла из больных в возрасте от 4 до 5 лет в количестве 6 человек (11,6%), 4 мужского пола, 2 женского; II группа – от 6 до 10 лет, 26 человек (50,9%), из них 20 мужского пола, 6 женского; III группа – от 11 до 12 лет, 8 человек (15,6%), 6 мужского пола, 2 женского; IV группа – от 13 до 15 лет, 11 человек (21,3%), 9 человек мужского пола, 2 женского.

Результаты и обсуждение. У всех обследуемых выявлялись признаки снижения активности и интересов, потребностей в общении, особенно в вербальных коммуникациях, эмоциональная монотонность и регресс речи, оппозиционное отношение к близким, расстройства влечений, немотивированная агрессивность и аутоагрессивность. Отмечалась неравномерная выраженность указанных расстройств.

Наиболее заметные негативные эмоционально-волевые расстройства отмечены у детей до 5 лет (I группа). Преобладали нарушения коммуникативных функций, особенно вербального характера. Дети не демонстрировали понимание обращенной к ним речи, не выполняли инструкции, избегали тактильного контакта. Обращали на себя внимание снижение критики и малая дифференцированность эмоций. Изредка наблюдались эмоции удовольствия при общей безучастности. Сами дети не

пользовались речью, произносили отдельные звуки. Свои требования выражали криком. Указанные нарушения развития сочетались с нецеленаправленным моторным беспокойством и двигательными расстройствами, напоминающими кататонические симптомы у взрослых, наблюдались «манежный бег», стереотипные, вычурные движения руками.

В возрасте от 6 до 10 лет в клинических проявлениях формировалась и занимала предпочтительное положение эмоциональная неадекватность. Дети понимали обращенную к ним речь, но не отвечали на вопросы, или отвечали односложно. Выявлялось несоответствие поведения особенностям переживаемой ситуации. Так при беседе с врачом дети по собственной инициативе вместо устных ответов давали короткие письменные. Проявления эмоционального снижения сочетались с повышенной ранимостью. Сила и особенности эмоциональной реакции не соответствовали значимости раздражителя. Жестокость по незначительному поводу к близким отмечена при повышенной привязанности к ним же. Наблюдались дурашливость, гримасничанье, недостаточная эмоциональная окрашенность голоса, неологизмы, эхолалии, оживление агрессивных влечений, аутоагрессия. Дети кусали себя, бились головой о твердые предметы, выдергивали у себя волосы.

В возрасте 11-12 лет на первый план выступала социальная депривация. Перманентные проявления эмоциональной неадекватности в данной возрастной группе достигали значительной степени выраженности. Больные обнаруживали несостоятельность в межличностных взаимоотношениях. Причудливость, необычность, вычурность моторики, снижение способности к адекватному пониманию особенностей ситуации сопровождалось нарушением общепринятых норм поведения. Пассивность, равнодушие, безразличие к происходящему вокруг сочеталось с крайней взрывчатостью, импульсивностью, агрессивностью. Больные били ногами родителей, бросались различными предметами в одноклассников, учителей. В связи с этим они не удерживались в общеобразовательной или коррекционной школе, нарушалось индивидуальное обучение на дому, возникали показания к стационарному лечению.

Констатируя у больных IV группы (13-15 лет) эмоциональное обеднение, признаки эмоциональной неадекватности, рудиментарные двигательные и речевые кататоноподобные расстройства, следует подчеркнуть, что «стержневым» проявлением являлось падение энергетического потенциала. Наблюдалось угнетение побуждений и мотивов деятельности. Обследуемые отказывались посещать школу, выходить из квартиры. Формальные отношения поддерживали только с родственниками. Большую часть дня лежали в постели, иногда играли в компьютерные игры. Спать ложились в одежде, не соблюдали правила личной гигиены. Планов на будущее не высказывали.

У 33 больных (64,4%) обращали на себя внимание проявления олигофреноподобного компонента дефекта (Симсон Т.П., 1948). Когнитивные нарушения определялись в I группе у 3 человек (2 мужского пола, 1 женского), во II группе – у 15 человек (12 мужского пола, 3 женского), в III группе – у 6 человек (4 мужского пола, 2 женского), в IV группе – у 4 больных мужского пола и достигали легкой и умеренной степени умственной отсталости. В то же время обнаруживалась диссоциированность интеллектуальной недостаточности, когда на фоне общего снижения проявлялись возможности к усвоению нового, сохранялась память. Однако снижение интересов и побуждений к деятельности нивелировало проявление этих сохранных элементов интеллекта.

Формирование олигофреноподобного компонента дефекта в I, II и III группах практически равновероятно (соответственно 50%, 57,7% и 75%) и только в IV группе (возраст больных 13-15 лет) этот показатель снижается до 36,3%.

L. Siever, H. Koenigsberg, P. Harvey et al. (2002) считают, что когнитивные нарушения при детской шизофрении обусловлены дисфункцией определенных областей головного мозга, преимущественно перифронтальной коры.

Выводы. Таким образом, подводя итоги, следует указать, что при детской шизофрении в каждом возрастном периоде в большей мере нарушены именно те психические функции, которые наиболее актуальны для адаптации в данном возрасте и являются базисной основой для дальнейшего развития. Кроме того, полученные данные дают возможность для разработки более дифференцированных реабилитационных мероприятий с учетом клинических и нейропсихологических особенностей детской шизофрении.

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕРАПИЯ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ НА МАНИФЕСТНОМ ЭТАПЕ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Очнева О.В., Горохова А.В., Туриченко В.В., Московская Е.А., Безрукавая С.В., Потужная М.Г.

Владивосток

Краевая клиническая детская психиатрическая больница

Актуальность. Изучение особенностей нарушения поведения на манифестном этапе детской и подростковой шизофрении дает возможность осуществлять диагностику заболевания на ранних этапах и способствует своевременному назначению адекватной терапии, определенной направленности реабилитационных мероприятий, а также позволяет прогнозировать развитие заболевания (А.Н. Голик 1991, Л.Ш. Гаммацаева, 2004).

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей проявления психопатоподобных расстройств у детей и подростков, страдающих шизофренией, и вопросов терапии при данной патологии.

Материалы и методы. Нами наблюдались 18 больных (12 мал, 6 дев) в возрасте от 7 до 14 лет, у которых шизофрения манифестировала расстройствами поведения (рубрика F 20.8 МКБ – 10). Все пациенты были обследованы и проходили лечение в стационарных отделениях Краевой клинической детской психиатрической больницы г. Владивостока. Использовались клинико-анамнестический, клинико-динамический, клинико-психопатологический методы.

Результаты и обсуждение. На начальных этапах формирования форм реагирования, ранее не свойственных обследуемым, прослеживалась четкая связь с реальными событиями. Как правило, речь идет о запретах и отказах со стороны взрослых, что провоцировало достаточно клинически оформленные истерические реакции, которые по прошествии короткого времени принимали гротескный характер с нелепой драматизацией.

В последующем заметно утрачивалась корреляция с психотравмирующим поводом. Отмечались черты инфантильного регресса, признаки амбивалентности, дискордантности, включение грубой вербальной и физической агрессии без учета особенностей ситуации. Больные получали удовольствие от унижения окружающих, от проявления оскорбительного высокомерия. Наряду с этим, легко возникало протестное двигательное возбуждение с демонстративными угрозами суицида. Обращало на себя внимание снижение эмоциональной нюансировки при выраженной аффективной напряженности, которая принимала монотонный характер.

Повседневные обязанности утрачивали актуальность, отмечалось пренебрежение правилами личной гигиены, наблюдалось быстрое истощение целенаправленной активности. Нарастало нарушение школьной адаптации. При возникновении сложностей в школьном обучении, наблюдались крики,

плач, оскорбление учителей, уходы из класса, что приводило к изоляции в коллективе. У 3 девочек и 2 мальчиков, конфликты в школе провоцировали бредоподобные фантазии. У 5 мальчиков отмечались уходы из дома, эпизоды бродяжничества, поджоги, воровство. В действиях больных появлялась наклонность к стереотипии, потребность раскачиваться из стороны в сторону, перебрасывать предметы из одной руки в другую и т.д.

Основным методом активного лечения являлось назначение современных препаратов психотропного ряда, в частности рисполепта, которые значительно снижают риск развития злокачественных проявлений нейролептического синдрома, экстрапирамидных расстройств, сохраняют интеллектуальный потенциал пациентов. Лекарственные препараты назначались с учетом возраста пациентов, разовая, суточная, курсовая дозы не превышали рекомендованных.

На фоне специфической антипсихотической терапии у детей значительно уменьшались психопатоподобные расстройства, мышление становилось более последовательным, концентрированным, целенаправленным, у младших детей игровая деятельность приобретала характер функциональности, живого интереса к игрушкам.

Параллельно медикаментозной терапии при лечении шизофрении у детей и подростков проводилась восстановительная терапия, включающая психотерапевтические воздействия и психолого-педагогическую работу. Данный вид лечебных мероприятий был направлен на устранение школьной дезадаптации, формирование социальных навыков и способов поведения, нормализацию личностных позиций в отношении обучения и разрешения психологически трудных ситуаций для детей. Для предотвращения явлений госпитализма использовались домашние отпуска из стационара с попыткой обучения в прежнем школьном коллективе.

Выводы. Таким образом, в клинической картине при манифестации детской и подростковой шизофрении на первый план выступают психопатоподобные нарушения в виде вычурных, утрированных истерических, агрессивных и гебоидных расстройств. В динамике психопатологии выявляется прогредиентность негативного симптомокомплекса, признаки нарастания аутизации, отгороженности и деструкции личности.

При выборе методики и проведении лечения необходимо учитывать задачи социальной адаптации, прежде всего обеспечения возможностей адекватного воспитания и обучения.

КЛИНИКА АБСТИНЕНЦИИ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА, ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ СРЕДСТВ ДОСТУПА К НЕМУ

Пережогин Л.О.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Настоящее исследование проведено на базе Неврологического отделения КДЦ Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ (руководитель – к.м.н. И. О. Щедеркина) – клинической базе Отделения социальной психиатрии детей и подростков ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ.

В 2012-2014 годах клинико-психопатологически обследовано 110 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (54 девочки и 56 мальчиков), обнаруживающие признаки зависимого от интернет поведения. В качестве средства доступа к интернет большинством детей использовался не персональный компьютер, а планшеты и мобильные телефоны, что с одной стороны, ограничивало технические возможности работы с сетью, а с другой, позволяло находиться в сети сколь угодно долго и не исключало при этом иной деятельности. В частности, все дети без исключения посещали школу, хотя две трети (71 человек) обнаруживали при этом крайне низкую успеваемость, резко контрастирующую с их сохранными интеллектуальными способностями.

У всех без исключения детей ограничение взаимодействия с сетью приводило к абстинентным реакциям. Как правило, абстинентная симптоматика развивалась после того, как родители силой или обманом лишали ребенка возможности находиться в сети, отнимали мобильное устройство или отключали (блокировали паролем) персональный компьютер. Чаще всего, по признанию родителей, это было выстраданное, но спонтанно осуществленное решение, которое являлось для ребенка неожиданностью. Протекание абстинентных реакций в значительной степени отличалось у преморбидно здоровых (53 человека – 48,2% в нашем исследовании, мальчики – 21 (37,9%), девочки – 32 (59,3%), различия статистически достоверны, $p>0,05$) детей и детей, обнаруживающих психические расстройства, на фоне которых сформировалось зависимое поведение.

У здоровых детей первые признаки абстиненции развивались через 2-3 часа после вынужденного неиспользования сети (как правило, родители отнимали мобильное устройство) и проявлялись в нарастании раздражительности, внезапно возникавших эпизодах тревоги, вегетативных реакциях, «летучих» болях в мышцах и в области сердца, желудка, которые сопровождались чувством тяжести в теле, часто воспринимались врачами педиатрами как продромальные явления, предшествующие ОРВИ. Отмечались головные боли, преимущественно, стягивающего, давящего характера («словно на голову одели обруч»), сопровождавшиеся трудностью сосредоточения, тяжестью в голове, снижением настроения. На второй-третий день возникали эпизоды ажитации, дети метались по дому, пытаясь отыскать спрятанное родителями мобильное устройство, звонили сверстникам с просьбой принести им телефон, планшет, PSP («писю», «пиху»), некоторые дети в заместительных целях начинали использовать примитивные электронные игры. Отмечались выраженные вегетативные нарушения – покраснение или побледнение кожных покровов, озноб, тремор, усиленное потоотделение. Детьми отчетливо осознавалось острое влечение к сетевой активности, желание немедленно воспользоваться мобильным устройством. Они устраивали родителям скандалы, демонстративно угрожали суицидом, били посуду, рвали дома книги, выбрасывали свои школьные принадлежности, отказывались от еды. В случае, если родители оставались непреклонны, дети довольно быстро успокаивались. Реальных суицидальных попыток не предпринял ни один ребенок данной группы. На третий-четвертый день большинство детей вели себя спокойно, жаловались на усталость, сонливость, многие засыпали и спали по 10-14 часов подряд, проснувшись, испытывали голод. На пятый-шестой день острота влечения к электронным устройствам резко снижалась, настроение выравнивалось, вегетативные расстройства нивелировались. Повышалась работоспособность, дети выполняли полученные в школе домашние задания. Следует отметить, что родители преморбидно здоровых детей, обратившиеся за психотерапевтической помощью, никогда не пытались самостоятельно назначать своим детям психотропные препараты, ограничиваясь, как максимум, валерианой, пустырником, таблетками глицина.

У детей, у которых были диагностированы психические расстройства, нами наблюдались два основных сценария протекания абстинентных реакций. При шизофрении, РШС основу клиники абстинентного состояния составляли симптомы депрессии. Депрессивная симптоматика развивалась медленно, как правило, в начале появлялись снижение аппетита, небольшая моторная и идеаторная заторможенность, в дальнейшем

присоединялись идеи собственной ненужности, малоценности, высказывались идеи о «даром прожитой жизни», «бесцельном существовании». В ряде случаев высказывались суицидальные идеи о «нежелании жить», однако никаких действий по подготовке суицида дети не предпринимали. Налицо были и другие депрессивные симптомы – снижение аппетита и сопутствующее ему снижение веса, тревога, снижение активности, работоспособности. Продолжительность депрессивных эпизодов могла составлять несколько месяцев, глубина колебалась в пределах легкой – средней степени выраженности. В то же время дети настойчиво, монотонно, порой по несколько раз в день высказывали родителям требование вернуть им мобильное устройство, часто, услышав очередной отказ, начинали плакать, формально соглашаясь с доводами родителей. У двоих детей с шизофренией абстинентное состояние совпало (спровоцировало?) с обострением шизофренического процесса, что повлекло госпитализацию в психиатрический стационар. Следует отметить, что у большинства детей этой группы (за исключением двух случаев) шизофрения была диагностирована до обращения за психотерапевтической помощью, все дети получали поддерживающую терапию нейролептиками, что, вероятно, существенно влияло на клинические проявления абстинентного состояния. Вторым компонентом клиники абстиненции при расстройствах шизофренического спектра были неврозоподобные состояния. Они проявлялись страхами, тревогой, раздражительностью, носили нестойкий характер. У двоих детей было зафиксировано навязчивое мытье рук.

При формирующихся расстройствах личности и при невротических расстройствах у детей и подростков в клинике абстинентного состояния преобладали психопатоподобные, острые аффективные реакции. В течение 1-2 дней дети относительно бессимптомно переживали лишение сетевой активности, а затем внезапно возникали аффективные вспышки. В зависимости от типа личностной деформации могли преобладать истерические демонстративные симптомы, часто сопровождающиеся многочисленными «соматическими» жалобами, приступами удушья и сердцебиения, сопровождавшимися порой страхом смерти, во многом напоминающими по клинике панические атаки; в отличие от последних, эти реакции никогда не закреплялись, после 1-3 эпизодов исчезали на фоне психотерапевтической помощи; при эмоционально-неустойчивом типе личности возникали дисфорические состояния, сопровождавшиеся резким изменением настроения, с агрессией и аутоагрессией, включая суицидальные попытки (2 наблюдения); при преобладании астенических личностных черт проявления абстиненции ограничивались преимущественно вегетативной симптоматикой и снижением физической активности, не сопровождавшимся, однако, другими слагаемыми клинической картины депрессии. Аффективные нарушения наблюдались в течение 1-2 недель, а затем исчезали. Во многих случаях дети нуждались в фармакологическом лечении.

Таким образом, зависимость от интернет, как и другие формы зависимого поведения, обнаруживает феномен абстинентных состояний. У преморбидно здоровых детей в большинстве случаев они не требуют назначения фармакологической терапии, оказать помощь удается психотерапевтическими средствами. Фармакологическая терапия оказывается первичным средством помощи при возникновении аддиктивного поведения на фоне шизофрении, грубой церебрально-органической симптоматики, выраженной личностной деформации. Независимо от характера исходного психопатологического состояния, фармакологическая терапия является первичной при агрессии и аутоагрессии, включая суицидальное поведение, депрессивные эпизоды.

ДИНАМИКА НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Пилявская О.И., Малинина Е.В.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Цель исследования: изучить динамику негативных расстройств в подростковом возрасте у пациентов, страдающих детской шизофренией.

Материал и методы исследования: Изучено 112 пациентов с детской шизофренией. Критерии отбора: 1. Возраст больных – от 5 до 18 лет. 2. Диагноз детской шизофрении в соответствии с диагностическими критериями МКБ 10 (рубрика F – 20.8). Критерии исключения: 1. Иные шизоформные состояния. 2. Детский аутизм.

Исследование проводилось с помощью клинико-психопатологического, клинико-анамнестического, клинико-динамического методов. Осуществлялось экспериментально-психологическое исследование с применением стандартной батареи тестов, исследующих мышление и личностные особенности пациентов, а также нейропсихологическое исследование. Изучение преморбидных особенностей, особенностей развития и социального функционирования пациентов в период раннего детства проводилась ретроспективно с использованием критериев психодиагностического теста для оценки отклонений в психическом развитии детей раннего возраста «Гном» (Козловская Г.В., 2007). Когнитивные нарушения рассматривались как отдельный симптомокомплекс. Оценка негативных расстройств осуществлялась на основании глоссария признаков психометрической Шкалы негативных симптомов (SANS) по N.S. Andreasen (1982). Основными регистрируемыми симптомами, оцениваемыми по 25 признакам явились: а) аффективное уплощение или тупость (застывшее выражение лица, снижение спонтанных движений, бедность экспрессивных жестов, бедность зрительного контакта, эмоциональная или аффективная безответность, неадекватный аффект, недостаточность речевых интонаций); б) алогия или бедность речевой продукции (бедность речи, бедность содержания речевой продукции, остановки, блокировки, обрывы мысли, задержка ответов); в) абулия – апатия (неопрятность в одежде, недостаточность настойчивости в труде и учебе, физическая анергия); г) ангедония – асоциальность (снижение интересов и активности при проведении досуга, сексуальные интересы и активность, способность к интимным чувствам и близости, отношения с друзьями и сверстниками); д) нарушения внимания (нарушение внимания при социальной активности, нарушение внимания при тестировании). Выраженность каждого симптома рассматривалась по 6-бальной шкале. О – отсутствует, 1 – сомнительная патология, 2 – слабая (легкая) выраженность, 3 – умеренная (средняя) выраженность, 4 – значительная (отчетливая) выраженность, 5 – очень сильная (тяжелая) выраженнось.

Результаты и их обсуждение: Анализ полученных данных позволил выделить две группы наблюдений. В первую группу (n=75) вошли пациенты с непрерывно текущей шизофренией. Вторую группу наблюдений (n=37) составили пациенты с приступообразной шизофренией.

В первой группе шизофрения была диагностирована преимущественно в детском (5±0,5 лет) и младшем школьном возрасте (8±0,7 лет), имела непрерывное среднепрогредиентное течение. Клиническая картина исчерпывалась неврозоподобными, психопатоподобными нарушениями, когнитивным дефицитом, нарастающей аутизацией. Продуктивная симптоматика носила фрагментарный, транзиторный характер. Обострения процесса возникали в виде невыраженных непродолжительных экзацэрбаций, в структуре которых преобладали аффективные, реже отрывочные бредовые и галлюцинаторные переживания.

Уже в преморбиде у всех обследованных данной группы период младенчества и раннего детства протекал с нарушением психофизического развития. Наиболее выраженные нарушения отмечены в формировании познавательной сферы, коммуникации и социального взаимодействия. Когнитивные нарушения в младшем школьном возрасте наблюдались у всех обследованных. В виде задержки психического развития (51%), легкого когнитивного расстройств (13%), нарушений речевого развития (17%), нарушений формирования школьных навыков (9%). В связи с имеющимися когнитивными нарушениями 57% детей обучались по коррекционной программе (7-го вида), остальные – в массовой школе, но программу усваивали с трудом. Экспериментально-психологическое исследование познавательной сферы обнаружило довольно низкие показатели интеллектуального коэффициента, в основном в зоне низкой нормы (41%), либо в зоне, пограничной между нормой и умственным дефектом (36%) с преобладанием субтестовой кривой эндогенного типа. Негативная симптоматика в период манифестации болезни наблюдалась у всех обследованных. В соответствии со шкалой SANS преобладающим симптомом негативных расстройств было нарушение внимания (64%), алогия с бедностью речевой продукции (27%) и аффективное уплощение (15%), ангедония (9%) и абулия – апатия (5%). Выраженность симптомов колебалась на уровне 2 – 3 баллов. В пубертатном периоде картина заметно менялась: на первом месте была алогия (71%), нарушение внимания (65%), аффективное уплощение (41%), ангедония – асоциальность (40%), апатия (15%). Выраженность симптомов колебалась на уровне 4 – 6 баллов.

Во второй группе наблюдений (n=37) шизофрения манифестировала в конце препубертатного периода (11±0,5). У части пациентов (n=14) в периоде раннего детства наблюдались симптомы легкого шизотипического диатеза, с преобладающим нарушением формирования эмоциональной сферы в виде парадоксальной искаженности и двойственности эмоционального реагирования. В большинстве случаев (n=23), психофизическое развитие обследованных в период раннего детства можно было оценить, как соответствующее возрасту. Проводимое экспериментально-психологическое исследование обнаружило соответствующие средней возрастной норме показатели общего интеллектуального коэффициента без грубых отклонений субтестовой кривой.

Когнитивные нарушения в младшем школьном возрасте наблюдались у части обследованных (25%), в виде задержки психического развития (29%), легкого когнитивного расстройства (31%), нарушений речевого развития (15%), нарушения формирования школьных навыков (25%). Несмотря на указанные расстройства, школьная успеваемость с начала учебы и до момента манифестации шизофрении была не нарушена.

В данной группе наблюдений при манифестации заболевания также обнаруживались симптомы негативного спектра: нарушение внимания (67%), ангедония – асоциальность (35%), аффективное уплощение (31%), алогия с бедностью речевой продукции (5%) и абулия – апатия (2%). Выраженность симптомов колебалась на уровне 1 – 2 балла. В пубертатном периоде наблюдалась следующая картина: ангедония – асоциальность (51%), нарушение внимания (73%), аффективное уплощение (45%), алогия (11%), апатия (5%). Выраженность симптомов колебалась на уровне 4 – 5 баллов. Таким образом, на основании проведенного исследования выборки пациентов с разными типами течения детской шизофрении было обнаружено, что наряду с различиями в преморбидных особенностях, проявляющихся с раннего возраста, и имеющих разную степень выраженности имелись в значительной мере нарушения в области когнитивного развития и социального функционирования. Негативная (дефицитарная) симптоматика, наблюдающаяся на протяжении всего заболевания, также имела ряд особенностей. У подростков с непрерывно текущей шизофренией в сравнении с подростками с приступообразной шизофренией достоверно чаще ($p \leq 0,005$) как в период манифестации болезни, так и в подростковом периоде преобладали симптомы алогии, с выраженностью 2 – 3 и соответственно 4 – 6 баллов.

Выводы: негативные (дефицитарные) расстройства, наблюдаемые при разных типах течения детской шизофрении, проявляются разнообразными симптомами и имеют неодинаковую степень выраженности в возрастные периоды жизни ребенка. Изучение их динамических характеристик является актуальной необходимостью современности, так как они в большей степени связаны с процессами обучения, социализации, адаптации и реабилитации детей и подростков и имеют существенное значение для прогноза заболевания в целом.

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

Писевич М.В.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Актуальность. Расстройства поведения у детей и подростков оказывают неблагоприятное воздействие как на них самих, так на окружающих и общество в целом. Дети с поведенческими расстройствами различного генеза входят в группу высокого риска по взрослой преступности, алкоголизму, наркомании, безработице, разводам и психическим заболеваниям (Farrington, 1991; Horne, Sayger, 1990; Mc Cord, 1960; Robins, 1966). За последнее время количество психических расстройств среди подростков возросло в 1,3 раза, при этом, увеличилась частота психосоциально обусловленных нарушений (аномалий личностного развития, реактивных состояний, специфических нарушений психологического развития), а также психических расстройств, связанных с ранним органическим поражением головного мозга (Дмитриева Т.Б., 2001). Современные стандарты оказания помощи ориентированы на обеспечение полипрофессионального бригадного подхода в лечении, и включают, помимо биологической, психосоциальную терапию и реабилитацию

Цель исследования: разработать специализированную программу оказания комплексной биопсихосоциальной помощи бригадой специалистов, подросткам с расстройствами поведения.

Материалы и методы: Клинико-психопатологическим методом с использованием клинического интервью, анамнестического и катамнестического метода, а также ряда психологических методик (теста Лазариуса, опросника ПДО, QL) было обследовано 60 подростков (32 мальчика и 28 девочек в возрасте от 14 до 17 лет) с расстройствами социального поведения.

Результаты и обсуждение: среди биологических факторов, способствующих развитию РСП у подростков наиболее часто отмечается наличие наследственной отягощенности пограничной патологией 20 человек (33%) и аффективной психопатологией 15 человек (25%), а также алкоголизмом – 5 человек (8,3%). Среди социально-психологических факторов, влияющих на развитие РСП наиболее выделялись воспитание 15 человек (25%) в неполных дисгармоничных, социально-неблагополучных семьях, наличие у 5 человек (8,3%) хронических и острых психотравмирующих ситуаций в семье, особенно развод родителей. Психосоциальная работа проводилась бригадой специалистов с полифункциональными обязанностями, сформировавших единый подход к проводимым диагностическим и непосредственно лечебно-реабилитационным мероприятиям. В основу реализации программы психосоциальной помощи подросткам, с расстройством социального поведения были положены следующие принципы: раннее начало – этап-

ность – индивидуальность – последовательность – поддерживающие мероприятия. Психосоциальная помощь должна быть внедрена как можно раньше, и должна состоять из нескольких этапов со своими целями, задачами, временными рамками и ожидаемыми результатами. Выбор формы вмешательства для конкретного больного должен осуществляться в соответствии с особенностями у него психосоциального дефицита (социальной дезадаптации). При завершении каждого этапа или всей программы следует учитывать необходимость поддерживающих мероприятий.

Заключение. Совместная организованная работа нескольких специалистов, участвующих в лечебно-реабилитационном процессе, значительно улучшает социальное функционирование пациентов, способствует их адаптации и улучшению качества жизни, способствует повышению качества реабилитационных мероприятий, как в стационарной, так и амбулаторной сети.

ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ И ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА)

Плетнева Т.Г., Дроздовский Ю.В.

Омск
БУЗ Омской области КПБ им. Н.Н. Солодникова, Омский ГМУ

Цель. Разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий при пограничных психических расстройствах у детей и подростков младшей возрастной группы на основе изучения клинических закономерностей формирования, типологии и динамики, обнаруженных психических нарушений и качества жизни в связи со школьной дезадаптацией.

Материалы и методы. Обследовано 133 ребенка/подростка (94 мальчика, 39 девочек) обнаруживших признаки школьной дезадаптации, проходивших лечение в психиатрическом дневном стационаре для детей и подростков в период с 2012 по 2014г. с использованием клинико-психопатологического, клинико-динамического, клиниико-катамнестического, психологических, инструментальных (ЭЭГ, Эхо-ЭГ, РЭГ), статистических методов исследования. Наличие школьной дезадаптации подтверждалось заполнением карты оценки степени выраженности школьной дезадаптации (Мазаева Н.А., Шмакова О.П., 2005) на основании данных клинического обследования.

Результаты. В основную группу исследования были включены дети и подростки в возрасте от 10 до 15 лет с астеническими проявлениями, эмоциональной лабильностью, нарушениями поведения, невротическими реакциями, легкими когнитивными нарушениями. Средний их возраст составил 12,54 + 0,004.

Резидуально-органические проявления в исследуемой группе как клинико-патогенетический фактор, оказались значимыми. Так, анализ имеющихся данных показал, что у 122 пациентов (91,7%) на первом году отмечались проявления перинатальной энцефалопатии (ПЭП). В 33 случаях (25%) ПЭП сочеталась в дошкольном возрасте с задержкой психического развития (ЗПР); в 14 случаях (10,6%) отмечалось сочетание ПЭП с вегето-сосудистой дистонией (ВСД) в школьном возрасте; в 12 случаях (9,1%) обнаруживались проявления ПЭП, ЗПР, ВСД; у 10 пациентов (7,6%) отмечалось сочетание ПЭП и энцефалопатии вследствие перенесенных в последующем ЗЧМТ. Вышеперечисленных проявлений не было у 11 пациентов (8,3%).

При анализе социально-психологических влияний было выявлено, что 72 пациента (54,5%) воспитывались в полных семьях, 37 (28,0%) в неполных, 14 (10,6%) в семьях с измененной структуры, 9 пациентов (6,8%) были опекаемыми. В семьях детей/подростков, исследованной группы были выявлены различные стили неправильного воспитания со стороны взрослых, которые чаще встречались в неполных семьях, семьях с измененной структурой.

При распределении пациентов на группы по классам обучения (с 4-го по 9-й) были выявлены следующие особенности. Так, максимальное количество пациентов обучались в 4-м классе – 38 (28,8%), 28 (21,2%) являлись учащимися 5 класса, 27 (20,5%) – 6 класса, 20 (15,2%) – 7 класса, 11 (8,3%) – 8 класса, 8 (6,1%) – 9 класса. Количественно группы уменьшались равномерно от 4-го к 9-му классу.

На каждого ребенка заполнялась карта оценки степени проявлений выраженности ШД на основании данных клинического обследования оценивались успеваемость, поведение, социальная контактность, личностное отношение к школьному обучению, пропуски занятий по неуважительным причинам (Н.А.Мазаева, О.П.Шмакова, 2005). Наиболее представленной оказалась группа детей/подростков с наличием школьной дезадаптации – 76 чел. (57,1%), выраженные и легкие проявления школьной дезадаптации распределились равномерно 28 (21,0%) и 29 (21,8%) соответственно. Как правило, основные формы проявлений школьной дезадаптации были смешанными и состояли из когнитивного, личностного (эмоционально-оценочного) и поведенческого компонентов, представленных в различных сочетаниях.

При преобладании когнитивного или познавательного компонента на первый план выступала плохая успеваемость ребенка/подростка по программам соответствующим возрасту и способностям ребенка, хроническая неуспеваемость. Возникновение школьной неуспеваемости становилось значительным невротизирующим фактором, усиливающим тревожность, провоцирующим развитие школьных страхов, протестных реакций и отказа от обучения. Личностный (эмоционально-оценочный компонент) школьной дезадаптации был представлен несформированностью школьной мотивации, нарушением социальных контактов с педагогами, одноклассниками. Поведенческий компонент выражался в систематических нарушениях поведения в процессе обучения в школе и дома, отказе от обучения.

В структуре пограничных психических расстройств, выявленных у детей/подростков при наличии школьной дезадаптации, преобладали полиморфные астенические состояния. Как осевой синдром, астенический ранг расстройств 86 чел. (64,65%) проявлялся в снижении работоспособности, появлении утомляемости, слабости, раздражительности. Дети становились обидчивыми, плаксивыми, болезненно реагировали на замечания, были пессимистичны, в некоторых случаях был плохой сон, с отсутствием чувства отдыха после сна.

У 26 пациентов (19,55%) ведущими были отклоняющиеся формы поведения, которые проявлялись в различных вариантах патохарактерологических реакций (протеста, оппозиции, группирования со сверстниками и др.), в данных случаях страдала адаптация в целом, реакция выходила за ситуацию, ее вызвавшую; происходила ее генерализация, утрачивалась психологическая понятность, и, присоединялись невротические расстройства – нарушался сон, возникали аффективные, астено-вегетативные расстройства.

Аффективный ранг расстройств 13 (9,77%) был представлен больше субдепрессивными, тревожно-депрессивными расстройствами.

Неврозоподобный синдром 8 (6,02%) в некоторых случаях выходил на первый план, он сопровождался невротическими реакциями на проявления тиков, заикания, мешающие школьной адаптации.

В исследуемой группе также были выявлены различные психосоматические расстройства: рецидивирующие боли в животе психогенного происхождения – 4 чел., психогенный кожный зуд – 3 чел., длительный субфебрилитет – 2 чел., психогенные нарушения дыхания – 2 чел.

Всем пациентам была оказана комплексная медико-психолого-педагогическая помощь в рамках индивидуально составленного плана работы полипрофессиональной бригады психиатрического детского дневного стационара для детей и подростков. Оказание помощи было разделено на этапы: 1 этап – диагностический (определяется план обследования и лечения, проводятся диагностические мероприятия), 2 этап – лечебно-реабилитационных мероприятий, 3 этап – заключительный (производится определение тактики лечения после выписки, прогноза обучения, решение социальных вопросов, психообразовательная работа с родителями).

Исходя из этиологии и патогенеза пограничных психических расстройств в связи со школьной дезадаптацией их лечение было направленно на причины, вызвавшие расстройство; патогенетические механизмы, обусловливающие возникновение и течение расстройства; компенсаторные механизмы, опосредованно способствующие формированию приспособления к продолжающемуся формированию пограничных психических расстройств.

Выводы. Пограничные психические расстройства у детей/подростков, обнаруживших проявления школьной дезадаптации формируются на основе сложных патогенетических механизмов: биологических (органических) и психогенных (невротических) механизмов. Дети и подростки нуждаются в комплексной реабилитации: медикаментозной коррекции, психотерапии, в том числе семейной, с учетом выраженности компонентов ШД (когнитивных, поведенческих, эмоционально-личностных). Необходимо развивать профилактические мероприятия в семье и в школе, для предотвращения нежелательных переходов из групп угрожаемых по школьной дезадаптации в группы со школьной дезадаптацией.

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ЕЖЕГОДНЫХ ЭПИЗОДОВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Подсеваткин В.Г., Дроздова О.С.

Саранск
Мордовское БУЗ Республики Мордовия
Мордовская республиканская психиатрическая больница

Цель исследования. Частые респираторные инфекции у детей с умственной отсталостью представляют собой не только медицинскую проблему, но и имеют серьезные социальные последствия: усугубление социальной дезадаптации ребенка из-за ограничения возможностей его общения со сверстниками (Дзюбич Л.И., Романова Н.А., Балыкова Л.А., 2012); педагогические проблемы: ухудшение успеваемости, отставание от программы обучения, которая подбирается индивидуально для детей с умственным дефектом различной степени тяжести; у 50% семей отмечается ухудшение психологического климата в семье, а более 70% родителей констатируют ухудшение качества своей жизни) (Коровина Н.А., 2011). Всвязи с этим, целью настоящего исследования явился поиск эффективной схемы терапии, способной снизить частоту респираторной заболеваемости у детей, страдающих олигофренией различной степени выраженности: мы изучали влияние антиоксиданта в сочетании с иммунокорректором и гипербарической оксигенацией на динамику иммунологических показателей и частоту эпизодов респираторных инфекций; данные характеристики оценивались через 12 месяцев после проведения выбранной схемы терапии.

Материалы и методы. Проведено простое, рандомизированное, сравнительное в параллельных группах исследование. В клинических наблюдениях участвовали 140 пациентов: 70 мальчиков и 70 девочек в возрасте от 5 до 15 лет, средний возраст 10,7+2,6. В зависимости от частоты эпизодов острых респираторных инфекций пациенты были разделены на четыре группы: в первую группу (n=40) были включены пациенты с олигофренией в степени дебильности и эпизодами острых респираторных инфекций до 6 в год, во вторую группу (n=20) были включены пациенты с олигофренией в степени умеренной имбецильности и эпизодами острых респираторных инфекций до 8 эпизодов в год, в третью группу (n=20) были включены пациенты с олигофренией в степени тяжелой имбецильности и эпизодами острых респираторных инфекций до 10 эпизодов в год, в четвертую группу (n=60) были включены пациенты с психической патологией и редкими эпизодами острых респираторных инфекций (менее 3-х эпизодов в год), группа контроля.

Критерием включения пациентов в исследование являлось наличие клинически установленного диагноза олигофрении различной степени тяжести, со значительными поведенческими нарушениями, требующими внимания или лечебных мер (рубрики МКБ 10 – F70.1 – 72.1). Соматическая патология была представлена острыми респираторными инфекциями (рубрика МКБ 10 – J00 – 03).

Критериями исключения пациентов из исследования являлись: длительный предшествующий прием психотропных препаратов, наличие сопутствующей хронической соматической патологии.

Все исследования проводили с согласия законных представителей, в соответствии со статьей 11 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании«.

Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами статистики с помощью стандартного пакета программ «Statistics 6.0«.

Была проведена метаболическая терапия: пациенты четвертой группы исследования получали пикамилон 0,02 в возрастной дозировке (5-10 лет: по 0,02 г 2 раза в день; 11-15 лет: по 0,05 г 2 раза в день) весь период госпитализации. Пациентам первой, второй и третьей групп исследования, наряду с пикамилоном, с первого дня госпитализации назначали следующую схему терапии:

1. мексидол в возрастной дозировке (5-10 лет: 100 мг (2 мл 5% раствора); 200 мг (4 мл 5% раствора); внутривенно, капельно, на 200,0 мл 0,9% физиологического раствора натрия хлорида, 10 дней, с последующим переходом на таблетированную форму: 5-10 лет: по 62,5 мг (1/2 таблетки) 3 раза в день; 10-15 лет: по 125 мг (1 таблетка) 3 раза в день до 30 календарных дней);

2. тималин (лиофилизированный стерильный порошок для инъекций по 10 мг, растворитель – изотонический раствор натрия хлорида, курс 5 инъекций, через день) в возрастной дозировке (5 – 6 лет: 2 – 3 мг, 7 – 15 лет: 3 – 5 мг);

3. сеансы гипербарической оксигенации (общим курсом 25 сеансов) в барокамерах типа БЛКС-301 и 303 МК при длительности изопрессии 60 минут, избыточном давлении 1,0 атмосферы.

Оценивали частоту респираторной заболеваемости у детей всех групп исследования на протяжении 12 месяцев после проведенной терапии.

Результаты исследования и их обсуждение. На протяжении последующих 12 месяцев после проведенной схемы терапии, частота ежегодных эпизодов острых респираторных инфекций у детей уменьшилась во всех группах исследования, причем, в группе детей, страдающих олигофренией в степени дебильности уменьшилась в среднем на 51% (5,9+0,35 случаев в год до проведенной метаболической терапии и 2,9+0,12 случаев

втечение 12 месяцев после проведенной метаболической терапии), в группе детей, страдающих олигофренией в степени умеренной имбецильности уменьшилась в среднем на 63% (8,4+1,0 случаев в год до проведенной метаболической терапии и 3,1+0,2 случаев втечение 12 месяцев после проведенной метаболической терапии), в группе детей, страдающих олигофренией в степени выраженной имбецильности уменьшилась в среднем на 45% (10,1+0,51 случаев в год до проведенной метаболической терапии и 5,5+0,1 случаев втечение 12 месяцев после проведенной метаболической терапии). Группа контроля – 2,6+0,4 случаев в год.

Выводы. Таким образом, на фоне применения комбинированной терапии антиоксиданта, иммунокорректора и гипербарической оксигенации в комплексной терапии олигофрении у детей из группы часто болеющих острыми респираторными инфекциями, благоприятно воздействующих на тканевую гипоксию и дисбаланс иммунных реакций, удалось добиться положительных результатов: существенного снижения частоты эпизодов острых респираторных инфекций при любой глубине интеллектуального дефекта при олигофрении. К тому же, кратность случаев острых респираторных инфекций у детей с олигофренией в степени дебильности и умеренной имбецильности после терапии достигла аналогичных показателей группы здоровых детей, следовательно достигнутое нами существенное снижение дает возможность патогенетического обоснования использования данной схемы, способной снизить частоту респираторной заболеваемости у детей, страдающих олигофренией различной степени выраженности.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПАЛИПЕРИДОНА У ПОДРОСТКОВ В ОСТРОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Писевич М.В.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева МЗ

Актуальность. Применение современных антипсихотических препаратов у подростков, так же как и в случае применения классических нейролептиков, сопряжено со значительными трудностями, обусловленными побочными эффектами этих препаратов. Однако, некоторые нейролептики последнего поколения, одним из которых является палиперидон – («Инвега») позволяют избежать осложнений, благодаря отсутствию у них центральных и периферических антихолинергических эффектов. Из многочсленных публикаций известно об успешном применении палиперидона при шизофрении, и депрессивных расстройствах, коморбидных с расстройствами шизофренического спектра, у взрослых (Davis J. M. et al., 1994; Kissling W., 1994). Однако, несмотря на явные преимущества палиперидона перед традиционными нейролептиками, сведения о применении данного препарата в детской и подростковой практике немногочисленны (Kryzhanovskaya L., Schulz C., Mcdougle C., Frazier J., Dittmann R., Robertson-Plouch C. et al., 2009; Nazirizadeh Y, Vogel F, et al., 2010;.Pani, G. Marchese, 2009).

Цель исследования. Оценка клинической эффективности, переносимости и безопасности длительного применения палиперидона у подростков, страдающих эндогенными психическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Исследование проведено у 36 пациентов (мальчиков – 22 (61,1%%), девочек – 14 (38,9%)) в возрасте от 14 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева МЗ» Средний возраст обследованных составил 16,7±1,22 лет. Длительность заболевания от 1 до 3 лет. Срок наблюдения составил 12 месяцев. Критериями отбора подростков в группу исследования явились: наличие продуктивной и негативной симптоматики в период обострения, наличие качественных нарушений социального взаимодействия в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, интересов, стереотипного поведения, затруднение социальной и семейной адаптации вследствие агрессивного поведения, импульсивных неконтролируемых действий в клинической картине расстройств шизофренического спектра (F 20 – 21, F 25 по МКБ-10), набравших при оценке по шкале PANSS не менее 60 баллов). Исследование проводилось с помощью клинико–психопатологического метода с использованием стандартных шкал оценки Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Clinical Global Impression (CGI) и шкал двигательных расстройств AIMS, BARS, SAS. Распределение пациентов согласно рубрикам МКБ – 10 было следующим: шизофрения, параноидная форма (F 20.0) – 33,3%; шизофрения простая форма (F 20.6) – 11,1%; шизофрения псевдоневротическая (F 21.3) – 27,8%; шизофрения псевдопсихопатическая (F 21.4) – 5,5%; шизотипическое расстройство личности (F 21.8) – 11.1%; шизоаффективное расстройство (F 25.0) – 13,9%. В тактике терапии использовались следующие принципы: титрование доз; наращивание дозы до клинического эффекта, оставаясь в рамках терапевтического коридора используемого препарата; при появлении первых признаков побочного действия – снижение дозы или назначение корректоров. Палипиеридон назначался 1 раза в сутки, стартовая доза составляла 3 мг/сут. с последующим титрованием дозы по 3 мг еженедельно. Минимальная терапевтическая доза составляла 3 мг/сут., максимальная – 12 мг/сут. При всех нозологических формах палиперидон назначался в качестве монотерапии.

Результаты. Анализ динамики показателей психопатологических симптомов показал, что при заболеваниях шизофренического спектра у подростков существенная редукция симптоматики наблюдалась по всем рассматриваемым показателям, где у наибольшего количества пациентов отмечалось снижение бальных оценок по показателям шкалы негативных синдромов по показателям пассивно-апатический социальный уход 26 человек (72,2%), трудности концентрации внимания 21 пациентов (58,3%), трудности в абстрактном мышлении 24 (66,7%), волевые нарушения 15 человек (41,7%), а также по шкале позитивных синдромов по показателям галлюцинаторное поведение у 29 пациентов (80,6%) и бред у 28 пациентов (77,8%). Из встречаемых побочных эффектов нами были выделены: развитие экстрапирамидных осложнений у 3 пациентов, которые редуцировались с назначением корректоров, гиперпролактинемия у 1 пациента, депрессия, нарушения сна в течение 1 недели приема препарата. Они носили транзиторный характер, не требовали дополнительного назначения корректоров и не являлись показанием для отмены препарата. Также не отмечалось патологических изменений в клиническом и биохимическом анализах крови и в общем анализе мочи, которые проводились до начала лечения палиперидоном, через 1 месяц и через 1 год приема препарата.

Наблюдение за подростками, получавшими палиперидон в течение 1 года, показало, что у подростков в 63,8% случаев (23 пациента) не отмечалось наличия рецидивов психических расстройств, они возобновили обучение в школах, где в том числе, значительно повысили свою успеваемость, наладили отношения в семье. У 1 (2,8%) подростка терапию пришлось отменить из-за развития побочных эффектов. У 5подростков (13,9%) отмечалось возобновление психопродуктивной симптоматики, после 3-х месяцев приема препарата, что потребовало коррекции (повышения) дозы до максимальной 12 мг/сут, у 19,4% (7 пациентов) после полугода приема палиперидона в терапевтической дозе отмечалось затруднение в реализации когнитивных навыков, что также требовало коррекции терапии (снижение дозы палиперидона, дополнительное назначение ноотропов), применение этих мер было достаточным, не требовало отмены/смены терапии или повторной госпитализации,

Заключение: Таким образом, результаты проведенного исследования показали эффективность длительно применения палиперидона в дозе от 3 до 12 мг/сут у подростков. Отмечен высокий уровень воздействия на негативную (в большей степени), позитивную, и общую психопатологическую симптоматику при заболеваниях шизофренического спектра, при использовании палиперидона в монотерапии, как при первичном его назначении, так и у пациентов, ранее получавших другие нейролептики. Необходимым условием наблюдения за подростками, получающими палиперидон должно быть создание стойкого терапевтического комплайенса пациента и лечащего врача для своевременной коррекции дозы и выявления отсроченных побочных эффектов.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ В СИСТЕМЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Потокина А.М., Антохин Е.Ю., Карпец А.В., Шлафер М.И.

Оренбург
ГАУЗ ГКБ больница им. Н.И. Пирогова,
Оренбургский ГМУ,
Оренбургская областная КПБ №1

Согласно Всеобщей Декларации прав человека дети имеют право на особую заботу и помощь. Конституция Российской Федерации гарантирует государственную поддержку семьи, материнства и детства. В России определена «Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы», главная задача которой: «…определить основные направления и задачи государственной политики в интересах детей и ключевые механизмы ее реализации, базирующиеся на общепризнанных принципах и нормах международного права». Одной из главных целей, определяемой Национальной стратегией, созвучной стратегии Совета Европы по защите прав ребенка на 2012-2015 годы, является «способствование появлению дружественных к ребенку услуг и систем». Реализация поставленных целей, особенно в сфере медико-психологической профилактики проблем детства, возможна только путем создания четкой структурированной системы основанной на взаимодействии всех государственных структур и ведомств в той или иной мере ответственных за работу с детско-подростковым населением (Шевченко Ю.С. с соавт., 2001). В специальном докладе Уполномоченного по правам ребенка по Оренбургской области были обозначены основные проблемные зоны, в частности недостаточно четкая организация именно медико-психологической помощи детско-подростковому населению. Отмечено, что существующая система представлена, в основном, психиатрической направленностью, то есть работой с тяжело больными детьми и подростками. При этом такие дети, а в большей мере их родители, лишь в крайнем случае обращаются к психиатрам. Именно указанный контингент в первую очередь нуждается в помощи относительно новой специальности в Российской Федерации – «клиническая психология». Сфера деятельности клинического психолога выходит за пределы оказания помощи психически больным и в первую очередь направлена на первичную психопрофилактику (Антохин Е.Ю. с соавт., 2014).

Одним из приоритетных направлений в организации медико-психологической службы в области, на наш взгляд, является именно создание кабинетов клинического психолога вне психиатрических учреждений, прежде всего, в детских поликлиниках.

«Экспериментальная площадка» – кабинет клинического психолога – была открыта на базе лечебного учреждения Государственного автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница Н.И. Пирогова» города Оренбурга (ГАУЗ «ГКБ им Н.И.Пирогова» г. Оренбурга в июле 2014 года в детской поликлинике. За 11 месяцев работы уже получили диагностическую и психологическую помощь более 300 детей и их родители. При анализе амбулаторной карты, выяснилось, что 109 детей находятся на учете у невропатолога с диагнозом «Минимальная мозговая дисфункция. Неврозоподобный синдром». По данным экспериментально-психологического исследования у 130 детей, в возрасте 5-12 лет, обнаружены отдельные невротические симптомы, родители которых, не обращались за психиатрической помощью из-за стигматизации. С признаками обсессивно-компульсивного расстройства к детскому психотерапевту за дополнительной консультацией направлены 20 детей, из которых 8 детей достаточно длительное время стоят на учете у невропатолога, при этом назначенная фармакотерапия не достаточно эффективна.

За все время работы клинического психолога в детской поликлинике у 3-х детей выявлен психотический уровень расстройств с последующей неотложной госпитализацией в психиатрический стационар. Так девочка в возрасте четырех лет находилась в остром психотическом состоянии: на протяжении двух дней проявляла избирательность в еде, заставляла родителей мыть руки, высказывала мысли, что еда грязная, даже после многочисленной обработки. Совершала определенные ритуалы принятия еды – прежде чем съесть конфету светила фонариком и наливала воду. После приема пищи, девочка вызывала рвоту и ополаскивала рот. Благодаря открытию кабинета клинического психолога, 6 семей, у которых дети имеют диагноз «Задержка психического развития» получили возможность бесплатно посещать занятия на развитие и формирование отстающих психических процессов. С ноября 2014 года в г. Оренбурге во всех городских детских поликлиниках было отменено обязательное прохождение детей в возрасте 6-7 лет медико-педагогической комиссии. С целью своевременной диагностики уровня психомоторного развития и уровня познавательных способностей с последующим предоставлением рекомендаций с января 2015 года клиническим психологом проводится плановый осмотр детей в возрасте 6 лет. По данному направлению обследовано 50 детей. Выявлено, что у 20% детей имеется низкий уровень развития мелкой моторики, слабая дифференцированность эмоциональной сферы и низкий уровень развития познавательных способностей.

В своей работе мы столкнулись и с тем, что, к сожалению, многие родители и дети (около 6% из всех обратившихся) имеют негативный опыт обращения к психологам в образовательных учреждениях, либо в частных психологических центрах.

Клинический психолог, совместно с участковыми педиатрами, проводит работу по выявлению неблагополучных семей и детей группы-риска. За второе полугодие 2014 года была выявлена одна неблагополучная семья и с тремя семьями проведены профилактические мероприятия.

Одним из важных направлений работы клинического психолога в детской поликлинике является психопрофилактическая. Ежемесячно проводятся семинары в образовательных учреждениях города как с учителями, психологами учреждений, так и с родителями. Основное направление психообразование по предупреждению суицидальных попыток среди детско-подросткового населения и профилактика агрессивности детей. Организовано взаимодействие с психотерапевтическими центрам города и кафедрой клинической психологии и психотерапии медицинского университета. Организовано регулярное межведомственное взаимодействие министерства здравоохранения, образования, социального развития, управление внутренних дел, комиссии по делам несовершеннолетних администрации города.

Таким образом, введение ставки клинического психолога в детскую поликлиническую службу показывает востребованность ее населением, позволяя, в определенной сте-

пени дестигматизировать психиатрию. Клинический психолог в данной системе является своеобразным «первичным» звеном оказания психолого-психиатрической помощи, что также повышает возможности раннего выявления психической патологии у детей и подростков, укрепляя, в том числе психопрофилактическое и психообразовательное направления работы детским населением.

ДЫХАТЕЛЬНО-РЕЛАКСАЦИОННЫЕ УПРАЖНЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗАИКАНИЯ

Разумовский О.Ю.

Москва
НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Заикание – это нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием речевого аппарата. Одним из главных симптомов заикания являются нарушения дыхания: экспираторная судорога (судорожный выдох), инспираторная судорога (судорожный вдох, иногда со всхлипыванием), респираторная (судорожный вдох и выдох, иногда с разрывом слова). Очень часто при заикании на фоне общего мышечного гипертонуса (особенно за несколько секунд до начала речи и сразу после высказывания) наблюдается значительное повышение тонуса мышц шейно-воротниковой зоны, которая как известно является заинтересованной с органами артикуляционной моторики(особенно языка).

Кроме перечисленных симптомов у многих пациентов нарушено и физиологическое дыхание,что приводит к недостаточному обеспечению кислородом клеток головного мозга, а следовательно к гипоактивности, гиперактивности, снижению энергетического потенциала, нарушению иннервации артикуляторных мышц.

Известно, что комплексная коррекция заикания включает в себя медикаментозную терапию, логопедические занятия, психотерапию, ЛФК и охранительный режим.

Одним из наиболее эффективных способов расслабления является мышечная релаксация в сочетании с глубоким дыханием.

Наиболее известной методикой является парадоксальная дыхательная гимнастика А.Н.Стрельниковой: одновременное сочетание короткого носового вдоха и движений рук снижает гипертонус мышц шейно-воротниковой зоны.

Также известна система Джейкобсона – прогрессивная (последовательная) мышечная релаксация – это вид упражнений в которых чередуется состояние расслабления и напряжения отдельных групп мышц. Упражнения по этой системе строятся по следующей схеме: 1) сначала разучиваются и тренируется расслабление некоторых групп мышц, включая мимические и голосовые; каждое упражнение сначала тренируется при помощи реального движения,а затем без движения, мысленно, путем припоминания ощущений; 2) затем тренирующийся при помощи многократного самонаблюдения выясняет какие мышцы напрягаются у него при отрицательных эмоциях; 3) используя навыки, полученные на первом этапе, практикующий расслабляет выявленные на втором этапе группы мышц и таким образом добивается самоуспокоения. Некоторые упражнения: для мышц лица – напрячь мышцы губ, губы плотно сжимаются …зафиксировать напряжение …расслабить…сконцентрироваться на различии в ощущениях, запомнить их (повторить 3 раза). Эти упражнения можно сочетать с глубоким вдохом на фазе напряжения и выдохом на фазе расслабления.

Включение в комплексную работу системы упражнений с глубоким дыханием позволяет улучшить результаты коррекции.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Ретюнский К.Ю., Бебенин А.А.

Екатеринбург
Уральский ГМУ,
Свердловская областная КПБ

Понимание интрацентральных механизмов энкопреза позволяет эффективно проводить терапию детям с неорганическим энкопрезом, опираясь на современный биопсихосоциальный подход к диагностике, терапии и реабилитации заболеваний, включающий полипрофессиональное и межведомственное участие.

В ходе терапии 96 детей с неорганическим энкопрезом с затяжным течением (согласно критериям МКБ-10) в возрасте от 5 до 13 лет с общим интеллектуальным показателем (ОИП) по шкале Векслера не ниже среднего уровня (90-109 баллов) при исключении патологии желудочно-кишечного тракта.

Все дети основной группы – 96 детей (100%) наблюдались и получали комплексную терапию более 1 года. В пределах этой выборки производилось сравнение эффективности предложенных методов лечения.

Было сформировано две подгруппы согласно выбранному методу лечения. Оценка результатов терапевтического воздействия осуществлялась каждые три месяца.

Детям I подгруппы (n=37), назначалось курсовое лечение противоорганическими средствами, включающее ноотропные препараты (ноотропил, пантогам), сосудистые препараты (циннаризин, танакан), биогенные нейропротекторы (церебролизин, кортексин) в соответствующих возрастных дозировках. Оценивая эффективность противоорганической терапии было установлено, что улучшение состояния отмечено в 18 случаях (48,7%, n=37), ремиссия в 12 случаях (32,4%, n=37). На фоне противоорганической терапии клинически наблюдалось повышение возбудимости, раздражительности, плаксивости, расторможенности детей в подавляющем большинстве случаев (29 случаев из 37). У 19 детей из 37 было отмечено удлинение периода засыпания, с учащением случаев сноговорения, ночных страхов и психомоторных пароксизмов. Данный феномен обусловлен стимулирующим эффектом ноотропных средств, усиливающих эпилептизацию головного мозга.

Дети II подгруппы (n=59) с установленной парциальной патологической активностью с помощью ЭЭГ получали карбамазепин (финлепсин-ретард, тегретол ЦР) в дозах 10-20 мг/кг в сутки. При этом наращивание дозы было пошаговым, когда в течение 4-х недель доза препарата возрастает каждую неделю на j от предполагаемой средней суточной. При наличии генерализованной патологической активности, установленной с помощью КЭЭГ, предпочтение отдавалось вальпроатам (депакин-хроно, депакин-хроносфера).

Всем детям II подгруппы, помимо антиконвульсантов также применялись препараты ноотропного действия, которые, как и у детей I подгруппы назначались курсами по 30-40 дней.

Мониторинг детей II подгруппы в течение двух лет отражает высокую эффективность сочетанной терапии антиконвульсантами и противоорганическими средствами. Так, у более половины детей II подгруппы, 31 случай (52,5%, n=59) отмечена полная ремиссия, эпизоды энкопреза у них эпизоды энкопреза не отмечались более года, улучшение отмечено в 18 случае (30,5%, n=59).

В результате лечения у большинства детей основной группы, получавших лечение – 43 ребенка (44,8%, n=96) отмечена отчетливая положительная динамика (отсутствие эпизодов энкопреза на протяжении не менее 1 года), что подтверждалось результатами периодических обследований.

Уменьшение выраженности основных симптомов энкопреза (уменьшение числа эпизод недержания кала по сравнению с исходным количеством) отмечалось в обоих группах. Однако в I подгруппе, где применялись только противоорганические средства, результаты оказались значительно хуже, нежели во II подгруппе ($p \geq 0,05$).

Анализ биоэлектрической активности головного мозга у детей с энкопрезом выявил сдвиг нормальной частоты доминирующего ритма с появлением патологических колебаний в фоновой записи, при этом функциональные пробы вызывали асимметрию формирующегося α-ритма, практически его редукцию. Через 6 месяцев и 1 год после начала терапии в основной группе у 61 ребенка основной группы (63,5%, n=96) наблюдалось уменьшение высокоамплитудной медленно-волновой активности, преимущественно тета-диапазона, изменение соотношения тета- и бета-ритма. У 69 детей (71,9%, n=96) отмечалась стабилизация основного альфа-ритма и увеличение устойчивости к нагрузкам, т.е. повышение порога судорожной готовности.

Очевидно, наиболее эффективной терапией на основании данных ЭЭГ-исследования следует признать сочетание нейрометаболиеческой терапии с антиковульсантами.

Нейропсихологическая коррекция представлена различными методиками, включающими в себя комплекс упражнений, направленных на развитие у детей возможностей произвольного (целенаправленного) планирования, регулирования и контроля над своими действиями. Также применялись методики упражнений, позволяющие улучшить концентрацию и распределение внимания. У младших школьников психотерапевтическая коррекция была направлена на отработку навыков контроля над актом дефекации. В этой ситуации приемлемы различные виды индивидуальной и групповой психотерапии, позволяющие разрешить внешние и внутренние психогенные конфликты, личностный рост и гармонизацию межличностных отношений, позитивную социализацию. При этом обязательным условием успешности данной работы является семейный характер психотерапии.

При разработке подобных программ учитывалось, что большинство психосоциальных методов и средств воздействия необходимо применять в течение длительного периода времени, при этом их глубокое влияние может казаться неочевидным.

Таким образом, эффективность терапии неорганического энкопреза связана с восстановлением функционального состояния структур головного мозга, отвечающих за регуляцию акта дефекации. Медикаментозная терапия, направленная на восстановление функциональной недостаточности структур головного мозга, включает комплекс «противоорганических» средств. Важным звеном терапии являются антиконвульсанты. К дополнительным способам оптимизации терапии следует отнести нейропсихологическую коррекцию. Ранняя реабилитация детей с энкопрезом заключается в оказании своевременной комплексной, адекватной профилактической, медико-психологической и социально-педагогической помощи, которая с большим успехом может осуществляться в детских дошкольных учреждениях, школьных медико-психолого-педагогических центрах с привлечением укомплектованных полипрофессиональных бригад.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Ретюнский К.Ю., Бебенин А.А.

Екатеринбург
Уральский ГМУ, Свердловская областная КПБ

Актуальность проблемы неорганического энкопреза, рассматриваемого в рубрике F98 «Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте», связана с высокой распространенностью патологии, недостаточным пониманием патогенеза. Практика показывает, что данной проблемой занимаются преимущественно гастроэнтерологи, неврологи, проктологи. Применение малоэффективных, порой взаимоисключающих технологий, преимущественно симптоматического характера обусловливает отсутствие результатов. Энкопрез преимущественно рассматривают в качестве самостоятельного синдрома, ограничивая значение церебральных механизмов регуляции выделительной функции. Длительное сосуществование с болезнью обеспечивает формирование вторичных по отношению к энкопрезу невротических расстройств, отражающих реакцию личности на болезнь, что позволяет многим исследователям рассматривать психогенную природу расстройства. Затяжное течение энкопреза с частыми рецидивами предопределяет снижение социального функционирования ребенка, обусловливая стойкую дезадаптацию.

В ходе настоящего исследования была предложена центральная модель патогенеза энкопреза, основанная на закономерностях возникновения, клинико-динамических особенностях болезни в сравнительно-возрастном аспекте.

В исследовании рассматривались 96 случаев неорганического энкопреза с затяжным течением (согласно критериям МКБ-10) у детей в возрасте от 5 до 13 лет с общим интеллектуальным показателем (ОИП) по шкале Векслера не ниже среднего уровня (90-109 баллов) при исключении патологии желудочно-кишечного тракта.

Контрольное сравнение проводилось с аналогичными показателями одновозрастных групп детей и подростков в количестве 50 человек, посещавших общеобразовательные средние школы (контрольная группа).

Применение клинического анализа, компьютерной ЭЭГ, нейропсихологического исследования, ультразвуковой допплерографии, методов статистической обработки позволили выявить ряд закономерностей.

В результате исследования были установлены общие клинико-психопатологические и клинико-динамические особенности энкопреза в сравнительно-возрастном аспекте. Так в происхождении энкопреза определенную роль играют биологические и средовые факторы, Ведущее значение в группе биологических факторов имеют резидуально-органическая церебральная недостаточность, выявленная у всех 96 детей (100%). Общим для энкопреза являются признаки резидуального психоорганического синдрома, близкого по своему значению к F 07.9 (МКБ-10), но не соответствующие ему полностью. У 96 детей (100%) в раннем детстве наблюдались симптомы органической невропатии; у 79 детей (82,3%) начиная с 3-летнего возраста на фоне постепенного послабления невропатической симптоматики, нарастали астено-гипердинамические проявления различной степени выраженности, обуславливающие гиперкинетическое поведение с нарушением функции внимания; у 89 детей (92,7%) гиперкинетический рисунок поведения дополняли церебрастенические и эмоциональные расстройства с преобладанием аффективно-возбудимых реакций.

Достоверность наличия органической дисфункции мозга при энкопрезе верифицировалась с помощью электрофизиологического, нейропсихологического и ультразвукового исследования.

На основании клинического анализа ЭЭГ у всех детей с энкопрезом характеризовалась легким или умеренным снижением функциональности состояния коры головного мозга. В 56 случаях (58,3%), КЭЭГ характеризовалась сдвигом нормальной частоты доминирующего ритма с появлением патологических колебаний в фоновой записи, при этом функциональные пробы вызывали асимметрию формирующегося α-ритма, практически его редукцию, полиритмию со вспышками редких патологических колебаний, генерализацию θ- и δ-волн, нестойкую (прохо-

дящую в течение 20 секунд) гиперсинхронизацию медленных волн, что соответствует пограничному типу ЭЭГ. В 34 случаях (35,4%), КЭЭГ характеризовалась наличием диффузных патологических колебаний в фоновой записи, очаговой высокоамплитудной полиморфной активностью. Диффузные патологические колебания имели самый разнообразный характер α-, θ- и δ-диапазона, преимущественно высокой амплитуды, превышающие 130-150 мкв. Комплексы «спайк – медленная волна», «острая волна – медленная волна» и другие эпилептиформные паттерны носили облигатный характер. При функциональной нагрузке наблюдалась генерализация патологической активности со значительным увеличением ее амплитуды, возникновению эпилептиформной активности.

Соотнесение отчетливых эпилептиформных паттернов КЭЭГ с клиническими проявлениями психоорганических расстройств свидетельствует о важной роли механизмов, схожих с эпилептогенезом.

Нейропсихологическое исследование позволило выявить в подавляющем большинстве случаев «выпадение» первого (энергетического) структурно-функционального блока мозга по А.Р. Лурии, эффективная деятельность которого определяется такими мозговыми структурами, как ретикулярная формация, неспецифические структуры среднего мозга (диэнцефальные отделы), лимбическая система и медиобазальные отделы лобных и височных долей мозга. Энергетический блок отвечает за регуляцию процессов активации мозга, имеет прямое отношение к процессам внимания и памяти, а также является непосредственным мозговым субстратом различных мотивационных и эмоциональных процессов и состояний.

В ходе экстра- и транскраниальной ультразвуковой допплерографии у 84 детей (87,5%) были установлены признаки увеличения линейной скорости кровотока в артериях вертебробазилярного бассейна с одновременным нарушением венозного оттока легкой и умеренной степени, обусловливающего синдром внутричерепной гипертензии. У 80 детей (83,3%) отмечались признаки церебральной ангиодистонии. При этом отмечалось изменение коэффициентов реактивности при проведении функциональных проб (гипокапния при гипервентиляционной проба). У 68 детей (70,8%) выявлялись признаки затруднения венозного оттока по позвоночным венам. Дилатированное венозное русло при спазмированных артериях обусловливает повышение внутричерепного давления.

Таким образом, на основании отчетливых пароксизмальных эпилептиформных ЭЭГ-отклонений и их соотнесении с клиническими проявлениями резидуально-органического психосиндрома, подтверждаемых недостаточностью нейропсихологических функций головного мозга, можно утверждать, что в основе манифестации и клинической динамики энкопреза лежат схожие с эпилептогенезом центральные механизмы патогенеза. Энкопрез у детей является следствием сформированной патологической системы, нарушение интрацентральной корково-подкорковой регуляции головного мозга сопровождается утратой контроля над актом дефекации.

К ВОПРОСУ О ТРАВМАХ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ

Сартакова О.В.

Барнаул
Алтайский краевой ПНД для детей

Черепно-мозговая травма занимает лидирующее место среди всех травм в детском возрасте, обуславливает высокий уровень возникновения тяжелых неврологических и психических расстройств, требующих длительного лечения и реабилитации (Валиуллина С.А с соавт., 2014).

Ежегодно в России травму головного мозга получают 270 тыс. детей, 100 тыс. из которых госпитализируются, 1,5 тыс. погибают, более 5 тыс. ста-новятся инвалидами (Валиуллина С.А с соавт., 2014; Валиуллина С.А с соавт., 2012).

В последние десятилетия последствия черепно-мозговой травмы остаются одной из важнейших медико-социальных проблем (Фуфаева Е.В с соавт 2014). Среди всех травматических повреждений детского возраста 30-50% составляет черепно-мозговая травма (Фуфаева Е.В с соавт., 2014; Prins M.L., Hovda D.A., 2003).

По данным ВОЗ, черепно-мозговая травма увеличивается на 2%, при этом наблюдается рост инвалидизации и социальной дезадаптации больных, перенесших их (Скоромец А.А с соавт., 2010; Лихтерман Л.Б., 2000).

Психическим нарушениям вызванным травмами головы посвящено значительное число работ.Наряду, как показывает анализ литературы, остается практически неизученным такой аспект травматических поражений головного мозга, как психические нарушения у лиц, перенесших травму головы и оставшихся без лечения в их остром периоде.

Между тем, как показывает клиническая практика, к психиатрам обращается большое количество больных в анамнезе которых обнаруживаются черепно-мозговые травмы не подвергавшиеся лечению.

Целью нашей работы и задачами исследования послужило изучение психического состояния детей, имевших в анамнезе травму головы, выявление распространенности травмы у детей городского и сельского населения, и оценка не леченных и леченных травм в отдаленном периоде.

Материал и методы исследования. Исследование осуществлялось анкетным методом. Специально состав-ленная анкета включала ряд вопросов, анализ ответов испытуемых на кото-рые позволял решать поставленные задачи.

Всего было обследовано 25 человек. Из них 16 (64%) мальчиков и 9 (36%) девочек. Возраст обследованных от 3-х до 15 лет. Среди них городских детей 14, сельских 11. По социальным группам неорганизованных-3, посещают детские дошкольные учреждения -4, обучаются в школе-18.

Результаты и обсуждение. Анализ ответов обследованных на вопросы анкеты показал, что из 25 человек 20(80%)имели в анамнезе диагностированные в медицинских учреждениях (травмпунктах,больницах) черепно-мозговые травмы. В группе мальчиков 16 человек травму перенесли 15 (60%), 9 девочек травму перенесли 7 (28%), 5 человек (22%) не переносили травму головы.

О перенесенных травмах свидетельствовали и наблюдавшиеся у обследованных, судя по их ответам на вопросы анкеты, в первые сутки после этих событий признаки травматического поражения головного мозга.

В результате исследования было установлено, что значительная часть детей, перенесших травму головы, не получали лечения в их остром периоде, что было свойственно как среди мальчиков, так и среди девочек разного возраста. Всего среди мальчиков таких оказалось 12 (48%), среди девочек 6 (24%).

Головные боли в последствие после перенесенной травмы у 11 мальчиков(44%), у 4 девочек (16%).

Центральной задачей данной работы являлась оценка психопатологических последствий у детей, перенесших травму головы и не получавших лечение в остром ее периоде.

В частности, при безвыборочном изучении медицинской документации больных, госпитализированных в отделение нейротравматологии в связи с черепно-мозговой травмой в течение двух лет (432 ребенка и подростка), оказалось, что из них 21 ребенок (5%),из которых 3 ребенка до 1 года в силу разных причин в течение первых суток отказались от лечения родители и оставили отделение.

Вывод. Проведенное исследование с использованием эпидемиологических и выборочных методов свидетельствуют о заметных масштабах случаев, когда в силу разных причин дети не получают медицинской помощи в остром периоде.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АГРЕССИИ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА МЕГАПОЛИСА

Свинцова А.В., Панкова О.Ф., Атмашкина О.М., Дьяченко А.С.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Проявление агрессии детей и подростков, как в детских коллективах, так и в условиях семьи, окружающего их социума является одной из актуальных и дискуссионных проблем, отражающих социальные запросы общества и находящих отражение в многочисленных публикациях исследователей самых разных специальностей – психологов, социологов, педагогов и др. В то же время, результаты проведенных ранее исследований в психиатрии и фундаментальных разделах медицины, в частности – нейрофизиологии и нейропсихологии, посвященных изучению феномена агрессивности личности, показали, что от 50% до 70% подростков, совершивших агрессивные деликты, имеют психические расстройства (Гурьева В.А.,2001; Макушкин Е.В., 2009; Grisso T. et al. 2004; Fite P.J., StoppelbeinL., Greening L., 2009). В нашей стране данная проблема становится особенно острой с учетом существенного прироста общей заболеваемости психическими расстройствами в детско-подростковой популяции – за 12 лет более чем на 25% (Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А., 2013). К особенностям современного патоморфоза детско-подростковой агрессивности следует отнести несомненное влияние на нее современных средств электронной информации (компьютерные игры) и нарастающего вала интерактивных компьютерных игр агрессивного содержания (Бандура А., Уолтерс А., 2000, Матвеева Л., 2006 и др.)

Цель и задачи исследования – изучить распространенность и характер агрессивных проявлений в клинике психических расстройств у пациентов стационара, провести их сравнительно-возрастной и нозологический анализ.

Материалы и методы исследования. Методом случайной выборки были изучены истории болезни 300 пациентов, находившихся на лечении в крупнейшей детской психиатрической больнице г.Москвы – «Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой» – в 2014 г. Выкопировка и анализ данных историй болезни выявили указания на трудности поведения и агрессию при поступлении у 122 (40,7%) пациентов. Более подробно был изучен 81 (27%) пациент, наличие агрессии у которых было подтверждено полученными объективными сведениями, включая непосредственное наблюдение за ними во время пребывания в стационаре. Гендерное разделение всего изученного контингента: мальчики – 58 (71,6%), девочки – 23 (28,4%). По возрасту пациенты были разделены на четыре группы: 1) дошкольный возраст до 7 лет, 2) младший школьный возраст (7-10 лет), 3) подростковый возраст (11-14 лет), 4) ранний юношеский возраст (15-18 лет). Группа пациентов дошкольного возраста была наиболее малочисленной – 5 (6,2%) человек, все мальчики. Наиболее многочисленной была третья группа – 33 (40,7%) пациента, из которых мальчики составили 72,7%. Мальчики составили подавляющее большинство (78,9%) и во второй группе, в которую вошли 19 пациентов. В самой старшей группе, состоящей из 24 пациентов, гендерные различия минимальны- 58,3% мальчики и 41,7% девочки.

Проявления агрессии в младшей группе исчерпывались физической агрессией по отношению к близким, реже – по отношению к посторонним людям и разрушительными тенденциями. В младшей школьной группе агрессия наиболее часто была направлена на окружающих и выражалась в избиении, нанесении вреда здоровью и попытках нанести увечья. В этой группе у трети пациентов отмечались аутоагрессивные действия. В группе подростков физическая агрессия по отношению к окружающим также была наиболее частой, причем это было наиболее свойственно именно девочкам (в 75% наблюдений), у мальчиков данной группы лишь в 47,8% наблюдений. Однако мальчики чаще прибегали к угрозам расправы, включая убийство, используя для этого холодное оружие (ножи, заточки, стекло и др.). Физическая агрессия по отношению к окружающим у девушек раннего юношеского возраста оставалась по-прежнему на высоком уровне (у 80%), к ней добавлялись разрушительные тенденции (60%) и аутоагрессия (50%). Из других нарушений поведения в подростковом и юношеском возрасте наблюдались побеги (уходы) из дома, воровство, употребление алкоголя и наркотиков.

По результатам изучения нозологической принадлежности имевших место психических расстройств, первые три позиции заняли: органическая патология головного мозга (32,1%), умственная отсталость (23,4%), формирующаяся патология личности (F90-F98 по МКБ-10) – 19,7%. Процентное распределение больных с органической патологией головного мозга в возрастных группах: 40%, 26,3%, 36,4%, 29,2% соответственно. Гендерные различия не имели статистической значимости, за исключение четвертой группы. Органическая патология имела место у 42,9% пациентов мужского пола данной группы, в то время, как у пациенток лишь в 10% ($p<0,05$). Примерно с такой же частотой встречались пациенты с умственной отсталостью, за исключением первой группы: 0%, 42,1%, 12,1%, 29,2%. У больных с данным типом патологии также имелись статистически значимые гендерные различия в четвертой группе: 50% девушек имели диагноз умственной отсталости, у юношей в данной группе умственная отсталость была выявлена лишь в 14,4%. В подростковом и раннем юношеском возрасте высокий удельный вес занимали формирующиеся специфические личностные расстройства (психопатии), диагностируемые по МКБ-10 в рамках F9 «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте»: 30,3% и 20,8%.

Сравнительно редко агрессивное поведение отмечалось у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра – 17,3%, причем все они были мужского пола.

Что же касается синдромов, в структуре которых отмечались агрессивные проявления, то в качестве основного, несомненно, следует признать психопатоподобный синдром, отмеченный у 65,4% (n=53) изученных пациентов стационара. В истории болезни шести пациентов этой группы были указания на патологию влечений. На втором и третьем местах, соответственно, находятся синдром деменции и задержки развития – 11,1% (n=9) и психоорганический синдром – 9,9% (n=8). Среди других синдромов, выявлявшихся гораздо реже, отмечались стертые аффективные расстройства (атипичные субдепресии, гипомании), патологическое фантазирование, неврозоподобные нарушения (фобии, сенесто-ипохондрические переживания).

Следует отметить, что данное исследование является пилотным, предваряющим большую научную работу, посвященную изучению клинико-динамических особенностей психических расстройств у детей и подростков с нарушениями влечений агрессивно-садистического характера, разработке методов ранней диагностики и профилактики делинквентного поведения.

Выводы.

1. Проведенное исследование подтвердило актуальность углубленного изучения проблемы агрессивных проявлений в структуре психической патологии у детей и подростков на разных возрастных этапах. Наличие агрессии было выявлено у 27% изученной когорты пациентов психиатрического стационара.

2. Необходимо проведение углубленного клинико-психопатологического и экспериментально-психологического

исследования проспективного характера, направленного на раннее выявление агрессивно-садистических проявлений и разработку принципов терапии и психокоррекции больных с целью профилактики делинквентного поведения.

3. Требуется расширение диагностических возможностей выявления специфических психических расстройств у детей и подростков с нарушениями влечений агрессивно-садистического характера в рамках отдельных форм патологии (эндогенной, органической, патохарактерологической) с использованием различных психодиагностических методик.

4. Имеющиеся у детей и подростков нарушения влечений агрессивно-садистического спектра, способные приводить к диссоциальным расстройствам и последующему криминогенному поведению, требуют разработки полипрофессиональной системы медико-психологической реабилитации, включающей режимно-организационные мероприятия и психолого-педагогическую коррекцию.

КОМПЛЕКСНЫЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ ДЕФЕКТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО КРУГА

Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Зверева Н.В.

Москва
НЦПЗ,
МГППУ,
НОУ ВПО МПСУ

Введение. Психологическая диагностика когнитивного дефекта как негативного расстройства при шизофрении требует комплексного подхода. Традиционные средства патопсихологической и психометрической диагностики во многих случаях оказываются недостаточными, иногда не подходящими по степени тяжести состояния пациентов. Введение нейропсихологического аспекта анализа позволяет более четко определить уровень нарушения (корковый, подкорковый) и его структуру, что в сочетании с современным психодиагностическим подходом позволяет ближе подойти к малоизученной и трудно исследуемой теме становления дефекта при шизофрении у детей и подростков.

Цель работы – комплексный нейропсихологический и психометрический анализ проявлений формирующегося дефекта у детей и подростков с эндогенной психической патологией расстройств шизофренического круга.

Группы испытуемых. Исследованы дети с выставленными диагнозами расстройств круга шизофрении: шизофрения, детский тип (F20), приступообразно-прогредиентная детская шизофрения с нарастающим или стабильным дефектом (F20.x), шизотипическое расстройство (F21). Все больные находились на стационарном лечении в 7 детском отделении ФГБНУ НЦПЗ. Экспериментальная группа (ЭГ) – 20 детей (12 мальчиков), средний возраст 11,0±2,9 лет. Все больные имели верифицированные научными сотрудниками клиники диагнозы (F20, F20.x, F21), у большинства имелся дефект в когнитивной сфере, в ряде случаев олигофреноподобного типа. Контрольную группу (КГ) составили дети и подростки (15 человек, из них 10 мальчиков), учащиеся московских школ, средний возраст -11,1±3,0 лет.

Методы исследования: психометрическая (детский тест Векслера) и нейропсихологическая диагностика. Были выделены отдельные критерии по каждому виду диагностики. Ведущим критерием в психометрической диагностике был уровень общего интеллектуального показателя (IQ): низкий (79 баллов и ниже), средний (от 80 до 109 баллов) и высокий (110 баллов и выше), кроме того, оценивались показатели вербального и невербального интеллекта, а также гармоничность-диссоциация указанных показателей. Нейропсихологическое исследование проводилось с помощью комплекса нейропсихологических проб Лурия А.Р. – Цветковой Л.С. Комплекс нейропсихологических проб включал оценку дисфункции подкорковых структур, нарушения межполушарного взаимодействия, функциональной несформированности или дисфункции корковых отделов. Применялась трехбалльная шкала: 2 балла – сильно выраженный симптом; 1 балл – слабо выраженный симптом; 0 балл – симптомы несформированности\дисфункции отсутствуют.

Основные результаты. Больные ЭГ распределились по уровню интеллекта и диагнозу следующим образом: в группе F20 – низкий уровень100%, в группе F20.x низкий уровень – 57%, средний – 43%; в группе F21 – низкий уровень -17%, средний уровень – 50%, высокий интеллект – 33%. Существенно, что в группе больных с диагнозом F20, и F20.x детей с высоким IQ не было. Более чем у 50% детей выявлена диссоциация вербального и невербального интеллекта. Для нейропсихологической оценки диагностические подгруппы были представлены объединенными группами по диагнозам F20 (больные обеих подгрупп F20, F20.x) и F21. Степень несформированности/дисфункции по всем оцениваемым параметрам более грубая в группе с диагнозом F20. С учетом уровня интеллекта сопоставление подгрупп с диагнозами F20 и F21показало, что при среднем уровне IQ дисфункция подкорковых структур и функциональная сформированность корковых структур сопоставимы, тогда как недостаточность межполушарного взаимодействия существенно выше в группе F20. Для детей с низким уровнем IQ характерна иная картина: выраженность симптомов дисфункции по всем параметрам значительно выше в группе F20, чем F21, при этом наиболее значимы различия в межполушарном взаимодействии и функциональной сформированности\дисфункции корковых структур.

Представим полученные результаты в виде обобщенных выводов:

1. у детей КГ, по сравнению с ЭГ(эндогенная психическая патология шизофренического круга), выраженность симптомов несформированности корковых и подкорковых структур минимальна, кроме того, наблюдается иной вектор структурного дисбаланса;

2. у детей и подростков ЭГ в нейрокогнитивном дефиците имеется выраженная дисфункция подкорковых структур для всех типов интеллекта (высокий, средний, низкий) независимо от диагноза;

3. обнаружены различия по локализации преимущественных дисфункций (межполушарное взаимодействие, корковые структуры, подкорковые структуры) у больных с разными диагнозами: более грубые нарушения имеются у детей и подростков с F20 и низким уровнем интеллекта по Векслеру, что проявляется в высоких параметрах функциональной несформированности/дисфункции межполушарного взаимодействия и корковых структур и в особенностях направленности структуры соотношения дисфункций;

4. выявлена специфическая картина распределения дефицита корковых функций у больных детей с различным доминированием интеллекта (вербального над невербальным и невербального над вербальным);

5. комплексная нейропсихологическая и психометрическая диагностика когнитивного дефекта при ранней шизофрении у детей и подростков позволяет более тонко определить структуру и особенности когнитивного дефекта при разных формах заболевания.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕТСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ И ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ

Скобло Г.В., Трушкина С.В.

Москва
НЦПЗ

В России у психиатров наблюдается около миллиона детей с различными психическими расстройствами (Макушкин Е.В., 2013). Это число могло бы быть значительно меньшим, если бы диагностика и, соответственно, лечение целого ряда детских психических отклонений не оказывались запаздывающими. Однако раннее выявление психических отклонений представляет собой проблему для детских психиатров, и прежде всего потому, что в поле их зрения не попадает соответствующий возрастной контингент. Родители детей первых трех-четырех лет жизни крайне редко обращаются за специализированной психиатрической помощью для них. Исключение составляют лишь случаи с выраженными аутистическими расстройствами, частота диагностирования которых значительно возросла (Симашкова Н.В., 2006; Гудман Р., Скотт С., 2008; Волкмар Ф., Вайзнер Л., 2014 и др.), редкие случаи ранней шизофрении и тяжелые олигофрении. Практика выявления, квалификации и терапии остальной психопатологии у детей первых лет жизни в широкой амбулаторной психиатрической сети в России почти полностью отсутствует. В результате большинство детей раннего возраста, имеющих психическую патологию, наблюдаются педиатрами и детскими неврологами, а также специалистами немедицинского профиля – психологами, логопедами, коррекционными педагогами.

Вместе с тем, научные исследования и прицельная клиническая практика последних лет свидетельствуют о возможности четкого распознавания множества ранних психических отклонений. К ним следует отнести проявляющиеся с первых лет жизни очень распространенные конституциональные и резидуально-органические психические нарушения (типа невропатий и СДВГ), депривационные и психовегетативные синдромы, выраженную тревожно-фобическую симптоматику, ранние депрессии, специфические поведенческие нарушения сна и приема пищи, участившиеся случаи посттравматического стрессового расстройства в раннем детстве, широкий круг выраженных в легкой и средней степени аутистических отклонений, а также разнообразные задержки психического и психоречевого развития и ряд других состояний. Однако в МКБ-10 отсутствуют диагностические критерии для большинства подобных психических отклонений раннего возраста, и детский психиатр лишен возможности адекватно их диагностировать, даже в том случае, если ребенок первых лет жизни попадает на прием непосредственно к нему.

Надежному раннему выявлению психической патологии, а также ее стандартизации может способствовать использование международных диагностических классификаций нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, 1994; Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition, 2005, сокращенно DC:0-3R), пока еще мало известных в нашей стране. Они были созданы авторитетными специалистами по раннему детству (детскими психиатрами и психологами) Европы и Америки на основе их многолетней экспертной работы. Классификации имеют подчеркнуто междисциплинарный характер и построены в соответствии с принципами многоосевой диагностики. Это позволяет оценить состояние ребенка по пяти независимым направлениям и в итоге получить емкую клиническую картину заболевания, отражающую специфику психических нарушений младенчества и раннего детства. Ось I «Клинические нарушения» содержит стандартизованные диагностические критерии различных психических расстройств у детей до четырех лет включительно. Ось II «Классификация взаимоотношений» дает стандарты для качественной и количественной оценки имеющихся нарушений родительско-детских отношений, которые, как известно, служат одним из важных патогенетических факторов в ранней психопатологии. По Оси III отмечаются сопутствующие соматоневрологические отклонения, генетические данные и другие дополнительные медицинские сведения. Ось IV «Психологические стрессоры» позволяет идентифицировать специфические стрессоры раннего детства. Ось V «Эмоциональное и социальное функционирование» фиксирует уровень социально-эмоционального развития ребенка, который, согласно современным воззрениям, оказывает значительное патопластическое влияние на клиническую картину (Greenspen S., 1992-2006). Несомненные достоинства данного классификационного подхода – стандартизация показателей и их мультидисциплинарность – позволяют по-новому осуществлять диагностику ранней психопатологии.

Нами в последние годы проводится целенаправленная работа по адаптации и апробации DC:0-3R на российских выборках. Ее актуальность стала еще более ощутима после выхода приказа Минздрава РФ №1346н от 21.12.2012 г. «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», который предусматривает проведение детскими психиатрами диспансеризации детей в возрасте одного года и трех лет.

Пока же большинство практикующих психиатров не готово даже к изолированной диагностике ранних психических расстройств, не говоря уже о подходах, основанных на междисциплинарном взаимодействии. Однако, именно этот подход оказывается наиболее действенным при организации лечебно-коррекционной помощи данному возрастному детскому контингенту. Накопленный опыт последних лет убедительно показал, что эффективная терапия ранней психопатологии должна быть комплексной, и роль медикаментозного лечения при этом далеко не всегда является решающей. Большее значение нередко приобретают различные виды психологических и коррекционно-педагогических воздействий, направленных как на ребенка, так и на членов его семьи. Комплексная оценка состояния ребенка дает возможность разработать индивидуальную междисциплинарную терапевтическую программу, в которую могут входить самые разные блоки: психофармакология, семейная терапия (особенно в плане коррекции детско-родительских отношений, психологической и, при необходимости, психиатрической помощи родителям), игровая терапия, программы поведенческого и речевого развития, иммуномодулирующая терапия, физио- и диетотерапия, методы сенсорной интеграции и т.д. Построение и реализация такой программы требует совместной работы разных специалистов – детских и «взрослых» психиатров, медицинских и семейных психологов, педиатров, неврологов, диетологов, логопедов, коррекционных педагогов, двигательных терапевтов и других.

Комплексный междисциплинарный подход диктует необходимость знания основ ранней детской психиатрии для всех специалистов, имеющих отношение к решению проблем больного ребенка, но работающих до настоящего времени изолированно: врачей, психологов, коррекционных педагогов, социальных работников. Таким образом, одна из первых задач, стоящих сегодня перед организаторами такого подхода, заключается в разработке и внедрении в практику последипломного образования ряда кратких образовательных модулей, адресованных этим специалистам. Часть подобных проектов была осуществлена нами на базе и по инициативе Московского городского психолого-педагогического университета. Однако, основные задачи по укреплению междисциплинарных связей и созданию регламентированных условий для более координиро-

ванного взаимодействия специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья детей раннего возраста, остаются по-прежнему в значительной мере нерешенными.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Слюсарь И.Н., Слюсарь Т.А.

Тверь
Тверской ГМУ

Цель: изучить психологические особенности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей в разные возрастные периоды.

Материалы и методы. Обследовано 108 детей с СДВГ (51 мальчик, 57 девочек) и 52 детей контрольной группы (31 мальчик и 21 девочка) в возрасте 7-9, 10-12 и 13-15 лет. Исследовали уровень психосоциального стресса и эмоционально-социальной поддержки (опросник «Отношение родителей к Вам», Parker, 1979), показатели внимания (корректурная проба), памяти (тест 10 слов), интеллектуального развития (тест Д.Векслера) с оценкой вербального и невербального интеллекта (Столяренко Л.Д., 2002). При статистическом анализе использовались программы Microsoft Excel и стандартный пакет программ SPSS 13.0 for Windows.

Результаты. Клинические проявления СДВГ были разделены на основные (гиперактивность, импульсивность, нарушение внимания) и сопутствующие (нарушение эмоционального контроля и обучения) симптомы. У абсолютного большинства детей наблюдалось сочетание нескольких клинических симптомов СДВГ. У детей 7-12 лет СДВГ, как правило, сочетался с трудностями школьного обучения (дисграфия – у 90,5% в 7-9 лет и у 49,0% в 10-12 лет; дислексия – соответственно у 86,8% и у 38,1%; дискалькулия – у 84,9% и у 69,0%), ночными страхами (у 35,8%), которые проявлялись эпизодами (до 10 минут в первую треть ночного сна) ужаса или паники, сопровождающимися громкими выкриками, вегетативными нарушениями (тахикардия, учащение дыхания, расширение зрачков, потливость). В 10-15 лет чаще регистрировались тики и головные боли. Частота тикозных гиперкинезов увеличивалась с 18,0% в возрасте 7-9 лет до 40,0% в 13-15 лет. Головные боли чаще беспокоили школьников в возрасте 13-15 лет (82,0%). По характеру они соответствовали диагностическим критериям головной боли напряжения: были кратковременными (от нескольких минут до 2 часов); давящего, ноющего и сжимающего характера; чаще двусторонними, реже односторонними и с чередованием сторон; с локализацией в височно-лобной, реже затылочной и теменной области. Факторами, провоцирующими возникновение головной боли, были умственная нагрузка, эмоционально-стрессовые ситуации, переутомление, недостаток сна.

Ведущим клиническим проявлением СДВГ было нарушение поведения (56,6-76,0% в разных возрастных группах): избыточная не соответствующая характеру деятельности активность, импульсивность в поведении и интеллектуальной деятельности, нарушение концентрации внимания, агрессивность. У подростков с СДВГ регистрировалось плохое выполнение школьных обязанностей, а именно снижение продуктивности деятельности (90%), выявлялись проблемы межличностных взаимоотношений со сверстниками, снижение способности к сотрудничеству (72%), антисоциальное поведение (19%), пассивная агрессия (16%).

Психологический анализ выявил роль психогенных факторов в формировании СДВГ у детей. По данным анамнеза, у 55,6% детей с СДВГ (в контрольной группе у 22,2%) выявлены психогении (потеря близких, телесные наказания, злоупотребление алкоголем и конфликты в семье, нарушение эмоционального контакта с родителями, окружающими детьми и преподавателями в школе). По данным опросника Паркера, у 34,5% детей с СДВГ отмечались выраженные нарушения взаимоотношений с родителями: уровень психосоциального стресса у них был достоверно выше, а уровень эмоционально-социальной поддержки ниже контроля. При исследовании внимания время выполнения пробы и количество ошибок у детей с СДВГ превышало показатели контроля ($p<0,05$), что указывало на снижение у них быстроты реакции и способности концентрировать внимание. При исследовании памяти выявлено, что при отсроченном воспроизведении (после интерферирующего задания) дети с СДВГ называли достоверно меньшее количество слов по сравнению с детьми контрольной группы.

Средний балл общего интеллектуального показателя, по данным теста Векслера, у детей с СДВГ (101,5±5,8) статистически значимо не отличался от контроля (106,8±5,3). Вместе с тем, оценки за выполнение отдельных субтестов, особенно показателей невербального интеллекта были ниже нормы: субтестов «кодирование» (у 53,7%), «кубики Косса» (у 51,9%), «складывание фигур» (у 35,2%), «лабиринты» (у 25,9%). Отмечались изменения показателей вербального интеллекта: регистрировались низкие результаты выполнения задания на повторение цифр при удовлетворительном решении арифметических задач (у 42,6%), низкий уровень «понятливости» (у 20,3%).

Выводы. Выявленные при нейропсихологическом тестировании детей с СДВГ изменения могли указывать на наличие у них нарушений концентрации и поддержания устойчивого внимания, скорости образования ассоциаций, ухудшение когнитивных функций, то есть нарушений процессов нейродинамического и регуляторного характера.

РОЛЬ ПСИХОГЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Слюсарь Т.А., Слюсарь И.Н.

Тверь
Тверской ГМУ

Цель исследования: изучить психологические особенности подростков, страдающих головной болью напряжения (ГБН).

Группы обследованных и методы: обследовано 155 подростков в возрасте 14-17 лет обоего пола, страдающих ГБН. Эпизодическая ГБН (головная боль менее 15 дней в месяц) регистрировалась у 68 подростков, хроническая ГБН (головная боль отмечается у детей более 15 дней в месяц) – у 87. Группой контроля служили 143 клинически здоровых подростка, сопоставимых с лицами, страдающими ГБН, по полу и возрасту. Использовались следующие методики: определение уровня тревоги по тесту Спилбергера в модификации Ю.Л.Ханина (Ханин Ю.Л., 1976); оценка выраженности астении по шкале Л.Д.Малковой (1978); определение уровня депрессии по опроснику депрессивности BDI (Beck A.T., 1984); применялся вопросник Паркера «Отношение родителей к Вам» (Parker,1979). При статистическом анализе использовались программы Microsoft Excel и стандартный пакет программ SPSS 13.0 for Windows.

Результаты. Клинически ГБН характеризовалась наличием болевых ощущений в виде тупой, давящей, монотонной боли, чувством сжатия головы по типу каски или шлема. Локализация боли, как правило, двухсторонняя (77,4%). Реже отмечались односторонние головные боли с периодическим изменением локализации (22,6%). ГБН отмечалась преимущественно в лобно-теменных (24,2%), лобно-височных (32,2%) или

затылочно-шейных (21,0%) областях с иррадиацией в виски, лицо, плечи, с чувством давления на глазные яблоки.

Психологический анализ выявил роль психогенных факторов и особенностей личности больных в формировании у них психовегетативных расстройств. По данным анамнеза, у 19,6% больных с эпизодической ГБН, у 21,1% больных с хронической ГБН и у 15,7% здоровых лиц контрольной группы выявлены психогении детского возраста. Острые или хронические детские психогении выявились у 21,5% подростков, страдающих ГБН. У них же отмечались более выраженные нарушения взаимоотношений с родителями. Актуальные психогении (стрессы, конфликты) имели в течение последнего года 54,6% подростков с ГБН. Уровень психосоциального стресса у подростков с ГБН достоверно превышал аналогичный показатель контроля.

При тестировании по шкале Спилбергера выявлено наличие высокого уровня личностной и реактивной тревожности в группе подростков с ГБН, в 1,5 раза выше по сравнению с показателями контрольной группы. При тестировании подростков по шкале Л.Д.Малковой низкий уровень астении (менее 80 баллов) определялся у 76,8% подростков, средний уровень (80-120 баллов) – у 22,3%, высокий (>120 баллов) – у 0,9%. Средний показатель уровня астении составлял 97,6±7,2 баллов (в контрольной группе – 83,6±6,7 баллов). По шкале Бека уровень депрессии у подростков с ГБН составил 12,1±1,3 балла (в контрольной группе – 6,3±0,7 баллов). Уровень депрессии у подростков с эпизодической ГБН составил 9,2±0,8 баллов, у подростков с хронической ГБН – 15,6±0,43 баллов.

При сопоставлении актуальных психогений с особенностями течения ГБН установлено, что стрессовые события имели значение для обострения алгических, астенических и эмоционально-вегетативных проявлений у 32,4% больных с эпизодической ГБН и у 43,4% больных с хронической ГБН.

Выводы: подростки с ГБН, по сравнению с детьми контрольной группы, характеризуются нарушением психологической адаптации, на что указывает выраженность астении, реактивной и личностной тревоги, а также депрессии. Выявленные особенности требуют проведения психологической коррекции и психотерапии.

ВОЗМОЖНОСТИ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ВИДОВ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Строгова С.Е., Зверева Н.В., Хромов А.И.

Москва
НЦПЗ,
МГППУ

Сложность комплексной оценки когнитивного функционирования у больных шизофренией связана с наличием ряда факторов, обуславливающих его снижение, основными среди которых являются клинические, психологические, социальные и наследственные причины. Практически невозможно установить «отдельное» влияние хотя бы одной из них, чаще можно ожидать наличие взаимозависимых влияний разных факторов, приводящих к сложной картине когнитивного дефицита. Проблема такой оценки становится еще более сложной в случае больных детского и подросткового возраста, когда этого непростое взаимодействие накладывается на процесс становящегося / продолжающегося когнитивного развития. Одним из подходов в решении такой задачи может стать использование многомерных статистических методов оценки состояния когнитивной сферы по комплексным психологическим данным. В качестве такого метода нами был выбран иерархический кластерный анализ данных выполнения теста интеллекта Векслера. Шкалы теста интеллекта Векслера использовались как показатели когнитивного функционирования больных.

Цель настоящего исследования – определение видов когнитивного дефицита на основе оценки интеллекта детей и подростков, больных шизофренией.

Материал и методы. Для определения видов когнитивного дефицита испытуемых необходимо было разделить на однородные группы по особенностям интеллектуального функционирования. С этой целью использовался подход, аналогичный G. Goldstein и др. (1998): методом кластерного анализа были выделены группы (кластеры) испытуемых с близким когнитивным функционированием. Качество кластеризации проверялось с помощью дискриминантного анализа. Затем проверялась внешняя валидность кластеризации – выделенные кластеры сравнивались по возрасту, сопоставлялись по типам образовательного учреждения и клиническими характеристиками (у больных): возраст начала заболевания, давность заболевания, диагноз, ведущий синдром, тип течения, прогредиентность, а также по показателям вербального (ВИП) и невербального (НИП) интеллекта.

Кластеризация проводилась на основе 8 субтестов Векслера (WISC в редакции Филимоненко, Трофимов, 2013): 4 вербальных (осведомленность, понятливость, арифметический, сходство) и 4 невербальных (недостающие детали, последовательность картинок, кубики Кооса, складывание фигур).

В исследовании приняли участие 67 больных (47 мальчиков; средний возраст 11,2±3,0) и 60 здоровых (34 мальчика; средний возраст 11,3±3,0) испытуемых. Больные исследовались на базе 7 детского клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ на фоне терапии и имели диагнозы: шизофрения, детский тип (10 человек – F20), приступообразно-прогредиентная детская шизофрения с нарастающим или стабильным дефектом (27 человек – F20.x), шизотипическое расстройство (23 человека – F21), и другие диагнозы – процессуальный аутизм и психотические расстройства (7 человек). В группу сравнения (нормы) вошли учащиеся московских школ, не страдающие психическими расстройствами.

Результаты. Наиболее удачное решение кластерного анализа было получено с помощью метода средних связей внутри групп (на основе квадрата евклидового расстояния). Проверка качества кластеризации с помощью дискриминантного анализа показала высокий процент правильно предсказанной принадлежности к кластерам: 96,7% в группе нормы, 98,5% в группе больных.

В результате обе группы испытуемых были разделены на 3 кластера. В группе нормы:

- кластер 2 (30 человек) с относительно высокими показателями вербальных (в среднем от 12,5 до 14,1 баллов) и невербальных (10,7 – 16,0) субтестов;

- кластер 3 (4 человека) с низкими значениями вербальных (6,5 – 10,3) субтестов и относительно высокими – невербальных (11,0 – 16,0);

- кластер 1 (26 человек), занимающий промежуточное положение (вербальные – от 8,9 до 11,9; невербальные – от 6,7 до 11,1).

Для больных была получена следующая картина:

- кластер 3 (4 человека) с относительно высокими значениями вербальных (в среднем от 10,8 до 16,3) и невербальных (7,5 – 16,5) субтестов, кроме субтеста «Последовательность картинок» (7,5);

- кластер 1 (26 человек) с низкими значениями вербальных (2,3 – 4,7) и невербальных (2,4 – 4,4) субтестов;

- кластер 2 (37 человек), занимающий промежуточное положение (вербальные – от 7,4 до 10,7; невербальные – от 8,2 до 11,9).

Оценка внешней валидности полученных кластеров – сравнение их по клиническим и другим показателям – у больных показала достоверные различия по клиническим факторам диагноза ($p=0,040$), прогредиентности ($p=0,001$) и типа течения заболевания ($p=0,006$); различия по возрасту отмечались лишь

на уровне тенденции (p=0,067): кластер 1 – в среднем 10,8 лет, кластер 2 – 11,1 лет, кластер 3 – 14,5 лет. По факторам ведущего синдрома, возраста начала заболевания, давности заболевания и типу образовательного учреждения достоверных различий между кластерами среди больных получено не было.

Сравнение кластеров в группе нормы по единственному внешнему фактору – возрасту – показало достоверное различие (p=0,003): кластер 1 – в среднем 12,5 года, кластер 2 – 10,6 лет, кластер 3 – 8,0 лет.

Сравнение кластеров в обеих группах по параметрам ВИП и НИП, не вошедших в кластерный анализ, показало их достоверное различие (p<0,001):

- в группе нормы соотношение ВИП/НИП: кластер 1 – 101,9/99,0; кластер 2 – 118,9/119,8; кластер 3 – 89,5/124,8;

- в группе больных соотношение ВИП/НИП: кластер 1 – 63,6/63,6; кластер 2 – 91,8/93,9; кластер 3 – 120,5/106,5.

Обсуждение. Полученные кластеры в группе больных и в группе нормы дают возможность провести аналогию относительно их структуры: и там, и там было получено два крупных кластера и один небольшой. Оба больших кластера представляют собой «типичные» подгруппы по уровню интеллекта в группе нормы и больных. Среди здоровых самый большой кластер 2 – преимущественно младшие школьники с высоким интеллектом, еще одним крупный кластер 1 – преимущественно подростки со средним уровнем интеллекта, и небольшой кластер 3 – дети (7-10 лет) с диссоциированным интеллектом за счет высокого невербального и сниженного вербального показателя.

У больных самый многочисленный кластер 2 представлен испытуемыми с умеренным интеллектуальным снижением, в состав которого вошли больные почти со всеми вариациями клинических характеристик. Другой крупный кластер 1 представляет особую группу больных с явным интеллектуальным снижением, свидетельствующим о выраженном когнитивном дефиците. Этот кластер представлен преимущественно больными с диагнозом шизофрения (46% F20.x, 31% F20), кататоническим синдромом (50%), злокачественной формой заболевания (58%) и приступообразно-прогредиентным типом течения (71%). Небольшой кластер 3 представлен больными с диссоциированным интеллектом с боìльшим развитием вербального компонента, не имеющим, однако, выраженного снижения.

Кластеры в группе больных отражают разные варианты формирования дефекта при шизофрении. Кластер 1 отражает дефицитарность, характерную для текущего шизофренического процесса. Кластер 2 образован больными с уже сформировавшимся в процессе болезни когнитивным дефектом. Кластер 3 характеризуется особенностями познавательной деятельности, типичной для шизофрении.

Резюме. В целом, описанный подход к выделению видов когнитивного дефицита на основе состояния интеллекта можно считать удачным, т.к. выделенные кластеры показали внешнюю валидность: в группе нормы кластеры различались по возрасту, а в группе больных – по клиническим характеристикам. Можно предполагать, что метод кластерного анализа на основе психологических данных позволяет выделить однородные группы, имеющие сходные «внешние» (в том числе клинические) характеристики.

НАРУШЕНИЕ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Сачук О.В.

Москва
НЦПЗ,
РОНЦ

В последние годы значительно улучшилось лечение, а, следовательно, и прогноз у детей с различными онкологическими заболеваниями. Современные протоколы, используемые в детской онкологии, позволяют вылечить до 70% (а при некоторых видах патологии до 90%) детей, страдающих злокачественными новообразованиями. Однако, само заболевание и последующее длительное интенсивное лечение неизбежно провоцируют возникновение различных непсихотических нарушений психического здоровья, которые впоследствии являются одной из центральных причин снижения качества жизни и сужения перспектив у уже излеченных пациентов.

Воздействие целого ряда негативных биологических, токсических и социально-психологических факторов нарушает естественный ход развития ребенка, способствуя замедлению, а в некоторых случаях – и уровня психического развития. Особую уязвимость, с этой точки зрения, представляет детский возраст до трех лет, который, как известно, является наиболее сензитивным периодом детства (Л.С. Выготский 1956).

Целью настоящей работы явился анализ особенностей психического развития у детей с онкологическим заболеванием, заболевших в раннем возрасте.

Было обследовано 36 детей (22 мал,14 дев) от 1года до 3х лет, стационированных в НИИ ДОГ ФГБНУ РОНЦ по поводу онкогематологических заболеваний и солидных опухолей различной локализации в 2009-2014гг. Возраст начала онкологического заболевания у обследованного контингента 18мес+/-9мес.

Использовались клинический, патопсихологический, анамнестический методы обследования, а также показатели нервно-психического развития ребенка от 0-3 лет, разработанные Н.М. Аксариной, К.Л. Печорой и Г.В. Пантюхиной. Катамнестическое прослеживание проходило в течение двух–пяти лет после выписки из стационара.

Пациенты отобраны случайной выборкой по обращаемости родителей. Основными жалобами при обращении к психиатру явились те или иные заметные признаки нарушения психического развития детей. В одних случаях шла речь о потере навыка игры, общения со сверстниками, возврат к более раним моделям взаимодействия, в других – о замедлении когнитивного развития, снижении внимания, памяти, способности усваивать новую информацию.

В анамнезе 11 человек имелись указания на негрубую органическую недостаточность нервной системы (изменение мышечного тонуса, частые срыгивания, беспокойный сон), возникшую вследствие патологии беременности (токсикозы 1-2 триместра, инфекции, соматические заболевания матери, резус- конфликт), недоношенности, асфиксии и родовой травмы. У 4 из 11 детей обнаруживались признаки неглубокой задержки психомоторного развития до начала онкологического заболевания. В 25 случаях длительному стационарному лечению предшествовал период нормального развития ребенка без явлений церебральной недостаточности.

Признаки дизонтогенеза, даже при предшествующем онкозаболеванию гармоничном развитии, выявлялись у всех обследованных детей уже в первые 3-4 месяца нахождения в онкологическом стационаре. В подавляющем большинстве случаев выявлялся различный по степени выраженности замедленный темп (задержка) психического развития.

В группе детей с неосложненным анамнезом (25чел) нарушения выявлялись, прежде всего, в эмоциональной сфере и характеризовались обеднением, «вялостью» эмоциональных проявлений по отношению к матери и другим близким, снижением интереса к окружающим. В условиях многомесячной изоляции, отсутствия адекватной развивающей среды у детей довольно быстро ослабевали потребности в новых впечатлениях, замедлялся темп формирования коммуникативно-познавательной активности, новых видов деятельности. Можно отметить замедление темпов речевого развития, снижение уровня речевой активности.

Направленная психологическая помощь на этапе стационарного лечения, правильная организация развивающей среды

способствовали почти полной обратимости большей части выявленных расстройств. В единичных случаях длительно сохранялись негрубые эмоционально-волевые нарушения, в старшем дошкольном возрасте проявляющиеся снижением самоконтроля, недостаточной дифференцированностью эмоциональных реакций, слабой способностью к волевому напряжению при реализации учебной деятельности.

У детей с предшествующей онкологическому заболеванию церебрально-органической недостаточностью (11чел) выявлялись отчетливые изменения как в эмоциональной, так и в когнитивной сферах. Обращало на себя внимание отсутствие живости и яркости эмоций, бедность воображения, монотонность и однообразие игры. У всех детей отмечалось запаздывание формирования статических функций, устойчивой ходьбы, речи, навыков опрятности, смены этапов игровой деятельности. У 3 пациентов на начальных этапах лечения помимо замедления темпа развития выявлялись и симптомы регресса некоторых функций: утрата навыков ходьбы, речи, возврат к более ранним формам поведения. Регрессивные проявления имели временный, полностью обратимый характер. Когнитивные нарушения характеризовались неустойчивостью внимания, памяти, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью. Характерными являлись низкая работоспособность, импульсивность, непоследовательность действий, неустойчивость настроения и эмоций, легкое возникновение эмоционального возбуждения или плача.

Несмотря на организацию психолого-педагогической помощи уже на ранних этапах нахождения в стационаре, у детей в течение всего периода наблюдения сохранялись стойкие признаки задержанного развития. К старшему дошкольному возрасту становились очевидными трудности в обучении: дети плохо запоминали материал, легко отвлекались. Уровень развития познавательной деятельности и речи оказывался более низким по сравнению с нормой. Наряду с этим, отмечалась незрелость сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, нарушенной работоспособности и энцефалопатических расстройств. С началом обучения в школе клиническая картина нарушений становилась более выраженной. Психологические проблемы приобретали более глубокий и стойкий характер.

Таким образом, динамика нарушений развития, затрагивающих моторную, эмоциональную и когнитивную сферы, и имеющих многофакторную природу, после излечения от основного заболевания может быть различной. В случаях неотягощенного анамнеза, имевшие место расстройства были не столь грубыми и в значительной степени редуцировались при организации адекватной психологической помощи. У детей с церебральной недостаточностью длительное токсичное лечение приводило к углублению резидуально-органических нарушений с возможным формированием пограничной интеллектуальной недостаточности, что важно учитывать при назначении дальнейшей лечебной коррекции.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, УЧАСТНИКОВ ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛ ПО СЕМЕЙНЫМ СПОРАМ ПРИ РАЗВОДЕ РОДИТЕЛЕЙ

Терехина С.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Рост числа несовершеннолетних, которые в тот или иной период своей жизни в родительской семье сталкиваются с ситуацией развода, является устойчивой общемировой тенденцией, которая характерна и для нашей страны. По данным официальной статистики к 2015–2020 г. в России распадется каждая третья семья, имеющая в своем составе несовершеннолетних детей. По мнению значительного числа специалистов, развод в семье рассматривается как один из наиболее мощных стрессогенных факторов, оказывающих негативное влияние на психическое здоровье и психологическое состояние несовершеннолетних членов семьи. Необходимость оказания психологической помощи разводящимся семьям с несовершеннолетними с высоким риском развития различных нарушений психического и психологического здоровья, не вызывает сомнений. Прежде всего, в оказании комплексной полипрофессиональной помощи при разводе нуждаются несовершеннолетние, страдающие различными формами психических расстройств, а также дети, чье психическое развитие имело выраженные особенности, не достигающие клинического уровня, на этапах, предшествовавших разводу. В рамках гражданского судопроизводства по семейным спорам о детях судами назначаются однородная психологическая или комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. При проведении подобного рода исследований специалисты помимо сведений, необходимых для решения экспертных вопросов, получают дополнительную информацию, которая может быть использована при организации последующей психокоррекционной и реабилитационной работы с несовершеннолетними и их семьями.

Цель настоящего исследования заключалась в выявлении особенностей психического развития и проблем в сфере социальных взаимоотношений у детей дошкольного возраста из разведенных семей, находящихся в процессе судебного разбирательства по семейным спорам о детях. В качестве материала для анализа были использованы результаты психологического экспертного обследования детей в возрасте от 4 до 6 лет (всего 64 ребенка, из них 35 мальчиков и 29 девочек, проходивших комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России в течение ряда последних лет). При проведении экспериментально-психологического исследования с учетом возраста и уровня психического развития ребенка применялся комплекс методик, направленный на изучение его когнитивной сферы, индивидуально-психологических особенностей и сферы социальных взаимоотношений.

Полученные результаты. Дети дошкольного возраста, участники гражданских дел по семейным спорам в связи с разводом родителей, обнаруживают различного рода нарушения в сфере социальных взаимоотношений. В первую очередь, это касается области детско-родительских отношений. Так, сохранность благополучного, позитивно окрашенного отношения к обоим родителям была установлена только у 45% всех обследованных детей. Вместе с тем у детей данной группы отмечались такие особенности восприятия сложившейся семейной ситуации, которые повышают риск их психологической травматизации при рассмотрении дела в суде. Это, прежде всего, сохранение идеализированных представлений о своей семье как о едином целом, а также стремление способствовать воссоединению родителей несмотря на наличие между ними конфликтных взаимоотношений. В ходе экспертного обследования более чем у половины детей дошкольного возраста были обнаружены проблемы в отношениях хотя бы с одним из родителей. Наибольшая уязвимость была характерна для отношений ребенка с родителем, покинувшим семью и проживающим отдельно. Крайней формой неблагополучия детско-родительских отношений выступал негативный характер отношения к отдельно проживающему родителю, обнаруженный нами у 13% детей. Внутренне конфликтное и амбивалентное отношение ребенка к ушедшему родителю проявилось в 36% случаев. Комплексный анализ полученных результатов свидетельствует о наличии у 44% обследованных детей проблем в отношениях с совместно проживающим родителем. В качестве наиболее типичных проблем выступали: эмоциональная недоступность родителя,

непоследовательность применяемых им воспитательных стратегий, что нашло отражение в наличии у ребенка страха перед родителем, ожидания негативного отношения с его стороны, чувства обиды и непонимания, а также проявлений зависимых симбиотических отношений с родителем. Наиболее неблагополучную с точки зрения характера детско-родительских отношений группу составили 25% детей, у которых в той или иной степени были нарушены отношения с обоими родителями.

Помимо нарушений в системе внутрисемейных взаимоотношений ситуация развода сопровождается существенными изменениями в повседневной жизни детей, что оказывает опосредованное влияние на сферу их социальных взаимодействий. Среди таких изменений были отмечены следующие: прекращение посещения детьми детских дошкольных учреждений, резкая смена одних дошкольных учреждений другими, ограничение или лишение детей привычных контактов со сверстниками. Это приводило к трудностям и нарушениям социальной адаптации таких детей, снижению у них навыков и умений конструктивного взаимодействия с окружающими. Так, в анализируемой группе у 39% детей дошкольного возраста были зафиксированы те или иные проблемы взаимоотношений со сверстниками, среди которых преобладали отвержение и избегание контактов с ними со стороны значимой референтной группы, фрустрированная потребность в общении и конструктивном и позитивно окрашенном взаимодействии, а также проявление детьми собственных агрессивных паттернов по отношению к другим детям.

Развод родителей оказывает опосредованное влияние на весь ход последующего психического развития ребенка. Помимо различных отклонений в сфере взаимоотношений с окружающими у детей дошкольного возраста в ходе обследования были выявлены проблемы психического развития, связанные с их когнитивным функционированием и особенностями речевого поведения. Так, в 10% случаев у детей старшего дошкольного возраста при отсутствии соответствующей клинической квалификации экспертами-психиатрами при проведении психологического обследования были выявлены признаки задержки интеллектуального развития, проявляющиеся в недостаточной сформированности мыслительных процессов, слабой развитости произвольного внимания, трудностях целостного восприятия и осмысления событий, установлении простых причинно-следственных связей, неразвитости смыслового запоминания и опосредования. У 6% обследованных детей, посещавших детские дошкольные учреждения, был выявлен недостаточный уровень знаний и представлений об окружающем мире, слабая ориентация в пространственно-временных соотношениях. Помимо этого, у них отмечался крайне низкий уровень развития игровой и графической деятельности, которые принято рассматривать в качестве основных видов ведущей деятельности для дошкольного возрастного периода. Перечисленные особенности были квалифицированы нами как признаки социально-педагогической запущенности.

Таким образом, проведенный нами анализ материалов психологического обследования детей дошкольного возраста, участников экспертизы по семейным спорам о детях после развода позволил выделить несколько групп проблем, касающихся различных сфер жизни детей дошкольного возраста. К первой группе проблем, условно названной нами «проблемы индивидуального уровня» были отнесены такие особенности психического развития ребенка, которые препятствовали успешности в решении стоящих перед ним возрастных задач развития. Вторую группу составили «проблемы уровня социальных взаимодействий», в которую были включены трудности в построении и поддержании стабильных позитивно окрашенных отношений с представителями социальных групп различной степени близости. Перечисленные группы проблем целесообразно использовать в качестве мишеней при проведении психокоррекционной работы с детьми дошкольного возраста, переживающими развод в родительской семье.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С УРОВНЕМ НЕСФАТИНА-1 У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Ткаченко Н.В., Заика В.Г., Андреева В.О., Лев Л.М., Андреев А.С.

Ростов-на-Дону
Ростовский ГМУ,
Ростовский НИИ акушерства и педиатрии,
ГБУ Ростовской области ПНД

Детское и подростковое ожирение является глобальной проблемой современного общества (Franco M. et al., 2010). Омоложение данной патологии заставляет обратить при-стальное внимание на эту проблему ряда исследователей (Давыдова А.В. и др., 2014; Громова О.А. и др., 2014; Javed A. et al., 2014). Установлено, что одной из причин развития избыточного веса и ожирения является нарушение пищевого поведения (Малкина-Пых И.Г. 2008; Bjontorp P. et al. 2005), которое сопровождается нарушением стереотипа питания и сбоем внутренних механизмов регуляции приема пищи. В таких случаях при-ем пищи может быть связан с повышенной реакцией на внешние стимулы (экстернальное пищевое поведение), условия эмоционального дискомфорта (эмоциогенное) или определяться строгими, трудно выполнимыми самоограничениями в приеме пищи (ограничительное). В регуляции пищевого поведения важную роль играют гипоталамические нейропептиды и адипоцитокины. Большая роль отводится лептину, нейропептиду Y. В последнее время изучается роль несфатина-1. Установлено, что избыток несфатина-1 в мозге приводит к потере аппетита, чувству насыщения, а также к уменьшению массы тела (Zhang Z. et al., 2011, Yang G., 2012), а также играет роль в регуляции эмоций (Hofmann T. et al., 2013). Учитывая тот факт, что у лиц с избыточным весом достоверно выше, чем в общей популяции наблюдаются расстройства тревожно-депрессивного спектра (Тельнова М.Э. и др., 2012), становится актуальным изучение взаимосвязи психопатологических нарушений при ожирении и нейроэндокринных сдвигов.

Цель исследования: оценить особенности эмоционального фона и установить взаимосвязь тревожно-депрессивных расстройств с уровнем несфатина-1 у девушек-подростков с ожирением и нарушением пищевого поведения и без пищевых расстройств.

Материал и методы: В 1 группу вошли 42 пациентки с ожирением и нарушением пищевого поведения, во 2-ю – 15 пациенток с ожирением без нарушения пищевого поведения. Средний возраст подростков 15,5 лет (16; 14). Индекс массы тела (ИМТ) девочек 1 группы в среднем составил 31 (34; 28), 2-й – 29 (30; 27,5). В группу контроля вошли 21 здоровая девочка-подросток с нормальным ИМТ (20). Проводилось клиническое обследование, выявление нарушений пищевого поведения с помощью шкалы для оценки пище-вого поведения (ШОПП) и Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ), оценка уровня депрессии и тревоги по шкале Гамильтона (HDRS и HARS) и шкале HADS. Определение уровня сывороточного несфатина-1 производилось методом иммуноферментного анализа. Оценивался средний суммарный балл по данным психометрических шкал, проводился корреляционный анализ с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена выявленных взаимосвязей.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования нами было выявлено, что уровень несфатина-1 в группах обследования отличался от показателей контрольной группы. При этом данные были неравнозначны, так в 1 группе показатель был ниже, чем в группе контроля в 1,14 раза, а во 2 группе наоборот превышал контрольный показатель в 1,3 раза. При оценке эмоционального фона было обнаружено, что аффектив-

ные расстройства выявлялись у 90% подростков 1 группы, во 2-й группе данный показатель был несколько ниже и составлял 80%. В 1 группе симптомы депрессии наиболее часто отмечались при смешанном типе пищевого поведения (95%) и эмоциогенном (92%), несколько реже при ограничительном типе (в 83,3% случаев) и экстернальном (в 66,7% случаев). При эмоциогенном типе пищевого поведения преобладала тревожная симптоматика, что подтверждалось положительной корреляционной связью между средним баллом по шкале эмоциогенного пищевого поведения DEBQ и шкале Гамильтона для оценки тревоги (HARS) (ρ=0,83 при $p<0,05$), субдепрессивная симптоматика также коррелировала с данным типом пищевого поведения, однако связь была меньшей тесноты (ρ=0,55 при $p<0,05$). Для ограничительного типа напротив были более характерны субдепрессивные переживания, кроме того, нами была обнаружена взаимосвязь между средним баллом по субшкале ШОПП «недоверие в меж-личностных отношениях» и средним баллом по шкале ограничительного пищевого поведения DEBQ (ρ=0,48 при $p<0,05$), что клинически проявлялось более выраженными по сравнению с другими типами явлениями социальной дезадаптации, отгороженности от сверстников. При экстернальном пищевом поведении в равной мере отмечались тревож-ная и субдепрессивная симптоматика. При смешанном типе пищевого поведения на первый план в тестах выступала тревога.

Во 2 группе депрессивные расстройства выявлялись в 2,7 раз реже, тревожные – в 7,5 раз реже, чем в 1 группе. Средний балл по шкале тревоги у пациенток 1 группы был выше показателя 2 группы в 1,5 раза и в 8,5 раз выше группы контроля. Средний балл по шкале депрессии пациенток 1 группы был в 1,3 раза выше 2 группы и в 8 раз выше группы контроля.

Взаимосвязь уровня несфатина-1 с депрессивными проявлениями (чувство одиночества, отсутствие ощущения безопасности, чувство неспособности контролировать собственную жизнь) подтверждалась корреляционной взаимосвязью между уровнем несфатина-1 и средним баллом по субшкале ШОПП «неэффективность», наиболее высокой тесноты у пациенток с ограничительным пищевым поведением (ρ=0,88 при $p<0,05$). Учитывая выявленную корреляционную связь между средним баллом по шкале ШОПП «неэффективность» и субшкалой «тревога» HADS (ρ=0,57 при $p<0,05$), можно косвенно судить о взаимосвязи уровня несфатина-1 с уровнем тревоги.

Выявленная в нашей работе более высокая частота психопатологических расстройств у подростков с ожирением и нарушением пищевого поведения подтверждается данными Rebecca R. Klatzkin (2015). Повышенная тревожность у пациенток с эмоциогенным пищевым поведением способствует «заеданию» проблем и усугублению пищевых расстройств. Высокая частота депрессивных расстройств у пациенток с ограничительным пищевым поведением согласуется с данными литературы о развитии «диетической депрессии» на фоне строгих самоограничений в еде (Исангулова Э.А. и др, 2014). Выявленное повышение уровня несфатина-1 во 2 группе обследуемых подростков описано Ghada M. Anvar et al. (2013). Однако в противоречие с этими данными нами обнаружено снижение уровня несфатина-1 в группе пациенток с ожирением и нарушением пищевого поведения, что совпадает с данными Abaci A. (2013). Однако при детальном изучении обнаружено, что низкий показатель уровня несфатина-1 пациенток 1 группы формируется за счет показателей подгруппы с ограничительным пищевым поведением и смешанным с ярко выраженным ограничительным компонентом. Учитывая данные Kazuma Ogiso et al. (2011) о снижении уровня несфатина-1 в ответ на голодание у пациенток с нервной анорексией, вероятно, можно говорить об общности пищевого стереотипа у пациенток с нервной анорексией и ограничительным пищевым поведением при ожирении.

Выводы: Полученные результаты показывают, что нарушение пищевого поведения значительно повышает риск развития психопатологических расстройств у пациенток с ожирением. Проведенное исследование может указывать на важную роль несфатина-1 при различных видах пищевого поведения. Уровень несфатина-1 повышается при ожирении, однако в случае сочетания ожирения с нарушением пищевого поведения по ограничительному типу обнаружилось снижение данного показателя по сравнению с группой контроля. Обнаруживается корреляция уровня несфатина-1 с депрессивными проявлениями у девочек-подростков с ожирением.

РАЗВИТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КОРЕННОГО (НАНАЙЦЫ) И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГИДРОЛОГИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЫ (НАВОДНЕНИЕ В БАССЕЙНЕ АМУРА)

Ткаченко О.И., Колотилин Г.Ф.

Хабаровск
ДВГМУ

С конца июля 2013 г. юг Дальнего Востока России и северо-восток Китая оказались подвержены катастрофическим наводнениям, вызванными интенсивными затяжными осадками, что привело к последовательному увеличению уровня реки Амур. На пике паводка 3 и 4 сентября расход воды в Амуре достигал 46 тысяч м3/с, при норме 18-20 тысяч м3/с. Наводнение таких масштабов произошло впервые за последние 115 лет наблюдений, и, согласно моделям, вероятность повторения такого события – один раз в 200-300 лет.

В условиях Дальнего Востока России организм детей дополнительно подвергается комплексному воздействию природно-климатических и социально-экономических факторов, которые предъявляют повышенные требования к его функциональным системам.

Цель: Изучение развития ПТСР у детей и подростков с.Найхин и с.Троицкое Нанайского района Хабаровского края, возникших после гидрологической катастрофы (наводнение в бассейне реки Амур в 2013 г).

Объект исследования: дети и подростки в возрасте 12-17 лет (91 человек), учащиеся МКОУ СОШ имени Героя Российской Федерации Максима Пассара Найхинского сельского поселения и МКОУ СОШ Троицкого сельского поселения Нанайского района Хабаровского края, находящиеся в зоне затопления в результате гидрологической катастрофы. Исследование проводилось сплошным методом спустя 5 месяцев после произошедшего наводнения.

Методы исследования: экспериментально-психологические методы: Гиссенский опросник соматических жалоб, шкала самооценки депрессии Зунга, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей и родительская анкета для оценки травматических переживаний детей (Tarabrina N. et al., 1999), клинико-катамнестический метод.

Статистическая обработка проводилась с помощью расчета классического критерия Хи-квадрат Пирсона (x2), статистическая значимость определялась с помощью величины (p).

Среди общего количества обследованных представителей коренных национальностей (нанайцы) было 44 человека (48%), детей пришлого населения 47 человек (52%). Все дети подверглись травматическому воздействию гидрологической природной катастрофы. При этом местным населением степень подверженности травматическому воздействию оценивалась по степени тяжести нанесенного материального ущерба семье.

Результаты и обсуждение. Среди респондентов, подвергшихся гидрологической катастрофе, ПТСР носило подострый характер. Соматоформный вариант ПТСР наблюдался в обследованной группе респондентов в 95% случаев, при этом различные соматические жалобы наблюдались в 100% случаев, депрессивный вариант ПТСР отмечался в 2% случаев, в 3% случаев не отмечалось развитие ПТСР.

При этом в 30% случаев оценка травматического переживания ситуации ребенком не оценивалась родителями. В 50% случаев оценка травматических переживаний детьми и родителями оценивалась одинаково.

Диагностика ПТСР проведена при скрининговом обследовании детей и подростков. Самостоятельно с данной категорией расстройств к врачу психиатру не обращались.

Среди девочек коренного и пришлого населения выявлена статистически значимая разница в интенсивности проявлении соматических жалоб (x2=36,21, p=0,000). В группе мальчиков не выявлено статистически достоверной разницы в проявлениях соматических расстройств, интенсивность жалоб была выше в группе коренного населения (14 и 10), x2=0,03, p=0,860.

Среди мальчиков коренного населения, интенсивность соматических жалоб была выше, чем в группе группе мальчиков пришлого населения на 13% (x2=23,63, p=0,000).

Легкие депрессивные расстройства по результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) наблюдались у 5 обследованных и одинаково встречались в группе коренного и пришлого населения. В двух случае легкий уровень депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии сочетался с невротическим уровнем депрессии по шкале Зунга.

Выводы. Таким образом, ПТСР у детей и подростков перенесших гидрологическую катастрофу (наводнение в бассейне реки Амур) в большинстве случаев протекали в форме соматоформного варианта ПТСТ и отмечались с одинаковой частотой среди коренного и пришлого населения. Депрессивный вариант ПТСР отмечался у девочек коренного населения. ПТСР не развивалось только в 3% случаев.

Данное исследование наглядно показывает необходимость проведения терапевтических и профилактических мероприятий при воздействии на население травматических факторов природных катастроф.

СУДОРОЖНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ И ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ПРЕМОРБИДНОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Туровская Н.Г.

Волгоград
ВолгГМУ;
ГКУЗ ВОДКПБ

Актуальность исследования особенностей психического онтогенеза детей с судорожными пароксизмами определяется частотой их встречаемости в детском возрасте: 17–20 случаев на 1000 (Сенаторова А. С. и др., 2011).

Нарушения развития психических функций у детей с судорожными состояниями различной этиологии отмечали многие отечественные и зарубежные ученые (Гузева В.И., 2007; Войтенко Р.М., 2008; Микадзе Ю. В., 2008; Hermann B. et al., 2006; Ying-Chao Chang et al., 2008; Tuxhorn I., Wyllie E., 2010 и др.).

Однако, анализ результатов проведенных ранее клинико-психологических исследований не позволяет однозначно ответить на вопрос, какие, связанные с этиопатогенетическими характеристиками заболевания, факторы оказывают наибольшее отрицательное влияние на психический статус детей с судорожными приступами и каковы психофизиологические механизмы этих влияний (Алехин А.Н., Туровская Н.Г., 2012).

Наименее изученным в настоящий момент является вопрос о сочетании с нарушением развития психических функций неэпилептических пароксизмальных состояний. Данные пароксизмы, как правило, прогностически более благоприятны, чем эпилептические (Благосклонова Н.К., Морозова М.А., 2006). Однако анализ результатов исследований R. Tarkka et al. (2003), F. Cendes (2004), Ying-Chao Chang et al. (2008) не позволяет категорично утверждать об отсутствии их негативного воздействия на психический онтогенез.

Цель исследования. Изучение особенностей психического развития детей с судорожными состояниями.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 59 детей в возрасте от 6 до 8 лет и их родители (законные представители). Все респонденты имели в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку судорожные состояния (в том числе эпилептической и неэпилептической природы). У 91,67% испытуемых пароксизмальные состояния развились на фоне преморбидной церебральной органической патологии.

Для определения количественно-качественных характеристик основных клинико-этиопатогенетических и психологических параметров исследования использовались клинико-биографические методы (изучение медицинской документации, анализ анамнестических сведений, анкетирование, наблюдение) и экспериментально-психологические методы (методы нейропсихологического исследования высших психических функций у детей (Цветкова Л.С., 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова Л.А., 2002)). Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного исследования показали, что чем позже в анамнезе начинаются приступы, тем менее выражены у детей нарушения слухового восприятия (F=3,263; p=0,030), кратковременной речевой памяти (F=5,312; p=0,003), визуального линейного мышления (F=3,272; p=0,030) и моторная неловкость (F=4,111; p=0,012).

Можно предположить, что рано начавшиеся в анамнезе приступы, в первую очередь, отрицательно сказываются на развитии функций зрительного, слухового и кинестетического восприятия и вторично отражаются на развитии более поздно и на их основе формирующихся психических процессов (например, визуального линейного мышления). У детей с ранним началом приступов с наибольшей вероятностью отмечается патология кратковременной речевой памяти.

Продолжительное присутствие в анамнезе ребенка дошкольного возраста судорожных состояний, в первую очередь, сопряжено с патологией развития у него кинестетического праксиса (F=3,598; p=0,021), номинативной функции речи (F=3,302; p=0,029), способности понимать логико-грамматические конструкции (F=4,568; p=0,007), речи в целом (F=6,039; p=0,002) и связанных с речью форм мышления, в частности, понятийного логического (F=4,560; p=0,008) и понятийного речевого мышления (F=4,749; p=0,006).

Таким образом, продолжительное присутствие в анамнезе ребенка дошкольного возраста судорожных приступов, в первую очередь, сопряжено с патологией развития у него кинестетического праксиса, а также речевых функций и связанных с речью форм мышления, с наибольшей вероятностью, понятийного логического и понятийного речевого мышления.

Дисперсионный анализ выявил прямую статистически значимую связь между количеством приступов и нарушением развития динамического праксиса (F=3,707; p=0,021), соматопространственного гнозиса (F=4,240; p=0,012), способности

понимания логико-грамматических конструкций (F=4,046; p=0,027), активного внимания (F=4,211; p=0,023), зрительно-моторной координации (F=3,356; p=0,030), кратковременной зрительной памяти (F=4,248; p=0,013), речевого развития (F=3,789; p=0,020), развития визуального линейного (F=3,575; p=0,024), визуального структурного (F=3,389; p=0,029), понятийного интуитивного (F=3,223; p=0,036), понятийного логического (F=7,525; p=0,001), понятийного речевого (F=4,973; p=0,006), понятийного образного (F=3,640; p=0,023) мышления и общим снижением интеллекта (вплоть до глубокой интеллектуальной неполноценности) (F=3,588; p=0,025).

Можно предположить, что значительное количество приступов в истории болезни обладает более разрушительным и тотальным воздействием на головной мозг ребенка по сравнению с возрастом начала и продолжительностью судорожных пароксизмов в анамнезе, приводя, порой, к глубокой интеллектуальной неполноценности пациента. С наибольшей вероятностью в этой ситуации, по-видимому, страдают понятийное логическое и понятийное речевое мышление.

Дисперсионный анализ показал, что неэпилептические пароксизмы в отличие от эпилептических значительно реже сочетаются с нарушениями динамического праксиса (F=5,850; p=0,020), сомато-пространственного гнозиса (F=5,898; p=0,019), оптико-пространственного фактора (F=6,463; p=0,015), способности понимания логико-грамматических конструкций (F=5,321; p=0,026), модально-неспецифического компонента слухоречевой памяти (F=9,200; p=0,004), развития зрительно-моторной координации (F=6,530; p=0,014), речевого развития (F=8,790; p=0,005), развития визуального линейного (F=5,261; p=0,027), визуального структурного (F=5,695; p=0,022), понятийного логического (F=12,748; p=0,001), понятийного речевого (F=9,955; p=0,003), понятийного образного (F=6,717; p=0,013) мышления, возникновением эмоционально-волевых нарушений (F=4,724; p=0,035), проблем поведения (F=4,639; p=0,037) и патологией интеллекта в целом (F=7,217; p=0,010) (Рисунок 9).

Таким образом, можно предположить, что неэпилептические пароксизмы обладают гораздо меньшей степенью травматического воздействия на головной мозг ребенка по сравнению с эпилептическими.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволили предположить, что влияние судорожных состояний на психическое развитие детей имеет системно-динамический характер и определяется многими факторами (в том числе возрастом начала, продолжительностью и количеством приступов в анамнезе). Наиболее раннее начало приступов сочетается с нарушениями развития слухового восприятия, кратковременной речевой памяти, визуального линейного мышления и сопряжено с моторной неловкостью. При высокой продолжительности приступов в анамнезе у детей отмечаются нарушения развития кинестетического праксиса, а также речевых функций и связанных с речью форм мышления. Количество приступов является наиболее значимым (по сравнению с возрастом начала и продолжительностью в истории болезни) фактором, определяющим количественно-качественные параметры психического дизонтогенеза. Значительное количество пароксизмов в анамнезе сопряжено с тотальным нарушением развития психических функций. Неэпилептические пароксизмы обладают гораздо меньшей степенью травматического воздействия на головной мозг ребенка по сравнению с эпилептическими.

АНАЛИЗ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ УСТАНОВОК У ВОСПИТАННИКОВ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРЕБЫВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА

Уласень Т.В.

Смоленск
Смоленский ГМУ

К моменту поступления в реабилитационные центры у каждого воспитанника есть свой отрицательный «жизненный опыт», независимо от возраста. Одни могут о нем рассказать, другие только нарисовать, а кто-то не может ни того, ни другого. Этих детей объединяют последствия пережитых ими психических травм от дефектов воспитания и физического насилия, формирующиеся на определенном этапе по механизмам «эмоциональной памяти» и «суммации эмоций» (Ильин Е.П., 2001), приводящие к нарушениям полноценной социализации. Вместе с тем следует помнить постулат К. Ясперса «в сфере наследственных связей ничто не «забывается». Принимая во внимание эти два обстоятельства, следует учесть, что пережитый ранее отрицательный семейный опыт у сирот и социальных сирот оставляет выраженный негативный след на их поведенческих и социальных установках.

Как показали предыдущие наши исследования (Уласень Т.В., 2007), вынужденная изоляция из семьи и помещение ребенка в учреждения интернатного типа вторично вызывает у детей новые стрессовые ситуации и приводит к формированию или усугублению уже имеющихся невротических и поведенческих расстройств. При пребывании в реабилитационном центре ребенок оказывается в новой жизненной среде, где у большинства воспитанников нет навыков адекватной социализации. У большинства окружающих его детей имеют место низкие уровни познавательных навыков и мотивационно-волевого потенциала; патологические психические защиты в силу имевшего место в прошлом отрицательного жизненного опыта. В силу особенностей и уязвимости детского и подростковых возрастов воспитанники интернатных учреждений на начальном этапе пребывания в реабилитационном центре начинают «копировать» поведение друг друга, приобретая тем самым новые формы патологической социализации. В связи с этим, очень важно диагностировать и корректировать поведенческие установки, затрудняющие психологическую и социальную адаптацию у обследуемого контингента.

Целью нашего исследования стало изучение диагностических возможностей применения теста «руки» Э. Вагнера на начальном этапе пребывания детей и подростков в реабилитационном центре с последующим использованием полученных результатов при разработке индивидуальных реабилитационных программ. Задачами комплексного психодиагностического обследования, включая данную методику, были изучение особенностей и характера взаимодействия детей с окружающим миром; выявление поведенческих тенденций, доминирующих в структуре личности; получение представления об особенностях приспособительных механизмов у детей и подростков, находящихся в учреждениях интернатного типа. Обследовано 42 воспитанника реабилитационного типа (26 мальчиков и 16 девочек). Все обследуемые разделены на две группы с учетом возрастных различий – 8-12 лет (21 человек), вторая группа представлена 21 подростком 13-17 лет.

Первая оцениваемая нами категория «агрессия», в ограниченном диапазоне является необходимым качеством, поскольку она, с одной стороны, может быть расценена при определенных условиях как конструктивная сторона деятельности. С другой стороны – ее отсутствие приводит к податливости, ведомости, конформности, неспособности занимать активную жизненную позицию. Данное свойство, доминируя над осталь-

ными тенденциями и установками, отражает готовность к агрессивному поведению. В таком случае агрессивность может рассматриваться как склонность к патологической возбудимости, то есть как признак, свидетельствующий о неспособности или нежелании адаптироваться к окружению. Как показали результаты нашего исследования, категория «агрессия» была представлена в двух группах, но ее уровни оказались более низкими в 1-м младшем возрастном диапазоне. При изучении категории «директивность» установлены возрастные и гендерные особенности. Положительный ответ по данной категории дали 28 человек из числа обследуемых, преимущественно старшей возрастной группы, в основном мальчики. Однако 4 подростка (сироты и социальные сироты) и десять девочек младшей группы отрицательно отметили этот пункт теста. Особого внимания заслуживает категория «страх» – положительно она выделена 26 школьниками из числа обследуемых детей и подростков с превалированием умеренного уровня. У 16 детей младшей группы (10 мальчиков и 6 девочек) отмечен отрицательный ответ по данной категории, что может свидетельствовать о наличии патологических психологических защит – вытеснение и отрицание, что требует проведения дополнительного психологического обследования. Страхи являются первой причиной неадекватной агрессивной реакции таких детей в незнакомой ситуации. Чем старше ребенок и длительнее ограничение его социальных контактов, тем вероятнее подобная поведенческая реакция (С.М. Безух и С.С. Лебедевf, 2007). При сравнении ответов по категории «демонстративность» выявлено превалирование умеренных ее уровней в 26 случаях наблюдений (15 детей из 1-й группы и 11 подростков из 2-й группы), в то же время у 10 подростков отмечены высокие уровни демонстративности. Принимая во внимание трудный жизненный опыт обследуемых, одним из источников их ярко проявляющейся демонстративности является недостаток (а на каком-то этапе их жизни и отсутствие) внимания к ним со стороны взрослых. В то же время, представляют интерес ответы испытуемых по категориям «аффектация» и «коммуникация», отражающим благожелательное отношение к окружающим. Примечательным, на наш взгляд, оказался тот факт, что категория «аффектация» положительно оценена у всех обследуемых. В 38 случаях наблюдений отмечен положительный ответ на категорию «коммуникация». Однако у 4 подростков (сироты и социальные сироты) отмечен отрицательный ответ на фактор общения. Неоспоримым является тот факт, что проблемы коммуникативного плана приводят к деформации личности ребенка-сироты, усугубляя уже имеющееся у него чувство одиночества и социальной незащищенности. При оценке категории «зависимость» достоверно проявились гендерные и возрастные различия с превалированием в 1-й группе. Так, у 60% мальчиков отмечены умеренные уровни по данной категории, у 4-х девочек младшей группы высокие показатели зависимого поведение. У 5-ти подростков отмечен отрицательный результат. Обращает на себя внимание неспособность к воображению действий кисти рук при предъявлении пустой карточки, выявленная в 37 случаях наблюдений. Ответить на этот вопрос смогли только 5 девушек из 2-й группы и 1 мальчик из младшей группы обследуемых. В то же время, полученные ответы по категориям «пассивная безличность» и «активная безличность» свидетельствуют о низком уровне социальной активности и глубоких изменениях в эмоциональной сфере, что было установлено нами ранее при проведении исследования уровня алексетимии. Категорию «увечье» оценили положительно 8 человек из общего числа обследуемых (42 человека).

Таким образом, выявленные особенности поведенческих установок у детей и подростков указывают на наличие у обследуемого контингента патологических поведенческих установок, что в свою очередь требует проведения более детального индивидуально-психологического тестирования.

Применение теста «руки» Э. Вагнера у детей и подростков, находящихся в реабилитационном центре, не вызывало у них отрицательной реакции на тестирование, а, напротив, способствовало установлению положительного контакта с исследователем. Анализ полученных данных в каждом конкретном случае позволит, на наш взгляд, выявить специфичность поведенческих установок у соответствующего контингента и условия их социализации на начальном этапе пребывания в реабилитационном центре. Вместе с тем, в комплекс проведенного нами обследования входили оценки неврологического и соматического состояний, результаты гематологического анализа по методике Л.Ч. Гаркави. Последний метод может быть полезен на этапе скринингового обследования с целью выявления «скрытых« форм переживания новой стрессовой ситуации. По нашим данным эмоциональные и поведенческие нарушения в сочетании с сигнальными реакциями крови на стресс превалировали и мальчиков и юношей-подростков.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КОМОРБИДНЫХ НАРУШЕНИЙ

Устинова Н.В., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И., Мамедьяров А.М., Геворкян А.К., Ровенская Ю.В.

Москва

Научный центр здоровья детей

Раннее выявление расстройств аутистического спектра (РАС) является залогом формирования максимально возможных уровней социальной адаптации и качества жизни как самого ребенка, так и его семьи. В поле зрения психиатрических служб дети из группы риска попадают значительно позднее критического возраста. Учитывая особенности организации медицинской помощи в РФ, врачи-педиатры первыми сталкиваются с проблемами нарушения развития у детей, включая РАС, однако их недостаточная подготовка в этой области не позволяет обеспечить ребенку и семье своевременное взаимодействие с психиатром. В 2014 году в институте профилактической педиатрии и восстановительного лечения ФГБНУ «НЦЗД« запущен пилотный проект мультидисциплинарного сопровождения детей с РАС – от выявления первых симптомов, диагностики расстройства и коморбидных нарушений до лечения и реабилитации. На первом этапе были проведены обучающие семинары для медицинского и психолого-педагогического персонала по основным проявлениям РАС. Второй этап включал практические занятия с детьми с установленным диагнозом «РАС« и их семьями. В рамках практических занятий проводился опрос родителей с целью выявления недостатков в организации медицинской и психолого-педагогической помощи детям с РАС и их семьям.

На третьем этапе в электронные истории болезни пациентов была включена дополнительная опция скрининга симптомов РАС (M-CHAT). При обнаружении патологических признаков родители получают рекомендации проконсультировать ребенка у психиатра для полноценного диагностического заключения. Дети с верифицированным диагнозом РАС сопровождаются мультидисциплинарной командой специалистов, которая включает в себя медицинский блок (психиатр, педиатр, невролог, диетолог, аллерголог-иммунолог, генетик, сурдолог) и блок психосоциальной помощи.

В течение 6 месяцев выявлен 61 случай РАС (у детей от 1,5 до 3 лет). Дети и их семьи сопровождались мультидисциплинарной командой специалистов. В процессе работы с членами семей в которых растут дети с РАС были отмечены проблемы, препятствующие своевременному выявлению расстройства и

адекватному медико-социальному сопровождению: 1) 68,4% семей сообщили, что они не были проинформированы о существующих особенностях развития ребенка во время предшествующих посещений медицинских учреждений; 2) 63,9% признались, что испытывают серьезные опасения, связанные с возможной стигматизацией ребенка, что препятствует их обращению за специализированной психиатрической помощью; 3) 85,2%, основываясь на предшествующем опыте, считают, что у медицинских работников отсутствуют знания и навыки, необходимые для диагностики РАС и взаимодействия с такими детьми; 4) 85,2% отметили улучшение состояния ребенка после полноценной диагностики и адекватного лечения коморбидных нарушений (гастроинтестинальных, иммунологических, неврологических).

Выводы. Для обеспечения раннего выявления РАС врачи-педиатры и другие специалисты в области охраны здоровья детей должны быть осведомлены об основных проявлениях этой патологии, алгоритмах действия при обнаружении аутистических нарушений и обучаться навыкам взаимодействия с ребенком и семьей. Необходимо мультидисциплинарное сопровождение, направленное не только на лечение и реабилитацию основных симптомов РАС, но и на курацию коморбидных соматоневрологических нарушений.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОВ У ПОДРОСТКОВ

Фалькович С.П.

Ярославль
ГБУЗ Ярославская областная КПБ

Актуальность проблемы: В перинатальном периоде заболеваемость инсультом составляет 1/4000, что соответствует таковой у взрослых на 4-5 –м десятилетии жизни (Lynch J.K, Nelson K., 2001). Кровоизлияние в мозг представляет собой не что иное, как геморрагический инсульт. В последнее время распространенность этого заболевания демонстрирует тенденцию к росту. Летальность среди новорожденных с интра- и перивентрикулярными кровоизлияниями составляет 22%. Выжившие дети образуют группу высокого риска развития таких осложнений, как гидроцефалия, задержка психомоторного развития, детский церебральный паралич.

Цель исследования: Изучить клинические особенности последствий перенесенных интранатальных инсультов у подростков в условиях диспансерного отделения Ярославской областной клинической психиатрической больницы.

Материалы и методы: Была проведена выборка подростков 15-17 лет (n=17), перенесших в интаранатальном периоде внутрижелудочковое, субэпендимальное кровоизлияние и обратившихся за помощью в подростковом возрасте в диспансерное отделение Ярославской областной клинической психиатрической больницы. В исследовании были применены комплексные клинико-психопатологические, клинико-анамнестические и клинико-онтогенетические методы. Все подростки были обследованы клиническим психологом. У всех проведено МРТ головного мозга.

Результаты и их обсуждение: Из 17 обследуемых подростков, 29%-родились раньше срока (<31 нед.), 71%- доношенные. Это расходится с мнением (Зыков В.П.) о том, что внитрижелудочковые кровоизлияния чаще происходят у недоношенных. На основании анализа амбулаторных карт, впервые эти дети попали в поле зрения психиатров в 2-6 летнем возрасте, всвязи с отставанием в развитии. Основная жалоба при обращении в подростковом возрасте – это неуспеваемость в школе. В результате клинико-психопатологического обследования у подростков выявлены следущие нозоологии: легкое когнитивное расстройство- 35%, органическое эмоционально-лабильное расстройство-6%, легкая умственная отсталость-24%, умеренная умственная отсталость-29%,тяжелая умственная отсталость-6%.

Кроме того у 18% подростков была симптоматическая эпилепсия вследствие субэпендимальных постгеморрагических кист. 35% подростков лечилось у невролога всвязи с вр. гидроцефалией. Ни у одного подростка не было парезов и параличей. По данным МРТ у 35% подростков выявлена вентрикуломегалия, признаки гидроцефального с-ма. У 18% больных-субэпендимальные постгеморрагические кисты, кроме того кисты в базальных ядрах, в височной доле.

Выводы: Это исследование опровергает мнение неврологов и неонатологов о преобладании благоприятного исхода при внутрижелудочковом и субэпендимальном кровоизлиянии. Вероятно это утверждение основывалось на отсутствии парезов и параличей при данной патологии. Но надо обратить внимание на психические последствия. У 94% обследованных подростков были выявлены разной степени когнитивные нарушения. В клинике преобладает легкая и умеренная умственная отсталость. У трети подростков вследствие внутрижелудочкого кровоизлияния сформировалась вр. гидроцефалия. Также достаточно высок процент симптоматической эпилепсии вследствие постгеморрагичесих кист(18%). Когнитивные проблемы связаны с гибелью нейрональных стволовых клеток перивентрикулярной области в следствие внутрижелудочкового и субэпендимального кровоизлияния. В норме в детском и подростковом возрасте эти клетки мигрируют в кору и дифференцируются в нейроны (Merkle et al 2004), это способствует развитию интеллекта.

Дети, перенесшие интранатальный инсульт, слишком поздно попадают в поле зрения психиатров. По нашим наблюдениям в возрасте 2-6 лет (соответственно сенситивный период в развитии речи и при определении готовности к обучению в школе.) Начало реабилитации таких детей откладывалось на 3- 7 лет, следовательно и от терапии эффект незначительный. Не надо полностью надеяться на компенсаторные возможности головного мозга в детском возрасте. Требуется наблюдение психиатром детей на первом году жизни, перенесших внутрижелудочковое кровоизлияние. Должна развиваться неонатальная психиатрия. Необходимы реабилитационные мероприятия сразу же после рождения и до подросткового возраста (нейрометаболиты, витамины группы В, дегидратационная терапия), ЛФК, обогащенная сенсорная среда. Ведь у взрослых, перенесших инсульт не ждут 2-7 лет, чтобы начать реабилитационную терапию.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПО НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, АНТЕНАТАЛЬНАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б.

Саратов
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Актуальность проблемы. Детский аутизм – нарушение психического развития, характеризующееся аутистической формой контактов с окружающими, расстройствами речи и моторики, стереотипностью деятельности и поведения, приводящими к нарушениям социального взаимодействия. По данным Всемирной организации аутизма за 2009 г., на 150 человек приходится 1 случай аутизма. Согласно данным НЦПЗ РАМН 1999 г. отмечалось до 26 случаев на 10 000 человек (1/385) (Башина В.М., 1999), при этом мальчики заболевают в 3-4 раза чаще, чем девочки.

Диагноз раннего детского аутизма (РДА) устанавливается по данным анамнеза и результатам наблюдения за ребенком в различных ситуациях. При этом в основе лежат критерии классификации психических расстройств МКБ-10 [ВОЗ,1992] и DSM-IV [APA, 1994] (Ремшмидт Х., 2003). При сборе данных анамнеза родители часто сообщают, что уже во время беременности мать испытывала трудности, наблюдались осложнения беременности и родов. Продолжающиеся исследования РДА (в области терапии, диагностики и динамики), а так же прогресс в сфере генетики делают все более актуальным вопрос о том, можно ли объяснить некоторые из указанных факторов влиянием наследственности. Аргументы в пользу генетической природы РДА базируются на молекулярно-биологических исследованиях (Rutter M., 2000).

Изучение проблем антенатального и перинатального периода, а также наследственного фактора имеет большое значение в ранней диагностике и выработке адекватных мер терапии и реабилитационных мероприятий, направленных на повышение качества жизни детей с перинатальной патологией, угрожаемых в отношении развития раннего детского аутизма.

Целью настоящей работы явился анализ наследственной отягощенности родителей страдающих аутизмом детей, а также антенатальной и перинатальной патологии детей с различными формами РДА.

Материалы и методы исследования. В клиническую выборку вошло 376 родителей и 188 детей с РДА в возрасте от 3-х до 10-ти лет. Из них 153 мальчика (81,4%), 35 девочек (18,6%). 84 ребенка имели диагноз «процессуальный (или атипичный) РДА» (F 84.1): 63 мальчика (75%) и 21 девочка (25%); 104 ребенка – «органический РДА» (F 84.01): 90 мальчиков (86,5%) и 14 девочек (13,5%).

Анализу подвергались сведения из обменных карт беременных матерей и амбулаторных карт детей. Учитывался возраст родителей на момент рождения детей, их наследственная отягощенность по нервно-психическим заболеваниям, оценивались сведения о предшествующем акушерском анамнезе (наличие выкидышей, замершей беременности, медицинских абортов, смерти детей в младенческом возрасте), течении периода беременности, способе родоразрешения (физиологические роды или Кесарево сечение), особенностях течения родов (применения родостимуляции, длительности безводного периода, наличие обвития пуповиной, внутриутробной гипоксии, внутриутробной пневмонии), оценка ребенка по шкале Апгар, проведение реанимационных мероприятий у обследуемых детей.

Результаты и их обсуждение. 1. Наследственность нервно-психическими заболеваниями среди родителей детей, страдающих РДА, была отягощена у 125 человек (33,2% от общего числа матерей и отцов) и приблизительно равномерно распределялась в обеих группах исследования. Неблагоприятная наследственность со стороны родителей была представлена алкоголизмом родителей (9%), психопатическими чертами личности (11,7%), параноидной шизофренией (9%) и эпилепсией (3,7%).

2. Возраст матерей к моменту рождения ребенка составлял менее 20 лет в 5 наблюдениях (1,3% от общего числа родителей), отцов – в 15 случаях (4%); от 20 до 30 лет в 92 случаях (24,5%) у матерей, у отцов в 95 наблюдениях (25,3%); от 30 до 40 лет – у 67 матерей (17,8%) и 73 отцов (19,4%); старше 40 лет – 15 (4%) и 14 (3,7%) соответственно.

3. В группах детей, страдающих органическим и процессуальным РДА, отмечен отягощенный акушерский анамнез у матерей. Следует подчеркнуть, что предшествующие выкидыши, замершие беременности и медицинские аборты преобладали в группе детей, страдающих органическим РДА, и наблюдались в 44 случаях (42,3%).В группе детей, страдающих процессуальным РДА, отягощенный акушерский анамнез у матерей был отмечен в 31 случае (36,9%).

4. Неблагоприятное течение беременности также наблюдалась в обеих группах, и было представлено следующей патологией: анемия, угроза прерывания беременности, гестоз. Зачастую беременность развивалась на фоне кольпита, вызванного ЗППП, пиелонефрита, порока сердца, сахарного диабета, нарушения функции щитовидной железы. В случаях органического РДА неблагоприятное течение беременности у матерей отмечено в 94 наблюдениях (90,4%), при процессуальном РДА – в 70 (83,3%) случаях.

5. Течение родов в определенном количестве наблюдений было осложненным в обеих группах детей. Это преждевременные, затяжные роды, роды путем Кесарева сечения, роды с длительным безводным промежутком, асфиксией ребенка в связи с обвитием пуповиной, применением реанимационных мероприятий. В группе больных с органической формой РДА значительно чаще наблюдались роды путем Кесарева сечения (почти в 1,5 раза).

Неблагоприятное течение родов преобладало в группе детей, страдающих органическим РДА, и составило 61 случай родоразрешения (58,7%), по сравнению с процессуальным, где зафиксировано только 45 случаев (53,6%). Нормальное течение родов наблюдалось чаще в группе детей с процессуальной формой РДА, и составило 39 случаев (46,4%), в группе детей с органической формой РДА – 43 наблюдения (41,3%).

У большинства матерей детей, страдающих органическим РДА, наблюдалась разнообразная патология во время родов. Наиболее частыми были; преждевременные роды, в меньшей степени – затяжные. Отмечалась асфиксия плода с обвитием пуповиной, длительный безводный промежуток, слабость родовой деятельности с применением реанимационных мероприятий, что может быть причиной ишемически-гипоксического поражения головного мозга плода.

Выводы: Наследственная отягощенность по нервно-психическим заболеваниям отмечена в обеих группах сравнения. Результаты изучения особенностей антенатальной и перинатальной патологии у детей, страдающих РДА, позволили установить, что осложненный акушерский анамнез, неблагоприятное течение беременности и родов характерны преимущественно для органической формы РДА.

Выявленные патологические факторы в антенатальном и перинатальном периоде детей с различными формами РДА в сочетании с наследственной отягощенностью создают определенную картину в ранней диагностике, участвуют в патогенезе болезни и требуют разработки адекватных терапевтических и реабилитационных мероприятий, направленных на повышение качества жизни детей с перинатальной патологией, угрожаемых в отношении развития раннего детского аутизма.

ФЕНОМЕН РЕГРЕССА НАВЫКОВ ПРИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

Хайретдинов О.З.

Санкт-Петербург
СПбГКУЗ ЦВЛ Детская психиатрия им. С.С. Мнухина

Регресс навыков после периода относительно благополучного развития, согласно современным представлениям, не имеет нозоспецифического дифференциально-диагностического содержания, т.к. встречается в большей или меньшей степени у многих детей с аутистическими расстройствами различного генеза (Башина В.М., Красноперова М.Г., 2003; Rutter M., 2011; Забозлаева И.В., Малинина Е.В., 2014 и др.). При эпилептических энцефалопатиях детского возраста, ассоциированных с «доброкачественными эпилептиформными паттернами детства», эпилепсии с электрическим статусом в фазе медленного

сна, синдроме Ландау-Клеффнера также отмечаются полная или частичная утрата навыков речи, опрятности, коммуникативного поведения и отдельные признаки, фенотипически сходные с поведением аутичных детей. Кроме того, требуется дифференциация с другими нарушениями развития и психическими заболеваниями детского возраста – синдромами Ретта и Геллера, ранней детской шизофренией.

Г.В. Козловская с соавт. (2012) считают обоснованным выделение отдельной группы аутистических нарушений у детей с врожденными особенностями нервной и иммунной систем, составляющих группу риска поствакцинальных осложнений и инфекционными поражениями с последующей утратой навыков.

Целью сообщения является описание некоторых вариантов регресса речевых и/или двигательных навыков и их распространенности при заболеваниях, в клинической картине которых наблюдались аутистические расстройства.

Исследуемую выборку составили 215 детей (40 девочек и 175 мальчиков, соотношение 1:4,4) с аутистическими расстройствами, соответствующими диагностическим критериям МКБ-10 для детского аутизма (F84.0), синдрома Аспергера (F84.5), детского типа шизофрении (F20.8x3) и атипичного аутизма (F84.1). Пациенты последней группы состояли из двух подгрупп – с умеренной умственной отсталостью с аутистическим поведением и аутистическими расстройствами при резидуально-органических поражениях головного мозга.

Регресс двигательных навыков встречался почти у трети пациентов при детской шизофрении (31,0%) и органическом аутизме (27,3%), редко – при умственной отсталости с аутистическим поведением (8,2%) и синдроме Каннера (5,3%) и отсутствовал при синдроме Аспергера.

Регресс речи отмечен у многих детей аутистическими расстройствами при аутистических расстройствах в рамках резидуально-органического поражения головного мозга (43,2%), детской шизофрении (41,4%) и синдрома Каннера (31,6%). Следует подчеркнуть возможность частичного регресса и последующего отставания в развитии речи при сочетании синдрома Аспергера и перинатального или раннего органического поражения головного мозга в отличие от широко распространенного мнения, что при данном расстройстве всегда имеется опережение в речевом развитии. Наличие задержки развития речи дает основание некоторым авторам для исключения диагноза синдрома Аспергера и диагностики высокофункционального детского аутизма, что, по нашему мнению, является недостаточно обоснованным.

Выделены варианты феномена регресса речевых и двигательных навыков – эндогенно-процессуальный при ранней детской шизофрении; экзогенно-органический в результате перенесенных инфекций, интоксикации, осложнений вакцинации, ЧМТ; эндогенно-органический в рамках эпилептических энцефалопатий и психогенно-реактивный в качестве реакций на стресс при изменениях жестких стереотипов при синдроме Каннера.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ МОТОРНОЙ АЛАЛИИ

Хрущ А.И.

Москва
НПЦ ПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Актуальность. В последние годы наметилась отчетливая тенденция упрочения межпредметных связей логопедии с психологией, нейропсихологией, нейрореабилитацией, психолингвистикой и рядом других наук. На основе психологического анализа получены новые данные о патогенезе сложных форм речевой патологии, к которым относится алалия со свойственным этому расстройству сложным симптомокомплексом речевых и неречевых нарушений. Недоразвитие речи при алалии охватывает все стороны речевой деятельности (фонетико-фонематическую, лексико-грамматическую), придавая расстройству системный характер, однако соотношение между неречевой и речевой симптоматикой, а также структура последней при алалии являются вариабельными. Преобладание фонетико-фонематических нарушений, как правило, обусловлено ведущим поражением нижних отделов в центральной моторной области коры доминантного полушария, а превалирование лексико-грамматического недоразвития – поражением передних отделов (нижние отделы моторно-премоторной зоны, активная речевая зона в задних отделах нижней лобной извилины). Большинство исследователей рассматривают фонетико-фонематические нарушения в тесной связи с нарушениями формирования лексической и грамматической сторон речи (Р.Е.Левина, А.К.Маркова, В.К.Орфинская, Е.Ф.Соботович, О.Н.Усанова, Т.Б.Филичева и др.). Актуальность разработки новых коррекционных технологий обуславливает цель исследования, которой стал поиск путей повышения эффективности логопедической помощи пациентам с моторной алалией в условиях стационарного отделения. В качестве гипотезы было выдвинуто предположение о необходимости включения в систему логопедического воздействия блока психологических и нейропсихологических приемов, а также тезис о приоритетности предварительной работе, направленной на повышение мотивации пациента к использованию речи.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы». Общее число наблюдений – 53. Средний возраст пациентов экспериментальной группы – 4,5 года, число испытуемых – 34. Критерием включения являлся диагноз моторной алалии. Группу сравнения составили пациенты того же возраста с диагнозом «моторная алалия» (n=19). Средняя продолжительность курса логопедических занятий составила 2,5 месяца (частота – не менее 3 раз в неделю). Занятия проводились в индивидуальной и подгрупповой формах.

Результаты и их обсуждение. При первичном логопедическом обследовании у пациентов экспериментальной группы (ЭГ) и группы сравнения (ГС) отмечалась низкая речевая активность с использованием речи лишь в период эмоционального возбуждения, а также выраженный речевой негативизм. Экспрессивная речь была представлена отдельными существительными (до 10 слов) с конкретным значением, звукоподражаниями и звукокомплексами в стадии многозначности. В спонтанных высказываниях, сопровождаемых невыразительной интонацией и жестикуляцией, слова примыкали друг к другу без грамматической и синтаксической связи. Речь детей была в смысловом отношении связана только с конкретной ситуацией и, соответственно, понятна только в конкретном контексте. У 69,5% пациентов отраженная речь была невозможна, у 30,5% отмечалось повторение отдельных слогов и целых слов.

Логопедическая работа со всеми пациентами предполагала формирование мотивации к использованию речи, однако в ходе оказания логопедической помощи пациентам экспериментальной группы коррекционно-развивающему блоку, направленному на формирование речевой мотивации, укрепление психологической базы речи придавалось первостепенное значение. Успешной реализации задач этого блока уделялось особое внимание, переход к следующему этапу работы осуществлялся только после того, как у пациента удавалось сформировать потребность высказаться. В качестве основных приемов работы на этом этапе в экспериментальной группе использовались компьютерные технологии (в частности, развивающе-коррекционные комплексы с биоуправлением, представленные в виде интерактивных игр, стимулирующих познавательную и коммуникативную активность). Задания подбирались таким образом, чтобы от пациента не требовалось длительного речевого напря-

жения, а коммуникативная деятельность протекала в условиях частого переключения на практическое и игровое взаимодействие. Активизация речевого подражания строилась на основе подражания действиям, движениям, интонационному рисунку речи. При работе с детьми экспериментальной группы акцент делался на формирование речевого планирования: сначала в пассивной форме (выполнение действий под комментарий специалиста), затем – в активной (сочетание комментариев логопеда с собственной речью ребенка). Вызывание звукоподражаний, аморфных слов, которые постепенно удавалось объединить в простую фразу, происходило в процессе взаимодействия с интерактивными игровыми образами. Значительные усилия специалист направлял на создание положительного и заинтересованного отношения ребенка к логопедическим занятиям, на формирования желания ребенка поддерживать активный эмоциональный контакт с логопедом.

В результате логопедических обследований, проведенных по окончании реабилитационного курса, было установлено, что пациенты ЭГ в отличие от пациентов ГС чаще пользуются словосочетаниями разной сложности ($p<0,05$). По наличию грамматических категорий речь детей также имела разный характер: от случаев с частичной грамматизацией в ЭГ до речи с большим количеством аграмматизмов всех видов в ГС (($p<0,05$). В высказываниях всех детей появились и главные и второстепенные члены предложения, однако лексический запас пациентов ЭГ характеризовался большим обьемом и разнообразием ($p<0,01$). По мере увеличения словарного запаса на начальных этапах работы более заметными становились трудности моторной структуры слова или переключения от одного слова к другому, однако у пациентов ЭГ эти трудности преодолевались быстрее. Только в ГС к концу коррекционного курса встречались пациенты, у которых экспрессивная речь замещалась жестами и мимикой.

Выводы. Логопедическая работа, направленная на формирование отдельных артикуляций и динамических артикуляционных стереотипов, преодоление оральной апраксии (кинетической и кинестетической), парафразий, персевераций дает значительно больший эффект, если логопедическое воздействие начинается с решения базовой задачи – с формирования мотивационной основы речевой деятельности. Формирование первоначальных речевых умений успешно происходит в ситуациях диалогического общения, протекающего с использованием повышающих речевую активность приемов (интерактивные компьютерные технологии, метод контрастных заданий). Развитие импрессивной и экспрессивной речи возможно только после формирования первоначального навыка общения в различных коммуникативных ситуациях. Использование компьютерных игр в качестве «проникающей» технологии позволяет в более короткие сроки решить задачи по формированию психологических предпосылок речевой деятельности, зрительного, слухового, тактильного восприятия, функции подражательной деятельности, преодолеть речевой негативизм и сформировать мотивационную основу высказывания.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хрящев А.В., Соколова Н.Н., Точина Е.Э.

Астрахань
ГБУЗ АО Областная КПБ

Проблема психических расстройств аутистического спектра в настоящее время является одной из наиболее актуальных в детской психиатрии, специальной психологии и коррекционной педагогике. Решение данной проблемы требует межведомственного взаимодействия специалистов медицинских организаций, учреждений образования и учреждений социальной защиты.

В Астраханской области (АО) динамика зарегистрированных случаев расстройств аутистического спектра в течение последних 5 лет, как и во многих регионах Российской Федерации, характеризуется устойчивым ростом. Под наблюдением детских психиатров в 2014 году находилось 156 детей с расстройствами аутистического спектра (РДА), т.е распространенность составляет 1,6 на 10 000 детского населения (2013 г. – 131 ч., 2012 г. – 123 чел.). Из них больший процент (61%) проживают в городе, 39% детей в сельских районах области. В связи с выраженной социальной дезадаптацией до 82% детей-аутистов являются инвалидами детства.

Необходимость создания специализированных групп в образовательных учреждениях города Астрахани для детей с аутизмом была актуальна уже в 2007 году. С учетом этого детскими-психиатрами ГБУЗ АО «ОКПБ» были организованы и проведены клинические конференции для детских врачей-психиатров, детских неврологов, врачей-педиатров, прочитаны лекции по ранним клиническим проявлениям и диагностическим критериям детского аутизма. Подготовлена и напечатана статья в местной газете для широкого круга читателей об особенностях поведения аутичного ребенка, с рекомендациями для родителей. Подготовлены и отправлены письма в министерство здравоохранения АО и министерство образования АО с обоснованием необходимости открытии групп для детей с аутизмом в специализированном дошкольном образовательном учреждении.

В настоящее время все дети с проявлениями данного психического расстройства для диагностики направляются врачами-интернистами территориальных детских поликлиник к детским врачам-психиатрам детско-подросткового отдела ГБУЗ АО «ОКПБ», где после параклинических методов обследования (консультация логопеда, психолога, генетика, ЭЭГ и т.д.) специалисты по детской психиатрии выставляют диагноз под рубрикой «F». В ГБУЗ АО «ОКПБ» на протяжении многих лет создавалась медицинская информационная система «МедОС», благодаря которой на данный момент можно достаточно быстро и оперативно получить полную информацию о пациенте, обращавшегося ранее к врачу-психиатру. МИС «МедОС» позволяет в электронном виде вести медицинскую карту амбулаторного больного, формировать талон на пациента. Помимо создания учетных форм утвержденного образца, программа позволяет формировать и разного уровня сложности отчеты для анализа эпидемиологических показателей в разных группах статистических совокупностей.

В 2014 году приказом Росстата № 459 от 30.06.2014 г. «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения РФ федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения» в отчетные формы № 10 и № 36 были внесены изменения – добавлены дополнительные строки по детскому аутизму и синдрому Аспергера. Данные изменения при формировании отчета позволяют не только выделить статистическую информацию по РДА, но и в последующем позволят провести анализ как внутри региона, так и между регионами по РФ.

В специализированном учреждении ГБУЗ АО «ОКПБ» решаются все вопросы медицинского спектра: диагностика, медикаментозная терапия, динамическое наблюдение за больным, решение вопроса направления на медико-социальную экспертизу.

Для решения вопроса о комплексной психолого-медико-педагогической помощи все дети с данной патологией направляются на Областную психолого-медико-педагогическую комиссию (ОПМПК). Специалисты данной комиссии решают вопросы о виде адаптивной образовательной программы, о

форме обучения, а также вопросы создания образовательных условий для обучения детей с данной патологией, их интеграции и социальной адаптации в образовательном учреждении. В 2007 г. в Астрахани на базе «Специальной (коррекционной) начальной школы-детского сада «Верботон» были открыты группы для детей с аутизмом. Сначала было открыто 2 группы по 4 человека, с последующим увеличение групп детей, общей численностью 20 человек. Обучение детей проходило по программе Эрика Шоплера, Маргарет Линзинд, Лезли Ватера. Учитель-дефектолог для каждого ребенка составляет индивидуальную программу развития с учетом имеющегося уровня зрелости всех функциональных сфер и наличия поведенческих нарушений, по которой выстраивается и проводится вся психолого-педагогическая коррекция.

Для развития речи у детей с РДА использовалась авторская методика Л.Г. Нуриевой, которая позволяет развивать как экспрессивную, так и импрессивную речь у ребенка, обучает создавать мотивацию к общению. Свободная деятельность детей планировалась с помощью руководства Сары Ньюмен. Данная методика позволяет лучше понимать ребенка, что с ним происходит, что он чувствует, как лучше найти с ним контакт, чтобы постепенно расширить его возможности двигаться, общаться, осознавать себя и окружающий мир. Дети-аутисты принимали участие (до 8 раз за год) совместно с другими детьми данного образовательного учреждения в проведении праздничных утренников и спортивных мероприятий. Они присутствовали как зрители, а так же включались в хороводы, участвовали в несложных подвижных соревновательных играх под руководством учителя физкультуры.

В конце 2014 года произошла реорганизация образовательных учреждений и все группы для детей с аутизмом переведены на территорию специализированной школы-интерната.

С учетом, что большая часть детей с расстройствами аутистического спектра имеют статус «ребенок-инвалид», коррекционная и реабилитационная помощь им организована в социально-реабилитационном центре для детей с ограниченными возможностями «Коррекция и развитие». Дети-аутисты принимаются на курсы реабилитации на срок от 3-х до 9-ти месяцев, получают помощь логопеда-дефектолога, психолога, врача-психиатра, проходят иппотерапию.

С августа 2014 года в Астрахани также стал функционировать Центр развития личности «Алые паруса», где специально подготовленные психологи проводят индивидуальные коррекционные занятия с детьми-аутистами по методике прикладного анализа поведения (АВА-терапия).

Все дети, посещающие государственные специализированные образовательные и социальные учреждения, имеют медицинское сопровождение: наблюдаются детскими врачами-психиатрами данных организаций. Специалисты следят за динамикой психических расстройств, контролируют прием лекарственных препаратов. Большинство детей получают фармакотерапию, что позволяет добиться положительного результата – редукции психопатологических проявлений, повышения эффективности психолого-педагогической коррекции и улучшения социальной адаптации.

По достижению школьного возраста детей вновь осматривают специалисты ОПМПК, которые решают вопрос о виде школьной образовательной программы, которую будут рекомендоваться ребенку. Наибольшее количество таких детей обучается по адаптированной образовательной программе для детей с умственной отсталостью, в меньшем количестве – по общеобразовательной программе. Некоторые дети только продолжают посещать социально-реабилитационный центр.

Реабилитация ребенка с расстройствами аутистического спектра строится по принципу комплексного взаимодействия, партнерства врачей, педагогов, в том числе дефектологов и психологов, с семьей маленького пациента. Не сложившиеся доверительные отношения с родителями ребенка могут аннулировать все усилия специалистов, следовательно, в этой ситуации детский психиатр выступает в роли семейного психолога и психотерапевта.

Комплексный подход к реабилитации детей-аутистов, грамотная, последовательная и своевременно начатая коррекция позволяют смягчить выраженность психических и поведенческих расстройств и максимально адаптировать детей в обществе.

СИНДРОМ КЛЯЙНЕ-ЛЕВИНА: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

Цветков А.В.

Москва
ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ

Синдром Кляйне-Левина, или «спящей красавицы» встречается крайне редко (менее 0,4% общего объема неврологической патологии), чаще всего развивается в подростковом возрасте, и, входя в группу синдромов «периодической спячки», мало изучен с точки зрения локализации патологии: существуют предположения о дисфункциях лобных отделов, мезодиэнцефальной области, ретикулярной формации. В данной работе на основе анализа случая сделан ряд предположений о природе этого состояния.

Нейропсихологическое обследование Магомеда, 8 лет, учащегося 1-го класса «школы поддержки» (коррекционной), проводилось по методике Л.С. Цветковой (2002) в сокращенном вследствие состояния ребенка виде. Оценка выполнения проб шла по стандартному варианту, предложенному А.Р. Лурия (1973): 0 – 100% верное выполнение, 1- 25% ошибок, 2- 50% ошибок, 3 – 100% ошибок.

Причины обращения к нейропсихологу (со слов матери): в прошлом году (в процессе обучения в «подготовительном классе») просто ходил по помещению, не обращая внимания на учителя и других детей; может «ни с того, ни с сего» заплакать или засмеяться, но не проявляет агрессии; бывает, на улице «просто так убегает».

Наблюдается логопедом с «общим недоразвитием речи» 2/3 степени; неврологом – с диагнозом «нарушение поведение по гиперактивному типу с аутистическими чертами» (под вопросом остаются: аноксическое поражение головного мозга G93.1; G47.8 – синдром Клейне-Левина; легкое когнитивное расстройство – F06.7; F80 – специфические расстройства развития речи и языка), объективно: в ЭЭГ отмечается дезорганизация корковой ритмики по типу резидуальной энцефалопатии. Мать отмечает, что мальчик ест только в просоночном состоянии и только протертую пищу (из бутылочки для кормления детей), хотя при этом он может нормально жевать различные «закуски» (часто – сухари), не проглатывая их, очень любит сладкое (избирательно).

В процессе наблюдения отмечается, что: контакт глазами отсутствует или имеет крайне непродолжительный (5-10 сек.) характер; в поведении – жесткие стереотипии, в виде вокализаций «ум-тщ-ум-тф», при этом эхолалии являются основой речевой активности мальчика. Общий психический тонус резко снижен, истощение наступает за 8-10 минут. Периодически Магомед «выпадает» из деятельности в просоночное состояние.

Эмоции: опознание эмоциональных состояний по схематическим изображениям (химерам) – недифференцированное (3), мимика бедная (2-3). Внимание – только «полевое» (непроизвольное), с ориентировкой на яркие сенсорные признаки. Двигательная сфера. В динамическом праксисе (графическая проба «забор»): выполнение доступно только сопряженно с исследующим (на разных листах параллельно делают задание), без такой

помощи – выполняет поверх образца или уходит в спонтанное рисование (3), при этом характер линии – с неустойчивым тонусом (от гипотонуса, до практически полной атонии), с тремором. Реципрокная координация – движения с множеством синкинезий (совместные движения рук вместо попеременных), быстро прекращает выполнение (3). В праксисе позы: правую руку выставляет в нужную позу левой (2.5-3), при этом левой выполнить не может вовсе (3) в силу непрекращающегося «перебора пальцев». Оральный праксис доступен в полном объеме (0). Символический праксис – только в виде подражаний и эхопраксий (по показу) (2). Свободное рисование – запрашивает помощь взрослого и рисовать может только в сотрудничестве (исследующий луч солнца, ребенок – еще один луч), самостоятельно заштриховывает основную часть рисунка. В гностической сфере: зрительно-предметный гнозис – узнавание предметов в простых пробах (0), в сенсибилизированных пробах (недорисованные) – ни одного опознания, отказ (3). Память. Зрительно-предметная память: непосредственно припоминает 2 предмета из 5, с большими паузами и потребностью в стимуляции со стороны исследующего, сразу же после называния предметов уходит в стереотипные формы активности (3). Общий уровень развития речи снижен по отношению к возрастной норме. В основном представлены импрессивные формы речи, при этом мальчик способен удержать лишь фразы небольшого объема и простой грамматики, экспрессивная речь – в основном в виде эхолалий, стереотипных вокализаций или междометий типа «вот». Описать сюжетную картинку из серии «Умная рыбка» (речь и наглядно-образное мышление) не может (3). Понимание логико-грамматических конструкций: в предлогах – эхолалии, множественные ошибки, уход из деятельности (3). Чтение: читать по инструкции отказывается, принимает этот вид деятельности только в виде игры, помогает «вычленить» зону активного внимания себе ладонями (спонтанная компенсация), с остановками, неплавное, неинтонированное, резко замедленное, с персеверациями (2-2.5). Интеллектуальная деятельность. Вербально-логическое мышление (понимание прочитанного текста «Умная ворона») – не может ответить на вопросы «про кого рассказ?» и «чему учит рассказ?» (3). Наглядно-образное мышление: пробу «обобщение» выполняет только в пассивном варианте (указание на группы предметов, отвечающие данному обобщающему слова), в активном варианте – идет только перечисление (2); проба «4й лишний»: требуется внешняя (со стороны исследующего) организация поведения при помощи «жесткой инструкции» и ограничения зоны активного внимания (предъявление таблиц по одной), не успешно (3), после двух таблиц «убегает» по комнате, при предъявлении таблиц в «сенсорном» варианте (исключение единственной отличающейся таблицы, вариант пробы для детей 3-5 лет) – успешно на 50%, показывает на три одинаковые картинки «вот, вот и вот», самостоятельно закрывая часть поля зрения рукой, быстро прекращает выполнение с переходом к хаотической активности (2.5-3).

В нейропсихологической картине развития психической деятельности можно отметить следующие группы симптомов: 1. Системные нарушения общей активации (тонуса), с периодическими «остановками» деятельности, быстрой истощаемостью и множественными моторными и речевыми аутостимуляциями/ стереотипиями; 2. практическое отсутствие внешней активной речи, доминирование отраженной речи (с эхолалиями), сохранные моторные речевые навыки; 3. критически значимое снижение продуктивности памяти; 4. Сохранная готовность к социальному контакту и запросу помощи со стороны взрослого при практическом отсутствии контакта глазами, резко нарушенном эмоциональном гнозисе и амимии.

Описанные группы симптомов могут указывать: на грубую дисфункцию подкорковых образований уровня промежуточного мозга и базальных ганглиев, больше справа.

Таким образом, анализ случая показал, что синдром Кляйне-Левина ассоциирован с неравномерным (правосторонним) поражением уровня промежуточного мозга и базальных ганглиев, что в соответствии с гипотезой Е.Д. Хомской (1995) об асимметрии блоков мозга свидетельствует о дефекте неизбирательной активации, родственном (как было нами показано ранее – А.В. Цветков, 2015) аутистическому спектру расстройств. Изучение такого «родства» может открыть новые перспективы фармакотерапии и нейропсихологической коррекции как гиперсомний, так и РАС.

ДЕПРИВАЦИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ, КАК ОДНА ИЗ ДЕТЕРМИНАНТ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ

Чибисова И.А., Макушкин Е.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Проблема нарушения поведения у подростков подразумевает не только различного рода социально неприемлемые девиации, включая криминальную активность, но и дезадаптацию, генез которой многоаспектен: личностные механизмы, ситуативные, психогенные и проч.

Исследования прошлых лет и современников (Боулби Д., Шпиц Р., Гурьева В.А., Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В., Морозова Н.Б.), свидетельствуют о том, что последствия воздействия депривации на ребенка, ее «драматическое» течение, стойкость и глубокое вмешательство в структуру личности, приводят к формированию индивида на значительно измененном, дисгармоничном уровне, со сдвигом в смысле психопатологии характера, со склонностью к разного рода правонарушениям, декомпенсациям и дезадаптивным реакциям.

Целью исследования явилось изучение различных вариантов депривации и девиаций поведения у детей и подростков в их психопатобиологической и социогенной взаимосвязи с выявлением корреляций и преддиспозиционных детерминант, способствующих социальной дезадаптации.

Материалы и методы. Обследовано 180 подростков-правонарушителей мужского пола в возрасте от 14 до 17 лет с асоциальным, криминальным и дезадаптивным поведением. Использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический и клинико-статистический методы исследования, с учетом экспериментально-психологических данных.

Результаты и обсуждение. Формирование делинквентного поведения в детском возрасте определяется факторами ранней десоциализации, куда включаются родительская и семейная депривация, жестокое обращение и насилие, косвенные десоциализирующие влияния (асоциальная детско-подростковая группа). По результатам исследования, семейная депривация имела место у несовершеннолетних правонарушителей более чем в 70% случаев, при этом ведущее место занимали такие факторы как разлука с одним из родителей, чаще с матерью (32%), помещение в воспитательные учреждения – интернат, детский дом (20%). Более отрицательное влияние на развитие детей оказывали дисфункциональные, асоциальные родители, злоупотребляющие алкоголем, психоактивными веществами (9%). Жестокое обращение с детьми встречалось в 23% случаев. Особое место из депривационных факторов занимали «лишение родительского тепла, ласки, заботы» – «психологическая заброшенность» (8%), или социальное сиротство при реально существующих живых родителях, что оказывало не только травматическое стрессовое воздействие, но и выраженное дезадаптивное (причины побегов, уходов из семьи, а затем и пропуски школы). Дети из социально «деформированных» (воспитание асоциальными отчимом или мачехой) семей составили 47%.

Депривация при живых родителях и психотравма подготавливали «психологическую почву» для формирования

нарушений психического развития, возникновения стойкой дезадаптации и нарушений поведения в последующем. У 65% подростков-правонарушителей, прослеживалась корреляция между ранней родительской депривацией, девиациями поведения и нарушениями адаптации в последующем. По данным исследования, у детей, перенесших различные формы депривации в раннем возрасте, выявлялись выраженная уязвимость адаптационных ресурсов, грубое нарушение коммуникации. При воздействии даже незначительного стрессового фактора, отмечались реакции дезадаптации с тревожно-депрессивной симптоматикой, агрессивностью, конфликтностью, аффективной неустойчивостью, что в последующем, в пубертатном периоде, приводило к формированию социально-психологической личностной деформации. Нарастали алкоголизация, зависимость от ПАВ, грубое нарушение социального функционирования с криминальной активностью в подростковом возрасте.

Выводы. Меры государственной политики в смысле защиты интересов детей должны быть направлены на поиск социально неблагополучных семей, семей с асоциальной направленностью, своевременным изъятием детей, находящихся в психотравмирующей ситуации, в целях формирования гармоничного развития ребенка, благоприятных условий развития в приемной (патронатной) семье во избежание социальной деформации ребенка, предупреждения развития его дисфункциональной и аномальной личностной дисгармоничностной структуры. Работа с социальными сиротами и детьми, перенесшими раннюю депривацию имеет большое проспективное значение, поскольку направлена на превенцию правонарушений у несовершеннолетних, формирование гармоничных социально адаптируемых индивидуумов. В ряде случаев, для отлаживания механизмов подобной работы, необходимо принятие новых законодательных норм в защиту интересов несовершеннолетних, обсуждение которых должно носить межведомственный характер.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Чубаева А.В., Руш О.Е., Иванова Е.В.

Барнаул
КГБУЗ Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей

Развитие научно-технического прогресса в обществе и внедрение инновационных технологий в системе образования предъявляют повышенные требования к психическим способностям современных детей. Рост психической патологии среди детского населения, которая приводит к нарушению социальной продуктивности, серьезно осложняет развитие многих общественных институтов. За последнее десятилетие значительно увеличилось число детей страдающих интеллектуальной недостаточностью (Рыбалко М.И., 2009; Ведяшкин, В.Н., Буренкова И.Г., Малыхина Т.П., 2014). Психопатологические проявления пограничной интеллектуальной недостаточности полиморфны, этой проблеме посвящено значительное число исследований, однако терминологические и диагностические проблемы у данных состояний в наше время сохраняют свою актуальность (Ковалев В.В., 1995; Ремшмидт Х., 2001; Гилберг Х., Хеллгрен Л., 2004).

Материалы и методы. Из пролеченных в первом квартале 2015 года в дневном стационаре КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» 135 несовершеннолетних, мы отобрали для исследования 55 больных (47 мальчиков и 8 девочек) с пограничной интеллектуальной недостаточностью на фоне органической неполноценности головного мозга. Средний возраст больных в группе составлял 5,5±0,4 лет и приходился в диапазоне от 3-х до 13-ти лет. В исследование были включены 47 (85,5%) детей с диагнозом F83 – Смешанные специфические расстройства развития, и 8 (14,5%) детей с диагнозом F06.7 – Легкое когнитивное расстройство. Средняя продолжительность госпитализации составляла 23,5 койко-дня.

Для анализа материала использовались клинический, клинико-психологический и статистический методы исследования.

Результаты исследования показали, что впервые проходили стационарное лечение 36 (65,5%) детей, повторная (от 2 до 4 раз) госпитализация была у 19 (34,5%) детей. В дошкольном возрасте от 3 до 6 лет были пролечены 42 (76,4%) человека, в младшем школьном возрасте, 7 – 9 лет, пролечены 9 (16,4%) человек и от 10 до 13 лет пролечились 4 (7,2%) человека. Городскими жителями из них были 47 (85,5%) пациентов, сельскими – 8 (14,5%) пациентов. В полной семье воспитывались 42 (76,4%) ребенка, а у 13 (23,6%) детей семья была дисфункциональная, где воспитанием занималась одна мать.

Осложненный родовой анамнез отмечался у 52 (94,5%) больных, у двух детей выявлены травмы головного мозга в первые годы жизни, а у одного ребенка патология центральной нервной системы сочеталась из полученной асфиксии во время родов и травмы головного мозга в двухлетнем возрасте.

При нейрофизиологическом исследовании на электроэнцефалограмме у 7 (12,7%) пациентов регистрировалось отставание формирования биоэлектрической активности головного мозга от возрастной нормы. На экспериментально- психологическом обследовании у 6 (10,9%) человек был выявлен умеренно-выраженный органический патопсихологический симптомокомплекс и выраженный органический патопсихологический симптомокомплекс был выявлен у 6 (10,9%) человек.

Сочетание психиатрического и неврологического диагнозов было установлено у 32 (58,2%) человек. Из них: G45.0 – Синдром вертебробазилярной артериальной системы и G40.2 – Симптоматическая эпилепсия по 1 (3,1%) человеку, G44.2 – Головная боль напряженного типа была выявлена у 3 (9,4%) человек и у 27 (84,4%) человек невролог выставил диагноз G93.8 – Уточненные поражения головного мозга. Невролог вносил корректировки в лечение.

Основу медикаментозного лечения составляло применение церебропротекторов, ноотропных препаратов, сосудистых и витаминов группы В. Из церебропротектеров применялся у 27 (49,1%) пациентов кортексин 0,01 по 10 инъекций внутримышечно. Ноотропные препараты, такие как гопантеновая кислота, пирацетам, глицин, получали 46 (83,6%) больных в средних возрастных дозировках. Сосудистые средства получали 30 (54,5%) человек. При необходимости короткими курсами пациенты получали корректоры поведение с целью симптоматического лечения.

Курсы арт-терапии в сочетании с семейной психотерапией получили 50 (90,9%) человек. Групповые и индивидуальные коррекционные занятия у медицинского психолога посещали 45 (81,8%) детей. Психологическая коррекция была направлена на развитие мелкой моторики, памяти, основных характеристик внимания, мышления.

После консультации физиотерапевта и врача лечебной физкультуры было назначено соответствующее лечение. Дарсонвализация на речевые зоны использовалась у 15 (27,3%) человек; электрофорез с MgSO4, либо никотиновой кислотой получали 15 (27,3%) человек; магнитотерапию на воротниковую зону прошли 25 (45,5%) пациентов; 6 (10,9%) человек прошли курс сонотерапии; рефлекторную цуботерапию на речевые зоны прошли 53 (96,4%) ребенка; и 52 (94,5%) ребенка занимались лечебной гимнастикой. В среднем получалось по 10 процедур каждого курса лечения.

Таким образом, выписались из стационара с клиническим улучшением и нивелированием большинства жалоб 53 (96,4%) ребенка и 2 (3,6%) ребенка были выписаны без клинических изменений, в связи с досрочным прерыванием курса лечения. Это позволяет сделать заключение, что тактика ведения и лечения детей с органически обусловленными интеллектуальными нарушениями нуждается в комплексном подходе. Одновременное подключение медикаментозного лечения, физиопроцедур и психокоррекционных мероприятий раскрывает возможности более высокого реабилитационного потенциала у детей с данной патологией.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ У УЧАЩИХСЯ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Чубаровский В.В.

Москва
НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФБГНУ НЦЗД РАН,
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Цель исследования. Изучить особенности распространенности и структуры пограничной психической патологии у учащихся подросткового и юношеского возраста.

Материалы и методы. Сплошным методом в рамках описательной эпидемиологии по унифицированным диагностическим методикам было обследовано 856 лиц подросткового и юношеского возраста (от 13 до 23 лет) – учащиеся школ, профессионально училищ и вуза, проживающие в г. Москве. Исследование являлось клинико-эпидемиологическим. Также использовались психометрические методики ПДО и MMPI. Первую группу – 481 человек составили подростки, учащиеся школ и ПУ, в возрасте 13-16. Из них 50% лица мужского пола и 50% женского. Вторую группу составили студенты 1 курса медицинского вуза – 375 наблюдений, в возрасте 17-18 лет. Из них 157 человек (41,87%) составили юноши и 218 (58,13%) лица женского пола.

В рамках традиционного для отечественной психиатрии нозологического направления диагностировались синдромально-очерченые состояния, с учетом их этиопатогенеза: собственно неврозы и неврозоподобные (непроцессуальные) расстройства, а также психопатии и психопатоподобные (непроцессуальные) состояния. Также фиксировались и «предболезненные состояния» (Семичев С.Б.,1987, Александровский Ю.А., 2012), определяемые нами понятиями «невротические» и «патохарактерологические» реакции. Выделяемые формы расстройств были соотнесены с МКБ-10.

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов были сопоставлены показатели распространенности и структуры пограничных психических расстройств в группе подростков (№1) и юношеским контингентом (группа №2). Сравнительный анализ показателей распространенности изучаемых нарушений выявить существенное преобладание пограничной психической патологии различной степени выраженности у лиц старшего подросткового возраста ($p<0,01$). У школьников и учащихся ПУ показатель распространенности составил 64,86%, в то время как у студентов он был почти в три раза ниже – 23,47%. В отношении отдельных форм патологии наиболее существенными были расхождения в частоте встречаемости невротических реакций: студенты – 10,13% и подростки – 40,54%. Столь выраженные различия, на наш взгляд, в существенной степени обусловлены возрастными особенностями сравниваемых групп и спецификой формирования юношеского контингента вуза. Достоверными были также различия в отношении патохарактерологических реакций, чаще наблюдавшиеся в подростковом контингенте – соответственно 12,06% против 5,33%. Следует отметить также преобладание у подростков лиц с синдромально-очерченными психопатическими синдромами. Структура выявленных расстройств была довольно сходной – в обеих группах отмечается существенное преобладание невротических и патохарактерологических реакций над синдромально-очерченными состояниями. А также расстройств невротического круга над патохарактерологическими.

Выводы: Пограничные психические расстройства с высокой степенью достоверности чаще встречаются у учащихся подросткового возраста.

Данное соотношение обусловлено значительной распространенностью у подростков нарушение субклинической степени выраженности и психопатических состояний.

Вышеуказанные обстоятельства требуют проведения комплексных психокоррекционных мероприятий в обследованных контингентах с учетом возрастной специфики.

ДИНАМИКА РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО КРУГА У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ОБСЕРВАЦИОННОГО ЛОНГИТУДИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Чубаровский В.В., Катенко С.В.

Москва
НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАН

Цель исследования: Изучить особенности динамики расстройств невротического круга у лиц юношеского возраста – студентов ВУЗа.

Материал и методы: Сплошным клинико-эпидемиологическим методом было обследовано 375 студентов первого курса в возрасте 17-18 лет: 157 (41,87%) мужского пола и 218 (58,13%) женского пола. Диагностировались как синдромально-очерченные нарушения, согласно критериям раздела F4 МКБ – 10, так и предболезненные состояния (Семичев С.Б.,1987, Александровский Ю.А., 2012), определяемые нами понятиями соотнесенными с МКБ – 10: «невротические реакции» (F43.2 – Расстройства приспособительных реакций; Z73.3 – Стрессовые состояния, не классифицируемые в других рубриках; R53 – Недомогание и утомляемость) и «неврозоподобные состояния» (F42-F42.8 – Обсессивно-компульсивное расстройство; F06.5 – Органическое диссоциативное расстройство; F06.6 – Органическое эмоционально-лабильное /астеническое/ расстройство; F06.36-37 – Непсихотическое депрессивное расстройство, непсихотическое смешанное расстройство органической природы; F06.82; 92; 92.7 –Другие непсихотические расстройства обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью). На втором курсе осуществлено когортное прослеживание выделенных групп: группа из 52 студентов с психическими расстройствами невротического круга и 158 человек – группа контроля. Динамика оценивалась по критериям – «улучшение или выздоровление», «стационарное течение», «ухудшение». Под «ухудшением» понималось усложнение психопатологической симптоматики и усиление учебной и общей социальной дезадаптации студентов, значительная часть которых была отчислена из учебного заведения.

Результаты и их обсуждение. По данным первого этапа проведенного исследования расстройства невротического круга были диагностированы у 15,20% (57 человек) обследованных студентов. Среди них невротические реакции составили 66,67%

(38 человек) случаев, синдромально-очерченные невротические состояния в 21,05% (12 человек), а неврозоподобные состояния в 12,28% (7 человек) случаев.

Катамнестичекое прослеживание динамики психических нарушений в группе с неврозами показало улучшение в 33,33% случаев, стационарное течение в 25,0%, ухудшение в 41,67% случаев. В группе обследованных студентов, у которых диагностировались невротические реакции наблюдалась следующая динамика состояний: улучшение в 22,58%, стационарное течение в 29,03%, ухудшение в 48,39% случаев. Динамика нарушений в группе обследованных с неврозоподобными состояниями была следующей: улучшение – 28,57%, стационарное течение – 42,86%, ухудшение – 28,57%. Выраженность учебной и общей социальной дезадаптации учащихся в группе контроля была достоверно ниже. Вновь диагностированы были только невротические реакции в 5,06% наблюдений.

Из приведенных выше данных прослеживаются тенденции к крайне неблагоприятному течению невротических реакций у студентов с переходом их в синдромальноочерченные состояния, тогда как в группе обследованных с неврозоподобными состояниями наблюдается чаще стационарное течение, что связано, по видимому, с особенностями контингента этой группы с преобладанием в ней лиц имеющих резидуальноорганическую симптоматику.

Выводы.

- Расстройства невротического круга встречаются у учащихся первого курса ВУЗа с высокой частотой и имеют крайне неблагоприятное и затяжное течение;

- Наиболее неблагоприятный прогноз отмечается у лиц с невротическими реакциями и синдромально-очерченными невротическими состояниями, приводящими к выраженной учебной дезадаптации и усложнению психопатологической симптоматики; неврозоподобные состояния непроцессуального генеза имеют достаточно стабильное течение.

- Вышеуказанные обстоятельства обуславливают необходимость разработки и проведения психопрофилактических программ в данном контингенте.

ТРУДНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИХ СОПРОВОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Шалимов В.Ф.

Москва
ФМНИЦПиН им. В.П. Сербского

В последние годы пограничная психиатрия имеет тенденцию к активной интеграции в общую медицину, психологию и педагогику. В структуре всей психической патологии пограничные психические расстройства составляют около 80%, а диапазон их распространенности в общем населении чрезвычайно высок – от 17 до 210 на 1000 населения. Первоначально содержание этого термина было разработано применительно к оценке психического здоровья взрослых. К числу наиболее характерных признаков пограничных расстройств относят: невротический уровень, функциональный характер и обратимость имеющихся нарушений; вегетативное «сопровождение», наличие коморбидных психических и психосоматических (астенических, диссомнических и соматоформных) расстройств; связь возникновения заболеваний с психотравмирующими обстоятельствами и личностно-типологическими характеристиками. Наряду с вышеперечисленными признаками исключительное значение для практики имеет знание возрастных закономерностей клиники пограничного расстройства в детском возрасте. Для оценки пограничного психического расстройства у детей важным является положение о потенциальной возможности их обратного развития или успешной компенсации с восстановлением позитивной социальной адаптивности. Однако в практике специальной психологии и коррекционной педагогике неоправданно расширена категория детей с «задержкой психического развития». Нередко обратимые формы нарушений возрастного развития, которые сопровождаются снижением интеллекта в сочетании с расстройствами речи, школьных навыков и отклонениями поведения, рассматриваются в рамках выраженных форм «Органических психических расстройств» и «Умственной отсталости». Задержка психического развития, как проявление легкой формы дизонтогенеза, в рамках пограничной психиатрии рассматривается как временное нарушение темпа психического развития. Наряду с обратимыми состояниями, которые составляют ядро этой группы, в ее состав входят более стойкие, менее корригируемые отклонения, относящиеся к аномальному развитию, Речь идет о стойких непсихотических расстройствах, которые вряд ли могут соответствовать критериям пограничного психического расстройства.

Анализ первичной обращаемости к психиатру детей и подростков в Центры психолого-медико-социального сопровождения (ЦПМСС) показал, что риск школьной дезадаптации увеличился за 15 лет более чем в 4 раза, причем в 75% случаев были обнаружены пограничные психические нарушения. В связи с этим актуальными (приоритетными) направлениями психиатрической службы становятся: разработка типологии психических расстройств, не достигающих грубых форм психопатологии; организация службы, обеспечивающей диагностику и мониторинг этих отклонений. В соответствии с реформой системы образования, функции медицинского обслуживания учащихся переданы учреждениям государственной системы здравоохранения. Однако система образования сохраняет за собой приоритет в вопросах сопровождении детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с психическими расстройствами, не достигающими грубых форм психопатологии. Закон об образовании, введя в действие понятие «лицо с ограниченными возможностями здоровья», не дал его четкого нормативного определения. Раскрывая понятие права на образование лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), важно четко осознавать, кто выступает в качестве субъекта – носителя такого права. Отсутствие четкого нормативного определения понятия «лицо с ограниченными возможностями здоровья» приводит к тому, что зачастую этот термин воспринимается как равнозначный термину «инвалиды». Правовые нормы действующего федерального законодательства (законы «Об образовании», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации») не содержат четкого механизма обеспечения инклюзивного образования и предоставления образовательных и медицинским услуг конкретным категориям детей с пограничными психическими расстройствами. В частности, положения законодательства не регулируют вопросы взаимодействия государственных органов медико-социальной экспертизы (МСЭ) с психолого-медико-педагогическими комиссиями (ПМПК) при разработке образовательного маршрута детей с ОВЗ в рамках индивидуальных программ реабилитации. Специалисты бюро МСЭ, как правило, просто направляют детей в ПМПК. Если родители выбирают в качестве общеобразовательного учреждения для своего ребенка массовую школу, то в этом случае по законодательству, формально рекомендации ПМПК не требуются. Следует отметить, что в Центрах психолого-медико-социального сопровождения современные клинико-диагностические оценки отклонений психического здоровья несовершеннолетних используются недостаточно, не обеспечивается дальнейшее междисциплинарное сопровождение ребенка в образовательной среде. В тех случаях, когда предпринимаются попытки оказания лечебной помощи, происходит дублирование амбулаторного психиатрического звена.

Трудности диагностики пограничного расстройства у детей выявляется уже на этапе плановой по возрасту диспансеризации (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 г. № 1346н). Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся при поступлении в образовательные учреждения в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство. Но, даже получив необходимое согласие родителей, детский психиатр крайне ограничен во времени для выявления психических расстройств, не достигающих грубых форм психопатологии. Кроме того во многих медицинских учреждениях для оформления медицинского заключения необходимого для создания специальных условий обучения и воспитания детей с психическими расстройствами не предусмотрены специалисты логопеды и клинические психологи, что значительно снижает качество диагностики и приводит к непрофессиональным рекомендациям для выбора образовательной программы. К проведению профилактических осмотров часто привлекаются психиатры не прошедшие обучение по программам дополнительного профессионального образования, в части особенностей пограничных психических расстройств, наиболее часто встречающихся в образовательной среде при инклюзивной форме обучения. В связи с этим целесообразно медицинской организации иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «психиатрии». К одному из часто встречающихся препятствий для раннего выявления психических расстройств в детском возрасте является низкая мотивация на информированное добровольное согласие несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство детского психиатра. Данное обстоятельство связано: с одной стороны, с опасением стигматизации ребенка, с другой – с необоснованной обращаемостью за помощью к специалистам, работающим в системе образования. Просматривается негативная тенденция в части превышения психологами, работающими в учреждениях Минобразования РФ, границ профессиональной компетенции с частым игнорированием индивидуальной картины психического расстройства. Особенно ярко эта негативная тенденция проявляется при оценке нарушения функционирования, возникающего вследствие пограничного психического расстройства. Крайне затрудняет такую оценку разночтение клинической психиатрической диагностики и ее понятийного аппарата с психолого-педагогической оценкой и ее диагностическим аппаратом.

ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЕОБРАЗИЯ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРОСТКОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В., Балакирева Е.Е.

Москва
НЦПЗ

Введение. Выявление нарушений и особенностей речи у больных с эндогенной психической патологией является актуальной проблемой исследований в области медицинской (клинической) психологии и клинической психиатрии. Нарушения речи находятся в фокусе внимания специалистов как в связи с нарушениями мышления, так и другими проявлениями когнитивных дефицитов или темповых характеристик психической деятельности. Согласно истории вопроса, данные, включающие в себя описания речевых нарушений, представлены в рамках психиатрического описания феноменологии эндогенных психозов, в частности шизофрении (Вроно, 1957), при этом в психиатрии имелись работы, ставящие своей целью создать классификацию речевых нарушений при шизофрении (Савицкая, 1975).

В настоящее время имеется интерес к динамике речевых нарушений при шизофрении в континууме от своеобразия «речемыслительной деятельности» к речевой бессвязности в конечных состояниях (Микиртумов Б.Е., 1999, Голенков А.В., 2008). Для психологов важны связи речевого своеобразия и нарушений (особенностей) мышления при шизофрении (В.П.Критская, Т.К.Мелешко, 1991, 2014), кроме того, большое значение имеет динамический аспект.

Важен так же вопрос о ранней диагностике заболевания. В детском возрасте, шизофрения может протекать бессимптомно, закономерно поставить в таком случае вопрос о том, когда ставить диагноз заболевания. Существуют данные о том, что большой процент детей, имеющие диагноз шизофрении, соответствуют диагностическим критериям другого заболевания, что задает нам вектор проблематики коморбидных расстройств и дифференциальной диагностики (Asarnow et al, 2004).Поскольку в детском возрасте психика находится в стадии интенсивного развития, то воздействие такой вредности как эндогенное психическое заболевание приводит к сочетанию нарушения развития и дефицитарности вследствие болезни (Башина В.М., 1989, Иовчук Н.М., 2006 и др.). Психологических исследований речи подобной направленности единицы.

Целью данного исследования являлось экспериментально-психологическое исследование связи особенностей речи и своеобразия избирательности мышления при шизофрении у подростков.

Выборка. Выборку исследования составили 48 нормативных подростков (средний возраст – 14,1) и 32 пациента 7го отделения НЦПЗ и 14 отделения НПЦ ПЗДиП г. Москвы (ранее ГДПБ №6) (средний возраст – 14,7) с диагнозами шизофрения (F20.x), шизотипическое расстройство (F21.x). Из анамнеза известно, что в группе F20.x речевое развитие шло преимущественно в нормативные сроки, у части пациентов с некоторым запаздыванием формирования фразовой речи, в группе F21.x речевое развитие было в основном своевременным, без задержек, в ряде случаев фразовая речь была очень ранней. Большинство детей учились в классах общеобразовательной школы, некоторые на индивидуальном обучении, 1 подросток – инвалид детства. Синдромально в группе F20.x чаще встречались бредовые и бредоподобные расстройства, а в группе F21.x аффективные расстройства, в обеих подгруппах имелось разнообразие наблюдаемых психопатологических синдромов.

Методики. Слоговая методика. В работе использована слоговая методика исследования речи при психической патологии. Методика предложена В.П. Критской (1966) для изучения особенностей актуализации речевых связей на основе прошлого опыта. Она позволяет получить статистическое распределение используемых испытуемыми речевых связей на уровне слова.

Конструирование объектов. Методика модифицирована Т.К. Мелешко, С.М. Алейниковой и В.А. Литвак на основе методики, предложенной В.И. Слободчиковым. Направлена на исследование мышления, в первую очередь его предметно-содержательного аспекта. В детской патопсихологической диагностике используется вариант, предложенный С.М. Алейниковой и Т.К. Мелешко, новые нормативы по методике получены в работах Н.В. Зверевой, А.И. Хромова, А.А. Коваль-Зайцева, М.П. Кобзовой (2014).

Для математической обработки использована программа SPSS 17 версия.

Результаты исследования. Сопоставлялись выборки больных между собой и с нормативной группой по методикам: слоговой (коэффициент стандартности и латентное время) и «конструирование объектов» (коэффициент стандартности). Сопоставление выделенных клинических групп между собой

по коэффициенту стандартности в слоговой методике (коэффициенты стандартности соответственно : шизофрения 0,59; шизотипическое расстройство – 0,56) и в методике «конструирование объектов» (коэффициенты стандартности соответственно: шизофрения – 0,54; шизотипическое расстройство – 0,45) не показало значимых различий по критерию Манна-Уитни. Также не обнаружено значимых различий между клиническими группами по латентному времени в слоговой методике (показатели латентного времени соответственно: шизофрения 2,83 сек, шизотипическое расстройство – 3,25 сек).

Сравнение всей клинической и нормативной выборки выявило достоверные различия между выборками по коэффициентам стандартности в обеих методиках (в норме коэффициент стандартности в слоговой методике – 0,67, в «конструировании объектов» – 0,65) и по латентному времени в слоговой методике (норма 7,5 сек, клиническая группа в целом – 3,13 сек) на уровне значимости 0,05.

Нас интересовала связь между методиками, направленными на особенности речевой и мыслительной деятельности, для этого был применен корреляционный анализ. Применение коэффициента корреляции Спирмена для связных выборок не выявило значимых корреляционных связей между двумя коэффициентами стандартности в сопоставляемых группах, как в норме, так и в клинической группе.

Резюме. Проведенное экспериментально-психологическое исследование представляет собой часть более общей работы по анализу нарушений речевой деятельности при шизофрении у подростков, проводимой совместно в отделе медицинской психологии и детской психиатрии ФНБНУ НЦПЗ. Полученные данные позволяют сформулировать некоторые обобщения:

- Обнаружены значимые достоверные различия по коэффициентам стандартности между клинической и нормативной выборками по обеим методикам.

- Сопоставление коэффициентов стандартности в сравниваемых методиках в целом по клинической выборе показало, что в слоговой методике коэффициент стандартности, как правило, выше, чем в конструировании объектов.

- Полученные на основании корреляционного анализа данные указывают на неоднозначность связи коэффициентов стандартности в методиках на исследование речевой деятельности и мышления. Возможно, это связано с клиническими характеристиками сопоставляемых выборок, возможно – с их небольшим объемом.

Приведенные данные экспериментального клинико-психологического исследования представляют собой только часть более широкого анализа своеобразия и нарушений речи при шизофрении у подростков. В будущем предполагается более тщательное сопоставление клинических и экспериментально-психологических данных, введение нейропсихологического метода анализа речи и, по возможности, нейрофизиологического обследования (ЭЭГ). Продолженное в таком направлении исследование будет соответствовать современному мультидисциплинарному подходу и позволит получить новые данные как об особенностях речи при шизофрении у подростков, так и о связи речевой и мыслительной деятельности.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ (ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ)

Шевченко Ю.С.

Москва
РМАПО

Касаясь проблемы причинности в медицине И.В.Давыдовский (1969) подчеркивал, что в патогенезе болезни экзогенные факторы внешней среды рано или поздно утрачивают свое значение, трансформируясь во «внутреннюю причину« патологических состояний и процессов, развивающихся уже по стереотипу общебиологических закономерностей. Небеспредельность и неоптимальность защитных возможностей био-психо-социальной сущности человека во многих случаях обусловливает возникновение так называемой болезни адаптации (адаптационного синдрома) одной из основных причин которой, согласно Г.Селье, является особая реактивность организма, создающая предрасположение (диатез) к развитию патологических процессов. Разделяя диатез (греч. diathesis расположение) в целом на «соматопатологический» и «психопатологический» (Циркин С.Ю.,1995) мы считаем, что в каждом отдельном случае следует специально оговаривать то, что именно имеется в виду – а) расположенность в широком смысле (предпочтительность в уровневом континууме конституционального реагирования: соматического – сомато-психического – психо-соматического – психического); б) общебиологический тип индивидуально-препочтительного реагирования на стресс; в) предрасположенность к той или иной нозологии. В последнем случае адаптационный синдром, как проявление предпочтительного реагирования на любой стресс и повышенный риск развития конкретного наследственного заболевания могут детерминироваться не только конкондартными, но и дискордантными факторами. К примеру, если у гипертимного акцентуанта в преклонном возрасте манифестировала шизофрения, это не означает, ни того, что все его предыдущее практически здоровое существование было «предболезнью», ни того, что его психопатологический диатез относится к шизотипическому типу. С другой стороны, высокая функциональность пациентов с синдромом Аспергера, достигших зрелого возраста подтверждает необоснованность идентификации их адаптационных реакций в виде факультативных расстройств пограничного уровня и даже транзиторных психотических и субпсихотических эпизодов с проявлениями шизофренического процесса (Сомова В.М., 2013). Аналогичным образом, в случае соматопатологического диатеза различного типа (эксудативно-катарального, лимфатико-гипопластического, нервно-артритического или смешанного) общее конституциональное предрасположение (наследственной или приобретенной природы) к тому или иному варианту патологического реагирования может определять своеобразие реализации бронхиальной астмы, как конкретного полиэтиологического заболевания (аллергического, инфекционного, аутоаллергического, психосоматического), нередко характеризующегося генетической отягощенностью. В противоположность нозопатическому предрасположению (наследственной отягощенности тем или иным конкретным психическим заболеванием), в случае собственно психопатологического диатеза, рассматриваемого в качестве общей предиспозиции к психическим расстройствам вообще, имеет место накопление в родословной самой различной психической патологии, без какого либо отчетливого нозологического предпочтения. Наглядным примером клинической реализации психопатологического диатеза в общем смысле (как предпочтения именно психического реагирования на различные стрессогенные факторы) и его конктретного (в частности, аффективного) типа является эндореактивная дистимия Вайтбрехта. Она развивается реактивно, в ответ на психическую, либо соматическую вредность (т.е. этиологически может относиться как к психо-, так и к соматогениям), характеризуется эндогенизацией проявлений (включающих фазность течения) и развивается у лиц с эмоционально-лабильными особенностями личностного преморбида. В свое время К.Ясперс (1997) допускал существование переходов между нозологическими формами и конституциональными реакциями, в частности, между «чисто эндогенной» депрессивной фазой, через случаи «спровоцированной» депрессии к собственно реактивной депрессии, вызванной тяжелыми психогенными переживаниями. Этот континуум можно продолжить в направлении филогенетической нормы, поскольку депрессивные состояния представляют собой гипертрофированные проявления

реакции затаивания – одной из двух врожденных стратегий поведения в стрессовой ситуации (альтернативной является инстинктивная стресс-реакция бегства-борьбы). С другой стороны, адаптивный смысл субдепрессивных состояний (сменяющих в обыденной жизни всякого человека состояния веселья и эйфории, облегчающих взаимодействия с другими людьми), проявляется в том, что они благоприятствуют интеллектуальной деятельности, позволяющей критично и трезво оценить текущие события и принять взвешенное и реалистичное решение. Основной фактор внешней среды, который влияет на формирование патологической депрессии, – неконтролируемый (хронический) стресс, который человек может и не осознавать как таковой. Тимопатический диатез может проявиться сезонными и суточными колебаниями настроения у лиц наследственно не отягощенных случаями МДП, но отличающихся неустойчивостью ритмики гормонального обмена. С другой стороны, накопление детерминант идентичного типа психопатологического диатеза в одной семье может проявиться соответствующей дизадаптацией разной тяжести. Известно, что последний король Великобритании Георг VI страдал заиканием (конституционально-генетическим расстройством, характерным для лиц с инертно-пароксизмальной реактивностью), а у его младшего брата Джона была эпилепсия. В крайних случаях семейной «селекции» однотипного диатеза преходящий адаптационный синдром может стать перманентным психопатологическим образованием (болезнью адаптации) мало отличающимся от соответствующего манифестного заболевания, но являющегося тем, что раньше называлось «дегенеративным помешательством». Представляется, что эндогенная болезнь (nozos) – процесс, является следствием избыточного наличия комплементарных генов. Диатез же (pathos) – состояние, обусловленное недостаточной активностью альтернативных генов. Сочетание того и другого порождает эндогенную болезнь на гомономной почве. К конкретным клиническим проявлениям болезни адаптации, спаянной с тем или иным вариантом психопатологического диатеза и иллюстрирующей качественный переход pathos в nosos можно отнести вялотекущую шизофрению («шизотипическое расстройство»), циклотимию, а также хроническую вегетососудистую дистонию (как декомпенсацию наследственной невропатической конституции). Усредненный общебиологический тип реагирования в норме более или менее уравновешенно поливариантен (в соответствии с принципом генетического полиморфизма) и складывается из сочетания отработанных в процессе филогенеза и закрепленных естественным отбором ритмических, пароксизмальных, регрессивных и парадоксальных составляющих адаптационного синдрома. В соответствии с филогенетической доминантой обедненного (дизонтогенетического) конституционального реагирования (относящейся как к соматической, так и к психической сферам) – биоритмической, пароксизмальной, парадоксальной, регрессивной можно выделить следующие типы психопатологического диатеза: тимопатический (фазно-ритмический), эпитипический (инертно-пароксизмальный), шизотипический (парадоксально-аутистический), невропатический (регрессивно-психовегетативный или сомато-вегетативный). В онтогенезе наличие того или иного типа диатеза (в рамках адаптационного синдрома не перешедшего в собственно патологию) последовательно проявляется феноменами, относящимися к соответствующим возрастным уровням нервно-психического реагирования (по В.В.Ковалеву, 1995). Глобальные, генерализованные, дошедшие до уровня личностной конституции варианты психопатологического диатеза (проявляющегося постоянно, а не только под влиянием провоцирующих стрессирующих факторов) у носителей филогенетических детерминант отдельных типов адаптивного реагирования реализуются в виде ядерных психопатий (Смулевич А.Б., 2009). Таковыми являются циклоидная, эпилептоидная, шизоидная и истероидная психопатии. Концепция психопатологического диатеза перспективна как в теоретическом, так и в практическом смысле.

О РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ ПРЕДПОСЫЛОК В ФОРМИРОВАНИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Шивирев Н.А., Сединина Н.С., Жукова О.В., Шилова М.А., Солонина А.М., Сединин А.Л.

Пермь
Пермский ГМУ

В последнее десятилетия наша страна переживает ряд социально-экономических потрясений. Они затрагивают все уровни населения, особенно малоимущих слоев, где из-за безработицы, склонности к алкоголизации и др. родители мало уделяют внимание воспитанию, контролю за времяпровождением детей, школьному обучению. В результате у них часты проявления школьной дезадаптации, различные формы девиантного поведения, признаки невро и психопатизации.

Цели и задачи исследования: провести сравнительное изучение подростков 13-15 лет из специальной школы с проявлениями девиантно-делинквентного поведения и среди школьников обычной общеобразовательной школы (контрольная группа)

Материалы и методы: Для исследования были отобраны 42 подростка 13-15 лет из школы для детей с трудностями воспитания и ученика общеобразовательной школы. Использовались методики клинического опроса и психологического тестирования с помощью опросника Шмишека.

По данным клинического опроса выявлено, что все 100% воспитанников школы для детей с трудностями воспитания находятся в данном учреждении по причине делинквентного поведения, из которых 69% по поводу многократных кражи, 9% из-за угона автомобиля; по поводу токсикомании, ухода из дома, убийство по неосторожности, участие в драке по 5% соответственно. Наиболее частыми предметами краж и грабежей являлись в 37% деньги, в 33% сотовые телефоны, бытовая техника, 10% продукты питания, 14% одежда, ювелирные изделия. Вырученные преступным путем деньги респонденты предпочитали тратить на сигареты и алкоголь по 27% соответственно, в 17% – на наркотические вещества и продукты питания, 10% на сотовые телефоны, покупку одежды, и времяпровождение в игровых автоматах. Свое первое правонарушение большинство совершили в возрасте до 7 лет, у 77% это мелкое воровство (отобрал сотовый телефон, вытащил деньги у родителей, воровал в магазине), у 15% подростков – уход из дома, у 8% – драка.

В свою очередь, из контрольного числа опрошенных ни один из подростков не был замечен по поводу делинквентности. При этом нарушение общественных норм, т.е девиантное поведение отмечалось у 60% респондентов, в виде употребления нецензурной лексики в общественном месте, эпизодического курения или употребления алкогольных напитков в компании сверстников или в присутствии родителей.

В результате клинической беседы удалось выяснить, что подростки из специализированной школы воспитывались в условиях дисгармоничных взаимоотношений в семье, иногда с асоциальными установками с проявлениями алкоголизации и др. У 61% подростков с трудностями воспитания есть близкие родственники, осужденные по какой-либо статье, в противовес этому, лишь у 4,7% подростков контрольной группы имеются родственники с уголовными правонарушениями. Более того, 86% подростков с трудностями воспитания не имеют отчетливого плана на дальнейшую жизнь и лишь 14% видят себя в будущем работниками предприятий, автосервисов или высказывают желание служить в армии по контракту. Из учащихся общеобразовательных школ 94% четко представляют свое будущее (получить высшее образование, знают какая профессия им подходит) и только 6% не знают, чем будут заниматься. Этот факт определенно доказывает, что среда, в которой воспитыва-

ется ребенок, существенно влияет на формирование жизненных ценностей, у них не отмечается склонностей к делинквентности и они имеют относительно четкий план жизненного пути.

Данные, полученные с помощью опросника Шимишека, показали, что у 76% воспитанников с трудностями воспитания преобладают акцентуации характера по гипертимному и циклоидному типу, у 20% с чертами демонстративности, у 17% с эмоциональной неуравновешенностью. Приблизительно подобное же соотношение у подростков из общеобразовательной школы – акцентуации характера с гипертимностью, аффективностью и демонстративностью, но меньше проявлений акцентуации с эмоциональной неустойчивостью со склонностью к застреванию до 4% соответственно. Преобладание акцентуаций по гипертимному типу у воспитанников школы для детей с трудностями воспитания неслучайно, так как для них характерны склонности к асоциальным поступкам, повышенной раздражительности. Они испытывают недостаточно серьезное отношение к своим обязанностям, трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность. Что же касается акцентуации характера с эмоциональной неустойчивостью, которая так же выражена у данных подростков, то ее проявления так же присущи им: недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями. Такие подростки равнодушны к будущему, целиком живут настоящим, желая извлечь из него массу развлечений. Акцентуация по циклоидному типу у данных детей так же не закономерна, так как для нее свойственна смена гипертимных и дистимных состояний, и именно на пике одного или другого подростки способны совершать проступки делинквентного характера. Демонстративный тип акцентуации приблизительно одинаков у обеих групп, что возможно объясняется возрастными особенностями формирования личности респондентов (13-15лет), именно для этого возраста характерны подвижность, легкость в установлении контактов, потребность в признании, жажда постоянного стремления к самоутверждению.

Выводы: таким образом, на основе представленных данных, можно утверждать, что неблагоприятная социальная среда, в которой воспитываются подростки, дисгармоничные взаимоотношения и наличие осужденных близких родственников в семье значительно влияют на формирование делинквентного поведения.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНОЙ ДИНАМИКИ САМООЦЕНОК У ДЕТЕЙ-СИРОТ С НЕВРОЗАМИ

Шикин Ю.М.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

Цель исследования. Изучение роли структур самосознания в адаптации детей и подростков с невротическими расстройствами в условиях социального сиротства.

Материалы и методы исследования. Автором длительно (7 лет) наблюдались и обследовались воспитанники интерната для детей-сирот разного возраста и пола, страдающих пограничными психическими расстройствами. Уровень самосознания в нашем исследовании определялся при помощи разработанных на кафедре психиатрии оригинальных методик: адекватности самооценок (АСО), отражающей степень развития когнитивного компонента самосознания, и картиночного теста (КТ), основанного на изучении степени адекватности прогностических самооценок (А.Ю.Кржечковский, В.С.Чудновский, 1990). Картиночный тест позволяет судить о степени развития интуитивного (эмоционального) компонента самосознания, являющимся базовым свойством Я.

Результаты и их обсуждение. Возрастная динамика адекватности самооценок у детей-сирот, страдающих неврозами, характеризуется почти полным отсутствием роста показателей АСО, что свидетельствует о задержке развития самосознания, особенно когнитивного его компонента. Отличающиеся повышенной тревожностью, неуверенностью в себе, вялостью, склонные к фобиям и навязчивым расстройствам больные неврозами хуже других приспосабливаются к условиям закрытого детского учреждения. Где получают преимущество более инициативные и агрессивные воспитанники. Подвергаясь насмешкам и издевательствам со стороны более агрессивных подростков, они еще более замыкаются, им свойственны несамостоятельность, недоверие, а порой и негативное отношение к воспитателям и врачам. Эти особенности поведения детей-сирот с неврозами в свою очередь обуславливают их в значительной степени беспомощное состояние не только в стенах детского дома. Но и при вступлении в самостоятельную жизнь. Так около 65% выпускников с психогенными пограничными расстройствами испытывали существенные трудности в адаптации к новым условиям социального окружения 9оставляли учебу в профессиональных училищах, увольнялись с работы, не уживались с родственниками). Все они либо вернулись в интернат, либо проводили здесь большую часть времени, требуя привычного для себя полного обеспечения.

Несколько другие закономерности были установлены нами при изучении возрастной динамики самосознания с помощью картиночного теста, определяющего способности испытуемых прогнозировать свои поступки на основе интуитивного способа самопознания. Абсолютные величины совпадений самооценок испытуемых с оценками эксперта в группе детей-сирот с неврозами оказались значительно ниже, чем при исследовании здоровых семейных детей того же возраста. Ввиду неразвитости эмоционально компонента самосознания поступки детей-сирот лишены чувства ответственности, они мало способны к сочувствию и сопереживанию к ближним, подвержены отрицательным влияниям со стороны

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что уровень развития самосознания, особенно эмоционального его компонента, у детей и подростков с неврозами в условиях социального сиротства является заметным фактором, влияющим на саморегуляцию поведения и способность детей-сирот адаптироваться в условиях интерната и за его пределами.

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Яковлева Ю.А.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева МЗ

Актуальность. В последнее время в детско-подростковой психиатрии все больше внимания уделяется вопросам психосоциального лечения. Современные стандарты оказания помощи включают, помимо биологической, психосоциальную терапию и реабилитацию (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2002; Корень Е.В., Куприянова Т.А.,2013; Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., Семенова С.В., Воронкова В.Б., 2014). Тенденции развития детской психиатрии ориентированы на опору семьи, развитие полипрофессиональных бригадных форм помощи, переход к биопсихосоциальной модели, многоосевую диагностику, профилактическую (ресурсосберегающую) направленность. Одним из основных условий успешного развития и внедрения данных форм помощи детям и подросткам в контексте биопси-

хосоциального подхода является использование методологических подходов, позволяющих адаптировать концептуальные положения и практические разработки для взрослых больных для нужд детской психиатрии (Корень Е.В., 2010).

Цель: изучить проблемы комплаентности врачей психиатров и родителей детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, изучить риск стигматизации детей с психическими расстройствами в условиях институциональной дискриминации, а также выявить другие проблемы реабилитационного процесса и способы их преодоления.

Материалы и методы: С помощью специальных опросников, разработанных в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста НИПНИ им. В.М. Бехтерева было обследовано 69 педагогов ДОУ Санкт-Петербурга. Средний возраст педагогов 39.24+0,61, 28 (40,6%) опрошенных имели высшее педагогическое образование, 41 (59,4%) – среднее-специальное и 80 родителей детей и подростков, страдающих психическими заболеваниями: 72 (90%) – женщины, 2 (10%) – мужчины, средний возраст 36,3±0,02.

Результаты и обсуждение: Было выявлено, что только в 35% поводом для обращения к врачу психиатру послужили особенности поведения, замеченные родителями, в 55% случаев к психиатру обращались вследствие рекомендаций других специалистов, в 10% по настоятельной рекомендации учителей. 50% родителей прибегали к использованию нетрадиционных методов лечения (экстрасенсы, знахари). 56 родителей (70%) были убеждены, что ребенок страдает психическим заболеванием только после проведения инструментальных обследований (МРТ, ЭЭГ, ТКДГ), Для 20 (25%) было убедительным осмотр ребенка психиатром и объяснение симптомов. 53 родителей (66,3%) были уверены, что для постановки диагноза доктор должен осмотреть ребенка несколько раз. 21 (26,2%) соглашались с диагнозом только после нескольких осмотров различными специалистами. 62 родителя (77,5%) начинают лечение сразу, как только возможно, в соответствии с рекомендациями психиатра. 18 родителей (23,5%) отказываются от терапии В 90% случаев (. 72 родителя) не были удовлетворены информацией о болезни ребенка, предоставляемой врачом. 51 родитель (69,8%) нуждались в информации о прогнозе заболевания., 47 родителей (58,8%) – о методах терапии, и факторах способствующих ухудшению состояния.

Среди социально-значимых заболеваний психоневрологического профиля у детей и подростков педагоги ставят на первое место злоупотребления психоактивными веществами и алкоголем, на втором месте – эпилепсия, на третьем месте – депрессия и суицидальное поведение. Свое представление о детях, страдающих психическими расстройствами, педагоги в большей части – 56,5% случаев (39 человек) формировали на основании данных СМИ (телевидение, газеты), в 30,4% (21 человек) исходя из личного опыты, 8,7% (6 человек) – на основании данных специализированной медицинской литературы, столько же узнавали от родственников и друзей, 21,7 (15 человек) на основании данных интернета. Дети и подростки, страдающие психическими расстройствами, чаще всего 86,9% (60) вызывают у педагогов сочувствие, тревогу – в 30,4% (21), жалость – в 34,8% (24) и страх – у 21,7% (6), только у 4,3% (3) педагогов, дети с психическими расстройствами никаких особых чувств не вызывают. Для 73,9% (51) педагогов необходимым было знание, что у ребенка посещающего группу д/сада или класс есть диагноз психического расстройства, 21,7% (15) полагали, что общение с больным ребенком вряд ли будет полезным и приятным для остальных детей, 8,7% высказали опасение в данной ситуации, в связи с отсутствием знания о степени собственной ответственности в данной ситуации 4,3% ограничили бы взаимоотношение ребенка с психическим расстройством с другими детьми, даже если давно знали этого ребенка 86,9% (60) преподавателей полагали, что детей, с психическими расстройствами нужно лечить медикаментозно и оказывать им психологическую помощь, 8,7% (6) считали, применение каких-либо медикаментов бессмысленно, так как психические заболевания не излечимы.

Выводы: Для успешной и эффективной реализации реабилитационных программ для детей и подростков, необходимо, прежде всего, разработать единые подходы к проведению мероприятий психосоциотерапевтической направленности, с учетом специфики детской психиатрии, обеспечить мультидисциплинарный подход во взаимодействии специалистов первичного медицинского звена, врачей- психиатров, психологов, психотерапевтов, педагогов, специалистов по социальной работе и других. Определить этапы, формы и методы психосоциальной терапии в структуре комплексной психиатрической помощи детям и подросткам. Усилить работу с родителями (проведение родительских школ, индивидуальных консультаций, предоставление дополнительной необходимой печатной информации). Разработать программы антистигмы в образовательной сфере, предполагающей тесное сотрудничество профессионалов медицинских, психологических и социальных служб, а также педагогов, представителей администрации и общественных структур.

РАЗДЕЛ 6.
МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕВЕРБАЛЬНОГО ТЕСТА У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК С ДЕВИАНТНЫМИ И АДДИКТИВНЫМ ФОРМАМИ ПОВЕДЕНИЯ

Аболонин А.Ф., Назарова И.В.

Томск
НИИПЗ

Нарастающие общественные противоречия в современном мире сказываются на усилении роста негативных явлений в подростковой среде, провоцирующих девиантное поведение личности (Леонова И.В., 2008). По мнению Дубина С.Н (2009) можно выделить три основных фактора становления агрессивных форм поведения: семья; взаимоотношения со сверстниками; средства массовой информации, прежде всего кино и телевидение. Если семейные отношения или общение со сверстниками подкрепляют эту агрессию, она становится привычкой (Бандура А., 2000). Исследование Е.Р. Чернобродова (2007) свидетельствует о том, что применения в семье физической и вербальной агрессии, гиперопеки; наличие у родителей «эмоциональной тупости» детерминируют противоправное поведение несовершеннолетних. Некоторые исследования показали, что восприятие агрессивности окружающих зависит от уровня собственной агрессивности: чем выше субъекты оценивают собственную агрессивность, тем выше они оценивают агрессивность других. (Жарновецкая Н. Ю. 2006).

Исследования, посвященные выявлению различий в агрессивности юношей и девушек-подростков, отмечают следующие характеристики. Во-первых, агрессивное поведение гораздо чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. Во-вторых, у девушек по сравнению с юношами наблюдаются достоверно более высокие показатели демонстративности, психической активности и ниже показатель «боязнь физических недостатков». Девушки в большей степени озабочены своим здоровьем, при этом более склонны к самовыражению. В-третьих, у представителей мужского пола ведущей является прямая физическая агрессия. У подростков женского – косвенная, вербальная агрессия. Полученные в ходе исследования данные показывают, что агрессивные подростки, при всем различии их личностных характеристик, имеют общие черты: фрустрированность, неудовлетворенность собственным местом в ближайшем социальном окружении; эмоциональной грубость, враждебность; повышенную тревожность, страхом перед социальными контактами; эгоцентризм, ригидность, неумение находить выход из трудных ситуаций, преобладание защитных механизмов над другими механизмами, регулирующими поведение. (Петренко Е. А., Петренко Р. А., 2010). Следует отметить возрастание криминальной агрессии среди несовершеннолетних девушек, которые все чаще становятся организаторами и лидерами преступных групп, соисполнительницами тяжких преступлений. (Бойко И. Б., 1993)

У людей, находящихся в местах лишения свободы особое отношение к психологическому обследованию. В данной ситуации проективные методы работы являются основными. Их использование позволяет получить достоверную информацию (Назарова И. А., Аболонин А. Ф., Стоянова И. Я., Бохан Т. Г., 2014).

Исходя из этого, целью нашего исследования стало изучение личностных особенностей несовершеннолетних правонарушителей с зависимостью от ПАВ, находящихся в условиях ограничения свободы, с помощью проективного метода.

Объект и методы исследования. Экспериментально-психологическому обследованию было подвергнуто 155 подростков мужского пола (средний возраст 17,1±0,9) находящихся воспитательной колонии и 110 воспитанниц женской воспитательной колонии (средний возраст 17±0,73 года). Выборка проводилась на основании наличия у подростка зависимости от психоактивных веществ. Нами был проведен «тест Руки» (Hand-test) относящийся к проективным методам, позволяющий оценить действенные агрессивные тенденции.

Исследование базовых агрессивных тенденций показало, что в структуре ответов, которые характеризуют отношения между людьми у девушек и у юношей преобладают ответы агрессивной направленности, которые расцениваются как «социально негативные», и показывают, что права других не принимаются во внимание, что их игнорируют или атакуют. Показатель «Агрессии» доминировал в данной популяции и составил у юношей 2,61±1,8 и 2,58±0,9 у девушек. Было выявлено низкое значение ответов привязанности, что свидетельствует о том, что данная категория испытуемых имеет низкую способность к теплым, доверительным отношениям. Большой вклад в суммарное значение межличностных ответов у юношей вносят ответы общения, а у девушек управления (стремление владеть другими и предпочтение иерархической системы, в которой является руководителем). Достоверные различия наблюдались в категории «Общение» суммарная оценка ответов у юношей 2,78 и у девушек – 1,79 (при $p<0,001$). В рассматриваемом сочетании категория «Общение» характерна для индивидуумов, которые используют обмен информацией для манипулирования, для которых общение является средством самоутверждения, и показателем развитости социальных контактов.

В структуре средовых ответов отклонений от средних значений не выявлено. Преобладали ответы активности, далее ответы приобретения и незначительное количество ответов пассивности. При сравнении результатов выявилось, что значения юношей в категории активности выше, чем у девушек, показатели активности у юношей (4,88±2,7) достоверно выше,

чем у девушек (3,33±2,4) (при p<0,005). Это свидетельствует о том, что юноши более активно взаимодействуют с окружающей средой, чем девушки. Этот параметр отражает реакции когда цель будет достигнута любой ценой и исход определен.

При анализе оценок плохой приспособляемости и у юношей и у девушек основной вклад вносят ответы напряжения, которые, как правило, дают люди с высоким уровнем личностной тревоги и лица, которые подавляют актуальные действенные тенденции.

Вместе с тем проведенный анализ показал значимые различия по суммарным оценкам теста. Юноши давали «Средовые ответы» больше (7,39±3,3) чем девушки (5,45±2,7) при (при p<0,005). Под «Средовыми ответами» подразумеваются не межличностное взаимодействие, а скорее направленность на достижение конкретных вещей и целей.

Далее нами было выявлено достоверно большее (при p<0,001) «Общее количество ответов» у юношей (19,33±2,3) чем у девушек (15,88±4,3). Большое число «Общих ответов» указывает на больший резерв ролевых вариантов, из которых можно выбирать, и, следовательно, больший потенциал приспособляемости. Показатель «Вероятность враждебных действий» был выше у девушек (1,03±2,7) чем у юношей (0,28±1,3) хотя различия между группами и не достигали достоверного уровня.

Обсуждение полученных результатов. Анализ диагностических данных несовершеннолетних правонарушителей потребителей психоактивных веществ, отбывающих наказание в воспитательных колониях, показал: у юношей большой резерв ролевых вариантов, высокий потенциал приспособляемости, активное использование коммуникации для самоутверждения и достижения своих целей, с низким уровнем привязанности и формализацией межличностных контактов; у девушек более низкую приспосабливаемость к условиям воспитательной колонии, высокие показатели агрессивности в структуре межличностных контактов, отношения по типу управления-подчинения. Опираясь на полученные результаты, возможно предположить, что девушки, находящиеся в воспитательной колонии, воспринимают себя физически и психически незащищенными. В условиях воспитательной колонии девушки склоны использовать варианты поведения более относящиеся к маскулинным, где не исключается физическая агрессия, порабощение окружающих, использование других в своих целях.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить гендерные особенности несовершеннолетних правонарушителей, влияющие на структуру агрессивного поведения, позволяющие расширить понимание механизмов определяющих реализацию агрессивного поведения. Выявленные особенности должны учитываться при проведении воспитательной и реабилитационной работы с данными категориями осужденных.

УРОВЕНЬ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В СОСТОЯНИИ СТРЕССА

Абрамов В.А., Денисов Е.М.

Донецк
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель исследования. Определение уровня самоактуализации студентов-медиков, находящихся в состоянии стресса, связанного с вооруженным конфликтом в Донбассе.

Материал и методы исследования. Было проведено исследование 70 студентов 4–го курса ДонНМУ им. М. Горького (73,1% женщин и 26,9% мужчин) в возрасте от 20 до 40 лет. С целью оценки социально-демографических особенностей, субъективного уровня стрессовой ситуации, продолжительности пребывания в зоне военного конфликта, категории лиц, пострадавших в результате боевых действий, влияния стресса на физическое и психическое здоровье, нами применялась специально разработанная анкета респондента.

Для исследования уровня самоактуализации мы использовали самоактуализационный тест Э. Шострома, включающий в себя две базовые шкалы: «ориентация во времени» – 17 пунктов, «поддержка» – 91 пункт и двенадцать дополнительных шкал: «ценностная ориентация» – 20 пунктов, «гибкость поведения» – 24 пунктов, «сензитивность» – 13 пунктов, «спонтанность» – 14 пунктов, «самоуважение» – 15 пунктов, «самопринятие» – 22 пункта, «представление о природе человека» – 10 пунктов, «синергия» – 8 пунктов, «принятие агрессии» – 16 пунктов, «контактность» – 20 пунктов, «познавательные потребности» – 11 пунктов, «креативность» – 14 пунктов. Каждый ответ, совпадающий с вариантом указанным в ключах, оценивался в 1 балл. Затем подсчитывались «сырые» баллы, которые переводились в Т-баллы.

При интерпретации Т-баллов выделялся высокий (55-70 Т-балл), средний (45-55 Т-балл) и низкий уровень (40-45 Т-балл) самоактуализации.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6,0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты и их обсуждение. Большинство студентов (55,7%) определяли субъективный уровень стресса как средний, 35,7% – как высокий, и только 8,6% – как низкий уровень. Подавляющее большинство (79%) опрошенных находились в зоне военного конфликта более 6 месяцев. Около половины студентов (48,5%) относили себя к категории граждан из мирного населения, проживающих на территории с боевыми действиями, пострадавших морально и психологически. Большинство респондентов (61,2%) отмечали субъективное ухудшение психического здоровья.

Основная масса студентов показывают средние результаты (в диапазоне 45-55 Т-балл) в большинстве шкал самоактуализационного теста Э. Шострома: «ориентация во времени» (45,2 Т-балл), «поддержка» (49,4 Т-балл), «ценностная ориентация» (50,2 Т-балл), «сензитивность» (47,3 Т-балл), «спонтанность» (45,2 Т-балл), «самоуважение» (54,0 Т-балл), «самопринятие» (45,1 Т-балл), «представление о природе человека» (51,0 Т-балл), «синергия» (48,2 Т-балл), «познавательные потребности» (50,5 Т-балл). Данные показатели являются психической и статистической нормой испытуемых.

Низкая оценка обнаруживается у студентов по шкале «гибкость поведения» (42,1 Т-балл), что говорит о неспособности быстро и адекватно реагировать на стресс, изменяющуюся ситуацию в регионе. Низкие результаты по шкале «спонтанность» (44,9 Т-балл) свидетельствуют о снижении способности студентов спонтанно и непосредственно выражать свои чувства. Низкие значения по шкале «принятие агрессии» (42,0 Т-балл) говорят о неспособности опрошенных принимать свое раздражение, гнев и агрессивность. Низкая оценка по шкале «контактность» (44,2 Т-балл) характеризуется недостаточной способностью студентов к быстрому установлению глубоких и тесных эмоционально-насыщенных контактов с людьми. Низкие результаты по шкале «креативность» (44,4 Т-балл) свидетельствуют о снижении творческой направленности личности.

Необходимо отметить, что ни в одном случае у студентов не получен высокий уровень самоактуализации (55 – 70 Т-балл).

Выводы. Таким образом, стресс, связанный с вооруженным конфликтом негативно влияет на уровень самоактуализации студентов-медиков с одной стороны, а с другой – средние и низкие значения могут быть следствием того, что самоактуализация еще только начала развиваться. Полученные результаты могут быть использованы для дальнейшей оценки личностного

потенциала, повышения стрессоустойчивости, жизнестойкости и преодоления кризисных состояний у лиц, пострадавших от боевых действий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЯВЛЕНИЙ АГРЕССИВНОСТИ С ТИПОМ СОЦИАЛИЗАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Абрамова А.А., Кузнецова С.О.

Москва
НЦПЗ

Проблема агрессивности, враждебности и их проявлений в поведении у подростков всегда была актуальна (Прихожан А.М., Толстых Н.Н., 1990; Осницкий А.К., 1994; Ениколопов С.Н., 2001; Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Кузнецова С.О., 2011) и встает особенно остро в настоящее время.

В подростковом возрасте естественным является стремление к проявлению взрослости, развитие самосознание и самооценки. При отсутствии адекватных условий для реализации своего потенциала процесс самоутверждения может проявляться в искаженных формах, приводить к неблагоприятным реакциям и последствиям, к различным девиациям, возникает опасность выбора агрессивной линии поведения.

Цель: изучение взаимосвязи проявлений агрессивности с типом социализации у подростков.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 125 учащихся общеобразовательной школы и кадетского корпуса города Москвы в возрасте 13-14 лет. В исследовании использовались: тест Вагнера «Рука», опросник «Шкала базисных убеждений», методика Розенцвейга в модификации Тарабриной, опросник Басса-Дарки, тест диагностики межличностных отношений Лири.

Результаты и их обсуждение. Исследование показало, что средние показатели агрессивности и враждебности подростков общеобразовательной школы ниже, по сравнению с аналогичными показателями кадетов. Так, подростки-кадеты в большей степени склонны приписывать нейтральным объектам и ситуациям негативные качества. Агрессивность подростков-кадетов имеет деструктивную тенденцию, которая сопровождается личностной враждебностью и мешает социальной адаптации, а агрессивность подростков-школьников характеризуется как конструктивно направленная. У подростков-кадетов преобладает физическая агрессия, а также отмечаются достаточно высокие показатели по шкалам: раздражение, вербальная агрессия и подозрительность. То есть, в ситуациях межличностного взаимодействия для них характерно применение физической силы и использование словесных угроз. При этом у подростков-школьников доминируют показатели вербальной и косвенной агрессии, тогда как значения физической агрессии значительно ниже, чем у подростков-кадетов. По шкале демонстративности средние показатели у подростков-кадетов выше, чем у подростков-школьников, что объясняется спецификой кадетского воспитания в атмосфере доблести и уважения к своей Родине, участием в показательных выступлениях и парадах. Желание подростков-кадетов показать себя с лучшей стороны позволяет им завоевать авторитет в своей референтной группе. Кроме этого, однородный по полу состав коллектива усиливает конкуренцию и требует постоянных доказательств своих притязаний на право лидерства. Следует отметить, что в ситуации фрустрации у подростков-кадетов преобладают реакции с фиксацией на самозащите (защита себя, своего «Я») и резкое агрессивное обвинение кого-то другого. При этом у подростков-школьников отмечаются реакции с фиксацией на удовлетворении потребности, они не склонны к резким, обобщенно-агрессивным ответам деструктивного характера, у них значительно менее выражены самозащитные личностные реакции. Полученные нами результаты согласуются с данными исследования Прихожан А.М., Толстых Н.Н. (1990), которые показали, что дети, воспитывающиеся в учреждениях «закрытого» типа, менее успешны в решении конфликтов со взрослыми и сверстниками, для них характерна большая агрессивность, стремление обвинить окружающих, неумение и нежелание признать свою вину и неспособность к продуктивному, конструктивному решению конфликта.

В качестве причин полученных нами особенностей агрессивности и враждебности у подростков-кадетов можно рассматривать узость, ограниченность их контактов со взрослыми (и в первую очередь, с родителями), высокую интенсивность контактов со сверстниками. Кроме этого, в кадетском корпусе ребенок постоянно общается с одной и той же (достаточно узкой) группой сверстников, причем он сам не может предпочесть ей какую-либо другую группу, как это может сделать ученик обычной школы. Таким образом, нами была установлена корреляционная связь между особенностями проявления агрессивности у подростков и той социальной средой, в которой они воспитываются. Проблема выявления факторов и причин формирования девиантного поведения в подростковом возрасте остается актуальной и требует дополнительных исследований.

На основании исследования можно сделать следующие выводы.

1. У подростков-кадетов достоверно более выражена агрессивность и враждебность по сравнению с подростками-школьниками.

2. У подростков-кадетов преобладает физическая и вербальная агрессия, а у подростков-школьников – вербальная и косвенная агрессия.

3. В ситуации фрустрации подростки-кадеты фиксируются на самозащите и агрессивно обвиняют в случившемся других, подростки-школьники – фиксируются на удовлетворении потребности и не склонны к резким агрессивным ответам.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Абросимов И.Н., Ялтонский В.М.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение. Современные исследователи медицины и клинической психологии, сторонники холистического подхода, которые в качестве объекта лечебного процесса рассматривают пациента в целом, а не отдельное нарушение того или иного органа или системы, уделяют большое внимание клинико-психологическим аспектам заболевания, таким как совладающее с болезнью поведение, согласованность внутренней картины болезни. Именно субъективное реагирование личности на заболевание, а не только клинические особенности его течения находит свое отражение на таких интегративных показателях, как приверженность лечению и качество жизни пациента. Муковисцидоз является ярким примером наследственного хронического системного заболевания с высокой вероятностью летального исхода, заключающегося в нарушении функционирования всех экзокринных желез организма. Рост продолжительности жизни пациентов с муковисцидозом на фоне последних достижений медицины, а также отсутствие в отечественной литературе данных посвященных клинико-психологическим аспектам данного заболевания во взрослом возрасте определяют актуальность данного исследования.

Цель исследования: описание структуры приверженности лечению в соотношении с различным восприятием болезни у взрослых пациентов с муковисцидозом.

Материалы и методы: обследовано 86 пациентов с муковисцидозом в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст – 23,7±4,8 года), мужского (n=38) и женского (n=48) пола, проходивших плановое лечение в ГКБ №57 г. Москва. Все пациенты были обследованы следующими психодиагностическими методиками: 1). «Краткий опросник восприятия болезни» (Broadbent E. et al. (2006) в адаптации Ялтонского В.М. (2010) для пациентов с муковисцидозом), который позволил разделить всю выборку на две группы: пациентов, воспринимающих муковисцидоз как умеренную угрозу жизни и здоровью (Группа 1, n=46) и пациентов, воспринимающих муковисцидоз как выраженную угрозу жизни и здоровью (Группа 2, n=40); 2). Методика «Уход за собой при муковисцидозе» (T.L. Masterson, 2007; русскоязычная версия Ялтонского В.М.), позволяющая оценить приверженность большому спектру методов фармакотерапии (применение аэрозольных препаратов, дозированных ингаляторов, прием антибиотиков перорально и в виде аэрозоля, ферментов поджелудочной железы, пищевых добавок, витаминов, очищение легких при помощи мелкодисперсного распыления лекарственных средств (небулайзера) и немедикаментозных форм лечения (физиотерапия, дыхательная гимнастика (кинезиотерапия), общие занятия спортом) при муковисцидозе.

Результаты. В ходе исследования уровня приверженности лечению по всей выборке было установлено, что среди различных форм лечения взрослые пациенты с муковисцидозом наиболее привержены таким методам фармакотерапии, как: ингаляции при помощи небулайзера (78%), прием антибиотиков внутрь через рот (перорально) (78%), а также прием витаминов (73,6%) и ферментов поджелудочной железы (панкреатических) (69%) и кинезиотерапии (78%), как немедикаментозному методу лечения. Данное распределение результатов обусловлено тем фактом, что вышеупомянутые методы лечения являются высокоэффективными и доступными для использования, и часто применяются пациентами с муковисцидозом в ходе лечения.

При этом наименьшие значения уровня приверженности имеют такие методы фармакотерапии как пищевые добавки (50%), прием антибиотиков в виде аэрозоля (53,4%) и немедикаментозный метод лечения занятия спортом (общие физические упражнения) (58%), что, возможно, может быть детерминировано их малой доступностью и/или их общеукрепляющим, но не экстренно купирующим симптоматику эффектом, что, как следствие, приводит к низкому использованию данных методов лечения взрослыми пациентами с муковисцидозом.

При исследовании уровня приверженности лечению в группах взрослых больных муковисцидозом с различным восприятием болезни были получены следующие результаты.

В структуре приверженности лечению взрослых пациентов с муковисцидозом воспринимающих свое заболевание как умеренную угрозу жизни и здоровью (группа 1) на первый план выступают: прием витаминов (77,8%) и ферментов поджелудочной железы (панкреатических) (60%) и ингаляции при помощи небулайзера (84%) среди методов фармакотерапии и дыхательная гимнастика (кинезиотерапия) (72%) среди немедикаментозных форм.

Взрослые пациенты воспринимающие муковисцидоз как выраженную угрозу жизни и здоровью (группа 2) наиболее привержены таким методам фармакотерапии, как прием антибиотиков внутрь через рот (перорально) (88,6%) и Ингаляции при помощи небулайзера (73,8%). При этом пациенты из данной группы статистически значимо менее привержены, чем пациенты из группы 1 таким видам лечения как прием пищевых добавок (P=0,045), дыхательная гимнастика (кинезиотерапия) (P=0,049), ингаляции при помощи небулайзера (P=0,045) и статистически значимо более привержены приему антибиотиков внутрь через рот (P=0,030).

Заключение. Таким образом, взрослые пациенты с муковисцидозом, воспринимающие свое заболевание как умеренную угрозу жизни и здоровью, привержены более широкому спектру методов лечения, не ограничиваясь только методами фармакотерапии, но и применяя немедикаментозные формы лечения. При этом взрослые больные, воспринимающие муковисцидоз как выраженную угрозу, привержены менее широкому спектру применяемых методов лечения (фармакотерапия), среди которых ведущим является прием антибиотиков перорально. Возможно, данное распределение результатов обусловлено тем, что пациенты из данной группы, на фоне выраженного восприятия муковисцидоза как угрозы жизни и здоровью, считают именно прием лекарственных средств как имеющий наибольший эффект, а также купирующий имеющиеся и предотвращающий появление новых симптомов метод лечения.

ДИАГНОСТИКА СУБЪЕКТИВНОГО УРОВНЯ ОДИНОЧЕСТВА В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

Авхимович С.А., Чурсина Ю.С., Култышев Д.В., Уразбахтина А.О., Уманская П.С.

Тюмень

Научно-исследовательский институт психического здоровья превенции и профилактики кризисных состояний

Введение. Феномен одиночества – сложный психологический комплекс, включающий в себя нарушения на эмоциональном, поведенческом и когнитивном уровнях, приводящих к отчужденности подростка (Култышев Д.В., Приленский Б.Ю., 2010).

В настоящее время отсутствует эффективные программы реабилитации подростков с феноменом одиночества (Аболонин А.Ф., 2006.).

Известный психотерапевт И.Д. Ялом выделяет три типа одиночества (изолированности) – от себя (внутриличностное), от других (межличностное) и от жизни (экзистенциальное) (Ялом И.Д., 1999).

По С.Г. Корчагиной в структуре феномена одиночества выделяют три типа:

1. Отчуждающее одиночество – проявляется в возбудимости, тревожности, циклотимности характера, низкой эмпатии, противоборстве в конфликтах, выраженной неспособности к сотрудничеству, подозрительности и зависимости в межличностных отношениях.

2. Диссоциированное одиночество – выражается в тревожности, возбудимости и демонстративности характера, противоборстве в конфликтах, личной направленности, сочетании высокой и низкой эмпатии (при отсутствии среднего уровня), эгоистичности и подчиняемости в межличностных отношениях, что, безусловно, является противоположными тенденциями.

3. Управляемое одиночество, или уединенность – представляет собой вариант переживания психологической отдельности, собственной индивидуальности, который личностно обусловлен оптимальным соотношением результатов процессов идентификации и обособления.

Цель исследования: Выявить и определить уровень субъективного ощущения одиночества у подростков.

Материалы и методы. Объектом исследования стали три категории подростков: криминальные подростки, совершившие преступление и отбывающие наказание в воспитательной колонии г. Тюмени Тюменской области (270 человек), девиантные подростки-правонарушители, находящиеся на учете в ОППН и СпецПУ г.Тюмени Тюменской области (200 человек) и в качестве контрольной группы взяты законопослушные подростки общеобразовательных школ г. Тюмени (210 человек).

В основу данной работы легли результаты комплексного исследования 680 подростков с субъективным ощущением одиночества.

Исследование проводилось в детско-подростковом отделении амбулаторно-поликлинической службы Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной клинической психиатрической больницы» и кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС Тюменской Государственной Медицинской Академии Минздрава РФ.

Возраст исследуемых подростков варьировался от 15 до 18 лет (15 лет – 21,5%, 16 лет – 32,5%, 17 лет – 46,0%), из них 314 девушек (43%) и 366 юношей (57%).

Для подтверждения полученных клиническим методом данных и в целях психометрической оценки личностных характеристик был использован специально составленный нами комплекс тестов, включающих методику «Диагностики уровня субъективного ощущения одиночества» Д. Рассела и М. Фергюсона, методика «Незаконченные предложения« Сакса и Леви, тест самовыявления подростком состояния одиночества.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью электронного пакета прикладных программ «SPSS» (версия 11.0 для «Windows»)

Результаты исследования и их обсуждения. Для решения поставленных в исследовании задач необходимо было прежде всего выявить сам факт одиночества у подростков. Поэтому мы исследовали разную степень асоциального поведения подростков (криминальные и девиантные). В качестве контрольной группы были взяты законопослушные подростки.

Для выявления состояния одиночества подросткам задавались два вопроса: 1) «Согласны ли Вы с утверждением: «Я чувствую, что я одинок?«; 2) «Как часто Вы испытываете состояние одиночества?«. Было выявлено, что состояние одиночества больше всего испытывают криминальные подростки (110 пациентов из 270), причем у 59 из них степень выраженности одиночества очень высокая. 100 девиантных подростков из 200 испытывают состояние одиночества. Но среди этой категории подростков степень выраженности одиночества иная: значительно меньше подростков с высокой степенью одиночества (соответственно 39 и 59 подростков), но в 4 раза больше тех, у кого степень одиночества низкая (соответственно 5 и 21 человек) Из 210 законопослушных подростков испытывают состояние одиночества 60 человек, но качественная картина этого явления иная: для половины подростков этой группы (32 подростка) характерна средняя степень выраженности одиночества и лишь 17 человек показали высокую и 13 подростков низкую степень переживания одиночества.

Это объясняется тем, что большая часть криминальных подростков находится на определенной социально-психологической дистанции от общества и его ценностей. Они как бы отстранены от общества и от малых социальных групп (семьи, друзей и т.д.). Это определяет своеобразную мотивацию силы переживания состояния одиночества у данной категории подростков

Исследование позволило установить частоту переживания состояния одиночества. Анализ полученных данных показал, что наиболее «часто» переживают состояние одиночества криминальные подростки, причем 39 из них переживают это состояние «всегда» и лишь 12 человек – «иногда». Сходную картину мы видим и у девиантных подростков. Из 100 изученных подростков испытывают состояние одиночества 40 человек – «всегда», 48 человек – «часто» и лишь 12 человек – «иногда». У законопослушных подростков частота переживания одиночества иная. Из 60 подростков испытывают состояние одиночества «всегда» -17 человек, 32 человека – «часто» и 11 человек – «иногда».

Выводы. Таким образом, следует обращать большее внимание на проблемы одиночества у подростков, особенно с криминальными наклонностями и девиантным поведением, усилить решение реальных запросов социальных институтов, работающих с подростками (общеобразовательные школы, СпецПУ, воспитательные колонии). Разработанная нами в ходе исследования методика позволяет практическим психологам, социальным работникам, психотерапевтам и родителям, которые обеспокоены здоровьем своего ребенка:

1) Научиться выявлять состояние одиночества, своевременно устанавливать кризисное состояние подростка, его причины;

2) Принимать действенные профилактические меры, изменяющие поведение подростка.

СОЗАВИСИМОСТЬ И МОТИВАЦИЯ НА ЕЕ КОРРЕКЦИЮ У РОДСТВЕННИКОВ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Адамова Т.В., Литвинков Н.П., Папырин В.Д., Даренский И.Д.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

У членов семьи лиц с зависимыми расстройствами (наркомания, алкоголизм, токсикомания и др.), часто наблюдается патологическое развитие личности, обозначаемое термином «созависимость». Проявления созависимости у родственников наркологических больных достаточно разнообразны: повышенная тревожность, постоянное ожидание худшего, стремление всех и все контролировать, пониженная самооценка, размытость границ своего «Я», подавление проявлений своих чувств и переживаний, склонность судить других, а также когнитивная, эмоциональная и духовная ригидность. Как зависимость, так и созависимость представляют собой длительные страдания, приводящие к деформации духовной сферы и значительному снижению качества жизни. В свою очередь, отрицание наличия данных проблем у себя затрудняет начало проведения психокоррекции созависимости.

Цель исследования. Изучение особенностей (вариантов) созависимости у родственников наркологических больных и возможности проведения психокоррекции.

Задачи исследования: 1. Определить степень выраженности созависимости у родственников наркологических больных. 2. Определить уровень мотивации на психокоррекционную работу созависимого поведения.

Методы исследования. Клиническая беседа, анкетирование, шкала созависимости Дж. Фишера (Fischer J., адаптированная В.Д.Москаленко); авторский опросник на определение степени созависимости из 13 вопросов; Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-26) (G. J. Taylor и соавт. (1985).

Объект исследования: Проведено исследование 49 человек, разбитых на 2 группы (основную и контрольную).

Первую группу испытуемых (основную, 36 чел.), составили родители и ближайшие родственники больных наркоманией и алкоголизмом, средний возраст – 46,8 лет. Семейное положение: 25 чел. – замужем/женаты, 11 чел.- разведены или холосты; уровень образования: 25 чел.- имеют высшее, 4 чел.- неоконченное высшее; 5 чел. – средне-специальное, среднее – 2 чел.

Вторую группу (контрольную, 13 чел.) составили лица, в нуклеарных семьях которых нет наркологических больных, с идентичными половозрастными и социальными показателями.

Результаты диагностики:

1. В первой группе (основной), у 20 чел. (55,6%) – диагностирована умеренно выраженная созависимость, которая характеризуется стремлением контролировать поведение близкого человека, зависимого от ПАВ; у 16 чел. (44,4%) – резко выраженная созависимость, характеризующаяся собственной

болезненной зависимостью от поведения больного, развитием алекситимии, склонностью к психосоматическим и наркологическим заболеваниям.

Алекситимия выявлена у 13 чел. (36,1%); высокая вероятность развития алекситимии (принадлежность к группе риска) – у 16 чел. (44,5%). И отсутствие алекситимии у 7 чел. (19,4%);

Во второй группе (контрольной), наличие созависимости не выявлено (0%); отсутствие алекситимии у 12 чел. (92%), и у 1 чел. (7%) – выявлена высокая вероятность развития алекситимии (принадлежность к группе риска).

2. Определение уровня мотивации на лечение у созависимых:

1) Первую группу – 29 чел. (80,5%) – составили обследуемые, предпочитающие формальный уровень взаимодействия с врачами специалистами. Они пришли на консультацию не по поводу «своей проблемы«, а по поводу «проблемы своего зависимого родственника«. В процессе клинической беседы у них было выявлено отрицание созависимого поведения. На предложение пройти коррекцию по преодолению созависимого поведения они категорически отказались.

2) Вторую группу – 3 чел. (8,3%) – составили лица, обратившиеся к психотерапевту с запросом: «научите меня иному поведению«, «скажите, как мне себя вести«, осознающие собственную ответственность и готовые предпринимать усилия по собственному изменению. Основным запросом являлось: «научите меня иному поведению«, «скажите, как мне себя вести«.

3) Третью группу – 4 чел. (11,1%) – составили обследуемые, которые обратились с запросом: «помогите мне измениться«, который является наиболее редким и высказывается обычно сравнительно молодыми людьми с высшим образованием. По существу, эта группа родственников пациентов, употребляющих психоактивные вещества, не нуждаются в дополнительной мотивации на участие в психотерапевтической работе по преодолению созависимых отношений.

Выводы.

1. При исследовании родственников пациентов, зависимых от ПАВ, у всех определялась та или иная степень созависимости, в отличие от контрольной группы, где созависимые отношения не определились.

2. У большинства родственников пациентов, зависимых от ПАВ, отмечается отрицание созависимого поведения.

3. Проявление алекситимии у родственников пациентов, зависимых от ПАВ, является важнейшим симптомом, от которого в основном зависит оценка тяжести созависимого поведения.

4. У родственников пациентов, зависимых от ПАВ, требуется дополнительная мотивационная работа и на усиление стимула для участия в работе по преодолению созависимого поведения, и на создание мотивации по психокоррекции созависимости.

АНГЕДОНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

Адамян А.А., Кананович П.С., Ениколопов С.Н.

Москва
НЦПЗ

В психиатрической литературе ангедония понимается как снижение или утрата способности переживать чувство удовольствия при утрате активности в его достижении (Степанов, 2004). Повышенный интерес к проблеме ангедонии при шизофрении в последнее десятилетие обусловлен существенным дезадаптирующим эффектом расстройства, его связью с функциональным исходом (Gard et al, 2007) и вероятностью возникновения заболевания у здоровых индивидов (Chapman et al., 1994). Выявление связи ангедонии при шизофрении с нарушением определенных психических функций может внести вклад в определение места этого расстройства в картине заболевания и преморбидных особенностей пациентов, определить возможные пути психотерапевтической работы с данным расстройством (Beck and Rector, 2005), а также развить представления о нейрональных основах ангедонии (например, Gard et al, 2007).

Целью работы является рассмотрение существующих теоретических представлений о возможных психологических механизмах ангедонии при шизофрении. Для этого был проведен литературный обзор публикаций, где на основе исследовательских данных выдвигаются гипотезы относительно связи ангедонии с нарушением тех или иных психических функций.

Особенностью проявления ангедонии при шизофрении является рассогласование оценок актуального эмоционального состояния, соответствующих показателям нормы, и обобщенных оценок удовольствия от разных аспектов жизни, значительно сниженных по сравнению с показателями здоровых испытуемых, которое получило название «эмоционального парадокса» (Strauss, Gold, 2007). С одной стороны, в ответ на эмоционально значимые стимулы пациенты отмечают такой же уровень положительных эмоций, как и здоровые испытуемые (Berenbaum and Oltmanns, 1992; Kring and Earnst, 1999; Kring and Neale, 1996), в исследованиях с использованием метода выборки переживаний показано, что диапазон положительных эмоциональных реакций и их связь с определенными событиями также соответствуют результатам здоровых испытуемых (Myin-Germeys et al., 2001). С другой стороны, у пациентов отмечается сниженный уровень удовольствия, когда в качестве оценочной процедуры выступает заполнение самоотчетов, направленных на обобщенную оценку удовольствия от различных сфер жизни, либо клиническое интервью (Horan et al, 2006).

Одно из возможных объяснений избирательного нарушения обобщенной оценки удовольствия восходит к идеям Блейлера о существенной роли амбивалентности в картине шизофрении. В исследовании Tremeau et al. (2009) отдельно исследовалась связь ангедонии, определяемой с помощью опросников, и субъективных оценок выраженности положительных и отрицательных эмоций в ответ на различные стимулы. У пациентов с шизофренией отмечалось повышенное количество конфликтных эмоций: большее количество положительных эмоций в ответ на негативные стимулы и негативных – в ответ на позитивные стимулы. Уровень ангедонии, полученный по результатам заполнения опросников, был статистически связан с наличием негативных эмоций в ответ на положительные стимулы. Таким образом, если рассматривать ангедонию в контексте идеи существования двух отдельных измерений эмоций – негативного и позитивного аффекта (Watson et al., 1999), то согласно полученным результатам, ангедония как снижение обобщенной оценки удовольствия от разных аспектов жизни связана с нарушениями функционирования системы негативного аффекта. Интересно, что согласно данным других исследований (например, Franken et al., 2007; Germans, Kring, 200), показатели ангедонии здоровых испытуемых, получаемые с помощью самоотчетов, значимо связаны с показателями субшкалы позитивного аффекта «Шкалы позитивного аффекта и негативного аффекта» (Positive and Negative Affect Schedule), но не связаны с показателями субшкалы негативного аффекта. Можно предположить, что подобное противоречие может объясняться особенностями выборок и выявляет различия механизмов, лежащих за процессами оценки удовольствия в норме и при шизофрении, однако это требует дополнительных исследований.

Другой возможный механизм ангедонии при шизофрении связан с особенностями мнестической функции пациентов. Herbener et al. (2007) предполагают, что в основе ангедонии лежит неспособность консолидировать информацию в дол-

госрочной памяти, причем нарушение затрагивает память на положительно эмоционально окрашенные явления. Нарушения выявляются в исследованиях в случае проверки памяти более чем через 24 часа после запоминания (Calev & Edelist, 1993; Hall et al., 2007). Однако следует отметить, что снижение памяти на негативно эмоционально окрашенные стимулы также отмечается в ряде исследований (Neumann et al., 2007; Hall et al., 2007), причем в исследовании Neumann et al. (2007) оно более выражено, чем снижение памяти на позитивно эмоционально окрашенные стимулы. Исследования ставят вопрос о том, почему вне зависимости от эмоциональной валентности событий и явлений при неспособности вспомнить пациент с шизофренией будет оценивать удовольствие от них в целом ниже, чем здоровый испытуемый. Еще одна гипотеза относительно механизма ангедонии при шизофрении также связана с мнестической сферой – это теория дефицита представлений у больных шизофренией Gold et al. (2008), согласно которой способность испытывать удовольствие у пациентов с шизофренией сохранна, в то время как нарушенной является способность формировать и сохранять в памяти целостные представления, в которых слиты когнитивные и аффективные составляющие, что в результате снижает уровень поиска удовольствия в будущем (Heerey and Gold, 2007; Heerey, Robinson, McMahon, & Gold, 2007).

Существенным вкладом в развитие представлений о природе ангедонии при шизофрении является разделение двух видов удовольствия: консумматорного (связанного с актуальной ситуацией) и антиципационного (связанного с предвосхищением переживаний или событий). Gard et al. (2007) предполагают, что в традиционных экспериментальных исследованиях происходит оценка консумматорного удовольствия, в то время как при заполнении традиционных опросников – антиципационного. Гипотеза о том, что ангедония при шизофрении отражает дефицит антиципационного, но не консумматорного удовольствия, проверялась авторами в двух исследованиях: в первом использовался метод выборки переживаний, во втором использовалась специально созданная Шкала оценки временного переживания удовольствия (The Temporal Experience of Pleasure Scale), которая представляет собой заполняемый испытуемым опросник и включает отдельные субшкалы антиципационного и консумматорного удовольствия. В обоих исследованиях был обнаружен дефицит антиципационного, но не консумматорного удовольствия при шизофрении. Полученные данные, обладая самостоятельной практической ценностью в отношении планирования психотерапевтической работы (Favrod et al.,2014), оставляют открытым вопрос о психологической природе собственно антиципационной ангедонии, о ее связи с нарушением определенных психических функций.

Теоретические представления относительно механизмов ангедонии не являются взаимоисключающими, скорее они могут дополнять друг друга. Так, представлениям о ключевой роли нарушений мнестической функции в качестве дополнения требуется объяснение того, почему в отсутствие доступных из памяти данных относительно эмоциональной валентности явления пациент склонен низко оценивать удовольствие от них. Таким объяснением может служить амбивалентность актуальных эмоций при шизофрении, которая может влиять на обобщенную оценку удовольствия.

Выводы. Выдвигаемые в литературе предположения относительно психологических механизмов ангедонии при шизофрении не являются взаимоисключающими. Для дальнейшего развития проблемы целесообразными представляются исследования, направленные на выяснение соотношения вкладов каждого из возможных механизмов в картину ангедонии и их взаимодействия. Проведение таких исследований в рамках отечественной психологии предполагает необходимость разработки новых и адаптации существующих методик, в частности опросников, направленных на обобщенную оценку различных аспектов удовольствия.

ИЗМЕРЕНИЕ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ АБСТРАКТНОГО МЫШЛЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ «НАРУШЕНИЯ АБСТРАКТНОГО МЫШЛЕНИЯ» НА МАТЕРИАЛЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОК

Алексеев А.А., Рупчев Г.Е.

Москва
МГУ им. М.В. Ломоносова

В настоящее время в психиатрии и клинической психологии остается актуальным разработка новых методов исследования нарушений мышления при шизофрении. Наряду с другими феноменами нарушение абстрактного мышления занимает особое место, т.к. выявляет дефицит и своеобразие мышления даже при относительной сохранности других аспектов когнитивной дисфункции. Существующие методики исследования ориентированы в основном на качественный анализ и с трудом могут быть использованы в исследованиях на больших выборках. Исследование посвящено апробации разработанной шкалы «Нарушений абстрактного мышления» на материале интерпретации пословиц и поговорок.

Цель: апробации шкалы «Нарушения абстрактного мышления» на материале интерпретации пословиц и поговорок у больных шизофрении в состоянии ремиссии.

Материалы и методы. Описание разработанной шкалы

Шкала оценивает способность субъекта к пониманию переносного смысла пословиц и поговорок как показателя общей способности к абстрагированию и построению дифференцированных и согласованных суждений. В ней предусмотрен более широкий спектр градаций уровня абстрактного мышления по сравнению с дихотомичным разделением на абстрактное мышление и конкретно-ситуационное. Ответ на каждую из пословиц или поговорок получает отдельную оценку, предусмотрен также подсчет «Общего балла», представляющего собой сумму оценок за интерпретацию каждой из пословиц. Описания пунктов шкалы приводятся в сокращенном виде:

1 – полный ответ, близкий к словарному.

2 – неполный ответ.

3 – упрощенный, поверхностный ответ.

4 – ответ с элементами конкретного содержания.

5 – буквальное понимание.

6 – ответ без интерпретативной составляющей (комментарии к содержанию пословицы, повторы, перефразировки).

7 – несостоятельность в задании, отсутствие ответа.

При разработке шкалы было отобрано 10 пословиц и поговорок. Отбор пословиц и поговорок осуществлялся в соответствии с двумя критериями. Первый критерий – распространенность. В итоговый список включались как широко распространенные пословицы и поговорки (можно сказать, пословицы «школьного багажа», например: «Любишь кататься, люби и саночки возить»), так и относительно редко используемые (например: «Дитя не плачет, мать не разумеет»). Вторым критерием выступало разнообразие тематики пословиц и поговорок. Включаемые в итоговый список пословицы и поговорки различались по своей тематике.

Для апробации разработанной шкалы было обследовано две группы испытуемых, группа здоровых испытуемых и клиническая группа больных шизофренией. В группу здоровых испытуемых вошли 40 человек обоих полов (30 мужчины, 10 женщин), никогда не обращавшиеся к психиатру и не имевшие признаков психического расстройства. Средний возраст – 31,7 лет. Средний уровень образования (в годах) – 14,56.

В клиническую группу вошло 40 пациентов, страдавших параноидной формой шизофрении с эпизодическим типом течения (согласно критериям МКБ-10), находящихся на момент

исследования в состоянии медикаментозной ремиссии. Все обследованные больные в качестве поддерживающего лечения принимали атипичные нейролептики в стабильной дозе. 31 обследованный пациент – мужчины, 9 – женщины. Средний возраст составил 34,32 лет. Средний уровень образования (в годах) – 13,43. Выборки были сопоставимы по возрастным и образовательным характеристикам и статистически значимо не различались по данным критериям ($p<0.05$). Родным языком у всех испытуемых обеих групп являлся русский.

Дополнительные методики. Для оценки конструктной валидности разработанной шкалы использовался субтест «Сходство» Теста интеллекта Д. Векслера, который направлен на выявление и измерение способностей к сравнению, обобщению и абстрагированию. Фактически, данный суб-тест является упрощенным вариантом методики сравнения понятий. Оценки по суб-тесту «Сходство» являются информативными в отношении как вербального, так и невербального интеллекта [7].

Результаты. Анализ связей показателей методики с параметрами возраста и уровня образования

В ходе проведенного анализа не было получено статистически значимых корреляций между показателем «Общего балл» по разработанной шкале и возрастом испытуемых ни в группе здоровых испытуемых, ни в группе больных шизофренией

Анализ распределений. Полученные распределения оценок по параметру «Общего балла» разработанной методики значимо не отличались от нормального по критерию Колмогорова-Смирнова как в группе здоровых испытуемых, так и в клинической группе больных шизофренией, что может говорить репрезентативности выборок.

Оценка надежности. Полученное значение альфа Кронбаха для разработанной шкалы равнялось 0.76 в группе здоровых испытуемых и 0.84 в группе больных шизофренией, что свидетельствует о достаточной надежности-согласованности разработанной методики. Достаточный уровень надежности согласованности означает наличие соответствия между оценками по шкале для различных пословиц. Данный результат имеет существенное значение, так как указывает на то, что разработанная шкала позволяет оценивать устойчивые особенности мышления испытуемых, проявляемые при интерпретации различных пословиц.

Оценка дискриминативности/ Были получены статистически значимые корреляции между показателем «Общего балла» и баллами за интерпретации отдельных пословиц по разработанной шкале. Все полученные корреляции превысили уровень 0.20, что позволяет констатировать, что все отобранные для разработанной методики пословицы показали достаточный (либо высокий) уровень дисриминативности.

Оценка конструктной валидности. В результате проведенного анализа были выявлены достаточно высокие статистически значимые отрицательные корреляции ($r=-0,51$, $p<0,05$) между показателем «Общего балла» разработанной шкалы и показателем «Общего балла» суб-теста теста Векслера «Сходство». Отрицательный знак полученных корреляций объясняется тем, что наивысшие оценки по разработанной шкале соответствуют наиболее выраженным затруднениям в абстрактном мышлении, в то время как высокие оценки по суб-тесту «Сходство» соответствуют лучшему уровню абстрактного мышления.

Оценка сензитивности. В результате статистической обработки данных были выявлены статистически значимые ($p<0,05$) различия между группой здоровых испытуемых и группой больных шизофренией по показателю «Общего балла» разработанной шкалы. Оценки больных шизофренией оказались выше оценок здоровых испытуемых, что, учитывая направленность шкалы, соответствует наличию нарушений абстрактного мышления у обследованных пациентов.

Заключение. В ходе апробации разработанной шкалы были получены данные о ее психометрических характеристиках. Разработанная шкала показала достаточную надежность-согласованность, достаточную конструктную валидность и сензитивность к нарушениям абстрактного мышления. Также показатели дискриминативности для отдельных заданий (пословиц) оказались достаточными, что указывает на возможность использования отобранного списка пословиц и поговорок. Полученные данные позволяют сделать вывод о соответствии разработанной шкалы психодиагностическим критериям валидной методики и возможности ее примения в качестве средства оценки нарушений абстрактного мышления.

ПОСТПСИХОТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ: ОСОБЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Крюкова Е.М.

Оренбург
Оренбургский ГМУ,
Оренбургская областная КПБ №1

Депрессия может наблюдаться на любом этапе развития шизофрении: предшествовать манифестации приступа, осложняя раннюю диагностику, включаться в сложную синдромальную структуру психотического приступа, появляться по мере купирования психоза на этапе формирования ремиссии (Петрова Н.Н., 2013; Felmet K. et al., 2011). После первого психотического эпизода, несомненными в патогенезе заболевания являются, помимо эндогенных, и реактивно-личностные механизмы (Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008; Кинкулькина М.А. с соавт., 2009). И в этом случае особенно необходимо активное психологическое сопровождение пациента (психотерапия, психосоциальная терапия), «мишенями» которого являются отдельные свойства личности – копинг, психологическая защита, перфекционизм, самостигматизация (Холмогорова А.Б., 2007; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010; Бабин С.М., 2012; Будза В.Г. с соавт., 2014).

Цель исследования: определение отдельных свойств личности больных постпсихотической депрессией при первом эпизоде шизофрении.

Материал и методы: на базе отделения первого психотического эпизода (ППЭ) ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1» (главный врач – Шлафер М.И.) обследовано 238 больных шизофренией с длительностью заболевания не более 5 лет, имеющих не более 3 приступов на этапе выхода из психоза. С учетом наличия или отсутствия постпсихотической депрессии пациенты распределены на группы ППД (наличие депрессии) – 118 пациентов и ОД (отсутствие депрессии) – 120 пациентов. Средний возраст пациентов в группе ППД 30,4+9,3, в группе ОД 32,2+10,0 лет. Группы сопоставимы также по полу: ППД 43 мужчины (36,4%) и 75 женщин (63,6%), в группе ОД – 42 мужчины (35%) и 78 женщин (65%). Депрессивный статус, объективизирован, помимо клинического метода, шкалой оценки депрессии Калгари (CDRS) – 6 баллов и более. Клинико-психопатологический метод дополнен симптоматическим опросником SCL-90-R, заполняемым пациентом. Из исследования исключались больные с длительностью заболевания более 5 лет, имеющие в анамнезе более 3 психотических приступов, со злокачественным течением шизофрении, с соматоневрологической патологией, сопровождающейся выраженным нарушением функций пораженной системы, сопутствующей алкогольной и/или наркотической зависимостями, а также беременные и кормящие женщины. Для исследования отдельных свойств личности использованы ме-

тодики диагностики перфекционизма Гаранян-Холмогоровой, копинга SVF и E.Heim, самостигматизации – СС (Ястребов В.С. с соавт.,2004), психологической защиты – Келлермана-Плутчика. Статистическая обработка проведена с использованием программы STATISTICA 7,0 (описательная статистика, непараметрические критерии).

Результаты. Показатели шкалы Калгари группы ППД (7,63+1,59) существенно превышают данные по группе ОД (1,73+1,67), также установлено более выраженное субъективное переживание дистресса больными с депрессией. В синдромальном профиле, по результатам SCL-90-R, ведущими у больных с депрессией являются тревожно-депрессивные расстройства с межличностной сензитивностью и навязчивыми мыслями, прежде всего, в отношении возврата психотического состояния, либо в отношении ближайшего будущего после выписки из клиники. Тревожно-депрессивный статус пациентов может быть объяснен «реактивной» составляющей переживаний, что обуславливает обретение критичности к перенесенному психозу наряду с сохранными оценочными ресурсами личности на раннем этапе шизофрении.

Показатели перфекционизма в группе ППД по всем исследуемым факторам опросника достоверно превышают аналогичные больных без депрессии, что отражает значимость данного свойства личности для развития постпсихотической депрессии. Существенно в группе ППД выражена самостигматизация (общий показатель 106,36+46,07 сравнить – группа ОД 79,42+47,67; $p<0,01$). Среди форм СС в группе ППД ведущей является социореверсивная (40,69+21,94), затем аутопсихическая (36,13+17,14) и компенсаторная (30,52+13,99). В группе ОД ведущей формой СС также является социореверсивная (31,04+23,09), но, в отличие от группы ППД, далее следуют, практически в равной выраженности, компенсаторная (25,34+14,3) и аутопсихическая (22,71+13,82) формы СС. Эти данные указывают на большую тяжесть переживаний в отношение последствий болезни у больных с ППД. В структуре психологической защиты достоверно выше показатели в группе ППД (по убыванию выраженности) по регрессии, реактивным образованиям, вытеснению, замещению, проекции. В группе ОД ведущий в профиле и достоверно превышающий в группе ППД, показатель отрицания (ср. 78,66+25,37 и 72,01+25,98; $p<0,05$). Несколько противоречивы данные по структуре копинга. Так имеется равная представленность в использовании как адаптивных так и дезадаптивных копингов в поведенческой сфере в группе больных с депрессией, что может отражать с одной стороны сохранность адаптивного поведенческого потенциала, с другой некоторую амбитендентность поведенческой сферы, определяя «мишени» психотерапии. Напротив, в когнитивной и эмоциональной сферах у больных с ППД более выражена дезадаптивная направленность копинга. Копинг-структура определяется взаимосвязью с депрессивным статусом с использованием самообвинения, смирения, растерянности, покорности, подавления эмоций, тенденции избегания, социальной инкапсуляции, мыслительного застревания – дезадаптивные варианты, и компенсации, заместительного удовлетворения, сострадания к себе – относительно адаптивный вариант. В тоже время, по данным SVF, в копинг-структуре больных с ППД актуальны потребность в социальной поддержке, поиск альтернативного самоутверждения – ресурсное совладание.

Таким образом, проведенное исследование показывает, наряду с преобладающей дезадаптивной направленностью отдельных свойств личности больных постпсихотической депрессией при первом эпизоде шизофрении, в отличие от пациентов без депрессии, наличие адаптивного личностного ресурса у депрессивных пациентов, прежде всего в копинг-структуре. Это указывает на необходимость активного психотерапевтического сопровождения пациентов с постпсихотической депрессией с акцентом в краткосрочных программах лечения и реабилитации на когнитивно-поведенческие методы. Преимущественное использование когнитивно-поведенческой терапии в отделение первого психотического эпизода г.Оренбурга уже показало свою эффективность как в краткосрочной терапии, так и в отдаленном катамнезе (до 10 лет), что отражено в многочисленных публикациях авторов данного исследования.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Арчакова О.А., Малиновская С.Д., Сивальнев Н.И.

Москва
ГБУЗ ПБ №2 им. О.В. Кербикова

В условиях реформирования здравоохранения особо важна оценка качества работы учреждения, производимая органами управления. В связи с чем необходимо разрабатывать и внедрять стандартизированные системы наблюдения за оказанием медицинских услуг.

Разработка стандартов рабочего процесса в медицине – веление времени. При этом качество услуг в сфере здравоохранения, безусловно, не сводится лишь к степени удовлетворенности пациентов и их родственников медицинской помощью.

Законодательная база в сфере здравоохранения постоянно совершенствуется: принят ряд нормативно-правовых актов, регламентирующих различные стороны медицинской деятельности (Пищита 2007). Подчеркивается, что для эффективного управления качеством медицинской помощи необходима стандартизация. В психиатрии, как и в медицине в целом, разработка и введение стандартов помощи задает и необходимый уровень качества – в плане диагностики, лечения, реабилитации.

Современному пациенту уже недостаточно избавления от симптомов психического расстройства, пациент ориентирован на более широкий спектр показателей качества жизни (восстановление межличностных связей, семья, работа, социальное признание и т.п.). На решение данных задач в большой степени нацелены психологические вмешательства в психиатрии.

Психологические вмешательства в психиатрии еще требуют своего прояснения. Так, например, отсутствует единый унифицированный подход к реабилитации психически больных; качественные и количественные показатели психологического вмешательства трудно поддаются оценке, особенно в тех случаях, когда психологом используется индивидуализированный проблемно-ориентированный подход к пациенту и т.п.

В работе представлен опыт стандартизации процесса психологической помощи, опыт оптимизации разработанного ранее процесса психологического вмешательства по типу коррекции пациентов-хроников с психическими расстройствами. Данный подход не только повышает показатели качества психологической службы медицинского учреждения, но и способствует повышению удовлетворенности пациентов результатами лечения.

Представлены принципы данного подхода (названного нами подходом, ориентированным на «процесс»): (1) Любая деятельность рассматривается как процесс, и поэтому ее можно улучшить. (2) В любой деятельности может иметь место разделение как по времени, так по материальным ресурсам и персоналу. (3) Любая целенаправленная, спланированная и при этом использующая ресурсы деятельность преобразует входную продукцию в выходную. (4) Стандартизация и прозрачность ответственности. (5) Высшее руководство должно полностью отвечать за создание системы качества на предприятии и за управление качеством. (6) Каждый процесс должен иметь владельца (персонификация) и ответственность должна распределяться

по всем видам деятельности. (7) Все составляющие процесса должны быть по возможности максимально стандартизированными и прозрачными. (8) Следует проводить стандартизацию на основе взаимосвязанных стандартов, которые реализуются в виде нормативной документации.

В октябре 2013 года в ПБ № 2 им. О.В.Кербикова ДЗМ была разработана и успешно внедрена система менеджмента качества, соответствующая международному стандарту ISO 9001:2008. Разработаны и внедрены стандартные операционные процедуры «Психосоциальная реабилитация», «Проектирование психосоциальной работы». Применительно к процессам психокоррекции были разработаны и внедрены следующие позиции: стандарты организации процесса; процесс проектирования психокоррекционной работы; откорректированы должностные инструкции медицинских психологов, разработано «Положение о подразделении»; подготовлены формы различных бланков, журналов, необходимых для документирования проведенной психокоррекции.

Оценка качества достигнутых результатов анализировалась на основании статистических данных, ежегодно подаваемых медицинскими психологами учреждения, а также на основании данных опросника, заполняемого пациентами, касающегося степени удовлетворенности оказываемой пациенту медицинской помощи. Представлены результаты, охватившие 415 пациентов.

Выводы. Подход в целом показал свою эффективность. Подход, ориентированный на процесс, позволяет формализовать и стандартизировать ключевые этапы реабилитационного процесса в лечебно-профилактическом учреждении. Активная роль специалиста заключается в его личном участии в проектировании, усовершенствовании и самоконтроле лечебно-диагностического процесса. Подход связан с минимизацией риска – планирование вмешательства и большинство заключений выполняются психологом правильно и с первого раза, в результате чего уменьшаются повторы в обследовании и сокращается время и средства, затрачиваемые на одного пациента. Осуществляется постоянное улучшение действующей системы качества, повышается эффективность медицинской помощи. Преимущества данного подхода, применительно к коррекционному процессу состоит в том, что возрастает продуктивность работы медицинского психолога и учреждения в целом; контакт с пациентом и его родственниками улучшается, степень взаимного доверия возрастает; осуществляется объективная оценка и анализ работы психореабилитационного подразделения и учреждения в целом, оценка и анализ состояния здоровья отдельного пациента и оценка и анализ динамики процесса лечения и реабилитации; возрастает эффективность применяемых методов реабилитации; осуществляется постоянное улучшение действующей системы качества. Результатом является удовлетворение потребностей всех заинтересованных сторон – пациента, всего персонала, семьи, страховой компании, общества, государства.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА СТИГМАТИЗАЦИИ У ЛИЦ СО СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Баева А.С., Бедина И.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Одним из приоритетных направлений современной психиатрии и здравоохранения в целом является медико-социальная реабилитация больных с психическими и поведенческими расстройствами. Данная работа направлена не только на выздоровление и адаптацию пациентов, но и проведение ряда мероприятий по уменьшению стигматизации и дискриминации в обществе лиц с душевными расстройствами. Однако, несмотря на поставленные задачи, общество лишь в незначительной степени изменило негативное отношение к психически больным. Кроме того, понятие стигматизации расширяется – дискриминации подвергаются не только «опасные для общества» пациенты, страдающие тяжелыми психическими заболеваниями, но и лица с невротическими расстройствами, возникшими в результате перенесенных стрессов и чрезвычайных ситуаций.

Цель работы: изучить особенности стигматизации лиц со стрессовыми расстройствами.

Материалы и методы: В соответствии с поставленными задачами, были проанализированы 263 источника зарубежной и отечественной литературы. Изучены механизмы формирования стигматизации при различных заболеваниях: инфекционных (СПИД, гепатит, туберкулез), тяжелых соматических, зависимостях (наркотических и алкогольных), психических расстройствах различного уровня тяжести. Рассмотрено влияние феномена стигматизации на взаимодействие индивида с микро- и макросоциальной средой.

Результаты. На основании проведенного анализа, были сделаны следующие выводы:

1. Формирование феномена стигматизации развивается по одним и тем же механизмам, вне зависимости от заболевания, его вызвавшего. Определяющим фактором в развитии этого процесса является недостаточное понимание самой болезни, предубеждение в ее неизлечимости и общественной опасности.

2. Процесс стигматизации затрагивает не только индивида, страдающего теми или иными заболеваниями, но и его микросоциальное окружение – семью, близких знакомых. Родственники больных, подвергаясь стигматизации, совершают попытки диссоциироваться от нездорового члена семьи, тем самым усугубляют стигматизацию самого пациента. Это оказывает неблагоприятное воздействие на течение основного заболевания и снижает адаптивные возможности личности.

3. Наиболее психогенно травмирующими и дезадаптирующими действиями обладает процесс самостигматизации. Внутренняя стигма проявляется у пациентов ощущением ущербности, неполноценности, беспомощности, презрением к самому себе и чувством вины. Эти проявления не только нарушают комплайнс пациента с лечебными учреждениями (и тем самым препятствуют лечению), но значительно дезадаптируют его в повседневной жизни.

Заключение. Исследование показало, что в современной литературе большое значение уделяется описанию процессов стигматизации у лиц, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями (шизофрения, эпилепсия), в то время, как лица, страдающие невротическими (стрессовыми) расстройствами незаслуженно отодвинуты на второй план. Между тем, ряд исследований подтверждает, что именно у людей со стрессовой симптоматикой, процессы стигматизации носят наиболее неблагоприятный характер. Этот факт свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения данного вопроса.

СУБЪЕКТИВНОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Баранов А.В., Абасова И.Э.

Тамбов
ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая клиническая больница, Тамбовский ГУ им. Г.Р. Державина

Введение: Широкая распространенность невротических расстройств в населении, сложившаяся динамика к их росту, а также их существенное влияние на качество жизни,

определяет актуальность и значимость исследования субъективного восприятия качества жизни у пациентов с невротическими расстройствами. Взаимосвязи синдромальной структуры симптоматики и профиля качества жизни по основным сферам необходимо изучать в целях разработки индивидуальных психокоррекционных программ.

Цель и задачи: изучить влияние невротических расстройств на субъективное восприятие качества жизни, установить влияние структуры невротических расстройств на качество жизни и изучить особенности профиля качества жизни по основным сферам при различных невротических расстройствах для построения базы психологических коррекционных программ для пациентов.

Материал и методы: Исследовано 20 пациентов, находившихся на стационарном лечении в психотерапевтическом отделении ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница». В группу включались пациенты с невротическими расстройствами, поступившие на лечение не более чем за неделю до проведения исследования. Для определения структуры невротических расстройств использовался клинический опросник Яхина-Менделевича. Исследование качества жизни проводилось с использованием ядерного модуля краткой версии международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100) – ВОЗ КЖ-26.

Результаты и обсуждение: Болезненный характер тех или иных симптомов невротических расстройств (тревога, депрессия, астения, истерические, обсессивно-фобические или вегетативные нарушения) были выявлены у всех пациентов, но представлены в различных сочетаниях. Анализ спектра выявленных нарушений показал следующее. Наиболее часто встречались депрессивные нарушения, они были выявлены у 80% пациентов, в равной степени (по 60%) отмечались истерические, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения, реже в структуре синдрома были представлены астенические и тревожные (40% и 30% соответственно). Как правило, данные симптомы встречались в сочетании. 30% респондентов выявили полисимптомный характер болезненных нарушений (сочетание клинически значимых показателей по всем шести шкалам). Еще у 30% обследованных выявлены нарушения только по одной шкале – «невротическая депрессия», при нормативности показателей по пяти другим. В 10% случаев депрессия осложнялась наличием астенической симптоматики. У 30% выявлены сочетания преимущественно обссесивно-фобических и вегетативных нарушений. Полученные результаты позволили выделить три сравнительно равные по количеству респондентов группы: полисимптомных нарушений, преимущественно депрессивных нарушений и преимущественно обсессивно-фобических и вегетативных нарушений. Для каждой из групп проведен расчет и сравнение среднего показателя общего качества жизни и структуры его профиля по основным сферам.

Как и следовало ожидать, наличие невротических расстройств, даже представленных моносипмтомно, оказывают отрицательное воздействие практически на все параметры качества жизни. Наиболее выраженное влияние оказывает полиморфизм симптоматики (осложнение депрессивной симптоматики наличием смешанных тревожных, астенических, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений). Так средний показатель общего качества жизни в данной группе составил только 65 баллов. При этом в профиле качества жизни наиболее существенное снижение происходит в сферах «физическое и психологическое благополучие» и «самовосприятие». Тогда как в сферах «микросоциальная поддержка» и «социальное благополучие» показатели хоть и ниже, но в целом сравнимы с аналогичными, полученными в других группах невротических расстройств. Значительное негативное влияние оказывают нарушения депрессивного спектра, даже представленные моносимптомно (76,5 баллов). По всей видимости, их роль высока также в группе полисимптомных нарушений. Поскольку там, где они отсутствуют – а это третья группа (обсессивно-фобических нарушений), показатели качества жизни самые высокие – 82 балла. При этом наиболее значимое снижение отмечается в сферах, связанных с социальными функциями («микросоциальная поддержка» и «социальное благополучие»). Более благополучной представляется группа пациентов с преимущественно обсессивно-фобическими и вегетативными нарушениями. Они демонстрируют наиболее высокое общее значение КЖ (82 балла), которое формируется преимущественно за счет сфер «самовосприятия» и «социального благополучия».

Заключение: Наличие невротических расстройств оказывает отрицательное воздействие практически на все параметры качества жизни. В структуре невротических расстройств пациентов психотерапевтического отделения чаще встречаются депрессивные расстройства. Скорее всего пациенты, страдающие депрессией, чаще обращаются за стационарной помощью, поскольку данные симптомы существеннее всего влияют на субъективное восприятие качества жизни. Полиморфизм симптоматики наиболее значительно снижает качество жизни пациентов, преимущественно за счет нарушений в сферах самовосприятия и недостаточного ощущения физического и психологического благополучия. Выявленные особенности профиля качества жизни по основным сферам могут быть положены в основу разработки психокоррекционных программ для пациентов с различными невротическими расстройствами

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ-УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОТРЕБНОСТЬЮ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Белокрылов И.И., Аболонин А.Ф.

Томск
НИИПЗ

В России в 2013 году на 100 тысяч подростков в возрасте 15-17 лет приходилось 1848,75 зарегистрированных с диагнозом наркологического расстройства (ННЦ наркологии, 2014) Данные ряда исследований позволяют предполагать, что еще как минимум столько же подростков, регулярно употребляющих психоактивные вещества, не учтены официальной статистикой (Вышинский К.В., 1999, Мандель А.И., 2000, Брюн Е.А., 2010). Избегая обращаться к специалистам в государственные наркологические учреждения, подростки уходят от проблем, связанных с наркологическим учетом и его последствиями, но при этом не получают специализированной помощи, при этом нуждаются они не только наркологическом, но и в психологическом консультировании. Учитывая возрастание роли атарактической и протестной мотивировок потребления наркотиков, значимость такого вида помощи с каждым годом повышается (Воеводин И.В. и др., 2014).

Оказание психологической помощи подросткам, употребляющим алкоголь или наркотики, возможно в различных государственных и частных учреждениях. Вместе с тем, где бы она ни была организована, невозможно ожидать обращения к психологам всего проблемного контингента. Круг потенциальных получателей психологической помощи в значительной мере ограничивается существующими установками, предубеждениями и опасениями. В связи с этим представляет интерес вопрос: какими параметрами определятся потребность и возможность оказания специализированной помощи для подростков-потребителей ПАВ или подростков групп повышенного риска формирования аддикций?

Исходя из этого, целью нашего исследования стало изучение социально-психологических характеристик у подростков-учащихся общеобразовательных учреждений и их взаимосвязи с потребностью в психологической помощи.

Материал и методы. Выборку исследования составили 766 учащихся муниципальных общеобразовательных учреждений г. Томска, в том числе 370 юношей, 396 девушек в возрасте от 13 до 18 лет (средний возраст респондента – 15,1±1,1 лет). Применялся метод анкетирования. Предложенная анкета содержала вопросы об опыте контактов с психоактивными веществами и характеристиках семейной ситуации. Кроме того, оценивался уровень тревоги и депрессивности по шкале HADS. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica.

Результаты и обсуждение. Среди учащихся, отрицающих опыт даже однократных контактов с любыми психоактивными веществами, о потребности в психологической помощи сообщили 7,69%. Среди тех, кто признал опыт пробы табака и алкоголя, в такой помощи нуждались 12,34%. В группе школьников, сообщивших об опыте неоднократного употребления табака и спиртного, данный показатель составил 20,83%. Практически столько же (20,58%) он составил у респондентов, которые пробовали наркотики. Проведенный частотный анализ указал на возможную связь между признанием социально неодобряемого опыта (каким можно считать и табакокурение, и знакомство с запрещенными веществами) и потребностью в психологической помощи. Однако полученные коэффициенты корреляции взаимосвязи между этими признаками оказались достаточно низкими.

Вместе с тем значимой оказалась корреляция между потребностью в помощи и наличием «алкогольных проблем» у кого-либо из членов семьи респондента ($r=0,41$, $p<0,05$). Проведенный на следующем этапе дискриминантный анализ также не подтвердил взаимосвязь аддиктивного опыты школьников с наличием либо отсутствием у него потребности в психологической помощи. Среди переменных, вошедших в полученную при анализе модель (Wilks' Lambda: 0,75303 $p<0,0001$) оказались: уровень тревоги, наличие пережитых психотравмирующие ситуаций, характер взаимоотношений в семье, наличие «алкогольных проблем» в семье. Отношения самого респондента с ПАВ не внесли своего вклада в полученную дискриминацию.

Исходя из этого, можно сказать, что признание потребности в психологической помощи не может служить маркером проблем наркологического характера, хотя и встречается относительно часто среди подростков-школьников, сообщивших о наличии ненормативного опыта контактов с ПАВ. Интерес к получению помощи специалиста более характерен для учащихся, в семьях которых имеются лица, злоупотребляющие алкоголем. Обращения за помощью (или согласие ее принять) можно ожидать, прежде всего, от школьников с высоким уровнем тревоги, живущих в психотравмирующей обстановке, связанной с конфликтными семейными отношениями, возникающими в результате пьянства кого-либо из родителей. Тревога определяет их повышенное внимание к отрицательным сигналам – и, например, любой недружелюбный обмен репликами между родителями может восприниматься как старт семейной ссоры. Психотравмирующие события прошлого и настоящего создают у них убежденность в собственной слабости, в невозможности что-либо изменить к лучшему своими силами. Часто ощущая угрозу и считая себя неспособным ей противостоять, подростки пытаются найти поддержку. Не находя ее в семье, они готовы принять ее из вне, там где это будет возможно и безопасно.

Таким образом, из групп риска возникновения аддиктивного поведения среди подростков, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, осознаваемую потребность в психологической помощи обнаруживают, прежде всего, лица, наблюдающие злоупотребление алкоголем в собственном семейном окружении.

В связи с этим актуальной задачей становится сделать максимально доступной психологическую помощь для подростков находящихся в сложных семейных обстоятельствах, путем раннего выявления проблемной категории и подготовки психологов для работы с данной категорией подростков.

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ЛИЧНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ

Белопольская Н.Л.

Москва
РМАПО,
Московский институт психоанализа

Традиционно, клинико-психологическая диагностика пользуется методиками и тестами, которые дают информацию «параллельно»: с одной стороны, о состоянии психических функций и интеллекта ребенка или подростка в целом, и с другой, о состоянии его эмоционально-личностной сферы. Психологическая диагностика через единицы, а не элементы анализа психики, в соответствии с теорией Л.С. Выготского, предусматривает выделение таких структур, в которых интеллектуальные и аффективные составляющие слиты воедино [Выготский Л.С.,2003]. Как нами было доказано ранее, этим требованиям полностью соответствуют такие единицы самосознания как смыслообразование и идентификация [Белопольская Н.Л., 1996]. Дифференциальная диагностика пограничных форм нарушений психического развития и здоровья ребенка и подростка должна предусматривать наличие большого количество индивидуальных различий. Бесполезно сравнивать познавательную потребность одаренного ребенка или ребенка с высокими интеллектуальными способностями и познавательную потребность ребенка с интеллектуальной недостаточностью или нарушением поведения. Гораздо эффективнее определить для ребенка приемлемый объем знаний и представлений, обеспечивающий ему в будущем выход в продуктивную жизненную фазу. Решая частные диагностические и психокоррекционные задачи, как специалисты, так и родители, порой забывают о том, что центральная задача, объединяющая усилия и тех, и других заключается в решении вопроса о том, сможет ли данный конкретный ребенок жить самостоятельно в продуктивный период своей жизни? В этом отношении задачи, стоящие перед родителями, имеющими психически здоровых детей, и задачи родителей, имеющих детей с различными отклонениями и заболеваниями, одни и те же. В их решении родителям соответственно помогают специалисты разного профиля. Другой вопрос, на каком социальном и экономическом уровне окажутся в будущем эти дети. Но этот аспект проблемы не вполне предсказуем и в отношении будущего детей с нормативным развитием. Диагностируя нарушения психического развития и здоровья, мы обнаружили большое количество детей и подростков, которые демонстрируют неплохие навыки выполнения патопсихологических и нейропсихологических методик, принятых в клинике, однако имеют серьезные проблемы в формировании самоотношения, самовосприятия, идентификаций и других компонентов самосознания. Дети не имеют четкого представления о том, что они «люди», такие же как их родители и учителя, только другого возраста, мальчики или девочки, подростки, юноши или девушки. Они могут не знать правильного названия своего имени, не ориентируются в ближайшем окружении, не имеют представлений о том, какими будут в будущем. При нормативном психическом развитии отдельные компоненты детского самосознания у детей формируются очень рано и могут быть

диагностированы. Наши исследования половозрастной идентификации показали, что уже в полтора- два года дети при нормативном развитии способны правильно определять свой пол (мальчик – девочка) и возраст (маленький – большой). Также достаточно рано формируется именная и телесная идентификации, самоотношение и самооценка (хороший – плохой). В старшем дошкольном и школьном возрасте формируются основные компоненты самосознания, которые в подростковом возрасте переосмысляются и переоцениваются заново.

Дети и подростки, формально владеющие школьными знаниями, могут демонстрировать неблагополучие в психологическом развитии личности. Формально успевающие в школе дети и подростки могут иметь серьезные проблемы в самоотношении, самовосприятии и идентификации, которые принципиально изменяются при развитии психических заболеваний. Подростки с нарушением поведения, как правило, имеют отклонения в структуре самосознания, но могут хорошо справляться с выполнением стандартных личностных тестов, так как знают «как надо» отвечать на те или иные вопросы.

Цель исследования. Диагностировать компоненты самосознания, такие как половозрастная, телесная и именнная идентификации, самоотношение, самовосприятие у детей и подростков с различными нарушениями психического развития и здоровья.

Материалы и методы. Всего было исследовано 186 детей и подростков (от 6 до 16 лет) с различными психическими заболеваниями и разным уровнем интеллектуального развития. Было произведено изучение анамнестических данных, беседы с детьми и их родителями, экспериментально-психологическое исследование, лонгитюдные наблюдения.

Результаты. Нарушения половозрастной идентификации были выявлены у детей, имевших сниженный интеллект. Для этой категории детей задачи по самоидентификации являлись непростыми когнитивными задачами. Были выявлены системные нарушения именной, телесной и половозрастной идентификаций у девиантных и у умственно отсталых подростков. Обнаружены характерные особенности представлений о своем жизненном пути для проблемных подростков, наличие регрессивных и сверхрегрессивных тенденций в выборах предпочтительных образов. Дети и подростки с эпилепсией обнаружили негативное самоотношение и специфические особенности в выборе предпочтительных образов: желание стать не только взрослыми, но и старыми людьми. Дети и подростки с диагностированной шизофренией, кроме нарушений половозрастной идентификации, обнаружили нарушения именной и телесной идентификаций. У подростков с дисморфофобией и детей и подростков с поздними сроками оперирования расщелины мягкого и твердого неба диагностированы нарушения самовосприятия, самоотношения и отсутствие планирования своего будущего. Подростки с нормативным и сниженным интеллектом, помещенные во временные приюты, обнаружили системные нарушения идентификаций и отсутствие не только планирования своего будущего, но и мечты, связанной со своим будущим. У этих подростков были диагностированы разнообразные неврозы или нарушение поведения.

Обсуждение. Основной проблемой детей с проблемами психического развития и здоровья к подростковому возрасту становятся проблемы формирования самосознания. Для подавляющего большинства оказалось характерным не задумываться о своем будущем и иметь неадекватное отношение к своей личности. Многие подростки неосознанно опасаются плохих перспектив в будущем и не стремятся его планировать. Другая категория подростков заявляла о своем желании быстрее выйти во взрослую жизнь, однако «взрослость» понималась подростками как освобождение от необходимости учиться в школе, как возможность делать то, что хочется. Искажения идентификаций могут носить как временный, ситуативный, так и стойкий системный характер. Эти нарушения могут иметь различные комбинации, отличающиеся как по глубине нарушения каждой отдельной идентификации, так и по структуре взаимосвязей двух и более нарушенных идентификаций. В некоторых случаях можно наблюдать «замену» одной нарушенной идентификации на другую.

Отсутствие реальных представлений о собственном будущем у подростков с нарушением психического развития и здоровья находится в противоречии с естественным желанием роста и развития, с позитивным самоотношением и стремлением стать взрослым.

Выводы. Исследование выявило важность клинико-психологической диагностики особенностей самосознания, характерных для разных психических заболеваний.

Уходя в силу своего паспортного возраста из–под опеки детских клинических психологов и психиатров, дети и подростки с нарушениями психического здоровья оказываются беспомощными перед реалиями современного общества.

Современные социальные стереотипы успешности личности, навязываемые средствами массовой информации, создают искаженное представление о собственном будущем у подростка с проблемами в развитии и психическом здоровье и закрывают возможность найти себе обучение и будущую работу по силам и способностям.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Богачева В.А., Захаров Д.В., Михайлов В.А.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Введение. Один из значимых признаков для выделения подтипов болезни Паркинсона (БП) – это наличие или отсутствие тремора в качестве одного из доминирующих симптомов у пациентов в начале болезни. Рядом зарубежных и отечественных авторов описаны различия не только в двигательных нарушениях при акинетико-ригидной (АРФ) и дрожательной формах (ДФ) БП, но также описаны различия в темпе прогрессирования, областях дегенерации головного мозга, склонности к развитию флюктуаций и когнитивных нарушений. На сегодняшний день обсуждается вопрос о патогенетической разнице этих форм БП. Большинство авторов считают, что личностные характеристики при БП также представляют гетерогенную группу. Неоднократно предпринимались попытки к выявлению специфических черт «паркинсонической личности», однако такие данные противоречивы, а различия в личностных характеристиках пациентов при АРФ и ДФ в доступной литературе не встречаются. Одним из наиболее частых и клинически значимых нервно-психических нарушений при болезни Паркинсона (БП) является депрессия. Отмечено, что депрессия может усугублять как двигательную, так и социальную активность пациентов с БП.

Цель исследования. Изучение особенностей личности и распространенности депрессии при акинетико-ригидной и дрожательной форме болезни Паркинсона.

Материалы и методы. Обследовано 97 пациентов с БП, из которых 52 пациента с дрожательной формой и 45 с акинетико-ригидной формой. Диагноз устанавливался по критериям банка головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании. Степень тяжести 1-2 по Хен и Яру, возраст 63±2 года с длительностью заболевания 12±6 месяцев. До исследования пациенты не получали противопаркинсоническую и психотропную терапию. Всем пациентам проводилось психологическое тестирование по Гиссенскому личностному опроснику (блок «Я»). Депрессия оценивалась по шкале Бека.

Результаты. Результаты тестирования Гиссенским опросником показывают, что все пациенты с БП независимо от формы болезни характеризуют себя как людей непривлекательных, не умеющих добиваться поставленной цели и непопулярных. Склонность к легкомысленным поступкам, непостоянство и беззаботное поведение были более выражены при АРФ, а подавленность, склонность к рефлексии, необщительность, неспособность к длительной привязанности, зависимость были более выражены при ДФ. Различия форм по 2-й и 5-й шкалам были более яркие: пациентов с ДФ можно охарактеризовать как властолюбивых, нетерпеливых, агрессивных и импульсивных, а пациентов с АРФ, напротив, – как людей послушных, уступчивых, покладистых, зависимых, недоверчивых, отстраненных от других. При исследовании депрессии – отсутствие депрессивных симптомов наблюдалось у 29,5% пациентов, легкая депрессия наблюдалась у 28% пациентов, умеренная депрессия – 39%, выраженная депрессия – 2% и тяжелая депрессия – 1,5%. При сравнении акинетико-ригидной и дрожательной формы БП симптомы депрессии отмечались у 62% и 35% соответственно.

Выводы: При исследовании пациентов с БП выявлены значимые различия в личностных характеристиках пациентов с ДФ и АРФ, что может также говорить о разном происхождении этих двух форм БП.

ВЛИЯНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Ложникова Л.Е., Стрижев В.А., Мартусенко А.В., Кириченко Р.Р.

Краснодар
Кубанский ГМУ

Целью исследования явилось изучение влияния копинг-стратегий на успешность обучения студентов Государственногобюджетногообразовательногоучреждения«Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (КубГМУ).

Для решения поставленной цели были избраны следующие задачи: 1. определить копинг-стратегии в различных группах студентов КубГМУ, сформированных по среднему баллу экзаменационных дисциплин; 2. оценить степень зависимости между сформированными копинг-механизмами и успешностью обучения студентов КубГМУ.

Материалы и методы: исследование проводилось среди студентов 5 курса лечебного факультета КубГМУ, средний возраст которых составил 22±0,04 года. Студентам в количестве 115 человек, из них 78 женщин и 37 мужчин, был предложен тест, созданный американским психологом Ричардом Лазарусом, представляющий собой группу из 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. В ходе исследования выявлялись следующие копинг-стратегии: негативные (конфронтация, самоконтроль, дистанцирование, бегство-избегание) и позитивные (поиск социальной поддержки, принятие ответственности, планирование решения проблемы, положительная переоценка). Обработка полученных данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования все респонденты были разделены на две группы по гендерному признаку. В каждой группе выделены подгруппы по степени успешности сданных экзаменационных дисциплин за 4 года (средний балл): первая группа – 3,0-3,49 балла, вторая – 3,5-3,9, третья – 4,0-4,49, четвертая 4,5-5,0 баллов. В результате исследования было выявлено, что у всех опрошенных студентов преобладающей копинг-стратегией является «самоконтроль» (12,44±0,28). Однако при разделении на группы выявлены различия. В частности среди женщин в первой и третьей группе преобладает копинг-стратегия «бегство-избегание» (12,91±1,34 и 12,5±0,88), во второй и четвертой группе преобладает «самоконтроль» (12,59±0,56 и 13,4±0,81). У мужчин первой, второй и третьей групп преобладающей была выявлена копинг-стратегия «планирование решения проблем» (13,09±0,93, 11,73±1,11 и 12,78±1,34, соответственно), а в четвертой группе – «положительная переоценка» (14,17±1,28), причем в последней группе прослеживалась сильная положительная корреляционная связь ($p<0,01 r=0,95$) между средним баллом зачетной книжки и полученными баллами по «положительной переоценке».

Наименее актуальной во всех группах, как среди мужчин, так и среди женщин, была выявлена копинг-стратегия «принятие ответственности», а также наблюдалась слабая положительная корреляционная связь ($p<0,01$, $r=0,21$) между возрастом респондентов и количеством баллов, набранных по данной копинг-стратегии.

Выводы. Среди студентов КубГМУ женского пола преобладают негативные копинг-стратегии, причем наиболее успешные студентки (4 группа) выбирают «самоконтроль», а наименее успешные (1 группа) – «бегство-избегание». У студентов КубГМУ мужского пола превалируют позитивные копинг-стратегии. Большинство студентов предпочитают «планирование решения проблем», наиболее успешные (4 группа) – «положительную переоценку». Наименьшее количество баллов получила копинг-стратегия «принятие ответственности». Учитывая слабую положительную корреляцию между возрастом опрошенных и количеством баллов, полученных по данной копинг-стратегии, что, вероятно, связано с молодым возрастом респондентов и их типологическими особенностями личности. Выявленные корреляции необходимо учитывать при проведении индивидуального консультирования и психокоррекционных мероприятий среди студентов медицинского вуза.

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ КОНЦЕПЦИИ «СОЗАВИСИМОСТИ» В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Бочаров В.В., Шишкова А.М.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

В настоящее время различные авторы отмечают высокую значимость участия близких больного аддиктивной патологией в процессе его реабилитации (Баранок Н.В., Крупицкий Е.М., 2012; Meyers R. J., Austin J. L., Smith J. E., 2006). При этом, члены семьи больного, как правило, рассматриваются специалистами как дополнительный ресурс для повышения мотивации больного к лечению и достижению комплаентности при проведении терапевтических мероприятий, в то время как их собственное состояние в значительной степени игнорируется (Copello A., Orford, J., 2002; Velleman, R., 2010), ограничиваясь применением методов диагностики и коррекции основанных на концепции созависимости, получившей широкое распространение как за рубежом, так и в нашей стране (Емельянова Е. В., 2004; Rotunda R.J., West L., O'Farrell T.J., 2004).

Прицельное изучение актуального состояния концепции созависимости демонстрирует недостаточную обоснованность ее повсеместного применения в работе с близкими аддиктивных больных. Это связано как с отсутствием ясности в теоретической части концепции, а именно неоднозначности определений, несогласованности описаний феноменологии и этиологии данного явления, недостаточной научной обоснованностью (Dear G.E.,

Roberts C.M., Lange L. 2005; Gotham, H. J, 1996), так и наличием значительных трудностей в области практического применения данного конструкта. Так, ряд авторов рассматривают концепцию созависимости как явно стигматизирующую (Collins B.G., 1993; Calderwood K.A., Rajesparam A., 2014).

Особое внимание следует также обратить на культуральную специфичность данной концепции, которая базируется на англо-центристской модели культурных ценностей, ставящей во главу угла личностную автономию. Это может вступать в противоречие с культурными ценностями социальных систем, где поведение индивида определяется семейными традициями (Borovoy A., 2001; Chang, S.H., 2012). В этой связи, простой перенос концепции созависимости в российскую действительность, осуществляемый без оценки особенностей культурных ценностей контингента, обращающегося за помощью, часто обуславливает гипердиагностику, когда социально одобряемое взаимодействие в семье интерпретируется как патологический процесс.

Осуществляемая на основе концепции созависимости диагностика личностного и семейного функционирования близких наркозависимого часто сводится к наклеиванию стигматизирующего ярлыка – созависимости, на основании факта родства или совместного проживания с аддиктом. Это связано с отсутствием общепринятой структурированной концепции и значительной генерализации данного понятия.

Необходимость типологизации явлений, выступающая в качестве альтернативы наклеиванию ярлыка созависимости, делает актуальным изучение психологического состояния родственников аддиктивных больных для создания эффективной системы психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей личностного функционирования матерей и жен пациентов с героиновой наркоманией.

Материал и методы исследования. В исследовании приняло участие 154 женщины (104 матери и 50 жен), имеющих близкие родственные отношения с больными героиновой наркоманией, находящимися на этапе реабилитации в специализированных лечебных учреждениях Санкт-Петербурга.

Группу матерей составили женщины в возрасте от 48 до 70 лет (средний возраст 55,56±0,46 года), группу жен составили женщины в возрасте от 23 до 43 лет (средний возраст 32,70±0,94 года). Постановка диагноза наркозависимым – «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов» (F11) осуществлялась экспертами – врачами психиатрами-наркологами (по МКБ-10).

Кроме того, была обследована группа нормативного контроля, в которую вошли 54 практически здоровых женщин, не имеющих выраженных нарушений социальной адаптации, а также близких родственных отношений с больными наркоманией. Сопоставление исследуемых группы проводилось с учетом возрастных особенностей.

Исследование проводилось при помощи клинико-психологических и психометрических методов: «Я-структурный тест Г. Аммона» (Очерки динамической психиатрии, 2003) и «Методика оценки психического здоровья» (там же). Для ведения базы данных использовался статистический пакет SPSS 19.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что у матерей и жен наркозависимых выявляются значительные нарушения личностного функционирования, по сравнению с женщинами, не имеющими близких родственных отношений с аддиктивными больными. Для них характерны такие особенности как: сужение сферы интересов, достигающее степени социальной изоляции; трудности в отстаивании собственной позиции, проявляющиеся в отчуждение своих планов и потребностей; нарушение способности построения зрелых (автономных) коммуникаций с окружающими; трудности регуляции эмоциональных переживаний; неадекватная самооценка, сочетающаяся с нетерпимостью негативных оценок со стороны окружающих.

Выраженная фиксация на болезни близкого, сочетающаяся с пренебрежительным отношением к собственным потребностям и интересам, а также опекающе-доминирующая позиция по отношению к больному, проявляющаяся в стремлении выполнять его семейные и социальные обязанности традиционно рассматриваются специалистами в качестве проявлений созависимости. При этом, родственники больных обвиняются в так называемом «потворствовании», которое позволяет аддикции беспрепятственно прогрессировать, блокируя такие сдерживающие заболевание факторы как ответственность, обязательства, социальные ожидания, необходимость придерживаться четких правил (Black, C. 2001; Liepman M. R., 1982).

Данные клинико-психологического исследования свидетельствуют о том, что такие тенденции могут быть обусловлены не только преморбидным личностным дефицитом (стремлением к созданию симбиотических отношений – созависмостью), но также и являться реакцией личности на ситуацию болезни близкого. Так, нарастающая с течением болезни неспособность наркозависимого выполнять свои ролевые обязанности, как правило, приводит к гиперфункциональности других членов семьи, которые вынуждены брать на себя его функции (Downs, W.R., 1982).

Безуспешность попыток изменить поведение больного героиновой наркоманией, как правило, приводит к постепенному истощению («выгоранию») его близких, способствует формированию негативного самоотношения и пассивной жизненной позиции. Такое «выгорание», на наш взгляд так же является значимой детерминантой в значительной степени определяющей психическое функционирование родственников наркозависимого.

Противопоставление или недооценка выше описанных механизмов, определяющих личностное функционирование женщин, имеющих близкие родственные отношения с аддиктом (деформация в результате хронического стрессового воздействия, «выгорание» и тенденция к созданию симбиотических отношений), представляется терапевтически неблагоприятным.

Выводы.

1. Использование концепции созависимости в качестве теоретического основания при разработке специализированных мероприятий для родственников аддиктивных больных представляется затруднительным в силу таких факторов как: недооценка культуральной специфичности; отсутствие единого определения, согласованного описания феноменологии и этиологии данного явления; недостаточная научная обоснованность концепции; стигматизирующий родственников больного характер терминологии; акцент на личностной дисфункциональности близких, сочетающийся с недооценкой влияния «бремени» болезни и конструктивно-совладающей активности личности.

2. Ориентация на полное избегание конфронтации представляется неэффективной, поскольку затушевывает необходимый в работе с родственниками момент «отзеркаливания» того вклада, который они вносят в формирование и поддержание клинической картины аддиктивного расстройства их близкого.

3. При проведении психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий необходимо соблюдать баланс, направляя усилия не только на выявление дисфункциональности, но и на поддержание здоровой активности личности.

ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА

Быкова И.С., Артемова О.В.

Оренбург
ОрГМУ,
ГБУЗ Оренбургский областной центр по профилактике и борьбе со Спид и ИЗ

В последние годы наблюдается неуклонный рост заболеваний системы кровообращения среди детей. Возраст начала таких заболеваний как артериальная гипертензия, миокардиодистрофия, атеросклероз и т. д., считавшихся раньше прерогативой почти исключительно взрослых, значительно помолодел, изменилась клиническая картина и прогноз патологических состояний (Иванова О.В., 2000; Ващенко Л.В., Белозеров Ю.М., 2004). По данным Доклада о состоянии здоровья детей в Российской Федерации по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г. (Москва, 2003) среди детей 0-14 лет частота заболеваний сердечно-сосудистой системы с 1992 по 2002 г. увеличилась более, чем в 3 раза, среди подростков 15-17 лет – более, чем в 2,5 раза.

В структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы с конца 90-х годов одно из ведущих мест занимают нарушения сердечного ритма (Школьникова М.А., 2000, 2012), которые имеют склонность к затяжному и длительному течению. Дети, страдающие нарушениями сердечного ритма, относятся к группе повышенного риска внезапной смерти и инвалидизации. В то же время при своевременной диагностике, адекватном наблюдении и лечении возможно полное восстановление нормального сердечного ритма.

Клиническая характеристика разных вариантов сердечных аритмий дает основание предполагать сложный этиопатогенез этих состояний, включающий и психологические особенности детей, страдающих нарушениями сердечного ритма (Данилова Н.Н., 1995). По данным многочисленных исследований (Антропов Ю.Ф., 2000; Беляева Л.М., Хрусталева Е.К., 2000) у детей, имеющих высокий риск психосоматического расстройства оказываются, в первую очередь, такие особенности, как низкий порог чувствительности к раздражителям, высокая интенсивность реакций на внешние раздражители, трудности адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций и склонность к их длительному сохранению. Эти дети отличаются сдержанностью, недоверчивостью, тревожностью, сенситивностью, склонностью к легкому возникновению фрустраций. Имеется мнение об особой роли агрессивности и тревожности в происхождении психосоматических расстройств (Макарова О.Ф., 1999).

По данным Великановой Л.П. и Шевченко Ю.С. (2006) у детей с нарушением ритма сердца в латентном периоде выявлялись повышенный уровень нейротизма и тревоги, изменения направленности личностного реагирования.

Системная медико-психологическая реабилитация предполагает, что больной наряду с врачом выступает в лечебном процессе как субъект. Адекватно сформированное субъективное отношение ребенка к своему недугу, желание помочь самому себе и ответственное отношение к своему здоровью являются важными факторами, оказывающими влияние на эффективность лечения, успешность психологической и социальной адаптации, повышение качества жизни, а также указывает на возможные пути психологической профилактики дезадаптивных срывов и кризов (Николаева В.В., 1976).

Возникает актуальная проблема тщательного изучения субъективного отношения к болезни, личностных свойств детей с функциональными нарушениями ритма сердца для более эффективной комплексной медико-психологической реабилитации.

Цель: определить личностные свойства и отношение к болезни детей младшего школьного возраста с функциональным нарушением ритма сердца, а также влияние личностных свойств на отношение к болезни.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Исследовать личностные свойства детей младшего школьного возраста с нарушением ритма сердца функционального характера и провести сравнительный анализ личностных свойств детей в экспериментальной и контрольной группе.

2. Определить отношение к болезни детей младшего школьного возраста с нарушением ритма сердца функционального характера.

3. Исследовать влияние личностных свойств на отношение к болезни у детей с функциональным нарушением ритма сердца.

Выборка: дети младшего школьного возраста (7-10 лет) с нарушениями ритма сердца функционального характера.

При выборе данной возрастной группы мы опирались на мнение ряда исследователей (Н.А. Белоконь, 1987; Берман Р.Е., Воган В.К., 1987), рассматривающих период от 7 до 11 лет как «первый пик формирования» нарушения ритма сердца.

Исследование проводилось на базе Областной детской клинической больницы, кардиоревматологического отделения. Всего обследовано 45 человек в возрасте от 8 до 10 лет с диагностированным нарушением ритма сердца функционального характера. Заболевание наблюдается у детей не менее года. Контрольную группу составили 35 условно здоровых детей младшего школьного возраста.

Экспериментально-психологическое исследование включало следующие методики: для исследования свойств личности ребенка использовался «12 – факторный опросник» Р. Кеттелла (детский вариант); уровень тревожности оценивался с помощью методики «Многомерная оценка детской тревожности» Е.Е. Ромицыной, позволяющей многомерно оценить характеристики тревожности у детей; определение преобладающего типа отношения к болезни проводилось с использованием методики ТОБОЛ. Опросник разработан в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. Бехтерева с целью оценки личностного реагирования на болезнь.

Анализ результатов исследования показал, что для детей младшего школьного возраста с нарушением ритма сердца функционального характера характерны следующие личностные свойства: повышенная возбудимость, чрезвычайная активность, стремление к доминированию, высокое чувство ответственности и высокая самооценка.

Выявлены следующие, достоверно значимые (при p $p \leq 0.01$) различия личностных свойств детей контрольной и основной группы по следующим факторам «12 – факторного опросника» Кеттелла (детский вариант) – D (возбудимость) – 54% и 20% соответственно, E (стремление к доминированию) – 57,2% и 20%, G (высокое чувство ответственности) – 80% и 34,2% основной и контрольной группы соответственно.

Также необходимо отметить у детей экспериментальной группы тенденцию к застенчивости, робости, высокому уровню тревожности и высокому самоконтролю.

Для детей с нарушением ритма сердца характерен повышенный уровень тревожности, который имеет тенденцию к генерализации – проявляется в широком контексте отношений, видов деятельности и общения.

Показатель вегетативной реактивности, обусловленной тревогой, отражающий вероятность нейровегетативного и психосоматического реагирования на тревожный фактор среды имеет достоверно более высокие значения у основной группы по сравнению с контрольной (при $p \leq 0.001$).

Преобладающий тип отношения к болезни у детей основной группы – анозогнозический. Таким образом, для детей младшего школьного возраста с функциональным нарушением

ритма сердца, характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам.

Корреляционный анализ показал положительную взаимосвязь между: гармоничным типом отношения к болезни и такими личностными свойствами как открытость, уверенность в себе, возбудимость, высокий самоконтроль; анозогнозическим типом отношения к болезни – с храбростью; между тревожным типом отношения к болезни и следующими личностными свойствами – возбудимость, тревожность; сенситивным типом и чувствительностью, открытостью, высоким самоконтролем; эгоцентрическим типом отношения к болезни и возбудимостью. Также была выявлена отрицательная корреляция между эгоцентрическим типом отношения к болезни и храбростью, ответственностью.

По результатам проведенного исследования определены первоочередные «мишени» для психокоррекционной и психотерапевтической работы с детьми младшего школьного возраста с функциональным нарушением ритма сердца: высокий уровень возбудимости, тревожности, ответственности, а также выработка адекватного отношения к имеющемуся нарушению ритма сердца.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНЫМ ИНТЕЛЛЕКТОМ, АНТИЦИПАЦИОННЫМИ СПОСОБНОСТЯМИ И IQ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Василевская Е.А., Менделевич В.Д.

Казань
Казанский ГМУ

Как известно, социальная адаптация больных шизофренией значительно в большей степени зависит от степени нарушений когнитивных функций, чем от позитивных симптомов. В отличие от синдромов психоза, когнитивные нарушения присутствуют на всем протяжении болезни, усиливаются по мере прогрессирования заболевания и являются основой причиной снижения психосоциального функционирования пациентов с шизофренией даже во время клинической ремиссии. У пациентов с шизофренией нарушаются все когнитивные функции, включая восприятие, память, внимание, мышление и другие. Нарастание когнитивных нарушений сказывается на снижении психосоциальной адаптации больных, включая самообслуживание, уровень самостоятельной жизни в социуме, выполнение различных обязанностей. За счет нарушения памяти и внимания, страдает умение составлять и выполнять планы, решать новые проблемы, требующие привлечение новых знаний, страдают также и исполнительные функции, проявляющиеся в процессах постановки цели, планировании, контроле, умении использовать обратную связь. В связи с этим особое значение приобретает исследование более сложных когнитивных функций, к которым относятся антиципация, вероятностное прогнозирование и социальный интеллект, поскольку имеются данные о том, что при шизофрении отмечаются существенные отклонения функционирования системы прогнозирования будущего и межличностных отношений.

В связи с вышеперечисленным представлялось актуальным изучить взаимосвязи нарушения социального интеллекта, вероятностного прогнозирования, антиципации и IQ у пациентов с шизофренией. Были поставлены следующие задачи: 1) изучить уровень социального интеллекта, антиципации, вероятностного прогнозирования и IQ у пациентов с шизофренией 2) провести сравнительный анализ полученных данных, выявить возможные корреляционные связи между антиципацией, социальным интеллектом, вероятностным прогнозированием и IQ.

Было обследовано 100 пациентов (50 мужчин и 50 женщин) с установленным диагнозом «шизофрения, параноидная форма» в возрасте от 17 до 65 лет, с длительностью заболевания более 5 лет в состоянии становления медикаментозной ремиссии. Было проведено одномоментное поперечное исследование. Для исследования использовались экспериментально-психологические методики: тест антиципационной состоятельности В.Д. Менделевича, тест «Способность к прогнозированию» Л.А. Регуш, тест Дж. Гилфорда и М. Салливен и IQ – тест «Прогрессивные матрицы Дж. Равена». Для подсчета корреляций была использована программа Statistica 8,0.

Результаты исследования выявили у 49% обследованных пациентов общую антиципационную несостоятельность. При этом, личностно-ситуативная антиципационная несостоятельность была выявлена у 76% обследованных, пространственная – у 67% пациентов, временная – у 75%. Исследование особенностей вероятностного прогнозирования показало, что у 8% обследованных пациентов выявились высокие значения показателя вероятностного прогнозирования, у 52% – средние и у 40% – низкие. Показатели социального интеллекта у 88% пациентов оказались ниже среднего, у 4% – низкие и у 8% – средние. Коэффициент интеллекта пациентов варьировал от 78 до 118 – то есть от низкого уровня до высокого.

Методом ранговой корреляции Спирмана было выявлено несколько корреляционных связей. В том числе связь была определена между снижением социального интеллекта и снижением вероятностного прогнозирования ($p<0,05$; $R\approx0,25$). Также была выявлена достоверная прямая корреляционная связь ($p<0,01$; $R\approx0,31$) между коэффициентом интеллекта и социальным интеллектом. Кроме того, прямая взаимосвязь была выявлена между общей антиципационной состоятельностью и социальным интеллектом ($p<0,05$; $R\approx0,21$). Как и следовало ожидать, была выявлена прямая корреляционная связь между вероятностным прогнозированием и общей антиципационной состоятельностью ($p<0,01$; $R\approx0,36$). Вероятностное прогнозирование также коррелировало с пространственной ($p<0,01$; $R\approx0,27$) и временной антиципационной состоятельностью ($p<0,01$; $R\approx0,40$). Интересно, что была выявлена достоверная прямая корреляционная связь между возрастом и общей антиципационной состоятельностью ($p<0,05$; $R\approx0,21$). Кроме того, было определено, что в обследованной группе пациентов с шизофренией у мужчин достоверно лучше развито вероятностное прогнозирование ($p<0,01$; $R\approx0,29$). Кроме того, была определена прямая связь между возрастом и длительностью заболевания ($p<0,01$; $R\approx0,67$). Другие исследуемые параметры не показали связи с возрастом, полом и длительностью заболевания.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКА TOSCA-3 В ИССЛЕДОВАНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Виноградова М.Г., Хохлова О.Ю.

Москва
Московский ГУ им. М.В. Ломоносова

Исследование нарушений эмоциональной сферы при расстройствах личности требует анализа разноуровневых переживаний и состояний, выступающих как дескриптивные черты данной клинической группы. Перспективным представляется дифференциация проявлений, изучение механизмов и определение роли в формировании устойчивых паттернов поведения так называемых сложных чувств, например, чувств вины и стыда. Современными исследователями активно разрабатываются представления о феноменах вины и стыда как результате

конфликта между любовью и ненавистью в отношениях матери и ребенка, результате конфликта интроектов и идеалов, неправильном способе интерпретации событий, составляющих категории этических чувств и категории совесть, регулятивной способности, механизме социального контроля (Dull-Hentschker, 2008; Nellisen, Zeelenberg, 2009; Prinz, Nichols, 2010; Ketelaar, Au, 2003; Carni et al., 2013; De Hooge et al., 2007; Gangemi, Mancini, 2011; Tangney, Dearing, 2002; Carni et al., 2013).

Понимание вины и стыда как сложных чувств, метафеноменов, в противовес элементарным чувствам, ставит задачу использования адекватного методического инструментария для их исследования.

В нашей работе изучались диагностические возможности методики TOSCA-3 (Test of Self-Conscious Affect-Version 3) (Tangney, Dearing, Wagner & Gramzow, 2000). В ответ на запрос в Университет Джорджа Мейсона (George Mason University) нам был выслан текст опросника на английском языке, а также его перевод на русский язык. Данный опросник является последней версией широко используемого в зарубежных исследованиях опросника TOSCA (Tangney, Dearing, Wagner & Gramzow, 1989). И хотя данный метод не является широко используемым в отечественной психологии, к нему постепенно появляется интерес и предпринимаются попытки внедрения его в репертуар используемых методик (Makogon I.K., Enikolopov S.N. 2013). Опросник состоит из 11 негативных и 5 позитивных сценариев, для каждого из которых предложены варианты реакции. Каждый ответ относится к одной из следующих субшкал: стыд, беспристрастность, вина, тенденция видеть причину во внешних обстоятельствах, высокомерие (Alpha Pride) и гордость (Beta Pride) (M. Lewis 2000; Tangney et al. 1989).

Для содержательного анализа особенностей выполнения теста проведено сопоставление его результатов с результатами выполнения теста рисуночной фрустрации С. Розенцвейга, который позволяет обсуждать наличие тенденций к обвинению внешних препятствий и других людей, к самообвинению (связанному с чувством вины и угрызениями совести), к попыткам уклониться от выражения упреков и к рассмотрению ситуации примиряющим образом, а также предоставляет материал для качественного анализа различных параметров психической деятельности (М.Г. Виноградова, А.Л. Рыжов, 2011).

В исследовании приняло участие 57 испытуемых. В контрольную группу включены 37 здоровых испытуемых, не обращавшихся ранее за психиатрической помощью, 10 мужчин и 27 женщин в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст 40±12,9). В экспериментальную группу включены 20 больных с диагнозами истерическое, шизотипическое, шизоидное, пограничное и обсессивно-компульсивное расстройства личности; 7 мужчин и 13 женщин в возрасте от 19 до 51 года (средний возраст 35±11,2).

По результатам исследования было установлено, что все переживания, исследуемые методикой TOSCA-3 (за исключением вины), более выражены у испытуемых экспериментальной группы. Данный факт соответствует общепризнанному положению о присущих больным с расстройствами личности особенностях эмоционально-аффективной сферы. При отсутствии значимых отличий по общему показателю вины в отдельных вопросах были установлены значимые различия между ответами испытуемых двух групп. Эти ситуации связаны с переживаниями неуспеха при выполнении значимой деятельности, что можно сопоставить с отмечаемой данными больными собственной неуспешностью в социальном функционировании, которая часто выступает причиной обращения за специализированной психиатрической помощью.

В результате сопоставления данных, полученных в тесте С. Розенцвейга и опроснике TOSCA-3, в экспериментальной группе обнаружена значимая корреляция между поиском причин во внешних обстоятельствах и экстрапунитивными ответами эго-защитного типа (r =0,53), что свидетельствует о характерном для больных с расстройствами личности поиске причины происходящего во вне. Дополняющим это положение является отрицательная корреляция между данным показателем и интрапунитивными реакциями (r =-0,57). Обращает на себя внимание тот факт, что в двух подгруппах из группы здоровых испытуемых (женщин от 20 до 25 и женщин от 26 до 40) обнаружена отрицательная корреляция этой шкалы с экстрапунитивными ответами (r =-0,61), однако, в подгруппе женщин от 20 до 25 это экстрапунитивные реакции препятственно-доминантного типа. Таким образом, выявляется значительное отличие в переживании этих состояний в норме и патологии. В то время как больные с расстройствами личности сопровождают поиск причин во внешних обстоятельствах с внешнеобвиняющими реакциями, у здоровых испытуемых либо нет никакой значимой связи между этими реакциями, либо же поиск причин во внешних обстоятельствах противопоставляется внешнеобвиняющим реакциям.

При сопоставлении ответов в тесте С.Розенцвейга и в опроснике TOSCA-3 у испытуемых экспериментальной группы обнаружилась высокая корреляция между шкалами стыда и вины с интрапунитивными ответами (r =0,88). В контрольной группе аналогичная корреляция наблюдается только в подгруппе женщин в возрасте от 20 до 25 лет, однако, в целом отмечаются другие корреляции шкал вины и стыда с направлениями реакции в тесте Розенцвейга. А именно, в подгруппе женщин отмечается отрицательная корреляция шкалы вины с экстрапунитивными ответами эго-защитного характера (r =-0,62), в подгруппе мужчин также обнаружена отрицательная корреляция шкал вины и стыда с экстрапунитивными ответами препятственно-доминантного типа (r =-0,72).

Можно предположить, что с возрастом изменяется переживание вины и стыда и его поведенческое проявление. В том факте, что у больных этого изменения не происходит, могут обнаруживаться особенности их эмоционального развития.

На основании полученных данных, можно констатировать не только разные связи между ответами, полученными использованными методиками у разных групп испытуемых, но и присутствие фактора пола как значимого, при анализе ответов здоровых испытуемых. Последнее нуждается в уточнении и требует дополнительного изучения.

Следует отметить, что ряд сценариев в опроснике обращается к социальному опыту, однако, это не всегда правомерно для людей с разным социальным положением и образовательным уровнем. Так, например, предложенные сценарии предполагают способность испытуемого хорошо дифференцировать и рефлексировать переживания вины и стыда, что является сложной задачей для многих испытуемых даже из группы нормы (Averill et al. 2002).

К ограничениям опросника TOSCA-3 помимо уже названных факторов социальной желательности, разной значимости сценариев и способности к дифференциации и рефлексированию переживаний вины и стыда, относится еще ряд факторов. Одним из важных и требующих быть учтенным при анализе и интерпретации ответов ограничением, является теоретическая предпосылка создателя теста о непатологической природе вины (Tangney, Dearing, 2002), в связи с чем конструкт «вины» может быть недостаточно хорошо прописан для группы больных. Это может объяснять некоторые из полученных нами результатов, а именно, незначительное расхождение вины в экспериментальной и контрольной группах и наличие корреляции между шкалами вины и стыда в силу того, что данные конструкты частично накладываются друг на друга и недостаточно дифференцированы. Еще одним важным ограничением является тот факт, что изначально методика разрабатывалась на группе здоровых испытуемых, поэтому для определения области использования опросника в клинической практике необходимы дальнейшие исследования.

СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ПОДРОСТКОВ – ЖЕРТВ ШКОЛЬНОГО БУЛЛИНГА

Воликова С.В., Калинкина Е.А.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
Московский городской психолого-педагогический университет

Начатые в 70-х годах XX столетия скандинавскими учеными систематические исследования проблемы школьного насилия (буллинга) показали, что существенный процент детей в школах подвергаются издевательствам со стороны одноклассников. Под школьным насилием (буллингом) понимается психологическое или физическое насилие одних школьников по отношению к другим, а также учителей по отношению к ученикам (Петросянц, 2011). Систематическое пребывание в такой травмирующей ситуации (ситуации школьного насилия – буллинга) может приводить к снижению учебной мотивации, отказам от посещения школы, делинквентному поведению, появлению симптоматики тревожных и депрессивных расстройств, повышению риска суицидального поведения как у непосредственных жертв школьного насилия, так и у детей, не подвергавшихся насилию непосредственно, но наблюдавших ситуацию травли (Fekkes M., Pijpers F, Verloove-Vanhorick P., 2004, Бердышев И.С., Нечаева М.Г., 2005, Healy M., 2012, Losey B., 2011). Отечественных исследований этого явления мало, хотя в нашей стране оно также распространено (Кон И.С., 2006, Кривцова С.В., 2011, Собкин В.С., Смыслова М.М., 2012, Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б., 2013).

Цель исследования: сравнить выраженность симптомов тревоги и депрессии у детей – жертв школьного буллинга, а также исследовать особенности детско-родительских отношений у детей этой группы.

Выборка: было обследовано 234 школьника 5-8 классов московских общеобразовательных школ. Из них 127 мальчиков, 107 девочек. Средний возраст обследованных детей – 12,6 лет. Все подростки имели разрешение родителей или законного представителя на работу с психологом.

Методики: опросник детской депрессии (М.Ковак), Опросник личностной тревожности (Прихожан А.М.), опросник Школьная ситуация (Зарецкий В.К., А.Б.Холмогорова) для оценки школьной ситуации и мотивации общения, анкета для выявления фактов школьного насилия и определения позиции детей по отношению к этой проблеме (Воликова С.В., Нифонтова А.В.), опросник «Стили эмоциональных коммуникаций» (Холмогорова А.Б.).

Результаты. На основе анкетирования была выделена группа подростков – жертв школьного буллинга. Это 12,8% от всех обследованных детей (30 чел. из них 17 мальчиков, 13 девочек, средний возраст 12,5 лет). Они составили основную группу исследования. Остальные дети (204 чел. из них 110 мальчиков, 94 девочки, средний возраст 12,6 лет) составили контрольную группу. Больше всего дети – жертвы школьного буллинга подвергаются вербальной агрессии. Они (до 60% детей основной группы) признаются, что одноклассники часто обзывают, высмеивают, унижают их, распространяют о них ложную негативную информацию. Реже, но встречаются и случаи физической агрессии по отношению к самому ребенку или его имуществу (в этом признаются до 17% детей основной группы). Дети основной группы говорят (в анкете можно было выбрать несколько ответов), что их травят и обижают из-за внешнего вида (50% основной группы), особенностей их поведения (37%), национальности (27%). Перечисленное является основными поводами для агрессии. В основной группе у 30% детей выявлен повышенный уровень тревожности, в контрольной группе таких 14%. У детей-жертв школьного буллинга, по сравнению с контрольной группой, выше уровень школьной (p=0,004*), самооценочной (p=0,003*), межличностной (p=0,000**) тревожности, а также выше уровень депрессии (p=0,003*). Таким образом, среди детей, которых травят в школе, чаще встречаются дети с симптомами депрессии и тревоги. Они оценивают свою школьную ситуацию как менее благополучную, чем контрольная группа. Дети – жертвы школьного буллинга чаще прогуливают школу (p=0,005*), у них больше трудностей в учебе (p=0,000**), меньше друзей (p=0,000**). Они чаще, чем дети из контрольной группы оказываются один на один со своими проблемами. По разным причинам они не обращаются за помощью к взрослым. Одной из причин этого может быть то, что дети-жертвы школьного буллинга считают отношения с учителями плохими, конфликтными, лишенными доверия (p=0,032*). Также они видят меньше помощи и поддержки от родителей по поводу школьных проблем (0,012*). Родители детей – жертв школьного буллинга очень контролируют жизнь детей и часто критикуют их (p=0,037*). В ходе исследования выявлялись особенности отношений детей отдельно с матерью и отцом. По результатам данного исследования матери обижаемых детей проявляют меньше истинной заинтересованности и внимания к жизни ребенка (p=0,006*). Это отличает семьи основной и контрольной группы. В отношении отцов различий между основной и контрольной группами детей не обнаружено.

Обсуждение результатов и выводы: можно предположить, что повышенный родительский контроль и критика, формальное отношение лишают детей уверенности в своих силах, не способствуют развитию самостоятельности. Таким детям и подросткам трудно самим справляться с возникающими сложностями. У них существует дефицит представлений о способах преодоления трудностей, о возможных стратегиях разрешения конфликтов со сверстниками. Проблемы в отношениях с родителями и учителями могут приводить к тому, что дети – жертвы школьного буллинга не обращаются за помощью и не ищут защиты у взрослых, остаются со своими проблемами один на один. У ребенка могут возникнуть симптомы депрессии или тревоги. Если ребенок не находит способ прекратить издевательства, не может справиться с ситуаций, то от отчаяния и безвыходности он может начать думать о самоубийстве, как о выходе из травмирующей ситуации. Для преодоления данной проблемы важен системный подход, который должен быть основан на взаимодействии всех субъектов учебно-воспитательного процесса, в том числе учителей, родителей, психологов, группы сверстников.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ», HAPIEE)

Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Панов Д.О., Есипенко О.В.

Новосибирск
НИИ терапии и профилактической медицины,
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний

Цель исследования: Установить гендерную дифференциацию в отношении к своему здоровью и информированности о факторах риска ССЗ среди населения в возрасте 25-64 лет открытой популяции России/Сибири (г.Новосибирск)

Материалы и методы: В рамках II скрининга программы ВОЗ «MONICA-psychosocial« обследована случайная репрезентативная выборка населения обоего пола 25-64 лет г.

Новосибирска в 1988 г.(847 женщин и 739 мужчин) и случайная репрезентативная выборка населения обоего пола 45-64 лет г. Новосибирска по программе HAPIEE в 2003 г. (1074 женщин и 576 мужчин). Использовалась шкала «Знание и отношение к своему здоровью» программы ВОЗ «MONICA-psychosocial«. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS версия 11,5.

Результаты. В открытой популяции населения 25-64 лет женщины (89,5%-91%) чаще мужчин (70,5%-74,8%) имели жалобы на свое здоровье. Большинство респондентов полагало, что недостаточно заботятся о своем здоровье. Две трети участников исследования допускали вероятность того, что могут заболеть серьезной болезнью в течение ближайших 5-10 лет, если заранее не принять предупредительные меры, а современная медицина может предупредить и лечить только некоторые болезни сердца. Мужчины в 2-3 раза чаще, чем женщины проверялись у врача. Женщины (53,3%) были больше склонны продолжать работу, чем мужчины (42,7%). Больше половины мужчин и женщин, если болезнь была обусловлена гриппом или сопровождалась температурой, оставались дома. Большинство участников исследования считали, что профилактическая проверка полезна для здоровья.

Заключение. Несмотря на положительную мотивацию в плане профилактики, а также достаточной информированности о факторах риска ССЗ сохраняются негативные тенденции в отношении к собственному здоровью, как среди мужчин, так и женщин. Причем у женщин эта тенденция превалирует, несмотря на более частые жалобы на здоровье.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ, ПЕРЕЖИВАНИЯ ВИНЫ И СТЫДА И КОПИНГ-ЮМОР ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Григорьева И.В., Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Олейчик И.В., Ениколопов С.Н.

Москва
НЦПЗ

Высокая распространенность повышенной социальной тревожности и страхов у больных шизофренией обусловлена особенностями их социального функционирования: аутистический отказ от взаимодействия с другими, дефицит и нарушение социального познания, трудности понимания социальных ситуаций, бредовые идеи, подозрительность и др. (Критская с соавт., 1991). В связи с этим, все более распространенными становятся исследования, сосредоточенные на изучении копинг-стратегий у пациентов с социофобией. Юмор признается многими авторами одним из наиболее эффективных и механизмов совладающего поведения. Поскольку больные шизофренией могут неверно понимать юмор, быть более к нему уязвимыми, чем здоровые, то вероятно, их способность использовать юмор в качестве копинг-стратегии также ограниченна.

Целью исследования стало изучение влияния копинг-юмора на различные аспекты социальной тревожности, а также связанные с ней эмоции стыда и вины у больных шизофренией в сравнении с группой психически здоровых людей.

Методы исследования. В экспериментальную группу вошли 34 больных шизофренией (F20.0, F20.1,F20.2, F21.3 по МКБ-10), 15 женщин и 19 мужчин в возрасте от 18 до 35 лет. Контрольную группу составили102 психически здоровых человека того же возраста – 72 женщины и 30 мужчин.

В исследовании использовались следующие опросники:

Шкала совладания с помощью юмора в адаптации Артемьевой (2011), Шкала социальной тревожности Либовица и Шкала страха негативной оценки в адаптации Григорьевой с соавт. (в печати), Опросник социальной тревоги и социофобии (Сагалакова, Труевцев, 2012), Опросник стыда и вины в адаптации Макогон и Ениколопова (2014).

Результаты и их обсуждение. Были получены различия в уровне социальной тревожности между экспериментальной и контрольной группами, которые, однако, имеют гендерную специфику. Мужчины, больные шизофренией, испытывают большую уверенность в критичном отношении окружающих ($p<0,05$), но не отличаются от здоровых мужчин по другим показателям социофобии. Женщины, больные шизофренией, склонны испытывать тревогу в более широком спектре социальных ситуаций, чем здоровые женщины и обе группы мужчин: в ситуациях формального общения и взаимодействия, в ситуациях совершения действий в общественных местах, в большей степени склонны избегать ситуаций совершения действий в общественных местах ($p<0,05$).

Сравнение экспериментальной и контрольной групп показало, что пациенты в меньшей степени склонны использовать юмор как копинг-стратегию (M=17,84 и 20,04 соответственно при $p<0.05$).

Для анализа связи склонности использовать копинг-юмор с выраженностью различных аспектов социальной тревожности использовался однофакторный дисперсионный анализ (One way ANOVA). Результаты анализа показали, что у здоровых женщин при возрастании тенденции к использованию копинг-юмора снижается склонность к избеганию совершения действий в общественных местах ($F=4,36$, $p=0,04$), стремление к избеганию социальных ситуаций ($F=8,17$, $p=0,006$) и стремление к преодолению социальной тревожности ($F=7,43$, $p=0,008$).

В группе женщин, больных шизофренией, при увеличении тенденции использовать юмор в качестве копинг-стратегии, снижается стремление к преодолению социальной тревожности ($F=10,26$, $p=0,007$).

В группе здоровых мужчин склонность к использованию копинг-юмора связана с низкой выраженностью таких компонентов социальной тревожности, как страх ($F=4,58$, $p=0,04$) и избегание совершения действий в общественных местах ($F=7,33$, $p=0,011$), переживание нехватки социальных навыков ($F=4,38$, $p=0,043$).

В группе больных шизофренией мужчины, которые в большей степени склонны использовать копинг-юмор, в меньшей степени испытывают страх критики и отвержения при межличностном контакте ($F=6,06$, $p=0,03$), переживают нехватку социальных навыков ($F=8,32$, $p=0,01$) и проявляют меньшее стремление к избеганию социальных ситуаций ($F=9,89$, $p=0,006$).

Корреляционный анализ показал, что в группе психически здоровых людей социальная тревожность связана как со стыдом, так и с виной (по всем шкалам r от 0.235 до 0.780 при $p<0.05$). В группе больных шизофренией социальная тревожность связана преимущественно с реакциями избегания при чувстве стыда.

Для анализа влияния копинг-юмора на эмоции стыда и вины, возникающих в контексте социальной тревожности, был проведен двухфакторный дисперсионный анализ (Two-way ANOVA). У здоровых женщин при возрастании тенденции к использованию копинг-юмора снижается вероятность негативной оценки своих действий при чувстве вины ($F=4,881$ при $P=0,030$). При учете социальной тревожности эта связь подтверждается только при низкой выраженности страха совершения действий в общественных местах ($F=4,579$ при $P=0,041$), а при высокой его выраженности связи нет. Другие компоненты социальной тревожности влияния не оказывают.

В группе женщин, больных шизофренией, увеличение склонности к использованию копинг-юмора сопряжено со снижением тенденции к негативной самооценке при чувстве стыда – при низкой выраженности страха межличностных контактов ($F=8,347$ при $P=0,020$) и при низкой выраженности тревоги, связанной с совершением действий в общественных местах

(F=13,149 при P=0,007). Склонность использовать копинг-юмор также связана со снижением тенденции негативно оценивать свои поступки при чувстве вины – при низкой выраженности стремления к избеганию социальных ситуаций (F=9,299 при P=0,011). Интересно, что при высокой выраженности этих компонентов социальной тревожности влияние копинг-юмора на оценку стыда и вины соответственно становится обратным.

Здоровые мужчины с более выраженной тенденцией к использованию копинг-юмора в меньшей степени склонны негативно оценивать свое поведение при чувстве вины (F=4,430 при P=0,045), а также в меньшей степени склонны к негативной самооценке при чувстве стыда (F=4,265 при P=0,049), даже при выраженной склонности к избеганию совершения действий в общественных местах. Копинг-юмор также оказывает смягчающее воздействие на реакции отказа при стыде, но только при низких значениях стремления к преодолению социальной тревоги (F=6,696 при P=0,016).

В группе мужчин, больных шизофренией, вне зависимости от социальной тревожности копинг-юмор оказывает смягчающее воздействие на склонность негативно оценивать свое поведения при чувстве вины (F=6,045 при P=0,026) и негативную самооценку при чувстве стыда (F=8,657 при P=0,010). При низких уровнях страха негативной оценки, у мужчин, больных шизофренией, использование юмора как копинг-стратегии связано со снижением стремления к компенсации ущерба при чувстве вины (F=5,086, P=0,041).

Таким образом, полученные результаты подтверждают, что больные шизофренией используют юмор в качестве стратегии совладания реже, чем здоровые люди. Юмор как копинг-стратегия эффективен в отношении одних компонентов социальной тревожности и неэффективен в отношении других. Использование юмора как копинг-стратегии помогает совладанию с переживаниями вины и стыда при низком уровне социальной тревожности и может оказываться неэффективным и даже иметь негативное влияния при высоком ее уровне. В норме у мужчин при низком уровне социальной тревожности юмор способствует преодолению стремления к избеганию при чувстве стыда. У мужчин при шизофрении при низкой выраженности социальной тревожности юмор снижает стремление к компенсации ущерба при чувстве вины. Полученные результаты могут быть использованы в целях диагностики и построения психокоррекционных программ.

Исследование проведено при поддержке РГНФ грант №13-06-00024

ТИПЫ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ПРЕОБЛАДАЮЩИЕ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГБУ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МИЛОСЕРДИЯ Г. МОСКВЫ

Гусакова З.С., Дементьева И.А., Соколов Д.А., Дручинина Е.П.

Москва
ГБУ Геронтопсихиатрический центр милосердия г. Москвы

Выявление типа приспособительного поведения при поступлении пациента в стационарное учреждение социальной защиты психоневрологического профиля является актуальной задачей для разработки индивидуального комплекса социально-реабилитационных мероприятий. Для решения этой задачи мы используем Карту многомерной оценки, модернизированную нами под специфику пациентов геронтопсихиатрического профиля. Таким образом, уже в течение первой недели пребывания появляется информация, позволяющая оценить особенности направленности личности, поведенческого реагирования.

В процессе заполнения Карты многомерной оценки психического состояния лиц, поступающих в Геронтопсихиатрический центр милосердия г. Москвы (далее – ГЦМ), при исследовании состояния по всем диагностическим осям, нами изучается в т.ч. тип приспособительного поведения. В Карте это соответствует Функциональной оси. Оценочные критерии особенностей поведенческого реагирования больного выделяют четыре основных типа (по В.М. Воловику, 1985г.) – конструктивный, регрессивный, дезадаптивный и неопределенный. В свою очередь дезадаптивный тип подразделен на антисоциальный и морбидный подтипы.

При изучении поступивших за полугодовой период (с октября 2014 по март 2015 года) в ГЦМ пациентов выявлено, что у 50,7% определялся дезадаптивный антисоциальный и дезадаптивный морбидный типы тип приспособительного поведения, характеризующиеся диссоциальными установками или нарушениями мотивационного мышления. Причиной этого являлись актуальные патологические переживания. Из общего числа обследованных 10,6% было отнесено к регрессивному типу, основной чертой которого среди геронтопсихиатрических пациентов является уход от реальности, зависимой личностной позицией, высокой потребности в опеке. 38,7% было отнесено нами к неопределенному типу, характеризующемуся сочетанием особенностей других типов, что не позволяет выделить ни один из перечисленных.

Являясь составным элементом комплексной, целостной оценки состояния пациентов – многоосевой диагностики, оценка поведенческого реагирования поступающего пациента позволяет быстро выработать оптимальную тактику социально-реабилитационных и лечебных мероприятий. Динамика поведенческого реагирования на фоне проводимых мероприятий может служить одним из критериев их адекватности и позволяет вносить своевременные коррективы на каждом этапе социально-реабилитационного процесса.

ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В СВЕТЕ ЗАДАЧ ПСИХОТЕРАПИИ

Гусева О.В., Коцюбинский А.П., Кокоулина Ю.Ю.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
СПбГУ

Задачи психотерапии при работе с пациентами шизофренического спектра заключаются в повышении адаптационного потенциала личности, понимаемого как способность к структурным и уровневым изменениям ее качеств и свойств, что повышает личностную организованность и устойчивость. Механизмы совладания (копинг) и механизмы психологической защиты рассматриваются как способы регуляции адаптационных ресурсов, а также как способ организации их в структуре адаптационного ответа (А.М. Богомолов, 2008). Большинством авторов признается взаимосвязь совладающего поведения и механизмов психологической защиты как важнейших форм адаптационных процессов, дополняющих и координирующих работу друг друга и, в целом, образующих индивидуальный профиль защитно-совладающего поведения человека. При этом диапазон осознанно используемых индивидуумом копинг-стратегий вовзрослой жизни во многом зависит от структуры частично или полностью неосознаваемых ведущих типов психологической защиты, сложившихся в раннем детстве; но оба процесса являются важнейшими механизмами, обеспечивающими адаптацию индивида.

Цель исследования. Изучение особенностей социально-психологической адаптации пациентов с малопрогредиентными формами заболеваний шизофренического спектра (ШС), выявление типовых конструктов неэффективного защитно-совладающего поведения, требующих психотерапевтической коррекции.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 143 человека, из них: 58 больных отделения биопсихосоциальной реабилитации СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева с заболеваниями шизофренического спектра, с малопрогредиентным течением (основная группа). Сравнительная группа включала 85 здоровых лиц.

Использовался методический комплекс: интегративный тест тревожности (А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, 2005); опросник для изучения копинг-стратегий Р. Лазаруса (WCQ, The Waysof Coping Questionnaire, 1988); тест для изучения механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля»Плутчика-Келлермана-Конте (LSI, Lifestyleindex – (в адапт.Вассерман Л.И. и др., 1998).Статистическая обработка данных проводилась с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни, методом сравнения средних при помощи Т-критерия при предварительной проверке выборок на гомогенность дисперсий при разночисленных выборках, корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение. Выявлены статистически значимые различия между группами по всем базовым показателям защитно –совладающего поведения. В основной группе показатели личностной тревожности и ситуативной тревожности выше, при этом высокий уровень тревожности не связан с другими параметрами функционирования личности; в здоровой выборке преобладает более низкий уровень тревожности, взаимосвязанный с другими показателями защитно-совладающего поведения. Таким образом, у здоровых, в отличие от больных ШС, тревога играет сигнальную, адаптационную функцию.

Сопоставление средних значений показателей в виде профиля способов совладающего поведения (СП) и механизмов психологической защиты (МПЗ) в двух сравниваемых группах выявило достаточно неожиданный факт: более интенсивное использование больными с малопрогредиентными заболеваниями ШС совладающего поведения и менее интенсивное – психологической защиты. Полученные результаты рассматриваются нами как «недостаточная роль» МПЗ в качестве регулятора внутриличностного баланса у больных с малопрогредиентными формами заболеваний ШС (в отличие от повышенной напряженности МПЗ, выявляемой у больных с более прогредиентными эндогенными психозами, также являющейся неблагоприятным и значительно более дезадаптивным фактором). Можно предположить, что больные со стертыми заболеваниями ШС компенсируют когнитивные и личностные затруднения чрезмерными усилиями в осознанном приспособительном поведении, что обеспечивает лучший, чем у больных с прогредиентными формами шизофрении, уровень функционирования, но при этом их показатели адаптации значительно ниже, чем здоровых. Т.е. краевое положение малопрогредиентных форм заболеваний шизофренического спектра обусловлено, в том числе, и особенностями внутренней психической регуляции индивидуумов.

Выявлены различия между группами в предпочтении как продуктивных, так и непродуктивных копинг-стратегий. Непродуктивные копинг – стратегии («бегство-избегание») достоверно чаще используется больными с заболеваниями ШС. Продуктивные способы совладающего поведения «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка» значительно выше у лиц из здоровой выборки. Обращает на себя внимание тот факт, что использование продуктивной стратегии «планирование решения проблемы» характерно для здоровых респондентов, в то время как больные ШС больше склонны к использованию стратегии«принятие ответственности» и «самоконтроль». Т.е. даже при формировании продуктивного копинг – поведения, для больных характерно усиление внутреннего сдерживания, контроля в ущерб активному преобразованию проблемной ситуации, решению проблемы, что является менее эффективным для адаптации в социуме, а в сочетании со стратегией «бегство-избегание« – даже самодеструктивным, учитывая повышенную интенсивность используемых стратегий.

Проведенное исследование выявило повышение общей напряженности психологических защит (ОНЗ) в обеих группах, причем в группе здоровых значительно выше за счет использования зрелых механизмов психологической защиты («замещение», «интеллектуализация»). Использование незрелых механизмов психологической защиты было отмечено в обеих группах, однако для больных ШС более характерна «регрессия», в то время как у лиц здоровой выборки значительно преобладает «отрицание». Корреляционные исследования выявили взаимосвязь МПЗ «отрицание» у здоровых с продуктивными способами совладания со стрессом, т.е. у здоровых МПЗ «отрицание» выступает в качестве защиты, стимулирующей продуктивную деятельность.

Выводы. У здоровых лиц внутренняя психическая регуляция, осуществляемая на неосознаваемом уровне и уровне сознательного социального поведения, характеризуется использованием широкого диапазона МПЗ и способов совладания, с преобладанием зрелых и продуктивных механизмов. У больных с малопрогредиентными формами заболеваний ШС преобладают менее зрелые МПЗ, а также менее эффективные копинг-стратегии, к тому же, используемые «на пределе возможностей» и сопровождаемые превышением нормативных показателей тревоги. На основании результатов проведенного исследования в качестве мишени психотерапии при малопрогредиентных заболеваниях ШС может быть рассмотрен следующий конструкт: МПЗ «регрессия« в сочетании с неэффективной триадой копинг-стратегий («бегство-избегание«,«самоконтроль«, «принятие ответственности«), а также высокий уровень личностной и ситуативной тревоги, отражающий сензитивность личности. Оптимальным представляется интегративный подход, сочетающий когнитивно – поведенческие методы (с целью коррекции тревоги, выстраивания более гармоничного профиля осознаваемых стратегий совладающего поведения) с определенными психодинамически ориентированными интервенциями (с целью либо снижения дезадаптивного МПЗ «регрессия» за счет интерпретации и проработки, либо укрепления противоположных тенденций – открытости, самостоятельности, уверенности).

Последнее может быть решено за счет создания в лечебном учреждении и в контакте со всеми специалистами особой, необходимой для структурных личностных изменений атмосферы доверия и безопасности, уважения, поощрения самостоятельного выбора и принятия решения, и дезавуирования степени риска в связи с этим поведением.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В СТРЕССОВОЙ СИТУАЦИИ

Денисов Е.М., Абрамов В.А.

Донецк
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель исследования. Оценка качества жизни (КЖ) лиц, находящихся в состоянии хронического стресса, связанного с боевыми действиями в Донбассе.

Материал и методы исследования. Было проведено анкетирование 70 студентов 4-го курса ДонНМУ им. М. Горь-

кого (73,1% женского и 26,9% мужского пола) в возрасте от 20 до 40 лет. Нами была разработана специальная анкета респондента, которая включала в себя социально-демографические данные, уровень стрессогенности переживаемой ситуации, длительность пребывания в зоне вооруженного конфликта, категорию граждан, пострадавших вследствие боевых действий, оценку влияния стресса на физическое и психическое здоровье.

Оценка КЖ проводилась при помощи опросника SF-36, состоящего из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал. Физический компонент здоровья (Mental Health) включал в себя «физическое функционирование» (PF), «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP), «интенсивность телесной боли» (BP), «общее состояние здоровья» (GH). Психический компонент здоровья (Mental Health) состоял из следующих шкал: «психическое здоровье» (MH), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE), «социальное функционирование» (SF), «жизненная активность» (VT). Оценка представленных шкал изменялась от 0 до 100 баллов. Более высокие результаты указывали на лучшее КЖ.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6,0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. По данным анкеты респондента у 39 человек (55,7%) отмечается средний уровень стрессогенности переживаемой ситуации, у 25 чел.(35,7%) – высокий, и только у 6 студентов (8,6%) – низкий уровень. Большинство опрошенных (46,2%) все время находились в зоне военного конфликта, 32,8% – более 6 месяцев, 12% – 5-6 месяцев, 7,5% – 3-4 месяца, 1,5% – 1-2 месяца. Около половины студентов (48,5%) относят себя к категории лиц из мирного населения, проживающих на территории с военными действиями, пострадавших морально и психологически. Большинство студентов (61,2%) наблюдают субъективное ухудшение психического здоровья.

Отмечено негативное влияние хронического стресса, связанного с боевыми действиями на восприятие психического здоровья студентов: «социальное функционирование» (64,3±23,0 балла), «психическое здоровье» (67,0±23,1 балла), «жизненная активность» (67,2±20,5 балла), «ролевое эмоциональное функционирование» (70,3±27,4 балла). Низкое восприятие своего психического здоровья связано с наличием у опрошенных соматических жалоб (головная боль, тошнота, сердцебиение и т.д.), внутренней напряженности, тревоги, страха, опасения за свою жизнь, сниженного настроения, пессимистических мыслей, неуверенности за свое будущее. Это все приводит к ограничению социальной активности студентов (межличностное общение, проведение времени с друзьями, семьей, отношения в коллективе).

Эмоциональное состояние опрошенных мешает выполнению работы в повседневной деятельности, характеризуется уменьшением объема выполненной работы, снижением ее качества (67,2±14,7 балла).

Наиболее высокая оценка КЖ у студентов отмечается в шкалах «физическое функционирование» (86,3±27,4 балла), «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (83,7±20,7 балла), «телесная боль» (79,8±19,9 балла).

Выводы. Таким образом, наличие у студентов длительного стрессового фактора, связанного с военным конфликтом, приводит к значимому ухудшению качества жизни и более низкой оценки своего психического здоровья. Практическая значимость исследования состоит в том, что результаты дают определенные теоретические и прикладные знания, которые могут быть использованы для дальнейшей оценки личностного потенциала, повышения стрессоустойчивости, жизнестойкости и преодоления кризисных состояний у лиц, пострадавших от боевых действий.

УРОВЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Денисов Е.М., Абрамов В.А.

Донецк
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель исследования. Оценка уровня нервно-психического напряжения (НПН) студентов-медиков, находящихся в состоянии хронического стресса, связанного с военным конфликтом в Донбассе.

Материал и методы исследования. Нами было проведено исследование 70 студентов 4–го курса ДонНМУ им. М. Горького (73,1% женщин и 26,9% мужчин) в возрасте от 20 до 40 лет. Для оценки социально-демографических особенностей, субъективного уровня стрессогенности переживаемой ситуации, продолжительности пребывания в зоне боевых действий, категории лиц, пострадавших в результате вооруженного конфликта, влияния стресса на физическое и психическое здоровье, использовалась специально разработанная анкета респондента.

Для оценки уровня НПН использовался опросник «определение нервно-психического напряжения», разработанный Т.А. Немчиновым. Опросник включал в себя 30 пунктов, разделяющий каждый их пунктов на три степени: слабо выражен (1 балл), средняя степень выраженности (2 балла), резко выражен (3 балла). По содержанию опросника все признаки разделялись на три группы утверждений: первая группа отражала наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны внутренних органов, вторая группа – наличие (отсутствие) психического дискомфорта и жалоб со стороны психической системы, третья группа – общая характеристика, частота, продолжительность, степень выраженности НПН.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6,0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты и их обсуждение. Большинство студентов (55,7%) определяли субъективный уровень стресса как средний, 35,7% – как высокий, и только 8,6% – как низкий уровень. Подавляющее большинство (79%) опрошенных находились в зоне военного конфликта более 6 месяцев. Около половины (48,5%) относили себя к категории граждан из мирного населения, проживающих на территории с боевыми действиями, пострадавших морально и психологически. Большинство студентов (61,2%) отмечали субъективное ухудшение психического здоровья.

Полученные результаты НПН по методике Т.А. Немчина свидетельствуют о наличии у опрошенных физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны внутренних органов. Так, 54,3% студентов отмечают различные не выраженные и не мешающие работе болевые ощущения. 57,1% респондентов наблюдают легкий дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта (снижение аппетита, тошнота, тяжесть в подложечной области). У 51,1% опрошенных выявляются неприятные ощущения в области сердца в виде покалывания и сжатия, лабильность АД, сердцебиение, тахикардия.

Необходимо отметить некоторую активизацию когнитивной деятельности студентов (внимание, память, сообразительность, умственная работоспособность) на фоне снижения эмоционального состояния (настроение, особенность эмоционального состояния в целом, уверенность в своих силах). У 43% студентов эмоциональный фон характеризуется ощущением подавленности, озабоченности, пессимистичности. 57,1% опрошенных отмечают чувство усталости, безразличие, апатию, снижение психического тонуса. У 51,4% студентов определяют не выраженные проблемы со сном в виде трудности засыпания,

частных ночных пробуждений, кошмарных сновидений. Такое же количество респондентов (51,4%) отмечают, что данные проблемы развиваются часто, но только при наличии реально трудных ситуациях. 57,1% опрошенных считают, что психическое напряжение продолжается в течение всего времени пребывания в зоне военного конфликта. Общая степень НПН почти у половины опрошенных (49,5%) соответствует умеренному уровню психического напряжения. Среднее значение по данной методике равняется 42,7±10,5 баллам, что свидетельствует о второй степени психического напряжения (ощущение подъема, готовности к работе и сдвига в сторону симпатикотонии).

Выводы. Таким образом, хронический стресс (более 6 месяцев), связанный с вооруженным конфликтом, приводит к развитию нервно-психической напряженности II степени по Т.А. Немчинову. С одной стороны происходит активация симпатической нервной системы, когнитивных функций, с другой стороны – снижение эмоционально-волевых функций, появление физического дискомфорта. Практическая значимость работы состоит в том, что полученные результаты дают определенные теоретические и прикладные знания, которые могут быть использованы для дальнейшей оценки личностного потенциала, повышения стрессоустойчивости, жизнестойкости и преодоления кризисных состояний у лиц, пострадавших от боевых действий.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ УТРАТАХ

Добряков И.В., Дегтярева К.В.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель этой работы создать алгоритм получения в России доступной психологической и психотерапевтической помощи членам семей, переживающим перинатальную утрату. Актуальность темы обусловлена тем, что перинатальная смертность в РФ продолжает оставаться высокой, хотя в последние годы и имеет тенденцию к снижению. Причем снижение происходит преимущественно неонатальной смертности при гораздо меньшем снижении мертворождаемости (Суханова Л.П., 2011). Перинатальные утраты имеют большое социальное значение и являются не только общественной, медицинской, но и психологической проблемой (Денисова Т.Г., 2008). Перинатальная утрата создает психотравмирующую ситуацию, меняет семейные отношения, может провоцировать саморазрушающее поведение. Переживания перинатальной утраты могут быть разной интенсивности, порой требовать серьезных психотерапевтических вмешательств. Чем сильнее переживания, тем больше необходимо времени на то, чтобы справиться с ними (Volkan V., Zintl E., 2014).

Принятая в настоящее время Балтийская классификация перинатальной смертности (NICE) выделяет 13 разделов перинатальных утрат (I пороки развития; II-V антенатальная смерть; VI-VII интранатальная смерть; VIII-XII неонатальна смерть; XIII неклассифицируемая перинатальная смерть). К тяжело переживаемым перинатальным утратам иногда также относят невынашивания беременности, неудачи при экстракорпоральном оплодотворении и использовании других ВРТ, случаи внематочной беременности, аборт, некурабельное бесплодие, потери репродуктивных органов, смерть усыновленного младенца. Кроме того нужно учитывать, что не только гибель ребенка, но и выявление выраженных пороков развития плода при проведении обследования во время беременности, рождение ребенка-инвалида являются перинатальными потерями, создающими хроническую психотравмирующую ситуацию, так как у членов семьи не оправдалась надежда иметь здорового ребенка. Особенно тяжело переживает это женщина.

В России, в отличие от многих стран, отсутствует алгоритм и методические разработки по оказанию психологической помощи женщинам, членам их семей при перинатальной утрате. При поддержке Комитета по социальной политики Правительства СПб, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, СПбГУ, НИИАГ им. Д.О. Отта СЗО РАМН была разработана и начала внедрятся специальная программа «Продолжение жизни» (научный руководитель И.В. Добряков, руководители программ Е.В. Сусорова и В.В. Шувалова), целью которой является организации такой помощи, профилактика депрессий и саморазрушающего поведения у переживающих перинатальную утрату. Создан сайт http://www.lifecontinues.ru/admin. В его структуру входят два раздела: для клиентов, переживающих перинатальную утрату, и для специалистов, оказывающих им помощь. Первый содержит ресурсы, обеспечивающие доступность и быстроту получения бесплатной квалифицированной психологической и психотерапевтической помощи. Выбирая подходящий раздел сайта, посетители могут стать клиентами медицинских психологов, психотерапевтов, получить несколько бесплатных он-лайн или очных консультаций, сведения о возможности индивидуальной, семейной, или групповой помощи после выписки из медицинского учреждения. Второй раздел предназначен специалистам. Он содержит методические материалы, информацию о литературе, конференциях, семинарах, курсах обучения соответствующей тематики, а также документы, приказы, имеющие отношение к работе специалистов с переживающими перинатальную утрату. Проводится работа по созданию специального круглосуточного телефона доверия.

Наиболее эффективно комплексное оказание помощи переживающим перинатальную утрату разными специалистами. По тому, кто и каким образом может ее оказывать, нами было выделено 6 форм. 1. Информационная помощь нужна, когда человеку непонятно, что с ним происходит, что будет дальше, нарастает тревога, которая усугубляет и без того тяжелое состояние, развившееся в связи с утратой. Нужно знать, как пережить горе, что делать, чтобы не допустить его осложнений, чреватых ухудшением состояния и своего, и близких людей. 2. Психологическая поддержка человека, переживающего утрату, порой стремящегося к уединению, уклоняющихся от разговоров и утешений, нельзя надолго оставлять одного наедине со своим горем. Но чтобы не навредить, нужно знать, как правильно себя вести с ним, о чем и как говорить. Психологическая поддержка оказывается близкими людьми. 3. Духовная помощь нужна и показана переживающим утрату и верующим, и неверующим людям. Она затрагивает глубокие чувства и представления, касающиеся мировоззрения человека, помогает создать и (или) восстановить понимание смысла существования, снова обрести цели в жизни. Верующим людям духовная помощь оказывается священнослужителем соответствующей конфессии. Неверующие могут получить ее от близких людей, медицинских и социальных работников, психологов, но далеко не каждый человек (даже будучи специалистом) может оказать духовную помощь. 4. Психологическое консультирование оказывается психологом в виде рекомендаций, дающихся после ознакомления с сутью проблемы, учитывающих особенности личности клиента, его взаимоотношений с окружающими. Цель психологического консультирования – изменить чувства, мысли, действия людей таким образом, чтобы они наилучшим образом справились с проблемой. Психологическое консультирование необходимо переживающим утрату, а также желающим помочь им. Именно специалисты психологи могут профессионально оценить степень тяжести психической травмы, вызванной утратой, подобрать эффективную форму помощи. Психологи могут предложить и обсудить модели поведения, которые учитывают особенности ситуации утраты и личностей ее переживающих, способствуют повышению личной ответственности клиентов за ход их собственной жизни и жизни близких людей, достиже-

нию в конечном итоге гармонии с собой и окружающим миром. 5. Психотерапия показана переживающим утрату людям в том случае, когда горевание приобретает патологический характер, осложняется серьезными нервно-психическими расстройствами. Врач-психотерапевт может грамотно квалифицировать нарушения, определить психотерапевтические мишени, выбрать методику психотерапевтического воздействии на психику пациента, а через психику на его организм в целом. Психотерапия нередко сочетается с медикаментозным лечением. 6. Медикаментозная терапия часто требуется переживающим перинатальную утрату. При неосложненном горе возможно кратковременное лечение, при патологическом горевании часто требуется назначение длительных курсов. Медикаментозная терапия создает благоприятную почву для осуществления других форм помощи, делает их более эффективными. Подбор и назначение лекарств, определение длительности курса лечения осуществляют врач-психотерапевт или врач-психиатр.

Психологическое консультирование, психотерапию и медикаментозную терапию проводят только специалисты (психологи, врачи, желательно, прошедшие соответствующую подготовку). Информационную и психологическую поддержку, духовную помощь могут оказывать не только специалисты.

Очевиден вывод, что внедрение Программы способствует психологическому и социальному восстановлению женщин репродуктивного возраста, попавших в сложную жизненную ситуацию в связи с перинатальной утратой, имеет социальную значимость, т.к. приводит к улучшению климата в семье, ее сохранению, повышению рождаемости. Работа со специалистами (акушерами и психологами женских консультаций, родильных домов и гинекологических отделений стационаров), которые оказывают первичную помощь женщинам, потерявших ребенка, позволит избежать ятрогений, профессионального выгорания.

СВЯЗЬ СКЛОННОСТИ К СТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

Долныкова А.А., Самойлова Е.А.

Москва
МНИП –филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
Московский городской психолого-педагогический университет

Несмотря на то, что на сегодняшний день информация о душевных болезнях получает все более широкое распространение, явление «стигматизации» по прежнему имеет место быть, как и нежелание условно здоровых членов общества иметь отношение к возможному риску и профилактике психических расстройств.

В России до недавнего времени термин «психическое расстройство» ассоциировался в обществе только с изоляцией, антисоциальностью и опасностью. Согласно последним исследованиям (Ениколопов С.Н., 2013), в настоящее время этот процесс также имеет тенденции к изменению, однако движение происходит очень медленно.

Стигматизация больных оказывается способом совладания со страхом. (Бовина И.Б, Бовин Б.Г., 2013). Представления о психических болезнях в современном обществе по-прежнему содержат идеи об их неизлечимости и полной потере разума. Конкретных очевидных для непрофессионалов способов профилактики нет (исключая химическую зависимость). Таким образом, есть представление о том, что это может случиться с любым человеком. И наиболее частым способом «выхода» из такой ситуации является увеличение дистанции между собой и больными, признание их принципиально другими людьми. Этому способствует и то обстоятельства, что переживания больного бывает трудно понять и разделить здоровому человеку. Увеличение дистанции подчас влечет за собой и негативную оценку больного человека. С одной стороны – именно потому, что он отличается от меня, тот, кто не похож на меня – плох. Еще один способ уменьшить страх психической болезни – признать, что больной сам во многом в ней виноват.

Важно отметить, исследователи мало внимания уделяют тем, кто создает и поддерживает существование стигм в обществе. «Стигматизирующий« может пониматься в двух смыслах: 1) тот, кто создает условия и информацию, способствующие появлению стигм (продуцирующие мифы и их распространяющие) и 2) те, кто усваивает эти мифы и, действуя посредством них, – стигматизирует. Важным является выявление именно эмоционально-личностных и мотивационных особенностей субъекта, детерминирующих этот процесс. (Ениколопов С.Н., 2013)

Исследования обнаружили взаимосвязь стигматизации с абсолютно разными характеристиками, как социологическими, так и психологическими. (Nunally, 1971, Серебрийская, 2005, Долныкова, Демидова, 2015).

Цель исследования. Мы предположили, что такие психологические характеристики как локус контроля и степень выраженности симптомов психического неблагополучия могут оказывать влияние на склонность к стигматизации психически больных. Экстернальная или интернальная атрибуция происходящего со мной, событий моей жизни может проецироваться и на других людей, в частности, на больных. Если моя жизнь зависит от моих собственных действий, то я могу предполагать, что и другой человек может также влиять на свою собственную жизнь. Следующим шагом может быть осуждение тех людей, чья жизнь полна проблем, в частности, больных. Другой вариант отношения к больным, который может быть присущ с интернальной позицией – признание своей интернальности как собственного достоинства, присущего не всем людям. В этом случае человек может «великодушно прощать» больного, как человека, не обладающего этим достоинством. Люди с выраженной интернальностью могут легче принимать больных, считая, что от самого человека мало что зависит. Но могут и порицать их, как источник собственных отрицательных переживаний и отрицательных жизненных событий.

Наличие и отсутствие душевных проблем также может двояко сказываться на отношении к больным. С одной стороны собственные выраженные отрицательные переживания, наличие психопатологических симптомов может порождать ощущение близости и понимания, с другой – страх перед собственным психическим неблагополучием и потребность отгородиться от больных, чтобы доказать себе, что болезни со мной не случиться.

Для проверки этих предположений нами было предпринято пилотажное исследование.

Выборка: было обследовано 42 студента высокостатусных московских вузов, обучение к которых в общественном сознании ассоциируется с высоким интеллектом.

Методики: опросник «Социальные представления о психическом здоровье» (Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., Серебрийская Л.Я., Михайлова И.И., Степанова А.Ф., Балабанова В.В., НЦПЗ РАМН, 2005), опросник «Уровень субъективного контроля» Дж. Роттера (Адаптация Е.Ф.Бажина, С.А.Голынкиной, А М.Эткинда, 1984), симптоматический опросник SCL-90-R (Simptom Check List-90-Revised, клиническая тестовая и скрининговая методика, адаптация Тарабриной Н.В., 2001)

Результаты. По всем факторам опросника представлений о психическом здоровье больше или около половины испытуемых получили средние показатели факторов. То есть студенты в основном относятся к больным не слишком хорошо, но и не слишком плохо. Были выявлены корреляционные связи между некоторыми шкалами опросника SCL-90-R и факторами опросника представлений о психическом здоровье. Наибольшее число корреляций связывает шкалы SCL-90-R и фактор небиологических представлений о психических болезнях. То есть,

симптомы психического неблагополучия предполагают представление о болезни как о грехе, вине и пр.

В тоже время не было выявлено корреляций факторов опросника представлений о психическом здоровье с показателями УСК, что может быть связано и с недостаточностью выборки.

Было выявлено, что люди, попавшие в группу с высоким показателем агрессивного отношения к больным, не отличаются от групп со средним и низким показателем по уровню враждебности (по SCL-90-R). То есть люди, которые готовы агрессивно относиться к больным, не обладают большой агрессивностью и они агрессивны именно по отношению к душевнобольным.

Исследование личностных особенностей людей в связи со склонностью к стигматизации больных требует дальнейшего продолжения для того, чтобы прицельно создавать программы по уменьшению стигматизации и упрочению конструктивного (с учетом особенностей, но без осуждения и отвержения) отношения к больным.

АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ «ШКАЛА ИМПУЛЬСИВНОСТИ С. БАРРАТТА» (BIS-11)

Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Максимова М.Ю.

Москва
НЦПЗ

Шкала импульсивности Барратта BIS-11 [1] –анкета для самостоятельного заполнения, состоящая из 30 вопросов, которая определяет степень выраженности и выявляет характеристики расстройства контроля над импульсивностью. Анкета состоит из трех субшкал: 1-я шкала отражает выраженность двигательной импульсивности, 2-я – импульсивность, связанную со снижением способности к планированию; 3-я шкала определяет уровень когнитивной импульсивности.

Задачи исследования: оценка психометрических свойств Опросника BIS-11: ретестовой надежности, согласованностие а также оценка факторной и конструктной валидности российской версии опросника.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 200 испытуемых обоих полов в возрасте от 18 до 55 лет. Первую выборку (150 человек) составили здоровые испытуемые, которые заполняли бланковые версии методики BIS-11. 50 человек из этой выборки заполняли опросники BIS-11, I7, 16PF. Вторую выборку (50 человек) составили пациенты, соответствовавшие критериям эмоционально-неустойчивого (F60.3), диссоциального (F-60.4) и истерического (F60.2) расстройств личности (по МКБ-10). Пациенты второй выборки проходили стационарное лечение и заполняли опросники BIS-11,I7,16PF.

Использовались следующие методики: Шкала импульсивности Барратта (BIS-11); с целью установления конвергентной и дискриминантной валидности опросника использовались 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (16PF); Опросник I7 7-я версия А. Айзенк, С. Айзенк. (Адаптация Т. В. Корниловой, А. А. Долныковой). С целью проверки ретестовой надежности через четыре недели после первого заполнения методики 20 испытуемых повторно отвечали на вопросы Шкалы импульсивности Барратта (BIS-11). Статистический анализ результатов проводился в программе SPSS.

Результаты и обсуждение. Коэффициент Кронбаха для общей шкалы составляет 0.811, что свидетельствует о ее достаточной внутренней однородности. Для оценки ретестовой надежности рассчитывались коэффициент корреляции Пирсона между результатами первого и второго тестирований. Показатель rs составил 0, 825 при уровне значимости $p<0,01$, что свидетельствует о приемлемой ретестовой надежности методики.

Факторный анализ проводился на общей выборке. Чтобы проверить теоретическую модель, предложенную в исследовании Барратта с коллегами [1], количество факторов было сохранено и подвержено вращению PROMAX. Для проверки интеркорреляция между полученными субшкалами были рассчитаны коэффициенты корреляции Пирсона между факторами второго порядка. Все результаты статистически значимы (F1 vs F2:0,40; F1 vs F3: 0,52; F2 vs F3: 0,29; все $p<0,001$). В целом, факторная структура не сохранилась, это можно объяснить тем, что не совпадают исследовательские группы: в исследовании Паттона выборку составили студенты-психологи, специализирующиеся на организационной психологии, в нашем исследовании выборку составили люди различных социальных групп. В нашем исследовании была предложена другая факторная структура, которая, на наш взгляд, является адекватной и применимой к российской выборке.

Интерпретация факторов первого порядка показала, что в первый фактор вошла большая часть пунктов опросника, по наиболее сильно коррелирующим с ним пунктам его можно проинтерпретировать как фактор, характеризующий импульсивность, более связанный с моторной активностью испытуемых. Он оказался наполненным такими ситуационно-специфическими особенностями поведения испытуемых как: совершение действия под влиянием момента, тенденция действовать поспешно без обдумывания, способность к активному вниманию, способность контролировать свои действия. Во второй фактор, выделенный в 6-х факторном решении, вошли пункты, характеризующие уровень общей импульсивности: невнимательность к деталям, «неорганизованность», спонтанность. Третий фактор, также выделенный в 6-ти факторном решении, образуют пункты, связанные с когнитивной стабильностью: способностью концентрировать и удерживать внимание, готовностью к длительному напряжению, стабильностью мыслительной деятельности. Четвертый фактор можно проинтерпретировать как фактор, характеризующий уровень самоконтроля. Он отражает процессы, посредством которых человек управляет своими мыслями и поведением, а именно уровни произвольной саморегуляции, оттормаживание импульсивных порывов. Пятый фактор собрал все пункты, связанные со способностью к планированию, ожиданию отсроченного результата. Они отображают настойчивость и упорство, «последовательный стиль жизни». Шестой фактор можно проинтерпретировать как фактор, отображающий «получение удовольствия от решения умственных задач», способность концентрироваться, усидчивость.

Факторная структура второго порядка включает в себя три фактора, которые, в свою очередь, объединяют факторы первого порядка. Первый фактор второго порядка совмещает в себе первый фактор первого порядка и четвертый фактор первого порядка. В целом, этот фактор можно назвать «Самоконтроль». Второй фактор второго порядка совмещает в себе второй фактор первого порядка и пятый фактор первого порядка. Он отражает последовательность и настойчивость, способность к планированию. Третий фактор второго порядка совмещает третий фактор первого порядка и шестой фактор первого порядка. Этот фактор отображает процессы, связанные с вниманием.

При определении конструктной валидности рассчитывались корреляции между результатами опросника BIS-11 и специфическими шкалами опросников 16PF и I7. Шкала опросника BIS-11 положительно коррелирует со шкалой «Импульсивность» (.576**) и шкалой «Склонность к риску» (I7) (.325*). Таким образом, конструктная валидность в целом подтверждается. Что касается опросника 16PF, то значимая отрицательная корреляция шкалы наблюдается с фактором «Эмоциональная стабильность» (-.405**), что говорит о том, что людей, обладающих высоким уровнем импульсивности, можно охарактеризовать как нетерпеливых, раздражительных, переменчивых в настроениях, неустойчивых в интересах. Также шкала BIS-11

отрицательно коррелирует с фактором «Сознательность» (-.345**), что отражает тот факт, что люди, обладающие патологической импульсивностью, характеризуются недостаточной сознательностью, склонностью к непостоянству, подверженностью влиянию чувств, случая и обстоятельств. Была выявлена значимая отрицательная корреляция с фактором «Самоконтроль» (-0.407**), низкие оценки по этому фактору указывают на слабую волю и плохой самоконтроль. Деятельность таких людей неупорядочена и импульсивна. Положительную корреляцию с фактором «Смелость» (.218*) можно интерпретировать как взаимосвязь импульсивности с такими параметрами этого фактора как готовность к риску, спонтанность и живость в общении, склонность к авантюрам.

Сравнение здоровой и клинической групп показало, что при использовании критерия Барратта – общий балл по шкале Барата 75 и выше указывает на расстройство контроля импульсивности, а 70-75 указывает на патологическую импульсивность – выявляются статистически значимые различия между группами (Хи-квадрат =8,67**). Больные стационара значимо чаще имеют повышенный уровень импульсивности, что подтверждает гипотезу о том, что патологический уровень импульсивности входит в симптомокомплекс психопатий и других личностных расстройств.

Выводы. Приведены результаты апробации русскоязычной версии методики измерения импульсивности «Шкала Импульсивности Барратта» (BIS-11). Продемонстрированы надежность и валидность полученной российской версии опросника. Результаты исследования дают возможность рекомендовать российскую версию опросника BIS-11 для использования в клинической диагностике, в сфере обучения и воспитания, для определения профпригодности.

МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ О ЦЕЛЯХ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Захаров Н.Б.

Киров
Кировская областная КПБ

Одним из самых сложных методологических вопросов современной психиатрии является оценка эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий. Оценку результативности терапевтического вмешательства в стационаре необходимо соотносить с целью госпитализации (ЦГ). Если она достигнута, или имеется результат, который можно сопоставить с ожидаемым итогом, то вполне оправдано говорить об эффективности или неэффективности воздействия. Одновременно с этим, и ЦГ, и оценка эффективности лечения и реабилитации зависят от точки зрения или позиции, выбранной для анализа. Интересы общества, включая систему здравоохранения и социальные службы, часто отличаются от интересов пациента.

Целью работы явилось сравнение представлений о ЦГ в психиатрический стационар врачей-психиатров и пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы. Нами была разработана анкета для врачей-психиатров и пациентов, включающая рейтинговую шкалу по определению основной ЦГ и реабилитации. Респонденту предлагалось ответить на вопрос, что, по его мнению, является основной ЦГ и реабилитации. Среди возможных вариантов ответов было предложено: улучшение клинического состояния, повышение качества жизни (КЖ), уровня социальной адаптации (СА), уменьшение расходов на лечение, выработка социально-приемлимых форм поведения и уменьшение риска возможной социальной опасности, повышение способности к самостоятельному проживанию.

Анкетирование проводилось анонимно, в нем приняли участие 52 врача-психиатра и 103 пациента с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20-F29 по МКБ-10), проходивших лечение в стационарных условиях Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М.Бехтерева вследствие обострения психического расстройства. Анкетирование пациентов проводилось накануне выписки в состоянии клинической ремиссии, при необходимости предлагалась помощь экспериментатора.

Результаты исследования. Наиболее важным для врачей явилось улучшение клинического состояния пациентов, на это указали более половины респондентов (53,8%). Для пациентов улучшение состояния оказалось наиболее важным лишь для 29,2% опрошенных. Среди врачей улучшение КЖ пациентов оказалось наиболее значимым для 19,2% респондентов. Для большинства пациентов (44,7%) наиболее важным оказалось именно повышение КЖ, т.е., пациенты ожидают субъективное улучшение своего положения в обществе вследствие госпитализации и комплекса проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий. Врачи отметили повышение уровня СА как основную задачу госпитализации в 11,5% случаев. Только для 7,7% пациентов было наиболее актуально повышение уровня СА, что отражает или удовлетворенность своим функционированием в обществе, или нежелание изменить существующее положение вследствие снижения уровня притязаний. Ни один из врачей не отметил важность возможного уменьшения финансового бремени болезни вследствие госпитализации. В отличие от этого, небольшое количество пациентов (5,8%) рассматривают уменьшение финансовых расходов как приоритет среди задач госпитализации. Усвоение социально-приемлемых форм поведения в качестве основного направления стационарного лечения отметили примерно равное количество врачей (3,9%) и пациентов (4,9%). Повышение способности пациентов к самостоятельному проживанию оказалось наиболее актуальным для 7,7% врачей в отличие от 5,8% пациентов.

Выводы. Таким образом, выявленное исследование показало различие между мнениями врачей и пациентов о ЦГ. Для докторов основой является улучшение клинического состояния больного человека, после чего возможно проведение психосоциальных и реабилитационных мероприятий. Для пациентов наиболее важным представляется именно повышение КЖ, т.е. улучшение субъективного восприятия своего функционирования, «удовлетворенность жизнью».

Выявленные в данном исследовании различия свидетельствуют о необходимости сближения мнений двух основных участников терапевтического процесса – врача и пациента. Понимание единой ЦГ и задач стационарного лечения возможно с использованием методов психосоциальной терапии и реабилитации на основе принципов биопсихосоциального подхода и партнерства. Это, в свою очередь, позволит оптимизировать и индивидуализировать терапевтический процесс, а также разработать критерии эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

ПРОКРАСТИНАЦИЯ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В НОРМЕ И ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Зверева М.В., Олейчик И.В., Омельченко М.А., Румянцев А.О.

Москва
НЦПЗ

Цель: исследование прокрастинации и личностных особенностей (включая самооценку) у молодых людей обоего пола в норме и при психической патологии.

Выборки: исследованы клиническая (КГ) и нормативная (НГ) группы испытуемых. НГ – 61 человек, мужчины и женщины 18-25 лет, не имеющие психических заболеваний на момент исследования, студенты средних специальных или высших учебных заведений г. Москвы, г. Электросталь и г. Брянска. КГ-54 человека (27 мужчин и 27 женщин), больные 3 и 4 отделений ФГБНУ НЦПЗ, того же возраста, имевшие или имеющие опыт обучения в средних специальных или высших учебных заведениях. Клиническая оценка группы больных была проведена научными сотрудниками центра: д.м.н. Олейчик И.В. (3-е отделение ФГБНУ НЦПЗ) и к.м.н. Омельченко М.А. совместно с Румянцевым А.О. (4-е отделение ФГБНУ НЦПЗ). КГ была ими поделена на 4 подгруппы в соответствии с диагнозом: КГ F20.01 – шизофрения приступообразная; КГF25 – шизоаффективные расстройства; КГF31 – биполярное аффективное расстройство; КГ F60 – специфические расстройства личности.

Методики: опросник PASS, опросник Розенберга, методика самооценки по Дембо-Рубинштейн. Опросник PASS (Procrastination assessment scale for students) на академическую прокрастинацию разработан L.J. Solomon, E. D. Rothblum, переведен и адаптирован на русскоязычной выборке. В опроснике три части: I – частота прокрастинации, II – причины прокрастинации, III – личностные характеристики прокрастинатора. Для оценки параметров личности применен опросник на самоуважение Розенберга, который западными специалистами используется для определения уровня самооценки. С той же целью применена отечественная методика исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн с классическими и дополнительными шкалами, соответствующими личностной части опросника PASS: самоконтроль, импульсивность, организованность, избегание неудач. Статистическая обработка производилась в программе SPSS (версия 20).

Результаты. Рассмотрим значимые корреляции факторов соответствующих частей опросника PASS и параметров самооценки по тестам Розенберга и Дембо-Рубинштейн.

I часть опросника – частота. В НГ частота прокрастинации имеет следующие связи с личностными параметрами. Положительная корреляционная связь (коэффициент корреляции Пирсона) была обнаружена с характеристиками по Дембо-Рубинштейн «избегание неудач» ($r=0,451$, при $p<0,01$), отрицательные связи частоты прокрастинации были выявлены с характеристиками «самоконтроль» ($r=-0,412$, при $p<0,01$) и «организованность» ($r=-0,446$, при $p<0,01$). В КГ F20.01 и F60 не было выявлено значимых связей для частоты прокрастинации и личностных характеристик. Для КГ F25 была выявлена отрицательная связь показателя опросника Розенберга и частоты прокрастинации $r=-0,768$, при $p<0,05$. В КГ F31 была выявлена отрицательная связь показателя частоты со шкалами Дембо-Рубинштейн «счастье» ($r=-0,891$, при $p<0,05$) и «самоконтроль» ($r=-0,829$, при $p<0,05$).

II часть опросника причины прокрастинации. Причина прокрастинации «социальная тревожность» была связана с личностными характеристиками и опросником Розенберга. НГ имеет отрицательную связь показателя «социальная тревожность» с опросником Розенберга $r=-0,388$ при $p<0,01$. Значимые связи обнаружены не во всех КГ. В КГ F20.01 обнаружена положительная корреляционная связь с такими параметрами методики Дембо-Рубинштейн как «ум» ($r=0,577$, при $p<0,05$)и «организованность» ($r=0,500$, при $p<0,05$). В КГ F60 обнаружена отрицательная связь «социальной тревожности» с опросником Розенберга $r=-0,427$ при $p<0,05$ и связь с показателем по Дембо-Рубинштейн «избегание неудач» ($r=0,593$, при $p<0,01$).

Причина «Лень» имеет связь в НГ со следующими личностными параметрами по Дембо-Рубинштейн: «самоконтроль» $r=-0,316$ при $p<0,05$ и «избегание неудач» $r=0,271$ при $p<0,05$. В КГ F20.01 была обнаружена связь с параметром «счастье» $r=0,558$ при $p<0,05$. В КГ F31 обнаружена значимая связь с параметром «ум» $r=-0,832$ при $p<0,05$, и «импульсивность» $r=0,815$ при $p<0,05$. В КГ F60 была получена связь с параметрами «ум» $r=0,412$ при $p<0,05$ и «избегание неудач» $r=0,410$ при $p<0,05$.

Фактор прокрастинации «Вызов» не имеет связей в НГ ни с одним личностным параметром по методике Дембо-Рубинштейн, ни с опросником Розенберга. В КГ отмечена связь только для КГ F20.01 – параметр «характер» $r=0,512$ при $p<0,05$. Фактор прокрастинации «Плохой перфекционизм» в НГ имеет только отрицательную связь с опросником Розенберга $r=-0,436$ при $p<0,05$. В КГ обнаружена связь только для КГ F60 по опроснику Розенберга $r=-0,499$ при $p<0,05$ и по двум шкалам Дембо-Рубинштейн: «самоконтроль» $r=-0,457$ при $p<0,05$ и «избегание неудач» $r=0,599$ при $p<0,01$.

III часть опросника – личностные характеристики прокрастинатора. Корреляционные связи обнаружены с показателями самооценки по опроснику Розенберга и методике Дембо-Рубинштейн. Характеристика «самоконтроль» в PASS имеет следующие значимые корреляционные связи в НГ с самооценкой по Дембо-Рубинштейн: «самоконтроль» $r=0,455$ при $p<0,01$ «организованность» $r=0,433$ при $p<0,01$ и «избегание неудач» $r=0,441$ при $p<0,01$. У больных были выявлены значимые связи для КГ F20.01 с опросником Розенберга $r=0,641$ при $p<0,01$; шкалами по Дембо-Рубинштейн: «характер» $r=0,532$ при $p<0,05$ и «организованность» $r=0,530$ при $p<0,05$. В КГ F60 обнаружены значимые связи со шкалами Дембо-Рубинштейн: «организованность» $r=0,471$ при $p<0,05$ и «избегание неудач» $r=-0,713$ при $p<0,01$. В КГ F25 и КГ F31 не было найдено значимых связей. Характеристика «организованность» в PASS имеет одну значимую связь в НГ со шкалой «характер» по самооценке Дембо-Рубинштейн $r=0,311$ при $p<0,05$. В КГ были найдены связи только для КГ F20.01 по шкале «импульсивность» $r=-0,519$ при $p<0,05$ и КГ F60 по шкале «организованность» $r=0,423$ при $p<0,05$. У больных КГ F25 и КГ F31 не было найдено значимых связей. Характеристика «импульсивность» в PASS имеет значимую связь в НГ с опросником Розенберга $r=-0,342$ при $p<0,01$ и со шкалами по Дембо-Рубинштейн: «импульсивность» $r=0,374$ при $p<0,01$ и «организованность» $r=-0,263$ при $p<0,05$. В КГ F31была выявлена значимая связь со шкалами: «ум» $r=0,876$ при $p<0,05$ и «характер» $r=0,920$ при $p<0,01$, а для КГF60 только со шкалой «импульсивность» $r=0,575$ при $p<0,01$. Характеристика «избегание неудач» в PASS имеет в НГсвязь со шкалой «самоконтроль» по Дембо-Рубинштейн $r=-0,258$ при $p<0,05$, а для КГ F60 по шкале «избегание неудач» $r=0,628$ при $p<0,01$. Для остальных групп больных не было выявлено значимых корреляций.

Резюме. Анализ корреляционных связей по I части опросника не выявил сходства между группой нормы и какой-либо клинической группой. Можно полагать, что причины, определяющие частоту прокрастинации в сопоставляемых выборках, различны.

Анализ корреляционных связей по II части опросника выявил их определенное сходство в НГ и группе личностной патологии (КГ F60). Это касается соответствий и по опроснику Розенберга и по тесту Дембо-Рубинштейн. Для остальных групп больных подобного сходства не обнаружено. Можно полагать, что среди основных причин прокрастинации у пациентов КГ F20, КГ F25, КГ F31 на первый план выступают иные связи, чем для НГ и КГ F60.

Анализ корреляционных связей по III части опросника также показал определенное сходство пациентов с личностной патологией (КГ F60) и НГ. Для других пациентов такого соответствия не обнаружено.

Анализ корреляционных связей по всему опроснику PASS и шкал методики Дембо-Рубинштейн показывает, что ни в одной из групп показатели прокрастинации не связаны со шкалой «здоровье». Отметим, что есть сходные связи PASS со шкалами самооценки по Дембо-Рубинштейн в НГ и при личностной патологии (КГ F60): самоконтроль, организованность, импульсивность, избегание неудач. Остальные шкалы методи-

ки самооценки по Дембо-Рубинштейн имеют корреляционные связи с факторами PASS только в патологии (ум, характер, счастье).

Исследование показало, что механизмы, определяющие частоту прокрастинации в норме и при психической патологии различны. Обнаружено определенное сходство КГ F60 и НГ по причинам прокрастинации и личностным особенностям прокрастинаторов.

ПРОЯВЛЕНИЯ ФЕНОМЕНА АЛЕКСИТИМИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГОВ

Зиньковский А.К., Антоновский А.В.

Тверь

ОУ ВО Тверской институт экологии и права

Алекситимия является относительно новым понятием в изучении эмоций и личностных характеристик человека. Само понятие «алекситимия» образовано от трех греческих слов («а« – отсутствие, «lexis« – слово, «thymos« – эмоция) и в дословном переводе означает «отсутствие слов для описания чувств». В наиболее общем виде алекситимия применяется для обозначения совокупности признаков особого коммуникативного стиля, который характеризуется затруднением вербализации эмоций.

Как отмечает один из первых отечественных исследователей феномена алекситимии Н.Д. Былкина, история появления данного понятия во многом является своеобразным свидетельством отсутствия внимания общества к проблеме нарушения контакта человека со своей эмоциональной сферой (Былкина Н.Д., 1995). В настоящее время понятие «алекситимия» заняло прочное место в научной литературе и, несмотря на критику, приобретает все большую популярность, выходя за рамки контекста психосоматических концепций, где оно первоначально возникло. Это подтверждается исследованиями авторов, рассматривающие данный феномен через призму медицины и психологии (Былкина Н.Д., 1995; Провоторов В.М. и соавт., 2000; Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., 2003; Никулина Д.С., 2005;).

Одна из распространенных точек зрения на происхождение алекситимии – это модель «отрицания», при которой предполагается глобальное торможение аффектов, или «оцепенение», наступающее в результате психологической травмы. В данном случае алекситимия рассматривается как защитный механизм личности, хотя и не является защитой в классическом психоаналитическом качестве. Кроме того, при алекситимии возможно преобладание незрелых психологических защит – отрицания, проективной идентификации, которые рассматриваются не столько как защиты в классическом понимании, а как защитоподобное поведение личности (Wise T.N. и соавт., 1991; Parker J.D. и соавт., 1998).

Базовый конфликт при алекситимии – это конфликт между эмоциональной природой человека и отказом от этой природы – «попыткой жить «во вне«, игнорируя эмоциональную сторону жизни. Результат этого – дефицитарные контакты, отрицающий когнитивный стиль и разрастание физиологического компонента эмоций, которые не осознаются и не перерабатываются на психологическом уровне» (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1999, с. 68). Недооценка важности и действенности эмоциональности, ее игнорирование приводит к утрате навыков психогигиены эмоциональной жизни, что прямым образом может сказываться на профессиональном здоровье, а также качестве жизни в целом. К возможным последствиям можно отнести возрастание числа депрессий, конфликтное поведение, состояние неудовлетворенности себя и своей жизнью, трудности установления теплых, доверительных контактов и получения социальной поддержки.

В исследовании приняли участие 115 педагогов из девяти общеобразовательных школ г. Твери. (женщины от 21 до 69 лет). Учителя были разделены на группы согласно педагогическому стажу: первая группа – со стажем работы 1-15 лет (33 чел.), вторая группа – со стажем работы 16-30 лет (60 чел.), третья группа – со стажем работы более 30 лет (22 чел.). Для исследования выраженности алекситимии использовалась Торонтская алекситимическая шкала (Toronto Alexithymia Scale) (см. таблицу). До настоящего времени исследование алекситимии у педагогов общеобразовательных школ практически не изучалось (Антоновский А.В., 2009), и в связи с этим анализ данного феномена представляет определенный научный интерес в контексте изучения защитного и совладающего поведения в целом. По данным Д.Б. Ересько и соавт., адаптировавших шкалу к русскоязычному контингенту, «алекситимический» тип личности набирает 74 балла и выше. «Неалекситимический» тип набирает 62 балла и ниже. Соответственно, условно можно выделить три типа личности: алекситимический, неалекситимический и неопределенный (Ересько Д.Б. и соавт., 1994).

Как показывает анализ данных, представленный в таблице, достоверных различий между всеми тремя группами педагогов выявлено не было. Распределение баллов по всей выборке попадают в так называемую «зону неопределенности». Можно говорить о том, что для всех педагогов в той или иной степени присущ определенный конфликт в отношении себя и окружающего социального мира. Профессиональная деятельность педагогов предполагает постоянное общение с различными людьми, а также постоянное эмоциональное взаимодействие, и тем не менее возможны трудности в осознании собственных чувств и последующем их выражении с другими. На основе этого возможна определенная напряженность, приводящая к эмоциональному дискомфорту. Необходимо отметить, что по данным предварительного анкетирования, около трети педагогов (32 человека, 27,8%) в силу социально-экономических условий имеют еще дополнительную занятость (дополнительная ставка в школе, репетиторство), что определенным образом способствует формированию трудоголизма. Но трудоголизм является непродуктивной формой организации трудовой деятельности, приводящий, в большинстве случаев, к эмоциональному выгоранию. В этом смысле «… алекситимия и трудоголизм сопутствуют друг другу, затрудняя контакт не только с собой, но и с окружающим миром, приводя к вещной, предметной ориентации взамен ориентации на других людей, являясь при этом механизмом формирования клинических форм зависимости» (Никулина Д.С., 2005, с. 35).

Проблема эмоциональной гибкости, эмоционального выражения себя и своих действий – одна из наиболее актуальных научно-практических проблем. Выраженная эмоциональная экспрессивность выступает одним из важных условий успешного взаимодействия и воздействия – высшей степени психической заразительности, что особенно важно в общении с детьми, характерной чертой которых является подражательность. Дефицит эмпатийной способности у педагогов с высокими показателями алекситимии может приводить к социальной изоляции, которая, в свою очередь, может способствовать психической и физической заболеваемости.

Одним из перспективных и, более того, необходимых направлений исследований является изучение алекситимии, во-первых, во взаимосвязи с механизмами защит и стратегиями совладания педагога для ее определения в структуре защитного и совладающего поведения и, во-вторых, изучение и анализ данного феномена должно обязательно строиться с учетом рассмотрения определенных жизненных деятельностных показателей в педагогической деятельности, которые бы отражались в учебном, воспитательном процессе, на межличностном уровне для определения возможностей повышения производительности, эффективности педагогического процесса.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Иванова Д.И., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Иванова Е.М.

Москва
НЦПЗ

Изучение особенностей психологической защиты у больных с психическими расстройствами представляет одну из актуальных проблем клинической теории и практики. Результаты исследований позволят ближе подойти к разработке программ психотерапии, направленных на повышение эффективности использования больными защитных механизмов и копинг-стратегий.

Теория защитных механизмов, зародившаяся в психоанализе, в дальнейшем стала привлекать научный интерес представителей психологических школ, в корне отличающихся по своим теоретическим основам от психоанализа.

Р. Плутчик предложил теоретическую модель защиты, в основу которой положена общая психоэволюционная теория эмоций. Согласно данной модели, специфические защиты образуются для совладания со специфическими эмоциями. Психологическая защита может быть понята как когнитивное или аффективное искажение образа экскизитной ситуации для ослабления эмоционального напряжения.

Р. Плутчик выделил 8 основных защитных механизмов, положенных затем в основу шкал разработанного им опросника: 1) шкала подавления (подавление, изоляция и интроекция); 2) шкала компенсации (компенсация, идентификация и фантазия); 3) шкала регрессии (регрессия и двигательная активность); 4) шкала интеллектуализации (интеллектуализация, рационализация, аннулирование и сублимация); 5) шкала проекции; 6) шкала отрицания; 7) шкала замещения; 8) шкала реактивного образования. Структурная валидность была подтверждена в эмпирических исследованиях, что позволяет считать восемь описанных шкал в качестве базисных защитных стратегий личности.

Главной функцией копинга является обеспечение и поддержание благополучия человека, физического и психического здоровья и удовлетворенности социальными отношениями. Копинг считается эффективным, если он способствует адаптации, снижению невротизации и уязвимости к стрессам. При этом отдельно рассматривается группа защитных форм преодоления, выражающихся в искажении действительности, эффективность которых оценивается неоднозначно. С одной стороны, эти формы копинга нарушают ориентацию человека в действительности, а с другой стороны, иллюзорное ослабление стресса позволяет субъекту мобилизовать ресурсы для преодоления жизненных сложностей.

Р. Лазарус, Р. Плутчик определяют механизмы совладания как осознанные варианты бессознательных защит или осознанные поведенческие и интрапсихические усилия по разрешению внутренне-внешних конфликтов. Многочисленные данные о роли чувства юмора в совладании со стрессом и внутренними конфликтами позволяют рассматривать его как один из видов психологической защиты. С. Дузи рассматривает юмор как копинг-стратегию и указывает, он эффективен только при самостоятельном продуцировании шуток. Л.Д. Демина и И.А. Ральникова относят юмор к группе интегративных защитных механизмов. Он способствует сохранению достоинства и самоконтроля в исключительных ситуациях. Юмор действует по механизму обращения отрицательных чувств в источник смеха. Юмор не подвергает вытеснению из сознания содержания представлений, связанных с мучительным аффектом, поэтому он не рассматривается как нечто ущербное. Вместе с тем, он остается защитным механизмом, искажающим адекватное восприятие реальности.

Р. Мартин с соавт. описали стили юмора, одни из которых являются адаптивными (аффилиативный и самоподдерживающий), другие же, напротив, могут играть отрицательную роль, быть дезадаптивными (агрессивный и самоуничижительный).

В данном исследовании были выдвинуты предположения о том, что 1) защитные механизмы и стили юмора могут оказывать влияние на развитие копинг-стратегий; 2) существуют качественные различия в использовании защитных механизмов, копинг-стратегий и чувства юмора между больными приступообразно-прогредиентной шизофренией и психически здоровыми людьми.

В исследовании приняли участие 2 группы испытуемых: экспериментальная и контрольная, всего 96 человек. Обе группы составляли мужчины и женщины в возрасте от 18 до 35 лет, имеющих высшее, неполное высшее или среднее специальное образование. Экспериментальную группу составили 50 больных приступообразно-прогредиентной шизофренией (25 мужчин и 25 женщин). Все они были обследованы на выходе из острого состояния, перед выпиской из больницы. Контрольную группу составили психически здоровые люди: 25 мужчин и 21 женщина – всего 46 человек.

Были использованы следующие методики: модификация методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн; опросник стилей юмора Р. Мартина с соавт. (HSQ); опросник способов копинга Р. Лазаруса и С. Фолкмана; тест-опросник механизмов психологической защиты Плутчика-Гребенникова.

В основу общей структурной модели, построенной с помощью методов структурного моделирования, был положен ряд теоретических гипотез: защитные механизмы являются теми психологическими процессами, которые развиваются в онтогенезе раньше всего, а способы копинга (как более сознательные и учитывающие будущую перспективу) являются более зрелыми и позднее формирующимися психологическими характеристиками.

Данные структурной модели свидетельствуют в пользу нашей гипотезы. Основные закономерности полученной модели:

1) Наиболее развитые у личности защитные механизмы влияют на формирование определенных стилей юмора и копинг-стратегий.

2) Характерные для человека стили юмора влияют на развитие определенных копинг-стратегий. В частности, чем больше у индивида выражен самоподдерживающий стиль юмора, тем сильнее у него будут развиты копинг-стратегии положительной переоценки и планирования решения проблемы.

3) Между защитными механизмами, стилями юмора, копинг-стратегиями существуют закономерные связи.

Исследование показало, что существуют качественные и количественные различия в использовании защитных механизмов, копинг-стратегий и стилей юмора между больными приступообразно-прогредиентной шизофренией и психически здоровыми людьми. В частности, у больных шизофренией более развиты защитные механизмы интеллектуализации, реактивного образования и копинг-стратегия дистанцирования, чем у здоровых людей. Нарушения мышления, выражающиеся в частности в резонерстве, могут способствовать чрезмерному развитию интеллектуализации, склонности к рассуждательству, попыткам рационального объяснения любых явлений. Выраженность у больных механизма реактивного образования говорит о том, что у них более развита тенденция к социально желательным ответам. Возможно, больные шизофренией, испытывающие трудности во взаимодействии с другими людьми, стараются достичь принятия их обществом с помощью демонстрации «высоконравственного» поведения.

У больных шизофренией менее развит копинг поиска социальной поддержки, а самооценка остроумия и эффективности копинг-поведения ниже, чем у здоровых людей. Для больных шизофренией характерна меньшая выраженность всех стилей юмора, кроме самоуничижительного, по сравнению с психически здоровыми людьми.

Специфика использования защитных механизмов и копинг-стратегий больными приступообразно-прогредиентной шизофренией позволяет сделать вывод о менее эффективном совладающем поведении. Мы склонны предполагать, что подобные трудности связаны, в том числе, с характерными для этих больных нарушениями чувства юмора.

Выделенные особенности использования чувства юмора при шизофрении, в частности меньшая выраженность всех стилей юмора, «интеллектуальная» направленность самоподдерживающего и самоуничижительного стилей юмора, представляются во многом обусловленными снижением социальной направленности, нарушениями мышления по типу искажения процессов обобщения, а также аффективной уплощенностью больных.

Результаты., полученные в исследовании, свидетельствуют о возможности развития в процессе психотерапии аффилиативного и самоподдерживающего стилей юмора у психически больных людей с целью повышения эффективности их совладающего поведения.

Исследование проведено при поддержке РГНФ грант №13-06-00024

СПЕЦИФИКА КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова,
ГПБ №1 им. П.П. Кащенко

Актуальность. Нарушения когнитивных функций при шизофрении (мышления, внимания, памяти) являются важной характеристикой данного заболевания, «третьей группой симптомов» наряду с позитивными и негативными расстройствами (Магомедова М.В.,2000; Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008; Зотов М.В.,2011; Harvey P.D., Keefe R.S.E.,2001). В настоящее время особенности нейрокогнитивного дефицита при шизофрении во взаимосвязи с клинической картиной заболевания по-прежнему остаются неясными, полученные данные требуют систематизации.

Цель исследования: изучение специфических особенностей когнитивного дефицита заболевания у пациентов с параноидной шизофренией, обусловленных различными клиническими характеристиками.

Материалы и методы: Было обследовано 130 пациентов с параноидной шизофренией (F 20.0 по МКБ-10) в возрасте от 18 до 40 лет. Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: методика TMT (Trailmakingtest, Reitan R.M., Wolfson D., 1993); Тест беглости речевых ответов (Verbalfluencytest, VFT, Lezak M.D., 1995); «Сложная фигура Рея–Остерица» (Rey-Osterrieth Complex Figure Test); таблицы Шульте (Рубинштейн С.Я., 1998); субтесты методики Векслера «Кубики», «Шифровка», «Повторение цифр» (Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И., 2006); «Запоминание 10 слов« (Лурия А.Р., 1969); Прогрессивные матрицы Равена (Равен Дж.К., Корт Дж.Х., Равен Дж., 2002); Пиктограммы (Херсонский Б.Г., 2000).

Для оценки психопатологических симптомов использовалась краткая психиатрическая оценочная шкала BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale; Мосолов С.Н., 2001), заполнявшаяся врачом-психиатром.

Математико-статистическим инструментом избран кластерный анализ по методу Варда. До проведения кластерного анализа все параметры были подвергнуты корреляционному анализу с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Все значения, достигшие статистического уровня значимости и величина коэффициента корреляции которых достигала 0,7 и выше, были исключены из дальнейшего анализа. В итоге были статистически определены основные независимые клинические параметры и 13 психологических показателей когнитивного дефицита.

Результаты исследования: Было выделено 3 кластера, характеризующих разные варианты когнитивного дефицита в зависимости от тяжести психопатологической симптоматики, возраста, длительности заболевания и возраста начала заболевания у пациентов с параноидной шизофренией.

Первый кластер характеризовался самым большим возрастом пациентов, средним возрастом начала заболевания, самой длительной продолжительностью заболевания, средним уровнем психопатологической симптоматики. В структуре когнитивного дефицита характерны: наиболее выраженные нарушения внимания (его активности, переключаемости, концентрации), самые низкие показатели зрительно-пространственных функций. Показатели опосредованного запоминания, долговременной, оперативной и кратковременной памяти, объема памяти, конструктивного праксиса находились на среднем уровне и грубо не нарушены.

Второй кластер характеризовался средним возрастом пациентов, самым поздним возрастом начала заболевания, средней длительностью заболевания, самым низким уровнем клинической симптоматики, средними показателями работоспособности, высокими показателями активности, переключаемости, скорости выполнения заданий, но при этом самыми низкими показателями умственной продуктивности, самыми низкими показателями долговременной, опосредованной, оперативной памяти и ее объема.

Третий кластер характеризовался самым молодым возрастом пациентов, самым молодым возрастом начала заболевания, самой небольшой длительностью течения заболевания, но самым высоким уровнем проявления клинических характеристик.

Выводы: для пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от клинических параметров заболевания характерны следующие варианты когнитивного дефицита:

1. Длительное течение заболевания со средним уровнем выраженности психопатологической симптоматики формирует когнитивный дефицит с преобладанием нарушений прежде всего внимания и зрительно-пространственных функций.

2. Позднее начало заболевания и невыраженная клиническая (психопатологическая) симптоматика сопровождается когнитивным дефицитом, где преобладают нарушения мнестических функций.

3. Острое начало заболевания и выраженная психопатологическая симптоматика в раннем возрасте, на начальных этапах заболевания («первый эпизод») еще не сопровождается выраженными когнитивными нарушениями, когнитивный дефицит пока не сформирован.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБОРА КАНДИДАТОВ НА УЧЕБУ В УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ СИСТЕМЫ МВД РОССИИ

Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В.

Киров
Кировская ГМА

Особенностью профессионального отбора на учебу в учебные заведения системы МВД России и службу в органы внутренних дел с 2015 года, является то, что врачами психиат-

рами и клиническими психологами Центров психофизиологической диагностики медицинских организаций системы МВД России выявляются только три фактора риска деструктивного поведения: «А» – злоупотребление алкоголем, «Б» – употребление наркотических, токсических и психотропных средств без назначения врача, «Л» – суицидальный риск. В приказе о профотборе, предназначенном для служебного пользования, жестко ограничен перечень методик и исключена возможность применения специального психофизиологического исследования с применением полиграфного устройства (СПФИ) для выявления «факторов риска» «А», «Б».

Стоит отметить, что склонность к формированию пограничных психических расстройств, отягощенная наследственность по психическим заболеваниям, наличие в анамнезе фактов лечения в связи с невротическими состояниями различной этиологии в критерии факторов риска вовсе не включены.

Цель исследования: оценка эффективности новой системы профотбора от 2015 года, кандидатов на учебу в учебные заведения системы МВД России.

Материалы и методы: было обследовано 148 кандидатов на учебу в учебные заведения системы МВД России в Центре психодиагностики ФКУЗ МСЧ МВД России по Кировской области, средний возраст составил 17,4±1,2 лет.

При отборе применялись тестовые методики регламентированные для использования Приказом МВД России от 25.02.2015 1130 ДСП «Об утверждении методики медицинского обследования при профотборе на службу в органы внутренних дел Российской Федерации»: экспресс-оценка суицида (для выявления фактора риска «Л»), дополнительные шкалы СМИЛ (Л.Н. Собчик, 2000) Ah «алкогольная дифференциация», Al «алкоголизм» (для выявления фактора риска «А»), тест «Аддиктивная склонность» (для выявления фактора риска «Б»).

Для оценки эффективности вышеуказанных тестовых методик 100% обследованных кандидатов на учебу прошли СПФИ, с целью выявления всех трех факторов риска. Согласие на проведение данного вида обследования, лицам не достигшим 18 лет, было получено у законных представителей. При этом, наличие употребления наркотических, токсических, психотропных средств без назначения врача, факты деструктивного поведения с употреблением алкоголя и наличие суицидальных попыток как истинных, так и демонстративно-шантажных признавались кандидатами собственноручно в письменной форме. Анализировались данные анамнеза и амбулаторных карт – для выявления отягощенной наследственности и наличия психогенных невротических состояний в пубертате.

Результаты и обсуждение. По результатам СПФИ, выявлены «факторы риска» у 56 кандидатов (37,8%) на учебу. При этом, у некоторых лиц, определялось сочетанное употребление наркотиков и алкоголя, а так же наличие суицидальных попыток в состоянии опьянения.

«Фактор риска» «А» выявлен при проведении СПФИ у 18 чел. (12,2%), школьники признавали употребление крепкого алкоголя до 3 раз в неделю, часто имели место приводы в полицию, за употребление алкоголя в общественном месте. При анализе дополнительных шкал СМИЛ средние значения составили – Ah – 43,1 +2,3; Al – 34,2+32,3, при этом подъема выше 70 Т баллов ни по одной шкале зафиксировано не было, что свидетельствует об отсутствии склонности к злоупотреблению алкоголем.

Употребление наркотических, токсических и психотропных средств признали 49 чел. (33,1%) учеников, при этом 97% составили курительные смеси «спайс» (преимущественно неоднократное употребление). По данным теста «Аддиктивная склонность» – факторов риска «Б» выявлено не было ни у одного из кандидатов на учебу.

Наличие «фактора риска» «Л» было выявлено у 9 чел. (6,1%), из них 7 девочек с демонстративно-шантажным поведением, обусловленным личностными особенностями конверсионного типа и 2 мальчика с попыткой суицида, в состоянии наркотического опьянения. По результатам методики «Экспресс оценка суицида» у всех 9 чел., определялась высокая устойчивость к суицидальным реакциям (при достоверных результатах).

Из кандидатов на службу, у которых не было выявлено «факторов риска» «А», «Б», «Л» и они были допущены к поступлению в учебные заведения, имелись в анамнезе: невротические психогенные реакции в пубертате 23 чел.; отягощенная наследственность по психическим заболеваниям и суицидам – 6 чел. (4,1%); наличие выраженных акцентуаций характера – 12 чел. (8,1%); что является факторами риска формирования деструктивного поведения и пограничных психических расстройств.

Выводы: с учетом результатов анализа, выявлена низкая эффективность новой системы профотбора. Необходимо рассмотреть вопрос о внесении изменений в нормативно-правовые ведомственные акты, регламентирующие проведение профотбора, с целью предотвращения поступления на учебу лиц со склонностью к невротическим психогенным реакциям, а так же к деструктивному поведению с употреблением алкоголя и наркотиков.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ

Климушева Н.Ф., Столяр А.Г., Баранская Л.Т., Казнина Т.В.

Екатеринбург
ГБУЗ Свердловская областная клиническая больница №1

В последнее десятилетие отмечается значительный прогресс в исследовании психологических детерминант соматических болезней. На практике такой подход означает, что невозможно говорить о полном выздоровлении, если у пациента остаются психологические проблемы.

Трансплантация органов является специфическим современным методом лечения больных с терминальной стадией заболевания органов, затрагивающим психологическую природу человека. Перед пациентами, нуждающимися в трансплантации почки, возникают психологические проблемы, связанные с телесным Я, самооценкой, ответственностью за здоровье, способами преодоления хронического стресса, возможностями совладания с подготовкой к операции и послеоперационным периодом, неопределенностью состояния после трансплантации. Все это требует развития сотрудничества между трансплантологами и клиническими психологами, объединенными холистическим подходом к пациентам.

В период до трансплантации значительная роль принадлежит мотивации пациентов на предстоящую операцию. Несмотря на то, что пациентам показывают все преимущества трансплантации по сравнению с диализом в повышении качества жизни и значительном увеличении независимости от медицинских процедур, с позиций психологии все это выглядит не столь однозначно.

Проведенные нами исследования (на базе ГБУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1», главный врач – д.м.н., профессор Ф.И. Бадаев) показывают, что формирование положительной мотивации пациентов с терминальной стадией хронических заболеваний к получению «чужого» органа, становится важнейшим внутренним (интрапсихическим) регулятором их деятельности, направленной на выздоровление и реабилитацию, а также стимулом установления комплайенса с врачами и другими специалистами хирургической клиники. Акцент на активной роли пациента в лечебно-реабилитацион-

ном процессе создает оптимальные условия для здорового образа жизни в посттрансплантационном периоде, прежде всего, за счет повышения фактора самооценки.

Мотивационная готовность пациентов к трансплантологической операции, во-первых, определяется осознанием пациентами необходимости получения импланта как наиболее подходящего варианта лечения, существенного условия, обеспечивающего не только физическое продление жизни, но и достижение привычного, существующего до болезни, уровня социального и профессионального функционирования. Во-вторых, мотивация обусловливает смыслы и установки на жизнь после операции, связанную, в частности с необходимостью пожизненного применения иммуносупрессии в связи с неустранимыми, при любом течение послеоперационного периода, краткосрочными и долгосрочными рисками отторжения «неродного» органа. Наконец, в-третьих, формирование мотивации способствует установлению комплайенса пациента с бригадой врачей, обслуживающих пациента с момента констатации у него терминальной стадии хронического заболевания внутренних органов, постановки в лист ожидания и заканчивая длительным наблюдением в послеоперационном периоде.

Наряду с этим, пациентам, нуждающимся в трансплантации почки, очень важно общаться с другими пациентами, уже прошедшими все этапы лечения. Такое общение позволяет чувствовать себя более уверенно и психологически комфортно.

Исследования показывают, что почти половина пациентов принимает решение о постановке в лист ожидания не самостоятельно, а под влиянием лечащего врача или семьи, зачастую вынужденно, без учета внутренней готовности.

В тоже время, психологическое состояние пациентов, длительно находящимися на диализе, характеризуется тремя основными стрессовыми факторами: зависимостью от вынужденных долговременных терапевтических программ; состоянием неопределенности относительно жизненного прогноза; ограничением внешней активности в семейном, профессиональном и общественном плане.

В тоже время, согласно нашим данным, более чем у половины обследуемых пациентов, которым необходим донорский орган и, соответственно, находящихся в листе ожидания, представления о возможностях активной, независимой от лечения и лекарств жизни после трансплантологической операции, зачастую оказываются завышенными и нереалистичными. В результате пациенты психологически не готовы к тому, что даже в случае успешно проведенной операции хорошо подобранный трансплантат в течение определенного периода времени (иногда длительного) не справляется с последствиями почечной болезни. Далеко не все пациенты, получившие донорский орган, могут сразу, по прошествии короткого временного промежутка, восстановить прежнюю (до болезни) работоспособность, качество жизни также остается невысоким. Соответственно сохраняется обеспокоенность относительно возможности отторжения трансплантата и потенциального возобновления процедуры диализного лечения. Преобладающий вопрос «приживется ли трансплантат или произойдет окончательное отторжение?», особенно в случае манифестной угрожающей опасности для трансплантационной функции, приводит к ситуации, напоминающей «сидение на пороховой бочке» – к депрессии и страху. Однако когда отторжение трансплантата становится очевидным и требуется повторная процедура диализа, у большинства пациентов быстро появляется желание новой трансплантации. Таким образом, психологическое сопровождение данной группы пациентов, направленное на формирование адекватных ожиданий от предстоящей операции, следует рассматривать не только как приложение к медикаментозному и немедикаментозному лечению, но и как необходимый интегрированный компонент комплексного лечебного процесса.

Другой наиболее значимой психологической проблемой является ожидание подходящего донорского органа. Иногда такое ожидание растягивается на длительный период. Для пациентов психологически сложно находиться в постоянной готовности в любой момент быть вызванным для подготовки и проведения трансплантологической операции. С одной стороны, длительное нахождение в листе ожидания снижает внутреннее напряжение, однако с другой – сам вызов оказывается стрессирующим фактором, усиливающимся за счет необходимости пребывания в «чужом городе», в окружении незнакомых людей, наконец, реальности самой операции. На этой стадии пациенты наиболее подвержены развитию различных эмоциональных нарушений (таких как депрессия и тревога), что требует психологической интервенции, поскольку длительная фрустрация часто приводит к проявлениям агрессии, демонстрации негативного отношения к окружающим, нарушению комплайенса. В послеоперационном периоде (как ближайшем, так и в отдаленном) более чем у трети пациентов с трансплантированной почкой получают «выход» напряжение, страхи, беспокойство, сдерживаемые ранее. Возможны послеоперационные психические расстройства непсихотического уровня, чему способствует длительный период нахождения в реанимации, ограниченная подвижность, скованность движений, поддержание определенного положения тела. После операции наблюдаются изменения психической деятельности, которые выражаются в замедленной реакции на определенные события, неадекватности эмоционального реагирования и неустойчивости эмоционального состояния, во многих случаях наблюдается феномен «псевдодеменции». Также развитию послеоперационного стресса способствуют неблагоприятные жизненные и семейные ситуации, проблемы социальной адаптации, эмоциональная незрелость, патология характера.

Нейропсихологические исследования показывают, что в послеоперационный период у большинства пациентов значительно улучшается когнитивное функционирование, особенно память и внимание, что позволяет им планировать и оценивать свою деятельность и становится существенным фактором в повышении качества жизни, прежде всего, в профессиональной сфере.

ОСОБЕННОСТИ ПРОАКТИВНЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ В СТРУКТУРЕ ПРОАКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ С РАЗНЫМ ТИПОМ ТЕРАПИИ

Кобзева Л.С.

Тольятти
Центр социальной адаптации «Надежда»

Введение. Проблеме совладания со стрессовыми ситуациями посвящено множество работ, как в отечественной, так и в зарубежной психологии и психиатрии. Многочисленные результаты их исследований указывают на высокую значимость совладающего поведения в психосоциальной адаптации и дезадаптации больных с хроническими психическими и соматическими заболеваниями, что обуславливает детальное изучение проблемы поиска продуктивных и непродуктивных составляющих копинг поведения, влияющих на здоровье, а также качество жизни пациентов. В последние годы проактивность и стратегия проактивного совладания со стрессом все чаще привлекают внимание исследователей в области психологии здоровья. Это обусловлено тем, что проактивность как качество личности, как стиль поведения играет немаловажную роль в сохранении и укреплении здоровья, а проактивное совладание рассматривают с точки зрения позитивного влияния на многие сферы жизни индивида, которое содержит в себе позитивный смысл борьбы не только со стрессовой ситуацией, но и с различными заболеваниями, и фокусируется, прежде всего, на улучшении качест-

ва жизни. На сегодняшний день, проактивность как проявление зрелой личности, позитивно влияющее на состояние психического и физического здоровья, у лиц с синдромом зависимости, по нашим данным, недостаточно исследована.

Цель исследования: изучение проактивного копинга и его форм, участвующих в формировании моделей поведения вообще у наркозависимых лиц с разным типом лечения и проактивного поведения в частности.

Материал и методы. Были обследованы 30 пациентов мужского пола в возрасте от 15 до 39 лет с синдромом зависимости (шифр F11.0-F14.9 по МКБ-10) на базе ООКНД в отделении № 4 и отделении психосоциальной реабилитации. Были использованы следующие методики: опросник «Проактивное совладающее поведение» Greenglass E. и Schwarzer R. в адаптации Е.С. Старченковой и пилотажный опросник «Проактивное поведение» А.И. Ерзина.

Результаты. В ходе проведенного исследования установлено, что лица, проходящие психосоциальную реабилитацию, активно обращаются к проактивным копиг – стратегиям, степень выраженности показателей достоверно выше (Uэмп= 0, при p≤0,01), чем у лиц, находящихся на медикаментозном лечении. Это свидетельствует о том, что лица, участвующие в программе психосоциальной реабилитации, не испытывают дефицит навыков планирования своей деятельности, самостоятельно и осознанно принимают решения, развивают и в последующем используют навыки и средства для совладания со стрессовыми ситуациями. К преобладающим формам проактивного совладающего поведения у наркозависимых лиц, участвующих в психосоциальной реабилитации, относятся проактивное преодоление (30,88), рефлексивное преодоление (26,04%) и превентивное преодоление (25,96%). Необходимо отметить, что данной группы респондентов выявленя низкие значения по шкалам «Поиск инструментальной поддержки» (17,24%) и «Поиск эмоциональной поддержки» (10,16%). Это свидетельствует о редком обращении к данным стратегиям проактивного совладающего поведения, связанной с тем, что находясь на реабилитации, испытуемые только начали обучаться преодолевать проблемные и стрессовые ситуации, учитывая, что ранее использовали только один единственный аддиктивный способ совладания с трудностями – это употребление психоактивных веществ. Недостаточно развитая копинг – стратегия «Поиск эмоциональной поддержки» указывает на редкое обращение зависимых пациентов к ближайшему окружению за эмоциональной поддержкой. Они не удовлетворены имеющимися эмоциональными контактами, им сложно раскрывать и доверять свои чувства и переживания окружающим, что, скорее всего, связано с психопатизацией личности пациентов, вследствие которых им сложно адекватно оценивать и распознавать чужие эмоциональные проявления. Следует отметить, что у лиц с наркологической зависимостью, проходящих медикаментозное лечение, по сравнению с первой группой сравнения, наблюдается недостаточное обращение ко всем проактивным копинг – стратегиям: не развиты навыки самостоятельного принятия решений и целеполагания, а также наблюдается дефицит навыков планирования, не сформированное представление о ходе деятельности, ограничение в выборе эффективных способов совладания со стрессовыми ситуациями, в то числе, сужение кругозора в решении проблемных и стрессовых ситуаций, ограничение средств в совладании с ними. И, как следствие, повышенное психическое напряжение, с последующим злоупотреблением психоактивных веществ. Достоверные различия (Uэмп= 23,5, при p≤0,01) при сравнении результатов 1 и 2 группы были выявлены также по опроснику «Проактивное поведение». Согласно проведенному анализу, показатели проактивности достаточно развиты у лиц, участвующих в психосоциальной реабилитации, представители данной выборки способны осознанно, обдуманно и самостоятельно принимать решения, адекватно воспринимать и оценивать свое поведение, нести ответственность за последствия своих как хороших, так и плохих поступков, а также моделировать свое поведение в соответствии со своими убеждениями, ценностями и идеалами. Обследуемые лица стремятся поддерживать межличностные контакты, руководствуются социально детерминированными потребностями, но при этом, у данных респондентов прослеживается явление манипулирования близкими и окружающими людьми. Исследование проактивности у наркозависимых лиц, находящихся на медикаментозном лечении показало, что данная группа испытуемых не способна в соответствии со своими установками, мнениями, убеждениями и идеалами моделировать свое поведение и критически его оценивать, брать ответственность за события и последствия собственных действий. Исследуемая группа наркозависимых, проходящих медикаментозное лечение, испытывают дефицит в способности предвидеть события, в том числе, и потенциально возможные угрозы как для себя, так и для окружающих. Не смотря на утверждения респондентов об умении самостоятельно принимать решения относительно своей жизни, они не готовы к самостоятельному, взвешенному и осознанному принятию решений, что подтверждается результатами методики «Проактивное поведение». В сфере межличностных отношений они не способны к поддержанию контактов, а также продуктивно полезной деятельности для общества.

Выводы. Исследование показало, что существуют значимые различия в структуре проактивности у наркологических больных в зависимости от преобладающего типа терапии. Сравнение средних показателей, полученных с помощью пилотажного опросника «Проактивное поведение», позволяет сделать выводы о том, что в группе пациентов, участвующих в психосоциальной реабилитации, уровень проактивности значительно выше, чем у наркозависимых лиц, проходящих преимущественно медикаментозное лечение, уровень проактивности имеет существенно более низкие значения. Все это в свою очередь, сказывается на отсутствии обращения наркозависимых лиц, проходящих медикаментозное лечение, к проактивным копинг – стратегиям в совладании с трудными и стрессовыми ситуациями, что приводит к повышенному психическому напряжению, с последующим злоупотреблением психоактивных веществ. Мы считаем, что результаты исследования позволят в будущем создать психокоррекционные и психотерапевтические программы с учетом проактивности при работе с наркозависимыми людьми.

КОРРЕЛЯЦИИ КОЭФФИЦИЕНТА СТАНДАРТНОСТИ В МЕТОДИКЕ «4-ЫЙ ЛИШНИЙ» С КОГНИТИВНЫМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Кобзова М.П.

Москва
НЦПЗ

Известно, что нарушения мышления при заболеваниях шизофренического спектра являются одним из значимых симптомов заболевания, поэтому важная роль отводится не только дифференциальной диагностики, но также анализу связи показателей мышления с другими психологическими, а также клиническими данными. Не менее существенным является изучение особенностей самих показателей мышления (уровень обобщения, продуктивность, коэффициент стандартности) не только в клинических группах, но и на современной выборке практической нормы.

Цель – исследование особенностей мышления и их коррелятов с когнитивными и личностными показателями у пациентов с шизотипическим расстройством.

Материалы и методы. В исследование принимали участие 33 пациента с шизотипическим расстройством(по МКБ-10, F 21.х),проходившие лечение в ФГБНУ НЦПЗ, мужчины в возрасте 17-28 лет, средний возраст 22 года и 20 здоровых мужчин, в возрасте 17-28 лет, средний возраст 20 лет, выпускники и студенты МГУ.

Методы. Для изучения связи параметра мышления (коэффициента стандартности) с показателями памяти, внимания, агрессии и самооценки применялись методики «4-лишний»(модифицированный вариант), «Таблицы Шульте» «Запоминание 10 слов», методика показателей и форм агрессии Басса-Дарки, методика для изучения шкальной самооценки Дембо-Рубинштейн. Математическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Exel, Statistica 7, применялся корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. Исследование коэффициента стандартности анализировалось по «новым» и «старым» стандартам в обеих группах испытуемых. Как было описано в наших предыдущих работах (Кобзова и др. 2012, 2013), разработанные в 70-е годы прошлого века методики, основанные на выделении актуализированных признаков предметов (Критская и др., 1982, 1991), в настоящее время дают иные результаты, чем 40 лет назад. Выделение предметов в группах практической нормы по данной методике сейчас осуществляется по другим признакам. «Новый» коэффициент стандартности рассчитывался с учетом тех стандартных ответов, которые актуальны для современной выборки здоровых. «Новый» коэффициент стандартности в группе ШТР составлял 0,66, в контрольной группе 0,72. В группе пациентов «старый» коэффициент стандартности составляет 0,53, тогда как в контрольной группе- 0,47. Как видно «новый» коэффициент стандартности несколько выше в группе здоровых испытуемых. Пациенты чаще, чем в группе контроля опираются на старые стандарты. Оказалось, что в экспериментальной группе «новый» коэффициент стандартности был значимо связан с другими когнитивными и личностными параметрами- памятью., вниманием, показателями агрессии и самооценки. Значимые положительные корреляции были установлены с показателями памяти ($r=0,84$. $p\leq0,05$) и самооценкой по показателю «Характер» ($r=0,42$, $p\leq0,05$), отрицательные корреляции с временем отыскивания чисел по таблице Шульте ($r=-0,39$, $p\leq0,05$), чувством вины ($r=-0,54$, $p\leq0,05$) и со «старым» коэффициентом стандартности($r=-0,59$).

Выводы. Было показано, что коэффициенты стандартности по методике «4-лишний» достоверно не отличаются в группах юношей с шизотипическим расстройством и здоровых юношей, как по «старым», так и по «новым» стандартам. Однако оказалось, что «новый» коэффициент стандартности значимо коррелирует с другими психологическими показателями. Было получено, что чем выше « новый» коэффициент стандартности, тем лучше у пациентов показатели памяти и внимания, тем выше они оценивают себя по показателю «характер» и менее выражено чувство вины.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ЧУВСТВА ЮМОРА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЯМИ

Коновалова О.Ю., Никифорова Д.И., Холодова О.В., Добренко Д.О.

Краснодар
ГБУЗ Специализированная КПБ №1 МЗ КК,
АНОО ВПО Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере

Цель данной работы – выявить особенности чувства юмора у пациентов с различными психическими расстройствами.

Материал и методы Выборку составили 30 респондентов, страдающих психическими расстройствами: шизофренией – 10 человек (4 мужчины, 6 женщин), органическими расстройствами – 10 человек (7 мужчин, 3 женщины), невротическими расстройствами – 10 человек (5 мужчин, 5 женщин) и 10 человек, не имеющих психического заболевания (контрольная группа – 5 мужчин, 5 женщин). Для исследования были использованы методы: опросник стилей юмора Р. Мартина (HSQ); опросник «Уровень и тип чувства юмора» (Домбровская И.С.); тест юмористических фраз (ТЮФ).

Результаты и обсуждение. Из результатов по HSQ: аффилиативный стиль юмора преобладает у здоровых людей и у респондентов с невротическим расстройством. Самоподдерживающий стиль юмора преобладает в контрольной и в группе пациентов с органическим расстройством личности. Важно, что у группы респондентов с органическим расстройством личности в сочетании с самоподдерживающим стилем выражен самоуничижительный

Агрессивный стиль юмор преобладает у респондентов, страдающих шизофренией, в сочетании с самоуничижительным юмором. Высокий уровень самоуничижительного юмора выявлен у респондентов с невротическим расстройством.

Полученные результаты в методике Домбровской И.С. самая низкая степень выраженности типа «Склонность к восприятию юмора» у респондентов с шизофренией, респонденты с невротическими расстройствами имеют показатели, приближенные к показателям здоровых людей, этот тип юмора у них в большей степени выраженности, чем остальные.

Данные по типу «Склонность к производству юмора» у всех групп имеют среднюю степень выраженности. Самый низкий показатель по этому типу имеют респонденты с невротическим расстройством. У респондентов с шизофренией самая низкая степень выраженности типа «Обращенность юмора на себя», у респондентов с органическим расстройством личности в большей степени выражен тип «Обращенность юмора на других».

По результатам исследования методикой «ТЮФ»: для респондентов с шизофренией, в отличие от здоровых людей и пациентов с невротическими расстройствами, характерно нарушение узнавания или распознавания юмора. Качественный анализ интерпретаций юмористических фраз респондентами позволил описать некоторые эмоционально-личностные механизмы нарушения восприятия юмора у респондентов с шизофренией: снижение эмоциональной вовлеченности в результате уплощения эмоций и идентификация с высмеиваемым персонажем вследствие паранойяльных тенденций, чувство юмора не столько «снижается», сколько приобретает специфику: предпочтение юмористических фраз, основанных на парадоксе и сравнении по отдаленному признаку. Респонденты с органическим расстройством личности чаще подбирают юмористические фразы в группы по конкретному (второстепенному) признаку, делают привязку к словам, указанными во фразе и наименовании группы, к собственному опыту и личным ощущениям, респонденты с невротическим расстройством давали адекватные эмоциональные реакции на предъявленные стимулы, выражали смех, улыбку, рассказывали анекдоты, близкие к смыслу юмористических фраз, раскладывали карточки, опираясь на собственные эмоционально и личностно значимые ценности.

Математические методы анализа и обработки данных использовались для проверки достоверности полученных экспериментальных данных и включали: 1) использование среднего арифметического – для сравнения выборочных средних величин принадлежащих к совокупностям данных, 2) t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна-Уитни – для оценки достоверности отличия средних значений.

При расчете корреляции стилей юмора по t-критерию Стьюдента и U-критерию Манна-Уитни наибольшее достоверно значение обнаруживается у аффилиативного стиля при расче-

те между невротическими расстройствами и шизофренией, у самоподдерживающего стиля – между контрольной группой с неврозом, у самоуничижительного стиля – между контрольной группой с неврозом и шизофренией. Высокая взаимосвязь самоуничижительного стиля юмора связана с пониженной либо повышенной ассертивностью в отношениях, что встречается именно у представителей групп с невротическими расстройствами и шизофренией. Самоподдерживающий стиль показывает наибольшую корреляцию между контрольной группой и респондентов с невротическими расстройствами.

При анализе корреляций типов юмора по t-критерию Стьюдента и U-критерию Манна-Уитни, нами выявлены достоверные корреляции со значимостью 0,05 у всех типов юмора.

Отмечается наибольшее количество корреляционных зависимостей между представителя различных нозологий и обращенностью юмора на других, что может быть обусловлено некоторой эгоцентричностью мышления у респондентов с психическими нарушениями, даже при расстройствах невротического круга.

Склонность к восприятию юмора не нашла взаимосвязи только у респондентов группы с органическими расстройствами, обращенность юмора на себя не имеет взаимосвязи с группой респондентов с различными видами неврозов. Склонность к производству юмора имеет наибольшую взаимосвязь между респондентами с органическим расстройством и невротическим. По типу обращенность юмора на себя высоких показателей значимости не наблюдалось. Наибольшая взаимосвязь по данному типу существует между группой здоровых респондентов и респондентов с шизофренией.

Выводы.

1. Аффилиативный стиль юмора обнаружен у респондентов с невротическими расстройствами и респондентов контрольной группы. Самоподдерживающий стиль характерен для людей, страдающим органическим расстройством личности, но в большей степени он выражен у здоровых испытуемых. Среди респондентов с шизофренией чаще встречается агрессивный стиль, для респондентов с невротическими расстройствами выражен самоуничижительный стиль юмора.

2. Респонденты с шизофренией имеют низкий уровень чувства юмора, у респондентов с органическим расстройством наибольшие показатели демонстрируются по типу «обращенность юмора на других», у респондентов с невротическим расстройством характерен тип «склонность к восприятию юмора».

3. Респонденты с невротическим расстройством при понимании юмористических фраз давали адекватные эмоциональные реакции на предъявленные стимулы, респонденты с органическим расстройством чаще подбирали юмористические фразы в группы по конкретному (второстепенному) признаку, у некоторых испытуемых данной группы возникали сложности в понимании самого смысла фразы, чувство юмора при шизофрении приобретает специфику, респонденты предпочитают юмористические фразы, основанные на парадоксе и сравнении по отдаленному признаку.

4. При построении тренинговых программ, отборе в группы, оценке реабилитационнного потенциала в рамках коррекции когнитивных функций возможно использование методов оценки чувства юмора у пациентов с различными нозологиями.

АПРОБАЦИЯ ШКАЛЫ СОЦИАЛЬНОГО ИЗБЕГАНИЯ И ДИСТРЕССА (SOCIAL AVOIDANCE AND DISTRESS SCALE, SADS) ВО ВЗРОСЛОЙ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ВЫБОРКЕ

Краснова-Гольева В.В., Холмогорова А.Б.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Апробируемая шкала (SADS) была разработана для диагностики двух конструктов (социального избегания и социального дистресса), описывающих тревогу, связанную с социальными контактами (Watson, Friend, 1969). Инструмент состоит из 28 пунктов, направленных на оценку склонности избегать социальных ситуаций и испытывать в них дискомфорт. Каждый из пунктов оценивается испытуемым как «верный» или «неверный». Для констатации симптома или его отсутствия не требуется специального временного периода.

Были обследованы 1666 человек, дважды из которых осмотрены 101 человек. Возраст испытуемых от 18 до 50 лет.

Методом факторного анализа были посчитаны факторные нагрузки опросника по существующим подшкалам – социальное избегание и социальный дистресс. Для проверки надежности теста был подсчитан коэффициент Cuttman Split-half. Коэффициент «альфа» для первой части теста составил 0,621, для второй – 0,766, коэффициент всего теста равен 0,757. Значение коэффициента альфа-Кронбаха по всем факторам и значение коэффициента Cuttman Split-half превышают 0,600, это означает, что тест прошел испытание на надежность. Факторы шкал социального дистресса и социального избегания имеют связь друг с другом и суммарным показателем на уровне статистической значимости, что свидетельствует о внутренней консистентности опросника.

Для проверки конструктной валидности теста был проведен корреляционный анализ с показателем другой методики. В качестве такого инструмента был использован опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, широко используемые в клинических исследованиях. Показатели отдельных факторов и суммарного показателя опросника на статистически достоверном уровне значимости коррелируют с теоретически близким конструктом: межличностной сензитивностью (подшкала опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R L.Derogatis в адаптации Н.В.Тарабриной, 2001), что говорит о высокой конвергентной валидности теста.

Результаты. теста не зависят от пола, возраста и уровня образования испытуемых. Эти данные свидетельствуют о том, что он может быть использован практически без ограничений. Тест-ретестовое исследование 101 испытуемого показало высокую устойчивость теста во времени, что свидетельствует о его надежности для применения во взрослой популяции.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И СОСТОЯНИЯ МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Краснощекова И.В., Дереча В.А.

Оренбург
Оренбургский ГМУ

Актуальность проблемы психического здоровья детского населения определяется не только психологическим неблагополучием и распространенностью психических расстройств, но также ростом инвалидизации детей. Наиболее

тяжелые формы инвалидности детей обусловлены аномалиями развития, в частности, различными вариантами психического дизонтогенеза. При этом становится все более ясным, что судьба таких детей зависит не только от биологических причин, но в значительной мере (иногда – в определяющей) связана с социально-психологическими факторами, среди которых особое значение имеет тип родительского отношения.

Цель нашего исследования состоит в определении особенностей психического состояния и свойств личности матерей, имеющих детей с тяжелыми формами психического дизонтогенеза, а также в установлении связи между личностными состояниями и свойствами, с одной стороны, и типом отношения матерей к тяжело больному ребенку, выбором ими адаптивных стратегий и смысложизненных ориентаций, – с другой стороны.

Изучено 200 матерей в возрасте от 20 до 48 лет, имеющих одного ребенка с тяжелым психическим дизонтогенезом: в форме раннего детского аутизма (65 случаев), общего психического недоразвития (65 случаев), вследствие детского церебрального паралича (70 случаев). Методы исследования: клинико-психологический, психопатологический, патопсихологический, тестовый, математический. Полученные результаты выражены корреляционными связями и плеядами.

Установлено, что состояние личности всех изученных матерей отличается признаками пролонгированного расстройства адаптации с тенденцией развития хронического психогенного изменения личности или с трансформацией расстройства адаптации в собственно невротическое развитие личности.

Анализ корреляционных плеяд свойств личности матери показал, что ведущими их чертами являются недоверчивость, настороженность, подозрительность, суровость. Они сосредоточены более всего на негативных аспектах жизни и при этом полагаются исключительно на самих себя, проявляя твердость и следование заведенному ими порядку, что указывает на сочетание признаков расстройств адаптации и мобилизованности личности, напрягающейся в сложившихся трудных обстоятельствах. Ни у одной из изученных матерей не найдено в корреляционных плеядах связей со шкалами «Доверчивость», «Спокойствие», «Покорность», «Мечтательность».

Особенностью механизмов совладающего поведения изученных матерей является преобладание в них стратегий избегания и пассивного поиска социальной поддержки. Матери детей с тяжелыми формами психического дизонтогенеза не уделяют существенного внимания адаптивным ресурсам своего ребенка и формированию у него адаптивного потенциала.

В каждой группе матерей найдены отличительные характеристики личности и поведения, которые следует учитывать в работе с такими матерями. Однако типология материнского отношения в целом определяется не столько состоянием и свойствами личности, сколько сходными для всех изученных матерей стратегиями совладающего поведения. Чем выраженнее неадаптивные стратегии, тем деструктивнее воздействие матери на своего ребенка, что становится фактором, усугубляющим степень его инвалидности. Для оптимизации совладающего поведения матерей требуется их социально-психологическая коррекция, направленная на актуализацию и совершенствование активных стратегий совладания, ориентированных на развитие личностных ресурсов матери и на использование в адаптивных целях факторов социальной среды.

Своевременная психодиагностика не только ребенка, но и его матери, выявление ее дезадаптивных личностных характеристик и оказание психологической помощи самой матери помогают формированию у нее конструктивного отношения к ребенку и его психическому дефекту. Наряду с этим, раннее включение матери в коррекционный процесс позволяет сгладить ее стрессовые переживания и гармонизировать отношения внутри самой семьи больного ребенка.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ В СИСТЕМНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

Критская В.П., Мелешко Т.К.

Москва
НЦПЗ

В исследованиях своеобразия психики больных шизофренией преобладающим остается фрагментарный, функциональный подход к ее анализу. Большинство работ на эту тему в последнее время посвящено изучению психических функций как элементов «нейрокогнитивного дефицита». Это понятие весьма универсально, оно отражает чрезвычайно широкий диапазон патологических явлений. Наряду с эндогенными расстройствами, когнитивный дефицит наблюдается при органической патологии, при соматических заболеваниях и даже в норме – например, при невысоком IQ. В связи с этим необходима конкретизация и спецификация этого понятия применительно к разной патологии.

Преодоление традиционной тенденции изучения нарушения отдельно взятых психических процессов в нашем исследовании осуществлено с позиций системного подхода. В результате многолетнего комплексного лонгитюдного исследования определен патопсихологический синдром шизофренического дефекта. Фундаментальное содержание этого понятия заключается в том, что круг психических изменений при шизофрении не исчерпывается негативными проявлениями, которые вносит болезненный процесс и, более того, не они в первую очередь определяют специфичность и своеобразие этой патологии. В клинической картине болезни они выступают в тесном сплаве со сквозными, предиспозиционными аномалиями психики. Это положение раскрывается в контексте проблемы «патоса» и «нозоса», общеметодологическое значение которой сформулировал А.В.Снежневский. Лонгитюдный метод позволил определить как относительно устойчивые, так и изменяющиеся под влиянием болезненного процесса характеристики психики и их взаимосвязь. К относительно устойчивым компонентам патопсихологического синдрома относится своеобразный «когнитивный стиль», присущий не только больным шизофренией, но и более широкому кругу лиц шизоидного склада. Когнитивный стиль как системное образование включает как когнитивные, так и личностные характеристики.

Полученные нами экспериментальные данные свидетельствуют о недостаточной закрепленности в опыте больных шизофренией социально значимых, общепринятых понятий и категорий, что является следствием недостаточности их социальной направленности и особенностей формирования их ментального опыта. Этот фактор был определен в качестве ведущего в структуре патопсихологического синдрома, специфичного для шизофренической патологии. В ряде зарубежных исследований последних лет также отмечается снижение социального и эмоционального интеллекта и дефицит формирования модели психического («theory of mind») у больных шизофренией и лиц с повышенным риском заболевания (S. Baron-Cohen, M.Brune, L.Erlenmayer-Kimling, D.L.Penn).

Определена типологическая природа когнитивного стиля, характерного для лиц шизоидного склада. Положение о конституциональной природе выявленной аномалии основано на следующих экспериментальных фактах: 1. данных о доманифестном формировании обнаруженной аномалии психики; 2. связи выраженности этой аномалии с конституционально-типологическими характеристиками личности; 3. участии генетического фактора в детерминации выявленных особенностей когнитивного стиля.

Исследование обнаружило компоненты, зависимые от факторов движения шизофренического процесса. К ним относится нарушение потребностно-мотивационных характеристик

психической деятельности и поведения, снижающих уровень ее регуляции, дефицит психической активности (инициативного общения, продуктивности и темпа деятельности и др.) Нарастание снижения этих параметров может рассматриваться как проявление шизофренического дефекта. Экспериментально показано, что у больных с аффективными расстройствами явных признаков указанных изменений не выявлено, несмотря на то, что в структуре их личности присутствуют шизоидные черты. Эти данные вносят существенный вклад в проблему дифференциальной диагностики – отграничения аффективной патологии от шизофрении.

Системный подход с позиций патопсихологического синдрома позволяет раскрыть как нарушенные, так и сохранные компоненты психической деятельности, что дает возможность выхода в решение практических задач психиатрии: диагностики, прогноза, проблемы реабилитации больных.

АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Кряжев М.Г.

Казань
Казанский ГМУ

Как известно, поведение многих больных не является адекватным их ситуации: они не «комплайентны», не привержены полезным для них рекомендациям и назначениям. Поиски решения этой актуальной проблемы привели к возникновению клинической психологии здоровья, важнейшими задачами которой являются, во-первых, изучение того, как именно пациенты воспринимают и интерпретируют ситуацию своей болезни, во-вторых, как можно использовать методы психотерапии для обучения пациентов более адекватным и адаптивным формам своего поведения в ситуации болезни.

Изучение субъективной стороны заболевания традиционно связана с понятием «внутренней картины болезни». Согласно В.В. Николаевой, изучение этой репрезентации и ее коррекция – две главных задачи клинического психолога, т.к. неадекватная интерпретация ситуации своего заболевания является причиной неадекватного поведения в этой ситуации.

В англоязычной литературе аналогичным подходом к изучению взаимосвязи восприятия болезни и поведения больного является «основанная на здравом смысле модель репрезентации болезни» (Leventhal E.). Согласно этой модели, информация о своей болезни обрабатывается больным таким способом, что в итоге возникают две репрезентации болезни: когнитивная и эмоциональная. Каждая определяет свою копинг-стратегию – в диапазоне от «подойти поближе» до «отойти подальше». И для когнитивной, и для эмоциональной репрезентации больной оценивает эффективность выбранных им копинг-стратегий и определяет, продолжать ли их или же изменить их. Данная модель позволяет объяснить то, что оценивание больным своего состояния парадоксально определяется не объективными, а субъективными особенностями болезни. Также на основе этой модели можно планировать проведение когнитивно-поведенческой реконцептуализации (коррекции) неадекватной репрезентации болезни.

Проблемы могут быть также связаны с недостаточной мотивацией пациентов на выполнение назначенных им лечебных предписаний и рекомендаций. Как вообще нужно мотивировать людей на укрепление собственного здоровья? Теория самодетерминации (Deci E., Ryan R.) отвечает на этот вопрос. Ее авторы считают, что адекватная внутренняя мотивация человека основана на его потребности в автономии, в самодетерминации своего поведения. Исследования больных с различными диагнозами показали, что поддержка этой потребности приводит к реальным позитивным изменениям в поведении в ситуации болезни. Было обнаружено, что те, кто ощущал поддержку автономии со стороны врачей, имел гораздо больше внутренней мотивации следовать врачебным предписаниям. Когда медико-информационная интервенция проводилась в соответствии с теорией самодетерминации и включала поддержку автономии пациента – это приводило к лучшим результатам, чем императивные рекомендации.

Другой проблемой является возможность саморегуляции. Даже при наличии благого намерения сделать свое поведение более ориентированным на здоровье, реальное поведение зачастую остается нереализованным из-за дефицита функций, позволяющих перейти от намерений к конкретному поведению. Люди, даже понимая вред привычных способов поведения, не находят в себе достаточно навыков саморегуляции, чтобы изменить его. Доказано, что тренинг таких навыков позитивно сказывается на поведении больных в ситуации болезни.

Очевидно, что отношение к теории самодетерминации не может быть однозначным, так как, с позиций этой теории, обращение к альтернативной медицине является проявлением автономии (т.е. чем-то хорошим), тогда как врачами отказ от традиционной медицины будет расцениваться как недопустимый. Компромиссом здесь является комплементарная медицина, т.е. дополнение традиционной пассивной позиции больного в традиционной медицинской помощи процедурами аутопсихотерапии (например, обучение навыкам саморегуляции), в которых больной учится занимать активную субъектную позицию. Клинический психолог обычно считает необходимым активизировать личную ответственность больного за исход лечения, дать ему возможность хотя бы в минимальной степени контролировать ситуацию восстановления своего здоровья. С этой целью психолог может инициировать и сопровождать процесс активного лечебного самовоздействия больного на свою болезнь с помощью психологических методов. Сложность этой задачи заключается в том, что психолог должен уметь организовать этот процесс независимо от специфики заболевания. Иными словами, требуется некоторый универсальный метод, позволяющий больному бороться со своей болезнью, какой бы она ни была.

Таким методом в настоящее время является использование целенаправленных мысленных образов (guided imagery). Этот термин определяется как «фокусировка внимания пациента на целевом визуальном стимуле для получения физиологических изменений, которые могут способствовать исцелению. Мысленные образы являются эффективными практически во всех основных физиологических системах, включая желудочно-кишечный тракт, дыхание, сердечный ритм, артериальное давление, уровень метаболизма в клетках, секреции, уровень кортизола, уровень липидов в крови и иммунные реакции» (Медицинский словарь Мосби, 2009).

Этот подход является признанным в официальной медицине США, где при любом заболевании врач может рекомендовать больному обратиться к специалисту, прошедшему сертификацию на базе Academy for Guided Imagery. На ее сайте приведен список расстройств, при которых использование guided imagery особенно эффективно: облегчение боли, помощь при хронических заболеваниях и профилактика их обострений, способствование исцелению при тяжелых, угрожающих жизни заболеваниях, психотерапия при состояниях стресса, тревоги и депрессии; и др.

В этом подходе остается, однако, нерешенным главный методический вопрос: что именно нужно образно представлять больному? Разные авторы предлагают представлять разные процессы, одни – атаку лейкоцитов, другие – поступление в организм целительной энергии; и т.п. Если психолог не имеет четких критериев для выбора «правильной» визуализации, он ведь может ошибочно предложить больному представлять совсем не то, что нужно для выздоровления. Как же обеспечить «правильный» выбор?

Решение этой задачи проводилось нами с 90-х гг. в процессе работы клиническим психологом в государственных учреждениях здравоохранения. В результате была эмпирически разработана и клинически апробирована авторская методика ментальной самоинспекции, МЕНСИ (Кряжев М.Г., 2010).

Методы психокоррекции подразделяются на: 1) воздействия на психику, коррекция негативных состояний; 2) воздействия через психику на организм, саногенное психосоматическое (mind-body) воздействие, «целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами» (Kratochvil S.). Метод МЕНСИ является универсальным (и первым, и вторым), что позволяет клиническому психологу использовать его как базовый в своей работе.

К научным основам МЕНСИ относится возможность активации (до более когнитивного уровня) нейропсихологических механизмов анализатора общей чувствительности. Возникающая при этом ментальная репрезентация – это «внутренняя картина болезни» в буквальном смысле.

В отличие от своих зарубежных аналогов, в методе МЕНСИ объектом визуализации является «болезнь» как семиотический объект, что соответствует «психологии телесности» (Тхостов А.Ш.) и концепции «церебрального информационного поля болезни» – современного нейропсихологического подхода к проблеме «внутренней картины болезни» (Смирнов В.М., Резникова Т.Н.).

Репрезентация болезни – это только афферентная составляющая той функциональной системы, которая позволяет больному в той или иной степени контролировать свою болезнь. Эфферентная же составляющая определяется спецификой «образа болезни». После своего формирования, функциональная система лечебного самовоздействия становится механизмом саморегуляции. Важно, что проблема самодетерминации здесь будет решена.

Эта модель профессиональной деятельности клинического психолога, основанная на использовании ментальных образов, является, как показывает опыт, универсальной и может быть рекомендована для внедрения.

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ КОСВЕННОЙ АГРЕССИИ

Кузнецова С.О., Абрамова А.А., Ениколопов С.Н.

Москва
НЦПЗ

В последние десятилетия исследование человеческой агрессии происходило только в формах прямой физической и словесной агрессии. Эти формы отличались от «косвенных», «социальных» и «реляционных». Термин «косвенная» означает форму агрессивного поведения, отличного от прямой агрессии из-за отсутствия явной выраженности и определенной направленности.

Цель исследования состояла в изучении проблемы косвенной агрессии взрослых людей, в выявлении влияния половозрастных факторов на уровень косвенной агрессии, а также в апробировании Психометрической Шкалы оценки косвенной агрессии, разработанной С. Форрест. Исследование косвенной агрессии проводилось по качественным и количественным критериям, с учетом гендерных и возрастных параметров.

Материал и методы. Выборка состояла из 266 человек (187 женщин и 79 мужчин) в возрасте от 16 до 58 лет (средний возраст – 36 лет). В приведенном исследовании описывается разработка, психометрическая оценка, и обработка двух способов измерения взрослой косвенной агрессии. Оба измерения состоят из одних и тех же трех подшкал: социальная изоляция объекта (10 пунктов); использование злонамеренного юмора (9 пунктов); вменение вины (6 пунктов).

Результаты и их обсуждение. В результате исследования нами были выявлены статистически значимые различия в результатах мужчин и женщин. Так, например, в версии «агрессоры» средние значения баллов, набранные мужчинами по субшкале – фактору 1 (социальная изоляция) через унижение статистически значимо превосходят аналогичный показатель женской группы. Таким образом, мужчины российской выборки чаще, чем женщины предпочитают такой вид косвенной агрессии, как социальная изоляция через унижение. По остальным субшкалам и общей шкале версии «агрессоры» психометрической шкалы оценки косвенной агрессии статистически значимых различий между показателями мужчин и женщин не выявлено. Гендерные различия были установлены при анализе форм используемой косвенной агрессии. В некоторых исследованиях, мужчины продемонстрировали предпочтение «рационально появляющейся агрессии», тогда как женщины предпочитали социальное манипулирование, сходное с поведением в группе девушек-подростков. Данные, полученные в данном исследовании, коррелируют с ранее проведенными исследованиями по определению уровня косвенной агрессии. Данная шкала позволяет значительно упростить выявление жертв косвенной агрессии. Степень выявления в данном исследовании выше, чем в предыдущих, а ошибок в измерениях – меньше. Возможно, причиной этого является то, что проще признать себя жертвой косвенной агрессии, чем признаться, что провоцировал косвенную агрессию.

Кроме того, это исследование помогло нашему пониманию того, что представляет собой косвенная агрессия у взрослого населения, и насколько сопоставима она с детской и юношеской косвенной агрессией. Поведение, направленное на социальную изоляцию в значительной степени схоже с поведением социального манипулирования, зафиксированным в юности и детстве, хотя они, зачастую, более скрытые и сложные. Проявление злонамеренного юмора схоже с «рационально – проявляемой агрессией», в рамках которой можно было казаться невинным и защищенным, также как с помощью шутки можно нанести вред жертве и защитить подстрекателя. В дальнейшем исследовании необходимо исследовать эти подтипы косвенной агрессии более глубоко, так же как исследовать отношения между этими подтипами и прямой агрессией.

Слабые, но значимые корреляции между возрастом и косвенной агрессией предполагают, что подобное поведение уменьшается с возрастом, таким образом, выявляя динамичность развития выбранной модели агрессии на протяжении длительного времени. Как словесные и социальные навыки возрастают с возрастом, косвенная агрессия становится привилегированной стратегией. Нехватка исследований среди взрослого населения всех возрастных групп не позволяет сделать однозначный вывод о том, что уровень использования скрытой агрессии продолжает возрастать с возрастом или остается на устойчивом уровне, или же падает с возрастанием навыка эмпатии. Walker S. и др.(2000) доказали, что косвенная агрессия может быть особенно распространена и в более старших возрастах. Однако, исследования должны рассматривать проявление косвенной агрессии через более широкий возрастной диапазон.

Выводы. В итоге, исследование отразило разработку, психометрическую оценку, и анализ двух методов измерения взрослой косвенной агрессии. Изучение косвенной агрессии связано с большими сложностями, в основном потому, что, она практически незаметна, и как следствие – не поддается оценке ее уровень. Методика диагностики косвенной агрессии (ISA) продемонстрировала по результатам проведенной адаптации на русскоязычной выборке положительную работоспособность двух своих версий: ISA-A (версия «агрессоры») и ISA-T (версия «жертвы»). Общие шкалы методики показали достаточную внутреннюю надежность, согласованную работу пунктов. Сравнение результатов мужчин и женщин по общим шкалам

методики ISA, а также по каждой из субшкал отдельно показало, что в русскоязычном варианте методики ISA были выявлены статистически значимые различия в результатах мужчин и женщин по субшкале- «Социальная изоляция через унижение». Мужчины российской выборки чаще, чем женщины предпочитают данный вид косвенной агрессии.

ЛИЧНОСТНЫЙ СМЫСЛ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Кузькина А.И., Ялтонский В.М.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

В структуре внутренней картины колоректального рака личностный смысл болезни имеет ведущее значение, тесно связан с испытываемыми телесными ощущениями, эмоциональным отражением болезни и представлениями о ней, а также влияет на выбор способов совладания с угрожающей жизни болезнью. Личностный смысл болезни – это жизненное значение для субъекта обстоятельств болезни в отношении к мотивам его деятельности. Таким образом, многообразие типов личностного отношения к болезни определяется и многообразием ее личностных смыслов. Изменение смысла ощущений возможно из-за того, что само значение болезни неоднозначно включается в мотивационную систему и может наполняться различным смыслом. Личностный смысл болезни подразделяется на позитивный, негативный, преградный (Тхостов А.Ш.) Позитивный предполагает извлечение из болезни пациентом своеобразной выгоды. Она может быть, как материальная, так, и как чаще всего, нематериальной. Также есть негативный смысл болезни. В наиболее распространенном случае болезнь несет человеку страдания, сужает свободу человеческого существования, как в настоящем, так и в перспективе будущего. Болезнь изменяет отношение к больному со стороны общества. Особенную актуальность эти моменты приобретают в случаях тяжелого, смертельно опасного онкологического заболевания.

Цель исследования: исследование личностного смысла болезни пациентов с колоректальным раком в выборке в целом, а также в зависимости от восприятия больными сопоставимой по объективной тяжести болезни в зависимости от субъективного восприятия ими болезни как выраженной либо умеренной угрозы для жизни с восприятием болезни как выраженной и умеренной угрозы здоровью.

Материал исследования: Исследование проводилось на базе отделения колопроктологии онкологического центра Российской железнодорожной больницы № 2 им Н.А. Семашко. Обследовано 55 пациентов, больных колоректальным раком (шифр С18.0-С20 по МКБ-10) Стадия IIA – T3N0M0, мужского (29 чел) и женского пола (26 чел), в возрасте от 50 до 80 лет (средний возраст – 63,5±6,8 года), проходящих стационарное лечение и перенесших хирургическую операцию за две недели до психологического исследования.

Методы исследования: В исходящем исследовании были использованы биографический, клинико-анамнестический и экспериментально-психологический метод, в рамках которого использовался опросник «Личностный смысл болезни» В.М. Ялтонского (2008).

Результаты исследования: Испытуемые были поделены на две группы, которые были разделены на основании результатов изучения субъективного восприятия колоректального рака как угрозы жизни и здоровья на 2 группы. Первую группу составили 26 пациентов мужского и женского пола, воспринимавшие болезнь как выраженную угрозу для своей жизни. Вторую группу составили мужчины и женщины, воспринимающие колоректальный рак как умеренную угрозу для жизни. Вся выборка была обследована опросником «Личностный смысл болезни», в которой выделены четыре доминирующих смысла: «болезнь как вызов» (2,40±0,78, max=3) и «болезнь как ценность» (2,14±0,84, max=3) (позитивные) и «болезнь как враг (угроза)» (1,40±1,05, max=3) и «болезнь как наказание» (0,80±1,08, max=3) (негативные смыслы болезни). В группе 1 по сравнению с группой 2 (умеренной угрозы), статистически достоверно более выражены такие смыслы болезни как «болезнь как враг (угроза)» и (1,80±1,10 против 1,00±0,86, p≤0,00), и «болезнь как потеря» (0,50±0,58 против 0,10±0,31, p≤0,00) и «болезнь как наказание» (1,08±1,20 против 0,45±0,90, p≤0,05).

Обсуждение. Полученные результаты по данной выборке пациентов в целом подтверждают то, что больные колоректальным раком воспринимают его прежде всего как вызов, брошенный им судьбой, предполагающий попытку управления болезнью, чтобы преодолеть ее и как ценность получаемого в результате болезни определенного жизненного опыта, который позволит стать сильнее. Таким образом, пациенты. видели в болезни прежде всего позитивный смысл. В то же время, когда болезнь у части пациентов вызывала избыточную тревогу, приобретала для них сверхценное звучание и оценивалась как выраженная угроза для жизни при объективно сопоставимой тяжести болезни, пациенты находили в раке толстой кишки такие статистически достоверно более выраженные негативные смыслы болезни «враг, угроза», «потеря» здоровья, части тела, «наказание» за совершенные грехи » и позитивный смысл «стратегия» как побуждение, размышления как справиться с ситуацией, как призыв о помощи обращенный к людям.

Выводы.

1. В выборке больных колоректальным раком стадии IIA – T3N0M0 (шифр С18.0-С20 по МКБ-10) в целом позитивные личностные смыслы («вызов» и «ценность») преобладают над негативными, что является мощным ресурсом совладания с болезнью.

2. Избыточная тревога пациентов тревога за свое здоровье, вероятную смерть, выраженная сфокусированность внимания на своих ощущениях негативно влияют на психологическую адаптацию к болезни и ее саморегуляцию, способствуют нарастанию таких выраженных негативных смыслов болезни как «враг, угроза», «потеря» здоровья, части тела, «наказание» за совершенные грехи » и позитивного смысла «стратегия» как побуждение к размышлениям как справиться с ситуацией, как призыв о помощи обращенный к людям.

3. Полученные результаты должны учитываться при оказании психологической помощи пациентам с колоректальным раком при проведении психотерапевтической работы.

**Ограниченность данного исследования.*

Полученные выводы не могут быть рассмотрены на всех больных с колоректальным раком. Из-за ограниченного размера обследованной выборки, а также в связи с тем, что обследование проводилось в крупном ведомственном московском онкологическом центре (больница РЖД №2),в котором при лечении использовались современные и инновационные технологии и специалисты высокого класса.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ВУЗА

Кулыгина М.А., Царенко Д.М., Семиглазова М.В.

Москва
МНИИП,
МГИМО

Многоуровневая модель медико-психологического сопровождения образовательного процесса в вузе нацелена

на сохранение психического и физического здоровья студентов, предупреждение дезадаптации, поддержание ресурсной развивающей среды и включает несколько последовательных этапов, начиная с адаптации первокурсников и заканчивая консультированием выпускников вуза (Кулыгина М.А., Логинов И.А., 2005; Кулыгина М.А., Семиглазова М.В., 2012). Благодаря комплексной системе помощи, выстроенной на базе медико-психологического центра Университетской поликлиники одного из московских вузов уже на протяжении 15 лет, в процессе обучения решаются задачи, связанные с психопрофилактикой. Первым шагом для этого является распознавание и своевременная диагностика проблем, имеющих отношение к психическому здоровью студентов. Это осуществляется, прежде всего, в рамках диспансеризации, которая проводится на всех этапах обучения. Результатом становится выявление групп риска и рекомендации по преодолению трудностей. Клинико-психологическое скрининговое обследование состоит из психодиагностического тестирования (с использованием SCL-90-R, теста Спилбергера, Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, опросника когнитивных затруднений, опросника удовлетворенности учебной деятельностью, шкалы Шихана) и собеседования с психологом или врачом.

На следующем этапе организуется своевременная консультативная, психотерапевтическая и лечебная помощь в амбулаторных условиях без отрыва от учебы, что способствует удержанию студентов в рамках интенсивного учебного процесса.

В целях психопрофилактики решаются и задачи повышения психологической компетентности всех участников образовательного процесса, за счет проведения тренингов развития социальных и профессиональных навыков и совершенствования психолого-педагогического взаимодействия.

Выполнение всего комплекса задач, стоящих перед медико-психологическим центром, становится возможным благодаря тому, что он является частью Университетской поликлиники, что позволяет организовать системную и регулярную лечебно-профилактическую деятельность и практическое психологическое обеспечение.

Одним из ценных преимуществ организации такого рода помощи является полипрофессиональный подход, реализуемый благодаря сотрудничеству психологов, психиатров и врачей других специальностей. В большинстве случаев идет совместное обсуждение и ведение пациентов.

Системность достигается также за счет взаимодействия с другими подразделениями вуза, а в сложных случаях и с родителями студентов в целях разъяснения причин и последствий болезненного состояния и обсуждения рекомендаций по лечению. Тесные контакты с ведущими клиниками позволяют при необходимости организовывать консультации и консилиумы, а при недостаточности амбулаторного лечения осуществлять госпитализацию. Помимо комплексности и системности, деятельность медико-психологического центра строится на принципах конфиденциальности, добровольности и непрерывности.

Как правило, студенты обращаются за помощью в ходе диспансеризации, по рекомендации администрации, по собственному желанию или по направлению врачей поликлиники (невропатологов, терапевтов, хирурга, дерматолога).

Наиболее часто обращаются за помощью иногородние студенты, студенты с неблагополучной семейной ситуацией, студенты 1 курса и выпускники, т.е. те, кто испытывает максимальное бремя дефицита поддержки, трудностей адаптации, страха перед будущим. Пик обращаемости приходится на предсессионные периоды, когда максимально возрастает хроническая стрессовая нагрузка, накапливается усталость и происходит сезонное обострение проблем, связанных с психическим здоровьем. Во время экзаменационных пересдач чаще отмечаются острые стрессовые реакции на фоне угроз отчисления. Среди личностных проблем, наиболее типичных для студентов, преобладают явления, которые связаны с трудностями самоорганизации, неустойчивостью самооценки, мотивационно-смысловыми аспектами, такие как прокрастинация, перфекционизм, кризис идентичности.

Длительность и формат психолого-психиатрической помощи зависит от запроса, тяжести состояния и готовности к лечению и варьирует от 1-2х психологических консультаций до длительного комбинированного лечения на протяжении 1-2хсеместров.

На основе проводимых обследований выделяются четыре группы по наличию и выраженности проблем, связанных с психическим здоровьем:

- Группа относительно здоровых – 22% студентов (из 540 студентов, обследованных в течение прошлого года). Отсутствуют симптомы психических расстройств и психологических затруднений. Сохранена учебная и социальная адаптация. Этой группе рекомендована ежегодная плановая диспансеризация для контроля уровня здоровья.

- Группа условного риска – 50% студентов. Отмечается повышенная уязвимость в виде сензитивности, эмоциональной неустойчивости, а также избыточное волнение в стрессовых ситуациях, сезонные или суточные колебания настроения, эпизодические нарушений сна, метеозависимость. Эта группа периодически нуждается в психопрофилактических рекомендациях по ведению правильного образа жизни, соблюдению режима дня, эффективной организации учебного процесса и саморегуляции, в ряде случаев показана консультация психолога.

- Группа высокого риска – 20% студентов. Наличие отдельных субклинических симптомов, личностных акцентуаций, актуальных стрессогенных ситуаций, психических расстройств в анамнезе и др. Эта группа помимо ежегодной плановой диспансеризации нуждается в психотерапевтическом сопровождении, психологическом консультировании и профилактической работе.

- Группа психических расстройств – 8% студентов. Наличие манифестных расстройств и клинически очерченных нозологических форм в большинстве случаев невротического уровня. Эта группа нуждается в активном психотерапевтическом и психофармакологическом лечении (преимущественно с использованием антидепрессантов, анксиолитиков, ноотропных и витаминные препаратов, адаптогенов), а также в реабилитации и вторичной профилактике.

У студентов, которые наблюдаются в медико-психологическом центре, отмечаются, главным образом, симптомы и нарушения аффективного спектра, преобладают тревожно-фобические расстройства (40%), а также умеренные и легкие депрессии (22%) и соматоформные расстройства (25%), встречаются органические астенические расстройства (7%), которые сопровождаются трудностями концентрации, снижением работоспособности, повышенной утомляемостью. Особую категорию пациентов составляют больные с тяжелыми психическими расстройствами психотического уровня (6%), нуждающиеся в специальном лечении, часто в условиях стационара. Выявление подобных случаев представляет особую актуальность в связи с наибольшей эффективностью ранних терапевтических мероприятий, а также по причине угрозы неадекватных поступков и суицидального поведения.

Состояние студентов из групп риска зависит в значительной степени от средовых условий, от соотношения интенсивности стрессовых факторов и защитных сил организма. На протяжении последних лет отмечается увеличение группы риска при более менее постоянных цифрах отчетливых психических нарушений. Т.е. повышается уязвимость психики молодых людей и соответственно вероятность подверженности стрессовым влияниям, связанным как с обучением, так и процессом взросления, и вызовами современности в целом. В этих условиях именно раннее выявление проблем, оказание консультативной или лечебной помощи и дальнейшее динамическое наблюдение

являются главными факторами предотвращения утяжеления и хронификации болезненных состояний, развития осложнений, нарушений социального функционирования.

Таким образом, с учетом того, что студенческая молодежь зачастую выпадает из сферы внимания медицинских специалистов из-за особенностей организации здравоохранения и недостаточности помощи лицам юношеского возраста, большую значимость приобретают психопрофилактические службы в вузах, что позволяет своевременно распознавать и эффективно решать проблемы со здоровьем студентов.

СКРИНИНГОВАЯ МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДБОЛЕЗНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ

Лебедев М.А., Палатов С.Ю., Ковров Г.В.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Проведено клинико-эпидемиологическое изучение распространенности, структуры и динамики, предболезненных состояний у учащихся массовых школ крупного города и студентов ВУЗа, всего 1023 человек. Исследование проводилось с использованием разработанной технологии скрининговой оценки психического здоровья, предназначенной для проведения массовых обследований населения с целью выявления психического неблагополучия у населения и групп повышенного риска возникновения психических расстройств. Методика представляет собой компьютеризированный анализ ряда клинических симптомов, совокупность которых позволит выставить синдромальный диагноз и определить качество психического здоровья. К предболезненным состояниям были отнесены полиморфная астеническая симптоматика, транзиторное аффективное расстройство, акцентуации характера, сопровождавшиеся нарушением учебной и семейной адаптации. Предболезненные состояния были выявлены у одной трети всех обследованных.

В ходе исследования проведен анализ 302 признаков различного характера с целью получения комплекса факторов, оказывающих наибольше влияние на формирование предболезненных пограничных состояний и негативного развития симптоматики. Произведено объединение факторов в три основные группы: соответственно, биологические, социально-демографические, микросоциальные комплексы. При сопоставлении значимости отдельных комплексов факторов было выявлены как общие закономерности, так и определенные различия, наблюдавшиеся в исследованных группах и вариантах предболезненных состояний. Так, в группе подростков-школьников наибольшее значение для формирования полиморфной астенической симптоматики имели наследственная отягощенность соматическими заболеваниями, наличие анте- и перинатальных вредностей. Для формирования транзиторного аффективного расстройства наиболее значимыми были наследственная отягощенность как психическими, так и соматическими заболеваниями. Для формирования акцентуаций характера ведущее значение имело наследственная отягощенность психическими заболеваниями. В группе обследованных студентов прогностическая значимость выделенных факторов сохраняла свое значение, однако, носила несколько иной характер. Так, было отмечено последовательное уменьшение значимости биологических факторов для формирования полиморфной астенической симптоматики, увеличение тех же факторов для возникновения транзиторного аффективного расстройства и, особенно, акцентуаций характера.

Возникновение предболезненных и пограничных расстройств зависит преимущественно от микросоциальных факторов, в определенной степени, от наследственного предрасположения; необходимо расширение профилактической и психокоррекционной работы со студентами на базах имеющихся медицинских учреждений с преимущественным амбулаторным типом оказания терапевтической и коррекционной помощи; своевременное консультирование больных у врачей психиатров и специализированное лечение ведет к достаточно быстрой купированию симптоматики, профилактики негативного развития заболевания, сохранению работоспособности пациента, что имеет, безусловно, положительный социальный и экономический эффект.

ТИПЫ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лебедева Г.Г.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Актуальность. На сегодняшний день нет достоверных данных об усугублении когнитивного дефицита по мере развития и хронизации заболеваний шизофренического спектра (Gold S., Arndt S., Nopoulos P,1999). В некоторых исследованиях показано (Rund B.R.,2009), что пациенты демонстрируют относительно стабильный уровень когнитивного функционирования, несмотря на возможные изменения тяжести клинической симптоматики. Шизофрения в большей степени ассоциируется со стабильным когнитивным дефицитом, чем с нарастающей деменцией (Критская В.П., Мелешко Т.П., 2004). Вместе с тем, предположение об отсутствии негативной динамики устойчивых когнитивных нарушений при шизофрении входит в противоречие не только с клиническими наблюдениями, но и с объективной оценкой каждодневной социальной и профессиональной активности пациентов («everyday functioning»). Проведенные исследования показали, что психосоциальное функционирование пациентов после лечения и выписки из больницы в существенной степени определяется состоянием его когнитивной сферы (Аведисова А.С., Вериго Н.Н., 2001).

Представления о структуре когнитивного дефицита также не отличаются однозначностью. Ведущим компонентом в формировании диссоциированного типа дефекта при шизофрении, в соответствии с традициями отечественной патопсихологической школы, является снижение потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции деятельности и поведения (Блейхер В.М., Крук И.В, 1986). В англоязычной специальной литературе патология потребностно-мотивационной сферы не считается достаточным объяснением когнитивных расстройств при шизофрении (Sharma T., Harvey Ph., 2000). Не отрицая значения анализа мотивационных процессов, ученые за рубежом сосредоточили свои основные усилия на исследованиях собственно когнитивных процессов (подчеркивается значение нарушений внимания, ограничение слуховой и зрительной рабочей памяти, снижение скорости реакции и активности психических (информационных) процессов, и расстройство исполнительских функций – функций программирования, регуляции и контроля психической деятельности) (Savla G.N., Moore D.J., Palmer B.W, 2008).

Таким образом, современное состояние проблемы оценки структуры и динамики когнитивного дефекта при шизофрении характеризуется расхождением теоретических взглядов, что и определяет актуальность задачи уточнения, теоретического осмысления и практической разработки данной проблемы.

Целью исследования было изучение особенностей когнитивного дефицита у пациентов с параноидной шизофренией, для разработки научно-обоснованных критериев прогноза динамики когнитивного дефекта у пациентов в связи с

задачами дифференциальной диагностики и подготовки реабилитационных мероприятий (восстановления когнитивного функционирования).

Материал исследования. В исследовании приняли участие 76 пациентов с параноидной шизофренией (F 20.0 по МКБ-10), (из них 60% мужчин и 40% женщин) в возрасте от 18 до 30 лет (M=26,67±0,78).

Критерии отбора: наличие клинически установленного диагноза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; отсутствие на момент обследования острой психотической симптоматики, выраженного интеллектуально-мнестического снижения и признаков нейролептического синдрома; отсутствие полиморфной симптоматики и коморбидных расстройств; информированное добровольное согласие на участие в исследовании и отсутствие возражений со стороны лечащего врача; правшество пациентов.

Методы. Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: методика последовательности соединений; тест беглости речевых ответов; тест «Сложная фигура Рея–Остерица»; таблицы Шульте-Горбова; таблицы Шульте; субтесты «Кубики», «Шифровка», «Повторение цифр», «Сходства» методики Векслера; тест на запоминание 10 слов; стандартные прогрессивные матрицы Равена; пиктограммы.

С целью выделения содержательной структуры когнитивного дефицита у пациентов с параноидной шизофренией был проведен факторный анализ, исходными признаками для которого послужили результаты когнитивных тестов, выполненными пациентами.

Результаты. Визуальный анализ графика собственных значений факторов позволил предположить существование 6-факторной структуры, объясняющей 71,66% дисперсии. Значимыми были определены факторные нагрузки, превышающие по модулю 0,4.

При анализе факторной структуры выделились следующие факторы:

1 фактор – абстрактно-логическое, невербальное мышление, праксис. Первый фактор имеет наибольший вес (17,6%), его компоненты имеют положительный полюс и определяются абстрактно – логическим мышлением, пространственным мышлением, зрительно-моторной координацией, праксисом, переключаемостью внимания. Иными словами, данный фактор отражает уровень абстрактно-логического мышления связанного с зрительно-моторной координацией, переключаемостью внимания.

2 фактор – активность внимания и зрительно-моторная координация (и отсутствие нарушений мышления). Второй фактор (имеющий вес 14,3%) характеризуется положительным полюсом, включающим в себя показатели переключаемости, концентрации внимания, активного внимания, показатели эффективности работы и отрицательным полюсом, включающим в себя зрительно-моторную координацию, скорость формирования навыков, искажениями в мышлении. Косвенно связанными с аналитико-синтетическими способностями. Таким образом, данный фактор отражает уровень активности внимания, его концентрации, эффективности, которая проявляется в успешной зрительно-моторной координации и отсутствием искажений в мышлении.

3 фактор – мнестические процессы. Третий фактор (имеющий вес 13,4% дисперсии) характеризуется положительным полюсом, включающим баллы теста Рея (копирование, непосредственное воспроизведение, отсроченное воспроизведение), показатели семантической беглости, отсроченного воспроизведения, опосредованного воспроизведения. Иными словами, данный фактор объединяет зрительно-пространственные способности, зрительную память, семантическую память, долговременную память, опосредованную память. Наибольшая нагрузка фактора складывается из мнестических процессов, которые проявляются, в том числе, при выполнении воспроизведении фигуры Рея.

4 фактор – скорость воспроизведения символов. Четвертый фактор (имеющий вес 12,2% дисперсии) характеризуется положительным полюсом – показателями активного внимания, зрительно-моторной координации, показателями пространственной ориентации, и отрицательным полюсом – вербальной (фонетической) беглостью, (переключением внимания на вербальном материале). Наибольший вес фактора имеют значения скорости выполнения заданий на зрительно-пространственные функции. Т.о., в фактор вошли динамические характеристики воспроизведения абстрактных символов (цифровые, образные символы) и вербальных, т.е. скорость воспроизведения различных символов (вербальных и невербальных).

5 фактор – объем памяти. Пятый фактор (имеющий вес 10, 0% дисперсии) характеризуется положительными значениями теста на воспроизведение цифр, включая в себя объем кратковременной и оперативной памяти. Т.о., данный фактор отражает объем памяти на числовом материале.

6 фактор – динамические свойства внимания (имеющий вес 7,2% дисперсии) – характеризуется отрицательным полюсом психической устойчивости и положительным полюсом врабатываемости и в целом, характеризует врабатываемость и работоспособность психической деятельности.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у пациентов с параноидной шизофренией можно выделить 6 основных типов когнитивного дефицита в зависимости от преобладающих нарушений: абстрактно-логические нарушения и нарушения невербального мышления; нарушения активности внимания и зрительно-моторной координации; нарушения мнестических процессов; нарушения скорости воспроизведения символов; нарушения объема памяти; нарушения динамических свойств внимания. С практической точки зрения вышеуказанные основные типы когнитивного дефицита необходимо учитывать при разработке психокоррекционных программ в системе лечебно-реабилитационных мероприятий для пациентов с параноидной шизофренией.

КОМПЛАЕНС КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Ложкина Л.И., Шелыгин К.В.

Архангельск
Северный ГМУ

Наметившая в медицине тенденция перехода от патерналисткой модели взаимодействия врача с пациентом к сотрудничеству (Е.А. Вольская, 2013) ставит перед медицинской психологией новые задачи, т.к. качественное оказание медицинской помощи возможно лишь при активном участии пациента, принятия им лечения, наличие установок на выздоровление, доверие к врачу, персоналу, лечебному учреждению в целом (Болучевская В.В. и соавторы, 2011, Власова Н.Н. 2014).

С психологической точки зрения пациент в первую очередь выступает как личность, т.е. является носителем субъективной реальности, состоящий из огромного спектра взаимосвязанных психических явлений, находящихся на разных уровнях осознания и проявляющихся в разнообразных психологических фактах. В рамах изучения психологической стороны лечебно-диагностического процесса важным аспектом становится готовность пациента к сотрудничеству с врачом и выполнению его рекомендаций. Готовность пациента следовать назначениям врача, неукоснительно выполнять рекомендации по изменению образа жизни, питания и т.п. обозначается терминами соблюдение (compliance), приверженность (adherence) и соответствие или согласие (concordance) (Concordance, adherence

and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), December, 2005). В отечественной литературе чаще встречается понятие «комплаенс». Актуальность изучения комплаенса заключается в первую очередь в том, что комплаентное поведение при различных заболеваниях составляет от 20 до 57%. (В.В. Белоколодов, 2014, М.А. Мищенко, С.В. Кононова, 2014, В.Э. Олейников, И.В. Елисеева, Ю.А. Томашевская, Н.А, Борисова, С.С. Фадеева, 2014).

В исследованиях посвященных проблеме комплаенса особое внимание уделяется изучению механизмов формирования различных типов (Шестопалова Л.Ф., Лесная Н.Н., 2011) и уровней компаленса (Амосова Н.И. и соавторы, 2012). Указывается на тесную взаимосвязь комплаенса с внутренней картиной болезни, типом личности, доверием к врачу, типом заболевания, продолжительностью лечения и его побочными эффектами, организацией лечебного процесса, семейным положением и т.п. (Бирюкова Л.А., 2009, Шестопалова Л.Ф., Лесная Н.Н., 2011, Лутова Н.Б., 2013, Фирсова Л.Д., 2013, Данилов Д.С., 2014 и др.).

Говоря о психологической стороне комплаенса, необходимо подчеркнуть, что комплаенс необходимо рассматривать как сложный динамический клинико-психологический феномен, включающий в себя эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты (Шестопалова Л.Ф., Лесная Н.Н., 2011). С нашей точки зрения компаленс является психологическим фактом, который обусловлен сложным ансамблем индивидуально – психологических (внутренних детерминант) и медико-социальных (внешних детерминант).

Рассматривая пациента как носителя субъективной реальности, стремящегося к гомеостазу между собой и объективным миром, необходимо указать, что болезнь – это объективный факт биографии человека, меняющий весь уклад его жизни и влияющий на его дельнейшее личностное развитие. Заболевание создает особую ситуацию развития человека и требует формирования новых моделей поведения, позволяющих адаптироваться к новым условиям жизни. На субъективном уровне болезнь отражается в виде особой системы отношений человека к своему заболеванию, включающей когнитивный и эмоциональный аспект, порождающей определенное поведение. В медико-психологических работах эта система отношений обозначается терминами «внутренняя картина болезни», «отношение к болезни» и «личностный смысл болезни» (Р.А. Лурия, 1977, А.В. Штрахова, 2008). В ряде работ отмечена связь комплаенса с типом отношения к болезни (Данилов Д.С., 2014).

Когнитивная переработка болезни связана с осознанием наличия заболевания и поискам информации, позволяющей определить дальнейшие жизненные перспективы в контексте заболевания. Анализ ситуации болезни с основой на объективную информацию будет способствовать формированию комплаентного поведения. Тогда как ориентация на популярные или маргинальные источники, ближайшее окружение, различные передачи «про здоровье» и т.п. может спровоцировать «уход» в альтернативные способы лечения и самолечение.

Степень осознания болезни, особенности ее течения, наличие или отсутствие болезненных ощущений отражается на эмоциональном уровне в виде стенических или астенических чувств по отношению к лечению и жизненной перспективе в целом. Низкая оценка медицинской помощи, болезненные манипуляции или побочные эффекты, негативная оценка будущего способны спровоцировать нарушения предписаний врача и развитие нонкомплаентного поведения.

На сегодняшний день отсутствует целостная теоретико-методологическая модель понимания комплаенса как психологического феномена личности. Открытыми остаются вопросы теоретической обоснованности психодиагностических критериев комплаенса и определения психокоррекционных мишеней при нонкомплаенсе.

ТИПОЛОГИЯ БОЛЬНЫХ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА

Лутова Н.Б.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Нарушения приверженности больным приему лекарств или нонкомплайенс – это степень, в которой пациент не соблюдает рекомендации своего лечащего врача (KaplanH.I., Sadock B.J., 1998). Нарушения комплайенса – остается значимой проблемой во всех областях медицинской практики и наблюдается среди всех возрастных групп пациентов: от детей (Matsui D.M., 1997) до пожилых больных (Spagnoli A. et al., 1989). Особенно актуальна проблема соблюдения режима приема лекарств при хронических заболеваниях (Lacombe P.A. et al., 1996), поскольку имеется тенденция усиления нонкомплайенса с течением времени (Morris L.S., Schulz R.M., 1992). В наши дни некомплаентность больных является важной проблемой в системе здравоохранения как развитых, так и развивающихся стран. При том, что больным выписываются лекарственные средства, способствующие улучшению состояния здоровья, считается, что при длительном медикаментозном курсе лечения лишь 50% больных остаются комплаентными. Соблюдение больными режима приема лекарств чрезвычайно важно, потому что комплйаенс непосредственно влияет на исход заболеваний. В психиатрии значимость данной проблемы предопределяется как высокой степенью распространенности нонкомплайенса(Cramer J., Rosenheck R., 1998; Lacro J., 2002; Perkins D., 2002; Marder S., 2003), так и разнообразными тяжелыми последствиями нарушений режима приема лекарств: от усиления выраженности психопатологической симптоматики, частоты госпитализаций, (Robinson D. с соавт., 1999; Misdrahi D. с соавт., 2002) до социальных последствий (Herings R., Erkens J., 1999; Johnson D. с соавт., 1983) и увеличения материальных затрат общества (Букреева Н.Д., с соавт., 2012; Ястребов В.С., с соавт. 2012; Almond S., с соавт., 2004). Существующая проблема диктует необходимость улучшения знаний о причинах нарушений больными соблюдения режима приема предписанных лекарств.

Целью работы являлась попытка выявить характерные типы медикаментозного комплайенса среди больных, страдающих эндогенными психическими расстройствами.

Материалы и методы. Обследовано 424 больных, проходивших стационарное лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. В данной когорте были больные от 18 до 70 лет. Из них 36,4% – мужчины и 63,6% – женщины. Согласно диагностическим критериям МКБ-10 основные клинические формы у обследованных: шизофрения параноидная (F20.0) – 53,0%; шизотипическое расстройство (F21) – 13,8%; шизоаффективное расстройство (F25) – 8,2% и аффективные расстройства (F3) – 25,0%. Изучение уровня и структуры комплайенса обследованных больных проводилась с помощью Шкалы Медикаментозного Комплайенса (ШМК) (Н.Б. Лутова с соавт., 2008).

Результаты и обсуждение. При применении кластерного анализа использовались обобщенные характеристики медикаментозного комплайенса (латентные факторы) для типологии больных в соответствии с типами комплайенса. В соответствии с результатами можно дать содержательную характеристику сформированных кластеров:

- кластер 1 (129 больных). Это низкомотивированные больные с достаточной активностью и невысокой остротой заболевания. Их низкая мотивация к лечению обусловлена субъективным отсутствием давлением страдания. Для данной категории больных высока угроза отказа от медикаментозного лечения по мотиву: «я чувствую себя неплохо и у меня нет причин принимать лекарства»;

- кластер 2 (140 больных) – это пациенты с умеренной мотивацией к лечению, имеющие наиболее выраженное снижение активности и высокий уровень остроты заболевания. Эти больные хотят улучшить свое состояние, поскольку испытывают дискомфорт из-за болезненных проявлений. В данном случае препятствиями для их комплаентности, в первую очередь, является их пассивность, которая препятствует следование режиму лекарственных назначений и выраженность психопатологических симптомов, которые снижают как возможность, так и желание больного принимать лекарства;

- кластер 3 (157 больных) – пациенты с высокой мотивацией к лечению, высоким уровнем активности и средней выраженностью остроты заболевания. Такой профиль комплаентности дает возможность воспользоваться эффектами психофармакотерапии (высокий уровень мотивации и достаточный уровень активности) при наличии давления страданием за счет выраженности остроты заболевания.

Обнаружены положительные корреляции между наличием диагноза шизотипическое расстройство (F21) и параноидная шизофрения (F20.0) и кластерами 1 и 2. То есть пациентам с этими диагнозами свойственна либо низкая мотивация к приему лекарств за счет низкого давления страданием (в случае больных с параноидной шизофренией при купировании остроты психопатологических симптомов, например, на этапе становления ремиссии), либо умеренная мотивация при сочетании низкой активности и умеренной остроты заболевания. Причем, наибольшая корреляция наблюдается между диагнозом F21 и кластером 1, а при диагнозе F20.0 с кластером 2.

Также положительная корреляция наблюдалась между диагнозами аффективное расстройство (F3) и шизоаффективное расстройство (F25) и принадлежностью к кластеру 3, где высокая мотивация к лечению продиктована субъективным страданием обусловленным остротой заболевания при наличии достаточной активности.

Данные средних показателей, имеющих статистически значимые различия ($p<0,000$) между кластерами демонстрируют, что наиболее низкие показатели оказались у больных, относящихся к кластеру 1 по следующим параметрам: субшкала «факторы отношения к медикации», субшкала «факторы, связанные с близким окружением», субшкала «факторы, связанные с врачом», общий показатель ШМК. Это самая проблемная когорта больных, которых можно описать как «активных противников лечения», поскольку, имея невысокую выраженность заболевания и достаточный уровень активности, они негативно относятся к медикации, не имея должной поддержки близких относительно фармакотерапии и противодействуя выстраиванию терапевтических отношений.

У больных, принадлежащих к кластеру 2, наблюдается наиболее низкий показатель субшкалы «факторы, связанные с пациентом». Другие значения ШМК занимают срединное положение. Таким образом, пациентов, относящиеся к кластеру 2, можно квалифицировать как «неустойчивых относительно комплайенса», поскольку их показатели отношения к медикации лучше, чем у предыдущей когорты больных. Они имеют поддержку близкого окружения, достаточно удовлетворительный показатель терапевтического альянса, но их собственные ресурсы ослаблены морбидными (самый низкий показатель субшкалы «факторы, связанные с пациентам»), что может нарушать комплайенс преимущественно за счет низкой активности, которая может приводить к неспособности делать усилия для соблюдения режима лекарственной терапии.

Средние значения показателей всех подсистем у больных, относящихся к кластеру 3, оказались выше по сравнению с двумя другими кластерами. Эту когорту пациентов можно охарактеризовать как «активно комплаентных», так как они положительно настроены относительно медикации и, имея достаточный уровень активности, пытаются избавиться от имеющихся симптомов, поддерживая терапевтический альянс и имея поддержку близких.

Выводы. Обнаружена тропность к отдельным кластерам в зависимости от нозологической принадлежности пациента. В 1 и 2 кластерах преобладают больные с шизотипическим расстройством и параноидной шизофренией, причем шизотипические больные в большей степени тяготеют к первому, а параноидные ко второму кластеру. В кластере 3 преобладают больные с аффективными и шизотипическим расстройстом. Определение положения больного в факторном пространстве комплайенса дает возможность оценить сочетания выраженности его мотивации к лечению, активности и остроты заболевания, что способствует более рациональному построению индивидуальных программ терапии комплайенса.

ПСИХИЧЕСКАЯ РИГИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Лысенко И.С.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Выработка фиксированных форм поведения, психическая ригидность у больных с невротическими расстройствами, с одной стороны, носит защитный характер и направлена на снижение тревоги, обусловленной внутриличностной конфликтностью и напряжением в межличностных отношениях, с другой стороны – затрудняет адаптацию личности к изменяющимся условиям внешней среды.

Целью исследования было изучение особенностей проявления психической ригидности у больных с истерическим, неврастеническим и обсессивно-фобическим типами невротических расстройств.

Выраженность и содержание психической ригидности оценивались с помощью Томского опросника ригидности (ТОР), определяющего уровень актуальной, сензитивной, установочной, преморбидной ригидности и ригидности как состояния, а также ее общую интенсивность у 173 больных с разными типами невротических расстройств. Полученные результаты соотносились с нормативными данными и показателями других методик (симптоматический опросник J.W. Aleksandrowicz и тест по выявлению уровня внутриличностной конфликтности А.И. Шипилова).

В ходе исследования установлено, что ригидность у больных с невротическими расстройствами значительно выше, чем у относительно здоровых людей. средние значения общей шкалы соответствуют пограничным показателям между умеренным и высоким уровнем выраженности относительно средненормативных с тенденцией к высоким, что указывает на наличие симптомокомплекса ригидности как общегрупповой характеристики больных с невротическими расстройствами; отмечаются сложности в корректировке собственных программ поведения, отношений, модуса переживаний, ситуации, требующие изменений, воспринимаются как дискомфортные. Группы больных с разными типами невротических расстройств достоверно не отличаются по интенсивности психической ригидности.

По содержанию психическая ригидность у больных с разными типами невротических расстройств также достоверно не отличается. У больных с истерическим, неврастеническим и обсессивно-фобическим типами невротических расстройств отмечаются высокие показатели сензитивной ригидности и ригидности как состояния относительно средненормативных данных, что указывает на личностный уровень и ситуативный характер психической ригидности. Больные с невротическими расстройствами в психотравмирующих ситуациях склонны к усилению психической ригидности и выработке фиксированных

форм поведения, ситуации, требующие изменений, вызывают страх и эмоциональный дискомфорт. Актуальная ригидность принимает значения, соответствующие пограничному диапазону между высоким и умеренным уровнем относительно средненормативных показателей, что отражает ригидность, проявляющуюся в конкретных ситуациях, как неспособность изменить мнения, отношения, установки при объективной необходимости. Установочная и преморбидная ригидность характеризуется умеренным уровнем.

Таким образом, при сравнении результатов у больных с разными типами невротических расстройств и средненормативных показателей было выявлено, что психическая ригидность не связана со спецификой типа невротических расстройств и является неспецифической характеристикой общей группы. В целом пациентам с невротическими расстройствами свойственны фиксированные формы поведения, устойчивость стереотипов и эмоциональных реакций. В эмоционально-напряженных ситуациях они испытывают сложности в корректировке собственных мнений, отношений, установок, мотивов, полюса эмоционального реагирования и тяжело переживают ситуации, требующие от них каких-либо изменений. Психическая ригидность, характерная для больных с невротическими расстройствами, усиливается в определенных условиях как реакция на психотравмирующие ситуации и проявляется преимущественно в эмоциональной сфере.

Характеристики психической ригидности у больных с невротическими расстройствами не связаны с типом расстройства и скорее свидетельствуют о степени имеющихся нарушений и уровне дезадаптации пациентов, чем являются признаком определенного содержания внутриличностного конфликта, что во многом определяет выбор терапевтической стратегии.

ФАКТОРЫ АКТИВНОСТИ ПОИСКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Малыгин Я.В., Цыганков Б.Д., Исмаилова С.Ф.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение. Своевременное обращение за медицинской помощью – одна из ключевых копинг-стратегий при психических расстройствах.

Отсроченная обращаемость пациентов за медицинской помощью приводит к более длительному периоду болезни и нетрудоспособности, формированию резистентности к терапии.

На скорость обращения за медицинской помощью оказывает влияние широкий набор факторов: медицинская грамотность, возраст, образование, острое начало заболевания, степень выраженности заболевания.

В мировой литературе отсутствуют комплексные исследования, охватывающие широкий набор факторов, влияющих на скорость обращения к врачу.

Цель исследования – выявить факторы, влияющие на активность поиска психиатрической помощи

Материал исследования. Обследованы 200 стационарных пациентов, страдающих расстройствами из блока «аффективные расстройства» или «невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства». По медиане периода от появления первых симптомов до обращения к врачу пациенты были разделены на 2 подгруппы. Медиана составила 6 месяцев. Были выделены:

Подгруппа с активным поиском медицинской помощи (аПМП) (99 человек) – обратившиеся к врачу в течение 5 месяцев с момента появления симптомов заболевания

Подгруппа с пассивным поиском медицинской помощи (пПМП) (101 человек) – обратившиеся к врачу через 6 и более месяцев с момента появления симптомов заболевания

Большую часть выборки составили пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (72%), преимущественно представленными тревожными расстройствами (55%). Аффективные расстройства были представлены рекуррентным депрессивным расстройством (15%) и депрессивным эпизодом средней степени (11%). Женщины составили 73,5% обследованных. Средний возраст обследованных 44,6±13,5 лет.

Методы исследования. Использовались психометрический, клинико-психопатологический, анамнестический, статистический методы; изучалось субъективное восприятие пациентами влияния болезни на сферы их жизни.

Результаты. *Психологические факторы.* Анализ степени напряжения копинг-стратегий среди пациентов с активным и пассивным ПМП показала, что суммарная степень напряжения всех копинг-стратегий была сопоставима в 2 группах.

Определенные сочетания копинг-стратегий способствуют формированию активного или пассивного поиска медицинской помощи: активному поиску медицинской помощи способствуют сочетания умеренной конфронтации с умеренным избеганием, выраженного дистанцирования с выраженным самоконтролем, низкого самоконтроля со средней положительной переоценкой; пассивному поиску – сочетания низкого дистанцирования со средним самоконтролем, низкого дистанцирования со средним принятием ответственности и среднего самоконтроля с выраженным избеганием. Мы выдвинули гипотезы для объяснения этих феноменов. Наиболее благоприятным для быстрого обращения за медицинской помощью является умеренная степень противостояния и избегания проблем, проявляющаяся средней степенью напряжения копинг-стратегий «конфронтация» и «бегство-избегание». Сочетание низкой степени напряжения копинг-стратегии «дистанцирование» и средней степени напряжения копинг-стратегии «самоконтроль» способствовало пассивному поиску медицинской помощи, а сочетание высокой степени напряжения этих копинг-стратегий – активному поиску медицинской помощи. Мы предполагаем, что дистанцирование и самоконтроль являются отражением одних и тех же явлений эмоциональной сферы, направленных на снижение эмоционального напряжения. Умеренная степень напряжения копингов с преобладанием самоконтроля свидетельствует о наличии ресурсов для произвольной регуляции эмоциональной сферы, отражая способность справляться с проявлениями заболевания. Высокая степень выраженности обеих копинг-стратегий указывает на декомпенсацию способности к эмоциональной регуляции, что приводит к обращению к врачу. Сочетание низкой степени дистанцирования и средней степени принятия ответственности, вероятно, указывает на сохранность возможности произвольной регуляции эмоций в сочетании с адекватной ситуации степенью ответственности за свое здоровье, что позволяет длительно справляться со своим состоянием. Сочетание среднего самоконтроля и высокого напряжения бегства-избегания приводит к отсроченному обращению за помощью, что может быть объяснено длительным избеганием решения проблем со здоровьем и на этом фоне последующим истощением способности к самоконтролю. Сочетание низкой степени напряжения стратегии «самоконтроль» и средней степени стратегии «положительная переоценка» способствует формированию быстрого обращения за медицинской помощь. Вероятно, быстрое обращение за помощью определяется копинг-стратегией «положительная переоценка». При этом низкая степень напряжения стратегии «самоконтроль» отражает

отсутствие истощения способности к произвольной саморегуляции при быстром обращении за помощью.

Суммарная степень выраженности личностных черт была сопоставима среди пациентов с активным и пассивным поиском медицинской помощи. В группе с аПМП по сравнению с группой с пПМП была выше доля пациентов со средне выраженными тревожными чертами личности (31% и 19%) и ниже доля пациентов с ярко выраженными тревожными чертами личности (6% и 15%). Средне выраженные тревожные черты мобилизую человека на поиск медицинской помощи, а яркие тревожные черты обуславливают затруднения в принятии решения об обращении к врачу.

Сенситивный тип отношения к болезни чаще встречался среди пациентов, отсрочено обращающихся к врачу, чем среди пациентов с аПМП (30% и 11%). Сенситивный тип отношения к болезни обнаруживал лишь слабую прямую связь с чувством стыда у пациентов. При определении мишеней для психокоррекции следует учитывать как стигматизацию, так и самостигматизацию.

Ипохондрический тип отношения к болезни более характерен для пациентов с аПМП. По результатам дополнительного анализа, ни диагноз ипохондрического расстройства, ни наличие тревоги по поводу симптомов заболевания не являются определяющими в формировании ипохондрического типа отношения к болезни. Вероятно, ипохондрический тип отношения к болезни имеет многофакторную природу.

Социально-демографические факторы. Активному поиски медицинской помощи способствовал мужской пол. Возраст пациентов был сопоставим в обеих группах. В группе аПМП было значимо больше пациентов, состоящих в официальном браке, чем в группе пПМП (50% и 31%). Нарушенные семейные отношения в виде развода при отсутствии отношений задерживали обращение за медицинской помощью. Группы с аПМП и пПМП сопоставимы по уровню образования и занятости.

Пациенты, которым близкие оказывают эмоциональную поддержку, склонны к более активному поиску медицинской помощи.

Отрицательный опыт работы с психологом в анамнезе способствует отсроченному обращению за медицинской помощью.

Клинико-психопатологические факторы. Нозологическая принадлежность оказывала слабое влияние на активность обращения за медицинской помощью. Лишь наличие панического расстройства способствовало активному обращению к врачу. Класса синдрома (тревожный, астенический и апатический) не влиял на активность поиска медицинской помощи. Характер тревоги оказывал слабое влияние на активность обращения к врачу. Лишь фобическая тревога задерживала обращение к врачу. Объективная тяжесть состояния, измерявшаяся при помощи ШОКВ, сопоставима в выделенных группах.

При внезапном начале заболевания пациенты склоны быстрее искать медицинскую помощь, что может быть объяснено более ранним распознаванием заболевания или оценкой его как более тяжелого.

Декомпенсация в повседневной жизни и снижение трудоспособности являются важными драйверами для обращения за медицинской помощью.

Заключение. Таким образом, поиск медицинской помощи определяется различными группами факторов, включающих психологические, психопатологические, анамнестические, субъективное значение болезни, социо-демографические. Выделение этих факторов в рамках комплексного исследования позволит в перспективе создать алгоритм индивидуального прогнозирования и формирования активного поиска медицинской помощи.

ФОНОСЕМАНТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И АФФЕКТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Марченко А.А.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Продолжающийся рост заболеваемости невротическими расстройствами (Какорина Е. В., 2007), а так же принципиальные сложности их диагностики (Снежневский А. В., 1975, Роговин М. С., 1979, Нуллер Ю. Л., 1992, Чайка Ю. В., 2003, 2005, 2007) и дифференциации (Widiger T. A., Clark L. A., 2001), обусловливают актуальность поиска новых методов их объективизации. Предполагается, что в числе последних возможно использование фоносемантического анализа (Левицкий В.В., 1969; Журавлев А.П., 1974). Данный метод заключается в изучении оценочного и эмоционального содержания звукобуквенного оформления вербальной продукции безотносительно к ее семантике. Метод базируется на анализе отклонений частотности звукобукв от средних значений, придающих определенную эмоциональную окраску вербальной информации (Черепанова И.Ю., 2001). Неосознаваемый характер звукового оформления речи позволяет исключить влияние защитных механизмов на результаты обследования.

Для оценки взаимосвязи между фоносемантическим потенциалом вербальных реакций пациентов с невротическими расстройствами и степенью выраженности психопатологической симптоматики было обследовано 34 человека. Больным предлагался словесный ассоциативный тест (Коган В. М., Роговин М. С., 1961), где в качестве стимулов выступало по 6 слов соответственно с эмоционально положительным (ЭПС), отрицательным (ЭОС) и нейтральным (ЭНС) коннотативным значением. Анализ фоносемантического потенциала (ФСП) полученных вербальных реакций производился с помощью программы «Диатон». Оценивалась разница между фоносемантическим потенциалом стимула и реакции у пациентов с преобладанием тревоги и депрессии. Результаты фоносемантического анализа сопоставлялись с данными, полученными при обследовании различными экспериментально-психологическими методами.

Полученные результаты показали наличие отчетливой взаимосвязи между ФСП и аффективной патологией. Так, были выявлены достоверные ($p<0,05$) различия между показателями ФСП в группах больных с преобладанием тревожной и депрессивной симптоматики, а также достоверные ($p<0.05$) прямые и обратные корреляционные связи умеренной силы (0.3 – 0.6) между ФСП реакций больных и результатами экспериментально-психологических методов. При этом, связи с реакциями на ЭПС, ЭОС и ЭНС имели различия, связанные с преобладанием в структуре эмоциональных нарушений тревоги или депрессии. Полученные данные позволили также предположить, что характер и направленность корреляционных связей ФСП с аффективной патологией свидетельствуют в пользу существования единого фактора – «негативного аффекта» (Clark L.A., Watson D., 1991), имеющего свое выражение в фонетическом оформлении вербальной продукции пациентов с невротическими расстройствами.

СОЦИАЛЬНОЕ ПОЗНАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Никитина И.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В последние годы отмечается всплеск научного интереса к проблеме нарушений социального познания у пациентов с различными формами психической патологии. Так, метаанализ исследований социальных когниций испытуемых с социальной фобией обнаружил, что 65 процентов из них проведены в последние 5 лет [Plana I. et al.,2014].

До недавнего времени фокус исследований нарушений социального познания при социальной фобии был направлен на изучение искажений в восприятии социальных ситуаций и на оценку уровня развития социальных навыков испытуемых с высоким уровнем социальной тревожности. При том, что было предпринято множество исследований процессов внимания, памяти, воображения и искажений при интерпретации социальных событий, данные этих исследований неоднозначны и зачастую противоречат друг другу.

Исследования эмоционального и социального интеллекта, а также исследования в рамках модели психического немночислены, начали проводиться относительно недавно и данных для однозначного ответа на вопрос о дефицитарности испытуемых с высоким уровнем социальной тревожности пока не достаточно: так исследования (Summerfeldt L.J. et al. (2011), Jacobs M. et al. (2008)) частично подтвердили гипотезу о связи социальной тревожности с дефицитом в области эмоционального и социального интеллекта, однако имеются также данные о и том, что отдельные аспекты эмоционального интеллекта у испытуемых с высоким уровнем социальной тревожности развиты лучше, чем у здоровых испытуемых.

Подобные расхождения можно объяснить различием в предъявлении стимулов, так как в экспериментальной ситуации публичного исполнения неизбежно актуализируется центральный когнитивный элемент социальной тревожности: страх негативной оценки, который, безусловно, может оказывать влияние на выполнение экспериментального задания. Так, например, некоторые исследователи связывают полученные данные о менее развитых социальных навыках испытуемых с высоким уровнем социальной тревожности не с их дефицитом, а с использованием избегания и высоким уровнем возбуждения (Clark D.M., Wells, A.,1995). Таким образом, авторы предлагают разграничивать реальные дефициты в области социальных навыков и проблему в области их публичного применения при выполнении действий в присутствии других людей.

Вместе с тем, несомненно, что использование в данных исследованиях исключительно методик самоотчета представляется не лучшим выбором для изучения социального познания испытуемых с высоким уровнем социальной тревожности: присущая им склонность оценивать собственные социальные навыки в более негативном ключе может существенно исказить результаты.

При проведении дальнейших исследований представляется целесообразным использование многомерного методического комплекса, позволяющего оценить сразу несколько составляющих социального познания, не ограничиваясь лишь методиками самоотчета. Очевидно, что дальнейшее изучение социальных когниций испытуемых с высоким уровнем социальной тревожности может прояснить спорные, нерешенные вопросы в отношении самой социальной фобии.

Исследование выполнено за счет гранта Российского Научного Фонда (проект №14-18-03461)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ

Нуцкова Е.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Жестокое обращение и насилие над детьми на протяжении длительного времени остается одной из важнейших социальных проблем. Среди форм насилия можно выделить физическое, сексуальное и психологическое (эмоциональное), а также пренебрежение нуждами ребенка. Зачастую можно наблюдать применение всех видов насилия одновременно. Однако, одной из самых травматичных ситуаций для будущего развития ребенка признается ситуация сексуального насилия. В тех случаях, когда насилие продолжалось длительное время – глубина психических расстройств и психологических последствий заметно увеличивается.

Нами были обследованы 71 несовершеннолетний (46 девочек и 25 мальчиков), ставших жертвами длительного насилия (от 3 месяцев до 5 лет). Из них жертв внутрисемейного насилия – 29 человек, внесемейного– 24, потерпевших от деятельности религиозных или общественных объединений – 18 человек.

У 61,11% потерпевших от действий религиозного или общественного объединения был установлен диагноз, связанный с насилием. Тогда как у жертв внутрисемейного насилия такие расстройства были диагностированы только в 40,74% случаев. И только у 15,38% потерпевших вследствие пережитого внесемейного насилия экспертами-психиатрами были обнаружены уголовно-релевантные психические расстройства.

Однако выраженность и влияние этих расстройств на качество жизни детей и подростков выше при внутрисемейном насилии. В случаях данного типа насилия чаще других врачами-психиатрами устанавливались следующие диагнозы: посттравматическое стрессовое и смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Психологами отмечались такие особенности актуального состояния как пониженный фон настроения, повышенный уровень тревожности, эмоциональная лабильность, реакции раздражения, агрессии, повышенная утомляемость, трудности установления социальных контактов, обеспокоенность своим здоровьем, негативный образ будущего.

У потерпевших, переживших внесемейный тип насилия, чаще встречался диагноз смешанная тревожно-депрессивная реакция. В данных случаях психологами-экспертами наблюдались следующие особенности: пониженный фон настроения, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, мысли и воспоминания о перенесенном насилии.

Потерпевшим, пострадавшим от действий религиозных или общественных объединений, в 62,5% случаев экспертами-сексологами устанавливался диагноз «преждевременное психосексуальное развитие в виде синдрома ранней сексуализации поведения». В данном случае психосексуальная сфера описывалась психологами как конфликтная, отличающаяся своеобразием и высокой эмоциональной значимостью. Для девочек потерпевших было характерно позитивное, либо амбивалентное отношение к обвиняемым, ориентация на женские образцы более старшего возраста при незавершенной внутренней дифференциации полоролевых образов.

Амбивалентное или позитивное отношение к обвиняемому и самой ситуации насилия характерно не только для жертв действий религиозных или общественных объединений, но и для жертв внутрисемейного насилия. В таких случаях отношения жертва-преступник включали в себя множество составляющих, некоторые из них оценивались девочками-потерпевшими положительно, что способствовало процессу адаптации к длительному насилию.

Обращает на себя внимание большой процент потерпевших мвследствие внутрисемейного насилия, у которых не было обнаружено каких-либо расстройств, связанных с пережитой травмой (40,74%). У девочек, которые находились в подростковом возрастном периоде, психологами отмечались: закрытость, высокий уровень тревожности, психическое напряжение, избегание обсуждения темы насилия и судебно-следственных действий, стремление не раскрывать значимые переживания, амбивалентное отношение к обвиняемому и ситуации насилия в целом. Часто такие девочки испытывали чувство вины и стыда, обвиняя себя в том, что «разрушили семью», «все испортили», «слишком долго молчали». Отсутствие у этой группы потерпевших выявленных уголовно-релевантных последствий перенесенного насилия вероятно также можно объяснить их желанием нивелировать вред, оказанный обвиняемым.

При исследовании случаев однократного (единичного) насилия было проанализировано 61 заключение. Из них 43 девочки и 18 мальчиков потерпевших. В 43 случаях у детей и подростков-жертв однократного насилия было определено психическое здоровье, только в 9 случаях квалифицирован диагноз, связанный с пережитой психотравмирующей ситуацией. Во всех 9 случаях насилие относилось к внесемейному типу. Тяжесть диагностированных расстройств была меньше, чем при длительном насилии, психологами у данных потерпевших описывались легко актуализируемое чувство тревоги, связанное с пережитым насилием, легкость возникновения тревожных и аффективных реакций, при затрагивании темы судебно-следственных действий. Отсутствие уголовно-релевантных последствий у жертв внутрисемейного насилия может быть связано с особенностями криминальной ситуации. Чаще такое насилие совершается без применения физического насилия или угроз, представляется ребенку в качестве игры или нормальных проявлений родительской заботы и любви.

В случаях и длительного, и однократного насилия можно выявить особенности, которые характерны для мальчиков-потерпевших. Мальчики чаще демонстрируют экстернальные реакции, такие как: гипермаскулинное поведение, в форме агрессии, гомо- и ксенофобии, антисоциальное поведение, реакции оппозиции и негативизм. Кроме того, мальчики заметно чаще предъявляют жалобы на соматическое здоровье, такие как различные аллергические реакции, болезни желудочно-кишечного тракта, частые головные боли, ОРВИ.

ОЦЕНКА УРОВНЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЕНСА У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Орлов Г.В., Шарипова Р.Р.

Казань
КГМУ

Традиционно, в психиатрии комплаенс, вследствие клинических особенностей, течения болезни, является проблемой. Юридические и этические нормы предусматривают добровольное согласие больного на лечение, и в этой связи стремление добровольного выполнение врачебных назначений становится одним из важных факторов терапевтического процесса.

Существуют порядка 250 факторов, так или иначе влияющих на комплаенс. Это один из показателей сложности проблемы. Основные группы факторов, определяющих уровень компла-енса – это факторы, связанные с медикацией, пациентом, его отношениями с врачом и внешним окружением. В аспекте влияния на комплаентность психически больных также огромное значение имеет переносимость психотропных препаратов и наличие различных, субъективно – неприятных побочных эффектов.

Эндокринные, неврологические и антихолинергические побочные эффекты являются первыми причинами прекращения приема лекарств. Однако связь нонкомплаенса с побочными эффектами сложна и не является абсолютной. Например, на фазе начальной стабилизации более высокие дозировки нейролептиков и, соответственно, большая выраженность экстрапирамидных побочных эффектов, но, тем не менее, сопровождаться хорошим комплаенсом.

Важную роль в формировании приверженности соблюдению режима терапии играет лич-ность больного. В ряду основных причин, по которым пациенты не хотят принимать лечение лежит пережитый негативный опыт лечения и побочные действия лекарственных препаратов, стигматизация, естественно возникающее желание прекратить прием лекарственных препаратов при хорошем самочувствии.

Весьма значимым фактором остается наличие доверительных отношений, взаимопонимание и должный контакт с лечащим врачом, заинтересованность больного в процессе терапии, все это позволяет минимизировать нарушения предписанных рекомендаций.

Цель: выявить факторы, препятствующие и способствующие комплаентности.

Задачи исследования: оценить уровень комплаетности психически больных. Выявить основные факторы, влияющие на комплаенс.

Методы исследования: клинико-психопатологический, статистический, аналитический.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе одного из отделений РКПБ МЗ РТ г. Казани. Было обследовано 67 пациентов с диагнозами по МКБ-10 47 больных с диагнозами F20-F29; 3 – F33.0-F33.1; 7 – F70-F-79; 10 – F07.0, F07.9.

Все полученные в работе результаты были обработаны статистическими методами по компьютерной программе SPSS 16.0.

В возрастном отношении в контингенте пациентов преобладают лица, средний возраст которых составил 45,78±12,7 лет. Стаж заболевания 20,26±12,0 лет. Средний возраст начала заболевания 25,57±16,0 лет. Средняя длительность пребывания в РКПБ 143,83±16,23 дней. Среднее количество госпитализаций 11±3,67 раз.

В структуре первичной инвалидности вследствие психических заболеваний преобладают ин-валиды старшей возрастной группы и составляют 65,67% контингента больных; в общей структуре первичной инвалидности вследствие психических заболеваний значительную долю – 91,04% составляют инвалиды 2 группы.

Изучение уровня образования показало, что преобладают пациенты, имеющие среднее про-фессиональное образование – 26,86%. Больные с высшим образованием составляют 19,4,4%. Несколько меньшая доля – по 16,41% принадлежит пациентам со средним общеобразовательным и начальным профессиональным образованием. Также имеются больные, окончившие специальное коррекционное учреждение для лиц с отклонением в психическом развитии – 14,92%. Пациенты, не сумевшие окончить ВУЗ по тем или иным причинам, составляют 5,97%.

Также было выявлено, что 13,43% больных имеют асоциальное поведение. При изучении семейного положения установлено – 59,7% не вступали в брак, а –13,4% находятся в разводе, в браке 17,9% и 8,95% вдовы.

По жилищно-бытовым условиям 88% проживают в собственном доме с семьей, 11,94% проживают одни, 5,97% лица без определенного места жительства – бездомные психически больные.

Нами были выделены 3 группы: комплаентные, нонкомплаентные и частично комплаентные.

Выводы. Выявленная четкая взаимосвязь связь между уровнем комплаентности, частотой госпита-лизации и продол-

жительностью стационирования. Больные с высоким уровнем комплаентности реже и значительно меньше времени проводят на стационарной койке.

Есть корреляция между образованием и уровнем комплаентности. Среди больных со средним образованием число комплаентных больше, чем нонкомплаентных. Как ни странно, среди лиц с высшим образованием отмечается превалирование нонкомплаентных.

Современные подходы в организации здравоохранения РФ диктуют курс на минимизацию количества койко-дней и оптимально эффективного использования коечного фонда. Кроме того нестационарное наблюдение и лечение психических больных повышается их качество жизни и возможность социальной реабилитации.

Корреляция между высоким уровнем комплаенса и наличием семейной и социальной поддержки отмечена у большинства комплаентных больных. Среди факторов, оказывающих негативное влияние на комплаентность отмечаются высокий уровень эмоциональной экспрессии родственников, проявляющийся в виде критики, враждебности и негативными эмоциями в адрес больного, а также прямая критика лечения со стороны родных.

Имеется прямая корреляционная связь между возрастом начала заболевания и комплаентностью: у кого психическое заболевание началось в более позднем возрасте имеют более высокий уровень комплаентности.

Рациональным методом повышения комплаентности может стать выявление причин, по которым больные уклоняются от приема лекарств и повышение комплаенса путем их устране-ния, минуя процедуру контроля.

Необходимо создание так называемого терапевтического альянса, поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешной терапии.

Формирование комплаенса – трудный процесс, зависящий от эффективного взаимодействия нескольких групп факторов. Выявлено, что длительность заболевания; отсутствие надлежащего ухода и контроля; алкоголизация снижают комплаентность. Хороший уровень комплаенса коррелирует с наличием семейной и социальной поддержки, высоким уровнем адаптации.

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗНОЙ ДАВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Пуговкина О.Д., Акулова А.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
ГБОУ МГППУ

**Исследование выполнено за счет гранта Российского Научного Фонда (проект № 14-18-03461)*

Нарушения социального познания выступают важным неспецифическим фактором риска возникновения психических расстройств. Соответствующее направление исследований в клинической психологии в настоящий момент является одним из наиболее разрабатываемых.

Современное понимание социального познания включает в себя способность человека к восприятию и пониманию социальных явлений для последующей регуляции собственного поведения в ситуациях межличностных отношений и взаимодействий (Холмогорова, Зарецкий, 2010; Ушаков, Люсин, 2004; Рычкова, Холмогорова, 2012; МакКалоу, 2003; Fonagy, Bateson et al, 2010; Corrigan, Penn, 2001).

В эмпирических исследованиях накоплено много данных о нарушении операциональных аспектов социального познания при аффективных расстройствах (Плужников, 2010; МакКалоу, 2003; Segrin, 2000; Patterson, Moscona, McKibbin, 2007). Однако часто тренинг операциональных компонентов социального познания не приводит к желаемым изменениям – повышению удовольствия от общения и возникновения желания у больных больше общаться. Отечественные исследователи связывают это с недостаточным учетом мотивации социального познания (Рычкова, 2011; Пуговкина, Холмогорова, 2015).

В отечественной школе традиционно принято выделять мотивационный компонент познавательных процессов. Целью настоящей работы выступает изучение мотивационного аспекта нарушений социального познания при аффективных расстройствах.

Методический комплекс включал: Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Zigmond, Snaith, 1983; адаптация Дробижева, 1993); шкалу SCL-90-R (Derogatis, 1983; адаптация Тарабриной, 2001), шкалу социальной ангедонии (Eckblad et al, 1982; адаптация Рычковой, 2012), шкалу социального избегания и дистресса при общении (Watson, Friend, 1969; адаптация Красновой, Холмогоровой, 2011), а также тест «Понимание психического состояния другого по взгляду» (Baron-Cohen et al, 2001),

Выборка: в исследовании приняли участие 36 пациентов с аффективными расстройствами, находящиеся на лечении в кризисном стационаре ГКБ №20, в отделениях ПБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина, в отделениях Московского НИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России).

Критерии включения: 1) возраст от 18 до 60 лет; 2) диагноз депрессивного расстройства (F 30.x, F 32.x, F 33.x;) или тревожного (F 40.x, F41.x) расстройства. Критерии исключения: 1) наличие выраженной коморбидной органической симптоматики; 2) наличие коморбидного диагноза алкогольной или наркотической зависимости.

Средний возраст пациентов составил 36 лет; 89% выборки составили женщины. Средняя давность заболевания – 4,4 года.

Были сформированы две подгруппы сравнения: пациенты с давностью заболевания менее 2 лет (n=18) и пациенты со стажем заболевания свыше 2 лет (n=18). Все пациенты были обследованы в период становления ремиссии, и согласно шкалам самоотчета (HADS) их состояние отвечало нормативному значению «субклинически выраженная симптоматика». Значимых различий в выраженности симптомов аффективных расстройств в выделенных подгруппах не зафиксировано.

Результаты и обсуждение. При сравнении выраженности нарушений социального познания у пациентов с разной давностью заболевания по параметру «способность распознавать психическое состояние другого человека по взгляду» не было обнаружено значимых различий. Данный результат требует дальнейшего уточнения с расширением выборки и более точной клинической дифференциацией групп. Вопрос дифференциации касается как разграничения собственно депрессивных пациентов (для которых в бОльшей степени характерны различные дисфункции интерперсональной сферы, чем для других расстройств аффективного спектра) и других категорий аффективных расстройств, так и выделения критериев хронификации расстройства.

При изучении мотивационных аспектов социального познания обнаружено, что всех пациентов, вне зависимости от давности заболевания, отличают высокие показатели социального дистресса, социального избегания, страха негативной оценки. Однако соотношение перечисленных дисфункций различается. В соотношении «социальный дистресс – социальное избегание» в подгруппе пациентов с небольшим стажем заболевания преобладают симптомы социального избегания. У больных со стажем заболевания более двух лет наблюдается об-

ратное соотношение: явления выраженность явлений избегания выше, чем субъективно испытываемый социальный дистресс.

Пациентов со стажем заболевания более двух лет отличает более высокая выраженность явлений социальной ангедонии, по сравнению с пациентами с небольшой давностью заболевания.

Вывод: больных аффективными расстройствами (независимо от типа расстройства) с большим стажем заболевания (свыше 2 лет) по сравнению с пациентами с малой давностью заболевания отличает более высокая выраженность таких мотивационных дисфункций, как преобладание выраженности социального избегания над субъективно переживаемым дистрессом в ситуациях общения, и явлений социальной ангедонии.

Мотивационные аспекты выступают значимым фактором социального познания. В отношении исследования связи выраженности нарушений социального познания и тяжести и давности заболевания именно мотивационные аспекты могут выступать индикаторами специфических интерперсональных дисфункций.

ФЕНОМЕН ГЛОБАЛИЗАЦИИ В ВОСПРИЯТИИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ

Пуговкина О.Д., Давыдова Ю.А.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
ГБОУ МГППУ

В современном поле изучения факторов, влияющих на возникновение и хронификацию депрессий, важное место занимают исследования межличностных факторов возникновения депрессии и особенностей социального познания (Fonagy, 2003; Klerman, Markowitz, Weissman, 2007; Segrin, 1990; Мак-Каллоу, 2003).

Нарушения социального познания играют существенную роль в возникновении депрессивных расстройств и определяют важные мишени психотерапевтической работы (Chaplin, Barton, et al., 1980; Klerman, Weissman, et al., 1984; Fonagy, 2003; Segrin, 1990; Мак-Каллоу, 2003; Холмогорова, 2011). Ряд психотерапевтических подходов акцентирует роль нарушений социального познания именно в отношении хронических депрессий (Chevron, Klerman, Rounsaville, Weissman, 1984; Мак-Каллоу, 2003).

Одной из современных концепций, описывающих проблемы в сфере межличностных отношений больных депрессией, является так называемая «Interpersonal Stress Model» (Gunthert, Cohen, Butler, Beck, 2007). Эта концепция предполагает связь депрессии с особой реактивностью к межличностному стрессу.

В рамках данного подхода описан феномен, который описывает переживание интерперсонального стресса у больных депрессией – «Spillover effect of interpersonal stress» – эффект перетекания или распространения интерперсонального стресса. Под этим термином понимается склонность переживать интерперсональный стресс более интенсивно и более длительно по сравнению с реакциями на другие повседневные стрессы, не связанные с общением с другими людьми (Beck, Butler, Cohen, Gunthert, 2007).

Важно подчеркнуть, что речь идет не о бОльшей частоте стрессовых событий (конфликтов, разрывов отношений и т.п.) в межличностной сфере у больных депрессиями (хотя такие данные также есть), а об особенностях эмоциональной и когнитивной переработки данного вида стресса.

Мы предполагаем, что одним из механизмов феномена «распространения» межличностного стресса выступает особый «глобальный» стиль мышления. Этот стиль предполагает поверхностный, обобщенный, часто поляризованный стиль интерпретации событий, игнорирующий нюансы и конкретное содержание и значение событий.

Категория «глобальности» нашла отражение в современном направлении изучения дисфункций автобиографической памяти у больных депрессиями (Kuyke, Brewin, 1995; Raesa, Hermansa, Mark et al., 2006). В ряде работ было показано, что больных хронической депрессией отличают выраженные трудности обращения к так называемой эпизодической памяти. Больные депрессиями обычно оперируют не воспоминаниями о конкретных событиях (т.е. событиях, которые точно определены в месте и времени и продолжались не более одного дня, например «вручение диплома»), а категориями, или обобщенными воспоминаниями (образ повторяющихся событий (например, «ежедневные прогулки с другом после школы») или событий, продолжающихся более одного дня («отпуск в Европе»).

Целью настоящей работы является выявление специфики (выраженности и структуры) стресса в межличностных отношениях при депрессии и изучение когнитивных факторов его переработки.

Методический комплекс исследования включал Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond, Snaith, 1983), клиническую шкалу самоотчета SCL-90-R (Тарабрина, 2001), структурированное «Интервью последствий интерперсонального и других стрессов».

Обследование пациентов было проведено на базе кризисного отделения при городской клинической больнице № 20 имени А.К. Ерамишанцева.

Выборка.

Критерии включения: 1) возраст от 18 до 60 лет; 2) диагноз депрессивного расстройства (F 30.x, F 32.x, F 33.x);

Критерии исключения: 1) наличие выраженной коморбидной органической симптоматики; 2) наличие коморбидного диагноза алкогольной или наркотической зависимости.

В исследовании приняли участие 43 человека: 18 человек – пациенты с депрессивным расстройством (средний возраст – 37 лет; средняя давность заболевания – 4,4 года). Пациенты были обследованы в период становления ремиссии. 18 человек составили группу контроля (здоровые испытуемые).

Результаты. Было обнаружено, что больные депрессиями значительно чаще, чем здоровые испытуемые относят к основным источникам стресса события, связанные с межличностным общением. Больные депрессиями часто (50%) упоминают межличностные проблемы как источник стресса и плохого настроения, в то время как у опрошенных здоровых испытуемых около 80 процентов источников стресса составляют события, не связанные с общением (такие категории, как «нехватка времени», «откладывание дел», «внешность» и другие).

В обследованных группах различается способ описания стрессовых событий. Так, интервью включало в себя вопрос, тестирующий способность извлекать из памяти и анализировать отдельные эпизоды неприятных событий. Ответы испытуемых на данный вопрос («Вспомните какое-либо негативное событие в школе, в институте, повлиявшее на настроение») были оценены как «конкретные» и «глобальные».

К конкретным описаниям были отнесены те, в которых было упомянуто единичное событие, которое продолжалось не более одного дня (примеры из протоколов: «порвала новую сумку», «друг безответственно списал на экзамене»).

К глобальным описаниям были отнесены те, в которых упоминались продолжительные (более одного дня) или регулярно повторяющиеся эпизоды («доставала учительница по поводу внешнего вида», «родители все время ссорились», «переживала, что мальчик не любит»).

Анализ показал, что соотношение глобальных и конкретных воспоминаний в обследованных группах существенно различается. В группе здоровых испытуемых отчетливо до-

минируют конкретные описания событий (73% ответов были оценены как конкретные). В группе больных депрессиями тенденция к доминированию глобальных описаний (всего 38% описаний оценены как конкретные).

Обсуждение. В данном пилотажном исследовании было зафиксировано, что среди различных стрессовых событий, вызвавших затяжные и интенсивные переживания в группе больных депрессией значительно преобладают события, связанные с межличностной сферой, в отличие от группы здоровых испытуемых, где в качестве источников стресса преобладают события, не связанные с межличностной сферой.

Результат согласуется с основными положениями Interpersonal Stress Model и результатами, полученными в аналогичных зарубежных исследованиях (Beck, Butler, Cohen, Gunthert, Lawrence, 2007).

Исследование особенностей описаний стрессовых событий показало, что группа больных депрессивными расстройствами склонна описывать события категориально (глобально), а здоровые испытуемые склонны описывать стрессовые события конкретно. Конкретные описания событий позволяют человеку более адекватно их перерабатывать, за счет того, что описания более детальны, дискретны. Глобальные описания событий затрудняют переработку стресса.

В зарубежной литературе показано, что глобализации автобиографической памяти в отношении депрессии служит значимым предиктором хронификации расстройства.

Вывод: зафиксированные в пилотажном исследовании высокий уровень стресса в межличностных отношениях, состояние хронической неудовлетворенности общением у больных депрессиями связаны с когнитивной особенностью переработки стресса – феноменом глобализации мышления и автобиографической памяти.

Феномен глобализации автобиографической памяти может выступать в качестве симптома-мишени психологической работы с больными депрессиями, направленной на снижение стресса в межличностных отношениях и предупреждение развития стойкой социальной ангедонии.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА СУБЪЕКТИВНУЮ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Раковская Н.В., Лутова Н.Б., Лозинская Е.И.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Актуальность темы. Проблема повышения качества медицинской помощи предполагает широкое участие самих пациентов в ее управлении, которое реализуется путем повышения информированности потребителей медицинских услуг, сбора их мнений относительно организации работы лечебного учреждения и учета их субъективной удовлетворенности лечением. В последние годы данный подход распространяется и на психиатрическое здравоохранение, поскольку он необходим для многосторонней оценки качества психиатрической помощи, и крайне важен для привлечения пациентов к системе психиатрического здравоохранения, улучшения их приверженности соблюдению медикаментозной терапии, что, в итоге, оказывает влияние на течения и исход заболевания. В свою очередь, способность пациента преодолевать негативные последствия тяжелой психической патологии, эффективное использование адаптационно-компенсаторных возможностей, внешних и внутренних ресурсов совладания со стрессом также в значительной степени определяют его качество жизни и медицинский прогноз. Невозможность выработки адекватных вариантов реагирования на психосоциальные последствия болезни утяжеляет ее течение, способствуя формированию порочного круга, обуславливающего взаимное усиление психосоциальных стрессоров, проявлений социальной дезадаптации и стрессогенных симптомов болезни.

В этой ситуации особый интерес представляет изучение разнообразных факторов, определяющих субъективную удовлетворенность больных проведенным стационарным лечением.

Целью данного исследования было установление взаимосвязи между уровнем субъективной удовлетворенности лечением больных шизофренией в психиатрическом стационаре с особенностями приспособительного поведения.

Материалы и методы. Обследован 101 пациент в возрасте от 18 до 59 лет (средний возраст 29,9 лет), находившихся на лечении в отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств НИПНИ им.В.М.Бехтерева (61 женщина и 40 мужчин). Согласно критериям МКБ-10 обследованные больные диагностически относились к рубрикам: F20 – Шизофрения, F21 – Шизотипическое расстройство, F25 – Шизоаффективные расстройства. Все пациенты были госпитализированы добровольно и находились в стационаре от 21 до 137 дней (средняя продолжительность лечения 66,2 дней).

Для оценки особенностей приспособительного поведения была использована шкала копинг-стратегий SVF. Для оценки субъективной удовлетворенности лечением больных использовался самоопросник СУЛ, разработанный в отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств и включающий 4 субшкалы: удовлетворенность взаимоотношениями врач-больной; удовлетворенность результатом лечения; удовлетворенность бытовыми условиями и окружающей обстановкой; стигматизация. Полученные результаты обработаны при помощи пакета статистических компьютерных программ SPSS (Statistical Package for Social Science), проводился корреляционный анализ Спирмена, сравнение данных в группах пациентов производилось с подсчетом средних рангов в ходе тестов Краскела-Уолиса и Манна-Уитни. Результаты анализа приведены с указанием средних, стандартных ошибок средних.

Результаты и обсуждение. В результате исследования выявлено, что пациенты, проходившие лечение в отделении, имели существенно различающиеся показатели субъективной удовлетворенности лечением (суммарная оценка опросника СУЛ от 53 до 114 при максимальном значении 120 баллов, минимальном – 0).

В ходе корреляционного анализа было установлено наличие статистически достоверной связи между субшкалой – «Удовлетворенность результатами лечения» и такими копинг-стратегиями, как SEBEST (поиск альтернативного самоутверждения, коэффициент корреляции 0,387, $p \leq 0,0001$); SITKON (попытки контролировать ситуацию, коэффициент корреляции 0,386, $p \leq 0,0001$); POSI (подбадривание себя, коэффициент корреляции 0,278, $p \leq 0,005$); VERM (тенденция избегания, коэффициент корреляции 0,292, $p \leq 0,003$); SOZA (социальная инкапсуляция, коэффициент корреляции -0,223, $p \leq 0,03$); RES (отчаяние, коэффициент корреляции -0,409, $p \leq 0,0001$); AGG (агрессия, коэффициент корреляции -0,254, $p \leq 0,01$).

Субшкала «Удовлетворенность взаимоотношениями с врачом» достоверно коррелировала с такими копинг-стратегиями как HER (снижение остроты проблемы за счет сравнения с другими, коэффициент корреляции 0,249, $p \leq 0,012$); SITKON (попытки контролировать ситуацию, коэффициент корреляции 0,228, $p \leq 0,02$); VERM (тенденция избегания, коэффициент корреляции 0,203, $p \leq 0,04$); SOZA (социальная инкапсуляция, коэффициент корреляции -0,253, $p \leq 0,01$); RES (отчаяние, коэффициент корреляции -0,238, $p \leq 0,01$); AGG (агрессия, коэффициент корреляции -0,322, $p \leq 0,001$).

Субшкала «Удовлетворенность бытовыми условиями и окружающей обстановкой» достоверно коррелировала со следующими копинг-стратегиями: FLU (тенденция бегства, коэффициент корреляции -0,250, p≤0,01); SEMITL (сострадание к себе, коэффициент корреляции -0,259, p≤0,009).

Субшкала «Стигматизация» достоверно коррелировала со следующими копинг-стратегиями: SOZA (социальная инкапсуляция, коэффициент корреляции -0,198, p≤0,05); RES (отчаяние, коэффициент корреляции -0,216, p≤0,03).

И, наконец, общий балл субъективной удовлетворенности достоверно коррелировал со следующими копинг-стратегиями: SEBEST (поиск альтернативного самоутверждения, коэффициент корреляции 0,279, p≤0,005); SITKON (попытки контролировать ситуацию, коэффициент корреляции 0,320, p≤0,001); VERM (тенденция избегания, коэффициент корреляции 0,259, p≤0,009); SOZA (социальная инкапсуляция, коэффициент корреляции -0,270, p≤0,006); GEDW (мыслительное застревание, коэффициент корреляции -0,206, p≤0,04); RES (отчаяние, коэффициент корреляции -0,332, p≤0,001); AGG (агрессия, коэффициент корреляции -0,321, p≤0,01).

Результаты исследования показали, что положительное влияние на субъективную удовлетворенность могут оказывать и активно-продуктивные и пассивно-зависимые копинг-стратегии. Достоверно значимым, по результатам исследования, оказались выраженность такого приспособительного поведения у пациентов, как поиск альтернативного самоутверждения, попытки контролировать себя, умение подбадривать себя, снижение остроты проблемы за счет сравнения с другими, тенденция к избеганию и бегству. И, напротив, неблагоприятно сказываются на удовлетворенности лечением превалирование у пациентов деструктивных и дефицитарных копинг-стратегий, таких как агрессия, отчаяние, сострадание к себе, социальная инкапсуляция.

Таким образом, психологические, психодинамические факторы, являясь значимыми в патогенезе психических заболевания, и в частности, шизофрении, отчетливо прослеживаются и в процессе восприятия и отношения больных к стационарному лечению. Это требует определенной организации лечебного процесса, ведения больного терапевтической бригадой, что позволит обеспечить целостное видение больного и добиться максимально удовлетворительных для больного в каждом конкретном случае результатов лечения.

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОПОДОБНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИСТЕРИЧЕСКИМ НЕВРОЗОМ

Руденко С.Л.

Белгород
Белгородский государственный национальный исследовательский университет

Актуальность исследования. На сегодняшний день в мире существует множество исследований, посвященных шизофрении. Наиболее разработанными являются клинические и психологические аспекты данного заболевания на модели параноидной формы. Очевиден неравный вклад науки в сравнении с изучением неврозоподобной шизофрении. Остаются не до конца выясненными дифференциально-диагностические критерии последней. В практической деятельности специалистов психиатрических служб нередко возникают большие сложности при разведении типично эндогенной неврозоподобной картины от психогенно обусловленных регистров. Особенно если речь идет об истерическом неврозе, прошедшем пятилетний рубеж, и проявляющемся в виде соответствующего развития личности. Два совершенно разных полюса психической патологии могут сближать вычурные страхи, в том числе ипохондрического характера, нарушения логики с отдалением от реальности и многое другое. Представляется целесообразным ввести дополнительное основание для разграничения неврозоподобной шизофрении и истерического невроза – характер социального восприятия.

Выделенный конструкт в разных вариациях рассматривался в исследованиях шизофрении (Corcoran R., 1997; Brunet E., 2000; Roncone R., 2002; Гаранян Н.Г., 1986; Курек Н.С., 1986; Рычкова О.В., 2011; Руденко С.Л., 2013) и расстройств аффективного спектра (Feinberg J., 1986; Archer J., 1992; Михайлова Е.С., 2000, Плужников И.В., 2010). Однако, в сравнительных изысканиях, посвященных целенаправленному изучению неврозоподобной формы шизофрении и истерического невроза он не использовался. Центральным вопросом настоящего исследования является специфика нарушения социального восприятия у данных клинических категорий.

Цель исследования: выявить особенности нарушения социального восприятия у больных неврозоподобной шизофренией и истерическим неврозом.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 660 человек. Составлены группы лиц с неврозоподобной шизофренией, истерическим неврозом и без психической патологии. Изучение больных проводилось на базе бюро № 5 ФКУ «ГБ МСЭ по Белгородской области». 360 больных шизофренией находятся в следующем соотношении: 180 мужчин и 180 женщин в возрасте от 25 до 50 лет. 90 мужчин и 90 женщин в возрасте от 25 до 30 лет составили группу, относящуюся к категории «молодой возраст» по Э. Эриксону. 90 мужчин и 90 женщин в возрасте от 45 до 50 лет составили группу, относящуюся к категории «зрелый возраст». Длительность заболевания больных неврозоподобной шизофренией располагается в диапазоне от 1 до 25 лет. Среди лиц первой категории длительность заболевания находится в диапазоне от 1 до 5 лет, второй категории от 20 до 25 лет.

Для сравнения данных было обследовано 120 лиц с истерическим неврозом. 60 мужчин и 60 женщин в возрасте от 25 до 50 лет. 30 мужчин и 30 женщин в возрасте от 25 до 30 лет составили группу, относящуюся к категории «молодой возраст». 30 мужчин и 30 женщин в возрасте от 45 до 50 лет составили группу, относящуюся к категории «зрелый возраст». Длительность заболевания лиц с неврозами располагается в диапазоне от 1 до 25 лет. Среди лиц первой категории длительность заболевания находится в диапазоне от 1 до 5 лет, второй категории от 20 до 25 лет.

Контрольную группу образовали здоровые люди численностью 180 человек. Значимые расхождения с экспериментальными группами в половом (90 мужчин и 90 женщин) и возрастном (от 25 до 50 лет) планах отсутствуют.

Для достижения поставленной цели был использован комплекс методов:

1. Теоретические (аналитико-синтезирующий, сравнительно-сопоставительный).
2. Организационные (метод «поперечного среза», сравнительный).
3. Эмпирические (констатирующий эксперимент по модели экс-постфактум (квазиэксперимент), психодиагностический, биографический, обсервационный, коммуникативный методы).
4. Методы обработки данных (количественный и качественный анализ).
5. Методы интерпретации (структурный).

Для составления клинико-психологической характеристики больных неврозоподобной шизофренией была использованы шкала оценки позитивных и негативных симптомов «PANSS», разработанная Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A. в 1997 г. и адаптированная Мосоловым С.Н. в 1990 г., неврозами

– «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний», разработанный Яхиным К.К., Менделевичем В.Д. в 1978 г. Перцептивный компонент социального восприятия изучен при помощи таких инструментов, как: «Распознавание эмоций» (Гаранян Н.Г., 1986), «Поза и жест» (Курек Н.С., 1986). Особенности интеллектуального компонента выявлены с использованием теста «Социальный интеллект», разработанного Guilford J.P., Sullivan M.O. в 1969 г. и адаптированного Михайловой Е.С. в 1990 г.

Полученные результаты обработаны в компьютерных программах: Microsoft Office Excel 2007, Stadia 6.0 и SPSS Statistics 17.0.1. Реализованы подсчет среднего, стандартного отклонения, F-критерия Фишера. Осуществлены корреляционный, факторный и кластерный анализы.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинико-психологической характеристики больных неврозоподобной шизофренией показал наличие расстройства целенаправленного внимания, разноплановости мышления, паралогичности, снижения критичности. Доминируют тревожно-фобические симптомы, депрессия, социальная ангедония. При истерическом неврозе на первый план выступают демонстративность, внушаемость и самовнушаемость, склонность к драматизации и самодраматизации.

Выявлено, что нарушение перцептивного компонента социального восприятия в большей степени свойственно больным неврозоподобной шизофренией, чем лицам с истерическим неврозом. Нарушение интеллектуального компонента в полной мере характерно для обеих клинических категорий. Больные оказываются неспособны адекватно анализировать ситуации межличностного взаимодействия, распознавать смыслы вербальных сообщений, предвосхищать поступки людей. Показано, что чем длительнее регистрируются симптомы психического неблагополучия, тем более они выражены и тем значительнее искажено социальное восприятие.

Нарушение перцептивного компонента у больных шизофренией объяснимо клинической симптоматикой, которая не позволяет адекватно фиксировать все многообразие тонких перцептивных деталей. Интеллектуального – загруженностью психическими переживаниями и слабой способностью к тестированию реальности. Трактовки больных всегда опирались на темы здоровья, его несуществующих «поломок» и установки долженствования в глобальных масштабах. При истерическом неврозе сохранность перцептивного компонента объяснима отсутствием выраженных нарушений познавательных процессов. Интерпретация стимульного материала была неадекватна из-за таких артефактов как ощущение собственной малозначимости, уязвимости, испытываемого по этому поводу гнева с их экстраполяцией, направленности на поддержку положительного самовосприятия, стремления эротизировать любые контакты.

Выводы.

1. Больные неврозоподобной шизофренией имеют выраженные нарушения в когнитивной и эмоционально-волевой сферах. У лиц с истерическим неврозом в отсутствие отчетливых изменений базовых познавательных процессов на первый план выступает аффективная дисгармония.

2. Чем длительнее регистрируются нозоспецифические симптомы, тем они более выражены и тем существеннее страдает социальное восприятие.

3. Нарушение социального восприятия у больных неврозоподобной шизофренией и истерическим неврозом имеет различия на уровне перцептивного компонента. В сравнении с психотическим регистром, невротический не располагает к существенным изменениям в распознавании эмоций по невербальным проявлениям.

4. Выраженные нарушения обнаружены в интеллектуальном компоненте социального восприятия экспериментальных групп. Отличительным можно признать характер атрибуции. При неврозоподобной шизофрении приписываемые причины оторваны от социального контекста, при истерическом неврозе напрямую с ним связаны. Однако, в последнем случае, в связи со скрытой внутриличностной проблематикой не доводятся до подлинно релевантных действительности заключений и не могут способствовать успеху в общении.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ТРУДОМ КАК ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Руженская Е.В.

Иваново
ОБУЗ ОКПБ Богородское

Специалист, чувствующий удовлетворение от своей профессиональной деятельности, стремится к самосовершенствованию, более отзывчив и, в целом, более успешен в профессии. Для медицинской деятельности, и особенно психиатрии, это особенно важно, так как основные этапы диагностики, лечения, реабилитации пациента построены не на инструментальных и биологических методах, а на взаимодействии больного человека с врачом, медицинской сестрой. При изучении формирования компетентности медицинского персонала, мы изучали все факторы, взаимосвязанные с этим явлением. В том числе и вопросы профессионального здоровья сотрудников, тесно взаимосвязанные с удовлетворенностью трудом и профессиональными качествами в целом.

Респондентская база исследования составляет 2503 медицинских работника психиатрической службы. Это специалисты с высшим и средним медицинским образованием, работающие во всех учреждениях психиатрического профиля 4 областей центральной России – Ивановской, Владимирской, Рязанской и Ярославской областей.

В опросе приняли участие 603 врача (из них 182 организатора здравоохранения и 421 врач-клиницист) и 1900 человек среднего медперсонала (237 организаторов сестринского дела и 1663 практикующие медсестры). Среди респондентов 277 мужчин и 2226 женщин. Это медики, работающие как в психиатрической службе системы здравоохранения, так и социальной защиты населения. Медперсонал системы здравоохранения работает в психиатрических учреждениях клинического уровня, неклинических учреждениях и психиатрических кабинетах ЦРБ.

При оценке удовлетворенности трудом из 2503 респондентов 615 человек (24,6%) оценили, что полностью удовлетворены трудом, 1820 (72,7%) – не полностью, и 68 человек (2,7%) сообщили, что не удовлетворены трудом.

Как компоненты профессионального здоровья мы изучали несколько его составляющих: состояние физического и психического здоровья, наличие факта нарушения здоровья и сфер нарушения.

В целом, состояние своего физического здоровья медики оценили как отличное – 6,6%, хорошее – 43,4%, удовлетворительное – 45,4%, неудовлетворительное – 2,7%, не смогли оценить – 1,9%.

При этом, как позитивная оценка своего здоровья, так и негативная напрямую связаны с удовлетворенностью трудом. Так, персонал, полностью удовлетворенный трудом, оценил физическое здоровье как отличное в 9,4% (не удовлетворенный – 3,0%, $t=2,7456, p<0,01$), хорошее – 46,5% (не удовлетворенный 27,9%, $t=3,1998$, $p<0,01$), удовлетворительное – 40,5% (не удовлетворенный -54,4%, $t=2,1907$, $p<0,05$), неудовлетворительное

– 1,3% (не удовлетворенный – 13,2%, t=2,8864, p<0,01). Данная тенденция прослеживается как среди врачебного персонала (в группе удовлетворенных 7,3 – 59,8 – 29,9 – 1,5%, в группе неудовлетворенных 0 – 33,3 – 41,7 – 25,0% соответственно), так и среднего медицинского персонала (в группе удовлетворенных – 10,0 – 42,6 – 43,5 – 1,2%, в группе неудовлетворенных – 3,6 – 26,8 – 57,1 – 10,7% соответственно).

Состояние своего психического здоровья медики оценили: как отличное – 17,9%, хорошее – 55,3%, удовлетворительное – 22,8%, неудовлетворительное – 0,8%, не оценили – 3,2%. При этом как позитивная оценка своего здоровья, так и негативная напрямую связаны с удовлетворенностью трудом. Так, персонал, полностью удовлетворенный трудом, оценил физическое здоровье как отличное 22,8% (не удовлетворенный – 10,3%, t=3,0756, p<0,01), хорошее – 53,3% (не удовлетворенный 44,1%), удовлетворительное – 18,7% (не удовлетворенный -35,3%, t=3,0756, p<0,01), неудовлетворительное – 0,2% (не удовлетворенный – 5,9%, t=2,0013, p<0,05). Данная тенденция прослеживается как среди врачебного персонала (в группе удовлетворенных 24,1 – 59,1 – 12,4 – 0%, в группе неудовлетворенных 16,7 – 33,4 – 25,0 – 16,7% соответственно), так и среднего медицинского персонала (в группе удовлетворенных – 22,4 – 51,7 – 20,5 – 0,2%, в группе неудовлетворенных – 8,9 – 46,4 – 37,5 – 3,6% соответственно).

Факт нарушения профессионального здоровья отметили 34,1% медиков, 19,1% среди врачей и 38,7% среди медсестер. В большей степени это были специалисты, не удовлетворенные трудом. Так, среди полностью удовлетворенных трудом, нарушение здоровья достоверно ниже среднего по выборке – 29,3% (t=2,3298,p<0,02), среди неудовлетворенных – достоверно выше среднего – 58,8% (t=4,0948, p<0,001). Отрицают нарушение здоровья 64,6% медиков (среди врачей и медсестер 81,0 и 66,1% соответственно). Здесь тенденция обратная. Среди полностью удовлетворенных трудом не имеют нарушения здоровья 69,4% (t=2,3301,p<0,02), среди неудовлетворенных отрицают его лишь 41,2% (t=3,8691, p<0,001).

По сферам нарушения здоровья мы выделили физическое неблагополучие (отметили 37,3%), психическое неблагополучие (6,2%) и появление психологических проблем при осуществлении профессиональной деятельности (10,1%). Во врачебной когорте эти показатели несколько ниже (30,2 – 4,0 – 8,6% соответственно), чем в сестринской (39,6 – 6,8 – 10,6% соответственно).

Среди полностью удовлетворенных физическое неблагополучие отметили 37,2% (в группе неудовлетворенных 55,9%, t=2,9462, p<0,01), психическое неблагополучие – 4,2% (в группе неудовлетворенных 16,2%, t=2,6327, p<0,01), психологические проблемы – 7,2% (в группе неудовлетворенных 17,6%, t=2,2144,p<0,05). Особенно эти показатели негативно усиливаются в группе среднего медперсонала – составляют в группе медсестер, не удовлетворенных трудом 58,9 – 16,1 и 19,6% соответственно.

Врачебный персонал в целом меньше отмечает нарушений профессионального здоровья. Отличительной особенностью является то, что психиатры, удовлетворенные своей работой, почти не отмечают фактов психического неблагополучия (0,7%), по сравнению с неудовлетворенными (16,7%), однако практически не имеют отличий в признании психологических проблем при осуществлении профессиональной деятельности (8,0 и 8,3% соответственно).

Таким образом, имеется прямая взаимосвязь между уровнем удовлетворенности трудом и состоянием профессионального здоровья. Медицинский персонал психиатрической службы, удовлетворенный своей работой, более положительно оценивает уровень физического и психического здоровья, реже отмечает факт нарушения здоровья. Сестринский персонал, более тесно работающий с психически больными людьми, чаще испытывает нарушение здоровья, особенно со стороны психической сферы.

Выявленные тенденции крайне важны при кадровой работе с медицинским персоналом. Состояние профессионального здоровья и удовлетворенность трудом находятся в тесной взаимосвязи, и за счет взаимного влияния способны являться факторами сохранения и развития медицинских кадров психиатрии, формирования профессиональных компетенций сотрудников.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХИАТРИИ В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОГО ВОЛОНТЕРСКОГО ПРОЕКТА «АНТИСТРЕСС«

Руженская Е.В., Гиниятова Ю.Р., Комаров С.Д., Корягина Н.А., Иванова С.В.

Иваново
ИвГМА, Иваново

Устойчивость к стрессу является важным показателем адаптационных возможностей современного подростка. Это диктуется и большим объемом школьных знаний, которые ему необходимо усвоить, и быстро меняющимися условиями обучения. Кроме того, общество стало все более требовательно к подростку, от него хотят высоких результатов в учебе, инновационной готовности во всех сферах деятельности, оправдания ожидания родителей. А ведь кроме этого, есть и личные планы и устремления формирующегося человека. Он стремится быть принят в коллективе, значим среди друзей, привлекателен для противоположного пола. Понятно, что при таком давлении стресс – это спутник школьника.

Эмоциональное состояния студента и способность адаптироваться к окружающей среде определяют и работоспособность, и степень усвоения материала, и в конечном итоге формирование хорошего конкурентоспособного специалиста в определенной области. В наше время студенты, испытывая высокие эмоциональные и интеллектуальные нагрузки в процессе учебы, часто не справляются в полной мере с учебной деятельностью. Главной причиной этого является снижение уровня стрессоустойчивости и проявляется, как нарушение познавательных процессов личности (восприятие информации, памяти, мыслительных операций), так и нарушение в эмоциональной сфере, снижение мотивации.

Стрессоустойчивость представляет собой совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной деятельности, без особых вредных последствий для деятельности, окружающих и своего здоровья.

Целью исследования является изучение стрессовых факторов школьников старшего возраста и студентов- медиков и повышение ресурса их стрессоустойчивости.

На 1 этапе исследования, проведя сравнительный анализ научных публикаций, отражающих особенности психики школьников старшего возраста и стрессоустойчивости, нами был выделен ряд наиболее изученных аспектов данного вопроса.

На 2 этапе для своего исследования мы отобрали три теста, отражающих разные стороны устойчивости к стрессу – тест Спилберга, тест Немчина и тест Томаса. На 3 этапе было проведено тестирование в двух целевых группах – среди школьников и студентов

Целевая аудитория – школьники. В исследовании приняли участие 100 учеников массовой школы. Это сплошная выборка учеников 9-10 классов СОШ №1 г. Иванова. Обследование анонимное. Среди респондентов-школьников было 58 юношей и 42 девушки. По возрасту: 15-летних – 47, 16-летних – 42, 17-летних -11. Возраст респондентов был определен с 15 лет, т.к. в

соответствии с законодательством с 15 лет подросток сам принимает решение о возможном психологическом обследовании.

При обследовании выявлено:

1. Уровень реактивной тревожности школьников в 100% находится в диапазоне среднего уровня. Выявлен более высокий уровень личностной тревожности девушек (среди юношей превалирует малый уровень ЛТ – 67,2%, среди девушек – средний – 57,1%)

2. В целом основными стратегиями школьников в конфликте являются конструктивные (компромисс-29%, приспособление–17%), смешанные -24%;

3. В группе юношей происходит смещение в сторону конкурентных (и часто деструктивных) стратегий – до 12% увеличивается доля соперничества, и до 29,3% – смешанных форм за счет снижения доли компромисса до 22,4% и приспособления до 13,8%. В группе девушек, напротив, крайне низки деструктивные стратегии и увеличивается число конструктивных (увеличивается доля компромисса до 38,1%, приспособления до 21,4% и возрастает до 9,5% такая сложная по исполнению конструктивная стратегия как сотрудничество)

В настоящий момент мы разрабатываем и готовим к внедрению 4 этап медико-психологического сопровождения устойчивости школьников к факторам стресса. Он будет проводиться по общим правилам такого сопровождения, но в нашем случае будет базироваться в том числе и на психологических характеристиках конкретных коллективов (по классам), которые мы изучили.

Целевая аудитория – студенты. Методология проведения этапов сходна с обследованием школьников. Использованы тесты Спилберга, Немчина, Томаса. Обследование анонимное. Участвовало 114 студентов 4-5 курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов ИвГМА.

Результаты.

1. По Тесту Спилберга – показатели студентов более тревожные, чем в группе школьников. У 2,6% появляется сильный уровень реактивной тревожности (в группе школьников не было). Увеличивается уровень личностной тревожности малая – 32,4%, средняя превалирует – 67,5% (в группе школьников превалирует малая -57%, у 43% – средняя). По гендерному признаку: в женской группе студентов более высокий уровень реактивной тревожности (у юношей РТ – средняя в 100%, у девушек – средняя 96,7%, сильная – 3,3%), при более высокой стабильности девушек по показателю личностной тревожности (у юношей ЛТ – малая 29,7%, средняя в 70,3%, у девушек эти показатели 47,8% и 52,2% соответственно). По факультетам: наименьший уровень тревожности у студентов стоматологического факультете (у 100% средний уровень РТ и у 546% малый уровень ЛТ), наибольший – среди педиатров.

2. По тесту Немчина в целом по выборке нервно-психическое напряжение (НПН) у большинства малое (66,7%), у трети среднее (31,5%), есть и студенты с высоким уровнем – 1,7%. Гендерные особенности – среди лиц с высоким уровнем НПН – только студентки, но среди них и больший процент лиц с малым напряжением (69,2%). В мужской когорте – лиц с малым уровнем – 52,1%, со средним – 47,9%. По факультетам более стабильны студенты стоматологического факультета (81% – малый уровень НПН, 18,2% – средний). Студенты лечебного и педиатрического факультетов демонстрируют сходные результаты – 65% – малый уровень, 32-33% – средний и 1,6-2,3% – сильное.

3. По тесту Томаса у студентов были выявлены ведущие стратегии поведения в конфликте: соперничество – 16,6%, сотрудничество – 8,7%, компромисс – 27,1%, избегание – 16,6%, приспособление – 9,6%, смешанный тип – 9,6%, не смогли оценить – 0,8%. Гендерные особенности: при сходных показателях по компромиссу и избеганию среди юношей значимым по доле типом является соперничество (18,7%), среди девушек – сотрудничество (17,4%). По факультетам. Среди стоматологов отличительным является полное исключение таких способов реагирования на конфликт как соперничество и сотрудничество, наиболее распространены компромисс (27,2%) и избегание (27,3%). Лечебники наиболее склонны к соперничеству (23,2%), компромиссу (20,9%) и сотрудничеству (11,6%), педиатры – к компромиссу (31,6%)

4 этап – разработка и внедрение программы повышения устойчивости студентов-медиков к факторам стресса: формирование стойкой мотивации к сохранению и поддержанию своего здоровья; обучающий тренинг по повышению устойчивости к реактивным состояниям; курс открытых психокоррекционных занятий по повышению личностной стрессоустойчивости.

Реализация программы по повышению стрессоустойчивости проводится совместными усилиями медицинской академии. Формирование стойкой мотивации к сохранению и поддержанию своего психического здоровья – в рамках программы на циклах психиатрии. Это проводят преподаватели кафедры психиатрии и наркологии. Дальнейшая работа является внепрограммной и проводится во внеучебные часы. Проводят преподаватели и студенты – волонтеры.

Заключение. Социальный проект «Антистресс» является актуальным как в группе школьников, так и в группе студентов-медиков. Психологические особенности молодых людей обеих групп, имеющие значение для срессоустойчивости, требуют внимания, а в ряде случаев психокоррекции. Обучающие тренинги, уже внедренные в практику оздоровления студентов-медиков, выявили высокую готовность молодежи к освоению эффективных способов противостояния стрессу. Дальнейшие занятия показали высокую потребность студентов в психокоррекции личностных проблем, введения в ИвГМА программы повышения стрессоустойчивости на постоянной основе.

ОСОБЕННОСТИ «THEORY OF MIND« («МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО«) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЭНДОГЕННОГО ПРИСТУПА

Румянцева Е.Е.

Москва
НЦПЗ

При заболеваниях круга шизофрении устойчиво регистрируется такое структурное психическое нарушение, как снижение способности к пониманию психического, ментального мира другого человека (Алфимова М. В. и соавт., 2003; 2013; Frith C. D., 1996; Brune M., 2006; Penn D. L., 2008). Подход, занимающийся изучением неспособности больных понимать свой собственный психический, т.н. «внутренний«, мир, свое эмоциональное состояние, и психический мир другого человека – получил название theory of mind («модель психического« в русскоязычном варианте по версии Сергиенко Е.А., и соавт., 2009).

Ряд авторов отмечает снижение функционирования «модели психического« при шизофрении по сравнению с нормой как устойчивые (Brune M., 2005; Corcoran R., 2001; Hodel B., 2004; Brunet E., 2005), нарушения функционирования «модели психического« рассматривается как характерный для шизофрении эндофенотип, хотя этот вопрос на сегодняшний день так и остается спорным (Irani, 2006; Bora E., 2009; 2013). Не обнаружено связи между функционированием «модели психического« и образовательным уровнем испытуемых (Bosco F.M. et al., 2009).

Чем отличается состояние «модели психического« у мужчин и женщин больных шизофренией – малоизученный вопрос, не имеющий однозначного ответа. Выявлено, что нарушения функционирования «модель психического« чаще обнаруживались у больных мужчин, нежели чем у больных женщин, но наиболее грубые нарушения отмечались у женщин

с выраженными общими психопатологическими симптомами (Алфимова М.В. в соавт., 2013).

Цель исследования. Изучение особенностей функционирования «модели психического« у больных шизофренией молодого возраста. Изучение влияния пола на функционирование «модели психического« у больных шизофренией молодого возраста.

Материал и методы. Было обследовано 86 больных заболеваниями круга шизофрении (24 женщины и 62 мужчины), находящихся на излечении в ФГБНУ НЦПЗ и ГКПБ №15. Все больные были в клинически стабильном состоянии, получали индивидуально подобранную медикаментозную терапию, обследовались на этапе становления ремиссии. Критерии включения испытуемых в исследование: перенесенный первый или второй эндогенный приступ; манифестация первого приступа в период юношеского возраста. Средний возраст больных – 23,1±3,8 лет у мужчин, 23,1±3,6 лет у женщин.

Контрольной группой выступали психически здоровые испытуемые – 157 человек (67 мужчин и 90 женщин). Средний возраст психически здоровых испытуемых составлял – 21,2±3,1 лет у мужчин, 20,5±1,6 лет у женщин.

Для обследования функционирования «модели психического« использовалась методика «Чтение психического состояния другого по взгляду« («Reading the mind in the eyes«) (Baron-Cohen S., 2001, адаптация Румянцева Е.Е., 2012). Она позволяет оценить, как испытуемые выстраивают «модель психического« другого человека на основании ограниченной информации (взгляд человека). Данная методика применялась в двух вариантах. Первый вариант предъявления методики (ЕТ1) делался без вариантов выбора ответа, испытуемый отвечал в свободной форме. В дальнейшем ответы анализировались в соответствии с классификацией эмоций, составленной группой экспертов на основе базовых эмоций (Экман П., 2010). После интерференции данная методика предъявлялась повторно, испытуемому нужно было выбирать один из четырех вариантов ответа (ЕТ2). В дальнейшем производился подсчет баллов по обоим вариантам предъявления.

Для математической обработки данных использовалась программа SPSS 16. Использовался однофакторный дисперсионный анализ, критерий Стьюдента для независимых выборок, множественные сравнения основных переменных (по Бонферрони).

Результаты и их обсуждение. Были обнаружены статистически ($p<0,001$) достоверные различия по тестируемым параметрам «модели психического« в норме и у больных шизофренией. Получены следующие результаты: по тесту «Чтение психического состояния другого по взгляду» в варианте ЕТ1 у нормы 13,6±2,7 баллов, у больных шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом 10,8±2,8 vs. больные шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом 10,2±3,2; в варианте ЕТ2 у нормы 27,2±3,3 vs. больные шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом 26,7±3,5 8 vs. больные шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом 24,5±4,1. При проведении множественных сравнений были выявлены статистически ($p<0,001$) достоверные различия в выполнении ЕТ1 между нормой и больными шизофренией, между больными шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом и больными шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом; в выполнении ЕТ2 между нормой и больными шизофренией с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом.

Было обнаружено статистически ($p<0,05$) достоверное влияние пола по тестируемым параметрам «модели психического« в норме и у больных шизофренией. Получены следующие результаты по тесту «Чтение психического состояния другого по взгляду« в варианте ЕТ2: у нормы 27,8 у женщин, 26,4 у мужчин, у больных шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом 28,4 у женщин, 25,2 у мужчин.

Таким образом, в исследовании было подтверждено снижение функционирования «модели психического« при шизофрении. Больные шизофренией, независимо от ведущего психопатологического синдрома, хуже психически здоровых испытуемых справляются с пониманием модели психического, что соотносится с данными других авторов (Алфимова М.В. с соавт., 2003; Green M.F., 2008). Однако по исследуемым параметрам «модели психического« наибольшие различия сохраняются между группой нормы и больными с ведущим галлюцинаторно-бредовым синдромом, «модель психического« более сохранна у больных с ведущим аффективно-бредовым синдромом, это согласуется с данными других авторов об особенностях данной нозологической группы (Каледа В.Г., 2010).

Обнаруженное значимое снижение функционирования «модели психического« при более сложном варианте предъявления методики «Чтение психического состояния другого по взгляду» (ЕТ1) у больных шизофренией не зависело от ведущего психопатологического синдрома. При варианте предъявления с опорой на вербальный материал (ЕТ2) больные шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом значительно лучше понимают модель психического другого. Эти особенности больных шизофрений согласуются с данными отечественных исследователей (Курек Н.С., 1988). Открытый вариант задания вызывает у больных шизофренией скудные, однообразные ответы, описание особенностей лица.

В группе нормы в группе больных шизофрений было обнаружено влияние пола на функционирование «модели психического« при проведении более определенного варианта тестирования (ЕТ2). Психически здоровые женщины лучше понимают психическое состояние другого по взгляду, чем мужчины. В группе больных шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом обнаружены результаты аналогичные группе нормы. Более сохранная модель психического у женщин, больных шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом, может быть проявлением более благоприятного течения шизофрении у женщин, описанного в литературе (Жариков Н.М., 1973; Воронкова Б.В.,1978; Энсилл Р.Дж., 2001).

Выводы.

1. Для больных шизофренией молодого возраста характерно снижение функционирования «модели психического« после перенесенных первого или второго эндогенных приступов.

2. Изменение функционирования «модели психического« внутри группы больных шизофренией неоднородно. Внутригрупповые различия определяются ведущим психопатологическим синдромом. У больных шизофренией с ведущим аффективно-бредовым синдромом функционирование «модели психического« более сохранно.

3. При шизофрении функционирование «модели психического« менее нарушено у женщин.

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект №14-36-01309 «Культурная специфичность и универсальность нормативных оценок слов и изображений»).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМОКОПЛЕКСЫ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Русина Н.А.

Ярославль
Ярославский ГМУ

Исследовано 237 пациентов онкологической клиники. Группы сравнения: пациенты психотерапевтического центра с депрессивной симптоматикой и условно «здоровые» реци-

пиенты, совпадавших по возрастным характеристикам. Методы: опросник Мини-мульт, опросник ТОБОЛ, методика ИЖС, опросник Lazarus, опросник МИС С.Р. Пантилеева, тест СЖО Д.А.Леонтьева. Для обработки результатов применялась программа Statistica 8.0.

Результаты. Показателям сверхконтроля и эмоциональной лабильности у онкологических больных значимо выше. Для них свойственно медленно приспосабливаться, они плохо переносят смену обстановки, пассивны. Проблемы разрешают уходом в болезнь, неустойчивы в эмоциональных состояниях. Импульсивность низкая. Практически показатели всех типов отношения к болезни у пациентов онкологической клиники ниже. Это маркирует их как личностей, мало обращающих внимание на свое состояние в целом. Эргопатический тип выше, чем в других группах, что характеризует их как «трудоголиков». Единственный показатель выше, чем в группе здоровых, – сенситивный тип отношения, что доказывает их озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Все показатели психологических защит превышают норму, за исключением механизма замещения. Это означает, что пациенты онкологической клиники практически не пользуются механизмом, который позволял бы им освобождаться от эмоционального напряжения, подавляют в себе негативные эмоции. Значимые различия существуют по механизмам отрицания, вытеснения и реактивного образования. Посредством этих механизмов неприемлемые мысли, чувства, вызывающие тревогу, становятся бессознательными и проявляются в психофизиологических симптомах, трансформируются в противоположные стремления. Все стратегии совладания ниже, чем в других группах. Лишь дистанцирование выше, что включает приемы интеллектуализации, но обесценивает собственные переживания и возможности преодоления проблемных ситуаций. Статистически значимо ниже стратегии самоконтроля, поиска социальной поддержки, избегания, планирования решения проблем, положительной переоценки событий, что маркирует больных как личностей склонных к психологическим защитам в ситуациях напряжения, но не к стратегиям совладания. Все показатели самоотношения выше. Различия статистически значимы по шкалам открытости, самоуверенности, саморуководства и внутренней конфликтности. Высокие значения открытости свидетельствуют о выраженной мотивации социального одобрения, а также демонстрируют их внутреннюю честность для признания негатива в себе. Высокий показатель самоуверенности задает отношение к себе как к самостоятельному, уважающему себя человеку. Высокие баллы по шкале саморуководства подчеркивают, что больные считают, что судьба находится в их руках, испытывают чувство обоснованности своих побуждений в жизни. Но при внутреннем локусе контроля сочетание таких качеств, как сверхконтроль, ригидность, эмоциональное сдерживание приводит их к постоянному напряжению и завышенным требованиям к себе и ожиданиям. Высокие показатели по шкале «самоценность» показывают, что их эмоциональная оценка собственного внутреннего мира, ценности своего «Я» по духовным критериям статистически значимо выше. Шкалы внутренней конфликтности и самообвинения имеют единственную среди всех групп значимую положительную корреляцию. Высокие баллы по шкале внутренней конфликтности отмечены тенденцией к чрезмерной рефлексии, фрустрированности ведущих потребностей, недовольству настоящей ситуацией. Конфликтность связана с трудностями локализации истинного источника проблем. Высокие баллы по шкале самообвинения характеризуются наличием устойчивых аффективных комплексов, сопровождающихся тревожностью и повышенным вниманием к внутренним переживаниям отрицательного характера. Сочетание ригидности, эмоционального сдерживания внутренней конфликтности и самообвинения усиливают устойчивый симптомокомплекс самоуничижения.

Обсуждение. Трудности в актуализации эмоциональных проблем, которые не осознаются, но создают негативный эмоциональный фон, входящий в противоречие с выраженной мотивацией социального одобрения, стремлением жить по установленным правилам. Постоянный сверхконтроль, внутренняя конфликтность и самообвинение как фактор самоуничижения при наличии подавленных скрытых отрицательных переживаний, которые и приводят к психосоматическому неблагополучию. Практическое отсутствие механизмов совладания на фоне напряжения механизмов психологических защит. Основная направленность смысловой регуляции больных – защитная, служащая избеганию дискомфорта, причиняемого своему социальному окружению. Преобладают защитные механизмы «отрицание», «реактивные образования», «интеллектуализация». Больные стесняются своей болезни, скрывая ее от окружающих (отрицание), стремятся казаться сильными, чтобы лишний раз не обременять своими проблемами близких людей (реактивные образования), придумывают ей псевдоразумные объяснения (интеллектуализация). При высоком личностном самоконтроле и ригидности защитные механизмы направлены на сохранение своего имиджа, статуса, норм и приводят к эмоциональному сдерживанию. Им легче пережить утрату своих ценностей или смыслов, чем изменить их. У больных имеет место потеря (утрата) смыслов при столкновении с фактом заболевания, а в случае принятия болезни – реконструкция или трансформация смыслов. Противоречие между повышенным самоуважением, граничащим с конформностью и зависимостью от социальных норм, внутренней конфликтностью как базовой смысловой структурой личности онкологического больного и факт осознания неконгруэнтности системы смыслов при факте заболевания, неудовлетворенность прожитой жизнью актуализируют процесс «смыслостроительства», обнаружения новых жизненных смыслов. Данный ресурс оказывается эффективной копинг-стратегией и способствует улучшению адаптацию к болезни и качества жизни пациента. Итог – Психологические симптомокомплексы больных: 1. Сочетание преобладания шкал сверхконтроля и эмоциональной лабильности, выявляющее пассивное отношение к конфликтам, уход от решения проблем, часто сопровождающийся «уходом в болезнь». 2. Эмоциональная незрелость, приводящая к неконструктивному стилю переживаний, снижающему уровень тревоги, но оставляющему выраженной эмоциональную напряженность. 3. Самоуничижение, характеризующееся внутренней конфликтностью и самообвинением как механизм защиты «Я» от отрицательных эмоций, которые бессознательно подавлены. 4. Внутренний конфликт, проявляющийся в отрицании проблем, что может рассматриваться как защитная стратегия, способствующая понижению тревоги относительно неопределенного будущего. 5. Неудовлетворенность самореализацией и прожитой жизнью, связанная с процессом преждевременного подведения итогов жизни, а также с разрушением в ряде случаев всей смысловой структуры личности. 6. Внутренняя конфликтность, актуализирующаяся в результате противоречия между способностью влияния на ход жизни и невозможностью самостоятельного осуществления выбора этого влияния, что приводит к сужению смысловой перспективы. 7. Значимо высокая эмоциональная оценка собственного внутреннего мира, ценности своего «Я» по духовным критериям. 8. Напряженность защитных механизмов при слабом выражении механизмов совладания.

Выводы: 1. Факторное пространство картины мира больных: сдерживание эмоций и сверхконтроль; внутренняя конфликтность и самообвинение; неконгруэнтность смыслов личности. 2. Смысловое поле пациентов формируется при депривационном характере отрицательных эмоциональных состояний, при ригидной системе «Я» личности реализуется трудностями оценивания, отреагирования эмоций, ложится в основу неэффективных стратегий общения, проявляется в дефиците копинг-ресурсов, в преобладании механизмов пси-

хологической защиты протективного типа, в конфликтном самоотношении. 3. Дезадаптация личности больных в обществе, что приводит к реализации механизмов аутоагрессии, реализующихся опухолевым соматическим процессом.4.Мишени–психоэмоциональные ресурсы, ограничивающие убеждения, самоотношение.

«РОДИТЕЛЬСКИЙ КЛУБ» КАК РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ДЛЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Рычкова Л.С., Грибова Т.А., Чебан А.Ю.

Челябинск
Южно-Уральский ГУ (НИУ)

Ранняя помощь детям и семьям во всем мире стала одной из приоритетных областей деятельности здравоохранения, образования, социальной защиты. Развитие и становление системы поддержки детей раннего возраста в мировой практике насчитывает уже не одно десятилетие. Еще в начале 70-х годов прошлого столетия успехи, достигнутые на этом пути, привели к тому, что во многих странах направление деятельности, получившее название Early intervention (раннее вмешательство), приобрело характер крупнейшего социального проекта, целью которого являлось спасение детей, имеющих проблемы развития.

Для ребенка, имеющего дефект психического развития, семья, как первичное, наиболее эмоционально значимое пространство жизнедеятельности, должна выполнять свое базовое предназначение – стать для него своеобразной коррекционно-развивающей средой, обеспечивающей компенсацию дефекта. Включаясь в такую среду, ребенок с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) учится возмещать свои природные недостатки, обретает возможность справиться с возрастными задачами иными путями. Однако жизнь большинства семей, в которых рождается такой ребенок, сопровождается целым рядом деструктивных переживаний (чувством вины, разочарования, страха, одиночества, душевной боли, отчаяния), и родители зачастую сами нуждаются в психологической помощи, не имея ресурсов для создания условий, способствующих адаптации и развитию ребенка. Именно поэтому особая деятельность по психолого-педагогическому сопровождению семей, воспитывающих детей с ОВЗ является востребованной и актуальной.

Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с ОВЗ, рассматривает ее как реабилитационную структуру, изначально обладающую потенциальными возможностями к созданию максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка.

Оказание эффективной помощи таким семьям – сложный процесс. Необходимо не просто изучать особенности этих семей, но и разработать систему психологической помощи и поддержки, определить содержание, механизмы, формы и методы работы с родителями.

Одной из эффективных форм психологического сопровождения семьи является «Родительский клуб». Представляется целесообразным реализация эффективного психологического сопровождения семьи ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья в условиях психолого-педагогического и медико-социального центра. Организация такого сопровождения в рамках «Родительского клуба» имеет значительные преимущества.

Это, прежде всего, возможность получения квалифицированной помощи по возникающим вопросам, касающимся здоровья ребенка, его воспитания, адаптации в обществе, что дает родителям определенную уверенность и спокойствие, повышает их самооценку и уровень компетентности семьи. Каждого ребенка в «Родительском клубе» принимают независимо от степени выраженности имеющихся нарушений. Общаясь с «обычными» детьми и их родителями, ребенок с особенностями развития лучше усваивает нормы и правила жизни в обществе. Для большинства семей посещение «Родительского клуба» становится первым опытом позитивного отношения к своему ребенку, помогает семье разрушить формирующийся стереотип инвалидизации. Большое количество «обычных» семей вовлекается в проблемы семьи, имеющей детей с отклонениями в развитии, вследствие чего происходит заметное воздействие на общественное мнение, формирование толерантной среды. Условия, созданные для общения родителей, взаимодействия семей, позволяют семье, воспитывающей особенного ребенка, преодолеть тенденцию к социальной изоляции, вызванную отличиями ребенка от сверстников. При этом формируется активная жизненная позиция у ребенка и семьи в целом. Повышаются адаптационные возможности детской психики при работе с детско-родительскими группами в раннем возрасте. Технологии, используемые во время встреч в клубе, разнообразны и включают в себя коммуникативные, телесно-ориентированные игры и упражнения, арттерапевтические упражнения и другие. Адаптация детей осуществляется в детско-родительской группе, где специалист играет роль консультанта, снабжающего родителя необходимыми сведениями и обучающего его некоторым специальным умениям, приемам взаимодействия с ребенком.

Психолого-педагогическое сопровождение проводится в таких направлениях как нормативно-правовое обеспечение; информационно-аналитическая деятельность; организационно-методическая деятельность; просветительско-профилактическая деятельность.

Опыт психолого-педагогической помощи родителям и их детям с ОВЗ в рамках «Родительского клуба» показывает, что раннее включение родителей в коррекционно-воспитательный процесс позволяет не только скорректировать, но и предупредить появление вторичных отклонений в развитии, достичь максимально возможного личностного становления каждого ребенка с целью интеграции его в общество.

ВЛИЯНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Сергеева А.В.

Оренбург
ОрГМУ

Избыточный вес и ожирение определяются как аномальные и излишние жировые отложения, которые могут нанести ущерб здоровью. В 2013 году 42 миллиона детей в возрасте до 5 лет имели избыточный вес или ожирение (ВОЗ, 2015). По данным Министерства здравоохранения РФ число детей с избыточной массой тела в 2012 году составило 235,454 тыс., а в 2013 году ожирение выявили уже у 250,42 тыс. малолетних российских граждан. То есть всего за год количество больных ребят увеличилось более чем на 15 тыс.

Установленным фактором формирования ожирения в дошкольном и в школьном возрасте являются пищевые привычки. Нарушения семейного воспитания, механизмов интеграции семьи, вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания, нарушение системы взаимного влияния членов семьи практически всегда компенсируются перекармливанием (Маль-

цев С.В., Файзуллина Р.А., 2002). Отношения, складывающиеся между больным ребенком и его родителями, особенности его воспитания определяют становление индивидуально-психологических характеристик ребенка, многие из которых непосредственно отражаются на динамике заболевания. В частности, к подобным качествам можно отнести позитивное восприятие собственного тела. Детей уже с пятилетнего возраста начинает беспокоить их собственная масса тела, которая влияет на их внешность, самоуважение и отношение к себе (Schwimmer J.B., Burwinkle T.M., Varni J.W., 2003). У детей с экзогенно-конституциональным ожирением нередко выявляется низкая самооценка, в связи с чем у них возникает ожидание неблагополучия со стороны окружающих и, как следствие, повышение уровня тревожности.

Детско-родительские отношения – это система межличностных установок, ориентаций, ожиданий в вертикальном направлении по возрастной лестнице: снизу вверх (диада «ребенок – родители») и сверху вниз (диада «родители – ребенок»), определяемых совместной деятельностью и общением между членами семейной группы (Елизаров А.Н., 1997).

Тревожность – это переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности (Прихожан А.М., 1998).

Цель работы: определить влияние детско-родительских отношений на уровень тревожности у детей с экзогенно-конституциональным ожирением.

Для достижения поставленной цели необходимо реализовать следующие задачи:

1. Исследовать межличностные отношения детей с экзогенно-конституциональным ожирением при помощи методики Рене Жиля «Фильм-тест межличностных отношений».

2. Исследовать родительское отношение к детям с экзогенно-конституциональным ожирением с помощью методики «Тест-опросник родительского отношения (ОРО)» А.Я. Варга, В.В. Столин.

3. Исследовать стиль родительского воспитания и стиль семейных взаимоотношений при помощи опросника «Анализ семейных взаимоотношений« (Методика АСВ) Эйдемиллера Э.Г., Юстицкиса В. В.

4. Определить уровень тревожности детей с экзогенно-конституциональным ожирением при помощи методики «Выбери нужное лицо« – тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен.

5. Провести анализ влияния детско-родительских отношений на уровень тревожности детей с экзогенно-конституциональным ожирением.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Оренбургская областная детская клиническая больница». В исследовании приняли участие полные семьи с детьми, страдающими экзогенно-конституциональным ожирением (Е 66.0) I и II степени, в возрасте 7-10 лет, общей численностью 99 человек.

По результатам, полученным при помощи методики Р. Жиля «Фильм-тест межличностных отношений» были выявлены наиболее выраженные переменные, характеризующие конкретно-личностные взаимоотношения ребенка с окружением: отношение к матери (67%), к отцу (56%), а затем к братьям и сестрам (54%) и к матери и отцу вместе, как к родительской чете (54%). Также выявлены некоторые характеристики самих детей: показатели по шкалам конфликтности, агрессивности, а также стремление к доминированию выделяются на фоне других и имеют самые высокие результаты в пределах нормы. При этом наблюдается яркая тенденция к изоляции от сверстников(80%). Это может говорить о том, что сфера взаимодействия «ребенок – ребенок» для данной выборки является конфликтной.

Данные, полученные при помощи методики «Тест-опросник родительского отношения (ОРО)», позволяют говорить о том, что 88% родителей принимают ребенка таким, какой он есть, уважают и признает его индивидуальность. 67% взрослых проявляют искренний интерес к тому, что интересует ребенка, высоко оценивают способности ребенка, поощряют самостоятельность и инициативу, стараются быть на равных с ребенком. 63% взрослых ведут себя не слишком авторитарно по отношению к ребенку. 70% родителей видят своего ребенка младше по сравнению с реальным возрастом, не предоставляют ему самостоятельности. 65% матерей не устанавливают психологическую дистанцию между собой и ребенком, стараются всегда быть ближе к нему, удовлетворять все его потребности, оградить от трудностей и неприятностей жизни.

Результаты., полученные при помощи опросника «Анализ семейных взаимоотношений« (Методика АСВ) Эйдемиллера Э.Г., Юстицкиса В. В. показывают, что такой стиль воспитания, как потворствующая гиперпротекция, был выявлен у 30% родителей, что говорит об их чрезмерном покровительстве, стремлению удовлетворить все потребности ребенка. Доминирующая гиперпротекция характерна для 11% родителей детей с экзогенно-конституциональным ожирением. Ребенок также в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, однако, в то же время, лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. «Фобия утраты ребенка» выявлена у 41% родителей, что говорит о повышенная неуверенности, боязни ошибиться, преувеличенном представлении о «хрупкости« ребенка, его болезненности.

По результатам, полученным при помощи методики «Выбери нужное лицо« – тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен было выявлено, что высокий и средний уровень тревожности имеют 57,6% детей с экзогенно-конституциональным ожирением.

Данные корреляционного анализа, проведенные при помощи рангового коэффициента корреляции Спирмена, указывают на наличие взаимосвязи между стремлением ребенка к уединению (отгороженности) и тревожностью. Это свидетельствует о том, что большинство детей с экзогенно-конституциональным ожирением стараются избегать общения в больших группах детей, что обусловлено повышенной тревожностью в ситуациях вне дома и конкретной семьи. Также выявлена взаимосвязь между инфантилизацией ребенка со стороны родителей и тревожностью у детей с экзогенно-конституциональным ожирением. Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что воспитание ребенка по типу потворствующей или доминирующей гиперпротекции ведет к повышению уровня тревожности у младших школьников с экзогенно-конституциональным ожирением.

Таким образом, у детей младшего школьного возраста с экзогенно-конституциональным ожирением в 58% случаев наблюдается повышенная тревожность. У таких детей наблюдается стремление к взаимодействию с другими детьми, желание утвердиться в их глазах, но в реальности наблюдается неумение выстраивать свое поведение соответственно нормам. Отношение родителей к ребенку с экзогенно-конституциональным ожирением формировалось под воздействием страха за здоровье ребенка, фобией утраты. Этот страх заставляет родителей тревожно прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить удовлетворить их – потворствующая гиперпротекция (30%), в других случаях – мелочно опекать его – доминирующая гиперпротекция (11%). Большинство взрослых ведут себя не слишком авторитарно по отношению к ребенку, 70% родителей видят своего ребенка младше, по сравнению с реальным возрастом, не предоставляют ему самостоятельности. Выявлена статистически значимая взаимосвязь между тревожностью и: стремлением ребенка к уединению, инфантилизацией ребенка родителями, фобией утраты ребенка, потворствующей и доминирующей гиперпротекцией.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИСПЫТУЕМЫХ, СКЛОННЫХ К САМОПОВРЕЖДЕНИЯМ

Силкина Ю.А.

Тамбов
ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Проблема самоповреждающего поведения до настоящего времени недостаточно проработана даже в мировой психологии, не говоря уже об отечественной. Большое количество понятий и классификаций этого явления означает, что ни одно не является универсально точным и что само понятие самоповреждения, вероятно, остается нечетким. Как в общественном, так и в профессиональном сознании самоповреждение считалось, как правило, разновидностью суицидального поведения, либо простыми поведенческими реакциями.

Культурологический, психодинамический подходы к изучению проблемы самоповреждающего поведения Армандо Р. Фавазза, Карла Меннингера, Ричарда Розенталя, Паттисона и Кахан, Уинчел и Стэнли, Уолша и Розена позволили увидеть психологическую глубину данной проблемы, приоткрыли ее истоки.

К 1990-м годам ученые, работая в различных областях, от эволюционной биологии до эндокринологии, от нейрохимии до психофармакологии, заложили начала новой науки о мозге, психике, эмоциях и поведении, переосмысливая самые основные представления в этих науках. Все это привело к новому пониманию связей между душой и телом.

Мэрили Сронг, Бессель Ван дер Колк, Антонио Дамасио, Джудит Льюис Херман, Джозеф ЛеДуЭ, Ларри Кэйхиллом изучая взаимосвязь души и тела, особенно при в посттравматическом стрессовом синдроме, в своих работах открыли психобиологические, психофизиологические и нейрогуморальные механизмы влияющие на проявления самоповрежденчества.

Результатом этих исследований становится новое понимание патологических самоповреждений как глубинных психологических способов реагирования, так и возможности психорганического, либо комбинированнного их происхождения.

В результате проведенных патопсихологических обследований на базе ОГБУЗ «ТПКБ», выявляются определенные личностные особенности у лиц, имевших на теле следы патологических самоповреждений. В выборку вошли испытуемые в количестве 25 человек (20 мужчин и 5 женщин).

Результаты. обследований отражают корреляцию между результатами тестов СМИЛ и Люшер. При выборе цветов в тесте Люшера, предпочтение отдается фиолетовому (36,7%), который представляет собой смесь красного и синего цветов. Сочетает «импульсивную победоносность» с мягкой уступчивостью. Для личностей интеллектуального склада такое сочетание не характерно, т.к. оно означает неспособность четко фильтровать окружающую действительность, доминирование эмоций над разумом, ослабленный эмоциональный самоконтроль.

Лицам с таким предпочтением присуща затрудненная адаптация через ослабление роли самосознания и высвобождение неосознанных аспектов человеческих переживаний. Эти признаки могут быть следствием несформированности личностных свойств и являться выражением аномалий развития личности, психопатического паттерна. Возникающие у них дезадаптивные состояния выражаются ослаблением контроля сознания над эмоциональной сферой, детским способом восприятия со склонностью к фантазированию, неумением использовать накопленный опыт.

В исследуемой группе мужчин и женщин, преобладают лица импульсивно-агрессивного склада, имеющие профиль теста СМИЛ в виде повышенных показателей 9 и 4 шкал.

Ф.Б. Березин интерпретирует подобные показатели следующим образом. Повышенная самооценка, эмоциональная яркость, общительность, характерные для 9 шкалы (оптимистичности), сочетаются со стремлением к доминированию, спонтанностью поступков, поверхностностью, переменчивостью целей. Недостаток способности восприятия социальных норм в качестве собственных установок. Влечение к возбуждающим эмоции переживаниям. Легко возникает чувство скуки, разряжаемое в опасных, иногда разрушительных действиях, представляющихся стороннему наблюдателю бессмысленными и лишенными основания характерны для 4 шкалы (импульсивности).

У женщин добавляются еще высокие показатели по 5 шкале – черты «мужественности» и по шкале 8 (аутизации) – нонконформизм, недоверчивость к людям, своеобразие интересов и взглядов. Перечисленные признаки, связанные с ослаблением контроля сознания над эмоциональной сферой, возможностью «прорыва» аффективных реакций из бессознательной области, сочетаются у этих лиц с невысоким интеллектуальным потенциалом, который так же отрицательно сказывается на ресурсах адаптивного поведения в объективно сложных жизненных ситуациях.

Самоотчеты лиц, склонных к самоповреждениям, свидетельствуют о том, что данная разновидность отклоняющегося поведения может в ряде случаев носить упорный навязчивый, рецидивирующий, а так же компульсивный характер.

Таким образом, все выше сказанное свидетельствует о том, что психологическая коррекция лиц, склонных к самоповреждающему поведению должна быть направлена, главным образом, на повышение способности сдерживать нежелательные импульсы, проявления которых препятствуют осуществлению деятельности, основанной на сознательном выдвижении тех или иных целей. Повышение самоконтроля определяет возможность индивида справляться со стрессовыми ситуациями и преодолевать негативные ощущения и эмоции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБРАЗА ТЕЛА И ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Слепец В.В., Быкова И.С.

Оренбург
ОрГМУ

Ожирение – глобальная проблема мирового масштаба, создающая угрозу здоровью следующих поколений. По приблизительным оценкам, это заболевание отмечается у 44 млн. детей в мире (ВОЗ, 2013). Особую актуальность наличие избыточной массы тела приобретает у младших школьников, так как это период становления самосознания, дальнейшего формирования самооценки и самоотношения, в том числе и отношения к своему телу. В связи с этим наличие данного заболевания может влиять на самооценку, уменьшать интенсивность общения со сверстниками, усиливать тревожность детей, снижать уровень самостоятельности и любознательности (Божович Л.И., 2008, Чамата П.Р., 2004).

В современной психологии распространено понятие «образ тела» – это субъективное переживание человеком своего тела, как психический пространственный образ, который, по его мнению, складывается в межличностном взаимодействии (П. Шилдер, 1935).

Внутриличностный конфликт «душа-тело», который может возникать при различных психосоматических заболеваниях, в том числе и экзогенно- конституциональном ожирении, выражается в диаметрально противоположных вариантах: либо

неприятии телесности, ее игнорировании, либо в преувеличенном к ней внимании. Но в том и другом случае тело воспринимается ребенком как объект оценивания, как средство, мешающее или помогающее достичь цели и как следствием повышением тревоги (Леви Т.С., 2006).

Цель работы: определить особенности образа тела детей младшего школьного возраста с экзогенно-конституциональным ожирением и их влияние на уровень и характер тревожности.

Для достижения поставленной цели необходимо реализовать следующие задачи:

1. Исследовать образ тела детей младшего школьного возраста с экзогенно-конституциональным ожирением при помощи теста «Геометрических фигур» А.Ш. Тхостова, Д.А. Бескова;

2. Исследовать когнитивный компонент образа тела при помощи методики «Словарь интероцептивных ощущений» А.Ш. Тхостова;

3. Исследовать тип отношения к собственному телу при помощи опросника «образа собственного тела» О.А. Скугаревского, С.В. Сивухи;

4. Выявить уровень и характер тревожности детей младшего школьного возраста с экзогенно-конституциональным ожирением с помощью теста «школьной тревожности» Филлипса.

5. Проанализировать взаимосвязь отношения к собственному телу у детей с экзогенно-конституциональным ожирением с уровнем и характером тревожности, связанной со школой.

Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения «Оренбургской областной детской клинической больницы». Экспериментальная группа, младшие школьники (8-12 лет) с экзогенно-конституциональным ожирением (Е66.0) I и II степени общей численностью 43 человека.

Анализ результатов выполнения теста «Геометрических фигур» говорят о том, 46% младших школьников с экзогенно-конституциональным ожирением выбирают в начало последовательности сложные фигуры, которые характеризуются «плохой» формой, отсутствием симметрии, наличием углов. Это свидетельствует о том, что внешняя граница телесности таких детей характеризуется неустойчивостью, проницаемостью и поврежденностью, а внутренняя граница телесности характеризуется недостаточным контролем.

Устойчивые, отчетливые и ясные границы телесности характерны для 9% детей младшего школьного возраста с ожирением. Для 45% исследуемых характерны смешанные варианты выбора фигур, это может говорить о том, что у этой группы детей наблюдается некая рассогласованность в восприятии себя, вероятно, как особенность возраста.

Результаты исследования когнитивного компонента образа тела свидетельствуют о том, что у младших школьников с ожирением достаточно большой словарь интероцептивных ощущений (более 25 понятий). Исследуемые хорошо знакомы со своим телом и своими ощущениями, как телесными, так и эмоциональными. Словарь «заболевания» не оказывает существенного влияния на общий объем интероцептивного словаря.

При помощи опросника образа собственного тела было выявлено, что 27% детей с экзогенно-конституциональным ожирением удовлетворены собственным телом, а у 73% исследуемых крайне негативное отношение к собственному телу.

Исследование уровня и характера тревожности показало, что по некоторым показателям тревожности наблюдаются выраженные высокие и повышенные показатели: общая тревожность в школе (18% и 24%), фрустрация потребности в достижении успеха (15% и 30%), страх ситуации проверки знаний (33% и 30%), страх самовыражения (21%, 33%), страх несоответствовать ожиданиям окружающих (21% и 21%), проблемы и страхи в отношениях с учителями (6% и 24%).

Анализ взаимосвязи при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена показал наличие статистически значимой взаимосвязи негативного отношения к собственному телу с высокими показателями по шкалам общая тревожность в школе, фрустрация потребности в достижении успеха, страх самовыражения и страх несоответствовать ожиданиям окружающим. Это свидетельствует о том, что младшим школьникам с экзогенно-конституциональным ожирением и крайне негативным отношением к собственному телу присуще общее напряженное состояние, связанное с различными формами их включения в жизнь школы, неблагоприятный психический фон, не позволяющий ребенку развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата и т. д. Дети с ожирением испытывают негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей, а так же для них характерна ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, тревога по поводу оценок, даваемых окружающим, ожидание негативных оценок.

Таким образом, у детей младшего школьного возраста с экзогенно-конституциональным ожирением наблюдаются негативные изменения в формировании образа собственного тела, которые выражаются в нарушении симметрии и границ образа тела, искажении переживания целостности и связанности внутреннего психического и телесного опыта. Для них типично переживание телесной рассогласованности и нескоординированности, слабость личностных границ, недостаточность энергетического тонуса. Для исследуемых характерен достаточно большой словарь интероцептивных ощущений (более 25 понятий), дети хорошо знакомы со своим телом и своими ощущениями, как телесными, так и эмоциональными.У большей части исследуемых (73%) крайне негативное отношение к собственному телу, и лишь 27% удовлетворены собственным телом.

Выявлена статистически значимая взаимосвязь негативного отношения к собственному телу с высокими показателями по шкалам общая тревожность в школе, фрустрация потребности в достижении успеха, страх самовыражения и страх несоответствовать ожиданиям окружающим.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ МИГРАНТОВ

Смирнова Т.Г., Бочаров В.В., Смирнов В.П.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева,
СПб ГКУЗ ГПБ№6 (стационар с диспансером),
СПб Юридический институт (филиал) Академии Генеральной прокуратуры РФ

РФ по числу иностранных мигрантов занимает второе место в мире после США, при этом в РФ отмечается преобладание мигрантов из среднеазиатских республик бывшего СССР. На протяжении последних 10-15 лет в РФ наблюдается устойчивый рост преступлений, совершаемых мигрантами и лицами без гражданства. Преступления указанной категории лиц крайне разнообразны, при этом отмечается рост количества убийств и случаев насилия (включая сексуальное) в отношении детей и подростков. В соответствии с данными Следственного Комитета РФ количество преступлений, совершенных мигрантами, возрастает примерно на 7,5% за год, при этом в Москве каждое седьмое убийство и почти половина изнасилований совершены нелегальными мигрантами.

Учитывая многоаспектность проблемы криминогенности мигрантов, нами была предпринята попытка анализа детерминант сексуально-насильственных преступлений мигрантов (граждане Узбекистана и Таджикистана), квалифицируемых в

рамках ст.ст. 131, 132, 134, 135, 105, 111 УК РФ, с целью чего анализировались материалы уголовных дел, в рамках которых на основании постановления следственных органов проводились комплексные судебные психолого-психиатрические или сексолого-психолого-психиатрические экспертизы в СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 6 (стационар с диспансером)». При производстве судебных экспертиз использовались клинико-психопатологический метод оценки психического состояния и его динамики, метод анализа материалов уголовного дела и самоотчета подэкспертного при производстве экспертизы, а также экспериментально-психологический метод исследования когнитивной и личностной сфер подэкспертного.

По результатам анализа указанных материалов проведена систематизация проблемных ситуаций, на фоне которых разворачиваются сексуальные преступления мигрантов или насильственные преступления, связанные с сексуальными отношениями (парасексуальные преступления, т.е. преступления, в которых сексуальные отношения провоцируют преступления другого, несексуального характера). Выделяются следующие криминальные паттерны сексуального и парасексуального поведения мигрантов:

1. Изнасилования, связанные с неправильной интерпретацией мигрантом стереотипа полоролевого поведения незнакомой или малознакомой жертвы, принадлежащей к иной культуральной и конфессиональной среде. Важным криминогенным фактором является несовпадение представлений о приемлемости полоролевого поведения, сформированных у нападающего (мигранта) и жертвы (представителя местного населения). Также неизбежно возникает вопрос о виктимном поведении жертвы, поскольку происходит недооценка жертвой того провокативного влияния, которое возникает вследствие взаимодействия с мужчиной- мигрантом.

2. Насильственное сексуальное поведение в результате сепарации и сексуальной депривации, сопряженной с растормаживающим влиянием алкоголя непосредственно в юридически значимый период. Как правило, при данном криминальном паттерне отсутствует фактор культуральной специфичности. В условиях пребывания мигранта на территории мегаполиса у последнего возникает определенная иллюзия полной анонимность своего существования и, соответственно, чувства безнаказанности. Здесь жертвами могут быть не только случайные женщины, застигнутые врасплох (в темное время, в укромном малолюдном месте), но и малолетние и несовершеннолетние, выбираемые в качестве объектов сексуальных посягательств не столько в силу их возрастной специфичности (как при парафилиях), сколько в силу физической незащищенности и неспособности оказать сопротивление насильнику.

3. Насильственные преступления (убийство, нанесение тяжких телесных повреждений) в результате трагического расхождения культурально обусловленных ожиданий мигранта и реального полоролевого поведения партнерши, обнаруживающего себя в процессе последующего совместного проживания (сожительства). Актуализации указанного криминального паттерна, как правило, предшествуют эмоционально насыщенные, конфликтные взаимоотношениями с жертвой и ее родственниками. Нередко те особенности поведения женщины (контактность, доступность в общении, склонность к праздному времяпрепровождению), которые способствовали ее сближению с мужчиной-мигрантом на первых этапах знакомства, затем, при установлении устойчивых отношений расцениваются этим же партнером как неприемлемые, грубо оскорбляющие его достоинство, позорящие его перед земляками и родственниками.

4. Изнасилования или попытки изнасилований, совершаемые внутри мигрантского сообщества вследствие нарушения баланса внутренних культурально заданных норм взаимодействия мужчин-мигрантов и женщин-мигрантов. Указанные «перекосы» во взаимодействии возникают на фоне попыток адаптации мигрантов к новым для них социальным, материально-бытовым условиям (сокращение физической дистанции вследствие скученного проживания на одной площади, возможность и необходимость поддерживать бытовые контакты гораздо большего объема чем это задается культурально, осознаваемое или неосознанное стремление женщин-мигрантов воспроизводит внешние поведенческие паттерны местного населения).

5. Парасексуальные насильственные преступления (убийство, нанесение телесных повреждений) внутри сообщества мигрантов вследствие сексуального посягательства на женщину. В данном случае преступник выступает как представитель рода (семьи), на которого возлагается ответственность за сохранение и восстановление чести рода.

По результатам судебных экспертиз в исследованных случаях не выявлено хронических, временных психических расстройств, слабоумия, иного болезненного состояния психики, которые лишали бы их способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. При этом, в единичным случаях диагностировались нарушения непсихотического регистра согласно критериям МКБ-10 (F07.8, F10, F11, F12). Также не выявлено сформированных нарушений сексуального предпочтения (парафилий). Указанное позволяет утверждать, что клинико- психопатологический фактор не является определяющим в генезе сексуально-насильственных преступлений, совершенных мигрантами на территории РФ. Одновременно с этим, анализ выделенных криминальных паттернов позволяет рассматривать факторы социально-психологического уровня как существенные в механизме формирования сексуально-насильственных действий мигрантов на территории РФ. К числу этих факторов относятся:

- конфессионально обусловленное различие в оценках допустимого полоролевого поведения
- общекультурное различие в степени дифференцированности представлений об индивидуальных вариациях поведения
- различие в градиенте (степени) внешнего социального контроля: «анонимность» мегаполиса – родовой, клановый уклад жизни на родине.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ НОРМА КАК ОРИЕНТИР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Соловьева С.Л.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Одной из наиболее значимых проблем современной психологии является диагностическая. Категории нормы и патологии, здоровья и болезни выступают основными векторами, задающими критерии оценки состояния пациента.

Долгое время в медицинской психологии доминировал статистический подход, при котором категория нормы используется в качестве базового критерия сравнения текущего (актуального) и постоянного (обычного) состояния людей. Норма расценивалась как некоторое среднестатистическое состояние, наиболее часто встречающееся в популяции. В категорию патологии при этом попадали не только слабоумные, но и гениальные, одаренные, талантливые личности, которых в популяции также мало. К патологически неизбежно отнесены все случаи необычного, нестандартного, редко встречающегося поведения.

В последнее время в рамках феноменологического подхода в литературе начинает появляться понятие индивидуальной нормы, имеющее важное практическое применение.

Так, В.Е. Каган отмечает, что индивидуальная норма, по существу, есть индивидуальная мера отклонения от физиологической, статистической и идеальной норм, свойственных данному конкретному человеку. М. Перре, У. Бауман пишут, что «когда состояние человека оценивают как «больше не являющимся нормальным», то, как правило, за основу берут его собственную субъективную норму. Называя что-то «ненормальным» для индивида, мы говорим о наблюдаемом отклонении от состояния самого индивида (а не других людей), в котором он пребывал прежде и которое соответствовало его целевым установкам, возможностям и жизненным обстоятельствам. Критерием для сравнения здесь является не универсальность (как при статистической норме) и не абсолютные ценностные установки (как при идеальной, или идеологической норме), а возможности и работоспособность индивида.

В этом случае терапия означает в первую очередь не адаптацию к социальным нормам (среднего слоя общества), а восстановление состояния, являющегося нормальным для данного конкретного индивида в данных конкретных обстоятельствах.

Как правило, оценка соответствия норме проводится в отношении когнитивных, эмоциональных, мотивационно-волевых компонентов психических явлений. Так, например, в клинической психологии существует давняя традиция выявления эмоциональных «факторов риска» для возникновения психосоматической и пограничной нервно-психической патологии. Показано, что интенсивные переживания страха и тревоги, враждебности и агрессивности, депрессии и печали могут спровоцировать начало самых различных патологических процессов в организме

В современной литературе в отношении пациентов вводится понятие «негативной аффективности», или склонности испытывать отрицательные эмоции и создавать негативную «Я-концепцию» (Watson and Clark, 1984; Брайт Д., Джонс Ф., 2003). В структуру негативной аффективности входят тревога, депрессия и враждебность. Тревога – эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием возможных неудач, планирование, прогнозирование неуспеха. Депрессия, преимущественно направленная в прошлое, характеризуется утратой жизненной перспективы с дефицитом планирования. Враждебность, связанная с неприятием настоящего, выражается в навыке нападения, разрушения, в противостоянии, конфронтации и конкуренции со всем окружающим.

Взаимосвязанность всех трех составляющих негативной аффективности обусловлена сходством физиологического обеспечения с определенным соотношением серотонина, норадреналина, кортизола и ацетилхолина (H. M. van Praag, 1994). На психологическом уровне функционирования все три компонента характеризуются сходными чертами: снижением самооценки, неустойчивостью уровня притязаний и локуса контроля; на социально-психологическом уровне функционирования – снижением эффективности межличностного взаимодействия с повышенной зависимостью от мнения окружающих, низкой фрустрационной толерантностью, склонностью к внутриличностным и межличностным конфликтам.

Состояния тревоги, депрессии и враждебности тесно взаимосвязаны и часто сопровождают друг друга таким образом, что на практике при работе с больными приходится иметь дело со смешанными состояниями. Эти состояния, которые, как правило, относят к «негативным», тем не менее обеспечивают также и функцию выживания. В среднем диапазоне значений компоненты комплекса негативной аффективности приобретают адаптивное значение: тревога квалифицируется как адаптивная чувствительность к опасности; депрессия выражается в лишенном иллюзий реализме с активизацией интеллектуальных процессов без смягчающей тенденции к формированию индивидуальных мифов, иллюзий и фантазий; агрессивность обеспечивает самосохранение и целостность личности. В этом случае все три эмоционально-негативных переживания приобретают конструктивное психологическое содержание и становятся значимым ресурсом личности, повышающим способность к адаптации.

Индивидуальная норма, в соответствии с разрабатываемой нами гипотезой, может определяться не среднестатистическим уровнем тревоги, депрессии, враждебности, а соотношением всех компонентов негативной аффективности на уровне состояний и свойств личности. Значимым для прогнозирования дезадаптации под воздействием болезни является не уровень тревоги сам по себе, а соотношение тревожности как свойства личности, обеспеченной соответствующими физиологическими ресурсами, и тревоги как состояния. Аналогично соотношение агрессивности как свойства личности и враждебности как состояния, а также депрессивности как свойства личности (пессимизма) и депрессии как состояния может использоваться для оценки индивидуальной нормы реакции на стресс. «Нормальность» тревоги, депрессии, агрессии и других «негативных» феноменов определяется не их абсолютным значением, а их соотношением с «обычным» уровнем тревоги, агрессии, депрессии конкретного человека

Гипотеза проверялась экспериментально в диссертационных исследованиях В.А.Ишиновой, О.Ю.Антипиной, Т.В.Михайловой, В.Г.Рагозинской.

Полученные в экспериментально-психологических исследованиях результаты позволяют говорить о том, что индивидуальная норма отражает «психофизиологическую цену» реакции на стресс у здоровых, а у больных – степень изменения психофизиологических функций при воздействии болезни.

В частности, экспериментальные исследования, проведенные под нашим руководством Т.В.Михайловой на больных хронической сердечной недостаточностью в стадиях компенсации и декомпенсации показали, что относительный баланс между тревожностью, как свойством личности и тревогой, как состоянием соответствовал компенсации, а нарушение баланса – декомпенсации хронической сердечной недостаточности. Аналогичные соотношения показаны в отношении агрессивности как свойства личности и враждебности как состояния. Эмоциональный баланс в отношении тревоги, враждебности, а, возможно, и других эмоций, может использоваться при прогнозировании психосоматических последствий стрессовых реакций.

Эмоциональный баланс, в соответствии с результатами диссертационного исследования Ишиновой В.А., которое проводилось на выборке пациентов с соматоформными нарушениями, может применяться как один из значимых показателей восстановления адаптационных процессов при оценке эффективности психотерапии. Он оказался более чувствителен к улучшению соматического состояния пациентов, чем среднестатистический показатель депрессии и тревоги.

В свете полученных данных могут быть сформулированы соответствующие задачи и в области психологической коррекции. Вместо того, чтобы снижать уровень тревожно-депрессивных переживаний у больного до нормативных среднестатистических значений, представляется более адекватным приводить этот уровень к индивидуальной норме самого пациента, сохраняя адаптивные возможности биологически целесообразного аппарата эмоций: тревога сигнализирует об опасности, активизируя резервы и ресурсы организма; депрессия обеспечивает реалистичность в восприятии и оценке ситуации; агрессия обеспечивает целостность, сохранность физического и психического уровней функционирования человека.

ЦЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Соловьева С.Л., Портнова А.Г.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Развернувшаяся дискуссия о неизбежности повышения пенсионного возраста побуждает к обращению к таким концепциям психического развития человека, в которых поздние этапы онтогенеза рассматриваются как периоды активной профессиональной, семейной и творческой жизни. Пропаганда и обеспечение «активного старения» становится как приоритетной задачей для социальной сферы, здравоохранения, так и индивидуальной перспективой жизни каждого человека. Активному долголетию пожилого человека способствует развитие его как социально активной личности, как субъекта творческой деятельности и яркой продуктивной индивидуальности, высокий уровень самоорганизации, сознательной саморегуляции своего образа жизни и жизнедеятельности.

При этом сохраняется недостаточность надежных апробированных подходов к прогнозированию психологических эффектов адаптации и развития в пожилом и старческом возрасте. Наряду с инволюционными процессами на всех уровнях организации человека происходят изменения и новообразования прогрессивного характера, направленные на преодоление деструктивных явлений геронтогенеза.

С одной стороны, отмечаются потери соматического здоровья, снижение продуктивности психической деятельности вследствие изменений процессов памяти, внимания на фоне неизбежных сосудистых изменений. Нарастают признаки тревожности, возбудимости, эмоциональной неустойчивости, феномен «заострения характерологических черт» у пожилого человека приводит к снижению качества его общения с окружающими. Возникающие в ряде случаев проявления социального иждивенчества, потребительства, эгоистической стагнации личности пожилого человека становятся проблемой их семьи, ближайшего окружения, работников социальной сферы, здравоохранения, общества в целом.

С другой стороны, с накоплением жизненного опыта у пожилых людей развивается функция перспективного прогнозирования, растет эффективность управленческих решений, в межличностных отношениях формируется способность к принятию всех сложностей человеческой природы, терпимость, толерантность – черты, обозначаемые в психологии понятием «жизненная мудрость». В этой связи, в исследованиях, выполненных в рамках адаптационной парадигмы, получили распространение такие комплексные категории, как адаптационный потенциал личности, адаптоспособность, стрессоустойчивость, психологическое здоровье, адаптационная зрелость, жизнестойкость и ряд других (С. Мадди, С.Т. Посохова, А.Г. Маклаков, А.А. Реан и др.). Медико-психологические аспекты старения разнообразны и не ограничиваются отклонениями от «нормативной» линии психологического старения, обусловленной физиолого-биологическими факторами (Тибилова А.У., 1991).

Тематика типичных обращений за консультацией к психологу пожилых людей включает в себя: кризис выхода на пенсию, изменение отношений между супругами, отношения с детьми и внуками, религиозность, негативное эмоциональное состояние, измена, горе; а также профориентация, выбор направления саморазвития, получение новых навыков, обучение, любовь, новые привязанности, социальные достижения.

Задачами развития выступают, таким образом, 1) сохранение психологического здоровья, (субъективное благополучие, позитивная самооценка, развитие навыков совладающего поведения, эмоциональная саморегуляция, коррекция образа жизни, сохранение трудоспособности); 2) достижение зрелости личности (осмысленность жизни, личностный рост, личностная интеграция, созидание индивидуальности). Успешное старение предполагает постоянное приложение усилий к совладанию с ограничениями, присущими нормальному процессу старения.

В рамках решения первой задачи ориентиром в психологическом консультировании является такой приоритет, как соматическое и психическое здоровье, т.е. сохранение и поддержание соматического, социального и психологического благополучия. Это направление обеспечивается такими традиционными формами организации жизнедеятельности, как здоровый образ жизни, дозированные физические и психические нагрузки, правильное питание, сохранение социальных связей и ролевого поведения. Продуктивность интеллектуальной деятельности может быть сохранена за счет специально разработанных когнитивных тренингов, направленных на восстановление как сенсорных функций, восприятия, так и процессов памяти, внимания, анализа и переработки информации (Е.И. Петанова, У.В. Лебедева, С.К. Ершова).

В рамках решения второй задачи консультирования лиц пожилого возраста ставится цель достижение «личностной зрелости», «личностной интеграции». В этом направлении сформирована традиция консультирования взрослого и пожилого человека в русле гуманистической психологии, когда каждый человек признается наделенным ресурсами для решения возрастных проблем по мере личностного роста. В отличие от адаптационных теорий личности, многие из которых фокусируются на нарушениях адаптации, «психология эталонов» сконцентрирована на изучении зрелых и творческих личностей, на лучших проявлениях человеческой природы. Эта цель актуализируется в концепциях «активного старения». Ресурсами развития личности в пожилом и старческом возрасте могут выступать как достигнутый уровень развития с индивидуальной «картиной мира», основанной на выработанной системе ценностных ориентаций, так и признаки личностной зрелости (позитивное настроение, осмысленность жизни, самопринятие, самопонимание, готовность к самоизменениям, открытость новому опыту, самостоятельность, независимость от обстоятельств, ответственность, доверие и др.).

Перспективность включения интегральных категорий в психологический тезаурус, практику консультативной деятельности становится отчетливой при анализе онтогенетических аспектов адаптации и взаимообусловленности феноменов адаптации и развития. Использование таких интегральных показателей способно отражать обобщенную картину развития, однако, при этом, может нивелировать своеобразие отдельных адаптационных показателей личности и их индивидуальную конфигурацию.

Возможные пути решения данного противоречия заключаются в разработке типологий зрелости личности пожилого человека (на основе характеристик внутренней структуры, степени упорядоченности и иерархичности, пространственных конфигураций и взаимозависимостей внутренних компонентов и пр.), построении индивидуальных профилей переменных, анализе внутренней разноуровневой структуры и «весов» составляющих компонентов и т.д. Перспективным, на наш взгляд, будет введение индивидуальной нормы развития, индивидуального профиля психологического здоровья и зрелости применительно к обсуждаемым возрастам, это позволит в теоретическом плане снять противоречия психологических парадигм консультирования, а на практике – учесть высокую индивидуальную вариативность развития личности пожилого человека (Соловьева С.Л., 2014). Понятия психологического здоровья и зрелости могут рассматриваться как взаимно дополняющие и представляющие, в определенном смысле, различные полюса адаптационной регуляции, характеризующие ресурсы и достигнутый уровень развития.

Психолог-консультант в своей повседневной работе, учитывая как возрастные «потери», так и «приобретения» каждого конкретного клиента, оценивает его индивидуальные

психофизиологические и социально-психологические ресурсы, осуществляя синтез двух стратегических целей консультирования, определяемых нами как психологического здоровья и личностного роста, ведущего к личностной зрелости на этапе старения.

ПРОБЛЕМА КОМПЛЕКСНОЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ, НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Соловьева С.Л., Саковская В.Г., Милютин С.М., Смирнов А.П.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
СПбИУВЭК

Оценка когнитивных процессов является ключевой для диагностики психических нарушений и проводится как врачами-психиатрами, так и медицинскими психологами (нейропсихологами и патопсихологами). Как психиатры, так и психологи опираются на понятийно-концептуальный аппарат своей науки, что требует согласования понятий и подходов психиатрии, нейропсихологии и патопсихологии.

Для понимания проблемы изменения когнитивных процессов особенно при органических поражениях головного мозга (ОПГМ) различного генеза важное значение имеет экспериментально-психологическое обследование (ЭПО). ЭПО при оценке когнитивной сферы может рассматриваться в рамках двух подходов – патопсихологического и нейропсихологического (Корсакова Н.К., 2007). Высказываются точки зрения, что по результатам ЭПО может диагностироваться т.н. клинико-психологический симптомокомплекс. Мнение о том, что данный симптомокомплекс способен заменять понятие клинического синдрома, однако, не имеет достаточной обоснованности и требует тщательной дальнейшей проработки.

Отдельные авторы считают, что при нервно-психических расстройствах можно говорить о различных уровнях функционирования ЦНС. Напр., в системе иерархии мозговых процессов различают патобиологический, физиологический, пато- и нейропсихологический, и психопатологический уровни. Пато- и нейропсихологический уровень характеризуется нарушением психических процессов и связанных с ними свойств психики. Психопатологический уровень проявляется клиническими симптомами и синдромами психической патологии (Лурия А.Р., 1973, Поляков Ю.Ф., 2000). Подобное разграничение преобладает у многих авторов, когда клиническая диагностика выявляет, описывает и систематизирует проявления нарушенных психических функций, а ЭПО вскрывает психологическими методами особенности структуры психических феноменов, приводящих к наблюдаемым в клинике расстройствам (Блейхер В.М., 1983;; Менделевич В.Д., 2001; Николаева В.В., 2001; Карвасарский Б.Д., 2007).

В отечественной клинической психологии наиболее разработанной является проблема патопсихологической диагностики. Б.В. Зейгарник вплотную подошла к мысли о необходимости выделения особого патопсихологического синдрома, не тождественного клиническому, который является основным инструментом анализа структуры дефекта. (Николаева В.В., 2001). В патопсихологии получило развитие представления о патопсихологических синдромах нарушений познавательной, мотивационно-волевой и личностной сферы при психических заболеваниях (Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С., 1989; Поляков Ю.Ф., 2000; Кудрявцев И.А., 1982, 1999, 2002;, Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н., 2006). Подробно описывается экзогенно-органический патопсихологический симптомокомплекс с выделением основных вариантов – ригидный, лабильный, мнестический (Носачев Г.Н., Романов Д.В., 2001; Соловьева С.Л., 2006).

О необходимости выделения нейропсихологических синдромов, начиная с А.Р. Лурия и Л.С. Выготского говорят многие исследователи. Нейропсихологическая диагностика не утратила своего значения и при сопоставление нейропсихологических и «технических» данных при использовании современных методов визуализации работы мозга (Хомская Е.Д., 2001). В последние годы пристальное внимание уделяется скрининговому нейропсихологическому исследованию. Разработаны критерии диагностики легких когнитивных нарушений (Яхно Н.Н., Локшина А.Б., Захаров В.В., 2005), умеренных когнитивных расстройств (УКР) (R.Petersen, J.Touchon, 2004) и деменции (Левин О.С., 2011). Также при нейропсихологическом заключении предлагается, напр., несколько вариантов синдромальной диагностики УКР (R.Petersen, J.Touchon, 2005). Вместе с тем, подчеркивается, что применение скрининговых батарей целесообразно лишь для оценки наличия и серьезности поражения головного мозга, генерации диагностических гипотез для более детальной клинической и психологической диагностики (Вассерман Л.И., Шерешевский Г., 2007).

В целом подчеркивается важность усиления аналитического контекста экспериментально-психологических заключений и необходимость соотнесения выводов, содержащихся в них, с нозологической принадлежностью (Сулимовская Е.И., 2005). При этом нозологическая квалификация когнитивных расстройств основывается на данных не только экспериментально-психологической оценки, но также дополнительных методов исследования и прежде всего клинической диагностики (Пивень Б.Н., 2002; Левин О.С., 2011).

Кроме того, подчеркивается значение данных ЭПО в нозологической и функциональной диагностике при ОПГМ при решении задач экспертизы в виде оценки степени выраженности обнаруженных изменений (Поляков Ю.Ф., 2000; Войтенко Р.М., 2002; Карвасарский Б.Д., 2007). В частности экспертная оценка в современной медико-социальной экспертизе (МСЭ) при ОПГМ оказалась в большей мере ориентирована на понятие «психоорганический синдром» (ПОС), а не на «когнитивные расстройства». Но основу ПОС составляют изменения когнитивной сферы (внимания, памяти, мышления), в том числе их истощаемость, поддающиеся патопсихологическому методу исследования (Саковская В.Г., 2010).

Особо следует подчеркнуть, что критерии количественной оценки параметров, выявляемых с помощью нейропсихологических скрининговых тестов, требуют существенного уточнения применительно к практическим экспертным целям. Регламентируемое в отдельных тестах (MMSE) деление деменции на легкую, умеренную и выраженную не приемлемо для МСЭ. Напротив, в МСЭ деменция определяется однозначно как состояние, обуславливающее значительные ограничения жизнедеятельности (III степени) с необходимостью постоянного постороннего ухода и надзора, в связи со значительно выраженными расстройствами как отдельных психических процессов, так и всей психической деятельности в целом (4 степень нарушений). Социальная значимость диагностических критериев деменции высока и в других видах экспертизы, в частности в судебно-психиатрической. В МСЭ такое состояние обуславливает однозначную необходимость определения I группы инвалидности (Войтенко Р.М., 2002). Поэтому соответствующие данные указанных методик о «степенях деменции» должны приниматься условно и не рассматриваться как таковые.

Важным становится сопоставление данных патопсихологической, нейропсихологической диагностики и трансформация полученных данных в клинический синдром (ПОС, синдром когнитивных расстройств). Особо следует подчеркнуть необходимость участия психиатра при выявлении выраженных

когнитивных расстройств. Разрабатываемая за последние годы в МСЭ экспертно-реабилитационная диагностика, за счет своего системного характера может позволить точнее установить клинико-экспертно-реабилитационную значимость изучаемых расстройств когнитивной сферы (Милютин С.М., 2011).

Таким образом, по мнению многих авторов, результатом процесса психологической диагностики является клинико-психологический синдром. Дискуссионным остается вопрос о том, насколько клинические, патопсихологические и нейропсихологические синдромы совпадают по своему содержанию и степени выраженности. Психолог по данным ЭПО обязан сделать выводы о состоянии психических процессов, указать степень изменения когнитивных процессов и структуру этих изменений.

АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ

Степанова А.В., Коцюбинский А.П., Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева;
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Актуальность. В настоящее время установлено, что у большинства больных шизофренией когнитивный дефицит является важным самостоятельным или даже ведущим расстройством, который коррелирует со структурой психопатологических расстройств (Н.Г. Незнанов, М.В. Иванов, 2008), выявляется как при обострениях, так и в ремиссиях заболевания (A.J. Saykin et. al., 1991), существенным образом сопряжен с негативными психопатологическими синдромами и в значительной степени определяет терапевтический прогноз и функциональные (социальные) исходы (A.J. Saykin et. al., 1991, Gold J. И M., Harvey P.D.,1993, Harvey P.D., Keefe R.S.E.,1997, Breier A.F.,1999).

Целью данного исследования являлось изучение специфики нарушений когнитивной сферы у больных параноидной шизофренией в зависимости от клинической выраженности психопатологической симптоматики.

Материал и методы исследования: В исследовании приняли участие 129 испытуемых: из них 76 чел. – пациенты с диагнозом «параноидная шизофрения« (F.20.0 по МКБ-10) длительностью заболевания до 5 лет; контрольную группу составили здоровые испытуемые – 53 человека. Обе группы респондентов были сопоставимы по возрастным, половым и социально–демографическим характеристикам.

Использовалась батарея пато- и нейропсихологических методов, направленных на исследование когнитивной сферы: корректурная проба (буквенный вариант), таблицы Шульте, заучивание 10 слов, пиктограммы, субтесты методики Векслера: шифровка, повторение цифр, кубики Коса; исключение четвертого лишнего, сравнение понятий, Тест зрительно-моторных соединений (TMT), Тест беглости слов, Сложная фигура Рея-Остерица. Лечащим врачом–психиатром заполнялась Шкала краткой психиатрической оценки (BPRS). По шкале BPRS устанавливалась суммарная оценка, отражающая уровень психопатологических нарушений.

Результаты. Группа больных с диагнозом параноидная шизофрения была разделена на 2 подгруппы по общей оценке шкалы BPRS. В первую подгруппу вошли испытуемые, набравшие по шкале BPRS<46 баллов (низкий уровень психопатологической симптоматики), во вторую группу вошли испытуемые, получившие по шкале BPRS>46 (высокий уровень психопатологической симптоматики). По результатам выполнения психодиагностических тестов был проведен сравнительный анализ когнитивных функций в этих подгруппах.

Группа № 1 (BPRS<46) характеризовалась снижением мнестической функции, эффективности долговременной памяти, внимания, исполнительских функций. Группа № 2 (BPRS>46) показала менее грубые нарушения психической деятельности: снижение скорости переработки информации (низкая переключаемость внимания, низкая скорость выполнения заданий), структурные нарушения мышления были незначительно выражены, выполнение отдельных тестов у этих пациентов формально оказывалось подчас более качественным, чем у пациентов группы № 1.

Таким образом, больные параноидной шизофренией, составившие группу № 1, которых врачи-психиатры оценивали как «менее тяжелых» по клиническим проявлениям (BPRS<46), демонстрировали более выраженные когнитивные нарушения, проявляющиеся в расстройствах внимания, памяти и исполнительских функций. Пациенты группы № 2 лучше справлялись с психодиагностическими методиками, в то время как врачи оценивали их как «более тяжелых« по шкале BPRS. Можно предположить, что уровень выраженности психопатологической симптоматики, выявляемый врачами-психиатрами, выходил на первый план и «перекрывал» реальное состояние когнитивной сферы, который у данной группы пациентов оказывался более сохранным.

Выводы. Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что при традиционно организованной первичной клинической беседе, являющейся базовой основой для психометрического оценивания врачом-психиатром (шкала BPRS), при менее глубоком проявлении психопатологических симптомов «тонкие» нарушения когнитивной сферы (внимание, память, исполнительские функции) оказываются не зафиксированными, а, возможно, и не выявляемыми, для чего требуется тщательное психологическое исследование, которое может диагностировать имеющиеся нарушения. В отличие от этого, более глубокое поражение психической деятельности у больных с выраженными параноидными проявлениями, приближается к проявлениям так называемой «негативной» симптоматики, и часто в качестве таковой врачом фиксируется в процессе клинической беседы. В этом случае данные психологического обследования позволяют уточнить характер имеющейся патологии.

ВЛАДЕНИЕ ВТОРЫМ ЯЗЫКОМ КАК КОМПЕНСАТОРНЫЙ РЕСУРС ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ВЕРБАЛЬНОЙ БЕГЛОСТИ У МИГРАНТОВ-БИЛИНГВОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Смирнова Д.А., Walters J., Fine J., Muchnik-Rozanov Y., Paz M., Lerner V., Belmaker R.H., Bersudsky Y.

Самара, Российская Федерация,
Ramat Gan, Beer-Sheba, Jerusalem, Israel
Самарский ГМУ,
Bar-Ilan University, Department of English

Актуальность. Шизофрения подробно изучается через призму генетической перспективы (Ripke et al., 2014), нейробиологических (Rapoport et al., 2012), нейрофизиологических (DeLisi et al., 2013) изменений и когнитивных коррелятов (Docherty et al., 2008; Barch et al., 2012), а также в рамках лингвистического направления, начиная с клинико-психопатологических описаний и клинических разработок (Bleuler, 1911; Kraepelin, 1919; Andreasen,

1979; McKenna et al., 2008) и заканчивая погружением в узкоспециализированные прикладные подходы (Rochester&Martin, 1977; Marini et al., 2008; Kuperberg, 2010).

Исследования социальной психиатрии продемонстрировали влияние фактора миграции на проявление ключевых симптомов шизофрении и увеличение показателя заболеваемости психозами в среде мигрантов (Bhugra et al.,2011). Растущие темпы миграции и широко представленный в современном обществе феномен билингвализма породили целый ряд работ в психологии, социологии и других гуманитарных науках, однако, изучение взаимовлияния шизофрении и билингвализма до сих пор остается за пределами фокуса научного внимания (Bersudsky et al., 2005). Bersudsky et al. (2005) на выборке русско-говорящих мигрантов, усвоивших иврит на этапе миграции в Израиль и заболевших шизофренией, показали, что коррелирующие с серьезными коммуникативными нарушениями когнитивные расстройства не влияют на усвоение второго языка.

Сравнивая между собой два языка у пациентов-билингвов в нашей работе, мы рассчитываем уточнить лингвистический профиль шизофрении и подчеркнуть важность исследования речевого феномена в изучении данной группы заболеваний. Понимание лингвистической стороны вопроса может также прояснить особенности нейробиологических и нейрофункциональных систем, лежащих как в основе процессов усвоения второго языка, так и собственно этиопатогенеза шизофрении.

Цель исследования. Целью работы явилось изучение клинических, лингвистических и маркеров беглости речи пациентов для уточнения речевых, когнитивных и социально-коммуникативных нарушений при шизофрении.

С клинической точки зрения, нас интересовали сведения о том, одинаково ли проявляется клиническая симптоматика шизофрении в речи билингвов на родном (Я1) и втором (Я2) языках. С лингвистической точки зрения, исследование имело для нас значение в отношении получения стартового знания, позволяющего размышлять о разграничении специфических паттернов речевых нарушений при шизофрении и типичных проявлений билингвализма в условиях перекрытия и взаимопроникновения этих клинического и лингвистического феноменов.

Материал и методы. 60 русских мигрантов, наблюдавшихся по поводу шизофрении в Beer-Sheba Mental Health Center, были опрошены с помощью полуструктурированного социолингвистического интервью на родном языке и иврите. 10 пациентов (8 лиц мужского пола) в возрасте от 25 до 59 лет (M=33.8, s.d.=11.0), с образованием не ниже среднего, мигрировавших в возрасте от 11 до 47 лет (M=19.0, s.d.=10.4), со средним периодом проживания в Израиле от 7 до 32 лет (M=14.6,s.d.=6.8), средним возрастом начала заболевания – 24.2 года (s.d.=11.2), и квалифицированных как поздние билингвы, были включены в исследование в соответствии со следующими критериями: 1) диагноз шизофрении (DSM-IV); 2) родной русский язык, праворукость; 3) владение вторым языком, достаточное для полноценного интервью; 4) общий балл PANSS≥60, включая баллы ≤ 3 по пунктам P3 – Галлюцинаторное поведение, P7 – Враждебность и N3 – Бедный раппорт; 5) стабильное психическое состояние, отсутствие госпитализации за последние 3 месяца; 6) возраст от 18 до 60 лет. Протокол исследования одобрен Helsinki Committee на базе Soroka Medical Center. Исследование проводилось при поддержке исследовательского гранта Bar-Ilan University Gonda Research Center и Ben-Gurion University of the Negev в рамках российско-израильского сотрудничества с РОП.

Все интервью фиксировались с помощью диктофонной записи (SONY SX-24) и транскрибировались в печатные тексты. Лингвистическому анализу подвергались тексты объемом 3000 слов, исключая первые 10 минут интервью и вопросы интервьюера.

Статистическая обработка данных включала дескриптивные методы, Т-тест для зависимых выборок, двухфакторный дисперсионный анализ ANOVA, попарное сравнение с лингвистическими маркерами Я1 и Я2 (Fisher LSD post-hoc test) (Statistica 10.0).

Результаты и их обсуждение. Клинические маркеры речи, связанные с расстройствами мышления и когнитивными нарушениями при шизофрении, были представлены одинаково в обоих языках: Блокировка (Blocking, пауза в потоке речи как результат временно возникающего затруднения продолжить высказывание, отражает симптом остановки ассоциативного процесса; Я1=0.68 (0.71); Я2=2.13 (2.24); t=-2.15; p=0.060) и Смена темы (Topic shifting, переход с одной темы на другую без общепринятого предупреждения (например, «это напоминает мне» и т.п.), встречается при таких симптомах как соскальзывание и резонерство; Я1=2.09 (2.32); Я2=3.81 (4.17); t=-1.23; p=0.251).

Лингвистические маркеры – Незавершенный синтаксис (Incomplete syntax, нарушение синтаксического уровня речи, при котором предложения остаются незавершенными, отражает затруднения в процессе обработки речевой информации при построении речевого контекста мышления при шизофрении; Я1=5.78 (1.76); Я2=11.82 (6.11); t=-3.09; p=0.013), Лексический повтор (Lexical repetition, повторение слов, которое способствует продолжению речевого высказывания и создает впечатление связной речи, сигнализирует о персеверативной, бедности содержания речи, снижении словарного разнообразия и семантического наполнения, Я1=16.06 (14.44); Я2=26.60 (25.63); t=-2.50; p=0.034) и Экзофорическая ссылка (Exophoric reference, речевые ролевые ссылки от первого и второго лица (я, меня, мое, ты, тебе и т.п.) и неролевые – с указанием времени и места (этот стол, тот шум, здесь, сейчас и т.п.), которые отражают внешнюю, физическую сторону интеракций (Я1=.60 (0.11); Я2=.71 (0.10); t=-2.95; p=0,028) – статистически значимо чаще встречались в Я2, а четвертый маркер – неточная ссылка (Unclear reference, нарушение речевого высказывания, при котором говорящий, используя местоимения, ссылается на того, кто не был озвучен ранее в диалоге, что делает содержание высказывания непонятным, Я1=2.13 (2.79); Я2=3.43 (2.85); t=-2.01; p=0.075) продемонстрировал сходную тенденцию.

Для оценки феноменов нарушения речи при шизофрении и эффекта билингвализма изучались маркеры беглости речи. Пациенты использовали Маркеры дискурса (Discourse markers, элементы речи, которые употребляются с целью структурного связывания, выделения прагматического фокуса и заполнения пауз при поддержании беглости речи (например, так, ну, знаете ли, хмм и т.п.), оформляя социально приемлемый контекст языковых интеракций в коммуникативном дискурсе) – почти в пять раз чаще в Я1 (Я1=10.01 (7.19); Я2=2.31 (2.21); t=2.82; p=0.020). Маркер Смены кода (Codeswitching, феномен, при котором говорящий в речи на одном языке начинает использовать части слова, слова или словосочетания из второго языка, что способствует выделению значимого фокуса в высказывании, поддерживает беглость речи, компенсируя затруднения доступа к лексике) продемонстрировал тенденцию к большим показателям также в Я1 (Я1=5.80 (3.42); Я2=3.94 (6.31); t=0.76; p=0.465). Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты-билингвы способны сохранять и использовать социо-прагматические элементы речи.

Выводы. С клинической точки зрения, симптоматика шизофрении одинаково проявляется в родном и втором языках. Более высокие показатели лингвистических маркеров во втором языке указывают на более выраженные нарушения синтактико-семантического компонента речи, как доказательство большей уязвимости второго языка, позволяя рассуждать о разнице в нейробиологическом представительстве языков. Более высокие показатели маркеров беглости в родном языке демонстрируют способность пациентов сохранять беглость речи, в частности, за счет использования речевых элементов из второго языка как свидетельство ресурса для достраивания прагматики (коммуникативного дискурса) при шизофрении.

СТРАХ КАЗАТЬСЯ ОБЪЕКТОМ НАСМЕШКИ И СОЦИОФОБИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Стефаненко Е.А., Григорьева И.В., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н.

Москва
НЦПЗ РАМН

Изучение расстройств социального спектра у больных шизофренией является актуальным в связи с эмоциональными и мотивационно-личностными нарушениями, сопровождающими болезнь, заметно влияющими на качество социального функционирования таких пациентов. С другой стороны, стигматизирующий эффект постановки диагноза психического заболевания часто является причиной переживания чувства стыда и вины и в дальнейшем социальной изоляции таких пациентов (Кабанов М.М., 2001; Ениколопов С.Н. 2013; Veale D., 2003). Гелотофобия (страх казаться объектом насмешки) все больше привлекает внимание современных исследователей. Известно, что высокая выраженность гелотофобии может быть как у здоровых людей, так и у пациентов с различными психическими заболеваниями, однако, во втором случае ее распространенность заметно выше. В связи с этим, привлекательно изучение гелотофобии у больных психическими расстройствами, тем более что проблема верификации гелотофобии в системе психических расстройств до сих пор остается неясной (Titze M., 2009; Forabosco G., 2009; Ruch W., 2010; Stefanenko E., 2014). Изучение взаимосвязи гелотофобии и социофобии является одной из центральных и аргументированных линий зарубежных исследований гелотофобии. Однако подобные исследования отсутствуют в России.

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи гелотофобии и социофобии у больных шизофренией.

Выборка. В исследовании приняли участие две группы испытуемых. В экспериментальную группу вошли 33 больных шизофренией: вялотекущей (12) и приступообразно-прогредиентной (21), (коды по МКБ-10: F21.3 – псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения, F 20.01 – параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения). Средний возраст 23 года (от 18 до 38), большинство из которых не замужем/не женаты (76%), среди них 22 мужчин и 11 женщин. Контрольную группу составили 248 человек (87 мужчин, 157 женщин), средний возраст 25 лет (от 18 до 53), большинство из которых были не замужем/не женаты (72%).

Методики. Для оценки социофобии использовались опросник социальной тревоги и социофобии (Сагалакова, Труевцев, 2012), Шкала страха негативной оценки (Watson, Friend, 1969), для оценки гелотофобии – опросник PhoPhiKat<30>(Ruch, Proyer, 2009).

Результаты. Оценка различий средних значений гелотофобии, социальной тревожности и страха негативной оценки в двух группах испытуемых показала значимо более высокую степень гелотофобии (p=0.01) и страха негативной оценки (p=0.0038) в группе больных шизофренией, что соотносится с более ранними результатами отечественных и зарубежных исследований (Стефаненко Е.А. и др., 2014, Ruch W., Proyer R., 2012). Различий в выраженности социальной тревожности получено не было.

Корреляционный анализ связи изучаемых параметров с длительностью болезни, а также типом течения не продемонстрировал значимых результатов.

В группе больных шизофренией наблюдаются более сильные корреляции гелотофобии и социальной тревожности, гелотофобии и страха негативной оценки (r=0.773, p=0.000; r=0.491, p=0.000), чем в контрольной группе (r=0.560, p=0.000; r =0.400, p=0.000). Аналогичные результаты были получены в зарубежных исследованиях (Titze M., 2009: Carretero-Dios H. et al., 2010).

В обеих группах среди лиц с низкими значениями социальной тревожности практически все испытуемые (90% в экспериментальной и 10% в контрольной) характеризовались отсутствием гелотофобии. В контрольной группе лишь половина лиц (52,2%, 12 чел.) с высокой тревожностью превышают порог гелотофобии. В экспериментальной группе большинство испытуемых с высокой тревожностью имели выраженную гелотофобию (81,7%, 9 чел.). Похожая тенденция наблюдалась и для групп с высокими значениями страха негативной оценки. При высоких значениях страха негативной оценки в контрольной группе лишь 29,7%, в экспериментальной 50% лиц характеризовались выраженной гелотофобией. Таким образом, наблюдается более тесная связь гелотофобии и социальной тревожности, страха негативной оценки в экспериментальной группе.

Анализ распространенности социальной тревожности в группах с разной выраженностью гелотофобии показал, что в группе больных шизофренией с низкой гелотофобией все испытуемые характеризовались низкими значениями социальной тревожности (100%, 5 чел.). В группе здоровых людей большая часть людей имели низкие значения тревожности (62,2%, 28 чел), но далеко не все. При выраженной гелотофобии практически все испытуемые обеих групп имели высокие показатели социальной тревожности (в обеих группах>90% испытуемых). Различий гелотофобии, социальной тревожности, страха негативной оценки по межполовому признаку в каждой группе испытуемых получено не было, что подтверждается некоторыми более ранними исследованиями (Ruch, Proyer, 2009; Стефаненко, Иванова 2012).

Выводы. Гелотофобия, социальная тревожность и страх негативной оценки являются взаимосвязанными феноменами как в группе пациентов с шизофренией, так и в группе психически здоровых людей. Гелотофобия и страх негативной оценки являются более специфическими феноменами, выраженные значения которых чаще встречаются в клинических случаях. Социофобия является скорее необходимым, но не достаточным условием для возникновения гелотофобии как в клинической, так и контрольной группах. Однако существование гелотофобии в группе больных шизофренией происходит более сцеплено с социальной тревожностью и страхом негативной оценки, чем в контрольной, где они существуют более дифференцировано. Вероятно, такой результат связан с генерализованным характером психического процесса и слабой дифференцированностью эмоционально-личностной сферы таких пациентов. Результаты нуждаются в дальнейшей более фундаментальной статистической обработке, а также сравнительном анализе с экспериментальной группой испытуемых с диагнозом социофобии.

Исследование проведено при поддержке РГНФ проект №13-06-00024

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ У СТУДЕНТОВ

Стоянова И.Я., Шухлова Ю.А.

Томск
НИИПЗ, НИ ТГУ

Современная социокультурная ситуация в вузе требует высокой мобильности в освоении новой информации. Образовательная среда становится все более динамичной. В этих условиях молодым людям необходимы определенные психологические качества, определяющие стрессоустойчивость, для использования их в качестве ресурсов в процессе профессионального становления.

С целью выявления ресурсных составляющих личности проведено исследование, в котором приняли участие 76 студен-

тов факультета иностранных языков Томского национального исследовательского университета. Программа психодиагностики включала следующие методики: «Шкала базисных убеждений», разработанная Р. Янов-Бульман (ШБУ, в адаптации О. Кравцовой); Тест «Оценка оптимального выбора в конфликтной ситуации», (Щербаков, 2010); «Дифференциальная диагностика рефлексивности» (Леонтьев, 2011); «Опросник самоорганизации деятельности» (Мандрикова, 2010); «Шкала самодетерминации» (Осин, 2007). Полученные данные были занесены в электронную базу и обработаны с помощью факторного анализа. Использовалась программа Statistica 6.0. В результате выделены три группы, на достоверно значимом уровне отличающиеся в отношении ресурсных составляющих.

Первую группу составили студенты с высокой социальной направленностью. Они стремятся выстраивать благополучные взаимоотношения с обществом, нацелены на развитие межличностных отношений с помощью компромисса, сотрудничества. При этом в данной группе не выражено стремление к индивидуальному развитию и целенаправленному достижению поставленных целей, снижены волевые усилия при завершении начатой деятельности. Отмечается отсутствие планирования, недостаточное развитие системной рефлексии, которая способствует пониманию и анализу проблемных ситуаций. При возникновении стрессовых ситуаций эти студенты фиксированы на препятствии и стараются избежать нового опыта.

Вторая группа студентов склонна фиксировать происходящее и отслеживать все новые проблемные ситуации, однако они не способны организовывать свою деятельность, прибегать к помощи других людей. Выражены доверительные отношения к окружению, способность к рассмотрению ресурсов для преодоления стрессовых ситуаций. Они склонны к переживанию неуспеха изолированно, самостоятельно, анализируя негативный опыт. В процессе анализа проблемных ситуаций отмечается высокий самоконтроль и критичное отношение к происходящим событиям.

Для третьей группы студентов характерна выраженная «защитная» позиция. Они нацелены на формирование комфорта, избегают ситуации, требующие усилий и новых форм совладания. Отмечается невысокий уровень настойчивости при достижении цели, а также волевых усилий, направленных на овладение новыми знаниями. При этом сохраняется собственная позиция, студенты могут постоять за себя в конфликтных ситуациях. Их основным «оружием» является тактика язвительного ответа. Можно сказать, что их позиция направлена на сохранение внутреннего «стержня» и они стараются избегать стрессовых ситуаций, которые могут «пошатнуть» их внутреннюю гармонию.

Обобщая результаты исследования, можно сделать предположение, что студенты, сталкиваясь с проблемными ситуациями, разрешают их, опираясь на индивидуальный опыт преодоления. Поэтому программы психологического сопровождения должны базироваться на формировании стрессоустойчивости с учетом личностных проявлений.

СОЦИАЛЬНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ КАК ФАКТОР АДАПТИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Сурина А.Е.

Иваново
ИвГМА

Адаптация студентов к профессиональной деятельности в период обучения в медицинском вузе представляет собой сложный процесс, затрагивающий все личностные структуры и имеющий сложную и неравномерную, нелинейную динамику. Мы полагаем, что смыслообразующим ядром этого процесса является социальная идентификация. По нашему мнению, здесь проявляются закономерности, выявленные Н.Л. Ивановой, а именно то, что в процессе профессиональной подготовки в период обучения происходит усиление «профессионально-делового« функционального блока идентификации, а также переход от нестабильной, диффузной, узко локализованной идентичности к более стабильной, осознанной, направленной на самореализацию в широком профессиональном сообществе идентичности, в сочетании с более высоким уровнем осознания своих профессиональных качеств. Этот процесс детерминируется комплексом социально-психологических и индивидуально-личностных факторов: креативностью, где особое место занимает такой ее структурный компонент, как способность к риску; направленностью на саморазвитие, профессиональный рост; осознанием требований социальной среды; самооценкой профессиональных и личностных качеств.

Под социальной идентичностью мы понимаем целостное образование, которое конструируется субъектом под влиянием необходимости выбора новых ориентиров в социальном пространстве. Социальная идентичность выполняет комплекс функций, связанных с ориентировкой в социальной среде, структурированием социального опыта, регулированием поведения, осмыслением и прогнозированием последствий группового членства.

На наш взгляд, феноменологически процесс социальной идентификации в условиях обучения в медицинском вузе выглядит следующим образом. Первоначально присутствующее смутное и фрагментарное представление о профессии и о людях, работающих в ней, постепенно наполняется конкретным содержанием, возрастает чувство принадлежности к профессии, происходит трансформация «Я-Они» в «Я-Мы» по отношению к профессии врача и к их профессиональной деятельности.

В качестве эмпирического индикатора нами использовалась методика «Двадцать утверждений« (M.N. Kuhn, T.S. McPartland), которая достаточно широко распространена в социально-психологических исследованиях идентичности. В результате кластеризации данных рассматриваются следующие идентификационные характеристики: полоролевая, возрастная, профессиональная, социально-статусная, семейная, этническая, гражданская, персональная, религиозная, локальная, экзистенциональная, учебная, групповая, политическая.

Мы полагаем, что на первом году обучения идентификационные основы имеют маргинальный характер, отражая изменения социального статуса при поступлении в вуз и в то же время опираясь на чувство принадлежности к семье. В данный период показатели возрастной идентификации представлены на четвертой позиции. В этом ряду профессиональной идентификации отведено несущественное место. То есть молодые люди еще не осознают свою принадлежность к врачебной среде.

Трудности первичного адаптационного периода связаны с особенностями идентификации личности в новом социальном окружении. При этом на 2-м курсе, наряду с развитием межличностных отношений, установлением тесных социальных связей в курсантских группах становятся актуальными сложности, связанные с учебным процессом (например, появление специфичных, в корне отличных от содержания школьной программы, учебных предметов, характеризующихся значительным объемом и сложностью).

Тем не менее на достаточно высоком уровне представлена полоролевая идентификация. В этот период существенно снижается идентификация с семьей, с гражданской жизнью, что вполне объяснимо значительным временем, проведенным вне круга семьи. Чаще стали встречаться и позиции, характеризующие этническую принадлежность и патриотические тенденции.

Можно заметить, что наблюдается определенное противоречие между идентификационными основами и показателями адаптационного процесса, а также личностными характеристиками. С одной стороны, наблюдается вполне прогнозируемая трансформация параметров идентичности, выступление на первый план именно тех, которые отражают вовлеченность в учебный процесс, осуществление жизнедеятельности в рамках неизменных групповых границ. С другой стороны, отмечается ситуация, характеризуемая информационной избыточностью, чрезмерными нагрузками физического и психического характера. Это обусловливает, на наш взгляд, наличие стрессовых состояний, что, в свою очередь, ведет к определенной дезорганизации психических функций и, в ряде случаев, функциональных соматических расстройств. Данные состояния сопровождаются снижением показателей личностной и профессиональной адаптации. Однако, пройдя самый, пожалуй, сложный этап обучения на втором курсе, перейдя к более легким условиям жизнедеятельности, а также достигнув оптимального уровня адаптации к учебному процессу на 3 курсе, происходит изменение структуры самосознания, меняется набор идентификационных приоритетов.

Продолжая идентифицировать себя с группой, учебным процессом, студенты начинают определять себя в рамках конкретной профессиональной принадлежности и чаще заявляют о своем социально-профессиональном статусе будущего врача. Как видим, идентификационные основы будущего профессионала имеют позитивную динамику на третьем курсе и сопровождаются существенным возрастанием эмоциональной зрелости, повышением волевого потенциала, мотивационной готовности. То есть именно третий курс в данном случае является пороговым в личностной зрелости и профессиональном самоопределении студентов.

На пятом курсе у некоторой части испытуемых (до 35%) происходит переосмысление выбора жизненного пути, на наш взгляд, в связи с предстоящим через два года вступлением в самостоятельную профессиональную и семейную жизнь.

У студентов возрастает уверенность в том, что они смогут занять определенное место в обществе, будут востребованы. В это время происходит перестройка смысловой структуры самосознания. Происходит возрастание базисной идентификации, которая заключается в относительно узкой локализованности и обеспечивает истолкование социальной реальности на уровне общностей, мотивации самозащиты, ценностей личной жизни, здоровья, безопасности и защищенности. В то же время снижается идентификация «профессионально-делового» блока, ослабевает привязанность к сокурсникам (видимо, вследствие увеличения социальных контактов в макросреде и перспектив создания семьи). Как показано ранее, на этом фоне возникают определенные дезадаптационные симптомы, проявляющиеся в общем ухудшении эмоционально-деятельностных параметров, ухудшения волевой регуляции, моральной нормативности и нервно-психической устойчивости. В этот период в клинической картине обращаемости студентов в медицинскую часть института на первый план выступает симптоматика, связанная с головными болями, болями в желудке (подозрения на язвенную болезнь, гастриты), подъемом артериального давления (подозрения на гипертоническую болезнь), повышением температуры, болями в сердце. В большинстве случаев не выявляется серьезных нарушений соматического здоровья, что позволяет врачам ставить диагноз психосоматического расстройства – нейро-циркуляторная дистония (НЦД), маскированная депрессия.

К окончанию обучения процесс принятия решения о будущем самоопределении завершен, что само по себе дает стабилизирующий эффект. Это позволяет восстановить внутреннюю целостность и эмоциональную стабильность. К этому времени наиболее значимыми идентификационными категориями становятся социально-статусная и профессиональная, что, на наш взгляд, является завершением становления зрелой личности будущего врача-профессионала. Высокий уровень персональной идентичности также свидетельствует о принятии себя большинством студентов как личности, как члена общества, заслуживающего признания другими и достойной карьеры в рамках достаточно престижной и уважаемой профессии.

Итак, наше исследование показало, что структура идентичности студентов медицинского вуза находится в постоянной динамике и имеет важное значение.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ «МЕНИНГИОМА»

Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е.

Москва
Институт психологии РАН

По классификации ВОЗ менингиомы относятся к группе опухолей оболочек мозга, и составляют около 22% внутричерепных опухолей (Никифоров, Коновалов, Гусев, 2002). Заболеваемость – в среднем 3 случая на 100.000 населения, при этом отмечается преобладание данного типа опухолей у женщин (1,8 к 1). Как правило, внутричерепные менингиомы представлены узловыми, медленно растущими доброкачественными образованиями, отграниченными от окружающей их ткани головного мозга. Прогноз жизни для больных с такой опухолью благоприятный; при их радикальном хирургическом удалении частота рецидивов не превышает 9%.

Актуальным представляется изучение психологических последствий оперативного удаления менингиом. Исследование, которое проводится сотрудниками лаборатории психологии посттравматического стресса ИПРАН совместно с психиатрической группой НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, основывается на многочисленных зарубежных и отечественных работах, посвященных изучению психологических последствий стресса у онкологических больных с заболеваниями «рак молочной железы» (Ворона О.В., 2005; Тарабрина Н.В. с соавт., 2005, 2008, 2010; Тхостов А.Ш.,1980; Курчакова М.С.,2008 и др.; Andrykowski M.A., Cordova M.J., Studts J.L., Miller T.W., 1998; Lu Q., Zheng D., Young L., Kagawa-Singer, M., Loh A., 2012), «рак яичников» (Guglietti C.L., Rosen B., Murphy K.J., Laframboise S., Dodge J., Ferguson S., Katz J., Ritvo P., 2010), «рак легких» (Kangas M., Henry J.L., Bryant R.A., 2005) и с заболеваниями др. органов.

Цель исследования – выявить уровень и признаки посттравматического стресса у больных с диагнозом «менингиома» в постоперационном периоде.

Материалы и методы. В соответствии с программой эмпирического исследования обследовано 32 пациента НИИ нейрохирургии им. Бурденко. Из них 2-е мужчин и 30 женщин в возрасте от 27 до 67 лет. Средний возраст по выборке – 52 года. Пациенты, принявшие участие в исследовании перенесли операцию по удалению менингиомы не более чем за 7 дней до первой встречи. Все пациенты обследованы психиатром, который устанавливал выраженность когнитивных или психических дисфункций, т.е проводил первичный отбор пациентов и подготавливал их к психологическому обследованию. В соответствие с программой исследование выполняется в два этапа. На первом ─ проводится структурированное клиническое интервью (20-40 мин.), и опросник САН (самочувствие-активность-настроение). Все пациенты дают информированное согласие.

На втором (основном) этапе, целью которого является верификация основной теоретической гипотезы о том, что хирургическая операция на головном мозге может оказывать воздействие на психику как стрессор высокой интенсивности

(травматический), влияя на психологические характеристики больного с диагнозом менингиома в постоперационном периоде и вызывая симптомы посттравматического стресса, а также изменения в мотивационно-потребностной сфере личности больного, проводится повторно интервью и обследование психометрическим комплексом: Шкала оценки влияния травматического события – ШОВТС (Impact of Event Scale – R), Горовитц с соавт. в адаптации Тарабриной и др., Список личностных предпочтений Эдвардса (EPPS) в адаптации Т.В. Корниловой, Г.В. Парамей, С.Н. Ениколопова, SCL-90-R, Фрайбургский личностный опросник (FPI).

Результаты. В настоящий момент полностью обследовано 16 больных (исследование продолжается). Признаки посттравматического стресса оценивались по методике ШОВТС и сопоставлялись с данными, полученными с помощью этой методики на выборке больных РМЖ. Сопоставление данных по интегральному показателю ПТСР (методика ШОВТС) позволило разделить выборку на две группы. В первую группу вошли пациенты, у которых уровень ПТСР можно соотнести с группами: РМЖ «Частичное ПТСР» (n=9), РМЖ «ПТСР», во вторую группу вошли пациенты, показатели которых можно соотнести с группой РМЖ «Нет ПТСР» (n=7).

Статистический анализ различий между двумя группами по уровню выраженности признаков ПТСР (U-критерий Манна-Уитни) показал, что для группы с высокими значениями по интегральному показателю ПТСР характерны и более высокие значения по таким признакам как вторжение ($U_{Эмп}$=8; $U_{кр}$=12; $U_{Эмп}<U_{кр.}$ p=0,013), избегание ($U_{Эмп}$=3; $U_{кр}$=12; $U_{Эмп}<U_{кр,}$ p=0,002), физиологическая возбудимость ($U_{Эмп}$=9,5; $U_{кр}$=12; $U_{Эмп}<U_{кр,}$ p=0,019), при этом различия по признаку «избегание» оказались наибольшими.

Корреляционный анализ отдельных показателей методики ШОВТС и параметров методики SCL-90-R позволил выявить связь между признаком ПТСР «вторжение» и такими признаками психопатологической симптоматики как депрессия (r_s=0,59, p≤0,05), паранойяльность (r_s=0,66, p≤0,05) и психотизм (r_s=0,72, p≤0,05), а также связь интегрального показателя ПТСР с паранойяльностью (r_s=0,56, p≤0,05) и психотизмом (r_s=0,57, p≤0,05).

Результаты показали, что в постоперационном периоде у 19% пациентов с диагнозом менингиома наблюдается высокий уровень посттравматического стресса, которому сопутствуют враждебность, подозрительность, страх потери независимости, а также стремление к изоляции, уединению, обособлению. Выявленные особенности указывают на изменение в социальной позиции личности, которые вызваны причинами соматического характера (появлением различных дефектов, прежде всего, лица), а также психологическими причинами (страхом рецидива болезни, чувством потери самостоятельности). Результатов настоящего исследования были сопоставлены с данными онкопсихологического исследования, выполненного в лаборатории ППС ИП РАН в 2002-2008 гг., что позволило на этом этапе работы выделить особенности, характерные для обеих групп больных – пациентов с диагнозами РМЖ и менингиома. в Так, в диссертации О.А. Ворона, которое выполнялось в рамках вышеуказанного исследования, было установлено, что у больных РМЖ с частичным ПТСР и с ПТСР наблюдаются высокие показатели по таким шкалам SCL-90-R как враждебность, фобическая тревожность и паранойяльные симптомы и эти показатели у них достоверно отличаются от группы «Нет ПТСР». Автор также связывает возникновение этих симптомов со спецификой заболевания: калечащей операцией, страхом рецидивов заболевания, боязнью негативной оценки окружающих. Устойчивость появления в обеих группах больных (с диагнозом РМЖ и менингиома) паранойяльных симптомов может рассматриваться как важнейший показатель появления отсроченных реакций на болезнь и риска ухудшения как психического, так и физического состояния больного.

Вывод. У части пациентов, перенесших операцию по поводу доброкачественной опухоли головного мозга – менингиомы, наличествуют признаки посттравматического стресса (высокий уровень которого корреспондирует с клинической картиной ПТСР) связан с появлением паранойяльных симптомов и психотизма, устойчиво проявляющихся при разных видах онкологических заболеваний.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ (проект № 14-06-00236а)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА В УСЛОВИЯХ ТЕХНОГЕННО-ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Терехина О.В.

Томск

Национальный исследовательский Томский ГУ

В современной России особенно актуальными являются вопросы качества жизни населения. Перед наукой, согласно концепции государственной политики в области обеспечения безопасности до 2020 г. (2011) и задачам социально-экономического развития страны, остро стоит проблема поиска факторов, обусловливающих успешность профессиональной деятельности и сохранение здоровья людей, работающих на производствах с риском техногенно-экологической опасности (Семке В.Я., Богомаз С.А., 2011).

Качество жизни является объектом исследования представителей целого ряда различных отраслей научного знания: психологии, экономики, медицины, политологии, педагогики, социологии, что и определяет достаточно разные исследовательские подходы к изучению качества жизни (Захарова А.Н., 2014). Всемирной Организацией Здравоохранения разработаны следующие критерии оценки качества жизни: физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (эмоции, уровень когнитивных функций, самооценка); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность); окружающая среда (безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информации, возможность обучения, быт).

В России достаточно много территорий с большой насыщенностью производств и условий проживания с риском техногенно-экологической угрозы и снижения уровня качества жизни и благополучия населения. Сибирский Федеральный округ является одним из таких (аварии на Сибирском химическом комбинате, Саяно-Шушенской ГЭС, шахтах Кузбасса, последствия реализации космических и военных программ на Алтае и на севере Томской области).

В данной работе будет представлено исследование качества жизни населения одного из регионов Сибири – Кузбасса. 209 человек, проживающих и работающих в условиях риска техногенно-экологической опасности: 89 человек (возраст 19-64 года, 63 мужчины и 26 женщин), работающих в угледобывающей промышленности г. Междуреченска (шахта «Распадская»); 120 человек из г. Новокузнецка (55 мужчин и 65 женщин в возрасте 20-58 лет), из них 60 человек, работающих на металлургических предприятиях, и 60 человек, проживающих на загрязненной выбросами территории. Ежегодно г. Новокузнецк ежегодно попадает в пятерку рейтинга самых грязных городов РФ.

Для исследования был использован опросник качества жизни SF-36 (автор – J.E.Ware), предназначенный для изучения всех компонентов качества жизни, объединенных в два суммарных измерения: 1. Физический компонент здоровья (шкалы: физическое функционирование; ролевое функционирование,

обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья); 2. Психологический компонент здоровья (шкалы: жизнеспособность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; психологическое здоровье).

У респондентов группы «Шахтеры» г. Междуреченска средние показатели физического компонента соответствуют нормативным значениям, что может указывать на то, что физическая активность и повседневная деятельность у многих из них не ограничиваются их физическим состоянием и состоянием здоровья, в целом по группе шахтеры удовлетворены состоянием своего здоровья в настоящий момент. В отношении психологического компонента установлены также средние показатели психологического здоровья по шкалам: «Жизнеспособность», «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и «Психологическое здоровье», что может указывать на то, что многие шахтеры чувствуют себя достаточно энергичными, с хорошим настроением, большинству из них эмоциональное состояние не значительно мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности.

У респондентов групп «Металлурги» и «Жители» г. Новокузнецка средние показатели физического компонента здоровья «Физическое функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «Интенсивность боли» соответствуют нормативным значениям, что может указывать на то, что физическая активность респондентов значительно не ограничивается состоянием их здоровья, также повседневная деятельность значительно не ограничена физическим состоянием и болями. Средний показатель физического компонента «Общее состояние здоровья» в группе «Металлурги» соответствует умеренно низкому значению, что говорит о недостаточной удовлетворенности состоянием своего здоровья в настоящий момент. В обеих группах из г. Новокузнецка средние показатели психологического компонента «Жизнеспособность», «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» соответствуют нормативным значениям, что подразумевает ощущение респондентами себя полными сил и энергии, говорит о психологическом благополучии и хорошем настроении, эмоциональное состояние не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. В группе «Металлурги» средний показатель «Психологического здоровья» соответствует умеренно низкому, что говорит о наличии депрессивных, тревожных переживаний у респондентов.

Средние показатели психологического компонента «Социальное функционирование» в трех группах соответствуют низким значениям, что свидетельствуют о тенденции к ограничению социальных контактов, снижению социальной активности и уровня общения в связи ухудшением эмоционального и физического состояния, что может являться достаточно постоянной и неспецифической составляющей качества жизни людей в условиях техногенно-экологического неблагополучия региона Кузбасса.

В задачи исследования входило выявление уровня и смыслового содержания переживания угрозы у респондентов Кузбасса. Больше половины шахтеров (55% респондентов) не чувствует себя в безопасности и переживает угрозу. В смысловом содержании данных переживаний чаще всего преобладает переживание угрозы и вредности собственному здоровью (75% респондентов) и работоспособности (66% респондентов), здоровью своих детей (66% респондентов). Больше половины респондентов (59%) проявляют готовность и желание сменить место жительства (миграционная готовность) и испытывают влияние экологического неблагополучия (53% респондентов). В г. Новокузнецке больше половины респондентов (54%) группы «Металлурги» ощущают переживание угрозы и небезопасности. В группе «Жители» в среднем меньше половины респондентов (47%) ощущает эту угрозу. В данных группах смысловое содержание переживания угрозы связано с экологическим неблагополучием.

На основе корреляционного анализа с помощью критерия Кендал Тау (при $p<0,05$) показателей качества жизни и уровня переживания угрозы выявленная обратная взаимосвязь между данными шкалы «Общее состояние здоровья» (T=-0,271) и показателями индекса переживания угрозы может указывать на то, что жители г. Новокузнецка, которые переживают экологическую угрозу, в большей мере не удовлетворены общим состоянием своего здоровья. В группе «Металлурги» выявлены обратные взаимосвязи показателя переживания угрозы с данными всех шкал (кроме шкалы «Социальное функционирование), что указывают на то, что наиболее сильно ощущают угрозу и переживают чувство небезопасности те металлурги, кто низко оценивают свое состояние здоровья и у кого физическое функционирование значительно ограничивается состоянием здоровья, у кого переживание болевых ощущений, эмоциональное и физическое состояние ограничивают выполнение работы и повседневной деятельности, снижают жизненную активность и усиливают тревожные и депрессивные переживания. Достоверных корреляционных связей в группе «Шахтеры» не выявлено.

Результаты проведенного исследования позволили обнаружить аспекты снижения компонентов качества жизни и высокий уровень переживания угрозы у работников металлургических и угледобывающих предприятий и жителей региона Кузбасса, а также взаимовлияние этих показателей. Выявленные компоненты определяют мишени и задачи медико-психологического сопровождения и профилактики снижения уровня качества жизни людей, проживающих и работающих в местах с источниками повышенной техногенно-экологической опасности.

СЛУЖБА ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ – ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ

Тимошенко Е.А., Антохин Е.Ю., Чемезов А.С., Горбунова М.В., Титова Е.В., Ерзин А.И.

Оренбург
Оренбургский ГМУ,
ГБУЗ Оренбургская областная КПБ №1

В июле 2014 года в Оренбурге на базе ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1» (главный врач М.И.Шлафер) было открыто отделение службы экстренной психологической помощи – «Телефона доверия».

Работа центров «Телефонов доверия» является неотъемлемой частью комплексной системы социально-психологической помощи Оренбургской области области. Специфика работы службы «Телефона доверия» ориентирована в первую очередь на тех, кому психологическая помощь требуется незамедлительно, чтобы преодолеть кризисное состояние, уберечь от необдуманных и отчаянных поступков. Оказание телефонной психологической помощи основано на принципах доступности и свободе разговора, анонимности и конфиденциальности, доверительности и толерантности, что способствует установлению психологического доверительного контакта и консультативного диалога, направленных на мобилизацию личностных ресурсов обратившегося в целях преодоления им кризисного состояния (Хэмбли Г.1993; Скворцов А.В., Меновщиков В.Ю., Алексеева Л.С., Шадура А.Ф., 1999; Моховиков А.Н., 1999; Хачатурян С.Д., 2000).

Важной отличительной особенностью новой линии явилась психообразовательно-информационная функция: возможность получения ответов на вопросы, связанные с психическим здоровьем, оказанием психологической, психотерапевтической, психиатрической, наркологической помощи взрослым, детям, подросткам на территории области.

Целью данной работы явился анализ деятельности открытой линии «Телефона доверия» за период с 21 июля 2014 г. по 15 мая 2015 г. Для этого были использованы методы количественного и качественного статистического анализа.

Результаты и их обсуждение. Общее количество телефонных обращений в службу экстренной психологической помощи за период работы около 10 месяцев при 12 часовой (с 8:00 до 20:00 ч.) пятидневной рабочей недели составило 774 звонка.

Анализ частоты и структуры обращений показывает, что гораздо чаще на телефон доверия обращаются лица женского пола, чем мужского (61% и 35% соответственно). При этом возрастной диапазон большинства обратившихся, независимо от гендерной принадлежности, составляют люди среднего возраста (26-35 лет) – 49%, в меньшем количестве обращаются люди зрелого возраста (36 -50 лет) – 18%, практически не прибегают к использованию данной линии экстренной психологической помощи лица несовершеннолетнего возраста.

Анализ времени обращений какой-либо закономерности в поступление звонков в тот или иной часовой период дня не обнаруживает. Продолжительность контакта в большинстве случаев составляла от 5 до 15 минут (38%), несколько меньше звонков длились от 15 до 30 минут (28%), незначительное количество звонков с наименьшей (менее 1 минуты) и наибольшей (свыше 60 минут) продолжительностью.

Анализ структуры обращений показывает обширное многообразие обсуждаемых тем. Характерным и отличительным для данной линии телефона экстренной психологической помощи является наличие значительного количества обращений связанных с психическим здоровьем и его нарушениями (депрессия, нервный срыв и др.) и обращений лиц состоящих на учете у психиатра («Патологический абонент»). В значительной мере представлены обращения связанные с взаимоотношениями детей и родителей: проблемы воспитания и развития ребенка, конфликт с ребенком, конфликт с родителями; с общением: конфликты, трудности во взаимоотношениях, непонимание и замешательство, установление дружеских отношений; с учебными и профессиональными проблемами: трудоустройство, потеря работы, безработица, производственный конфликт и др. Это, по-видимому, явилось следствием большой информационной работы проводимой детской психологической службой в образовательных учреждениях Оренбуржья. Существенное количество обращений также связаны с запросами информации о работе линии телефонного консультирования и услугах ГБУЗ «ООКПБ№1», в связи с распространением информации о возможности получения бесплатной психологической и психотерапевтической помощи населением в открытом совместно с отделением «Телефона доверия» Оренбургского областного центра психопрофилактики и психотерапии. Относительно редко встречаются обращения связанные с социальной адаптацией и дезадаптацией, вопросы сексуальных отношений и насилия. Следует также отметить значительное количество обращений, обусловленных необходимостью получения психологической и психотерапевтической помощи не самим обратившимся, а их родственникам (детям/родителям/внукам и др.) или знакомым.

Наблюдавшиеся кризисные состояния обратившихся заключались в ситуационных, текущих жизненных изменениях, прекращении постоянных взаимоотношений, отвержении со стороны значимого окружения, отмечались суицидальные мысли, идеи и переживания абонентов.

Преобладающими эмоциональными состояниями на момент обращения являлись тревога, беспокойство, взволнованность, страх (30%); отчаяние, беспомощность, безысходность (14%); существенная доля лиц в состоянии спокойствия и проявлением интереса обусловлена обращениями информационного содержания.

Большинству обратившихся абонентов была оказана консультативная помощь, направленная на разрешение проблемы с установлением доверительного контакта, психологической, эмоциональной поддержкой, в зависимости от запроса предоставлялось также информирование по необходимому вопросу.

Подавляющее число абонентов обращались на данную линию экстренной психологической помощи впервые, незначительное количество – повторно, регулярными стали обращения лиц, состоящих на диспансерном учете у психиатра.

Выводы.

1. Открытие новой линии «Телефона доверия» на базе ГБУЗ «ООКПБ №1» в г.Оренбурге в рамках комплексной системы оказания социально-психологической помощи населению со спецификой возможности получения ответов на вопросы, связанные с психическим здоровьем, оказанием психологической, психотерапевтической, психиатрической помощи оказалось необходимым и востребованным.

2. Наиболее обширную группу, обратившихся за помощью, составили абоненты женского пола средней возрастной группы.

3. Структура обращений, в связи с открытием отделения на базе психиатрической больницы, в большей мере представлена запросами касательно психического здоровья и его нарушений, обращениями лиц состоящих на учете у психиатра. В значительной мере представлены обращения связанные со взаимоотношениями детей и родителей, с общением и взаимодействием, с учебными и профессиональными проблемами.

4. Обращения в службу телефонной экстренной психологической помощи являются преимущественно однократными, что обуславливает и подтверждает направленность данного вида психологической помощи на купирование кризисных состояний.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИРОВОЗЗРЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Токарева Н.Г., Железнова Е.В.

Саранск, Москва
Мордовский ГУ им. Н.П. Огарева,
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Мировоззрение – это система взглядов на объективный мир и место в нем человека, на отношение человека к окружающей его действительности и самому себе, а также сложившиеся на основе этих взглядов убеждения, идеалы, принципы познания и деятельности, ценностные ориентации. У человека всегда существовала потребность выработать общее представление о мире в целом и о месте в нем человека. Обладая общими знаниями о своем месте в мире, человек строит и общую свою деятельность, определяет общие и частные свои цели в соответствии с определенным мировоззрением. Эта деятельность и эти цели есть, как правило, выражение тех или иных интересов целых групп или отдельных людей. В одном случае их связь с мировоззрением может обнаруживаться достаточно отчетливо, в другом же она затемняется теми или иными личностными установками человека, особенностями его характера, болезненными изменениями. Однако такая связь с мировоззрением обязательно существует и может быть прослежена. А это означает, что мировоззрение играет особую, очень важную роль во всей деятельности людей. Мировоззрение – это фундамент человеческого сознания. Полученные знания, сложившиеся убеждения, мысли, чувства, настроения, соединяясь в мировоззрении, представляют определенную систему понимания человеком мира и самого себя. В мировоззрении в обобщенном виде представлены познавательная, ценностная, и поведенческая подсистемы в их взаимосвязи. Жизнь в природном и общественно мире рождает в людях сложную гамму чувств, переживаний. С мировоззрением сопряжены любознательность, удивление, чувства с природой, сопричастности человеческой истории, благоговения, восхищения, трепета, тревоги, напряжение и многое другое. Среди мировоззренческих эмоций есть

окрашенные в «мрачные» тона тревоги, страха, отчаяния. К ним относятся чувство неуверенности, беспомощности, потерянности, бессилия, одиночества, печали, горя, душевного разрыва. Вместе с тем людям присущ также целый спектр «светлых» эмоций: ощущение радости, счастья, гармонии, полноты телесных, душевных, интеллектуальных сил, удовлетворения жизнью, своими свершениями.

Цель исследования: изучить некоторые аспекты мировоззренческих тенденций у больных эпилепсией. В настоящее исследование были включены 50 больных в возрасте от 18 до 55 лет, с длительностью заболевания до 10 лет. Из исследования исключены пациенты с выраженными нарушениями когнитивной сферы. Исследуемую выборку составили трудоспособные – 28чел. (56%) и нетрудоспособные – 22 чел. (44%), из них III группа инвалидности – отмечалась у 14 чел. (28%), II группа инвалидности – у 8 чел.(16%). Большинство больных имели средне – специальное и среднее образование – 21чел. (42%) и 15чел. (30%); не окончили обучение в связи с болезнью 14 чел. (28%). Распределение пациентов по частоте встречаемости у них различных форм заболевания выявило достоверное ($p<0.01$) преобладание парциальной эпилепсии в сравнении с генерализованной. В результате проведенного исследования с использованием клинико-психологической беседы, клинического опросника-интервью выявлены следующие закономерности: в структуре личности больных эпилепсией отмечается сильно повышенный инстинкт самосохранения, все их внимание обращено на себя, на свое самочувствие, на свое благополучие, вследствие чего больной эпилепсией в большинстве случаев «узкий эгоист«. В связи с этим у них отмечается очень большое стремление к самоутверждению и для утверждения своего «я« все средства кажутся хорошими; они склонны постоянно подчеркивать положительные стороны своего поведения и в то же время критиковать других. Больные эпилепсией никогда не теряют связь с реальностью и учитывают все обстоятельства, важные и выгодные для них. При сильном эгоизме и общем снижении интеллектуальных интересов такие больные много говорят о себе. При постоянной направленности на собственную личность больные эпилепсией очень охотно делают все для себя, а от общественной работы для всех они отказываются, даже самые развитые из них, самые сохранные. Традиционно считается, что знания и чувства, ценности и поступки представляют собой компоненты мировоззрения – познавательный, эмоциональный, ценностный и деятельностный. Конечно, такое деление весьма условно: компоненты никогда не существуют в чистом виде. Мысли всегда эмоционально окрашены, поступки воплощают ценности человека и т.д. В реальности мировоззрение – всегда целостность, а разделение его на компоненты применимо только в исследовательских целях. Эмоционально-волевая сфера больных эпилепсией представляет значительные особенности: больной тяжело переживает свою болезнь, стыдится ее; у него повышенная чувствительность, легкая ранимость, выраженное чувство своей неполноценности со стремлением к компенсации. В эксперименте эти особенности больных эпилепсией хорошо проявляются: порицания больные не выносят, от неудач многие делаются нетерпеливыми, сердитыми, раздражительными, аффект их напряженный, вязкий, может долго держаться. Среди самых распространенных форм эпилептических расстройств настроения преобладает форма дисфории. Они характеризуются сочетанием тоски, злобы, беспричинного страха. Нормы и ценности больных эпилепсией часто характеризуется ортодоксальностью, фанатической приверженностью тем или иным взглядам. Поступки человека также входят в структуру мировоззрения, образуя его практический уровень. Человек выражает свое отношение к миру не только в мыслях, но и во всех своих решительных действиях. У больных эпилепсией часто наблюдается агрессивность в поступках и в поведении в целом. Рассмотренные мировоззренческие аспекты являются глубоко интимными переживаниями больного эпилепсией перед лицом болезни, что необходимо учитывать при проведении психокоррекционных и лечебно-реабилитационных мероприятий.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ЗНАЧИМОГО ФАКТОРА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Тявокина Е.Ю., Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Савельев А.П.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Цель исследования: оценка метода анкетирования, как инструмента изучения рискованного поведения, являющегося значимым фактором распространения ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов.

Материал и методы: методом анкетирования обследовано 40 мужчин – трудовых мигрантов в возрасте от 18 до 50 лет, прошедших медицинское освидетельствование для получения разрешения на работу в Санкт-Петербурге (граждане Узбекистана, Таджикистана, Киргизии, Азербайд жана, Армении, Украины, Молдовы, Литвы и Беларуси). В исследуемую группу вошли мигранты с ВИЧ-инфекцией (группа «случаев») и мигранты без ВИЧ-инфекции (контрольная группа), имевших сходные возрастные и этнические характеристики. Соотношение «случаев» и «контролей» составило 1:3. Анкета включала 201 пункт в виде вопросов с ответом по принципу да/нет, а также в виде оценочных шкал. Модули анкеты отражали социальные факторы риска (социально-экономическое положение субъекта исследования, длительность пребывание за пределами родины, тяжелые и опасные условия труда, неблагоприятные условия жизни, потенциальная опасность стать жертвой ксенофобии); социокультурные факторы (различие культурных норм, оторванность от семьи, ограниченная социальная поддержка, отношение к религии); факторы, связанные с состоянием здоровья, поведенческие факторы (количественная характеристика половых связей вне брака, ограниченное использование презервативов, пользование сексуальными услугами, недостаток знаний о ВИЧ-инфекции, злоупотребление алкоголем и употребление психоактивных веществ, и уклонение от тестирования на ВИЧ-инфекцию). Влияние данных факторов было изучено с дифференцировкой по следующим критериям: воздействие факторов в родной стране, в ходе нынешнего визита в Россию, во время предыдущего визита в Россию. Часть вопросов была сформулирована в проективной плоскости (вопрос касался не самого испытуемого, а его знакомых).

Результаты исследования и их обсуждение. Диагностика и объективизация рискованного поведения у трудовых мигрантов при медицинском освидетельствовании вызывает известные трудности, так как они обосновано опасаются попасть под регламентированные законодательством РФ ограничения в получении права на работу. Имеют значение также традиционные, религиозные и социокультурные представления этнических групп о формальных рамках правильного поведения, которые доминируют в интервью над признанием фактов реального рискованного поведения. В проведенном исследовании статистически значимых различий по факторам рискованного поведения между группами ВИЧ-инфицированных и интактных мигрантов выявлено не было.

Имел место высокий процент отказа от ответов на ряд вопросов, касающихся рискованного сексуального поведения и употребления алкоголя и наркотиков.

Отказы не позволили в полной мере отразить распространенность данных факторов риска среди участников исследования. Тем не менее, анкетирование выявило крайне низкую информированность участников в вопросах ВИЧ-инфекции в целом, путях заражения и способах ее профилактики – 85% интервьюированных обнаружили низкую осведомленность в этих вопросах или полное отсутствие соответствующих знаний. Многочисленные исследования показывают, что мигранты вносят существенный негативный вклад в эпидемиологическую ситуацию принимающих государств [Straten van der A., Gomez C.A.,et al., 2000]. Применительно к распространению ВИЧ-инфекции, мигранты могут отличаться низким уровнем знаний о ВИЧ-инфекции, половыми связями с секс-работниками на родине и в принимающем государстве, неиспользованием презерватива, злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами [Яковлев А.А. и др., 2011]. Психической дезатаптации мигранта, а, следовательно, и формированию рискованного поведения, способствуют слабое образование, низкий экономический уровень существования, разделение с семьей, отсутствие квалифицированной специальности, пребывание в чужой культурной среде, незнание языка, вероятность стать объектом ксенофобии или жертвой расизма [Dinesh Bhugra, Susham Gupt; 2011].

Выводы. Исследование выявило несовершенство основного инструмента выявления рискованного поведения – анкетирования. Это обстоятельство указывает на необходимость верификации наличия данных факторов риска с использованием лабораторных методов – выявление инфекций, передающихся половым путем, как маркера рискованного сексуального поведения, и выявление маркеров наличия алкоголя и наркотиков. Необходимо получение объективной информации о состоянии здоровья мигрантов, проведение мониторингов, стимулирование сотрудничества между заинтересованными ведомствами, проведение соответствующих научных исследований.

ХРОНИЧЕСКАЯ СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВАЯ СИТУАЦИЯ И ЛИЧНОСТЬ

Урываев В.А.

Ярославль
Ярославский ГМУ

В условиях социально-экономических трансформаций в современном обществе особый интерес представляет изучение влияния макросоциальных изменений на формирование устойчивых личностных черт.

Наши представления об этих зависимостях могут существенно обогатить исследовательские проекты лонгитюдного типа, особенно, проводимые в России, особенно за последние десятилетия ее истории. Подобного типа исследование было проведено нами в 1992-1993 и 2006-2007 годах (следующий шаг, срез 2016 года)

Организация исследования и методика. В первом изучаемом периоде (1992-1993 гг.) было проведено психодиагностические облседование студентов 2-го курса медицинского ВУЗА (лечебный и педиатрический факультеты). Возраст обследуемых студентов составлял 19-20 лет (то есть, испытуемые были не позже 1973 года рождения). Это значит, что их рождение (включая период вынашивания) и время формирования личности выпали на период начала 70-х и 80-е годы двадцатого столетия, то есть на период относительно устойчивого периода развития общества с его устоявшимися групповыми нормами и правилами, на период переживания предсказуемости в отношении будущего. Родители переживали – как на период зачатия, так и на периоды вынашивания и периоды становления личности испытуемых – в целом эмоциональный комфорт (без тревог о поиске работы, детского сада, пионерского лагеря, проблем безработицы, социальных или военных конфликтов и проч.). Данная когорта испытуемых вошла в постперестроечный период в юношеском возрасте, достаточно чувствительном к изменениям, но уже впитавшем нормы и правила поведения стабильного периода общества.

Выборка составила 438 человек (176 юношей и 266 девушек). Испытуемые были обследованы по нескольким психодиагностическим методикам, одной из которых является 16-факторный опросник Кеттелла (форма А). Подчеркнем, в концепции Р.Б. Кеттелла, диагностируемые им личностные черты претендуют на роль устойчивых личностных образований.

Второй период исследования – 2006-2007 гг. Исследуемая выборка в целом полностью идентична первой по параметрам возраста, пола и рода деятельности (364 человека, из них 90 юношей и 274 девушки обследованных так же по личностной методике Р. Кеттелла, форма А). Испытуемые данной исследуемой когорты (обозначим ее несколько условно как когорта 80-х – рождение не позже 1988) появились на свет (а также проходили начальные этапы формирования личности) в период дестабилизации общества и его экономики, поэтому базальные личностные качества формировались в условиях выраженной социальной и экономической напряженности. Волею исторических обстоятельств, они попали в хроническую стрессовую ситуацию, связанную с коренными изменениями в обществе, в ситуацию «перестройки« государства, его экономики, отмечался выраженный кризис идеологии. По существу, в исследовании удалось зафиксировать качественно иную ситуацию в вопросе формирования черт личности (начиная с этапа созревания эмбриона и вынашивания плода, не говоря уже о ранних годах развития и подростничестве).

На основании обозначенных общепсихологических посылок, мы сформулировали гипотезу исследования о том, что в различных социально- экономических условиях выраженность личностных черт полученных с помощью первичных факторов шестнадцатифакторного опросника Р.Кеттелла могут существенно отличаться друг от друга.

Результаты. Сравнение средних арифметических величин в двух описанных выборках проводилось по выраженности первичных факторов Р.Кеттелла (сырые баллы), с применением непараметрического критерия Манна-Уитни.

Обсуждение результатов. Для более объемного понимания динамики изменений результатов объединим при обсуждении факторы Р.Б. Кеттелла в группы.

Интеллектуальные характеристики личности (B, E, M, N, Q1) изменились разнонаправлено.

Два личностных фактора: «способность к абстракции» (B) и «проницательность» (N) статистически значимых различий в ходе исследования не обнаружили.

В трех остальных случаях, у молодежи, сформировавшейся как личность в постперестроечный период, мы видим: усиление таких факторов как «активность» мыслительных процессов (E), усиление «практичности» мышления и, соответственно, снижение «мечтательности» (M). Наконец, мы наблюдаем снижение «конформности» мнений и, соответственно, усиление «радикализма суждений» (Q1).

В целом можно утверждать, что мы видим изменения не столько в количественных характеристиках «уровня мыслительных способностей», сколько изменения в характеристиках умений его «применять», «использовать» для разработки реальных стратегий адаптации – несравнимо более сильную включенность в процессы социальной адаптации.

Во втором блоке – блоке широких коммуникативных качеств (A, F, H) – мы однозначно наблюдаем усиление всех перечисленных черт личности: «общительности» (A), «оптимистичность» (F), «социальная смелость, решительность» (H).

В «новой реальности» подрастающая молодежная выборка стала существенно активней и предприимчивей.

В третьем блоке личностных качеств – качеств, обеспечивающих адаптацию к микросоциуму (E, G, L, N, Q2) – изменения – минимальны.

Три фактора из пяти не выявили статистически значимых различий: «моральный контроль поведения» (G), «проницательность» (N) и «зависимость от мнения группы» (Q2).

Позитивные изменения отмечаются в активности и стремлении быть лидером (E), в резком снижении качеств «доверчивости», «доброжелательности в отношении к окружающим» (L). Последние из указанных характеристик постепенно вытесняются «настороженностью», «склонностью больше доверять себе самому».

В четвертой группе – группе эмоциональных качеств личности – в которую вошли факторы C, I, O, Q4, – произошли следующие изменения.

В начале отметим, что соотношение C/Q4, которое дает исследователям обобщенную оценку эмоциональной устойчивости личности, в целом повысилось в сторону лучшей контролируемости переживаний (при неизменной Q4 – «фактор напряженности», повышение C – «сила Я» – статистически значимо увеличился).

Неизменным, по данным исследования, остался фактор «ранимость» (I), усилился фактор C – «сила Я», статистически значимо ослабло значение фактора O – «склонность к чувству вины».

В целом можно, утверждать, что поколение 80-х (постперестроечная когорта) представляется более эмоционально зрелым.

Наконец, в пятой группе личностных свойств – в группе регуляторных (волевых) факторов (E, G, H, Q3) увеличение контроля связано со значимым возрастанием средних данных по факторам: E («развитость лидерских качеств«), H («решительность, смелость«), Q3 («контроль желаний и степень осознанности социальных требований»).

Как мы уже отмечали выше, фактор G – «сила Я» не претерпел существенных изменений.

На основании анализа первых результатов исследования мы можем сделать следующие выводы.

В целом подтверждена наша гипотеза о существенном влиянии социально-экономических изменений в России в конце XX века на формирование личностных черт (в рамках шестнадцати факторной модели личности Р.Б. Кеттелла), не обнаружили статистически значимых изменений только 6 общеличностных факторов из 16 (!).

Изменения затронули практически все сферы адаптационного поведения личности (когнитивую, эмоциональную, поведенческую).

Общий вектор изменений – выраженное усиление социальной зрелости личности, повышение адаптационных способностей, снижение «неротической» готовности реагировать на современные реалии.

Из «потерь» можно указать на признаки возрастания проблем в микросоциуме – на смену доверию и благодушию в тесных межличностных контактах – приходит настороженность и усиливается мнительность.

В настоящее время обработка массива данных продолжается, как по данной методике, так и по другим (в частности, сопоставляются когорты по выраженности тех или иных групп ценностей личности).

Завершение исследования планируется через проведение третьего «среза« (2016) и повторном (25 лет спустя) тестирование испытуемых, прошедших обследование в 1992-1993 годах.

ЕДИНЫЙ ЦЕНТР ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Усачева Е.Л., Портнова А.А., Серебровская О.В., Смирнов И.И., Безменов П.В., Попова Е.С., Вяльцева И.Ю., Романова О.А.

Москва
НПЦПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Цель исследования. С целью совершенствования оказания специализированной помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации, проведено исследование причин обращений в круглосуточную службу «Телефон доверия» Единого центра защиты детей Департамента здравоохранения города Москвы (ЕЦЗД ДЗМ).

Материал и методы. Единый центр защиты детей оказывает медико-психологическую помощь детям и подросткам, имеющим широкий круг проблем, связанных с переживанием кризиса (семейного, адаптационного, возрастного и т.д.) с 1 мая 2014 года. Кризисная помощь осуществляется в ежедневном круглосуточном режиме в виде телефонного консультирования и в виде очных консультаций. Основным принципом оказания помощи является соблюдение анонимности. Проанализировано 2033 обращения, поступившие в круглосуточную службу «Телефон доверия», и 1042 обращения за очной психологической помощью за 12 месяцев работы (общее число – 3075).

Результаты и их обсуждение. Абонентами круглосуточной службы «Телефон доверия» являются дети и подростки, их законные представители, иные лица, обеспокоенные различными проблемами, касающимися ребенка. Преимущества телефонного консультирования как метода оказания психологической помощи обусловлены доступностью, анонимностью и психологической безопасностью. В результате качественного анализа 2033 обращений, поступивших за год работы, установлено, что обращения взрослых абонентов отражают широкий спектр кризисных переживаний, среди которых преобладают переживания по поводу психического здоровья детей и подростков (43,8% обращений). Опасения родителей о наличии психического расстройства у ребенка находят подтверждение в ходе очной медико-психологической консультации в 85% случаев, при этом родителям требуется психологическая поддержка в принятии факта психического заболевания у ребенка.

Обращения по поводу физического, психологического и сексуального насилия, а также связанные с переживанием психологической травмы составляют 17%. Анализ обращений отражает следующую закономерность: о различных видах насилия чаще сообщают не законные представители ребенка, а иные родственники и взрослые (соседи, педагоги) или сами дети и подростки. Так, если среди обращений законных представителей несовершеннолетних сообщение о насилии фиксируется в 9% случаев, то среди звонков прочих взрослых – в 34%. Значительное число фактов насилия обнаруживается уже в ходе разговора с абонентом и/или в процессе следующей за телефонным консультированием очной консультации. Таким образом, если открытое (прямое) сообщение о факте насилия, отмечающееся в 17% обращений, то при учете случаев выявленного «скрытого» насилия (как правило, внутрисемейного) общее число обращений, связанных с насилием в отношении детей и подростков, возрастает до 35%.

На третьем месте оказываются кризисные переживания, связанные с семейной проблематикой (14,5% обращений); на четвертом – связанные с социализацией и взаимоотношениями со сверстниками (8,5%); на пятом – звонки по поводу переживаний в связи с затруднениями в учебной деятельности (6,2%).

Обращения, связанные с суицидальными действиями и мыслями составляют 5% от общего числа.

В связи с невозможностью решения некоторых проблем в ходе телефонного консультирования при необходимости абоненты приглашаются на очную консультацию в кризисный кабинет ЕЦЗД, основными принципами работы которого являются доступность, анонимность и экстренность оказания медико-психологической помощи. При анализе работы кризисного кабинета установлено, что переживания по поводу психического здоровья детей и подростков являются причиной обращения в 50% случаев. С целью получения помощи в связи с кризисными переживаниями, связанными с проблемами во взаимоотношениях со сверстниками или с членами семьи, обратилось 20% человек. За год проведено 128 консультаций в связи с фактами насилия (физического, психологического, сексуального) в отношении ребенка, что составляет 12% от всех очных консультаций. Основной формой работы в этих случаях стала кризисная интервенция. В процессе очных консультаций дополнительно выявляются факты «скрытого» насилия, о котором законные представители ребенка не сообщают самостоятельно, что позволяет сделать вывод о том, что внутрисемейное насилие в отношении детей и подростков отмечается в 40% от всех случаев обращения в кризисный кабинет. Суицидальные действия и мысли (10,3% – 83 консультации).

В зависимости от результатов очного консультирования дети и подростки при необходимости направляются для получения специализированной помощи по месту жительства (34% пациентов), в консультативно-поликлиническое диспансерное отделение НПЦ ПЗДП (40% пациентов). В 15% случаев рекомендована госпитализация, которая была проведена в 12% случаев.

При выявлении фактов и обстоятельств, требующих защиты прав ребенка, специалисты ЕЦЗД передают регламентированную законодательством информацию в органы опеки и попечительства и в органы системы образования с информацией о необходимости проведения дополнительных мероприятий, направленных на решение кризисной ситуации.

Выводы. Спецификой работы «Телефона доверия» ЕЦЗД является его принадлежность к учреждению психиатрического профиля, а также то, что телефонное консультирование осуществляется медицинскими (клиническими) психологами. Квалификация специалистов, работающих в ЕЦЗД, позволяет оказывать помощь в кризисных ситуациях, прямо или косвенно связанных с психопатологическими состояниями. Соблюдение принципов анонимности, доступности и конфиденциальности позволяет решать важную задачу, стоящую перед современной детской психиатрией – задачу дестигматизации.

ГЕНДЕРНАЯ СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМИ ПРИСТУПАМИ ШИЗОФРЕНИИ

Ханько А.В.

Санкт-Петербург
ГПБ№1 им. П.П. Кащенко

Актуальность. Развитие шизофрении сопровождается, с одной стороны, серьезными нарушениями социальных и коммуникативных навыков, с другой, – стигматизацией и дискриминацией, существующей в общественном сознании по отношению к людям, страдающим этим заболеванием. Кроме того, осознание факта болезни отражается на эмоциональном состоянии заболевшего, изменяет его самовосприятие, самооценку, поведение, взаимоотношения с окружающими и вносит коррективы в планы на будущее. В связи с этим особое внимание специалистов сегодня уделяется психологическому сопровождению пациентов с впервые перенесенными психотическими состояниями, ориентированному на оптимизацию их психологической адаптации к заболеванию, изменившейся под его воздействием жизненной ситуации и требующему изучения механизмов регуляции поведения в условиях развивающейся болезни, неодинаковых у мужчин и женщин.

Цель исследования – изучить особенности психологической адаптации пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении и обосновать рекомендации по их психологическому сопровождению с учетом пола больных.

Материалы и методы. Объект исследования – 160 больных параноидной шизофренией. Экспериментальная группа – 50 мужчин и 50 женщин с длительностью заболевания не более 5 лет с момента манифестации, в течение которых отмечалось не более трех психотических приступов. Группа сравнения – 30 мужчин и 30 женщин с длительным течением заболевания (более 5 лет или более 3 приступов). Использовался экспериментально-психологический метод в форме психодиагностического обследования с помощью методик: психологической диагностики типов отношения к болезни (методика ТОБОЛ); «Индекс жизненного стиля» (методика ИЖС) в адаптации Л.И. Вассермана с соавт.; Дембо–Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан; диагностики уровня социальной фрустрированности (методика УСФ) Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко; диагностики уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера в адаптации Е.Ф. Бажина с соавт.; Гиссенский личностный опросник в адаптации Е.А. Голыкиной с соавт.; копинг-тест Р. Лазаруса – С. Фолкман в адаптации Л.И. Вассермана с соавт. Статистическая обработка данных представлена в виде сравнительного анализа с использованием t-критерия Стьюдента и анализа корреляционных взаимосвязей между исследуемыми переменными.

Результаты. В структуре внутренней картины болезни у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении являются ведущими (по методике ТОБОЛ) сенситивный (16,9±1,7 у мужчин; 18,2±1,8 у женщин) и эргопатический (соотв. 17,4±2,3; 17,5±2,1), а также высоко представлены гармоничный (соотв. 11,2±2,6; 15,1±2,4) и анозогнозический (соотв. 12,6±2,6; 14,4±2,6) типы отношения к болезни. При этом женщины более склонны верить в успех лечения ($t=1,9$; $p<0,05$), а мужчины – более терпеливы ($t=2,1$; $p<0,05$). С увеличением длительности заболевания структура внутренней картины болезни у мужчин характеризуется ослаблением сенситивных, эргопатических, тревожных, паранойяльных тенденций и преобладанием анозогнозического (20,3±2,6) и апатического (10,9±1,7) типов отношения к болезни, а у женщин – ростом ипохондрических, эгоцентрических, меланхолических и апатических тенденций с выступающим на первый план сенситивным (27,4±2,1) типом отношения к болезни, сопровождающимся выраженным чувством собственной неполноценности ($r=0,39$; $p<0,05$) (по Гиссенскому опроснику).

Одинаковые типы отношения к болезни, преобладающие у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении, имеют специфическое содержание в зависимости от пола больных. Гиперсенситивность в отношении к болезни проявляется у мужчин стремлением занять пассивную и зависимую позицию в общении (по методике Дембо–Рубинштейн) ($r=-0,32$, $p<0,05$; $r=-0,31$, $p<0,05$ соотв.), а у женщин – стремлением добиться поддержки окружающих ($r=0,37$; $p<0,01$) (по методике ИЖС). Эргопатия у мужчин проявляется демонстрацией адекватности своих установок, а у женщин – своей дееспособности.

«Я – концепция» у всех обследованных характеризуется (по Гиссенскому опроснику) представлением о своей пассивности в достижении целей (26,7±0,5 у мужчин и 26,1±0,8 у женщин с первыми приступами шизофрении; 25,9±0,9 у мужчин и 28,6±1,1 у женщин с длительным течением шизофрении), неумении выстраивать отношения с людьми (22,6±0,7; 21,9±0,8; 21,2±1; 21,3±1,1 соотв.), неуважении и отчуждении со стороны окружающих (26,7±0,8; 27,1±0,8; 26,7±1,2; 26,3±1,3 соотв.) и

сопровождается формированием пассивно-подчиняемой социально отстраненной позиции. При этом мужчины с первыми приступами шизофрении, в отличие от остальных обследованных, склонны иметь низкую самооценку (40% пациентов) (по методике Дембо-Рубинштейн) и принимать на себя ответственность за развитие заболевания (5,8±0,3) (по методике УСК), что с увеличением длительности заболевания сменяется выраженной некритичностью и неадекватностью в отношении к себе, выраженной диссоциацией «Я – образа».

Защитно-совладающее поведение пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении характеризуется высокой степенью диссоциации: доминирующий у мужчин механизм психологической защиты по типу интеллектуализации (69,3%) (по методике ИЖС) и копинг-стратегия «принятие ответственности» (65,8%) (по копинг-тесту Лазаруса) проявляются противоречивым сочетанием склонности к самооправданию с признанием своей роли в существующих проблемах. У женщин доминирующий механизм психологической защиты по типу реактивных образований (79,9%) (по методике ИЖС) и копинг-стратегия «поиск социальной поддержки» (68,6%) (по копинг-тесту Лазаруса) проявляются противоречивым сочетанием желания получить социальную поддержку и стремления доминировать над окружающими. Мужчины с первыми приступами шизофрении в большей степени склонны к пресечению фрустрирующих переживаний при помощи логических установок и манипуляций ($t=2,9$; $p<0,01$) (по методике ИЖС), а женщины – к отрицанию тревожащей информации ($t=2,7$; $p<0,01$) (по методике ИЖС), предотвращению неприемлемых мыслей и чувств путем преувеличенного развития противоположных стремлений ($t=4,7$; $p<0,001$) (по методике ИЖС) и оправданию себя в сложившейся ситуации ($t=2,8$; $p<0,01$) (по копинг-тесту Лазаруса). С увеличением длительности заболевания защитно-совладающее поведение, утрачивая половые различия и превращаясь в общий механизм поведения, принимает формальный, малопродуктивный характер, проявляясь отстаиванием пациентами своей самостоятельности и активности.

Выводы. Для повышения эффективности психологического сопровождения пациентов с первыми приступами шизофрении, наряду с общими для всех больных шизофренией психокоррекционными техниками, направленными на улучшение когнитивных и социальных навыков, формирование адекватного представления о себе и своем заболевании, повышение эмоциональной компетентности и общей активности, целесообразно использовать техники, дифференцированные с учетом пола больных и особенностей их психологической адаптации. Психологическое сопровождение мужчин с первыми приступами параноидной шизофрении должно быть направлено на снижение внутренней напряженности, преодоление растерянности в связи с болезнью, коррекцию самооценки и стимуляцию активности в сфере межличностных контактов, а женщин – на стабилизацию аффективного фона, обеспечение психологической и социальной поддержкой, повышение толерантности к социальным стрессорам и формирование адекватного Я – образа.

РОЛЬ МОТИВАЦИИ В НАРУШЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОТ АУТИСТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ К СОЦИАЛЬНОЙ АНГЕДОНИИ

Холмогорова А.Б.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность. Исследования нарушений социального познания при психической патологии, неуклонный рост которых отмечается в последние годы, берут начало от работ Е.Блейлера, описавшего аутистическое, оторванное от социальной реальности мышление больных шизофренией в качестве центрального психического нарушения или осевого симптома при этом заболевании. Современные исследователи вкладывают в понятие социального познания гораздо более широкий спектр характеристик: от распознаваний эмоций и понимания социальных ситуаций, включая мысли и чувства других людей, до поведенческих социальных навыков. Однако именно Е.Блейлер первый обратил внимание на роль аффекта, снижение социальной направленности или мотивации в аутистическом мышлении больных шизофренией.

Социальная отгороженность и низкая социальная компетентность у пациентов с расстройствами шизофренического спектра нередко сочетается с высоким формально-логическим интеллектом, что заставляло исследователей искать причину такого расщепления и дифференцировать социальное познание или социальный интеллект от формально логического. Открытие так называемых зеркальных нейронов, связанных с восприятием социальных объектов, положило начало активному поиску мозговых основ восприятия лицевой экспрессии и других форм социального познания, стимулировало исследователей в последние десятилетия вновь активно обратиться к изучению социального познания при психической патологии. При этом внимание мотивации больных в большинстве исследований практически не уделяется, а на первое место выдвигаются биологические модели нарушений социального познания, основанные на гипотезе «социального мозга», выдвинутой Л.Бразерс (Brothers, 1990).

Точку зрения о первичности мотивационных нарушений в патологии мышления при шизофрении отстаивала Б.В.Зейгарник, любившая цитировать слова Л.С.Выготского о том, что отрыв мышления от аффекта закрывает путь к пониманию мышления. В этом аспекте особое место занимают исследования нарушений социального познания, выполненные в 1980-е гг. в лаборатории патопсихологии Центра психического здоровья РАМН под руководством Ю.Ф. Полякова (Гаранян, 1988; Мелешко, 1985; Критская, Мелешко, Поляков, 1991; Курек, 1985; Щербакова Н. П., Хломов Д. Н., Елигулашвили Е. И., 1982) и на кафедре пато- и нейропсихологии Московского государственного университета под руководством Б.В.Зейгарник (Зейгарник, Холмогорова, 1985; Николаева, Коченов, 1989; Холмогорова, 1983). В них еще не употреблялся термин «социальное познание», но было показано, что нарушения мышления при шизофрении тесно связаны с нарушением мотива экспертизы и коммуникативной направленности мышления – направленности на понимание другого человека, что предполагает способность децентрироваться – сменить свою эгоцентрическую позицию и представить себя на месте другого человека. Н.С.Цуреком (1985, 1996) были начаты первые в отечественной науке экспериментально-психологические исследования ангедонии как характеристики эмоциональной и мотивационной сферы больных шизофренией. Однако только в самые последние годы была предпринята попытка связать нарушения социального интеллекта и социальную ангедонию (Рычкова, 2014; Рычкова, Холмогорова, 2013). Было показано, что социальная ангедония опосредует различные нарушения социального интеллекта в качестве его мотивационного компонента, а сведение процессов социального познания к дисфункциям нервной системы, в частности, в форме объяснительного конструкта «социальной мозг», приводит к редукционизму и игнорированию важной роли мотивационной направленности в процессах социального познания (Рычкова, Холмогорова, 2012).

Способность строить гипотезы относительно психического состояния другого человека в современных исследованиях социального познания обозначается как способность к ментализации. Связь между коммуникативной направленностью

мышления в виде способности к ментализации и социальной ангедонией стала предметом специального исследования (Холмогорова, Минакова, 2014). Изучение этой связи предполагало также рассмотрение вопроса как связь социальной ангедонии с депрессией. Нередкое присутствие последней в картине заболевания при шизофрении получило многочисленные подтверждения, хотя природа симптомов депрессии при шизофрении до сих пор является предметом дискуссий (Будза, Антохин, 2014). Имели место также попытки изучить связь симптомов депрессии с выраженностью ангедонии у больных шизофрении, результаты которых не однозначны, хотя есть данные об отсутствии прямой связи и относительной независимости проявлений ангедонии как самостоятельного и важного феномена (Крылов, 2014). Наконец, не ясен характер совместного влияния депрессивных симптомов и социальной ангедонии на нарушения социального познания у больных шизофренией в форме способности к ментализации.

Цель исследования. Изучить совместное влияние симптомов депрессии и социальной ангедонии на нарушения способности к ментализации у больных шизофренией.

Метод. Методический комплекс включал модифицированную Шкалу социальной ангедонии (Revised social anhedonia scale, M.L.Eckblad et al, 1982), шкалу депрессии Бека (Beck et al, 1989). И Модифицированную методику определения понятий (Холмогорова, 1983), направленную на оценку способности к ментализациии. Испытуемому предъявлялись понятия, обозначающие простые и всем известные предметы (часы, яблоко и т.д.), им предлагалось определить их с помощью любых признаков так, чтобы человек того же возраста и образования мог легко и однозначно догадаться, о каком предмете идет речь. Интерпретация результатов осуществлялась с помощью экспертной оценки.

Объект исследования. Был обследован 31 больной параноидной формой шизофренией и 31 здоровый испытуемый. Группы были полностью идентичны по полу и возрасту: все обследованные были женского пола, средний возраст в обеих группах составил 45 лет.

Результаты исследования. Показатели социальной ангедонии и депрессии были значимо выше в группе больных шизофренией, а показатели способности к смене позиции у больных оказались значимо ниже по сравнению с контрольной группой здоровых испытуемых. Возраст не оказывал значимого влияния ни на один из измеряемых параметров. Были выявлены статистически значимые связи между показателями социальной ангедонии и депрессии как в экспериментальной, так и в контрольной группах. Данные регрессионного анализа показали, что социальная ангедония является значимым предиктором снижения способности к смене позиции как у больных, так и у здоровых. Показатели депрессивности не вошли в окончательную модель регрессии ни в одной из выборок, что свидетельствует об отсутствии их значимого влияния на способность к смене позиции.

Выводы.

1. Полученные данные свидетельствуют о выраженных нарушениях способности к ментализации у больных шизофренией: им труднее, чем здоровым испытуемым встать на позицию другого человека и подобрать признаки предложенного для определения понятия, четко дифференцирующие его от других.

2. Хотя выраженность симптомов депрессии в группе больных оказалось значимо выше по сравнению со здоровыми, не было выявлено значимого влияния депрессии на нарушения социального познания в форме способности к ментализации. В то же время социальная ангедония оказалась важным предиктором нарушений и трудностей социального познания, как у больных, так и у здоровых испытуемых.

3. Социальная ангедония является важным фактором нарушений социального познания у больных шизофренией, а симптомы депрессии, напротив, не оказывают существенного влияния. Полученные данные ставят задачу дальнейшего изучения роли мотивации общения и указывают на ее ключевую роль в нарушениях социального познания.

Исследование выполнено за счет гранта Российского Научного Фонда (проект № 14-18-03461)

ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Хубларова Л.А., Захаров Д.В., Михайлов В.А.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Все экстрапирамидные синдромы, вызываемые нейролептическими препаратами, делятся на 2 группы по времени возникновения : ранние и поздние.

Непроизвольные движения, характеризующие позднюю дискинезию, способны привести к тяжелым психосоциальным последствиям у пациентов, страдающих этим заболеванием. В современном обществе эти больные подвергаются выраженной социальной дискриминации и жестоким социально-трудовым ограничениям, противоречащим их истинным возможностям. Они испытывают затруднения не только в связи со своей болезнью, но и в связи с плохой ориентацией в ней общества, что порождает постоянное чувство стыда, вины, тревоги, гнева, вызывает явление стигматизации. Одним из последствий длительной стигматизации может явиться депрессия и даже попытки суицида.Также вышеописанные нейролептические осложнения в несколько раз усиливают уже имеющийся феномен самостигматизации у душевнобольных пациентов.

Материалы и методы : Проводимое на базе нашего отделения исследование включало 35 человек с верифицированным диагнозом « Шизофрения», находящихся в состоянии ремиссии согласно МКБ -10, имеющих поздние нейролептические осложнения и получающих нейролептики в течение 18-216 месяцев. У всех пациентов имелись поздние нейролептические осложнения. Степень стигматизации оценивалась с помощью опросника « Самостигматизации пациентов с непроизвольными гиперкинезами»

Результаты. убедительно показали, что у данной категории пациентов имеются проблемы в общении с близкими родственниками, друзьями, с неблизким окружением, в том числе с коллегами ; некоторым приходилось увольняться с работы из-за невозможности работать в коллективе. Также непроизвольные движения мешали большинству пациентов вести нормальный образ жизни : посещать спортивные секции, общественные мероприятия, места культурного досуга из-за ощущения, что на них постоянно смотрят, обсуждают и осуждают их внешний вид. Лица молодого и среднего возраста испытывали дискомфорт в общении с противоположным полом, имели проблемы в сексуальной сфере.

Выводы. Все вышеперечисленные моменты осложняют течение основного заболевания, увеличивая выраженность негативных и аффективных расстройств, а также резко снижают качество жизни пациентов. Именно непроизвольные движения, а не само психическое заболевание, вызывают более жестокую социальную дезадаптацию Это указывает на несомненную актуальность изучения данной проблемы и стремление поиска новых успешных методов коррекции нейролептических осложнений.

ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ У МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ И ВРАЧЕЙ ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Игнатенко С.А., Озоль С.Н.

Москва, Тула, Рязань
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского, НЦПЗ,
РГМУ им. И.П. Павлова

И.И. Мечников писал: «Сознание неизбежности смерти, которого лишены животные и которое так часто делает людей несчастными, есть зло поправимое и именно благодаря науке. Более чем вероятно, что она научит жить сообразно принципам ортобиоза и доведет жизнь до момента наступления инстинкта естественной смерти, когда не будет страха перед неизбежностью конца» (Мечников, «Этюды оптимизма»). Таким образом, он надеялся, что медицина даст людям ответ на их страхи. Однако есть предположение, что у медиков возникает конфликт между профессиональным взглядом на смерть и жизненным опытом: они вынуждены часто сталкиваться со смертью на личном уровне, сообщать о неблагополучных исходах глаза в глаза, совладая со своими страхами, страхами пациентов и их родственников.

Развернутое исследование студентов-медиков (Чистопольская и соавт.) показало, что них существует свой стиль отношений к смерти, важной чертой которого является стиль привязанности (чаще тревожный и реже – избегающий). Также для них был важны оси жизнестойкости и принятие смерти как бегства – негативный фактор, высота которого сочеталась с низкими показателями психологического благополучия. Наша задача в текущем исследовании была подтвердить эту картину среди врачей-психиатров и врачей других специальностей, а также выявить проявления личного и профессионального взглядов на смерть.

У нас были выборки врачей со стажем от 5 до 15 лет из Тульской областной клинической психиатрической больницы (39 человек), из Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (21 человек, главный врач О.В. Лиманкин), и из разных больниц г. Рязани (46 человек). Мы использовали следующие опросники: временной перспективы личности Ф. Зимбардо (адаптация Сырцовой А., Митиной О.В., 2008), «Опыт близких отношений – переработанный опросник» (адаптация Чистопольской К.А. и соавт., 2014), жизнестойкости (адаптация Леонтьева Д.А. и Рассказовой Е.И.) «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» (адаптация Чистопольской К.А. и соавт., 2012). Обработка результатов проводилась в SPSS 17.0.

Выборка молодых врачей из г. Тулы отличалась обилием корреляций, однако среди них вполне выделяются переменные «Принятие смерти как бегства» (корреляции с «Негативным прошлым» (r=0,37, p<0,05), «Фаталистическим настоящим» (r=0,35, p<0,05), «Тревожным стилем привязанности» (r=0,33, p<0,05) и «Принятием риска» (r= -0,33, p<0,05)), «Тревожный стиль привязанности» (корреляции с «Избеганием темы смерти» (r=0,348, p<0,01), «Страхом смерти» (r=0,4, p<0,05), «Последствиями для личности» (r=0,53, p<0,01), «Тела» (r=0,42, p<0,01), «Личных стремлений» (r=0,51, p<0,01), «Для близких» (r=0,49, p<0,01) и со «Страхом забвения» (r=0,38, p<0,05)), а также различные отрицательные корреляции с переменными жизнестойкости, где страхи смерти выполняли роль факторов неблагополучия, а «Нейтральное принятие» – наоборот, выступало благоприятным отношением к смерти. Стоит заметить «противоречивые» корреляции «Позитивного прошлого» с «Избеганием темы смерти» (r=0,36, p<0,05), «Страхом смерти» (r=0,54, p<0,001), «Последствиями для личности» (r=0,38, p<0,05), «Личных стремлений» (r=0,49, p<0,01) и «Для близких» (r=0,38, p<0,05), в то время как шкалы жизнестойкости коррелируют с этими переменными отрицательно. Таким образом, налицо внутренний конфликт – врачи, обладающие теплыми воспоминаниями о семье и детстве, боятся смерти и стремятся избегать напоминаний о ней, хоть это и противоречит их «бодрости духа» и жизнестойкости. Личное вмешивается в профессиональное.

Выборка питерских молодых врачей была немногочисленна, и поэтому мы можем интерпретировать результаты с осторожностью. Выделилась переменная «Принятие смерти как бегства» (корреляции с «Фаталистическим настоящим» (r=0,58, p<0,01), «Принятием риска» (r= -0,61, p<0,01) и «Жизнестойкостью» (r= -0,46, p<0,05)). Также значимы оказались временные ориентации «Будущего (отрицательная корреляция с «Принятием-приближением смерти» (r= -0,47, p<0,05) и позитивная – со «Страхом последствий смерти для личности» (r=0,65, p<0,01), «Для личных стремлений» (r=0,61, p<0,01) и «Для близких» (r=0,61, p<0,01)) и «Фаталистического настоящего» (позитивная корреляция с «Принятием-приближением смерти» (r=0,57, p<0,01), и отрицательные – с «Последствием смерти для личности» (r= -0,57, p<0,01) и «Личных стремлений» (r= -0,54, p<0,01)). Налицо то же противоречие, что и в первой группе: стремление к будущему подсказывает бояться смерти, а фатализм и жизнестойкость помогают преодолевать страх.

Для молодых рязанских врачей оказались важны переменные «Принятие смерти как бегства» (корреляции с «Негативным прошлым» (r=0,32, p<0,05), «Будущим» (r= -0,35, p<0,05), «Фаталистическим настоящим» (r=0,54, p<0,001), «Тревожным стилем привязанности» (r=0,37, p<0,05), «Принятием риска» (r= -0,37, p<0,05) и «Жизнестойкостью» (r= -0,35, p<0,05)); «Принятие риска» (корреляции с «Принятием-приближением смерти» (r= -0,36, p<0,05), «Избеганием темы смерти» (r= -0,31, p<0,05) и «Нейтральным принятием смерти» (r=0,32, p<0,05)), и «Избегающий стиль привязанности» (отрицательные корреляции с «Последствием смерти для личности» (r= -0,34, p<0,05), «Личных стремлений» (r= -0,32, p<0,05) и «Близких» (r= -0,32, p<0,05)). Также значимой переменной стала временная ориентация «Фаталистического настоящего» (позитивная связь с «Принятием приближением смерти» (r=0,55, p<0,001), «Избеганием темы смерти» (r=0,35, p<0,05), «Страхом смерти» (r=0,38, p<0,01), «Последствием для тела» (r=0,47, p<0,01) и «Страхом забвения» (r=0,32, p<0,05), отрицательная – с «Нейтральным принятием смерти» (r= -0,41, p<0,01). Таким образом, профессиональный взгляд на смерть противоречит личному фатализму.

Анализ ANOVA, post hoc критерий Геймса-Хоуэлла обнаружил некоторые различия между выборками молодых врачей. Тульская выборка отличалась более низкими «Принятием-приближением смерти» (p<0,01), «Страхом смерти» (p<0,01) и «Трансцендентными последствиями смерти» (p<0,01), что является довольно благополучным проявлением отношений к смерти. Санкт-петербургские врачи отличились сниженными «Принятием риска» (p<0,05) и «Жизнестойкостью» (p<0,05), что свидетельствует о некотором неблагополучии, так как показатели жизнестойкости связаны с более здоровым и профессиональным взглядом на смерть. Рязанские медики отличались сниженным избеганием смерти (p<0,05), возможно благодаря своей специализации: среди них были не только психиатры, но и хирурги, анестезиологи, терапевты и другие категории врачей, которые чаще сталкиваются с проблемой смерти. В целом можно сказать, что наша гипотеза о схожем взгляде на смерть и механизмах защиты от смерти у молодых медиков была подтверждена.

Также была подтверждена гипотеза о конфликтном восприятии смерти молодыми врачами. Тревожный стиль привязанности, как правило, связан с усилением страхов смерти, а избегающий стиль – с их ослаблением. Этот факт можно понять, если учесть, что работа врачей связана с непосредс-

твенным общением с больным человеком, которого нужно тщательно (возможно, даже тревожно, и не-избегающе) опросить, чтобы понять причину его недуга. При этом страхи смерти необходимо должны присутствовать в его сознании, и он должен уметь совладать с ними. Врач должен отвергать смерть как бегство, так как это противоречит его деятельности – избавлению от смерти. Вот как описывали идеального врача великие врачи прошлого: «В медицине главным лекарством является сам врач» (А. Кемпински), «Сначала слово, потом лекарство и потом нож» (Т. Бильрот), «Врач должен обладать взглядом сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва» (Авиценна), «Врач не должен быть малодушным. Больные не поверят человеку, слабому духом», «Врач должен быть всегда спокоен», «Врач должен всегда ободрять больного», «Хороший врач должен быть философом» (Гиппократ). Мы можем предположить, что этот конфликт является необходимым условием созревания личности врача, однако возможно, врачам нужна помощь со стороны танатологии, поддержка здорового, нейтрального принятия смерти и жизнестойкости.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ОПТИЧЕСКОЙ ДИСГРАФИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Шаповалова Л.А., Шашкова С.С., Рычкова Л.С.

Челябинск
Центр психолого-педагогической медицинской и социальной помощи Металлургического района г. Челябинска, Южно-Уральский ГУ

Проблема нарушений письменной речи у школьников – одна из актуальных, поскольку письмо и чтение становятся базой и средством дальнейшего обучения.

Основная задача логопеда и психолога состоит в том, чтобы своевременно, главным образом, в начальных классах, выявить и преодолеть расстройства письменной речи, не допуская их перехода на следующие ступени обучения. В противном случае стойкие специфические ошибки письма и чтения будут сопровождать учащихся и в последующие годы (в явном или замаскированном виде), осложняя их учебно-познавательную деятельность.

В понятие письменная речь в качестве равноправных составляющих входят чтение и письмо. Письмо определяют как знаковую систему фиксации речи, позволяющую с помощью графических элементов передавать информацию на расстоянии и закреплять ее во времени. Любая система письма характеризуется постоянным составом знаков. Отмечено, что каждая сознательная работа требует серьезного понимания значения пространства и времени и умения справляться с этими соотношениями. Для проблемы нарушений письменной речи этот вопрос имеет существенное значение, ибо в актах чтения и письма происходит взаимная трансформация пространственной последовательности графических знаков и временной последовательности звуковых комплексов. Временной и пространственный аспекты восприятия и воспроизведения речи не могут быть разобщены, поскольку все предметы и явления существуют в границах определенного отрезка времени и определенного пространства.

Нарушения чтения и письма могут быть обусловлены задержкой в формировании определенных функциональных систем, важных для освоения письменной речи, – вследствие неблагоприятных факторов, действовавших в различные периоды развития ребенка. Кроме того, дислексия и дисграфия возникает при органических речевых расстройствах. Некоторые исследователи отмечают наследственную предрасположенность к дислексии, когда передается качественная незрелость отдельных мозговых структур, участвующих в организации письменной речи. В отечественной литературе распространена концепция Р.Е. Левиной, трактующей нарушения чтения и письма как проявление системного нарушения речи, как отражение недоразвития устой речи во всех ее звеньях.

Исследования последних десятилетий доказывают, что нередко одной из причин рассматриваемых нарушений чтения и письма являются трудности становления процесса латерализации (функциональной асимметрии в деятельности парных сенсомоторных органов). Не сформированная в срок, а также перекрестно сложившаяся латералита свидетельствует о том, что не установилась доминантная роль одного из больших полушарий головного мозга. Это может явиться причиной нарушений речевого развития, поскольку в таких случаях затруднен корковый контроль за многими видами деятельности. Так, письмо правой рукой у ребенка-левши может страдать из-за снижения аналитико-синтетических способностей подчиненной гемисферы.

При оптической форме дисграфии у детей наблюдается нарушение зрительного восприятия, анализа и синтеза, а также моторных координаций; неточность представления о форме и цвете, величине предмета; недоразвитие памяти, пространственного восприятия и представлений, трудности оптико-пространственного анализа, несформированность оптического образа буквы. Дети при письме путают различные буквы, сходные по оптическим или кинетическим признакам (п-т, з-е, б-д, у-и и т.д.).

Смешение букв по кинетическому и оптическому признаку не следует принимать за обыкновенные «описки» так как они связаны ни с произношением, ни с правилами орфографии. Такие ошибки могут повлечь за собой снижение качества не только письма, но и чтения.

В коррекционной работе по преодолению оптической дисграфии у детей с когнитивными нарушениями большое внимание уделяется кинезиологическим и зрительным упражнениям. Кинезиологические упражнения – это комплекс движений позволяющих активизировать межполушарное взаимодействие. Они влияют не только на развитие умственных способностей и физического здоровья, позволяют активизировать различные отделы коры больших полушарий, что способствует развитию способностей человека и коррекции проблем в различных областях психики. Кинезиологические упражнения включают в себя следующие цели: 1) развитие межполушарного взаимодействия; 2) развитие комиссур (межполушарных связей); 3) синхронизация работы полушарий; 4) развитие мелкой моторики; 5) развитие памяти, внимания, речи, мышления. Упражнения улучшают мыслительную деятельность, синхронизируют работу полушарий, способствуют улучшению запоминания, повышают устойчивость внимания.

В структуре обучающего логопедического занятия по дифференциации оптически схожих букв мобилизующий (начальный этап) включает в себя кинезиологическую разминку.

Применение кинезиологических упражнений в течение 3-5 минут позволяет активизировать у обучающихся межполушарное взаимодействие, улучшает их мыслительную деятельность, внимание и память.

Благодаря двигательным упражнениям для пальцев, происходит компенсация левого полушария и активизация межполушарного воздействия. Это также способствует детской стрессоустойчивости к обучению в школе.

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В УСТАНОВЛЕНИИ КОМПЛАЙНСА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, С ДЛИТЕЛЬНЫМ СРОКОМ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шмилович А.А., Савчук Н.М., Волошина Е.В., Медынцева Т.А.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева

Шизофрения остается на сегодняшний день наиболее финансово-затратным заболеванием в психиатрии. Это обусловлено тяжестью клинических и социальных последствий заболевания, а также высоким процентом утраты трудоспособности. В этой связи, в современных экономических условиях, требующих оптимизации психиатрической помощи, необходимо активно разрабатывать и внедрять в деятельность психиатрических служб мероприятия, направленные на безболезненное перемещение больных шизофренией из стационаров в амбулаторное звено. Это достижимо только при повышения комплаентности пациентов, которая формируется в подавляющем большинстве случаев при соблюдении принципов партнерства и доверия в отношениях между пациентом и врачом. Облигатным условием установления таких взаимоотношений является «созвучие» мотивов врача, пациентов и родственников в терапевтическом процессе, одинаковое понимание его целей и взаимное стремление к совершенствованию лечебно-реабилитационных мероприятий и достижению оптимального сочетания методов психофармакотерапии, психотерапии, социо-психологической коррекции и реабилитации. Пациента необходимо мотивировать и готовить к таким отношениям с психиатром. Определяющую роль в этом играет его психообразование.

На базе одного из отделений филиала «Поливаново» ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева был проведен цикл психообразовательных занятий для больных шизофренией с длительным сроком течения заболевания.

Основную группу составили 12 пациенток параноидной шизофренией, с длительностью психического заболевания от 15 до 32 лет, с которыми, помимо биологической терапии проводились психообразование и психологическая коррекция.

Контрольную группу составили 12 пациенток в возрасте от 35 до 55 лет с длительностью психического заболевания от 6 до 33 лет, которые получали только стандартную биологическую терапию в отделении.

Обследование пациентов проводилось в 2 этапа: за 1-2 дня до начала программы и через 1-2 дня после ее окончания.

В ходе исследования применялись клинико-психопатологический метод и различные психологические и социометрические шкалы: карта оценки уровня знаний о заболевании, шкала персонального и социального функционирования PSP, опросник CAH, шкала самоуважения Розенберга, опросник по оценке удовлетворенности участием в психообразовательной программе для пациента.

Всего было проведено 16 занятий, из них 8 занятий по психообразованию и 8 сеансов групповой психологической коррекции. Занятия проводились в закрытой группе 2 раза в неделю полипрофессиональной бригадой в составе заведующей отделением, врача психиатра и клинического психолога.

Психообразование проходило в форме лекций и практических семинаров.

Мультимедийные лекции читались по пяти темам: симптомы и синдромы в психиатрии; шизофрения – теории возникновения, симптомы, течение, прогноз, лечение; нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы – механизм действия, показания к применению, побочные эффекты; закон о психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании; ресурсы сообщества (социальная поддержка инвалидов, работа общественных организаций психически больных и их родственников). Во время лекций особый акцент делался на мотивирование пациентов к активному участию в обсуждении симптомов собственной болезни, опыта преодоления трудностей, связанных с заболеванием, причин регоспитализаций. При этом в аудитории создавалась атмосфера эмоционального сопереживания, взаимного уважения и поддержки. Слайды были проиллюстрированы юмористическими сюжетами с целью снятия напряжения с восприятия картины болезни.

На практических семинарах с каждым пациентом обсуждался индивидуальный почерк рецидива и способы его преодоления. Вниманию пациентов предлагалась информация о научных исследованиях и собственном клиническом опыте для формирования мотивации на длительный прием психофармакотерапии, осознания своей роли в процессе лечения, необходимости активного сотрудничества с лечащим врачом, участия в социо-реабилитационных мероприятиях, проводимых на базе больницы, а так же в группах само- и взаимопомощи общественных организаций психически больных и их родственников. По завершении каждого занятия по психообразованию создавался релаксационный фон с помощью визуального ряда сюжетов из дикой природы, сопровождавшейся музыкальными композициями.

Помимо теоретических и практических занятий для всех пациентов в отделении были подготовлены раздаточные материалы для свободного изучения.

Групповая психологическая коррекция проходила в виде структурированных сеансов, длительностью 1 час. Целью групповой психологической коррекции являлось снятие коммуникативной напряженности, развитие навыков вербального и невербального общения, способности осознавать свои эмоции, выражать чувства и мысли. Каждый сеанс состоял из 3 блоков: 1) приветствие – упражнения направленные на знакомство и приветствия участниц, упражнения направленные на двигательную активизацию участниц и снятие внутренней напряженности; 2) основной блок – упражнения направленные на развитие вербальных и невербальных навыков общения, активизацию и гармонизацию эмоциональной сферы, создание и поддержание группового доверия; 3) завершение – упражнения на поддержание положительной эмоциональной атмосферы и подведение итогов занятия.

Каждое занятие групповой психологической коррекции проходило в рамках определенной методологии: знакомство и обучение осознанию и дифференциации своих эмоциональных реакций и эмоциональных реакций других людей; освоение выражения эмоциональных реакций на невербальном уровне при помощи пантомимы и движений; расширение эмоционального диапазона посредством разыгрывания сказочных сценок; работа с собственным эмоциональным состоянием при помощи интонации и элементов невербального общения; развитие навыков вербального общения; освоение навыков взаимодействия и общения с другими по- средством музыкальных инструментов.

Особое внимание на каждом занятии уделялось обсуждению упражнений с участниками, обучению их навыкам восприятия эмоций окружающих и выражению своих эмоций.

Результаты исследования. После участия в психообразовательной программе и групповой психологической коррекции уровень знаний о заболевании в основной группе увеличился с 2.7 до 4.1 баллов. В контрольной группе динамики этого показателя не отмечалось. Уровень социального функционирования в основной группе увеличился с 45.3 баллов до 49 баллов по шкале PSP, а в контрольной группе с 46 до 46,7 баллов.

Средний уровень удовлетворенности участия в тренинге в основной группе составил 4.2 баллов по 5-ти бальной шкале.

Таким образом, проведенная психообразовательная программа и психокоррекционная работа привела к повышению уровня осведомленности пациентов о своем заболевании,

улучшению социального функционирования, в большей степени, чем стандартная терапия в стационаре. В процессе психообразования отмечалось повышение активности и настроения, сформировалась мотивация на дальнейшее получение пациентами знаний о своем заболевании. После окончания программы 50% пациентов продолжили изучение материалов по психообразованию самостоятельно.

Через один год планируется катамнестическое исследование, в ходе которого будет проведена оценка отдаленных результатов психообразовательной и психокоррекционной работы путем сопоставления клинико-динамических показателей и уровня социального функционирования в основной и контрольной группах. Помимо этого, планируется расширение программы занятий тренингом поведенческих копинг-стратегий с применением методов арт-терапии, а также изучение механизмов совладения с симптомами шизофрении и их динамики в процессе психосоциальных вмешательств.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОМ ТРЕМОРЕ

Шубина Ю.В., Захаров Д.В., Михайлов В.А.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Актуальность. В настоящее время большинством исследователей подтверждается наличие при эссенциальном треморе (ЭТ) не только двигательных нарушений, но и изменений в когнитивной, аффективной сферах, наличие значительной степени инвалидизации и нарушений социального функционирования. Общая распространенность ЭТ как заболевания, ассоциированного со старшими возрастными группами, коррелирует с тенденцией к неуклонному постарению населения. Поэтому проблема своевременного выявления и адекватной коррекции не только двигательного дефицита, но и аффективных расстройств является приоритетной в условиях современных подходов к реабилитации.

Цель исследования: изучить аффективные расстройства при эссенциальном треморе.

Материалы и методы. Была обследована группа пациентов (45 человек) с установленным диагнозом ЭТ согласно диагностическим критериям Общества «Movement Disorder Society on tremor», который соответствовал критериям достоверного и вероятно ЭТ. В исследуемой группе пациентов средний возраст составил 67,7±13 лет, стаж заболевания 12±5 лет. Выраженность тремора по данным неврологического осмотра, а также по шкале ETRS, была сопоставима и составила в среднем для группы 48±10 баллов. Для оценки тревожно-депрессивной симптоматики использовались: Шкала депрессии Бека, Шкала ситуативной и личной тревожности Ч. Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина; для исследования психологических особенностей: Опросник психологического дискомфорта, связанного с тремором (Traub et al., 2010), Опросник социальной дезадаптации, связанной с тремором (Bain et al., 1993), Гиссенский личностный опросник (Блок «Я», профиль ГЛО); для обследования качества жизни SF-36, Опросник инвалидизации, связанной с тремором (Wendt et al., 2000).

Результаты. В исследуемой группе пациенты с умеренными двигательными нарушениями составили 70,4% (20-49 баллов по Опроснику инвалидизации, связанной с тремором (Wendt et al., 2000)) и выраженными – 13,9% (50-62 балла). Однако, были выявлены высокая степень психологического дискомфорта, связанного с тремором, и в равной степени умеренная и высокая степень реактивной тревожности. При этом уровень личностной тревожности был более высоким у большинства обследуемых: у 33,3% был выявлен умеренный уровень и у 66,7% – высокий. Также обращает внимание, что у четверти больных с ЭТ отмечается умеренная степень депрессии, и лишь 8,3% – выраженная степень, которая потребовала дополнительной фармакологической коррекции.

Физический компонент здоровья по шкале SF-36 (РН48,7±9,2) был оценен в среднем выше, чем психологический компонент (МН) – 40,5±12,5. Низкие значения по шкалам ролевого функционирования, обусловленного физическим (RP) и эмоциональным состояниями (RE) тесно коррелируют со степенью выраженности тревожно-депрессивной симптоматики.

Анализ полученных результатов позволяет выделить ряд общих личностных характеристик, присущих пациентам с ЭТ исследуемой группы. Испытуемые характеризуют себя как замкнутых, отстраненных от других людей. Обращает на себя внимание высокая степень неуверенности в социальном одобрении, склонность к подчинению, зависимости, уступчивости, а также избыточный контроль, что выражается в особом усердии, отсутствии склонности к легкомысленному, беззаботному поведению. При этом наибольшие отклонения от средних величин, отраженных в профиле ГЛО, наблюдались по шкалам «открытость-замкнутость» и «социальных способностей».

Выводы: Выявленная высокая распространенность аффективных расстройств у больных с ЭТ не может быть обусловлена только двигательными нарушения, на развитие тревожно-депрессивной симптоматики оказывает влияние как личностные особенности пациента, так и особенности его психосоциального функционирования. Поэтому необходимо проведение психодиагностического тестирования для своевременного выявления нарушений аффективной сферы у данной категории больных. Выбор адекватной терапии для пациентов с ЭТ, учитывая необходимость длительного приема, должен осуществляться с учетом имеющихся личностных особенностей и профиля аффективных нарушений.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Юдеева Т.Ю., Скобинева Н.В.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
Московский городской психолого-педагогический университет

Анализ литературы по теме указывает на отсутствие системных исследований психологических факторов женского бесплодия. В психологической науке исследования в области репродуктивного здоровья проводились по узким аспектам: изучение феномена материнства (Брутман В.И., Мамышева Н.Л., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю.), особенностей психологического состояния женщины во время нормальной и патологической беременности (Добряков И.В., Василенко Е.В.), психологической адаптации женщины к материнству, девиантного материнства (отказ от ребенка, депривация, насилие) (Брутман В.И., Радионова М.С.), психологической готовности к материнству (Гурьянова Т.А., Ивакина В.В.), психологических особенностей лечения бесплодных женщин и их поддержки при прохождении вспомогательных репродуктивных технологий (Ж.Р.Гарданова) и др.

Цель работы – исследование психологических факторов женского бесплодия.

Актуальность данной работы определяется тем, что в условиях ежегодного сокращения рождаемости в следствие репродуктивных проблем у женщин (Борисов В.А., 2010; Ильишев А.М., 2008) процесс лечения происходит более эффективно при совместном ведении пациенток гинекологом и психологом (Дементьева Н.О., 2011).

Методы исследования. Тест-анкета «Эмоциональная направленность», шкала COPE, тест «Маскулинность-феми-

нинность» Бэм С., «Тест руки», «Вербальный фрустрационный тест» Собчик Л.Н., «Рисунок семьи», «Ассоциации слов», «Незаконченные предложения» (Q-данные), а также L-данные (сбор медицинских анамнестических данных и информации о социальных условиях пациенток). В исследовании принимали участие женщины с диагнозом «бесплодие» (основная группа) и женщины, успешно родившие детей (контрольная группа).

Результаты исследования. Исследование носит пилотажный характер. В работе проанализированы психологические механизмы возникновения репродуктивных проблем, описанные в разных подходах: психоаналитическом, психосоматическом, в рамках биопсихосоциальнй модели. Проведено экспериментальное исследование, в ходе которого выявлены отличия между основной и контрольной группой в отношении аффективных, поведенческих, когнитивных и личностных факторов.

Обсуждение результатов. Качественный анализ полученных данных позволяет говорить о том, что в основной группе показатели по таким параметрам как агрессия, тревожность, ригидность, конфликтность, инфантильность, эмоциональная напряженность, страхи выше, чем у представительниц контрольной группы, в которую вошли женщины, благополучно родившие детей. Выделены значимые факторы женского бесплодия: аффективные (страхи беременности, родов, материнства; эмоциональные травмы, подавление эмоций); когнитивные (негативное селектирование информации, деструктивные когнитивные схемы и установки, отрицательный опыт, связанный с темой беременности, зачатия и т.п.); поведенческие (конфликтные отношения с родителями, мужем); личностные (эмоциональная лабильность, инфантильность, ригидность); мотивационные (недостаточная психологическая готовность к материнству, к изменению образа жизни); социальные (совместное проживание с родителями, уровень достатка, неблагополучный брак).

Выводы. Полученный в результате исследования психологический портрет бесплодных женщин согласуется с результатами отечественных и зарубежных авторов по данной теме (Добряков И.В., 2012; Крутова В.А., 2006; Макаричева Э.В., 1996; Малкина-Пых И.Г., 2005; Мамышева Н.Л., 2000; Пайнз Д., 1997; Пепперел Р., 1986; Пшеничникова Т.Я., 1991; Свяцкевич И.Ю., 1995; Федорова Т.А., 1986; Филиппова Г.Г., 2002; Хорни К., 2007; Шенкер Дж., 1993) и позволяет наметить некоторые мишени психотерапевтической работы с женщинами, страдающими бесплодием.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ-ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОМПЬЮТЕРОМ

Юлдашев В.Л., Тимербулатов И.Ф., Бакиров Л.Р.

Уфа
ГБОУ ВПОБашкирский ГМУ

Результаты отечественных и зарубежных исследований указывают на связь между Интернет-зависимостью и социально-психологической дезадаптацией.

Учитывая масштабы, характер и интенсивность пользования компьютером, особенно в молодежной и студенческой среде, исследование Интернет – зависимости представляет, несомненно, актуальную медико-социальную, психологическую, психотерапевтическую проблему.

Целью исследования было изучение показателей социально-психологической адаптации студентов – пользователей компьютером.

В качестве основного инструмента исследования была подобрана «гибкая батарея тестов», состоящая из известных валидных психометрических методов: анамнестические вопросы на предмет определения характера, продолжительности и интенсивности пользования компьютером; тест для скринингового исследования компьютерной зависимости Л.Н. Юрьевой; опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения и тест социально-психологической адаптации (СПА). Всего в психометрическую батарею вошли 327 вопросов. На пилотном этапе исследования в качестве испытуемых приняли участие 128 студентов медицинского и педагогического университетов г.Уфы, из них 31 юноша и 97 девушек, средний возраст респондентов составил 22,03±0,78 года. Учитывая численность группы наблюдаемых и характер распределения данных, были использованы непараметрические критерии Манна-Уитни и Вилкоксона.

Результаты исследования и обсуждение. Подавляющее большинство (90%) обследованных нами респондентов – студентов используют Интернет ежедневно. По собственным оценкам студентов, около половины из них (47%) «живут в Интернете». По 3-4 часа за сеанс во всемирной сети проводят 65%, около 10-20 минут – всего 35% обследованных. Исследование Интернет – зависимости по методике Л.Н. Юрьевой позволило установить, что около 12% обследованных нами имеют риск развития Интернет – аддикции (ИА). Более четверти (25,93%) студентов – пользователей персональным компьютером (ПК) уже находятся на стадии формирования ИА и 62,12% – на стадии увлеченности Интернетом. Установлено, что в Интернет «заходят» для получения информации для учебы или работы 23%, для общения в соцсетях – также 23%, для потребления аудио-видеоконтента – 21%, для просмотра новостей – 11%, для развлечения и игр – всего 8% опрошенных. Анализ субъективного отношения наших респондентов к «всемирной сети», показал, что более половины из них (55%) только иногда получают удовольствие от пользования Интернетом, часто получают удовольствие – 25% и 20% студентов отметили, что удовольствие от работы в Интернете получают всегда. Не исключено, что использование Интернета для многих респондентов может служить своеобразным стимулятором, определяющим их эмоциональное состояние, а также может выполнять различные функции психологической защиты («вытеснения», «проекции», «сублимации» и др.). Чувство нервозности, снижение настроения, раздражительность или чувство пустоты вне сети никогда не испытывают более половины (56%) обследованных студентов, изредка – 40%, часто – 3%. Для улучшения настроения или ухода от жизненных проблем потребность сесть за компьютер редко ощущают 47%, никогда не чувствуют – 42%, часто – 10% студентов. С полученными данными согласуется то, что 80% студентов отметили полезность пользования Интернетом. Они считают, что Интернет является полезным и способствует успеваемости в учебе и культурном развитии. При этом следует отметить, что 54% респондентов часто раздражает и вызывает неприятные эмоции некоторая, информация, содержащаяся в Интернете, например – реклама. Не исключено, что у респондентов с нарушенной социально-психологической адаптацией Интернет служит компенсаторным механизмом, создавая иллюзию адаптации к жизни. В качестве одной из основных мер социально-психологической адаптированности служат семейные, общественные и производственные взаимоотношения. По этому критерию среди опрошенных нами студентов в угоду пользования компьютером и Интернетом общественными и семейными обязанностями часто пренебрегают 15%, редко – 38% и никогда не пренебрегают – 45% студентов. При этом угрозу потери дружеских и/или семейных отношений, изменений финансовой стабильности, успехов в учебе в связи с нерациональным использованием компьютера как частую расценивают -7%, редкую – 33%, и никакую – 60% студентов. Одним из пока-

зателей формирования Интернет-аддикции и связанной с ней социальной дезадаптации является ложь родным и близким относительно характера и продолжительности своего пользования Интернетом. По данным нашего анкетирования, часто лгут, скрывают от близких количество времени, проводимого в сети -5% опрошенных студентов, обманывают изредка – 23% и никогда не врут – 69%. Этот показатель вполне согласуется с представленными выше данными об адекватности пользования компьютером. Возникновение угрозы потери семейных и дружеских взаимоотношений, финансовые проблемы, проблемы на учебе и на работе из-за злоупотребления Интернетом никогда не испытали 60% респондентов, испытали редко – 33% и часто испытывают – около 6% опрошенных студентов. Результаты диагностики социально-психологической адаптации студентов – пользователей компьютером по методу Роджерса – Даймода позволили установить, что критерию нормы по показателю «адаптивность» соответствовали 37,73% опрошенных, примерно такое же количество (41,51%) респондентов показали состояние адпатированности. Установлено, что наиболее сильные различия между нормой и отклонением обнаруживаются в шкалах «внутренний контроль» (разница около 90%), «эскапизм» (почти 60%) и «эмоциональный комфорт» – 40%. Результаты по шкале «лживость», «позитивность», «неприятие себя» и «эмоциональный дискомфорт» можно трактовать как крайне низкие. Эти данные свидетельствуют, что у обследованных нами студентов крайне низкие показатели внутреннего контроля и адаптивности при высоких значениях эскапизма, ведомости, дезадаптации. Корреляционный анализ выявил значимые отрицательные связи между показателями «Адаптивность» и «Качество жизни» (-0,328), «Неприятия себя» (-0,309), «Эмоциональный дискомфорт» (-0,312), «Уход от проблем» (-0,319), «Риск развития Интернет аддикции» (-3,79). Наиболее сильная отрицательная связь обнаруживалась между показателями «Адаптивность» и «Риск развития Интернет-аддикции». Корреляционный анализ данных социально-психологической адаптации также позволил установить важные связи показателя адаптивности с позитивно-окрашенными эмоциональными качествами: с «Честностью» (0,633), «Приятием себя» (0,878), «Приятием других» (0,677), «Эмоциональным комфортом» (0,624), «Внутренним контролем» (0,726), «Доминированием» (0,432). Позитивная связь также найдена между показателями «Качество жизни» и «Приятие других» (0,353). Таким образом, можно судить о компенсаторной функции Интернета в реализации многих потребностей, не всегда осуществляемых в реальной жизни. Напротив, чем выше показатель «Дезадаптивность», тем выше «Лживость» (0,514), «Неприятие себя» (0,897), «Неприятие других» (0,848), «Эмоциональный дискомфорт» (0,879), «Внешний контроль» (0,917), «Ведомость» (0,777), «Уход от проблем» (0,751).

Таким образом, проведенное нами пилотное исследование указывает на довольно высокий процент студентов – пользователей Интернетом имеющих риск развития Интернет – зависимости. У значительного количества студентов – пользователей Интернетом выявляются признаки нарушения социально – психологической адаптации различного характера и степени выраженности. Результаты настоящего пилотного исследования показывают настоятельную необходимость дальнейшего изучения Интернет – зависимого поведения у студентов. Для корректного массового исследования необходима более лаконичная психометрическая батарея методов.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ КАК УГРОЗЫ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Ялтонский В.М., Абросимов И.Н.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Введение. Муковисцидоз является самым распространенным среди наследственных заболеваний, при этом относится к категории офранных (0,002-0,008% среди россиян) и вследствие этого – малоизученным. Муковисцидоз – системное наследственное заболевание, обусловленное генной мутацией и характеризующееся нарушением функций желез внешней секреции. Симптоматика муковисцидоза полимодальна, однако в первую очередь поражаются дыхательная система и ЖКТ.

С возрастом прогрессирует и заболевание, что требует применения комплексного интенсивного лечения, включающего как фармакотерапевтические, так и немедикаментозные методы лечения, требующего больших усилий, как со стороны пациента, так и лечащего врача. Требующее больших усилий лечение муковисцидоза, направленное в целом на купирование имеющейся обширной симптоматики не снижает показателей смертности среди больных и оказывает непосредственное влияние на качество их жизни.

Особую важность в реабилитации взрослых пациентов с муковисцидозом приобретает учет клинико-психологического аспекта и важность их психологического сопровождения. Однако на данный момент в России практически отсутствуют исследования муковисцидоза клинико-психологической направленности, что и обуславливает актуальность данной работы.

Целью работы – описание совладающего (копинг-) поведения, приверженности лечению и качества жизни, а также их соотношения с субъективным восприятием болезни как угрозы жизни и здоровью у взрослых пациентов с муковисцидозом.

Задачи исследования: 1) описание субъективного восприятия болезни у взрослых пациентов с муковисцидозом; 2) сопоставление угрозы жизни и здоровью с выбором стратегий совладающего (копинг-) поведения взрослых пациентов с муковисцидозом; 3) сопоставление угрозы жизни и здоровью с уровнем приверженности лечению взрослых пациентов с муковисцидозом; 4) сопоставление угрозы жизни и здоровью с уровнем качества жизни взрослых пациентов с муковисцидозом.

Материалы и методы. В основу данной работы легли результаты исследования группы из 86 взрослых больных с муковисцидозом, средний возраст в группе составил – 23,7±4,8 лет. Для исследования применялся следующий пакет психодиагностических методик: 1) «Краткий опросник восприятия болезни» (Broadbent E. et al. 2006; русскоязычная версия для пациентов с муковисцидозом Ялтонского В.М., 2010); 2) Опросник «Совладающее поведение при муковисцидозе» (Abbot J. et al. 2001; русскоязычная версия Ялтонского В.М., 2010); 3) Опросник «Качество жизни при муковисцидозе» (Gee L., Abbott J. et al., 2010 русскоязычная версия Ялтонского В.М., 2010); 4) «Опросник самостоятельной помощи при муковисцидозе» (CFRAQ Masterson L.T., 2007; русскоязычная версия Ялтонского В.М., 2010).

Результаты. На основе показателей шкалы «Общее восприятие болезни как угрозы» методики «Краткий опросник восприятия болезни» вся выборка пациентов с муковисцидозом была разделена на две группы: группа 1 (n=46) – пациенты с муковисцидозом, воспринимающие свое заболевание как умеренную угрозу жизни и здоровью (средний показатель по шкале – 34,9%); группа 2 (n=40) – пациенты с муковисцидозом, воспринимающие свое заболевание как выраженную угрозу жизни и здоровью (средний показатель по шкале – 56,67%).

Полученные результаты соотносятся с данными ряда авторов (Ялтонский В.М., 2011; Ялтонский В.М., Дияжева Л.В., 2012; Богданова Л.С., 2013) и позволяют говорить о наличии в структуре когнитивного уровня внутренней картины болезни пациентов с муковисцидозом двух различных типов восприятия болезни: восприятия имеющегося заболевания как умеренной угрозы жизни и здоровью и восприятие болезни как выраженной угрозы жизни и здоровью. При этом тип восприятия собственного заболевания детерминирован различными показателями ее компонентов, таких как: восприятие последствий болезни, восприятие дальнейшего течения болезни, восприятие возможного контроля болезни, восприятие возможного контроля лечения, идентификация болезни, озабоченность болезнью, понимание болезни, эмоциональное реагирование на болезнь. Данная структура субъективного восприятия подробно описана Г. Левенталем и соавт. (1974) в рамках модели репрезентаций заболевания. Каждый из типов восприятия собственного заболевания имеет как положительные, так и отрицательные аспекты по отношению к адаптации к своему заболеванию и совладанию с ним.

Исследование интенсивности используемых копинг-стратегий в группах с разным восприятием болезни позволило обнаружить различия в изучаемых группах. Субъективное восприятие болезни как умеренной угрозы жизни и здоровью чаще является детерминирующим фактором для более адаптивного реагирования на болезнь и выбора более эффективных стратегий совладающего с муковисцидозом поведения. Восприятие своего заболевания как выраженной угрозы жизни и здоровью взрослыми пациентами с муковисцидозом отражается на возрастании амбивалентности в структуре совладающего с муковисцидозом поведения: они стремятся к оптимистическому принятию своего заболевания и избеганию его преодоления.

При исследовании уровня приверженности лечению в группах больных муковисцидозом с различным восприятием болезни были получены следующие результаты. Пациенты воспринимающие муковисцидоз как выраженную угрозу жизни и здоровью (группа 2) наиболее привержены таким методам фармакотерапии, как Прием антибиотиков внутрь через рот (перорально) (88,6%) и Ингаляции при помощи небулайзера (73,8%). При этом пациенты из данной группы статистически значимо менее привержены, чем пациенты из группы 1 таким видам лечения, как: Прием пищевых добавок (P=0,045), Дыхательная гимнастика (кинезиотерапия) (P=0,049), Ингаляции при помощи небулайзера (P=0,045) и статистически значимо более привержены приему антибиотиков перорально (P=0,030).

Наибольшему негативному влиянию болезни у взрослых пациентов с муковисцидозом подвержены следующие сферы качества жизни: обремененность симптомами (47,8±7,65 из 100 баллов), занимающие значительную часть времени лечебные процедуры (51,37±9,16 из 100 баллов), озабоченность будущим (46,21±8,30 из 100 баллов) и проблемы восприятия образа собственного тела и его деформаций (49,32±6,94 из 100 баллов). Взрослые больные муковисцидозом в большинстве случаев демонстрировали свою коммуникативную компетентность, эмоциональный фон испытуемых был стабилен, с преобладанием положительных эмоций. Однако также полученные результаты могут указывать и на неадекватную оценку больными состояния своего здоровья, которая может негативно влиять на ход лечения (в частности на приверженность лечению), и которая может являться мишенью в проводимой с ними психокоррекционной работе.

Выводы.

1. В структуре субъективного восприятия своего заболевания взрослыми пациентами с муковисцидозом можно выделить две тенденции: восприятие муковисцидоза как умеренной угрозы жизни и здоровью и восприятие муковисцидоза как выраженной угрозы жизни и здоровью.

2. Пациенты воспринимающие муковисцидоз как выраженную угрозу жизни и здоровью чаще выбирают малоадаптивные копинг-стратегии «Отвлечение» и «Избегание», направленные в первую очередь на снижение эмоционального напряжения, но не на преодоление заболевание, по сравнению с пациентами воспринимающими муковисцидоз как умеренную угрозу жизни и здоровью.

3. Уровень приверженности лечению выше, а спектр ее шире в группе пациентов с восприятием муковисцидоза как умеренной угрозы жизни и здоровью. В то время как пациенты воспринимающие муковисцидоз как выраженную угрозу жизни и здоровью имеют более низкие показатели приверженности и предпочитают лишь методы фармакологического лечения.

4. Показатели качества жизни у пациентов, воспринимающих муковисцидоз как умеренную угрозу жизни и здоровью значительно выше по сравнению с пациентами, воспринимающими свое заболевание как выраженную угрозу жизни и здоровью.

КАК ПАЦИЕНТЫ ВОСПРИНИМАЮТ СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ? АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ

Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
Европейский медицинский центр

Наряду с профилактикой и реабилитацией, лечение является крайне важной, базовой частью сферы здравоохранения. Поэтому очень сильное удивление и недопонимание вызывает вопрос: «Почему так мало внимания уделяется в медицине тому, как пациент воспринимает разнообразные традиционные, альтернативные и инновационные методы лечения? Как он принимают решение, о выборе одного из нескольких предлагаемых видов терапии? Почему он поздно принимает решение о вовлечении в терапию или отказывается от лечения? Почему у одного и того же врача один пациент привержен рекомендациям специалиста по лечению, а второй не привержен лечению?». Без ответов на эти вопросы реальный переход к индивидуальному лечению невозможен.

Актуальность исследования обусловлена поверхностной теоретический разработанностью важного для науки и практики медицины феномена «внутренняя картина лечения», его тесной связью с феноменами «внутренняя картина болезни», «совладание с болезнью», «психология здоровья» и «приверженность/не приверженность» режиму лечения, реабилитации в контексте перехода к персонализированной медицине.

Рост продолжительности жизни населения предопределяет увеличение числа лиц, имеющих несколько хронических заболеваний и нуждающихся в долговременном, пожизненном лечении. Современное общество создает новые эффективные медикаменты, новые высоко технологичные приборы, использование которых позволяет достигать ранее невозможных результатов лечения. Тем не менее, следует признать, что фактическая эффективность лечения оказывается существенно ниже возможной из-за непоследовательного поведения пациентов по соблюдения рекомендованного им специалистами режима лечения (низкая приверженность/ неприверженность лечению). Последствия неприверженного поведения ведут к повторным госпитализациям резистентных к терапии больных, увеличению длительности пребывания пациентов на койке, росту заболеваемости, к хронизации болезни, ухудшению прогноза и исхода, первичной инвалидизации и смертности, негативно влияют на качество жизни, нарушают профессиональное,

семейное и социальное функционирование индивида и семьи. Это приводит к значительному увеличению финансовых затрат на лечение, реабилитацию, утяжеляет бремя здравоохранения и социальной сфер, а существующие возможности высокоэффективного лечения при этом упускаются. Резонно возникновение вопросов: Почему около 50% пациентов с хроническими заболеваниями непривержены рекомендованному лечению? Какими способами можно повысить приверженность режиму лечения? Как люди воспринимают лекарства и принимают (не принимают) другие виды терапии? Какие мотивы а влияют на вовлечение в лечение и длительное удержание в нем? Не принижая значения других факторов неприверженности лечению (режим лечения, характеристики болезни, отношения пациент –врач) считаем, что ведущую роль в этом процессе играет пациент, от которого прежде всего зависит, примет он рекомендованное лечение (лекарство, операцию, процедуру и т.д.) как рекомендовано, какой из возможных способов лечения он выберет и будет ли он стабильно и сознательно соблюдать рекомендации врачей. Опираясь на собственные обыденные рациональные и иррациональные представления о том или ином виде лечения пациент выбирает способ лечения и активную/пассивную позицию в отношении терапии, которая может меняться во время долговременного лечения.

Как субъективные представления о лечении снижают или повышают приверженность тому или иному виду лечения? Можно привести некоторые примеры. Небезосновательные опасения больного, что долговременный прием лекарств может «разрушать печень» при вяло протекающем, бессимптомном гепатите С, мотивирует пациента к периодическим перерывам, пропускам в приеме препаратов, снижению рекомендованной дозы и неприверженности режиму лечения. Многолетний прием противоэпилептических препаратов на фоне длительного отсутствия припадков, в сочетании с представлениями о приступообразном характере болезни, активизирует представления о выздоровлении и необходимости сокращения дозы либо прекращения приема лекарств («лекарства вредны».

Вероятный риск развития инсульта в результате тромбоза стимулирует больного к длительному контролируемому приему антикоагулянта феварина, но вызывает озабоченность вероятным развитием кровотечения и наводит мысли о временной частичной не приверженности при хорошем самочувствии. Аналогично, обыденные представления больных о необходимость терапии гемофилии концентратом фактора VIII сочетаются с умеренной озабоченностью возможными последствиями (кровотечение).

У пациента при коморбидной депрессии уменьшение тяжести депрессии, улучшение настроения после четырех месяцев приема антидепрессантов, побуждает больного начать снижать дозу лекарства. Убежденность, что к психотропным препаратам может формироваться зависимость, только подтверждает обоснованность принимаемого пациентом решения.

Подобный алгоритм решения используется пациентами и при других видах терапии. Хирургическая операция при неотложной абдоминальной патологии воспринимается подростками как необходимая в связи с выраженной угрозой для жизни, как наносящая меньше вреда, чем плановая операция подростков по поводу мало симптомного, случайно выявленного варикоцеле. Восприятие желудочковых аритмий как угрожающих жизни в результате возможной внезапной смерти способствует выбору имплантации кардиовертер- дефибриллятора, как эффективного метода лечения, несмотря на возможные серьезные последствия этого вида лечения (болезненные электрошоки, панические атаки, депрессии, проблемы адаптации к прибору).

Кроме того, теоретически целесообразным представляется определение как общих для большинства традиционных и новых видов терапии параметров внутренней картины лечения – воспринимаемая продолжительность лечения, воспринимаемые последствия, терапии и ее побочные эффекты, ожидаемые результаты лечения, основания выбора того или иного вида терапии и т.д.), так и параметров внутренней картины лечения (ВКЛ), специфичных для оригинальных видов лечения- бариатрическая хирургия, гомеопатия, акупунктура, роботическая хирургия, психотерапия, лучевая терапияи т.д.)

Что мы можем сегодня сказать, какие ощущения, эмоциональные реакции, представления о лечении существует у пациентов находящимися на гемодиализе и длительно ожидающих трансплантации почек, у пациентов получающих электрошоки имплантируемым кардиовертер-дефибриллятотором больных с желудочковыми тахиаритмиями, или у пытающихся излечиться от курения с помощью электронных сигарет и жевательной резинкой Никоретте? Знания, позволяющие дать правильные ответы на эти вопросы вероятно позволили бы персонализировать терапию, повысить приверженность лечения на основе выработанного совместно с врачом и пациентом совместного диадического способа совладания с болезнью, совместного плана лечения.

Надеемся, что привлечение внимания к проблеме внутренней картины лечения будет стимулировать новые интегративные исследования по этой актуальной проблемы и приведет к реализации на психологическом уровне биопсихосоциальной модели лечения персонализированного подхода к лечению и восстановлению психологической адаптации к болезни

ОСОБЕННОСТИ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

Яровицкий В.Б.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

Синдром «эмоционального выгорания» (СЭВ) большинством авторов рассматривается как результат профессионального стрессирования (Белейберг и соавт., 1988; Бойко В.В.; Сорокин Г.А.,1999). Работа медицинских сестер в отделении анестезиологи и реанимации связана со значительным психоэмоциональным напряжением и относится к профессиональной деятельности высокого стрессового риска (Ларенцова Л.И., Соколова Е.Д., 2002; Юшкова О.И.и соавт., 2001).

Целью данного исследования являлась разработка практических рекомендаций по профилактике и реабилитации профессионального стресса у среднего медицинского персонала отделения анестезиологии и реанимации. Наряду со средним медперсоналом реанимации нами обследовались медсестры терапевтического отделения для сравнения особенностей синдрома «эмоционального выгорания» при разных условиях профессионального стрессирования.

Мы проводили обследование среднего медицинского персонала обоих отделений «методикой диагностики эмоционального выгорания В.В.Бойко». По мнению Д.Я. Райгородского, Г.С. Никифорова, В.М. Снеткова (2001), предложенная методика дает подробную картину синдрома «эмоционального выгорания». Методика позволяет увидеть ведущие симптомы «выгорания», а также к какой фазе формирования стресса они относятся. Оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции.

Следует подчеркнуть, что анализ особенностей эмоционального выгорания нами проводился в зависимости от дли-

тельности воздействия профессионального стресса, то есть от стажа работы. Этот факт представляется особенно важным, так как согласуется с концепцией Г.Селье (1979) о фазах развития стресса – напряжение, резистенция и истощение. При изучении динамики профессионального стрессирования, исходя из данных литературы (Абабков В.А., Перре М., 2004), мы применили следующую периодизацию длительности стажа: от 0 до 3 лет; от 3 лет до 10 лет и свыше 10 лет.

Нами обследовано 40 сотрудников среднего медицинского персонала городской клинической больницы (25 человек отделения реанимации и 15 отделения терапии). По длительности стажа средний медперсонал отделения реанимации распределялся следующим образом: от нескольких месяцев до 3 лет – 7 сотрудников (28% обследованных); от 3 до 10 лет – 8 сотрудников (32% обследованных); свыше 10 лет – 10 человек (40% обследованных). Средний медперсонал отделения терапии по длительности стажа распределялся так: от 0 до 3 лет – 4 сотрудника (26,6% обследованных); от 3 до 10 лет – 7 сотрудников (46,8% обследованных); свыше 10 лет – 4 сотрудника (26,6% обследованных).

Полученные результаты и их обсуждение. При длительности стажа до 3 лет первая фаза эмоционального выгорания – «напряжение» сформировалась только у медперсонала отделения реанимации (15% случаев). Наиболее часто фаза сформирована у медперсонала реанимации и терапии при стаже работы от 3 до 10 лет. При стаже свыше 10 лет сформированная фаза напряжения в обоих отделениях отсутствует, но у сотрудников реанимации фаза в стадии формирования наблюдается в 2 раза чаще, чем в терапии.

В реанимации сформированная фаза «резистенция» при стаже работы до 3-х лет наблюдалась у 71,4% сотрудников. Причем очень важно отметить тот факт, что формирование этой фазы синдрома эмоционального выгорания в реанимационном отделении произошло настолько быстро, что при стаже до 3-х лет нет ни одного человека с этой фазой в стадии формирования. Вероятно, быстрое формирование фазы «резистенция» у сотрудников реанимационного отделения является своеобразной защитной реакцией. Остальные, не выдерживают напряжения и уходят, чем объясняется большая текучесть кадров в первые годы работы в отделении. С увеличением продолжительности стажа работы уменьшается количество медсестер со сформированной фазой «резистенция». Так, при стаже работы от 3 до 10 лет сформированная фаза наблюдается в 62,5% случаев, а свыше 10 лет – в 50%. В терапии при стаже фаза «резистенция» представлена больше всего у сотрудников при стаже от 3 до 10 лет.

Что касается динамики формирования третьей фазы синдрома эмоционального выгорания, то наглядно нарастание «истощения» с увеличением стажа работы у медицинского персонала реанимационного отделения. Формирование фазы «истощение» у начинающих медработников отделения реанимации значительно выше, чем в терапии, более того в 14,3% случаев она уже сформировалась. У лиц со стажем от 3 до 10 лет также преобладание этой фазы мы отмечаем среди сотрудников реанимационного отделения.

В то же время следует отметить, что при большом стаже работе (свыше 10 лет) ни в реанимации, ни в терапии нет ни одного случая со сформированной фазой истощения. Тем более важно подчеркнуть, что у большинства сотрудников реанимации (70%) эта фаза находится в стадии формирования. В терапии таких людей значительно меньше (25%) и нет значительной разницы в зависимости от стажа работы. Такие симптомы как «переживание психотравмирующих обстоятельств», «редукция профессиональных обязанностей», «неадекватное эмоциональное реагирование», и «личная отстраненность» значительно преобладали в отделении реанимации. Однако статистически достоверная разница наблюдалась только у двух последних из выше перечисленных симптомов.

Выводы:

1. Синдром эмоционального выгорания имеет место у среднего медперсонала обоих обследованных отделений, но у сотрудников реанимационного отделения в среднем он более выражен как фазам формирования, так и по большинству симптомов.

2. В первые годы работы у сотрудников реанимационного отделения сформированные фазы синдрома выгорания наблюдаются чаще, чем в терапии. Среди медицинского персонала со стажем до 3 лет сформированные фазы «напряжение» и «истощение» наблюдались только в отделении реанимации.

3. В обоих отделениях наибольшая выраженность симптомов и сформированных фаз синдрома эмоционального выгорания приходится на медсестер со стажем от 3 до 10 лет.

4. Степень выраженности таких симптомов эмоционального выгорания как «неадекватное эмоциональное реагирование» и «личная отстраненность» в среднем статистически достоверно выше у медперсонала реанимационного отделения в сравнении с терапевтическим ($P < 0,05$). Это может свидетельствовать о большем деформирующем влиянии на личность производственных стрессовых факторов в отделении реанимации.

На основе полученных результатов на наш взгляд целесообразны следующие практические рекомендации для отделения реанимации:

- улучшать кадровую работу, направленную на максимальную занятость ставок;

- необходима постоянная работа администрации по повышению значимости медсестер как персонала, от которого зависит качество лечения, атмосфера, уют и т. д.;

- широко использовать наставничество и помощь опытных медсестер начинающим, для постепенного преодоления у них эмоционального напряжения связанного с освоением новых навыков.

- реализация психологической программы работы с персоналом для преодоления производственных стрессовых факторов. В рамках этой программы, учитывая полученные результаты, целесообразно:

1) обратить внимание на психологическое состояние не только начинающих медицинских сестер, но и опытных сотрудников.

2) Учитывая выраженность у медперсонала реанимации таких симптомов как «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неадекватное эмоциональное реагирование» и «личная отстраненность» организовать кабинет «психологической помощи».

3) В кабинете «психологической помощи» должны быть созданы условия для отдыха, музыкотерапии. Там же необходимо проводить периодические консультации психолога сотрудникам отделения, обучение медперсонала навыкам психологической релаксации.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕУСТОЙЧИВОГО КРУГА

Яшихина А.А.

Самара
Самарский ГМУ

Распространенность пациентов эмоционально-неустойчивого кластера по данным литературы колеблется от 4,3 до 7,9% по различным данным (Torgersen S. et al., 2001г Samuels J. et al., 2002). Распознавание клинических вариантов пациентов с расстройством личности эмоционально-неустойчивого круга часто вызывает затруднения у психиатров. Среди диагности-

ческих критериев МКБ-10 рубрики «специфические расстройства личности» указано наличие специфических отклонений в одной из сфер личности, в том числе когнитивной (критерий G1). Возможности использования патопсихологического метода для диагностики РЛ и раньше привлекало внимание исследователей. Специфические особенности мышления, отдельных компонентов восприятия были описаны ранее в рамках личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса (Rorschah G., 1921; Блейхер В.М., 1976; Кудрявцев И.А., 1982; Романов Д.В., Носачев Г.Н., 2001; 2004; 2010; Романов Д.В., Яшихина А.А., 2010).

Целью проводимого исследования явилось изучение когнитивной структуры пациентов с эмоционально-неустойчивыми чертами для повышения качества диагностики расстройств личности кластера В и создания реабилитационных программ, построенных с учетом индивидуальных когнитивных особенностей.

Для достижения поставленных задач использовались клинико-психологическая беседа и диагностика структуры интеллекта (тест Векслера, взрослый вариант, руководство под ред. Ю.И. Филимоненко и В.И. Тимофеева, 2002г).

Для определения достоверности различий показателей теста Векслера проведен анализ непараметрическим методом сравнения независимых групп с помощью U-критерия Манн – Уитни и теста Вальда-Волфовица. Материалом исследования служили 60 пациентов с установленным диагнозом расстройство личности, получавших амбулаторную помощь или проходившие психиатрическое освидетельствование в ГУБЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер» (2005-2011гг.). Распределение пациентов в структуре кластера В: диссоциальное РЛ (F 60.2) – 18,3 чел. (10,8%), эмоционально-неустойчивое РЛ (F 60.3) – 16 чел. (26,7%), истерическое РЛ (F 60.4) – 33чел. (55%).

Основные показатели теста Векслера у всех пациентов, страдающих расстройством личности, не выходили за пределы интеллектуальной нормы. Выявленные различия среди пациентов эмоционально-неустойчивого регистра позволили проранжировать их по уровню развития интеллекта. У пациентов с истерическим расстройством личности был выявлен самый высокий общий, вербальный и невербальный интеллектуальный показатель среди исследуемой группы (ОИП=112,5, ВИП=118,6, НИП=102,3). Далее расположились пациенты с диссоциальной психопатией: ОИП=105, ВИП=108, НИП=100,6. У пациентов с эмоционально-неустойчивым расстройством личности выявляется самый низкий уровень когнитивной организации среди исследуемой группы (ОИП=101,5, ВИП=105,6, НИП=96,2). Анализируя отдельные показатели субтестов, были выявлены достоверные различия для исследуемых групп пациентов, которые позволили выделить характерную структуру. Высокие показатели были получены у пациентов с истерическим расстройством личности по субтестам «осведомленность» – 12,73 ($p<0,05$), «понятливость» – 15,41 ($p<0,05$), «сходство» – 13,41 ($p<0,05$), «словарный» – 14,18 ($p<0,05$), «недостающие детали» – 11,36 ($p<0,05$). Высокие показатели данной группы субтестов отражают хорошее функционирование пациентов с истерическим расстройством личности, которое осуществляется в вербально-логической форме существования с преимущественной опорой на знания и условия социализации человека. Пациенты с истерическим расстройством личности обладают широкой направленностью познавательных интересов, хорошую ориентацию в различных областях социального поведения, высока актуальная готовность к умственной деятельности. Выявляется высокий уровень к логическому обобщению, сравнению и упорядочиванию информации, оперированию словами родного языка. Хорошо развиты перцептивные способности, умение дифференцировать существенное от второстепенного в зрительных образах. Пациенты с диссоциальным и эмоционально-неустойчивым расстройством личности по структуре вербальных субтестов имеют сходную картину и значительно отличаются от пациентов с истерическим расстройством личности. Так у пациентов с диссоциальной психопатией выявлены низкие показатели по субтестам «осведомленность» – 10,43 ($p<0,05$), «понятливость» – 12,29 ($p<0,05$), «сходство» – 10,86 ($p<0,05$), «словарный» – 11,43 ($p<0,05$), «недостающие детали» – 9,71 ($p<0,05$). Данные показатели отражают низкий объем и уровень относительно простых знаний, узость познавательных интересов, низкий уровень ориентации в различных областях социального поведения человека, низкая опора на жизненный опыт, низкая готовность к умственной деятельности. Снижена способность к упорядочиванию, классификации, сравнению, низка способность к логическому обобщению, узость словарного запаса, низкую адекватность при определении необходимого и достаточного для раскрытия смысла слова. Выявляются низкие перцептивные способности, умение дифференцировать существенное от второстепенного в зрительных образах. Для пациентов с эмоционально-неустойчивым расстройством личности выявлены низкие показатели по субтестам «осведомленность» – 9,86 ($p<0,05$), «понятливость» – 11,21 ($p<0,05$), «арифметический» – 9,57 ($p<0,05$), «сходство» – 11,21 ($p<0,05$), «словарный» – 10,93 ($p<0,05$). Испытуемые с эмоционально-неустойчивым личностным расстройством обнаружили низкий уровень относительно простых знаний, узость познавательных интересов, низкую ориентацию в различных областях социального поведении, низкую опору на здравый смысл с опыт. Низка концентрации произвольного внимания, нечеткость оперирования числовым материалом, низкий уровень сообразительности. У пациентов выявляется низкий уровень оперирования словами родного языка, плохое чувство меры и неадекватность при определении необходимого для раскрытия смысла слова и низкая способность к логическому обобщению, абстрагированию, классификации предметов явлений. В результате исследования выявлены общие особенности характерные для всех исследуемых групп пациентов эмоционально-неустойчивого кластера: низкие показатели по субтестам «повторение цифр» (10,73 – у пациентов с истерическим расстройством личности, 12,00 – у пациентов с диссоциальным расстройством личности, 11,36 – у пациентов с эмоционально-неустойчивым расстройством личности), «шифровка» (9,18, 8,57, 8,29 соответственно). Данные показатели отражают низкое качество оперативных показателей когнитивных процессов. Так же были выявлены низкая способность ориентироваться в социальных ситуациях, низкая способность понимать и предвосхищать события, низкая способность формировать идеальный эталон – субтест «последовательные картинки» (9,45, 9,29, 9,43 соответственно), «складывание фигур» (7,59, 9,14, 7,50 соответственно).

Полученные данные свидетельствуют о значимых различиях в когнитивной структуре пациентов с различными клиническими вариантами психопатий эмоционально-неустойчивого кластера, которые позволили выделить характерные профили. Выявленные данные позволили сделать вывод о том, что пациенты с истерическим расстройством личности обладают зрелой когнитивной организацией, а пациенты с диссоциальным и эмоционально-неустойчивым расстройством личности обладают низкой когнитивной организацией. В результате исследования были выявлены общие особенности, характерные для исследуемых групп пациентов: снижение оперативных показателей когнитивных процессов и снижение социального интеллекта, что отражается в характерном поведении пациентов с расстройством личности и их неспособностью опираться на собственный опыт. Полученные данные могут быть использованы для построения психокоррекционных программ когнитивно-поведенческого подхода

РАЗДЕЛ 7.
НАРКОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Абдуллаева В.К., Ходжаева Д.Х.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Героиновая зависимость в настоящее время является одной из наиболее актуальных проблем современной наркологии. (Найденова Н.Г., Власова И.Б. и др., 2002). Происходит неуклонное «омоложение» больных наркоманией (Северный А.А., Шевченко Ю.С., 2002).

Цель исследования – изучить факторы формирования героиновой наркомании.

Материал и методы исследования. Было проведено исследование 28 больных с диагнозом психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов (F11). В качестве основных методов исследования использовались: клинико-психопатологический с последующей клинической верификацией врача-нарколога.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов преобладали лица мужского пола (85,7%) по сравнению с женщинами (14,3%). Изучение условий формирования опийной наркомании позволило определить роль социально-психологических факторов, а именно, микросоциального окружения в детстве, условий и типов воспитания наследственной отягощенности. Исследование микросоциального окружения в детстве показало, что большинство больных опийной наркоманией росли в неполных семьях (62,5%), из них 10,7% при наличии отчима или мачехи. При изучении типов воспитания было выявлено, что большее число обследованных больных имели патологическое воспитание (54,5%), среди которого преобладало воспитание по типу гипоопеки (26,8%) и «кумира» семьи (12,6%). У 35% обследованных выявлена наследственная отягощенность (18,7% – алкоголизмом, 16,3% -наркоманиями).

Выводы. Таким образом, обследованная группа больных героиновой наркоманией характеризовалась преобладанием лиц мужского пола, средний возраст составил 24,3±0,5 лет. По образовательному уровню преобладают лица со средним образованием, не работающие и не состоящие в браке. В формировании заболевания обследованной группы сыграла совокупность неблагоприятных социально-психологических факторов, а именно воспитание в неполных семьях, аномальные типы воспитания.

СЕМЬЯ В СИСТЕМЕ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Абросимов И.Н., Геронимус И.А., Колпаков Я.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования – изучение роли коммуникативных и структурных особенностей семейной системы в развитии аддиктивного поведения в юношеском возрасте.

Основываясь на положениях теории семейных систем были выделены следующие семейные предпосылки возникновения отклоняющегося, в том числе аддиктивного, поведения: 1) инверсированная иерархия: молодой человек оценивает свой статус в семье, как равный или более высокий, чем у взрослых, не подчиняется им; 2) нарушение границ между родительской и детской подсистемой: дистантные или сверхблизкие отношения с родителями; нарушение коммуникации в семье: отсутствие возможности открыто обсуждать эмоционально-значимые темы.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 58 респондентов мужского (n=36; 62,1%) и женского пола (n=22; 37,9%) в возрасте от 16 до 18 лет (средний возраст – 17,1±1,1 года), обучающихся в ГБОУ СПО «Московский геологоразведочный техникум» (Клинский район, Московская область) в 2014 году. Часть респондентов проживали совместно с родителями (n=29; 50,0%), часть проживали отдельно от родителей в общежитии (n=26; 44,8%), три респондента (5,2%) не указали место своего проживания.

Указанные респонденты были обследованы при помощи следующих психодиагностических методик: 1) «Фрайбургский семейный опросник» (Scheib P., Wirsching M., 1994; в адаптации Холмогоровой А.Б., 1996-2002; в модификации Воловиковой С.В., 2006); 2) Проективный рисуночный тест «Семейная социограмма» (версия Germbn M., Gonzales N.A., Dumka L., 2009); 3) Опросник «Склонность к отклоняющемуся поведению» (А.Н. Орел, 2002).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ SPSS 20.

Результаты исследования и их обсуждение. Вся выборка была изучена на предмет различий по социально-демографическим показателям и соотношению респондентов, проживающих вместе с родителями и в общежитии. Результаты представлены с учетом отсутствия или наличия этих различий.

Установлено, что в группе испытуемых с инверсированной иерархией статистически достоверно выше (p=0,04)

показатели склонности к агрессии и насилию и неспособности к волевому контролю эмоциональных реакций (52,3±12,4 балла и 44,9±10,1 балла, соответственно), чем в группе испытуемых с нормальной иерархией семейных отношений (50,0±9,9 балла и 43,0±10,5 балла, соответственно).

Молодые люди, воспринимающие свой иерархический статус в семье как более высокий, чем у взрослых, характеризуются высокой импульсивностью, неспособностью к волевому самоконтролю, склонностью к агрессивным реакциям. Согласно К. Маданес (1999) в семьях с инверсированной иерархией разрушительное, агрессивное или аутоагрессивное подростков можно рассматривать как способ воздействия на взрослых.

Нарушение иерархии в семье может затруднять развитие навыков самоконтроля и регуляции поведения. Плохой контроль импульсов рассматривается в литературе как фактор риска развития аддиктивных расстройств.

Полученные данные можно сопоставить с результатами исследования S.M. Green, R. Loeber, B.B. Lahey (1992), указывающими на взаимосвязь между девиантной иерархией в семье и детской психопатологией: среди семей детей подросткового возраста, употреблявших психоактивные вещества, доля семей с нарушенной иерархией достоверно выше, чем в группе подростков, не имеющих опыта употребления психоактивных веществ (79% и 49,6%, соответственно).

Корреляционный анализ показал наличие отрицательных корреляционных связей между способностью семьи к гибкому распределению ролей и склонности подростков к преодолению норм и правил (R=-0,42; p=0,008). Таким образом, конструктивная модель сотрудничества между родителем и ребенком может являться основой для развития адаптивных моделей поведения вне семьи.

Были выявлены отрицательные корреляционные связи между шкалой коммуникации (способностью членов семьи открыто общаться между собой) и такими показателями, как преодоление норм и правил (R=-0,40; p=0,02), склонность к аддиктивному поведению (R=-0,38; p=0,003).

Отсутствие открытой коммуникации в семье с одной стороны приводит к информационной депривации лиц юношеского возраста, в том числе и в отношении последствий различных асоциальных форм поведения, и возможных путей преодоления высокого уровня психоэмоционального напряжения, а с другой – лишает родителей информации о времяпрепровождении детей и их социальном окружении, что также может быть фактором развития аддиктивного поведения у детей.

Корреляционный анализ в группе испытуемых, проживающих совместно с родителями (n=29) выявил наличие взаимосвязей между склонностью детей к аддиктивному поведению и такими особенностями функционирования семейной системы, как способность семьи адаптироваться к новым условиям (R=-0,46; p=0,04), открытость коммуникации (R=-0,54; p=0,01), способность семьи оказывать друг другу эмоциональную поддержку (R=+0,45, p=0,04), а также взаимосвязь между наличием адекватных норм и ценностей, принимаемых всеми членами семьи и склонностью подростков к агрессии и насилию (R= -0,45; p=0,04) и неспособностью к волевому контролю эмоциональных реакций (R= -0,45; p=0,04). В то же время в группе испытуемых, проживающих самостоятельно (n=26), статистически – значимых корреляционных связей выявлено не было. Таким образом, в ситуации совместного проживания для предотвращения развития аддиктивного поведения особенно велико значение функциональных взаимоотношений между детьми и родителями.

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММАХ

Агибалова Т.В., Недобыльский О.В., Любченко Д.А., Борисенко Л.Н., Ермакова Г.А., Алексеева О.В., Малышко Е.В., Загоруйко М.В., Тюрин М.В., Терентьев В.В., Горохов А.М., Сезин Ю.В.

Москва

НИИН – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Медико-социальная реабилитация больных с алкогольной зависимостью является одним из приоритетных направлений наркологии. В целях повышения качества мер, направленных на совершенствование наркологической медицинской помощи с целью снижения масштабов потребления алкоголя, сокращения смертности и увеличения продолжительности жизни, а также сокращения экономических потерь, связанных с заболеваемостью алкоголизмом и наркоманией, во многих субъектах РФ за период 2011-2013 гг были реализованы и продолжают реализоваться региональные медико-социальные программы. Мероприятия программ осуществлялись как за счет выделения дополнительных бюджетных средств (субсидий на текущую деятельность) наркологическим учреждения из средств субъекта РФ, так и в ряде субъектов были запланированы в рамках среднесрочных региональных целевых программ (РЦП) профилактики алкоголизма, снижения тяжести медико-социальных последствий злоупотребления алкогольной продукцией среди населения.

Материалы и методы исследования. На лечение в рамках РЦП отбирались стоящие на учете пациенты, страдающие алкогольной зависимостью, с установленной II стадией заболевания, давшие информированное согласие на лечение инъекционным пролонгированным налтрексоном по программе «Точка трезвости». Программа включает медикаментозное лечение – внутримышечное введение налтрексона пролонгированного действия – препарата «Вивитрол» и индивидуальное психотерапевтическое лечение в соответствии с разработанными методическими материалами по программе «Точка трезвости для лечения алкогольной зависимости».

Пациенты получали бесплатную курсовую дозу инъекционного налтрексона 380 мг, находясь на амбулаторном лечении в течениие 6 месяцев. Набор пациентов и лечение по РЦП начался с 2011 года и продолжается до настоящего времени. В настоящем исследовании нами было обследовано 184 пациента с алкогольной зависимостью, которые стали участниками РЦП в 4-х субъектах Российской Федерации. Наибольшее количество пациентов было включено в РЦП в Краснодарском крае – 98 человек, в ЯНАО – 43 человека, в Орловской области – 23, и в Ростовской области – 20 человек.

На каждого пациента, помимо установленной медицинской документации, заполнялась специально разработанная Анкета-карта исследования, где фиксировались паспортные данные, информированное согласие на лечение, данные об анамнезе заболевания и жизни, данные по предшествующему и настоящему лечению, динамике состояния, ремиссии, динамике семейного и социального статусов.

В настоящей статье представлен анализ данных по 184 больным алкогольной зависимостью: 156 мужчин, в возрасте от 26 до 59 лет, средний возраст 41±0,7 лет, и 28 женщин в возрасте от 29 до 59 лет, средний возраст 40,7±1,6 года.

В программу курсового лечения инъекционным налтрексоном вошли пациенты с алкогольной зависимостью в 75,00% случаев с тяжелым, безремиссионным течением, многократно обращающихся за наркологической помощью, с малоэффективными результатами предыдущего лечения.

В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический методы исследования.

Результаты исследования.

1. Количество пациентов, завершивших полный курс инъекционного налтрексона (6 инъекций и более).

Из 184 пациентов, принявших участие в программе, 149 человек (80,98%) прошли полный курс терапии инъекционным налтрексоном. Причем, из них 20 человек (13,42%) получили более 6 инъекций. Это говорит о высокой степени приверженности лечению с использованием пролонгированного инъекционного налтрексона. Решение об увеличении количества инъекций, продлении терапии осуществлялось комиссионным осмотром врачей психиатров-наркологов, и было связано с тем, что в тяжелых, безремиссионных случаях течения алкогольной зависимости рекомендованный курс инъекционного налтрексона составляет от 6 до 12 инъекций. Большинство пациентов – 133 человека (89,26%) в период лечения сохраняли полную трезвость.

2. Количество пациентов, не получивших полный курс терапии.

Не получили полный курс инъекций налтрексона 35 пациентов (29 мужчин и 6 женщин), что составляет 19,02% от общего количества больных, вошедших в программу. Большинство больных – 23 человека получили по 5 инъекций препарата. Важно отметить, что 20 больных не имели возможность получить большее количество инъекций из-за ограниченности ресурсов субъекта. Из 35 пациентов, не завершивших терапию, больше половины – 19 человек, на момент окончания не употребляли алкоголь, еще 4 – сократили прием спиртного более чем в 3 раза по сравнению с периодом до начала лечения, 9 человек продолжали употреблять алкоголь в прежних дозах, и вышли из программы. Один пациент прервал программу, выбыв из города, еще 2 помещены в СИЗО.

3. Динамика патологического влечения к алкоголю в процессе лечения.

Мы проанализировали 141 анкету, где содержалась информация о преобладающем компоненте первичного патологического влечения и проследили его динамику. Динамика изменения преобладающего первичного компонента патологического влечения хорошо прослеживается в зависимости от количества инъекций налтрексона на протяжении курса терапии. Эти результаты показывают, что инъекционный налтрексон эффективно снижает патологическое влечение к алкоголю, что отражается на качестве ремиссии, ее продолжительности и стойкости.

4. Катамнестическое наблюдение с оценкой ремиссий в течение полутора лет.

На момент анализа результатов у 132 пациентов, получивших 6 и более инъекций пролонгированного налтрексона, был отслежен длительный катамнестический период наблюдения – от года до года и восьми месяцев.

Из них у 91 пациента (68,9%) ремиссия длилась от года до года и пяти месяцев. Ремиссия более полутора лет была отмечена у 33 пациентов (53,2%).

Всего у 5 человек (2,72%) не удалось сформировать ремиссию. В то время как у подавляющего большинства (89,13%) полная терапевтическая ремиссия составила от полугода и более. До шести месяцев пациенты воздерживались от употребления алкоголя в 8,15% случаев. Обращает на себя внимание тот факт, что длительность периода ремиссии в год и более уже отмечена в 53,26% случаев (98 человек).

5. Субъективная оценка терапии самими пациентами (самоотчеты)

Часть пациентов смогли выразить свое отношение к предыдущим видам терапии и текущей терапевтической программе. Так лечение с использованием инъекционного налтрексона по программе «Точка трезвости» оценили 73 человека, из них 69 (94,5%) в целом положительно. У 65 респондентов отмечена длительность ремиссии более полугода. Из 73 человек 45 пациентов высказали свое мнение о ранее применяемых методах лечения алкогольной, более половины – 26 человек, (58%) оценили результат в целом отрицательно. Причем у 23 из них в катамнезе отмечены лишь краткосрочные периоды воздержания от алкоголя (до 5 месяцев). В основном пациенты отрицательно отзывались о так называемом «кодировании», применение которого не было эффективным. По мнению самих пациентов, одним из критериев эффективности лечения служит наступление и длительность ремиссии.

6. Оценка динамики социального и семейного статуса.

Одновременно собирались и анализировались данные по изменениям, которые произошли в социальном статусе наших пациентов. На продолжительность ремиссии влияет количество сделанных инъекций налтрексона. На сохранение и улучшение семейных отношений значимо влияют аффективные нарушения. На длительность нахождения в программе положительно влияет количество инъекций налтрексона и отрицательно – аффективная симптоматика. Максимальная длительность ремиссии возрастает с количеством сделанных инъекций, а срывы во время прохождения программы уменьшаются, если сделано 5 и более инъекций налтрексона.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об эффективности программы «Точка трезвости» с применением инъекционного пролонгированного налтрексона. Полученные результаты наглядно демонстрируют положительную динамику заболевания на отдаленных сроках наблюдения, улучшение качества жизни и социального функционирования пациентов при высоком уровне приверженности лечению.

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Агибалова Т.В., Козин В.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования: выявить влияние СЭВ у врачей психиатров-наркологов на качество жизни пациентов с алкогольной зависимостью.

Материал исследования: проведено обследование 107 врачей психиатров-наркологов на предмет наличия или отсутствия СЭВ и 60 пациентов с алкогольной зависимостью, наблюдающихся в наркологических диспансерах

Методы исследования: опросник «Эмоциональное выгорание» по Бойко В.В. Неспецифический опросник качества жизни пациентов SF-36 (англ. Health status profile – Shot form 36)

Результаты и их обсуждение. Согласно результатам нашего исследования врачи психиатры-наркологи амбулаторных отделений выявили достоверно более высокие показатели СЭВ, по сравнения с врачами стационаров. По нашему мнению это обусловлено спецификой работы наркологических диспансеров, где врачи-специалисты обслуживают большой поток пациентов (до 70 человек в течение рабочего дня, включая профилакти-

ческие осмотры). В практике врача психиатра-нарколога амбулаторного отделения происходит постоянное переключение внимания с одного пациента на другого, что значительно затрудняет адаптацию к сложным условиям профессиональной деятельности. В амбулаторных наркологических отделениях у 31,5% врачей психиатров-наркологов полностью сформирована фаза «ИСТОЩЕНИЯ» для которой в далеко зашедших случаях «эмоционального выгорания» пассивная утрата интереса к пациенту может смениться активной антигуманистической философией, которая особенно ярко выражается в кулуарных беседах врачей между собой и звучит приблизительно так: «ненавижу..», «презираю..», «взять бы автомат и всех..». В таких случаях «эмоциональное выгорание» сливается с неврозоподобными и психопатическими состояниями. Исходя из этого очевидно, что профессиональная дезадаптация врачей психиатров-наркологов в виде синдрома «эмоционального выгорания» не может не сказываться на формировании продуктивного сотрудничества между врачом и пациентом и вместе с тем качестве оказания наркологической помощи и качестве жизни пациентов соответственно.

Для выявления корреляционных связей качества жизни пациентов с алкогольной зависимостью в период клинической ремиссии с уровнем «эмоционального выгорания» лечащего врача психиатра-нарколога в нашем исследовании приняли участие врачи психиатры-наркологи (с их добровольного информированного согласия) амбулаторной практики (1 группа – 3 врача с сформированной и 2 группа – 3 врача с несформированной фазой «ИСТОЩЕНИЯ» СЭВ). Каждый врач предоставил для обследования 10 пациентов, с верифицированным по МКБ 10 диагнозом F 10.202 в период клинической ремиссии более 1 года. Все пациенты осмотрены и обследованы автором исследования.

На момент оценки качества жизни все пациенты находились в состоянии клинической ремиссии, лекарственной терапии не получали. Диспансерное наблюдение проходило в виде ежемесячного осмотра и рациональной психотерапии. Контакт врача-нарколога с пациентом по продолжительности занимал не менее 15 минут.

У пациентов 1 группы, находящихся на диспансерном наблюдении у врачей психиатров-наркологов с сформированной фазой «ИСТОЩЕНИЯ» и признаками профессиональной дезадаптации уровень качества жизни достоверно (на уровне значимости P□0,05) ниже, чем у пациентов 2 группы, которые наблюдались у врачей психиатров-наркологов с несформированной фазой.

Значительное снижение качества жизни пациентов 1 группы объясняется снижением качества и объема оказания врачом психиатром-наркологом наркологической помощи. Врач, в силу выраженной клинической симптоматики «эмоционального выгорания» просто не в состоянии оказать качественную наркологическую помощь пациенту, особенно если больной нуждается в проведении психотерапии. Контакт пациента с лечащим врачом становится максимально формальным. Оказание наркологической помощи сводится к заполнению амбулаторных карт и различных отчетов. Именно врач (не медицинское оборудование, не современные лекарственные препараты) является ключевым звеном системы здравоохранения в целом и системы наркологической помощи в частности. Совершенно очевидно, что повышение качества жизни пациентов длительно наблюдающихся (в течение 3-х и более лет) в наркологических диспансерах возможно только при высоком потенциале физического и психического здоровья участкового врача психиатра-нарколога.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ЛИЧНОСТНЫЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПАТТЕРНОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

Агибалова Т.В., Кибитов А.О., Поплевченков К.Н.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В последние годы многими исследователями активно изучается зависимость от психостимуляторов. Так, в ряде исследований описаны основные клинические проявления зависимости: особенности формирования, эйфории, абстинентного и постабстинентного синдромов, передозировки, медико-социальных последствий (Козлов А.А., 2009; Рохлина М.Л., 2013; Мохначев С.О., Рохлина М.Л., Саунова М.С., 2015). Указаны основные мишени и принципы терапевтического воздействия (Рохлина М.Л., 2013; Мохначев С.О., Рохлина М.Л., Саунова М.С., 2015). В современных условиях, в связи с широким распространением различных видов наркотических веществ, многими исследователями подчеркивается актуальность изучения полизависимости, в том числе особенностей формирования и проявления основных симптомов и синдромов комбинированного употребления психостимуляторов и других ПАВ (Рохлина М.Л., 2014).

Паттерн употребления ПАВ у больных с зависимостью от психостимуляторов может определяться генетическими, личностными и клиническими особенностями, и их сочетанием. Личностные особенности связывают во многом с генами серотониновой системы (Голимбет В.Е., 2010)

Цель исследования: Изучить генетические, личностные, клинико-психопатологические предикторы паттернов употребления ПАВ у пациентов с зависимостью от психостимуляторов.

Одной из задач исследования является выявление клинико-генетических профилей пациентов с зависимостью от психостимуляторов. Клинико-генетический профиль – это система взаимосвязанных клинико-психопатологических, личностных и генетических факторов, определяющих паттерн употребления, формирование и течение зависимости у конкретного индивидуума.

Объектом исследования являются пациенты с установленным диагнозом определенным по критериям МКБ 10, находящиеся на лечении в клинике НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» им. В.П. Сербского МЗ РФ, МНПЦ наркологии, МЦ «Не зависимость».

Результаты. В исследование включено 34 пациента. На основании собранного первичного материала (наследственная отягощенность, данные анамнеза жизни, характерологические особенности больных, данные о начале, развитии и течении заболевания, о сопутствующем употреблении ПАВ, о коморбидной патологии, о количестве амбулаторных обращений и госпитализаций, длительности терапевтических и спонтанных ремиссий) все больные были разделены на группы в зависимости от паттернов употребления ПАВ. Больше всего оказалось больных с зависимостью от психостимуляторов, не употребляющие другие ПАВ. Эти пациенты составили 1-ю группу (14 человек – 41,1%). Количество больных с зависимостью от психостимуляторов и сопутствующим употреблением каннабиноидов составило 11 человек – 32%. Они составили 2-ю группу, причем большая часть больных второй группы (9 человек – 82%) употребляла препараты конопли систематически. В 3-ю группу (4 человека – 12%) вошли больные с зависимостью от психостимуляторов и сопутствующим употреблением опиоидов (метадон, героин). Трое пациентов данной группы (75%)

употребляли опиаты систематически. 4-ю группу составили 3 пациента (9%) употребляющие психостимуляторы с алкоголем. Двое из них (67%) имели сформированную алкогольную зависимость. 5-ю группу составили 2 пациента (6%) которые наряду с систематическим употреблением психостимуляторов употребляли несколько ПАВ.

На втором этапе у пациентов производился забор крови на генотипирование, что позволит изучить полиморфные варианты генов дофаминовой и серотониновой нейромедиаторных систем пациентов, с различными паттернами употребления ПАВ.

На третьем этапе у пациентов исследовались личностные, клинико-психопатологические особенности формирования и течения зависимости. Было установлено, что в группах больных с зависимостью от психостимуляторов и сопутствующим употреблением других ПАВ больше пациентов с различными расстройствами личности. Видимо выраженная психопатизация больных является одним из основных факторов определяющим поиск новых ощущений и «заставляет» больных употреблять сочетания различных ПАВ. У таких больных значительно быстрее формируется зависимость не только от психостимуляторов, но и от других ПАВ, употребляемым параллельно. Употребление психостимуляторов усиливает эйфоризирующее действие опиатов («приход»), а так же придает чувство прилива сил, энергии во второй фазе опийной интоксикации. Изменяется и клиническая картина синдрома отмены. Сочетанное употребление психостимуляторов и опиоидов практически полностью устраняет алгический компонент ОАС, остаются достаточно выражены сомато-вегетативные проявления ОАС. В первые несколько дней большинство больных сонливы, малоактивны. Затем наоборот наблюдаются диссомнические расстройства. Характерны выраженные аффективные колебания, у больных отмечаются вспышки агрессии, раздражительности, немотивированной жестокости в течение суток, которые сменяются периодами истощения и выраженной слабости. После купирования основных проявлений синдрома отмены психостимуляторов и опиоидов, длительное время сохраняются аффективные нарушения в виде сниженного фона настроения, эмоциональной неустойчивости.

Употребление алкоголя и каннабиноидов вместе с психостимуляторами «тормозит» излишне стимулирующее действие психостимуляторов. Седативное действие алкоголя и каннабиноидов используется большинством обследованных больных в конце интоксикации от психостимуляторов с целью улучшения засыпания. В структуре синдрома отмены от употребления психостимуляторов и алкоголя преобладает выраженный аффективный компонент патологического влечения (дисфорическая депрессия), а также нейро-вегетативные проявления. При сочетанном употреблении психостимуляторов и каннабиноидов на первое место выходят аффективные и диссомнические нарушения.

Данные, полученные на втором и третьем этапе, в будущем помогут выявить клинико-генетические профили пациентов с зависимостью от психостимуляторов, а также провести сравнительный анализ социального функционирования у пациентов с различными паттернами употребления ПАВ.

На четвертом этапе планируется катамнестическое наблюдение за больными в течение года после выписки из стационара. На основании данных полученных на этом этапе, можно будет оценить эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов с зависимостью от психостимуляторов и различными паттернами употребления ПАВ с использованием выявленных клинико-генетических профилей.

ВЛИЯНИЕ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ

Агишев В.Г., Бизина Л.Н., Муратов Е.В.

Санкт-Петербург
ГПБ№3 им. И.И. Скворцова-Степанова

Цель исследования: оценка эффективности комплексного лечения патологического влечения к алкоголю (ПВА) с применением нелекарственных методов.

Материалы и методы. Обследовано 98 больных (32 женщины и 66 мужчин) с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя« (F10 по МКБ-10), в возрасте от 30 до 55 лет, (в среднем, 47,3±2,3 года), длительность заболевания от 7 до 15 лет (в среднем, 9,6±0,5 года). Обследованные больные были разделены на 4 группы согласно характеру применяемого терапевтического воздействия. В 1, 2, 3-й группах на фоне психофармакотерапии использовались инструментальные методы лечения. В первой группе сравнения (26 человек) больные получали лечение инфракрасным лазером (ИК-лазер), методами транскраниальной электростимуляции (ТЭС) и биологической обратной связи (БОС) – группа комбинированной терапии. Во второй группе (22 человека) лечение проводилось с использованием ИК лазера. В третьей группе (26 человек) – ТЭС. 24 больных, получавших традиционную психофармакотерапию (дезинтоксикационную, антидепрессанты, преимущественно, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в среднетерапевтических дозах), составили контрольную группу. Все больные прошли полный курс лечения продолжительностью 46 суток (стационарно и амбулаторно).

Методы обследования включали анамнестический, клинико-психопатологический, катамнестический, экспериментально-психологические методы (объективные клинические шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, шкала тревожности Спилбергера, общая самооценочная шкала выраженности симптомов алкогольного абстинентного синдрома (ААС), созданная на основе анкет А. Г. Гофмана и соавторов и И. В. Бокий и соавт.)

Результаты и их обсуждения. ПВА на 9 и 18 сутки в контрольной группе (3,2±0,4 балла и 2,4±0,3 балла) было достоверно больше, чем в группе, получавшей комбинированное лечение (1,9±0,3 балла и 0,5±0,2 балла) (в этой группе на 9 сутки закончен курс ИК-терапии, на 18 сутки закончен курс ТЭС) и ТЭС (1,2±0,1 балла и 1,0±0,1 балла), $p<0,05$. На 46 сутки в 1 группе, с комбинированным лечением, влечение к алкоголю было менее выражено (0,1±0,1 балла), чем в группе с использованием ИК-терапии (1,3±0,1 балла) и в контрольной (1,8±0,3 балла), $p<0,05$.

Достоверные различия исходных показателей патологического влечения к алкоголю по самооценочной шкале и последующих на протяжении курса лечения отмечаются с 5 суток в группе с применением ТЭС, с 9 суток в группах с использованием ИК-терапии и комбинированного лечения, с 18 суток в контрольной группе.

По окончании курса лечения произошла редукция ПВА по сравнению с исходными данными на 97,7% в группе с комбинированным лечением, на 75,3% – в группе с использованием ИК-терапии, на 90,1,5% – в группе с использованием ТЭС, на 68,8% – в контрольной группе. Наибольшее влияние на снижение ПВА оказала комбинированная терапия, воздействие ТЭС было более эффективно, чем ИК-терапия и традиционная ПФТ.

Выводы. Последовательное сочетание ИК-терапии и ТЭС, а также использование только ТЭС или ИК-терапии на фоне ПФТ больше снижали влечение к алкоголю, чем только ПФТ. Использование всех трех немедикаментозных методов способствует большему снижению влечения к алкоголю, чем только ПФТ или применение ИК-терапии на фоне ПФТ.

СОЗАВИСИМОСТЬ И МОТИВАЦИЯ НА ЕЕ КОРРЕКЦИЮ У РОДСТВЕННИКОВ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Адамова Т.В., Литвинков Н.П., Папырин В.Д., Даренский И.Д., Котельникова Л.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

У членов семьи лиц с зависимыми расстройствами (наркомания, алкоголизм, токсикомания и др.), часто наблюдается патологическое развитие личности, обозначаемое термином «созависимость». Проявления созависимости у родственников наркологических больных достаточно разнообразны: повышенная тревожность, постоянное ожидание худшего, стремление всех и все контролировать, пониженная самооценка, размытость границ своего «Я», подавление проявлений своих чувств и переживаний, склонность судить других, а также когнитивная, эмоциональная и духовная ригидность. Как зависимость, так и созависимость представляют собой длительные страдания, приводящие к деформации духовной сферы и значительному снижению качества жизни. В свою очередь, отрицание наличия данных проблем у себя затрудняет начало проведения психокоррекции созависимости.

Цель исследования/ Изучение особенностей (вариантов) созависимости у родственников наркологических больных и возможности проведения психокоррекции.

Задачи исследования: 1. Определить степень выраженности созависимости у род-ственников наркологических больных. 2. Определить уровень мотивации на психокор-рекционную работу созависимого поведения.

Методы исследования/ Клиническая беседа, анкетирование, шкала созависимости Дж. Фишера (Fischer J., адаптированная В.Д.Москаленко); авторский опросник на опреде-ление степени созависимости из 13 вопросов; Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-26) (G. J. Taylor и соавт. (1985).

Объект исследования. Проведено исследование 49 человек, разбитых на 2 группы (основную и контрольную).

Первую группу испытуемых (основную, 36 чел.), составили родители и ближайшие родственники больных наркоманией и алкоголизмом, средний возраст – 46,8 лет. Семей-ное положение: 25 чел. – замужем/женаты, 11 чел.- разведены или холосты; уровень образования: 25 чел.- имеют высшее, 4 чел.- неоконченное высшее; 5 чел. – средне-специальное, среднее – 2 чел.

Вторую группу (контрольную, 13 чел.) составили лица, в нуклеарных семьях кото-рых нет наркологических больных, с идентичными половозрастными и социальными по-казателями.

Результаты диагностики:

1. В первой группе (основной), у 20 чел. (55,6%) – диагностирована умеренно выраженная созависимость, которая характеризуется стремлением контролировать поведение близкого человека, зависимого от ПАВ; у 16 чел. (44,4%) – резко выраженная созависимость, характеризующаяся собственной болезненной зависимостью от поведения больного, развитием алекситимии, склонностью к психосоматическим и наркологическим заболеваниям.

Алекситимия выявлена у 13 чел. (36,1%); высокая вероятность развития алекситимии (принадлежность к группе риска) – у 16 чел. (44,5%). И отсутствие алекситимии у 7 чел. (19,4%);

Во второй группе (контрольной), наличие созависимости не выявлено (0%); отсут-ствие алекситимии у 12 чел. (92%), и у 1 чел. (7%) – выявлена высокая вероятность раз-вития алекситимии (принадлежность к группе риска).

2. Определение уровня мотивации на лечение у созависимых:

1) Первую группу – 29 чел. (80,5%) – составили обследуемые, предпочитающие фор-мальный уровень взаимодействия с врачами специалистами. Они пришли на консульта-цию не по поводу «своей проблемы«, а по поводу «проблемы своего зависимого род-ственника«. В процессе клинической беседы у них было выявлено отрицание созависи-мого поведения. На предложение пройти коррекцию по преодолению созависимого по-ведения они категорически отказались.

2) Вторую группу – 3 чел. (8,3%) – составили лица, обратившиеся к психотерапевту с запросом: «научите меня иному поведению«, «скажите, как мне себя вести«, осознающие собственную ответственность и готовые предпринимать усилия по собственному изме-нению. Основным запросом являлось: «научите меня иному поведению«, «скажите, как мне себя вести«.

3) Третью группу – 4 чел. (11,1%) – составили обследуемые, которые обратились с запросом: «помогите мне измениться«, который является наиболее редким и высказывается обычно сравнительно молодыми людьми с высшим образованием. По существу, эта группа родственников пациентов, употребляющих психоактивные вещества, не нуждаются в дополнительной мотивации на участие в психотерапевтической работе по преодолению созависимых отношений.

Выводы.

1. При исследовании родственников пациентов, зависимых от ПАВ, у всех определялась та или иная степень созависимости, в отличие от контрольной группы, где созависимые отношения не определились.

2. У большинства родственников пациентов, зависимых от ПАВ, отмечается отрицание созависимого поведения.

3. Проявление алекситимии у родственников пациентов, зависимых от ПАВ, является важнейшим симптомом, от которого в основном зависит оценка тяжести созависимого поведения.

4. У родственников пациентов, зависимых от ПАВ, требуется дополнительная мотивационная работа и на усиление стимула для участия в работе по преодолению созависимого поведения, и на создание мотивации по психокоррекции созависимости.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

Азбарова А.А.

Москва
МНИИП,
НИИ наркологии – филиалы ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Несмотря на наметившееся за последнее десятилетие, по данным статистики, снижение потребления алкоголя среди населения, в частности среди женщин, уровень потребления алкоголя в России остается на высоком уровне. Хорошо известно, что преморбидные характерологические девиации являются важными этиологическими факторами развития алкогольной зависимости.

Целью исследования является изучение личностных особенностей зависимых от алкоголя женщин, выявление характерологических черт предрасполагающих к развитию болезни и установление отличительных особенностей клинического течения алкогольной зависимости.

Материал и методы. Выборка из 60 женщин (средний возраст 42.5+-4.3) была обследована методом структурированного интервью и с помощью психометрических тестов личности, таких как многоаспектный личностный опросник (MMPI), опросник Клонингера для определения темперамента и характера (TCI), пятифакторный личностный опросник (BIG-5), тест Векслера для измерения уровня интеллекта и некоторые другие. Всем женщинам был поставлен диагноз «синдром алкогольной зависимости, вторая стадия» (F10.2 по МКБ-10). На

момент исследования у выбранной группы пациентов отсутствовали верифицированные диагнозы эндогенных психических заболеваний (шизофрения, биполярное аффективное расстройство), тяжелых органических поражений головного мозга (психоорганический синдром, деменция), эпилепсия, расстройство личности, а также тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации. Не включались в выборку и пациенты, имеющие в анамнезе алкогольный галлюциноз или делирий.

Результаты и их обсуждение. В обследуемой группе всего 61.1% женщин имели семейную отягощенность по алкоголизму: 27.8% имели среднюю степень и 33.3% имели высокую степень отягощенности.

Исследование показало, что лабильные, эпилептоидные, циклоидные и истерические черты были наиболее распространены у обследуемых женщин. В то же время было отмечено отсутствие женщин с преобладанием астеноневротических или шизоидных черт.

В анализируемой выборке был зарегистрирован средний уровень интеллектуального развития с тенденцией к хорошей норме (в среднем>100 пунктов по тесту Векслера).

По результатам MMPI, усредненный личностный профиль характеризовался завышенными значениями по шкалам «психопатии» (70.2), «паранойи» (72.5) и «гипомании» (66.5). Тогда как значения по шкалам «социальная интроверсия» (48.6) и «ипохондрия» (54.05) были заниженными. Полученные значения статистически значимо отличаются от нормативных показателей в популяции.

Обследованные женщины могут быть описаны как личности дисгармоничные, склонные к аффективным реакциям и с низкой конформностью. Как правило, у таких женщин плохо развит самоконтроль, они решают свои проблемы иррациональным путем, периодически теряют «связь с реальностью». Они не придерживаются принятых в обществе норм поведения и в основном обращены в мир своих субъективных переживаний. При этом, эти женщины испытывают глубокую потребность в поддержке, внимании и сочувствии.

По опроснику TCI, созданному на основе анализа генетических, нейробиологических и психиатрических данных, подтверждается достоверная связь между алкогольной зависимостью и повышением значений по фактору «поиска новизны». Индивиды с высокими оценками по шкале «поиск новизны» импульсивны, склонны нарушать правила, преграждающие им доступ к тому, что, как они полагают, принесет удовлетворение или позволит встряхнуться. Вероятно, «поиск новизны» и злоупотребление алкоголем имеют общую нейрогенную основу формирования положительного подкрепления. Общий вклад в «поиск новизны» и возникновение алкогольной зависимости вносит, по-видимому, и опиатная система, оказывающая модулирующее влияние. По этому тесту были также зарегистрированы низкие значения фактора «настойчивость», что свидетельствует о пониженной устойчивости к утомлению и фрустрации.

Относительно результатов BIG-5, были обнаружены высокие значения по шкале «нейротизм», а для остальных шкал определялись средние значения.

В своих интервью женщины упоминали о неудовлетворенности прожитой части жизни и самореализацией в ней. Они не воспринимают процесс жизни как интересный и захватывающий. Все вышеупомянутое не дает им эффективно осуществлять свою деятельность, вызывает эмоциональное истощение и ведет к реализации эмоциональной напряженности в непосредственном поведении – в употреблении алкоголя. Они воспринимают алкоголь как средство справиться с проблемами.

Результаты., полученные из тестовых опросников, показывают, что повышение по шкалам «психопатии», «паранойи», «поиска новизны», «нейротизма» и понижение по шкалам «социальной интроверсии», «ипохондрии», «настойчивости» имеет прямую связь с возрастанием социального неблагополучия.

Выводы. Дальнейшее исследование личностных особенностей женщин зависимых от алкоголя, наряду с рассмотрением биологических и социальных факторов позволит выявлять патопластическое влияние конституциональной основы на клиническое течение алкоголизма. Это поможет выделить группы риска, предупредить развитие болезни, будет способствовать развитию методов личностно-ориентированной психотерапии, повышению качества медикаментозной терапии.

ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Андропова Н.В., Максименко Н.Н., Бурлака О.В.

Владивосток
Тихоокеанский ГМУ

В настоящее время распространение наркомании, несмотря на принимаемые предупредительные меры, носит глобальный характер, будучи актуальной во всех странах и регионах. В Приморском крае за последние 5 лет отмечается резкий рост числа лиц, употребляющих наркотики синтетического происхождения, в основном синтетические каннабимиметики и психостимуляторы. Использование наркотических средств данной группы вызывает не только формирование зависимости, но гораздо чаще, чем при приеме традиционных наркотиков, наблюдается развитие интоксикационных психозов.

При анализе статистических данных за 2012-2014 гг. обращает на себя внимание тенденция к снижению в 1,7 раза общего числа интоксикационных психозов по Приморскому краю (с 1538 до 919 случаев за год), при прямо противоположной ситуации по г. Владивостоку, где наблюдается увеличение психотических расстройств почти в 2 раза (с 316 до 627 случаев). В целом в структуре психотических расстройств уверенно увеличивается количество психозов вследствие употребления синтетических наркотиков, как по Приморскому краю (с 1% до 16%), так и по г. Владивостоку (с 1% до 24%).

При анализе причин госпитализации больных в отделение неотложной наркологической помощи ГБУЗ КНД г.Владивостока в 2014 г. было выявлено, что 118 больных находились на лечение в связи с интоксикационными психозами вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) синтетического происхождения. Данная группа увеличилась более чем в 3 раза по сравнению с 2012 годом и составила 39% из числа всех госпитализированных в профильное отделение. Все пациенты поступили по направлению врачей скорой медицинской помощи в связи с неправильным поведением дома или в общественном месте через 1-3 часа после «употребления какого-то вещества».

При характеристике пола и возраста лиц данной группы выявлено преобладание в 3,5 раза мужчин по сравнению с женщинами (78% мужчин и 22% женщин). Среди обследованных, относящихся к возрастной группе до 20 лет, было 14%, от 20 до 29 лет – 38%, от 30 до 39 лет – 48% пациентов. Старше 40 лет больных не наблюдалось.

Анализ социальных факторов позволил определить, что подавляющее большинство обследуемых (77,9%) воспитывались в неполных или конфликтных семьях, в условиях гипоопеки, нередко при бытовом пьянстве отца или матери и слабой материальной базой семьи. В своих собственных семьях более 35% больных разведены, 31,3% не состояли в браке и не имели постоянных партнеров. В целом анализ супружеских отношений пациентов, состоящих в браке и разведенных, в 46,6% случаев показал взаимоотношения в семье как «неблагополучные», в 37,3% как «скорее неблагополучные», в 9,3% случаев как «переходные».

Установлено, что отягощенный профессиональный маршрут с частой сменой работы и неквалифицированной работой встречался у подавляющего числа пациентов – 71,2%, при этом 57,6% обследуемых к моменту возникновения интоксикационного психоза работали не по специальности. На низкую трудовую адаптацию указывают такие данные, как неквалифицированная работа у 66,1%. Таким образом, характеристика трудового статуса свидетельствует о том, что большинство обследуемых социально дезадаптированы по профессиональному признаку с подавляющим преобладанием безработных и временно работающих (93%).

При анализе длительности употребления различных наркотических веществ выявлено, что более 55,1% больных с интоксикационными психозами ранее употребляли наркотики систематически от 1 года до 5 лет, 23,7% в течение 5 – 10 лет, 13,6% – более 10 лет, и только 7,6% больных имели наркотический стаж менее 1 года. Перед развитием психоза практически все обследуемые (94%) переходили на употребление синтетических каннабимиметиков (11%), синтетических психостимуляторов (72%), либо их сочетанное применение (11%).

Психотическое расстройство развивалось через 0,5 – 2 часа после приема наркотического вещества внутривенно, интраназально или перорально и характеризовалась развитием различных клинических вариантов, из которых реже наблюдались состояние спутанности (11%) и психозы с преобладанием бредовой симптоматики с суицидальными мыслями и тенденциями (6%). В подавляющем большинстве случаев (83%) психотическое расстройство протекало с нарушениями восприятия и представлений, характеризовалось параноидной симптоматикой с острым чувственным бредом, идеями отношения и преследования, тревогой, растерянностью, элементами делириозных расстройств: эпизодическими слуховыми, зрительными и тактильными галлюцинациями угрожающего содержания. Болезненное состояние сопровождалось возбуждением различной степени выраженности вплоть до агрессивного поведения; часто больные оказывали сопротивление медицинскому персоналу или сотрудникам полиции при стационировании или обращались в бегство. Длительность наблюдаемых психозов составляла обычно от нескольких дней до 2 – 3 недель. После выхода из интоксикационного психоза у больных наблюдалась частичная амнезия болезненных переживаний.

Таким образом, за последние 3 года наблюдается значительный рост числа интоксикационных психозов у лиц, употребляющих ПАВ синтетического происхождения, как в Приморском крае, так и особенно в г. Владивостоке. Данные больные составляют значительную часть среди поступающих на лечение в наркологический стационар с острыми психозами (39%). Среди них преобладают мужчины (78%), в возрасте от 20 до 39 лет (86%), безработные или временно работающие (93%). Стаж употребления наркотиков чаще всего составляет от 1 года до 5 лет (55,1%), а перед развитием психоза практически все обследуемые (94%) переходят на употребление синтетических каннабимиметиков (11%), синтетических психостимуляторов (72%), либо их сочетанное применение (11%). При характеристике клинической картины психозов можно отметить, что психопатологические проявления при интоксикации синтетическими психоактивными веществами соответствуют шизофренофор мным психозам с преобладанием аффективно-параноидной симптоматики, что в значительной степени затрудняет дифференциальную диагностику имеющихся расстройств с группой психозов эндогенной этиологии.

Полученные результаты рекомендовано использовать для первичной профилактики среди здорового населения, а также для мотивации лиц, употребляющих синтетические ПАВ, для дальнейшего участия в лечебно-реабилитационных программах.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ПРЕМОРБИДНЫМИ ЧЕРТАМИ ЛИЧНОСТИ И ЧАСТОТОЙ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЕГО ПРОГНОЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

Ашуров З.Ш., Шин З.В.

Ташкент, Республика Узбекистан
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Преморбидно психопатические личности составляют до 20% больных алкоголизмом [Shuckit M., 2008], а по некоторым данным [Ross H. E. et al., 2009] – до 42% больных. Алкоголизм у психопатических личностей характеризуется ранним началом систематического пьянства и собственно болезни, более тяжелым нарушением социальных функций, слабостью и неустойчивостью трезвеннических установок и критики к болезни, частыми рецидивами, возбуждением, агрессией, суицидальным поведением в опьянении [Hesselbrock M. N. et al., 2005]. В ряде работ указывается, что эффективность лечения зависит от определенных характерологических особенностей, от наличия или отсутствия психопатических черт [Solms, А.Н. Молохов, Ю.Н. Рахальский, 2010].

Задачи исследования. Исследовать, существует ли взаимосвязь между преморбидными чертами личности, девиантным поведением и тяжестью синдрома отмены.

Материалы и методы. Для получения необходимых клинических показателей была разработана унифицированная карта динамического наблюдения за больными.

Выраженность тяжести психопатологических, в том числе астенических, а также вегетативных и неврологических расстройств мы оценивали по 4-балльной системе. Динамику клинических расстройств заболевания оценивали ежедневно в период пребывания больных в стационаре (от 4 недель и более). Диагностические критерии зависимости и психопатологические изменения личности устанавливались в соответствии с МКБ-10. В качестве статистических критериев использовались критерий Duncana и t-критерий Стьюдента. Все виды статистического анализа данных проводились с использованием пакета программных средств «SPSS» статистического анализа данных.

Полученные результаты исследования. У 21 больного (29,5%) определялись возбудимые черты характера. У 18 пациентов (25% случаев) – стенические черты характера. Астенические и тревожно-мнительные черты наблюдались у 11 больных (15,2%). Шизоидный тип личности встречался в 6,8% случаев. Истерические черты – в 11,1% случаев (8 больных). У 7 больных (9,6%) имели место мозаичные черты характера. У этих больных наблюдалось сочетание стенических черт с истерическими. У 2 больных (2,8%) имел место психический инфантилизм.

Всем больным были выставлены диагнозы: хронический алкоголизм 2 стадии. Все больные в зависимости от тяжести синдрома отмены были разделены на 3 группы: с умеренно выраженным синдромом отмены, с синдромом отмены средней степени тяжести и с тяжелым синдромом отмены.

Первую группу с умеренно выраженным синдромом отмены составили 25 больных (34,7%). Первые признаки синдрома отмены у данных больных начинались через 9-12 часов и были представлены умеренно выраженными психопатологическими, в том числе и астеническими, и незначительно выраженными вегетативными, алгическими и неврологическими расстройствами, которые редуцировались на 7 сутки. У 18 пациентов из данной группы (72,7%) преобладали стенические черты характера, а у 7 больных (28%) имели место мозаичные черты характера. Частота проявлений девиантного поведения в данной группе выявлялась у 5 больных (6,94% от общего количества пациентов, или 20% от данной группы).

Вторая группа с синдромом отмены средней тяжести была представлена 16 больными (22,2% случаев от общего

количества больных). Клинические расстройства синдрома отмены появлялись через 10-12 часов и были представлены выраженными психопатологическими, умеренными вегетативными, алгическими, неврологическими и незначительными астеническими нарушениями. Уменьшение тяжести психопатологических, алгических, вегетативных и астенических нарушений происходило на 7 сутки терапии: клинические расстройства синдрома отмены носили незначительно выраженный характер, однако полная их редукция не наступала. В данной группе преобладали астенические и тревожно-мнительные черты характера – 68,8% (11 больных). У остальных пациентов данной группы обнаружен шизоидный тип личности. Девиантное поведение наблюдалось у 10% больных от общего числа, или 31,8% от данной группы.

В третью группу с тяжело протекающим синдромом отмены вошли 31 больной (43,1% от общего числа). Синдром отмены у данной категории больных развивался быстрее и был представлен доминирующими психопатологическими, алгическими, умеренно выраженными вегетативными, неврологическими и незначительно проявляющимися астеническими расстройствами. Уменьшение тяжести психопатологических и алгических нарушений происходило на 5 – е сутки лечения, однако далее, несмотря на терапию, они оставались умеренно выраженными. Астенические проявления на 14- е сутки нарастали и были умеренной интенсивности. Следует отметить, что ни одно из вышеуказанных расстройств не редуцировалось к 14- м суткам терапии. У 21 больного (в 67,8% случаев в данной группе) определялись возбудимые черты характера, у 8 пациентов (11,1% наблюдений) истерические, а у 2 больных имел место психический инфантилизм. Частота проявлений девиантного поведения у больных данной группы выявлялась в 22 случаях (30,6% от общего числа, или 71% от данной группы).

Выводы. Таким образом, проведенное исследование выявило корреляцию и определенные закономерности между преморбидными чертами личности, частотой девиантного поведения и выраженностью синдрома отмены. Полученные результаты показали, что у лиц с эксплозивными чертами характера, случаи девиантного поведения, рост толерантности происходил быстро, наблюдалось стремительное формирование синдрома отмены. Купирование клинических проявлений заболевания и нормализация состояния носили затяжной характер. У лиц со стеническими, а также мозаичными чертами характера (сочетание стенических и истерических черт), случаи девиантного поведения выявлялись реже. По сравнению с больными с эксплозивными чертами характера наблюдалось сравнительно медленное формирование синдрома отмены, быстрая редукция его клинических проявлений. Больные с астеническими, психастеническими и шизоидными чертами характера занимали промежуточное положение между больными с преимущественно эксплозивными чертами характера и больными со стеничными, а также мозаичными чертами характера. Отмечались относительно медленная редукция клинических проявлений синдрома отмены и нормализация общего состояний пациентов.

МОДЕЛЬ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА

Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Цветкова Л.А., Волкова Е.Н.

Санкт-Петербург
СПбГУ

Одним из основных направлений прикладных исследований в психологии является разработка профилактических программ в области здоровья. Однако методология исследований в этой области разработана в настоящее время недостаточно. Предлагаемая модель была реализована при разработки программы профилактики Фетального алкогольного синдрома – заболевания, развивающегося у ребенка под влияем алкоголя, употребляемого матерью во время беременности.

Первый этап разработки программы профилактики Фетального алкогольного синдрома включал «формативные» исследования. Их целью являлось сбор данных, необходимых для разработки профилактической программы: знания об этой проблеме женщин и специалистов и их установки, реальный уровень употребления алкоголя женщинами детородного возраста, изучение факторов, влияющих на сокращение или прекращение употребления алкоголя; предпочтения женщин в отношении профилактики, получения информации, ее содержание и способов воздействия. Выборка, участвующая в исследовании, была стратифицирована, чтобы включить беременных и небеременных женщин, а также городское и сельское население. В опросе приняло участие 648 женщин детородного возраста и 203 врача (гинекологи и педиатры), исследование женщин проводилось в двух регионах – Санкт-Петербурге и Нижегородской области. Результаты исследования показали, что женщины детородного возраста характеризуются высоким уровнем употребления алкоголя, не обладают необходимой информацией о негативном влиянии алкоголя на плод, не имеют запрещающих установок в отношении употребления алкоголя во время беременности. В группу риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, попадают около 40% исследованной выборки. Выявлено, что для женщин наиболее значимыми являются научно-обоснованная информация, представленная в доступном виде, и информация, которую дает врач-гинеколог. Однако результаты исследования свидетельствуют, что врачи акушеры-гинекологи не уделяют должного внимания проблеме употребления алкоголя женщинами детородного возраста и беременными, не имеют навыков корректного обсуждения с женщинами темы употребления алкоголя, не владеют методами скрининга для выявления группы риска, а также не имеют четких представлений о критериях выделения этих групп. В женских консультациях практически полностью отсутствовала целенаправленная информация о влиянии алкоголя на плод и возможных негативных последствиях для ребенка. Анализ учебных программ медицинских ВУЗов показал, что в них практически отсутствуют разделы, тематически связанные с употреблением алкоголя женщинами детородного возраста, ФАС\ФАСН и формированием навыков вмешательства в связи с проблемой употребления алкоголя.

На 2-ом этапе на основании данных, полученных в ходе «формативного» исследования и интеграции разработок в смежных областях, была разработана новая профилактическая программа, включающая краткосрочное профилактическое вмешательство, осуществляемое врачом-гинекологом и информационные материалы для женщин, разработанные на основании данных фокусных. Все компоненты программы были протестированы: в ходе рандомизированного контролируемого испытание (в исследовании приняли участие 420 женщин детородного возраста) было подтверждено позитивное влияния информационных материалов на установки и реальное поведение женщин; также было эмпирически подтверждено, что разработанный учебный модуль для врачей, включавший теоретическую часть и обучение навыкам краткосрочного вмешательства, успешно осваивается врачами (в исследовании приняло участие 127 врачей-гинекологов).

Следующим этапом разработки профилактической программы являлось рандомизированное контролируемое клиническое испытание, направленное на оценку действенности предложенного краткосрочного вмешательства. 20 женских консультаций в Санкт-Петербурге и Нижегородской области были случайным образом распределены на экспериментальные (с краткосрочным вмешательством) и контрольные (стандартное

медицинское обслуживание). Выборку составили 764 небеременные женщины детородного возраста, из них 374 – в экспериментальных консультациях. В экспериментальных женских консультациях было проведено обучение врачей-гинекологов, которое включало как теоретическую часть, так и обучение практическим навыкам проведения краткосрочного вмешательства, направленного на предотвращение воздействия алкоголя на плод для профилактики ФАС/ФАСН. Особое внимание здесь уделялось соблюдению протокол вмешательства, что обеспечивает надежность данных исследований. В связи с этим в исследовании был реализован следующий план надежности: 1) все врачи проходили тренинг и оценку своих навыков до критерия выполнения всех компонентов вмешательства; 2) осуществлялся систематический мониторинг выполнения вмешательства, использовались аудиозаписи вмешательства врача с последующей оценкой супервизорами; 3) обязательным считалось выполнение 80% всех компонентов вмешательства по крайней мере у 95% женщин, если это условие не выполнялось, то врач проходил дополнительный тренинг, повторную оценку навыков и мог быть исключен из исследования, если не мог выполнить эти требования; 4) супервизорами исследования являлись психологи, врач-гинеколог и врач-нарколог, которые в случае необходимости могли оценить вмешательство, предоставить обратную связь и помочь в отработке навыков. Аудиозаписи прослушивались 2-мя супервизорами. Результаты исследования свидетельствуют об эффективности разработанного краткосрочного вмешательства для врачей гинеколог, направленно на профилактику ФАС. В экспериментальной выборке, где осуществлялось краткосрочное вмешательство достоверно снизилось употребление алкоголя, увеличилось количество женщин, имеющих адекватные представления о влиянии алкоголя на плод и ФАС, а также количество женщин, считающих недопустимым употребление алкоголя во время беременности ни при каких обстоятельствах.

Для реализации профилактической программы в практике разработаны следующие материалы: сайт, посвященный распространению информации о ФАС и влиянии алкоголя на плод, для женщин и специалистов (www.fasnet.net); информационные материалы для женщин, учебные модули для врачей; краткосрочное вмешательство, направленное на профилактику ФАС; тренинг навыков краткосрочного вмешательства для врачей гинекологов; программа подготовки ведущих групп по формированию навыков краткосрочного вмешательства; методические материалы для тренингов.

ПРОДУКЦИЯ ЦИТОКИНОВ И ПАРАМЕТРЫ ИММУННОГО СТАТУСА У ЛИЦ С АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Батухтина Е.И., Невидимова Т.И., Савочкина Д.Н., Бохан Н.А.

Томск
НИИПЗ

Многочисленными исследованиями установлено участие иммунной системы в болезнях зависимости (Гамалея Н. Б. и др., 2000, 2008; Мягкова М. А. и др., 2001, 2002; Ветлугина Т. П. и др., 2001, 2010; Иванова С. А. и др., 2002; Невидимова Т. И. и др., 2006, 2013; Говорин Н. В. и др., 2008; Коконова Д. Н., 2009) Особого внимания заслуживают изменения цитокинового баланса при аддиктивной патологии, которые характеризуются разноплановыми сдвигами провоспалительных и противовоспалительных растворимых клеточных факторов в разные сроки и на разных этапах зависимых расстройств (Панченко Л. Ф. и др., 2010; Azarang A. et al., 2007; Reece A. S., 2012). Возможно, что одним из механизмов возникновения аддикции и предрасположенности к ее формированию является активация клеток иммунной системы, приводящая к комплексу реакций центральной нервной системы посредством взаимодействия цитокиновых и нейромедиаторных механизмов в мозге (Клименко В. М. и др., 2000; Kuang Y. M., 2007; Crews F. T., 2012; Clark K. H. et al., 2013; Loftis J. M. et al., 2013).

Целью исследования было изучить сдвиги цитокинового профиля и параметров иммунного статуса у лиц с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ и их сопряженность с клинико-анамнестическими характеристиками.

Лабораторными методами обследованы 61 наркологических пациентов (F11.2×, F19.2×, F12.1×) и 85 условно здоровых лиц в возрасте от 16 до 29 лет. Фенотипирование субпопуляций CD2+, CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD95+, CD20+- лимфоцитов осуществлялось на проточном цитофлюориметре FACS Calibur (компания BD, США) и в иммунофлуоресцентном тесте. Супернатанты культур цельной крови, индуцированных липополисахаридом (Sigma), исследовались на наличие интерлейкина-1β (ИЛ-1β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухолей альфа (ФНО-α) методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием наборов реагентов производства ООО «Протеиновый контур» (г. Санкт-Петербург).

Были выделены группы зависимых от ПАВ лиц с низким (ниже контрольного) [434,1 (291,1; 525,4) пг/мл и 700,0 (503,9; 950,0) пг/мл, p<0,05)] и средним (равным контрольному) [(904,5 (688,6; 971,0) пг/мл и 700,0 (503,9; 950,0) пг/мл] уровнями продукции ФНО-α [Median (LQ, UQ)].

Лабораторным исследованием у зависимых потребителей ПАВ с низким уровнем продукции ФНО-α выявлено снижение субпопуляции CD2+-лимфоцитов [65,0 (55,1; 73,4)% и 79,5 (73,9; 84,0)%, p<0,05], уровня продукции ФНО-α [434,1 (291,1; 525,4) пг/мл и 904,5 (688,6; 971,0) пг/мл, p<0,05] тенденция к возрастанию количества хелперов/индукторов CD4+ [40,1 (34,1; 48,4)% и 32,0 (24,9; 43,0)%, p<0,1], уровня IgM [2,5 (1,8; 3,2) г/л и 1,9 (1,2; 2,1) г/л, p<0,1] по сравнению с зависимыми от ПАВ лицами со средним уровнем продукции ФНО-α.

Оценка вклада ИЛ-6 в закономерности психонейроиммунологического реагирования у зависимых от ПАВ лиц проводилась в группах с высоким (выше контрольного) [3531, 6 (3180,8; 3813,9) пг/мл и 2413,7 (1931,0; 3249,0) пг/мл, p<0,05)] и средним (равным контрольному) [2590, 5 (2349,8; 3035,5) пг/мл и 2413,7 (1931,0; 3249,0) пг/мл] уровнями продукции данного цитокина [Median (LQ, UQ)].

В лабораторных показателях у зависимых от ПАВ лиц с высоким уровнем продукции ИЛ-6 установлены возрастание уровня продукции ИЛ-6 [3551, 9 (3202,7; 3813,9) пг/мл и 2590, 5 (2349,8; 3035,5), p<0,05)], тенденции к снижению уровня продукции ИЛ-1β [219,2 (184,1; 248,0) пг/мл и 269,7 (218,7; 699,4) пг/мл, p<0,1)], возрастанию количества лейкоцитов [7,7 (6,8; 9,3) 109/л и 7,1 (5,5; 8,2) 109/л, p<0,1)], снижению количества лимфоцитов [29,0 (23,0; 33,0)% и 33,5 (28,0; 41,0)%, p<0,1)] по сравнению с зависимыми потребителями ПАВ со средним уровнем продукции ИЛ-6 [Median (LQ, UQ)].

Поскольку значимые изменения уровня продукции ИЛ-1β отмечены только у зависимых от ПАВ лиц мужского пола зрелого возраста, для дальнейшего анализа были выделены группы зависимых от ПАВ лиц мужского пола зрелого возраста с высоким (выше контрольного) [327,4 (215,1; 892,0) пг/мл и 214,6 (200,0; 221,0) пг/мл, p<0,05)] и средним (равным контрольному) [219,4 (217,7; 239,9) пг/мл и 214,6 (200,0; 221,0) пг/мл, p<0,05)] уровнем продукции данного цитокина.

При лабораторном обследовании у зависимых от ПАВ лиц с высоким уровнем продукции ИЛ-1β выявлены возрастание уровней IgG [1,7 (1,4; 2,3) г/л и 2,1 (1,7; 2,6) г/л, p<0,05)], продукции ФНО-α [904,5 (628,2; 971,0) пг/мл и 254,0 (190,0; 484,0) пг/мл, p<0,05)], тенденция к возрастанию продукции ИЛ-1β [327,4 (215,1; 892,0) пг/мл и 219,4 (217,7; 239,9) пг/мл, p<0,1)]

по сравнению с зависимыми потребителями ПАВ со средним уровнем продукции ИЛ-1β.

Для изучения сопряженности уровней продукции цитокинов с клиническими характеристиками зависимости от ПАВ проводился сравнительный анализ клинико-анамнестических показателей в группах, различающихся уровнями продукции ФНО-α, ИЛ-6 и ИЛ-1β. Обнаружены тенденция к возрастанию толерантности к ПАВ и снижение возраста манифистации абстинентного синдрома у зависимых от опиоидов лиц со средним уровнем продукции ИЛ-1β по сравнению с зависимыми от опиоидов с высоким уровнем продукции ИЛ-1β.

Таким образом, продукция цитокинов у зависимых от ПАВ лиц сочетается со сдвигами параметров иммунного статуса и имеет взаимную сопряженность. Выявленные взаимосвязи с клиническими характеристиками могут свидетельствовать о том, что для лиц с нетяжелым течением опиоидной зависимости характерно увеличение уровня продукции ИЛ-1β. При возрастании тяжести течения синдрома зависимости от опиоидов наблюдается отсутствие изменений уровня продукции ИЛ-1β при наличии сдвигов продукции ФНО-α и ИЛ-6.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 14-15-00183)

ФАКТОРЫ АДАПТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАНТОВ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Барабанова Л.В.

Воронеж
ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Реабилитационная направленность современной наркологии постулирует необходимость выделения ключевых критериев эффективности восстановительного процесса, основанных на клинико-психологическом и терапевтическом статусе каждого больного. Поэтапная реабилитационная тактика с построением определенного континуума терапевтических задач обусловлена клинической динамикой наркотической зависимости, необходимостью последовательной коррекции эмоционально-волевых расстройств с учетом физического состояния и личностных установок больного. (Валентик Ю.В., 2002, Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю., 2001). В разработанной нами программе реабилитации наркозависимых в условиях наркологического стационара (Барабанова Л.В.,2007) поэтапные лечебные мероприятия направлены на предотвращение срыва в процессе и после лечения в стационаре, пролонгацию терапевтической ремиссии, профилактику необратимых изменений личности и социальной дезадаптации наркозависимого. Дефицит «субъектности» и адаптированности (S. Friedman, Nicholas F. Fleming, David H. Roberts, Steven E.;1998) наркологического больного может привести к срыву реабилитации, когда больной не удерживается в реабилитационном отделении и самовольно его покидает. Особый интерес и практическую ценность, на наш взгляд, представляет разработка методики управления адаптивным процессом в условиях реабилитации наркологических больных, так как эффективное управление способно не только обеспечить реализацию их адаптивных потребностей, но и позволит прогнозировать и обосновывать эффективность реабилитационных программ в наркологии.

Целью исследований стала оценка степени адаптивности наркозависимых в процессе реабилитации в наркологическом стационаре и факторы, на нее влияющие.

Материалы и методы. Был проведен выборочный анализ группы больных опийной наркоманией методом случайной выборки, находящихся в реабилитационном стационаре Воронежской ГКБ №18 с декабря 2013 г. по июнь 2014 г., в количестве 119 человек мужского пола, средний возраст 30,7±5,8лет. Контрольной группой служили пациенты наркологического отделения «детокса» (35 человек) и здоровые студенты ВГМУ (37 человек). Были использованы следующие методы: клинический (включая клинические шкалы психического состояния, степень влечения к ПАВ –«Шкалы квантифицированных оценок» (М.А. Винникова, 2001), «Степень осознания своей болезни» (отношения к болезни и лечению на основе соответствующей Шкалы квантифицированной оценки (М.В. Демина, 2004), экспериментально-психологический: тесты САН, тест ценностных ориентаций Шварца, тест адаптивности -Многоуровневый личностной опросник «Адаптивность« (МЛО-АМ), тест портретных выборов Сонди, В качестве оценки адаптивных возможностей пациентов- реабилитантов в настоящем исследовании были выбраны клинический метод исследования больных (расспрос, наблюдение), а также этапный эпикриз на каждого больного за каждые 7 дней его нахождения в реабилитационной программе (РП) с учетом показателей самочувствия, активности, настроения (САН), участие в мероприятиях РП и т.п. Каждый показатель был ранжирован от -1,0, +1, +2, после чего высчитывался показатель адаптационного снижения (АС) по нескольким параметрам: самочувствие, активность, настроение, контактность и затем проводилось сравнение этих показателей у реабилитантов, оставшихся в программе (свыше 30 дней) и больных, покинувших программу в течение первых 30 дней.

Результаты и обсуждение. В зависимости от сроков нахождения в РП больные распределились следующим образом: доля покинувших РП на ранних сроках (до 30 дней), составила 56%, тогда как доля продолживших РП на разных сроках составила чуть меньше половины-44%. По степени влечения к наркотикам реабилитанты распределились следующим образом: не удержавшиеся в РП, испытывали влечение тяжелой степени – 42%, влечение средней степени тяжести – 56%, влечение легкой степени тяжести – 2%, тогда как в группе продолживших РП эти показатели были: средняя степень и легкая соответственно 25% и 65%. Таким образом, в группе покинувших РП степень тяжести влечения была в целом больше. По степени агнозии в группе покинувших РП с тяжелой агнозией было около 95%, тогда как в группе, удерживающихся в РП было с тяжелой агнозией-15%, с анозогнозией частичной- 80%, и с отсутствием агнозии-5%. Анализ личностных особенностей больных опийной наркоманией в начале восстановительной терапии показал достоверное по сравнению с группами контроля различия в структуре личности больных. Так, по результатам исследований ценностных ориентаций в группе больных с химической зависимостью первый ранг занимают ориентации на гедонизм и стимуляцию (66%), второй ранг – безопасность (55%), третий – власть (44%). В группе здоровых испытуемых на уровне идеальных приоритетов определяется стремление к безопасности, на втором – доброта, на третьем – самостоятельность. После прохождения 1,5-2 месяцев реабилитационной программы нами было проведено повторное исследование личностно-ценностных ориентаций наркозависимых: на первом месте выявлялись стремления к достижениям, безопасности (57%), на втором – самостоятельность (51%), на третьем сохраняется стремление к гедонизму. Данные показатели мы оцениваем как позитивную динамику, тогда как у реабилитантов, покинувших отделение, динамики в ценностных ориентациях не было, в их личности доминировали ориентация на гедонизм, стимуляцию, асоциальность. Кроме того, по данным теста Сонди, у таких больных наблюдались выраженные изменения в личности в виде алло- и аутодеструкцией социальных норм и ценностей, низкая конформность и уровень достижений, что клинически проявляется негативизмом к терапевтическим воздействиям, отчужденностью, отсутствием целенаправленной деятельности, неприятием норм и правил поведения в реабилитационном отделении, признаками эмоционально-волевого наркоманического дефекта личности, и в целом, низкой адаптивностью. Адаптивное сни-

жение у реабилитантов, удержавшихся в РП, при вхождении в нее значительно ниже как по общему показателю-2,6 по сравнению с 5,7 в группе реабилитантов, покинувшие программу ($p<0,05$); показатели контактности и настроения страдают у них в большей степени, чем у реабилитантов, оставшиеся в программе (практически в 2 раза), что согласуется с клинической картиной и данными литературы, свидетельствующими, что чем больше идет пациент на контакт с врачом, психологом (т.е, чем больше он способен на комплаенс –реакции), – тем больше у него шансов на выздоровление.

Выводы. 1. Адаптивный потенциал – комплексное понятие. Он может зависеть как от биологических (возраст, тяжесть патологического процесса, критичность к своему состоянию, степень влечения к ПАВ), так и от психологических, личностных, причин. 2. Формирование ценностей нормативной личности, снижение уровня анозогнозии и появление осознания своей проблемы зависимости, а также улучшение настроения и уровня общительности, открытости личности будет свидетельствовать о повышении уровня адаптивности пациента. 3. В процессе адаптации в наибольшей степени страдает активность и настроение больного наркоманией, поэтому в процессе адаптации реабилитанта к реабилитационной программе в первые 7-10 дней необходимо учитывать не только его участие в программе, но также, в первую очередь, его настроение (тесно связанное с мотивациями) и коммуникабельность, что повысит его шансы на продолжения реабилитации.

ПОИСКОВЫЙ ПОЛИНАРКОТИЗМ И РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ У ПОДРОСТКОВ – СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Бенько Л.А., Боклач П.И.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Актуальность. Первое десятилетие нынешнего столетия охарактеризовалось появлением на наркорынке травяных курительных смесей, содержащих синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов. По сравнению с прошлыми годами общее количество погибших наркоманов сократилось, но доля любителей синтетики среди них возросла на 14% (данные ФСКН, 2015). Для подростков характерен первичный поисковый полинаркотизм – они пробуют действие различных токсических веществ прежде, чем остановятся на предпочитаемом. Из патогенетических механизмов воздействия синтетических каннабиноидов (СК) известно, что они избирательно действуют на СВ-1 и СВ-2 рецепторы. Их концентрация наиболее высока в базальных ядрах, черной субстанции, мозжечке, гиппокампе, коре головного мозга (в лобных долях). И, несмотря на избирательность воздействия СК на структуры головного мозга, в настоящее время локализация деструктивного воздействие СК не выявлена.

Цель исследования: сравнить особенности поражения структур головного мозга у подростков, страдающих поисковым полинаркотизмом и подростков с резидуально-органическим психосиндромом.

Материалы и методы. Было обследовано две группы подростков, мужского и женского пола, 13-16 лет: 1 группа – подростки, употребляющие наркотические смеси (29 человек), 2 группа – подростки с резидуально-органическим прихосиндромом, без аддиктивных расстройств (30 человек). Обследование проводилось на базе амбулаторной, стационарной службе ГБУЗ Челябинской областной клинической наркологической больницы. Методы исследования: комплексный клинико-нейропсихологический анализ состояния высших психических функций с оценкой нарушенных звеньев психической деятельности, клинико-анамнестический метод.

Результаты. При оценке полученных результатов у лиц первой группы была выявлена функциональная недостаточность лобных долей: в 98%, из них нарушений по типу легкой степени выраженности нейропсихологического дефицита – 63%, умеренной степени – 32%, тяжелой степени – 5%. Также выявлена функциональная недостаточность зоны ТРО в 90% случаев, из них нарушения легкой степени – 60%, умеренной – 37%, тяжелой степени – 3%. В первой группе имелись нарушения межполушарных взаимодействий в 60% случаев и функциональная дефицитарность стволовых отделов в 70% случаев, отмечалось снижение объемов кратковременной и долговременной памяти в 82% случаев. У подростков 2 группы было выявлено: поражение структур энергетического блока – в 59% случаев, поражение зоны ТРО – в 52%, функциональная недостаточность лобных долей – 33%, снижение памяти – 30%, нарушение межполушарного взаимодействия -12%.

Выводы. Выявлено, что подростки с аддикцией при сравнении с органическим поражением головного мозга имеют 1) преимущественное поражение лобных долей – 98%, при органической психосиндроме – 33%; 2) поражение зоны ТРО в 90%, по сравнению с 52% при органическом психосиндроме; 3)выраженное снижение кратковременной и долговременной памяти – 82% и 30%; 3) нарушение межполушарного взаимодействия – 60% и 12%.

МЕДИЦИНСКАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Береза Ж.В.

Санкт-Петербург
Ассоциация организаций здравоохранения
Медицинский центр Бехтерев

Программа «Комплексная психотерапевтическая медицинская модель реабилитации пациентов с химическими и нехимическими аддикциями, расстройствами личностями, а также членов их семей» успешно разрабатывается и используется в Ассоциации организаций здравоохранения «Бехтерев» на протяжении шести с половиной лет. За это время разработаны и апробированы основные принципы и подходы оказания реабилитационной помощи, позволяющие эффективно работать со «сложным» контингентом наркологических больных. Медицинская модель предполагает профессиональную психотерапевтическую помощь на всех этапах реабилитационного процесса, адекватное фармакологическое лечение коморбидных психических расстройств, преимущественно стационарную помощь на этапе раннего и позднего постабстинентного периода (до 45- 60 дней после проведения дезинтоксикации), а также работу специалистов не только с самим пациентом, но с семейной системой в целом, на основе специально разработанных программ семейной, индивидуальной и групповой психотерапии.

Цель исследования: Оценка эффективность медицинской модели стационарной реабилитации, опираясь на клинические, психологические и социальные характеристики пациентов на различных этапах лечебного процесса.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 133 пациента, страдающих зависимостью от различных ПАВ, прошедших стационарное лечение в отделении реабилитации Медицинского центра «Бехтерев» в 2013-2014 году. Критериями включения в исследование были: мужской пол, возраст от 18 лет, установленный диагноз (F 11.20, F 12.20, F13.20, F15.20 F19.20 по МКБ-10), состояние вне острой фазы абстиненции (от

7 дня воздержания) и отрицательный поли-тест на наличие ПАВ в моче, подписание добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Оценка клинических, психологических, социальных показателей у пациентов проводилась клиническим методом, с использованием валидизированной шкалы – опросник «Индекс тяжести зависимости» – Addiction Severity Index (EuropASI русскоязычная версия), Опросник выраженности психопатологической симптоматики – SCL-90-R, а также Тест аддиктивных установок Мак-Маллина Гейхар. Пациенты, включенные в исследование, были обследованы трижды: в первый раз – в течение первой недели реабилитационного лечения, второй – перед окончанием стационарного этапа реабилитации через 45-60 суток после первого обследования, и третий раз – через 6 месяцев от начала лечения. В промежутке между обследованиями пациенты экспериментальной группы проходили тестирование на наличие ПАВ в моче один раз в две недели для контроля соблюдения трезвости в процессе реабилитационного лечения. Также был собран катамнез через год после окончания стационарного лечения.

Результаты и выводы. При первичном обследовании пациентов (n=133), поступивших на отделение, с использованием опросника «Индекс Тяжести Зависимости» наиболее высокие баллы, а следовательно и более выраженные нарушения, отмечались по разделам: «семья и социальные связи» – 0,456 (SD=0,195) «медицинский статус» – 0,228 (SD=0,256) «психиатрический статус» – 0,265 (SD=0,407), и «употребление наркотиков» – 0,295 (SD=0,073) «употребление алкоголя» – 0,125 (SD=0,201), а такие разделы -«работа / средства к существованию» – 0,166 (SD=0,204) и «юридические аспекты» – 0,195 (SD=0,146) получили более низкие баллы.

По результатам первичного обследования (n=133) при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики – SCL-90-R показатели по всем шкалам были выше нормы в 2-2,5 раза. Наиболее высокие показатели отмечались по шкалам «обсессивно-компульсивные расстройства» – 1,89 (SD=0,63),– «депрессия» 1,54 (SD=0,72), «враждебность» – 1,45(SD=0,35) и «тревожность» – 1,36 (SD=0,84) и «соматизация» – 1,26 (SD=0,65), а «межличностная сенситивность» – 1,17 (SD=0,24), паранойяльные симптомы» – 0,96 (SD=0,81) и «фобическая тревожность» – 0,59 (SD=0,68) выражены в меньшей степени. Общий индекс тяжести симптомов для этих пациентов был равен 1,04 (SD=0,43). Средний показатель ТАУ при первичном обследовании (n=133) составил 116,46 (SD=15,87)

При втором измерении на 45-ый день стационарного лечения в обследовании принял участие 91 пациент (70%), остальные пациенты досрочно прервали лечение по собственному желанию, выбыв из исследования. В результате статистического анализа данных с использованием W-критерия Уилкоксона установлено значимое ($p<0,05$) улучшение показателей по всем шкалам опросника SCL-90-R, а также снижение комплексных показателей ИТЗ по шкалам «медицинский статус», «психический статус», «употребление алкоголя» и «употребление наркотиков» ($p<0,05$) по сравнению с изначальными показателями, полученными при поступлении на отделение реабилитации, также отмечено повышение показателей по шкале «работа и средства к существованию» вследствие пребывания пациентов в стационаре и отсутствия возможности работать. При втором измерении (n=91) средний показатель ТАУ также значительно снизился ($p<0,05$) и составил 86,36 (SD=19,48). Среди досрочно выбывших (n=42) до окончания стационарного этапа лечения, наиболее высокие комплексные показатели наблюдались по шкалам «употребление наркотиков» – 0,305 (SD=0,043) «употребление алкоголя» – 0,254 (SD=0,215) «работа / средства к существованию» – 0,547 (SD=0,234), «медицинский статус» – 0,321 (SD=0,355), «юридические аспекты» – 0,256 (SD=0,194). В разделах «психиатрический статус» – 0, 142 (SD=0,217), «семья и социальные связи» – 0,205 (SD=0,174) регистрировались более низкие баллы. Показатели по шкалам «употребление наркотиков», «употребление алкоголя» у данной группы больных были значимо выше, чем у пациентов, продолжающих лечение, что может свидетельствовать о возможной актуализации влечения к ПАВ. Также по результатам обследования SCL-90-R у данной группы больных значимо более высокие показатели наблюдались по шкалам «враждебность» – 1,37 (SD=0,94) и «обсессивно-компульсивные расстройства» – 1,06 (SD=0,39) по сравнению с пациентами, продолжившими лечение в стационарном отделении Медицинской реабилитации. При третьем измерении (n=47) через 6 месяцев у пациентов, продолжающих лечение по программе медицинской реабилитации (47 пациентов 35% от общего числа поступивших) отмечено достоверное улучшение показателей ИТЗ ($p<0,05$) по «шкале работа и средства к существованию», «семья и социальные связи», «медицинский статус», «юридические аспекты» по сравнению со вторым измерением. Также отмечено значительное снижение показателей по таким шкалам опросника SCL-90-R как ««обсессивно-компульсивные расстройства» – 0,43 (SD=0,25),– «депрессия» 0,36 (SD=0,22), «враждебность» – 0,97(SD=0,15) и «тревожность» – 0,57 (SD=0,82) и «соматизация» – 0,89 (SD=0,45). Средний показатель ТАУ также значительно снизился и составил составил 65,45 (SD=14,62). Таким образом, в ходе реабилитационного процесса выявлены выраженные положительные изменения в клинико-психологических характеристиках пациентов.

Согласно данным годового катамнестического исследования 67% процентов пациентов (89 человек) воздерживались от употребления ПАВ, из них 29 человек (22%) продолжали лечение в рамках Медицинской модели реабилитации в амбулаторном режиме, 30 человек (22%) продолжали лечение в других амбулаторных ребилитационных программах, 8 человек (6%) после срыва и непродолжительного употребления ПАВ вернулись для продолжения стационарного лечения на отделение реабилитации, у 46 человек (36%) произошел рецидив заболевания, 2 из них к моменту проведения годового исследования умерли по причине передозировки ПАВ, и 2 человека умерли от соматических заболеваний. Так из подгруппы пациентов, прошедших полный курс стационарной реабилитации (n= 91) ремиссия на момент годового катамнестического исследования отмечалась в 78%, а среди пациентов, досрочно прервавших лечение только в 24%. При анализе с с пользованием критерия W-критерия Уилкоксона между подгруппами пациентов имеются достоверные различая ($p<0,05$) по данному признаку.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И СЕМЕЙНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВКЛЮЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРОГРАММУ МЕДИЦИНСКОЙ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Береза Ж.В.

Санкт-Петербург
Ассоциация организаций здравоохранения
Медицинский центр Бехтерев

Цель исследования. Выявление предикторов включения наркозависимого пациента в программу реабилитационных мероприятий и факторов риска досрочного прерывания программы

Задачи исследования:

1. Оценка социально-демографических, клинических характеристик пациентов, участвующих в программе медицинской стационарной реабилитации.

2. Исследование группы пациентов наркологического стационара, прошедших только детоксикационный этап лечения для получения данных, позволяющих оценить различия

между группами пациентов, вовлеченных и не вовлеченных в реабилитационную программу.

3. Оценка влияния некоторых характеристик семейной системы на включение и удержание пациента в программе медицинской реабилитации.

Объект и место исследования: 133 пациента, страдающих зависимостью от ПАВ, поступивших на стационарное лечение в отделении реабилитации Медицинского центра «Бехтерев» в 2013-2014 году, согласившихся принять участие в исследовании. Контрольную группу составили 43 активных потребителей ПАВ, прошедших только дезинтоксикационное лечение на наркологическом отделении МЦ «Бехтерев». Критериями включения в исследование были: возраст от 18 лет, установленный диагноз (F 11.20, F 12.20, F13.20, F15.20 F19.20 по МКБ-10), состояние вне острой фазы абстиненции (от 7 дня воздержания) и отрицательный поли-тест на наличие ПАВ в моче, подписание добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

Также в исследовании приняли участие 72 (60-матери, 12-супругов) члена семьи пациентов стационарного реабилитационного отделения. Группу сравнения составили 25 (19 матерей и 9 супругов) члена семьи пациентов контрольной группы. Критериями включения были: женский пол, возраст до 70 лет, отсутствие наркологических, органических или эндогенных психических расстройств, подписание добровольного информированного согласия на проведение исследования.

Методы:

1. Для пациентов: клинико-психопатологический (критерии МКБ-10) с использованием специально разработанной анкеты (включающей в себя вопросы об социальном и наркологическом статусе пациента).

2. Для матерей: Шкала Созависимости Фишера в адаптации Москаленко, структурированное интервью на постановку семейного диагноза.

Результаты и выводы: при оценке социально-демографических характеристик пациентов отделения медицинской стационарной реабилитации было установлено, что средний возраст больных около 30 лет (Средний возраст больных экспериментальной группы 29,35 года (SD=6,01), в контрольной группе- 25,76 года (SD=5,54). Большинство из них мужчины (в экспериментальной группе -73% мужчин, в группе активных потребителей ПАВ – мужчин- 69%. Незаконченное среднее образование было у 5% от общего числа пациентов, поступивших на реабилитацию, среднее – у 18%, среднее специальное образование получили 20% обследуемых, высшее – 31%, незаконченное высшее – 26%. Незаконченное среднее образование в контрольной группе активных потребителей ПАВ имели 23% пациентов, законченное среднее – 28% и средне – специальное образование- 36%, а высшее только 12% испытуемых. Таким образом, в контрольной группе активных потребителей ПАВ общий уровень образования был значимо ($p<0.01$) ниже, чем в экспериментальной группе пациентов, поступивших на отделение стационарной реабилитации. 47% обследованных экспериментальной группы, поступивших на реабилитацию не имели постоянного места работы, полностью находились на иждивении родителей и/или супругов, 13% проходили обучение в средних или высших учебных заведениях и также не имели самостоятельного дохода, 39% имели постоянное место работы, однако их уровень дохода был значительно меньше ежемесячных затрат на наркотизацию, 1,5% имели установленную группу инвалидности по общему заболеванию. 89% пациентов экспериментальной группы подтверждали свою частичную или полную материальную зависимость от родителей или супругов. В группе активных потребителей ПАВ количество наркозависимых, имеющих официальное постоянное место работы было достоверно ниже ($p<0,001$) и составило 13% от общего числа обследованных. Однако свою материальную независимость (не официальный или криминальный доход) подтвердило 44% пациентов контрольной группы, что является значимо выше ($p<0,05$), чем среди пациентов, поступивших на реабилитацию. Среди пациентов, поступивших на реабилитацию значительно более часто встречались лица, официально трудоустроенные, однако полностью или частично находящиеся на иждивении родителей или независимых супругов. Большинство пациентов отделения реабилитации (83%) проживало с родителями (60%) или независимыми партнерами (23%), только 9% проживали самостоятельно в отличие и 14% состояло в браке с зависимым партнером, в отличает от пациентов контрольной группы, среди которых значимо больший процент проживающих вне семьи (20%) или с зависимым партнером (24%), и значительно меньшее количество проживало с родителями (42%) или с независимым супругом (12%). Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что высокий уровень образования, официальное трудоустройство, жизнь в «наркологически благополучной» семье, а также отсутствие полной финансовой независимости – факторы, являющиеся предикторами включения пациента в программу реабилитации. Среди пациентов экспериментальной группы большинство пациентов- 51% с диагнозом- F19.2; 10%- с диагнозом F12.2; 8%- с диагнозом F13.2; 7%- с диагнозом F15.2, 23%- диагнозом с диагнозом F11.2 и 2% поступили на отделение реабилитации с диагнозом игровая зависимость. Среди активных потребителей ПАВ, составляющих контрольную группу -44% проходили лечение с диагнозом- F19.2, 30% с диагнозом- F11.2, 9%- с диагнозом F12.2, 9%- с диагнозом F15.2 и 3 пациента (7%)- F13.2. Достоверных различий между группами по данному признаку выявлено не было. Среднее число лет, прошедших от первого потребления ПАВ до момента обследования, составило контрольной группы (для активных потребителей)– 10,05 года (SD=4,34), для группы реабилитационного лечения – 9,78 года (SD=4,86). Достоверных различий по стажу употребления ПАВ в этих двух группах не выявлено. Подавляющее большинство обследованных обеих групп ранее проходили лечение в наркологических лечебных учреждениях: среди контрольной группы активных потребителей ПАВ ранее наркологическое лечение получали все пациенты, в среднем 4,16 раза (SD=2,45), реабилитационное лечение- 18,6%. Среди экспериментальной группы поступивших на реабилитацию впервые проходили лечение в наркологическом стационаре- 21,8%, в среднем все пациенты экспериментальной группы получали наркологическое лечение – 3,7 раза (SD =2,5), а реабилитационное лечение ранее получали- 37,6%. Среди пациентов, поступивших на реабилитационное лечение статистически значимо ($p<0,05$) чаще встречались лица, впервые поступившие на лечение и пациенты, имеющие ранее опыт реабилитационного лечения.

Таким образом, первое обращение за наркологической помощью, а также предшествующее участие пациента в реабилитационных программах, являются благоприятными факторами для включения пациента в реабилитационный процесс.

Средний уровень созависимости у членов семьи пациентов реабилитационного отделения составил 43,65 (SD=9,41), в контрольной группе- 54,13 (SD= 10,65). По критерию Манна- Уитни были выявлено значимое различие между группами ($p<0,05$). Также члены семьи пациентов экспериментальной группы значимо чаще ($p<0,05$) посещали программы поддержки для родственников.

Таким образом, согласно полученным данным, благоприятными предикторными факторами, способствующими включению пациента в программу реабилитационного лечения, можно считать более низкий Уровень Созависимости и включение родственников в программу психотерапевтической поддержки. А также правильная вертикальная иерархия семейной системы, четкость границ между семейными подсистемами, высокий уровень ассертивности членов семьи, их способность говорить «нет» зависимому и давать адекватную обратную связь на поведение «носителя симптома», являются благоприятными факторами для включения и удержания пациента в реабилитации.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ НАЛТРЕКСОНОМ: ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Ярославцева Т.С., Палаткин В.Я., Ветрова М.В., Вербицкая Е.В., Гриненко А.Я., Кибитов А.О.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Целью исследования являлась оценка влияния полиморфных вариантов генов опиоидной и дофаминовой систем на эффективность противорецидивной терапии опийной наркомании имплантируемой и пероральной лекарственной формой налтрексона.

В анализ были включены данные 540 больных с синдромом зависимости от опиатов, принявших участие в исследованиях эффективности лечения опийной наркомании: 1) имплантируемой и пероральной лекарственной формой налтрексона (n=306); 2) комбинацией пероральной формы натрексона и гуанфацина (n=234). Генотипирование больных проводили по следующим вариантам Генотипирование больных проводили по вариантам полиморфизма следующих генов: опиоидных рецепторов типов мю (OPRM1) и каппа (OPRK1), фермента катехол-орто-метил-трансферазы (COMT), дофаминовых рецепторов 2 (DRD2) и 4 (DRD4) подтипов, фермента дофамин-бета-гидроксилазы (DBH), белка- трансмембранного переносчика дофамина (SLC6A3, DAT1), альфа- адренорецептора типа 2А (.ADRA2A)

Вне зависимости от вида противорецидивной терапии ряд полиморфных вариантов повышает риск рецидива зависимости: аллель L (2 повтора по 120 н.п.) DRD4120bp (p=0,05; OR(95% ДИ)=3.3(1.1 – 10.1); аллель C DRD2NcoI (p=0,051 OR(95% ДИ)=2,86 (1,09 – 7,52); генотип 9.9 DATVNTR40bp (p=0,04; RR(95%CI)=1,4(1,3 – 1,5)). Напротив, варианты гаплотипа (CC+CT)-(TT)) по генам (OPRK1- DRD2Ncol) повышают вероятность завершения программы лечения (p=0,004; OR(95% ДИ)=7.4 (1.8 – 30.4)), анализ выживаемости Каплана-Мейера, p=0,016). Выявлен эффект аллеля T (2 повтора по 120 bp) локуса DRD4 521: носители аллеля T (генотипы TT и CT) имели достоверно больший шанс завершения лечения зависимости по сравнению с гомозиготами CC (p=0,039; ТКФ Отношение шансов OR(95%CI)=3.7 (1.1 – 12.7).

Имплантат налтрексона является высокоэффективным препаратом для лечения опийной наркомании, превосходящим по эффективности пероральный налтрексон, комбинацию перорального налтрексона с гуанфацином и плацебо. Показано совместное влияние генов дофаминовой и опиоидной систем на эффективность стабилизации ремиссии у больных опийной наркоманией. По результатам генотипирования возможно выявление высокорезистетных к терапии пациентов, что может повысить эффективность лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АКТИВНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ В ГРУППАХ, СФОРМИРОВАННЫХ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛЕЧЕНИЮ

Богданова С.С., Ретюнский К.Ю., Богданов С.И.

Екатеринбург
Уральский ГМУ

Цель исследования: проведение сравнительного анализа в группах активных потребителей наркотиков ранее не получавших лечение у нарколога и с опытом его прохождения.

Материал и методы исследования. Для повышения качества сравнительного исследования была сформирована специальная группа активных потребителей наркотиков (АПН), включавшая практически равное число мужчин и женщин – 205 мужчин (52,0%) и 189 женщин (48,0%). Таким образом, общее число АПН составило 394 человека. Возрастная медиана в исследуемой группе ПН составила 28,0 лет (22,0-31,0). Основу исследуемой группы, составили лица в возрасте 20-39 лет (86,3% против 94,4%). Подавляющее большинство ПН (87%) проживали в Екатеринбурге во всех его административных районах.

Для проведения исследования использовались следующие инструменты: 1) «Форма (анкета) для сбора данных о ПИН (TD)», 2) «Анкета для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)», 3) «Анкета для потребителей инъекционных наркотиков по изучению их физического, социального благополучия, потребностей в различных видах помощи». Все перечисленные инструменты исследования рекомендованы для использования Национальным научным центром наркологии Министерства здравоохранения Российской Федерации и утверждены этическим комитетом Уральского государственного медицинского университета.

АПН, ранее не проходивших лечения, составили группу № 1. АПН, проходившие ранее лечение у нарколога – группу № 2.

Статистическая обработка абсолютных значений предполагала определение медианы (Me) и межквартильного размаха (LQ-UQ). Для определения статистической достоверности различий в группах показателей с номинальными значениями применялся $\chi 2$, в сравнении парных показателей – U Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Медиана возраста АПН 1-й группы составил 25,0 лет (с межквартильным размахом 21,0-30,0). Во второй группе АПН медиана возраста составила 30,0 (27,0-35,0). Различия в группах были статистически достоверны (<0,001). Среди АПН 1 группы мужчины составляли 60,5%, женщины – 39,5%, а во второй группе половое соотношение было обратным – женщин было больше на 18% (<0,01). АПН 1-й группы впервые употребили наркотик и использовали внутривенный способ его введения – в 19 лет (16,0-20,0), АПН второй группы – в 18,0 лет (15,0-18,0) (<0,05). Среди АПН 1 группы кроме инъекционного способа приема основного наркотика были представлены и другие виды его употребления (курение – 33%, пероральное и вдыхание вещества), в то время, как во второй группе фигурировал исключительно внутривенный способ наркотизации. Продолжительность употребления основного наркотика в первой группе составила 3,0 года (1,0-10,0), а во второй – 10,0 лет (5,0-13,0) (<0,001). Около половины АПН 1 группы (48%) употребляли основной наркотик раз в неделю и реже (во второй – 24%). В тоже время в первой группе ежедневный прием наркотиков практиковал только каждый третий АПН (32%), во второй группе – 61,5% (<0,05 и<0,005 соответственно). Сумма расходов на приобретение основного наркотического средства в сутки у АПН группы 1 равнялась 1000,0 руб. (300,0-1700,0), в группе 2 – 1000,0 руб. (1000,0-200,0) (<0,005). Суицидальные попытки среде в 1 группе отмечались лишь у каждого десятого АПН (11%), в то время как во второй– у 44% (<0,05).

Выводы. В группах сравнения выявлены следующие статистически значимые различия:

- среди активных потребителей наркотиков, ранее за лечением не обращавшихся (1-я группа), преобладали мужчины, а в группе лечившихся (2-я группа) – женщины.
- возраст АПН 1-й группы был на 5 лет младше представителей АПН 2-й группы;
- АПН 1-й группы, впервые употребили наркотики и применили инъекционный путь их введения на год позже, чем АПН 2-й группы;
- представители 1-й группы АПН использовали весь спектр методов употребления основного наркотика, в то время как АПН 2-й группы применяли исключительно внутривенный способ;

- стаж употребления основного наркотика в 1-й группе АПН был в три раза меньше, чем среди АПН 2-й группы.

- только каждый третий АПН 1-й группы употреблял наркотики ежедневно, тогда как каждый второй – 1 раз в неделю и реже. Во 2-й группе АПН преобладало ежедневное употребление наркотиков (61,5%).

- в 1-й группе АПН отмечался статистически достоверно более низкий уровень затрат на наркотики.

- ранее не лечившиеся АПН менее склонны к суициду.

НЕЙРОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ НОЦИЦЕПЦИИ ПРИ ДЕЙСТВИИ ЭНДОГЕННЫХ ОПИОИДОВ И НЕЙРОГОРМОНОВ

Борисова Е.В., Мещеряков А.Ф., Галева Н.Н.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
филиал НИИ наркологии

Злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) приводит к целому комплексу нарушений поведения, включающих расстройства эмоциональной сферы организма – ощущений, восприятий, эмоций. Своевременное распознавание и коррекция эмоциональных расстройств имеет большое значение, как в лечении, так и в профилактике обострений при целом ряде соматических осложнений, в том числе вызванных приемом ПАВ.

Эмоции являются неотъемлемой частью осмысления, оценки и реакции на болевые стимулы. Характер оценки ноцицептивных реакций зависит от уровня активности эндогенной опиоидной системы организма, которая модулирует большое количество физиологических функций, включая настроение, стресс, аппетит, болевую чувствительность и иммунные реакции. В реализации ноцицептивного возбуждения принимают участие ряд специфических нейрогормонов, прежде всего эндогенные опиоидные пептиды и ряд других, в том числе тиротропин-рилизинг гормон (TRH).

Многие исследования показывают, что генетические характеристики, пол, эмоционально-познавательные аспекты модулируют болевую чувствительность. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что опиоидные пептиды и стимуляция отрицательных эмоциогеннных зон вентромедиального гипоталамуса оказывает избирательное влияние на нейроны таламуса крыс с различным отношением к ПАВ и развитию стресса. Сделан вывод о специфическом участии различных опиоидных пептидов в реализации отрицательных воздействий на процессы вовлечения центральных нейронов в механизмы болевой интеграции.

Целью настоящего исследования явилось дальнейшее изучение взаимодействия эндогенных опиоидов и нейрогормонов в механизмах реализации адаптивных функций организма на модели отрицательного эмоционального состояния (болевого раздражения) у крыс с разной устойчивостью к психоэмоциональным нагрузкам.

Материал и методы исследования. Эксперименты выполнены на двух группах крыс породы Вистар (по 20 животных в группе), имеющих различную эмоциональную реактивность: прогностически устойчивые (высокоактивные животные – ВА) и предрасположенные (низкоактивные животные – НА) к развитию зависимости от ПАВ. В ходе эксперимента регистрировали спонтанную импульсную активность нейронов таламуса (Т) при электрокожном раздражении (ЭКР) и микроионофорезе (МИФ) к нейронам физиологически активных веществ в условиях острого эксперимента на не наркотизированных, фиксированных животных.

Использовали следующие вещества: 10-2 М TRH, 10-2 М β-эндорфина (β-ЭНД) и 10-2 М мет-энкефалина (мет-ЭНК) – по методике описанной ранее. Титаническое ЭКР (t=1с-3, величина -7-15В, 30 Гц, длительность – 5с-1) наносили на заднюю контралатеральную конечность через игольчатые электроды. Полученные экспериментальные данные подвергнуты статистической и аналитической обработке. Эксперименты выполнены в соответствии с требованиями этической комиссии.

Результаты исследования. Было зарегистрировано достоверное изменение характера реакций на ЭКР у нейронов таламуса (по частотным характеристикам, $p<0,05$), исходно отвечавших на это раздражение активацией у обеих групп крыс – ВА и НА – устойчивых и предрасположенных к развитию зависимости от ПАВ. При этом характер импульсной активности нейронов был различен: у ВА и НА крыс – на интервальных гистограммах регистрируются пики в разных областях: у стресс-устойчивых 20-30 мс и 100-200 мс, а у стресс-подверженных – 40-60 мс.

ЭКР является моделью отрицательного эмоционального состояния. Нейроны ВА крыс при действии TRH на фоне ЭКР отвечали торможением. Тогда как нейроны у НА крыс отвечали активацией импульсной активности. Как было показано ранее при действии β-ЭНД и мет-ЭНК в большинстве случаев нейроны прекращают отвечать на TRH (60,0% и 42,8% соответственно). Однако при интраперитониальном введении налоксона (5 mg/kg) реакция на оба пептида восстанавливалась у ВА крыс. На интервальной гистограмме в абсолютном большинстве случаев доминировали пики 20-30 мс и 100-200 мс, что говорит о восстановлении положительно-подкрепляющего ответа на тестируемые опиоидные пептиды у ВА, тогда как такой же тенденции у НА крыс не наблюдалось. МИФ TRH на фоне ЭКР вызывал реакцию сходную с действием опиоидных пептидов у НА, но не у ВА. Введение налоксона не приводило, в этом случае, к аналогичным с действием β-ЭНД и мет-ЭНК результатам. Нервные клетки Т у ВА крыс при действии TRH на этом фоне при ЭКР характеризовались доминированием в их импульсной активности интервалов в области 30-60 мс, а нейроны НА имели две моды в импульсной активности – 30 мс и 100-200 мс.

Полученные данные свидетельствуют о том, что опиоидные пептиды и TRH при развитии отрицательного эмоционального состояния оказывают избирательное влияние на нейроны Т крыс с различным отношением к ПАВ и эмоциональной реактивностью. Однако механизм действия опиоидных пептидов при ноцицептивных реакциях отличается от действия нейропептида TRH, хотя все они могут оказывать анальгезирующий эффект при болевых реакциях.

Дальнейшее изучение молекулярных механизмов влияния отрицательного эмоционального воздействия на ноцицептивную и подкрепляющую системы мозга на уровне отдельных нейронов подкорковых структур требует дальнейших исследований. Полученные экспериментальные данные приближают нас к пониманию механизмов взаимодействия эндогенной опиоидной системы и болевой чувствительности организма, что будет способствовать поиску средств и методов направленной эндогенной коррекции психоэмоциональных расстройств поведения, возникающих при болевом синдроме.

ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ И ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Бохан Н.А., Батухтина Е.И.

Томск
НИИПЗ

Высокая актуальность изучения патофизиологических закономерностей формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) обусловлена возрастанием распространеннос-

ти наркологических расстройств и социальной значимостью их негативных последствий. Цель исследования – изучить закономерности межсистемного взаимодействия при формировании зависимости от психоактивных веществ с разработкой способов ее предикции на основе психонейроиммунологических подходов.

Всего обследовано 442 человека, проживающих в регионе Западной Сибири. Группу эпизодических потребителей ПАВ составил 61 человек. Группа зависимых от ПАВ лиц (195 человек) включала потребителей ПАВ с вредными последствиями (35 человек, F12.1, F19.1) и лиц с синдромом зависимости от ПАВ (160 человек, F11.2, F19.2). В контрольную группу (186 человек) вошли лица с отсутствием употребления ПАВ (79 человек) и случайные потребители ПАВ (107 человек).

Методами исследования явились клинико-анамнестическое обследование и анкетирование (Бохан Н.А. и др, 2003; Невидимова Т.И, 2014). Фенотипирование субпопуляций лимфоцитов осуществлялось на проточном цитофлюориметре FACS Calibur (компания BD, США) и в иммунофлуоресцентном тесте (Ветлугина Т. П. и др., 2000; Сизякина А. П., Андреева И. И., 2005). Определялись концентрации сывороточных IgM, IgG, IgA (Петров Р. В., 1992). Методом ИФА определялись митоген-стимулированная продукция цитокинов, содержание аутоантител к нейромедиаторам, уровни гормонов. Определялись болевые пороги с помощью тензоалгометрии (Невидимова Т. И. и др., 2008), эмоциональное отношения к боли и запахам с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) (Collins S. L., 1997). Психологическое тестирование включало изучение уровня потребностей в ощущениях (Ильин И. П., 2000), оценку ситуативной и личностной тревожности (Крылов А. А., 2003), диагностику показателей и форм агрессии (Лытаев А. В., 2008). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы «Statistica».

Проведенное исследование позволило дать характеристику психонейроиммунологических паттернов формирования зависимости от психоактивных веществ. В лабораторных показателях у эпизодических потребителей ПАВ отмечено возрастание относительного количества моноцитов, субпопуляции хелперов/индукторов CD4+, уровня IgG по сравнению с контрольной группой. При исследовании эмоционального отношения к запахам наличие аверсивной реакции на одорант диагностировалось при выборе испытуемым отметки на визуально-аналоговой шкале от 7 усл.ед. (оценка запаха как неприятного) и выше. У эпизодических потребителей ПАВ чаще встречалось отсутствие аверсивной реакции на изопропанол по сравнению с контрольной группой. При оценке поведенческих особенностей у лиц с эпизодическим употреблением ПАВ обнаружено возрастание частоты встречаемости потребности в сенсорной стимуляции, поведении, сопряженном с риском, признаков обсессивно-компульсивного поведения по сравнению с контрольной группой. Психологическим тестированием у эпизодических потребителей ПАВ выявлено снижение уровня ситуативной тревожности по сравнению с контрольной группой.

У зависимых от ПАВ лиц выявлено увеличение относительного количества моноцитов, субпопуляций CD4+-лимфоцитов, HLA-DR+-лимфоцитов, повышение уровней IgM, IgG, продукции ИЛ-6, снижение продукции ФНО-α по сравнению с контрольной группой. Кроме того, у них наблюдалось возрастание уровней аутоантител к нейромедиаторам как по сравнению с контрольной группой, так и с эпизодическими потребителями ПАВ. При оценке болевой чувствительности у зависимых от ПАВ лиц обнаружено возрастание нижнего болевого порога по сравнению с контрольной группой. Исследование обонятельной чувствительности выявило, что у лиц с зависимостью от ПАВ чаще встречалось отсутствие аверсивной реакции на изопропанол по сравнению с контрольной группой. Указание обследуемыми факта приятности резких запахов (бензин, ацетон, краска и другие) диагностировалось как обонятельная аттрактивность. Установлено возрастание частоты встречаемости обонятельной аттрактивности у зависимых от ПАВ лиц по сравнению с контрольной группой. Изучение поведенческих особенностей выявило у зависимых от ПАВ лиц возрастание частоты встречаемости потребности в сенсорной стимуляции, поведении, сопряженном с риском, признаков обсессивно-компульсивного поведения по сравнению с контрольной группой. При психологическом тестировании у зависимых от ПАВ лиц обнаружено возрастание уровня ситуативной тревожности по сравнению с контрольной группой.

Для оценки риска возникновения эпизодического употребления ПАВ была построена психонейроиммунологическая прогностическая модель, в которую в качестве прогностических факторов вошли уровень аутоантител к норадреналину и оценка отношения к изопропанолу. Данная прогностическая модель позволяет правильно предсказать развитие эпизодического употребления ПАВ в 62% случаев и отсутствие возникновения эпизодического употребления ПАВ в 74% случаев. Общая доля правильно спрогнозированных диагнозов составляет 69%. В психонейроиммунологическую модель, прогнозирующую возникновение зависимости от ПАВ у лиц подростково-юношеского возраста с эпизодическим употреблением ПАВ, в качестве параметров вошли обонятельная аттрактивность, клинические признаки иммунологической недостаточности, верхний болевой порог, потребность в сенсорной стимуляции, ситуативная тревожность, оценка отношения к изопропанолу. Данная прогностическая модель позволяет правильно предсказать развитие зависимости в 71% случаев и отсутствие возникновения эпизодического употребления ПАВ в 97% случаев. Общая доля правильно спрогнозированных диагнозов составляет 93%. Прогнозирование зависимости у лиц мужского пола зрелого возраста с отсутствием употребления ПАВ осуществляется с помощью психонейроиммунологической модели, включающей в качестве прогностических факторов аутоантитела к дофамину, клинические признаки иммунологической недостаточности, нижний болевой порог, потребность в сенсорной стимуляции, ситуативную тревожность.

Таким образом, проведенное исследование показало, что эпизодическое и зависимое употребление ПАВ происходит с участием психонейроиммунологических паттернов формирования зависимости. При этом при переходе от эпизодического к зависимому употреблению психоактивных веществ возрастает вовлеченность иммунного (изменения параметров иммунного статуса, повышение уровней аутоантител к нейромедиаторам, клинических признаков иммунологической недостаточности, возрастание продукции интерлейкина-6, снижение продукции фактора некроза опухолей-α), сенсорного (изменение болевой чувствительности, ольфакторная дисфункция) и психологического (увеличение уровня ситуативной тревожности, индексов враждебности и агрессивности) уровней психонейроиммунологического реагирования. Наиболее эффективными прогностическими факторами эпизодического и зависимого употребления ПАВ являются уровни аутоантител к нейромедиаторам и характеристики сенсорных систем.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ A118G ГЕНА М -ОПИОИДНОГО РЕЦЕПТОРА (OPRM1) У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ

Бродянский В.М., Кибитов А.О., Проскурякова Т.В., Чупрова Н.А., Агибалова Т.В., Щурина А.В., Ромашкин Р.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Полиморфизм A118G (rs1799971) гена m-опиоидного рецептора (OPRM1) считается функциональным: аллель G кодиру-

ет аминокислотную замену аспарагина на аспартат (Asn40Asp) в структуре m-опиоидного рецептора, что приводит к 3-х кратному увеличению аффинности к бета-эндорфину. Функциональный характер полиморфизма обеспечил его активное изучение: 1) как общего гена риска зависимости от ПАВ; 2) его роли в предрасположенности к алкогольной зависимости; 3) его роли в изменениях функционирования эндогенной опиоидной системы и ее реакции как на алкоголь и агонисты опиоидных рецепторов (ПАВ опийного ряда), так и на антагонисты в рамках терапии алкогольной и опийной зависимости. Сообщалось о существенной связи полиморфизма A118G с алкогольной зависимостью в популяции США, Японии и Швеции; с героиновой зависимостью на фоне значительных межэтнических различий в азиатских популяциях и популяции США, однако, ряд других исследований не подтвердили этих данных. Вопрос о связи семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям с полиморфизмом A118G гена OPRM1 остается неясным.

С учетом значительной этнической геторогенности российской популяции имеется необходимость проведения анализа связи полиморфизма A118G с алкогольной и опийной зависимостью в сравнительном аспекте с оценкой роли семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям.

Цель исследования: сравнительный анализ связи полиморфизма A118G с алкогольной и опийной зависимостью с учетом количественных показателей семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие мужчины славянской этнической принадлежности, не родственные между собой. Группы сравнения: стационарные пациенты Клиники ННЦ наркологии (Москва) с диагнозами: «зависимость от алкоголя« 2-3 стадии (F-10.2 по МКБ-10), средний возраст 37,5+6,2 года (n=346), «зависимость от опиатов (героин) (F-11.2), средний возраст 27,3+4,4 года (n=194). Контрольная группа: 143 человека (средний возраст 38,5+7,2лет), не имеющие диагностических признаков наркологической патологии. Пациенты с верифицированной психопатологией (шизофрения, депрессивные расстройства) не включались в исследование.

Анализ семейной отягощенности и ее степени проводили в процессе опроса больного и его родственников лечащим врачом. Применялся метод «двойного интервью»: сравнивали данные, полученные независимо от пациента и от его родственника, и учитывали максимальное число больных родственников. В целях количественного анализа семейной отягощенности оценивали ее степень: средняя – 1 кровный родственник с наркологической патологией, высокая – 2 и более кровных родственника. Генотипирование ДНК пациентов по локусу A118G (rs1799971) проводили с помощью метода аллель-специфичной полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты. Частоты аллелей и генотипов по локусу A118G гена m-опиоидного рецептора (OPRM1) не различаются в группах пациентов и контрольной группе. Как у пациентов с алкогольной зависимостью, так и у пациентов с зависимостью от опиатов (героин), семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям и ее степень не связаны с изученным полиморфным локусом, что подтверждает данные по алкогольной зависимости, а данные по опийной зависимости являются новыми.

Выводы. Полиморфизм A118G гена m-опиоидного рецептора (OPRM1) не связан с риском развития алкогольной или опийной зависимости и семейной отягощенностью по наркологическим заболеваниям у этих пациентов. Необходимы дальнейшие исследования полиморфизма генов эндогенной опиоидной системы с привлечением клинических, психологических и психопатологических переменных. Сочетание индивидуализированного фармакогенетического подхода и анализа косвенных влияний полиморфизма A118G в комплексе с оценкой разных лекарственных форм антагонистов опиоидных рецепторов позволят выявить условия максимальной эффективности этих препаратов у отдельных групп пациентов.

РАЗЛИЧИЯ В ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ КАТАМНЕСТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ

Бухаров В.Г., Корнетов Н.А., Семин И.Р.

Томск
СибГМУ

Во многих концепциях развития расстройств личности большая роль отводится факторам внешней среды, и в особенности родительскому окружению. Так, одним из высокозначимых факторов родительской семьи, влияющих на формирование личности человека является – злоупотребление алкоголем одним или обоими родителями. В связи с этим представляется интересным изучить воздействие этого фактора на клинико-социальную характеристику пациентов с расстройствами личности в катамнезе.

Материалы и методы: были исследованы катамнестические сведения о юношах, которым в ходе обследования перед призывом в армию был выставлен диагноз расстройства личности. Всего была изучена информация о катамнезе. 198 призывников. Из которых у 119 пациентов в родительской семье не отмечалось злоупотребления алкоголем (1 группа), в то время как у оставшихся 79, как минимум один из родителей регулярно злоупотреблял алкоголем (2 группа). Проводилось статистическое исследование этих двух групп по биноминальным признакам: злоупотребление алкоголем на момент исследования, токсикомания, употребление наркотиков, приводы в милицию за хулиганство и распитие спиртных напитков в общественных местах. Кроме того проводился анализ криминальной активности. Применялся критерий хи-квадрат и коэффициент Стьюдента.

Результаты и обсуждение. По наличию токсикомании, употребления наркотиков, а также наличия приводов в милицию за хулиганство значимых различий между группами выявлено не было, при этом ожидаемо отмечалась достоверная разница по злоупотреблению алкоголем на момент исследования: 56 человек в 1-й группе (47%) и 49 (62%) во второй ($P<0,05$). А также статистически значимыми оказались отличия по приводам в милицию за распитие спиртных напитков: 33(28%) в первой группе и 41(52%)- во второй ($p<0,001$). Интересными представляются результат анализа криминальной активности – так статистически значимой разницы между группами по количеству лиц совершавших преступления. Однако имеется достоверное отличие по возрасту начала криминальной активности: 18,6±3,1 лет в 1 группе и 17,1±3,2 лет во 2-й ($p<0.05$)

Заключение. В группе с родителями, злоупотреблявшими алкоголем, в нисходящем поколении отмечается более ранее злоупотребление алкоголем и вовлечение в криминальную активность.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНДЕРНЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕНОСТЕЙ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ВРАЧЕЙ

Волкова Е.В., Кислов А.И.

Пенза
Пензенский институт усовершенствования врачей

Распространение табакокурения имеет форму эпидемии и является глобальной проблемой для человечества, так как воздействие табачного дыма – это одна из причин смерти, болезней и инвалидности большого числа людей.

Российская Федерация относится к странам с очень высокой распространенностью потребления табачных изделий (GATS, 2009). Одним из главных отягощающих обстоятельств проблемы табакокурения в России является высокое распространение его среди врачей, фактически не отличающееся от такового среди остального населения. Необходимо отметить высокую распространенность курения среди врачей в возрастной группе 25-64 лет: 51,3% у мужчин и 27,3% у женщин. В то же время в большинстве развитых стран уровень табакокурения среди врачей в несколько раз ниже, чем среди общего населения.

Цель исследования: изучение распространенности табачной зависимости у врачей, выявление гендерных, клинических особенностей табачной зависимости.

Материалы и методы: были исследованы 265 врачей (70 мужчин и 195 женщин), проходивших обучение в ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России в возрасте от 23 до 74 лет (средний возраст 39,24 года). Все врачи были включены в исследование методом сплошной выборки и разделены на две группы. В 1-ю группу входили женщины, средний возраст 36,96 года; во 2-ю группу мужчины, средний возраст 41,51 года. Табачная зависимость была диагностирована у 23 врачей (11,8%) (F 17.2) по МКБ-10 в 1-й группе и 27 врачей (38,6%) во 2-й группе, ($p<0,01$).

Для обеспечения стандартизации исследования использовалась анкета анонимного характера, разработанная на кафедре психиатрии-наркологии, психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России. Анкета включала в себя социально – психологический блок (должность, стаж работы, отношения на работе, семейное положение, увлечения). Основной блок был клиническим (наследственность, возраст первой пробы табакокурения, возраст систематического курения, особенности патологического влечения к табаку, его степень выраженности, особенности абстиненции).

Для статистического анализа полученных результатов были использованы компьютерные программы Microsoft Excel (Версия 7.1), Statistica 6.0. Достоверность различий средних значений определялась по t-критерию Стьюдента. Сравнение аналоговых данных проводилось при помощи критерия $\chi 2$ при наличии в каждой из сравниваемых подгрупп не менее 5 наблюдений; при наличии менее 5 наблюдений использовался критерий Фишера. Для устранения эффекта множественных сравнений использовалась поправка Йейтса.

Наследственная отягощенность табакокурением была выявлена в 1-й группе у 62 врачей (31,8%), алкоголизмом у 12 (6,2%).Суициды были у родственников в 2 случаях (1,02%). Во 2-й группе также отмечался наибольший удельный вес наследственной отягощенности по табакокурению – 16 врачей (22,9%). У 4 врачей (5,7%) наследственность отягощена по алкоголизму. Первые пробы курения в 1-й группе были позже, чем во 2-й группе (18,64 года и 14,94 года). Средний возраст начала систематического курения у врачей 1-й группы составил 22,07 года, а у врачей 2-й группы 20,16 года. Коммуникативная мотивация курения встречалась у врачей 2-й группы (9 врачей- 12,9%) чаще, чем у врачей 1-й группы (4 врача-2,1%), ($p<0,01$). От 5 до 15 сигарет в день выкуривали 10 врачей (14,3%) 2-й группы и 10 врачей (5,13%) 1-й группы, ($p<0,01$); от 16 до 30 сигарет 12 врачей (17,1%) 2-й группы и 2 врача (1,03%) 1-й группы,($p<0,01$). Толерантность к табаку (количество выкуриваемых сигарет в день), соответственно и табачная зависимость, была выше у мужчин врачей, чем у женщин врачей, ($p<0,01$). Но только в 1-й группе у 4 врачей (2,1%) встречался «мерцающий вариант». Для обеих групп характерен периодический тип течения табачной зависимости. Тягу к курению осознали врачи 1-й группы в среднем в 24,42 года, во 2-й группе в 23,68 года.

Во 2-й группе (у 14 врачей – 20%) преобладал идеаторный компонент влечения к табаку, в виде мыслей, воспоминаний, представлений о курении по сравнению с 1-й группой (14 врачей – 7,2%), ($p<0,01$). Психический компонент патологического влечения к табаку (неусидчивость, раздражительность, слабость, тревога, беспокойство) преобладал также у врачей 2-й группы (7 врачей – 10%) по сравнению с 1-й группой (7 врачей – 3,6%), ($p<0,05$). Сенсорный компонент, который проявлялся ощущением вкуса и запаха табачного дыма, и являющийся самым клинически тяжелым из всех других компонентов, преобладал во 2-й группе (6 врачей – 8,6%) по сравнению с 1-й группой (1 врач – 0,5%), ($p<0,01$). Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натощак 4 врача (2,1%) 1-й группы и 19 врачей (27,1%) 2-й группы, ($p<0,01$). Это говорит о более выраженной зависимости к табаку у врачей 2-й группы. В табачном абстинентном синдроме у врачей мужчин раздражительность (10 врачей-14,3%) и непреодолимое желание курить(10 врачей-14,3%), более выражены, чем у женщин врачей (5 врачей-2,7%) и (6 врачей – 3,1%), ($p<0,01$); повышенный аппетит преобладал у женщин (6 врачей-3,1%),чем у мужчин (3 врача- 4,3%), ($p<0,01$).

В 1-й группе пробовали бросить курить 17 врачей женщин (8,7%), во 2-й группе – 22 врача мужчины (20%), ($p<0,01$). У 5 врачей женщин (2,6%) и 8 врачей мужчин (11,4%) отказ от курения был связан с проблемами со здоровьем, ($p<0,01$). Психологические проблемы (отрицательное отношение к курению в семье, на работе) повлияли на отказ от курения у 8 врачей (4,1%) 1-й группы и 7 врачей (10%) 2-й группы. При отказе от курения у 3 врачей (1,53%) 1-й группы были сновидения, где они курили, во 2-й группе у 5 врачей (7,14%), ($p<0,01$). Отсутствие влечения к никотину в ремиссии испытывали 9 врачей (4,6%) 1-й группы и 10 врачей (14,3%) 2-й группы, ($p<0,01$). После лечения от табака длительность ремиссии в среднем составила 45 дней у женщин врачей и 159 дней у мужчин врачей.

Выводы: табачная зависимость распространена больше у мужчин врачей, чем у женщин врачей, ($p<0,01$). Толерантность к табаку выше у мужчин врачей, чем у женщин врачей, ($p<0,01$). В патологическом влечении к табаку преобладает идеаторный, психический и сенсорный компоненты у врачей мужчин по сравнению с врачами женщинами, ($p<0,05$, $p<0,01$). В табачном абстинентном синдроме раздражительность, непреодолимое желание курить превалируют у мужчин врачей, ($p<0,01$), у женщин повышенный аппетит, ($p<0,01$). Отсутствие влечения к табаку в ремиссии испытывают больше мужчины врачи, чем женщины врачи ($p<0,01$).

Потребление табака является одним из регулируемых факторов риска для здоровья человека. Общепризнано, что искоренение курения – одна из наиболее эффективных мер оздоровления населения. Полученные данные по особенностям табакокурения у врачей можно использовать при разработке лечебных и профилактических программ, так как курение медицинскими работниками приносит вред не только собственному здоровью, но и ведет к отрицательным последствиям для их больных и населения.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Волкова О.А., Бердовская М.П., Чергейко М.А.

Беларусь, Гродно
Гродненский ГМУ

Несмотря на все возрастающее внимание к проблеме употребления алкоголя и наркотических препаратов специалистов разных областей науки и практики (врачей – психиатров, наркологов, токсикологов, реаниматологов, невропатологов, терапевтов, педиатров; психологов, социологов и др.), острота проблемы не только не снижается, но и повышается из года в год.

Острые алкогольные и ингаляционные отравления у детей наступают при приеме небольших доз алкоголя и курительных смесей, протекают значительно тяжелее, чем у взрослого, и представляют большую опасность для жизни. Это обусловлено высокой чувствительностью всех тканей и органов несформировавшегося организма к ядам. Особенно ранима нервная система.

Опьянение у ребенка наступает, быстро, развивается бурно и последствия его подчас бывают трагичными. Реакции на «спайс» могут быть различными: психоз, эйфория, смех или страх, нарушение ориентации в пространстве, галлюцинации, полная потеря контроля над действиями. Кроме того, периодическое курение смесей на протяжении определенного (причем не слишком длинного) отрезка времени становится причиной необратимых деструктивных процессов в ЦНС, от замедления мыслительной деятельности до депрессивных состояний.

В настоящее время появились некоторые используемые для изменения своего психического состояния средства и их сочетания, применяемые в определенных возрастных группах и ассоциирующиеся с определенным возрастным периодом. Одни средства стали впервые применяться в подростковой среде, а затем уже взрослыми лицами. Прием других средств характерен только для детско-подросткового периода и практически не встречается в более старшем возрасте. Именно такую группу и составляют различные летучие наркотически действующие вещества, применяемые во многих областях промышленности, а также в быту, и преимущественно используемые детьми и подростками путем ингаляций.

Цель изучить социальные аспекты алкогольных и ингаляционных отравлений у детей Гродненской области (Беларусь).

Материалы и методы: проанализированы 54 истории болезни детей, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ» с алкогольным отравлением либо отравлением курительной смесью.

Результаты и их обсуждение. Среди поступивших в стационаре преобладали мальчики – 43 (80%) человека. Средний возраст составил 14,7±1,72 лет. 29 подростков поступили в состоянии алкогольного опьянения, 20 – указывали на употребление курительной смеси «спайс», 4 жевали семена дурмана, в одном случае было одновременное употребление алкоголя и курительной смеси. Из 29 подростков, поступивших в состоянии алкогольного опьянения, 10 человек отрицали прием алкоголя.

Все пациенты доставлены в стационар бригадой скорой медицинской помощи. Несовершеннолетние в состоянии алкогольного опьянения поступали в вечернее время (89% после 18.00). Лица с указанием на употребление курительной смеси – чаще с 12.00 до 16.00.

27 подростков обнаружены на улице случайными прохожими, 3 – доставлены из отделения милиции так как совершили правонарушение – кражу в магазине спиртных напитков. 11 подростков доставлены из квартиры, 8 – из общежития, 3 – из училища или школы в сопровождении педагогов, 1 – из молодежного центра. 6 детей госпитализированы в соматические отделения, 48 в связи с тяжестью состояния – в отделение реанимации. Всем подросткам оказана неотложная медицинская помощь в условиях стационара.

Социальный «портрет семьи» показал следующее. 24 подростка проживают в неполной семье. 76% – из семей рабочих, 24% – из семей служащих. Одна семья считалась социально – неблагополучной, где родители страдали хроническим алкоголизмом. В этом случае было совместное употребление спиртных напитков родителей и подростка. В остальных – употребление алкоголя и курительной смеси происходило в компании сверстников.

37 подростков были учащимися школ, 14 – учащимися колледжей (из них 10 – будущие строители), 1 – учащимся лицея и 1 студентом ВУЗа. Из пациентов, поступивших в состоянии алкогольного опьянения, 90% употребляли крепкие спиртные напитки (водка, коньяк), остальные – слабоалкогольные (пиво и шампанское).

При поступлении у 12 детей наблюдалась рвота, боль в животе, у 8 – нарушение походки, речи. 5 подростков доставлены без сознания, у 10 было нарушение поведения (агрессия, возбуждение, зрительные и слуховые галлюцинации). Средний уровень этилового спирта в крови составил 1,28‰, в моче – 1,54‰.

При указании в анамнезе на употребление курительных смесей в крови у 13 из 20 пациентов психотропные и наркотические вещества не обнаружены. В крови у отдельных подростков обнаружены следующие вещества: атропин, скополомин, клозапин, димедрол, метамилон, аминофеналон, особо опасные психотропные вещества AB – PINACA – CHM, MDPV, MBA(N) – 018 – (AB – PINACA).

Выводы.

1. Среди лиц, употреблявших спиртные напитки и курительные смеси, основную массу составили мальчики, учащиеся средних школ.

2. Средний уровень алкоголя в крови соответствует средней степени опьянения.

3. При употреблении курительных смесей в 65% случаев наркотические вещества в крови не обнаруживаются в связи с изменчивостью химической формулы вещества.

КОРРЕЛЯЦИЯ «ШКАЛЫ ОДИНОЧЕСТВА» И «ШКАЛЫ ДЕПРЕССИИ ГОТЛАНДА» У ОДИНОКИХ ЖЕНЩИН, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Гареева Г.А., Шайдукова Л.К.

Казань
ГАУЗ РНД МЗ РТ

Женский алкоголизм является распространенным заболеванием, склонным к росту, расширению в популяции с вовлечением лиц различных возрастных и профессиональных категорий.

Депрессивные расстройства занимают ведущее место среди психических нарушений, являясь превалирующими в структуре аффективной патологии. Депрессия – одно из самых распространенных расстройств у женщин независимо от возрастных, культуральных и социально-экономических параметров, и встречается в два раза чаще, чем у мужчин. Клиническая практика показывает наличие депрессии, во-первых, у лиц женского пола, во-вторых, у лиц, злоупотребляющих алкоголем, в-третьих, у лиц, находящихся в ситуации одиночества. Все три фактора присутствуют при оценке аффективной сферы одиноких женщин, больных алкоголизмом, однако выявляемость депрессивных нарушений у этого контингента больных крайне низка. В большинстве случаев в общесоматической клинике депрессия своевременно не диагностируется и не лечится. Этому способствует то обстоятельство, что у больных общетерапевтического профиля, как правило, наблюдаются маскированные депрессии. Особые затруднения возникают, когда устойчивые депрессивные расстройства экранируются алкоголизацией – в этих случаях акцент смещается на злоупотребление алкоголем как наиболее видимую и обозначенную проблему.

Также следует отметить взаимосвязь между одиночеством и женским алкоголизмом. Остается неясным последовательность: одиночество ли порождает алкоголизацию (как патологическая форма копингового поведения), либо сам женский алкоголизм ведет к одиночеству, однако эти факторы отягощают друг друга. Авторы указывают на фрустрационное воздействие психологической депривации женщин в ситуации одиночества.

Женщины, находящиеся в ситуации одиночества, отличаются специфическими социальными, психологическими и

демографическими особенностями, многоролевыми функциями и определенным социальным статусом.

Целью настоящего исследования явилось изучение корреляции «Шкалы одиночества» и «Шкалы депрессии Готланда» у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Материалом исследования служили ответы на тесты 102 одиноких женщины, злоупотребляющих алкоголем. Основным методом был экспериментально-психопатологический. База проведения исследования: ГАУЗ РНД МЗ РТ.

Опросник «Шкала одиночества» был предложен тремя авторами: Д. Расселом, Л. Пепло, М. Фергюсоном с целью исследования уровня субъективного ощущения одиночества. «Шкала одиночества» учитывает как экзистенциальное содержание, так и прикладные аспекты одиночества. Высокий уровень одиночества показывают от 40 до 60 баллов, от 20 до 40 баллов – средний уровень одиночества, от 0 до 20 баллов – низкий уровень одиночества.

«Шкала депрессии Готланда» является общепринятой оценкой динамики депрессивных нарушений до и после лечения. Результаты интерпретировались следующим образом: 0-13 баллов отсутствуют признаки, свидетельствующие о депрессии; 14 – 26 баллов по всей вероятности, развивается депрессия; 27 – 30 баллов явная депрессия.

Результаты. Исследование корреляции опросника «Шкалы одиночества» и «Шкалы депрессии Готланда» проводилось как до терапии, так и после лечения. Результаты первого тестирования были следующими:

1) У 13% пациенток выявлялся низкий уровень одиночества, что коррелировало с наличием субдепрессивного состояния по «Шкале депрессии Готланда»;

2) У 57% пациенток был обнаружен средний уровень одиночества, который соответствовал наличию субдепрессивных и депрессивных расстройств;

3) У 32% женщин определялся высокий уровень одиночества, что коррелировало с депрессивными расстройствами по «Шкале депрессии Готланда».

Наиболее вероятно, что низкий уровень субъективного одиночества был обусловлен личностными особенностями. Средние и высокие показатели уровня субъективного одиночества, возможно, были обусловлены ситуативно (например, отсутствие брачного партнера, друзей, слабое развитие коммуникативных навыков). Также в данном случае одиночество можно рассмотреть как следствие давления на личность внешнего мира, что вынуждает личность отгораживаться, избегать внешних контактов, одновременно страдая от этого.

После проведения медикаментозной (в том числе включающей применение антидепрессантов) и психотерапевтической коррекции, были получены следующие результаты:

1) Низкий уровень одиночества выявлялся у 25% пациенток и соответствовал наличию субдепрессивных состояний по «Шкале депрессии Готланда»;

2) Средний уровень одиночества — у 65%, что коррелировало с наличием субдепрессивных и депрессивных расстройств;

3) Высокий уровень одиночества определялся у 12% пациенток, у которых было выявлено наличие депрессивных расстройств по «Шкале депрессии Готланда».

Выводы: Таким образом, нами была изучена корреляция «Шкалы одиночества» и «Шкалы депрессии Готланда» у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем. Уровень одиночества, определяемый у данного контингента больных, был достоверным показателем наличия субдепрессивных или депрессивных состояний по шкале Готланда. Следует учитывать, что ситуационно-психологический фактор в виде одиночества влияет как на течение аффективных нарушений, так и алкоголизма. Выявление данной корреляции будет полезно при проведении дифференцированной психотерапии с выделением основных психотерапевтических «мишеней» – одиночества и депрессии.

ПРОЛОНГ НАЛТРЕКСОНА КАК ФАКТОР УДЕРЖАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ В СИСТЕМЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Городнова М.Ю.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Введение. Сохраняется ситуация высокой распространенности наркологических заболеваний, с преобладанием зависимости от алкоголя и опиоидов, низкой эффективности существующего наркологического лечения, несмотря на продолжающиеся поиски новых лекарств и методов оказания специализированной помощи (Власовских Р.В., 2013; Илюк Д., 2013). Доказанным этиопатогенетическим средством лечения алкогольной и опиоидной зависимости является препарат налтрексон, наибольший эффект которого проявляется в сочетании с психотерапевтическим вмешательством. Показала свою эффективность разработанная в соавторстве с нами комплексная программа опийной зависимости «Точка трезвости» (Агибалова Т.В., 2012:). Внушает оптимизм проведенный анализ эффективности отдаленных результатов лечения больных алкогольной зависимостью в региональных целевых программах, свидетельствующий о высокой эффективности лечения алкогольной зависимости с применением пролонгированного инъекционного налтрексона (Агибалова Т. В., 2014).

Целью исследования явилось изучение возможности использования пролонгированной формы налтрексона у пациентов краткосрочного пребывания в наркологическом стационаре, зависимых от опиоидов.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни и анкет 183 пациентов-мужчин с опиоидной наркоманией СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», в которой, помимо детоксикации, больные имеют возможность пройти реабилитацию, включающую в себя элементы 12-шаговой программы. Средний возраст пациентов 33,03±0,43 лет (от 19 до 54 лет). Средняя длительность потребления психоактивных веществ — 14,12±0,48 лет, длительность потребления инъекционных наркотиков 12,22±0,45 лет. Среди пациентов 43% инфицированные вирусом иммунодефицита человека, 93,4% – хроническим вирусным гепатитом С и 9,3% – хроническим вирусным гепатитом В. Среднее количество госпитализаций в стационар за год составило 2,6±1,49 (от 1 до 10). Среднее количество ремиссий 5,14±0,42, максимальная продолжительность ремиссии составила 14 лет (среднее значение продолжительности максимальной ремиссии 2,72±0,18), среднее значение общей продолжительности ремиссии – 4,12±0,25. Статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS–20, с использованием частот, описательной статистики, непараметрических критериев для независимых выборок.

Результаты исследования. Исследование ожиданий от госпитализации показало, что улучшение здоровья ждут 100 (54,6%) респондентов, на получение положительной характеристики нацелены 12 (6,6%) человек, обрести временное жилье в стационаре ожидают 6 (3,3%) пациентов, рассчитывают снизить дозу ПАВ в результате госпитализации 11 (6%) пациентов и отказа от потребления ПАВ ожидают 124 (67,8%) пациента. Таким образом, почти треть из числа госпитализированных открыто заявляют об отсутствии намерений отказаться от потребления ПАВ.

Анализ дальнейших планируемых действий пациентов показал, что пройти реабилитацию намереваются 77 (42,1%) пациентов, самостоятельно поддерживать трезвость – 61 (33,3%), вернуться к прежнему образу жизни – 16 (8,7%), получать пролонгированную форму налтрексона – 14 (7,7%) пациентов, снизить количество потребления ПАВ – 11 (6%), категорию «другое» выбрали – 4 (2,2%) пациента. Заполнение анкеты по

планированию своих действий происходило на разных сроках госпитализации, что позволило выделить две группы респондентов: заполнивших анкету до 10 дня (n=130) и после 10 дня пребывания в отделении (n=53). Сравнение этих групп по дальнейшим планам с помощью таблицы сопряженности показал достоверные различия по двум планируемым действиям ($p<0,01$): пациенты в первые десять дней пребывания значимо чаще планируют самостоятельный отказ от ПАВ и реже пройти реабилитацию, чем пациенты после 10 дня госпитализации (39,2% против 18,9% и 33,1% против 64,2%, соответственно), точный критерий Фишера 15,34. На уровне тенденции пациенты первых дней госпитализации чаще ориентированы в будущем на снижение дозы потребления ПАВ (7,7% против 1,9%), на возвращение к прежней жизни (9,2% против 7,5%), также чаще планируют лечение налтрексоном (8,5% против 5,7%). Таким образом, на момент вхождения в лечебную среду пациенты больше опираются на себя и собственные ресурсы в поддержании трезвости и меньше на участие в реабилитационной программе отделения, ориентация на лечение налтрексоном также более свойственна пациентам в начале лечения, что должно учитываться в мотивационной работе и системе лечебных мероприятий.

При исследовании длительности инъекционного потребления ПАВ в группах пациентов с разными планами на будущее выявлена тенденция: выбирающие категорию «другое» и планирующие снижение потребления ПАВ, имеют наибольший срок инъекционной наркотизации (14,5±1,71 и 14,09±1,3 лет), а выбирающие лечение пролонгированной формой налтрексона – наименьший (10,65±2,07 лет). Ориентация на самостоятельный отказ и возвращение к прежней жизни свойственна пациентам со средней длительностью потребления 11,6±0,82 и 11,57±1,96 лет соответственно. Выбравшие реабилитацию имеют среднюю продолжительность инъекционного потребления 12,72±0,63 лет. Таким образом, пациенты с наименьшим сроком потребления, а значит с наименьшим истощением личных и средовых ресурсов, в большей степени ориентированы на лечение налтрексоном.

Таким образом, ориентация на получение пролонгированной формы налтрексона и участие в реабилитации часто не совпадают в планах пациентов, что частично может быть объяснено различием в продолжительности потребления и актуальных ресурсов.

На основании полученных результатов нами выделены целевые группы для применения вивитрола: 1). пациенты с небольшим сроком потребления, с сохранными личностными и средовыми ресурсами, нацеленные на самостоятельный отказ от приема ПАВ; 2). пациенты с длительным сроком потребления ПАВ, имеющие неустойчивую мотивацию к отказу от потребления и находящиеся на начальном этапе реабилитации; 3). пациенты, участники реабилитационной программы, имеющие частые срывы и ориентированные на получение помощи.

Выводы.

1. Снижая патологическое влечение и исключая позитивное подкрепление при приеме ПАВ, инъекционная форма налтрексона является важным фактором становления и поддержания трезвости пациентов, страдающих опиоидной (и алкогольной) зависимостью.

2. Выделены целевые группы для использования вивитрола.

3. Преобладающее число пациентов наркологического стационара бюджетного профиля истощили свои ресурсы и для оптимизации оказания им эффективной помощи требуется помощь государства в приобретении налтрексона.

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Даренский И.Д.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Лечебное воздействие на организм при циклическом течении заболевания имеет преходящий кратковременнй эффект. На следующем витке болезненного цикла возникает рецидив, поэтому для его предотвращения неизбежно повторное лечение. При этом для достижения ремиссии, следует учитывать фазу течения заболевания – повторная терапия необходима именно в предрецидивный период.

Ввиду трудности прогнозирования сроков предрецидивной фазы традиционно в наркологии принято осматривать пациентов ежемесячно. Эти усредненные сроки возможного светлого промежутка, воздержания от алкоголя без использования лечебных средств установлены эпидемиологическим методом. Подобный порядок используется в диспансерном наблюдении при решении вопроса снятия с диспансерного учета.

Однако фиксированная дата осмотра имеет большую погрешность, и такой подход может дискредитировать саму идею профилактических осмотров. Поэтому нами в ходе анализа связи социальных, клинических и психологических данных о пациентах со сроками спонтанного периода трезвости в прошлом была выведена формула математических расчетов прогноза предполагаемых сроков трезвости [Даренский И.Д., 1993]. Разработана база знаний компьютерной экспертной системы выявления сроков рецидива [Даренский И.Д., 1997]. Т.о. прогноз и диагностика предрецидивного состояния из расчета по предшествующим срокам устанавливается с помощью компьютерной программы.

Цель данного исследования состояла в оценке возможности и эффективности лечения в предрецидивную фазу алкогольной зависимости для профилактики рецидивов.

Обследование и лечение в амбулаторных условиях в рамках описанной программы прошли 200 больных алкогольной зависимостью. Больные наблюдались в период рецидива заболевания, когда им проводилось традиционное антиалкогольное фармакологическое и психотерапевтическое лечение в виде комплайенс-терапии [R. Kemp et al, 2000]. Программа выполнялась в течение последних 5 лет. За это время под разными предлогами программу преждевременно покинули 90 больных (это тема отдельного исследования). Соблюдение трезвости остальными оценивалось по сведениям родственников и лиц близкого окружения, а не только по самоотчету пациентов, что также было оговорено условиями нахождения в программе.

В ходе психотерапии с больными проводилась работа по выявлению ранее наблюдавшихся индивидуальных признаков и сроков предрецидивных состояний. Больные научались узнавать эти признаки и мотивировались к обращению за лечебной помощью после ухода из лечебной программы. На основании расчетов им вменялось в обязанность посещать нарколога в определенные сроки для осмотра и проведения манипуляций, а также и вне этих сроков при появлении первых признаков предрецидивных состояний в ближайшем будущем. В программу включались пациенты, у которых в результате целенаправленной мотивации удалось достичь комплайенса.

В период лечения рецидива и во время профилактического визита преследовались цели подавления патологического влечения к алкоголю, устранения всевозможных психопатологических симптомов (депрессия, астеновегетативные расстройства и т.д.), абстинентных и псевдоабстинентных расстройств. Для этого на приеме проводились стереотипные лечебные процедуры: антидепрессанты (леривон), нейролептики (тералиджен), транквилизаторы (клоназепам) и электротран-

квилизация, а также иммуномодуляторы (имунофан) в случае угнетения иммунитета [Даренский И.Д., 2008].

Исследование проводилось двойным слепым методом, т.е. лекарственные препараты давались больным наравне с плацебо таблетками случайным образом. Впрочем, использование двойного слепого метода было затруднительно, т.к. больные отличали лекарства от плацебо по выраженному психотропному действию.

Пациенты приходили на врачебный прием с интервалом от 25 до 45 дней. Из числа завершивших программу (110 больных) за время наблюдения рецидивы, которые удавалось быстро купировать, наблюдались у 39 человек. Причем, у этих больных рецидив наблюдался в 75% случаев визитов при получении плацебо-таблеток. В том числе рецидивы отмечались с интервалом в 3 месяца в 10% случаях, 6 месяцев – 53%, 12 месяцев – 12%. У 71 пациента не удалось зафиксировать рецидив, что позволяет говорить о 5-летней ремиссии. При этом наблюдалось высокое качество ремиссии с незначительными пограничными расстройствами и стабильной психологической компенсацией и социальной адаптацией, свидетельствующих об интермиссии. Полученные данные свидетельствуют о влиянии 3 условий на высокий лечебный эффект в данной лечебной программе: жесткий отбор больных по наличию комплайенса, регулярные визиты к врачу и своевременная и адекватная профилактическая терапия. Однако понять изолированное значение этих условий в проведенном исследовании не представляется возможным.

Т.о., хронобиологический подход подразумевает выявление индивидуальных признаков предрецидива у отдельных пациентов, научение последних распознавать эти проявления, мотивация к профилактическому лечению, расчет сроков возможного рецидива и неукоснительное проведение стереотипных профилактических процедур, не выходящих за общепринятые стандарты. Математические расчеты с достаточно высокой точностью позволяют определить возможные сроки предрецидивной фазы. В случаях, когда удается убедить пациентов обращаться в этот период к наркологу, традиционное лечебные усилия в фазу абстиненции, не имеющие патогенетического значения, будучи адресованы пациентам в фазу предрецидива имеют профилактическое значение и значительно повышают длительность и качество ремиссий.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Даренский И.Д., Адамова Т.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Депрессия расширительно диагностируется в наркологической клинике [Даренский, 2013]. Обычно врач квалифицирует состояние больного как депрессию на основании самоотчета. Так, в фазу абстиненции спрашивать больного о состоянии настроения не имеет смысла. На вопрос врача «какое настроение?», больной расценивает свое настроение как плохое и находит этому психологическое объяснение. После купирования абстиненции больные также расценивают свое состояние как «депрессия«. При этом объективно не определяются признаки депрессии. Анамнестические сведения также квалифицируются как свидетельства депрессии. У больных, как правило, выявляются эпизоды упадка сил в анамнезе. Больной говорит о перепадах активности. Отмечает как в течение нескольких дней, так и в течение одного дня. При этом отсутствуют облигатные свойства депрессии.

Вызывает сомнение: имеет ли депрессия такое большое значение в рецидиве алкоголизма, как ей приписывают, существует ли коморбидность алкоголизма и депрессии? Развитие заболевания, а затем и рецидива заболевания рассматривается как следствие появления депрессии. Имеется в виду, что депрессия играет патогенетическую роль и во всех случаях заболевания депрессия участвует в патогенезе заболевания. Следует ли в таком случае назначать антидепрессанты при алкогольной зависимости?

Как известно, отмечаются два рода симптоматики в течение депрессии: продуктивная и негативная [Даренский И.Д., 2000]. Негативный аспект депрессии включает упадок сил, плохое, сниженное настроение, нежелание ничего делать, безразличие к окружающему, отсутствие чувств (anesthesia psychica dolorosa). Продуктивные расстройства представляют мысли о совершенных грехах, причиненных неприятностях, «жизнь не удалась, ничего хорошего впереди не ждет, надо покончить собой, всех родственников ожидают страдания и их тоже надо убить».

Цель данного исследования – изучить клиническую картину состояния больных алкогольной зависимостью, квалифицированную изначально как депрессивные расстройства, и эффект использования антидепрессантов при этом.

В исследование вошли 90 больных алкогольной зависимостью с признаками депрессии в период абстинентной и ранней постабстинентной фазы. Для выявления и оценки депрессии использовался клинический метод и шкала Hamilton. Помимо стандартного лечения всем назначались один из таких антидепрессантов, как леривон, золофт и эглонил. Исследование проводилось двойным слепым методом, т.е. указанные антидепрессанты и плацебо назначались случайным образом, но продолжительностью 2 недели после отнятия алкоголя.

В результате исследования было обнаружено, что клиническая картина, принимаемая первоначально за депрессию, обычно выглядела следующим образом. Пациенты говорят о плохом настроении и поясняют, что «скучно в отделении находится уже десятый день, нечем заняться». В то же время имеют позитивные, терапевтические установки, конструктивные мысли о лечении. Пациенты тщательно ухаживают за собой и состоянием одежды, активны, подвижны, улыбаются и смеются. Пациенты испытывают скуку именно от того, что к чему-то стремятся. Имеют розовый цвет кожи лица и повышенный аппетит.

Вместе с тем у больных отмечается утомляемость, нарушение сна ночью и сонливость днем, мрачность, все раздражает, не хочется играть в настольные игры, никакое дело не интересует, леность во всем, ничего не хочется, все надоело, все пустое, не хочется ничем заниматься.

Но не отмечает этого в моменты пессимистических мыслей, необходимости помощи со стороны. Отрицаются пессимистическая оценка своей жизни и прошлого и суицидные мысли. Отсутствует пессимистическая оценка будущего. Больной лишь внешне угрюм, малоподвижен и не хочет разговаривать.

Включение в лечебную схему антидепрессантов указанным выше образом не показало статистически достоверного эффекта в сравнении с плацебо-препаратами. Более того, больные отмечали вялость и «загруженность» (65%), ощущения ухудшения самочувствия в виде тошноты и снижения аппетита (31%) в случаях добавления к лечению антидепрессантов.

Все указанное выше укладывается в типичные проявления эмоционально-волевых расстройств в рамках алкогольной зависимости. Это скорее дистимия в широком смысле этого слова. Обычно наблюдаемые у наркологических больных эмоциональные расстройства негативного плана относятся к дистимии. Это расстройства кататимной (голотимной) природы слабо дифференцированные, но имеющие отчетливый негативный компонент настроения. Видно, что это непсихотические пограничные нервно-психические расстройства, отличающиеся от пограничных депрессивных расстройств. Скорее у наркологических больных наблюдается астенический аффект или

негативные проявления депрессии. Всевозможные варианты депрессии – астеническая, адинамическая, психастеническая, фигурирующие в публикациях, – являются попыткой уточнить ее многоликость или присвоение ярлыка «депрессия« тому, чем это не является.

У наркологических больных наблюдается сниженное настроение с преобладанием пониженной самооценки в состояниях абстиненции и ранней постинтоксикации по причине снижения уровня дофамина. Изменение самочувствия в течение 3 дней на фоне приема антидепрессантов в период абстиненции не типично для действия антидепрессантов. Эффект антидепрессантов наступает в конце второй недели применения.

Т.о., в нашем исследовании больных алкогольной зависимостью редко наблюдались истинно депрессивные расстройства, которые в таком случае правомерно было бы относить к так называемой «алкогольной депрессии«. Нельзя расценивать указанные случаи как депрессию и назначать антидепрессанты. Это назначение безрезультатно в период абстиненции и в постабстинентную фазу. К тому же не рекомендуется назначать в абстиненции некоторые антидепрессанты, обладающие холинолитическим действием и вызывающие делириозное расстройство сознания.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Добровольская А.Е., Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Трусова А.В.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
СПбГУ

Цель исследования: определить распространенность пагубного употребления и синдрома зависимости от различных типов психоактивных веществ (ПАВ) среди пациентов токсикологического стационара.

Материал и методы исследования: сплошным методом обследовано 516 больных, поступивших в два токсикологических отделения и отделение токсикологической реанимации НИИ Скорой Помощи им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург. Наркологические диагнозы выставлялись в соответствии с критериями МКБ-10 по результатам клинического интервью с заполнением формализованной карты обследования пациента. Всем больным проводился химико-токсикологический анализ крови и мочи.

Результаты исследования и обсуждение: в обследованной когорте преобладали мужчины (68,4% против 31,6% $p<0,05$). Подавляющее большинство поступивших составили больные с острыми отравлениями в результате передозировки ПАВ (73,3%); 11,9% пациентов поступили после совершения суицидальной попытки самоотравления; 14,8% поступлений были связаны с отравлениями в результате несчастного случая. Среди госпитализированных с отравлениями в результате передозировки ПАВ отмечено достоверно больше мужчин (86,8% против 55,8% $p<0,05$); среди поступивших после суицида преобладали женщины (30,3% против 3,3% $p<0,05$). Причиной острых отравлений явились: метадон (24,8%), этанол (15,8%), производные барбитуровой кислоты (9,0%). В 23,7% случаев отмечались отравления прочими психоактивными веществами или их смесью (героин, амфетамины, каннабиноиды, оксибутират натрия). Отравление ПАВ было обусловлено неверным расчетом дозы алкоголя или наркотических веществ, предшествующим спонтанным или вынужденным воздержанием от их приема и как следствие, снижением толерантности. У 79,2% пациентов диагностирована наркологическая патология: пагубное употребление алкоголя или алкогольная зависимость отмечена у 47,8% пациентов, доля наркозависимых составила 31,4% от всех госпитализированных. Достоверных различий по фактору пола среди зависимых от различных типов ПАВ не выявлено. Только 3,1% поступивших состоят на наркологическом учете; 10,2% всех поступивших получали лечение по поводу зависимости от ПАВ анонимно без постановки на наркологический учет.

Заключение: подавляющее большинство пациентов токсикологического стационара составляют больные, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью. Основной причиной острых отравлений является прием токсической дозы алкоголя или наркотиков. Фактическая распространенность наркологической патологии среди пациентов, намного превышает данные диспансерного наркологического учета, причем большая часть «неучтенного» контингента больных не получает наркологического лечения. Эффективной мерой профилактики острых отравлений ПАВ и терапии зависимости от алкоголя и наркотиков будет являться организация дополнительной наркологической помощи в условиях токсикологического стационара.

ИНФЕКЦИОННАЯ КОМОРБИДНОСТЬ В НАРКОЛОГИИ

Должанская Н.А., Корень С.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования: Обосновать необходимость разработки комплекса мероприятий по совершенствованию оказания наркологической помощи в условиях высокого уровня коморбидности болезней зависимости от психоактивных веществ с социально значимыми инфекциями.

Материал и методы. В основу исследования были положены результаты собственных многолетних медико социальных и поведенческих исследований, а также анализ современных отечественных и зарубежных публикаций по заявленной теме.

Результаты и их обсуждение. Данные анализа научной литературы по теме исследования показали, что высокий уровень коморбидности вирусных парентеральных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции, инфекций, передаваемых половым путем и туберкулеза с болезнями зависимости от психоактивных веществ оказывает существенное влияние на все этапы оказания наркологической помощи, начиная со стадии первичной профилактики и диагностики и, заканчивая длительным реабилитационным периодом. В результате наркологическая служба одновременно оказалась и важной «точкой доступа» к пациентам с различными социально значимыми инфекциями.

В связи с этим непременным компонентом программ первичной профилактики в наркологии должна стать и профилактика социально значимых инфекций, так как даже начальный процесс вовлечения в потребление психоактивных веществ связан с высоким поведенческим риском инфицирования с рядом социально значимых инфекций.

Обнаружение у пациентов с зависимостью от ПАВ сочетанной инфекционной патологии, наряду с мощным психотравмирующим воздействием, характеризуется множественным поражением внутренних органов и систем, угнетением иммунной системы и др. Сочетание разных этиологических факторов коморбидных заболеваний, а также многообразие и утяжеление клинической картины, требуют обязательной социальной и психологической поддержки таких пациентов. Существенно усложняется проведение медикаментозной терапии с учетом особенностей клинических проявлений и потенциально воз-

можных лекарственных сочетаний. Часто возникают индивидуальная непереносимость, лекарственная устойчивость, недопустимость комбинации и взаимоисключающее сочетание ряда лекарственных препаратов. Все вышесказанное может существенно влиять на приверженность пациентов лечению, снижать его эффективность, утяжелять прогноз, как в отношении наркологического заболевания, так и сопутствующего инфекционного процесса.

Теснейшая сопряженность наркологической патологии с широким спектром социально значимых инфекций диктует необходимость разработки современных комплексных мультидисциплинарных программ оказания наркологической помощи. Что в свою очередь, требует повышения готовности врачей психиатров-наркологов к коррекции и адаптации лечебно-профилактических мероприятий с учетом динамики течения сопутствующих инфекционных заболеваний.

Выводы. Традиционные медикосоциальные подходы к ведению пациентов с сочетанной наркологической и инфекционной патологией не всегда обеспечивают должный уровень и качество оказания специализированной помощи в условиях ЛПУ наркологического профиля. Представляется чрезвычайно важным понимание роли мультиморбидности в наркологии, а также актуальность разработки современных комплексных междисциплинарных программ оказания наркологической помощи.

ВЫБОР МЕТОДА КРАТКОСРОЧНОЙ И ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С УЧЕТОМ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА

Донской Д.А., Копытов А.В.

Минск, Беларусь
Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Алкоголь одно из наиболее широко употребляемых психоактивных веществ в мире. В исследовании лечения зависимостей, значительные усилия сосредоточены на основных эффектах и в некоторых случаях на посреднических. Относительно мало работ, в которых представлены предполагаемые механизмы действия или идентифицированы переменные процесса по обеспечению эффектов лечения.

Большинство исследований лечения аддикции направлены на изучение потенциальных посреднических механизмов изменений. Пример такого рода исследований о роли в качестве посредников самоэффективности или копинг-поведения (Litt et al., 2003) и мотивации на изменения (Dunn et al., 2001). Существует мало доказательств того, что предполагаемые активные компоненты поведенческих вмешательств, таких КПТ или МИ фактически являются посредниками эффектов лечения (Morgenstern and McKay, 2007).

Изменение аддиктивного поведения – это сложный процесс, на который оказывают влияние факторы, связанные с лечением и личностными характеристиками пациентов: от тяжести и длительности наркозависимости до наличия сопутствующей психопатологии, периода лечения и окружения зависимого. Нейронные и нейропсихологические механизмы, особенно те, которые связаны с принятием решений, возможно, также играют важную роль, но они не так широко исследованы в настоящее время. Нейропсихология наркозависимостей в последние годы является популярной областью исследований.

Наша гипотеза состояла в том, что некоторые особенности когнитивного функционирования будут влиять на эффективность психотерапевтического лечения АЗ и выбор адекватного психотерапевтического метода.

Дизайн исследования – мультицентровое обсервационное аналитическое исследование методом «случай-контроль« с направленным подбором групп.

Цель исследования: определить влияние когнитивного статуса на выбор методов лечения алкогольной зависимости с учетом индивидуальных когнитивных особенностей для повышения эффективности терапевтических вмешательств.

Задачи исследования: изучить длительность ремиссий у лиц с АЗ без учета когнитивных особенностей при различных методах лечения; изучить длительность ремиссий при применении различных методов лечения АЗ с учетом когнитивных особенностей; обосновать рекомендации по выбору различных методов психотерапии АЗ на основании индивидуальных когнитивных особенностей.

Для достижения поставленных целевых задач исследования сформирована основная группа (ОГ) из 397 лиц мужского пола в возрасте от 18 до 60 лет, страдающих АЗ. Группа контроля (КГ) из 213 лиц мужского пола, сопоставимая с ОГ по социально-демографическим характеристикам.

Для оценки алкогольных проблем использовались Белорусский индекс тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001), AUDIT, МКБ-10. Нейропсихологические исследования произведены с помощью CANTAB-10.0 (Cantab Eclipse V3-3) и включали тесты на исследование: пространственной оперативной памяти (SWM); Кебриджский гемблинг-тест (CGT); время реакции (RTI).

Результаты исследования. Результаты лечения субъектов, страдающих АЗ, различными методами краткосрочной и групповой психотерапии были следующими (соответственно): отсутствие – 13,5% и 8,1%; ремиссия<1 месяца – 8,1% и 15,3%; ремиссия от 1 до 3 месяцев – 21,6% и 25,2%; ремиссия от 3 до 6 месяцев – 45,9% и 37,8%; ремиссия от 6 до 12 месяцев – 10,8% и 13,5%. Без учета когнитивных особенностей существенных отличий в результатах лечения при применении методов групповой и краткосрочной терапии в обеспечении длительности воздержания от алкоголя не установлено.

В соответствии с целью исследования ОГ рандомизировали на подгруппы. Критерием рандомизации являлось наличие устойчивой ремиссии (>3 месяцев) или ее отсутствие. Получены 4 подгруппы: лица, прошедшие краткосрочную терапию с устойчивыми результатами (КрУ) и отсутствием или низкими результатами (КрН); аналогично для лиц, прошедших групповую терапию (соответственно, ГрУ и ГрН).

С помощью теста RTI определили показатели времени когнитивных реакций в КрН и КрУ (388,8±17,8 и 343,1±12,7 мс; $p<0,05$). Подобных отличий в ГрУ и ГрН по данным показателям (370,1±11,1 и 401,4±18,4 мс) не наблюдалось. Следует отметить, что у лиц ГрУ время когнитивных реакций выше, чем в КрУ ($p<0,05$). Более низкие показатели времени реакции в КрУ свидетельствуют о том, что краткосрочные методы более эффективны у лиц с сохранностью процессов когнитивного функционирования. При уровне показателей когнитивных реакций превышающих 381 мс неэффективными являются также методы групповой психотерапии. Показатели свыше 356 мс могут быть пороговыми для применения краткосрочной психотерапии. Данные в КГ 319,1±5,4 мс.

Результаты показывают, что показатели психомоторных (когнитивных) реакций, свидетельствующие об уровне когнитивного функционирования, являются одним из факторов предопределяющим выбор метода психотерапии при АЗ.

Данные теста SWM. Тест оценивает умения выстраивать стратегии при принятии решений, прогнозировании действий и поведения, а также его последствий. В подгруппах ГрУ и ГрН показатели количества «внешних ошибок» в тесте SWM (соответственно, 28,1±3,1 и 31,1±3,9), свидетельствующие о состояние оперативной памяти, внимания, а также показатели количества «внутренних ошибок» (соответственно, 2,43±0,5 и

2,24±0,5), свидетельствующие о грубых повреждениях мозга, достоверно не отличаются. Следовательно, данные когнитивные характеристики существенно не влияют на эффективность групповой психотерапии. В подгруппе КрУ показатели количества «внешних ошибок» в тесте SWM выше, нежели в КрН (соответственно, 36,9±10,4 и 13,9±3,5; p<0,05), а также показатели количества «внутренних ошибок», в КрУ ниже, чем в КрН (соответственно, 1,2±0,5 и 2,9±0,9; p<0,05). Следовательно, у лиц с достаточно низких показателях оперативной памяти и функциями внимания, а также при грубых функциональных повреждениях мозга методы краткосрочной терапии для лечения АЗ являются малоэффективными.

Данные CGT. Групповая психотерапия была мало- или неэффективна у лиц с высокими показателями импульсивности в виде «склонности к холодному (оправданному) риску» и склонности к азарту, по сравнению с исследуемыми у которых эти показатели были ниже (соответственно, 0,43±0,04и 0,32±0,03; 0,39±0,035 и 0,3±0,023). У лиц КрУ показатели «склонности к холодному риску» (0,56±0,06) и азарту (0,53±0,07) были выше, чем у лиц ГрУ (p<0,05). Показатели в КГ(соответственно, 0,48±0,02 и 0,44±0,02) достоверно не отличались от показателей в подгруппе КрУ.

Таким образом, в результате проведенного лечения установлено, что: 1) Среди лиц, получавших лечение по поводу алкогольной зависимости в стационарных условиях в соответствии с протоколами оказания помощи 11,3% не имели терапевтической ремиссии, 37% имели крайне неустойчивую и 39,1% неустойчивую ремиссию, у 12,6% наблюдалась постлечебная ремиссия более полугода; 2) На продолжительность ремиссии и выбор метода терапевтического вмешательства (групповая и краткосрочная терапия) оказывали влияния индивидуальные когнитивные особенности субъектов; 3) Применение краткосрочной терапии обеспечивало эффективную продолжительность ремиссий у лиц с относительной сохранностью когнитивных функций, хорошими показателями психомоторных реакций, имеющих достаточно сохранные способности к прогнозированию и планированию своей деятельности и поведению, имеющих хорошие показатели импульсивности в виде склонности к оправданному риску и азарту; 4) Групповые методы психотерапии более эффективны для лиц с некоторой недостаточностью процессов когнитивного функционирования, проявляющиеся в замедленности показателей психомоторных когнитивных реакций (пороговый показатель свыше 356 мс), снижении функций оперативной памяти и внимания, слабовыраженных тенденциях к импульсивности в виде склонности к оправданному риску и азарту; 5). Ориентир на когнитивные особенности у лиц с алкогольной зависимостью позволит эффективно применять адекватные методы психотерапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Дудко Т.Н., Папырин В.Д., Литвинков Н.П.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В современном мире количество чрезвычайных ситуаций (ЧС) и число людей с психическими расстройствами, возникающими на почве психотравмирующего воздействия ЧС, значительно увеличивается. Установлено, что около 80% пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР) втягиваются в злоупотребление алкогольными напитками и у них нередко формируется алкогольная зависимость.

Цель работы: выявить особенности формирования алкогольной зависимости (АЗ) у лиц, оказавшихся в ЧС и перенесших ПТСР, определить их уровни реабилитационного потенциала (УРП) и эффективность оказания лечебно-реабилитационной помощи (ЛРП).

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, с использованием методики определения УРП (Дудко Т.Н.,2001)

В основную группу исследования вошли 22 мужчины, перенесших ПТСР и зависимых от алкоголя. Контрольную группу составили 30 пациентов мужского пола, зависимых от алкоголя, у которых не диагностировались ПТСР. Возраст пациентов обеих групп от 39 до 52 лет. Образование в основном среднее, высшее и незаконченное высшее у 16 человек (30,8%). Все пациенты работали, имели семьи.

Больные основной группы участвовали в боевых действиях, ранений не было, у 4 человек (18,2%) в анамнезе диагностирована легкая контузия без потери сознания и госпитализации. У 10 человек алкогольная зависимость второй стадии, запойная форма потребления алкоголя. У остальных 12 пациентов также вторая стадия зависимости, но периодическая форма злоупотребления алкоголем. У всех пациентов диагностировались алкогольный абстинентный синдром (ААС), расстройства сна, ПТСР. Необходимо отметить, что участие в боевых действиях формировало у пациентов особый психологический концепт «причастности к событиям государственного значения», что повышало их самооценку и создавало мотив на лечение. Злоупотребление алкогольными напитками больные объясняли тяжелыми воспоминаниями о чрезвычайных ситуациях, недооценкой их заслуг, невниманием к ним со стороны государства.

Больные основной группы были разделены на две подгруппы.

В первой подгруппе пациентов ПТСР проявлялось симптомом вторжения, интрузией, гипермнезией (флешбек). Периодически, преимущественно в трезвом состоянии, пациентами овладевали яркие воспоминания стрессовых военных событий, кошмарные сновидения, что вызывало тревогу, подавленное настроение, чувство вины перед погибшими друзьями. По мнению пациентов, единственным способом избавиться от гипермнезии и вытеснить навязчивые неприятные воспоминания представлялся в употреблении алкоголя, опьянение воспринималось как защита от повторных мучительных переживаний, симптома вторжения. Причем прием алкоголя происходил в больших количествах (один и более литра водки в день), приводящих к состоянию глубокого опьянения и забытья. Злоупотребление алкоголем в течение 3-5 лет приобретало запойную форму и перерастало в алкогольную зависимость. Симптом флэшбек являлся своеобразным пусковым механизмом ускоренного формирования алкогольной зависимости. ААС проявлялся общей слабостью, психической подавленностью, тошнотой и другими соматовегетативными расстройствами, характерными для этого синдрома, и больших доз употребляемого алкоголя.

. Во второй подгруппе пациентов симптом интрузии, флэшбек, мучительного переживания возникал, как правило, в состоянии алкогольного опьянения. Формирование алкогольной зависимости протекало относительно медленно (в течение 7-9 лет), отмечалась преимущественно периодическая форма употребления алкоголя. Суточное потребление водки обычно не превышало 0,5 литра. ААС характеризовался подавленным настроением, соматовегетативными расстройствами, гипертимным поведением с тенденцией к агрессии по отношению к членам семьи, соседям и значимым другим лицам (ЗДЛ), выкриками типа «я воевал, я жизнью рисковал» и прочее.

В обеих подгруппах пациентов алкогольный абстинентный синдром протекал более тяжело и пролонгированно по сравнению с наблюдаемыми нами пациентами с алкогольной зависимостью без признаков ПТСР.

Уровень РП в первой подгруппе варьировал в диапазоне между среднем и низким. У пациентов отмечалась выраженная анозогнозия с низкой мотивацией на участие в лечебно-реабилитационных программах. За наркологической помощью больные обращались под воздействием родственников и ЗДЛ.

Уровень РП во второй подгруппе находился между средним и высоким. Мотивация на лечение и реабилитацию была аргументированной и более устойчивой по сравнению с пациентами первой подгруппы. В частности, больные по собственной инициативе обращались за медицинской помощью, зависимость от алкоголя осознавалась, но не в полном объеме, в основном отрицались социальные последствия пьянства.

У пациентов контрольной группы диагностировалась вторая стадия алкоголизма, формирование алкогольной зависимости протекало медленно в течение 10-15 лет, УРП в основном средний и отчасти низкий. Мотивация на участие в лечебно-реабилитационных программах была неустойчивой с ориентацией на краткосрочность и медикаментозную терапию, включая «кодирование». К психотерапии относились скептически, несистематическое участие в программе реабилитации объясняли тем, что они «заняты» и у них «нет времени» на посещение психотерапевтических сессий.

Лечебно-реабилитационная помощь всем больным включала медицинские, психотерапевтические и социальные мероприятия (работа с родственниками). На предреабилитационном этапе акцент терапии был сфокусирован на купирование ААС. Медикаментозное лечение производилось в соответствии со стандартами терапии, протоколом ведения больных и с учетом проявлений ПТСР. На адаптационном и стабилизационном этапах реабилитации внимание концентрировалось на терапии соматических, аффективных расстройствах, нарушениях сна. Активно использовались физиотерапия (Окси-Спа-терапия – многофункциональная физиотерапевтическая капсула) и психотерапия. Когнетивно-бихевиоральная терапия была направлена на коррекцию представлений об алкогольной зависимости, путей преодоления болезненных расстройств и симптомов ПТСР (для пациентов основной группы). Гипнабельным пациентам с хорошей способностью к визуализации (8 пациентов второй и 5 первой подгруппы, 11 пациентов контрольной группы) лечение также включало сеансы проективной интегративно-диалоговой гипнотерапии (в среднем 6-8 сеансов). По клиническим показаниям, особенно при обострении влечения к алкоголю, проводились дополнительные сеансы проективно-диалоговой гипнотерапии (до 5). Кроме того применялись техники психотерапевтической кинезиологии, целебного прикосновения и метафор.

В реабилитационной программе пациенты находились в течение года. Через 3-4 месяца выбыли из программы 3 пациента (13,6%) основной группы первой подгруппы с низким УРП, которые считали себя «вполне здоровыми». В контрольной группе выбыли из программы 21 пациент (70%). Годовая ремиссия среди пациентов, прошедших полный реабилитационный курс, составляла: 4 человека (40%) из 10 пациентов первой подгруппы основной группы, 6 человек (50%) у второй подгруппы, 9 пациентов контрольной группы (30%).

Выводы.

1. ПТСР относится к одному из патогенетических факторов, способствующих злоупотреблению алкоголем и формированию алкогольной зависимости.

2. Клинические проявления ПТСР коррелируют с динамикой алкогольной зависимости: сроки формирования зависимости, форма злоупотребления алкоголем, особенности клиники ААС, мотивация на реабилитацию.

3. Реабилитационная программа пациентов с ПТСР и алкогольной зависимостью наряду с лечебно-реабилитационной программой включала дополнительные мероприятия терапии ПТСР, что повышало эффективность всей программы.

4. Использование техник психотерапии (проективной итегративно–диалоговой гипнотерапии, психокоррекций, психотерапевтической кинезиологии, целебного прикосновения, метафор целебного прикосновения) значительно повышают эффективность восстановительных мероприятий.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ МАСТЕРСКИХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ«

Дудко Т.Н., Целинский Б.П., Шурыгин Г.И.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В практической деятельности медицинских организаций наркологического профиля зачастую возникают вопросы об организации и правовом регулировании деятельности лечебно-трудовых мастерских в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психиатрия-наркология». Системное изучение соответствующего законодательства и практики его применения позволяет авторам сформулировать следующие научно обоснованные рекомендации. В настоящее время вопросы медико-социальной реабилитации больных наркоманией, урегулированы ст. ст. 2, 8, 19, 26, 33, 34, 38, 40, 46, 48, 54, 60, 64, 83 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации« от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ; приказом Министерства промышленности и торговли от 18 сентября 2012 г. № 327-ст, утвердившим национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 54990-2012 «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя», порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 929н, и стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи при наркологических расстройствах, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 сентября 2012 г. № 124н − 135н. Кроме того, в отдельных субъектах Российской Федерации приняты нормативные правовые акты об оказании гражданам, больным наркоманией и прошедшим лечение от наркомании, услуг по социальной реабилитации с использованием сертификата. Таким региональным нормативным правовым актом является, к примеру, постановление Правительства Москвы

№ 161-ПП от 4 апреля 2014 года. Эти правовые нормы распространяются и на больных наркоманией, которые проходят программы социальной реабилитации в реабилитационных центрах и отделениях, подведомственных органам здравоохранения субъектов Российской Федерации.

В соответствии с российским законодательством пациенты имеют право на получение в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, в том числе в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ. Финансирование данного вида медицинской помощи осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

Стратегией государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года (п. 37), утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690, предусмотрено

внедрить в деятельность региональных наркологических реабилитационных учреждений малозатратные технологии и стационарозамещающие формы оказания реабилитационной помощи, включая организацию лечебно-трудовых мастерских.

Концепцией модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года (п. «д» раздела V), утвержденной приказом Минздрава России от 5 июня 2014 г. № 263, предусмотрена организация лечебно-трудовых мастерских в структуре наркологических учреждений.

Реабилитацией является совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного. Необходимым условием реабилитации является оптимальная организация распорядка дня, обеспечивающего постоянную занятость больных, сочетание медицинских, психотерапевтических процедур с трудотерапией, обучением, индивидуальными занятиями, культуротерапией, спортом, организованным досугом и др. В Приложении приведены варианты примерного распорядка дня, предусматривающие максимальное приобщение больных к труду, обучению и т.п. Отношение пациентов к труду включено в шкалу оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией. Трудотерапия включена в реабилитационную программу стационара реабилитационного учреждения (подразделения) и в мониторирование протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией».

Медицинская услуга «Трудотерапия» под кодом А 13.29.002 предусмотрена приказами Минздрава России от 28 октября 2013 г. № 794н, от 27 декабря 2011 г. № 1664н, от 4 сентября 2012 г. №№ 127н, 128н, 131н, 132н, 133н, 134н.

По смыслу вышеуказанных нормативных правовых актов трудотерапия рассматривается в качестве одного из средств достижения задач лечения и медико-социальной реабилитации наркологических больных.

Сферы трудовой занятости в рамках трудотерапии в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психиатрия-наркология», следует определять с таким расчетом, чтобы труд пациентов в максимальной степени способствовал достижению задач лечения и медико-социальной реабилитации наркологических больных.

Создание качественных ЛПМ обеспечит решение многих задач и положений «модернизации» наркологической службы:

- поможет, в определенной степени, возвратить доверие и уважение к государственной наркологической службе со стороны пациентов и граждан РФ,

- повысит мотивацию пациентов на участие в программах реабилитации,

- создаст поток пациентов в государственные лечебные и реабилитационные учреждения,

- повысит занятость наркологической реабилитационной койки,

- будет способствовать удержанию пациентов в пролонгированных реабилитационных программах,

- повысит эффективности ЛРП по продолжительности ремиссий и качеству жизни, поможет достичь и превысить утвержденные «целевые показатели (индикаторы) модернизации наркологической службы» (Приказ МЗ РФ №263),

- будет способствовать вовлечению в программы реабилитации лиц зависимых от ПАВ условно осужденных и досрочно освобожденных (согласно Статье 79 УК РФ) и обеспечит качественное «альтернативное лечение» – в случае отсрочки отбывания наказания больным наркоманией за незаконный оборот наркотиков (согласно Статье 82.1 УК РФ)

- поможет развивать и совершенствовать ведомственное и межведомственное взаимодействия при оказании наркологической помощи (трудоустройство, получение заказов на производимую продукцию и ее реализацию и пр.).

Достижение цели и решение поставленных задач возможно и реально исключительно на основе гуманного и научного подходов к использованию потенциала ЛПМ. История развития наркологической помощи учит нас, что наркологические больные (алкоголизм, наркомания, токсикомания, игровая зависимость и пр.) в отличие от психических больных могут использоваться на самых квалифицированных и социально значимых работах. Хорошо известно, что в период существования ЛТП, наркологических отделений при промышленных предприятиях и ночных наркологических профилакториев наркологические больные работали в качестве профессионалов или помощников (учеников) профессионалов на заводах, на стройках, в деревообрабатывающих цехах и пр. При этом их труд оплачивался, что позволяло пациентам оказывать экономическую поддержку своим семьям и чувствовать себя членом своей семьи. Т.е. находиться в состоянии реальной ресоциализации и установки на трезвость. Эту традицию надо сохранять и беречь, а не ограничивать пациентов якобы по «показаниям» формами ручного труда, связанного с мелкой моторикой (вышивание, пошив, резьба, или уход за растениями и животными и т.п.)».

К ВОПРОСУ ПРОБЛЕМЫ ГЕМБЛИНГА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Евдокимова Т.Е., Цыганков Б.Д.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

В настоящее время в современном мире доминирует явление глобализации, привносящее с явными позитивными моментами развития общества, и некоторые негативные тенденции, такие как, кризис традиционных ценностей, многовековых устоев общества, формирование общества тотальных потребителей.

Одной из наиболее масштабных проблем нашего времени является игровая зависимость (патологический гемблинг). Число паталогических игроков среди взрослого населения в мире варьирует от 0,4% до 7% (Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994; Солдаткин В.А., Бухановский О.А., 2005). В экономически развитых странах, где игорный бизнес легализован, известно, что, зависимостью от азартных игр страдает от 0,5% до 1,5% населения (Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф., 2003).

Цель исследования: изучение поведения, характера психопатологических расстройств у лиц, страдающих паталогическим гемблингом (ПГ).

В течение двух лет обследованы 58 пациентов, зависимых от игры, в возрасте 18-39 лет (средний возраст 25,2±3,1 года).

Методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический. В качестве инструмента исследования использовались психодиагностические опросники SCID, TCI – 125, ММИЛ.

Результаты. При исследовании определены основные группы психопатологических расстройств: расстройства настроения (84,4%; n=49), тревожные расстройства (70,6%; n=41), склонность к компульсивному поведению и агрессии (74,1%; n=43), паранойяльные расстройства (65,5%; n=38), алкогольная зависимость (41,2%; n=24), зависимость от психоактивных веществ (12,0; n=7).

Соотношение мужчин и женщин среди обследованных, страдающих патологической игровой зависимостью, было представлено как 7:1.

Таким образом, патологический гемблинг имеет выраженную коморбидность с расстройствами тревожно-депрессивного уровня, отягощенностью зависимостью от алкоголя, психоактивных веществ, расстройств личности.

Поведение и психопатологическая симптоматика у большинства пациентов определялись эмоциональной неустойчивостью, отрешенностью от повседневных забот, сниженной способностью к самоконтролю с погруженностью в мир собственных переживаний, желанием «расслабиться, отдохнуть с помощью игры», чувством измененного состояния сознания, в виде иллюзорно-компенсаторного, асоциальными установками.

Острота проблемы патологического гемблинга в настоящее время обусловлена, прежде всего, распространением его на лиц молодого возраста. Игра перерастает в зависимое поведение, приобретает деструктивные социокультуральные качества, пагубно влияет не только на душевное состояние патологического игрока, его окружение, также способствует формированию его негативного поведенческого образа.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Егоров А.Ю.

Санкт-Петербург
СПбГУ,
Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.И. Сеченова

Игровая зависимость (патологический гемблинг – ПГ) в последние десятилетия получила повсеместное распространение. Современные международные исследования распространенности ПГ приводят данные о вовлеченности в зависимость от 0,2 до 5,3% населения развитых стран [Grall-Bronnec et al., 2010; Hodgins et al., 2011]. ПГ стал первой нехимической зависимостью, вошедшей в раздел «Зависимости и сопутствующие расстройства» современной DSM-5 в силу общности с химической зависимостью основных симптомов (критериев), коморбидных расстройств, генетической предрасположенности, данных функциональной визуализации и по нейрокогнитивному профилю, а также эффективных методов лечения.

На сегодня имеются как немедикаментозные, так и фармакологические подходы к терапии ПГ. Из немедикаментозных подходов наибольшую популярность завоевали когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) и 12-ти шаговые программы в рамках сообщества «Анонимных игроков». В лечении зависимости от игры наиболее популярным в США до недавнего времени было участие в группах взаимопомощи Анонимных игроков, однако эффективность их оказалось крайне невысокой – от 1% до 8% годовых ремиссий в год. На сегодняшний день именно КПТ является наиболее исследованной и эффективной в отношении гемблинга. Среди множества методов КПТ преимущественно используется поведенческая терапия – терапия отвращения, имажинальная десенсибилизация, реструктурирование опыта решения проблемы, тренинг социальных навыков, научение навыкам предотвращения срывов. В сравнительном исследовании была показана эффективность коротких психотерапевтических интервенций, включавших 10-ти минутную консультативную и одну мотивационную и три сессии КПТ, эффект от которых был значим и через 9 месяцев после окончания терапии [Petry et al., 2008]. В Кохрейновском систематическом обзоре [Cowlishaw et al., 2012], посвященном методам психотерапии гемблинга, делается общий вывод об эффективности КПТ в снижении интенсивности игрового поведения и других симптомов ПГ сразу же после терапии. Однако длительность этого терапевтического эффекта остается неизвестной.

Из фармакологических подходов на сегодняшней день имеются доказательства эффективности при игровой зависимости трех классов препаратов: антидепрессантов (в основном, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), агонистов/антагонистов опиоидных рецепторов (налтрексон и налмефен) и нормотимиков (вальпроат, литий, топирамат). Большинство исследований по фармакотерапии зависимости от игры основано на немногочисленных выборках, как правило, не включает контрольных групп, мало исследован уровень плацебо-эффекта. Видимо поэтому, на сегодня определяющей остается точка зрения, что никаких различий в эффективности трех классов психотропных средств не существует [Pallesen et al., 2005].

В нескольких доказательных исследованиях была показана эффективность антидепрессантов кломипрамина, флувоксамина, пароксетина. Бупропион в одном исследовании показал равную эффективность в лечении ПГ, что и налтрексон, однако в другом исследовании бупропион оказался недостоверно ниже плацебо по эффективности. В двух открытых исследованиях была показана эффективность эсциталопрама. Сертралин не был статистически выше плацебо в пилотном исследовании лечения ПГ. Эффективность агонистов/антагонистов опиоидных рецепторов были подтверждены несколькими доказательными исследованиями налтрексона (в стандартных и высоких – до 200-250 мг/сут – дозах) и налмефена. В ряде исследований, преимущественно открытых, была показана эффективность для ПГ нормотимиков: карбамазепина, топиромата, вальпроата и солей лития. Из препаратов других классов для лечения ПГ использовался атипичный нейролептик оланзапин, который не превосходил плацебо по эффекту в двух исследованиях. В плане перспективы оптимизм вызывают предварительные результаты, пилотных исследований, полученные при использовании для терапии ПГ препаратов, улучшающих когнитивную деятельность: N-ацетил цистеина и мемантина.

Нами было проведено пилотное открытое 8 недельное исследование антидепрессанта агомелатина (агониста M1/M2 и антагониста 5-HT2C рецепторов) на 22 амбулаторных больных (17 мужчин и 5 женщин, средний возраст 38±7) с ПГ, диагностируемого по критериям МКБ-10 (F63.0). Тяжесть ПГ оценивалась с помощью обсессивно-компульсивной шкалы Йейла-Брауна, адаптированной для ПГ (PG-YBOCS). Уровень тревоги и депрессии измерялся по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Было установлено, что агомелатин существенно снижал показатели PG-YBOCS уже со 2-ой недели испытания (12,6±3,0 по сравнению с 24,2±2,1, $p<0,05$). Показатели PG-YBOCS снизилась до 5,3 к концу исследования. У пациентов значительно снизилось расходование денег на ПГ, количество часов в неделю, проводимых за игрой, а также тяга/мысли об игре. Показатели HADS также существенно снизились к концу исследования (с 23,6±2,9 до 11,4±1,9, $p<0,05$). Улучшение наблюдалось в показателях обоих субшкал (тревоги и депрессии). Следовательно, в пилотном исследовании агомелатин продемонстрировал свою эффективность у больных ПГ.

Таким образом, несмотря на определенные успехи, на сегодня очевидна нехватка доказательных исследований по терапии ПГ. Отсутствуют исследования о возможных комбинациях фармакологических препаратов, а также фармако- и психотерапии, выполненные в стандартах доказательной медицины.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Зальмунин К.Ю.

Казань
Казанский ГМУ,
ГАУЗ МКДЦ

Введение. Термин «аддикция» появился в связи с необходимостью не в ограниченной фокусировке, связанной почти исключительно с алкоголем или другими психоактив-

ными веществами, а в гораздо более широком определении, объединяющем также и целый ряд других нехимических зависимостей (Егоров А.Ю., 2007). В современной отечественной, и, в особенности, зарубежной, науке о зависимостях отмечается тенденция формирования нового раздела аддиктологии – сравнительной аддиктологии, изучающей закономерности и особенности формирования (этиопатогенеза), клиники, терапии, профилактики различных видов аддиктивного поведения и методы реабилитации (Зальмунин К.Ю., Менделевич В.Д., 2014). Исследуя проблему феноменологии и клиники аддикций в сравнительном аспекте, в данном исследовании были выделены феномены и синдромы (алекситимия, анозогнозия, аффективные нарушения, аддиктивное влечение), содержательные характеристики которых были подвергнуты сравнительной оценке.

Цель исследования – сравнительное изучение основных психопатологических и патопсихологических феноменов и синдромов, наблюдающихся при различных аддикциях.

Материалы и методы. Исследование выполнялось в ГАУЗ РКПБ им.акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ, ГАУЗ РНД МЗ РТ и на базе кафедры медицинской и общей психологии ГБОУ ВПО Казанский ГМУ. В исследование были включены 64 стационарных и амбулаторных пациента (59 мужчин и 6 женщин в возрасте от 18 до 65 лет): 33 пациента с наркотической и 31 пациент с игровой зависимостью, которым был выставлен диагноз в соответствии с критериями МКБ-10. Пациенты наблюдались стационарно и амбулаторно, длительность заболевания у всех испытуемых превышала 1 год. Критериями исключения были выбраны состояние абстиненции, сочетанные формы зависимости, наличие тяжелой коморбидной психической патологии (острые эндогенные и экзогенно-органические психозы, деменция) и грубой сочетанной соматической патологии. Для проведения исследования использовались следующие инструменты: 1. Уровень алекситимии оценивался с использованием Торонтской шкала алекситимии TAS (Старостина Е.Г. и соавт., 2012); 2. Анозогнозия исследовалась с помощью специально разработанного опросника на основе метода Дембо-Рубинштейна (Зверева Н.В., Рощина И.Ф., 2011); 3. Аддиктивное влечение подвергалось оценке с помощью линейной шкалы самооценки тяжести аддиктивного влечения (Менделевич В.Д., Зобин М.Л., 2012); 4. Личностные особенности пациентов исследовались с помощью теста «Склонность к зависимому поведению» В.Д. Менделевича и «Сокращенного многофакторного опросника личности» (Mini-Mult, СМОЛ) в адаптации Ф.В. Березина и М.П. Мирошникова (Собчик Л.Н., 2001); 5. Данные заносились в специально разработанную регистрационную карту. В целях соблюдения конфиденциальности вся информация о пациентах в базе данных была закодирована, персональные данные упоминались исключительно в информированном согласии на участие в исследовании.

Для проведения статистической обработки полученных результатов использовалась программа Statistica v6. Достоверность различий средних значений определялась по t-критерию Стьюдента, для установления корреляционных взаимосвязей использовался метод Спирмена.

Результаты и обсуждение. Стандартизированный сбор анамнеза выявил высокую частоту наследственной отягощенности в обеих нозологических группах: 24 (72,7%) пациента в группе с наркотической зависимостью и 25 (80,6)% с игровой имели родственников первой степени родства с различными аддиктивными расстройствами и другими психическими заболеваниями, что согласуется с данными литературы (Агибалова Т.В., 2007). Сравнительный анализ нозологических групп показал наличие корреляции между тестом «Склонность к зависимому поведению» и показателями социальной дезадаптации, акцентуации и психопатии по шкалам Mini-Mult у больных наркоманией и у патологических игроков ($p<0,05$) как в случае с наркотической, так и с в случае патологического гемблинга. Высокий уровень «тяги» (аддиктивного влечения, крейвинга) отмечен у 28 (84,8%) больных наркоманией и у 29 (93,5%) страдающих патологическим гемблингом. В группах пациентов с наркоманией 25 (75,8%) обследованных отметили, что после начала заболевания их посещали мысли аутоагрессивного характера. В группе пациентов с патологическим гемблингом самоповреждающие тенденции выявлены в анамнезе у 25 (80,6%) пациентов. При этом самоповреждающие действия (суициды и парасуициды) в анамнезе у 19 (57,6%) обследованных из группы с наркотической зависимостью и у 15 (48,4%) пациентов с игровой зависимостью. До 80% случаев аутоагрессивных действий у данной категории больных могут быть отнесены к манипулятивно-шантажному поведению с целью «вымогательства» денежных средств для очередного обращения к зависимости. Анозогностические тенденции у больных наркоманией и патологическим гемблингом коррелируют с высоким уровнем алекситимии (+0,74 при $p<0,05$).

Выводы. Исходя из полученных данных можно сделать вывод о наличии личностных предпосылок возникновения аддиктивных расстройств, которые наряду с наследственной отягощенностью обуславливают предиспозицию для формирования синдрома зависимости. Сравнительные данные о сходстве патопсихологической предиспозиции и психопатологических проявлений у больных с различными типами аддиктивных расстройств свидетельствуют о единстве механизмов этиопатогенеза различных аддикций. Полученные данные могут быть использованы при разработке и совершенствовании стандартов оказания медицинской помощи указанным категориям больных и при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Зелтынь Т.В., Бузина Т.С.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Цель исследования – многоуровневое изучение внутренней картины болезни (ВКБ) больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненной вирусным гепатитом С (ВГС).

Материалы и методы исследования. Экспериментальную группу – (Наркомания+ВГС) составили 40 человек с диагнозом: синдром зависимости от опиоидов, 2-ая стадия зависимости (F 11.2) со средней давностью заболевания 10,2±3,4 года. Средний возраст данной группы – 27,9±3,5 лет. Большинство участников данной группы имеют среднее образование (60%), безработные в настоящее время (55%), проживающие в браке (77,5%), не имеющие детей (72,5%). В анамнезе каждого больного данной группы присутствует отметка о носительстве вирусного гепатита С. Средняя продолжительность заболевания ВГС -5,6±3,6 лет.

В качестве групп сравнения были взяты 2 группы по 30 человек в каждой.

Первую группу сравнения составили 30 пациентов, без ВГС в анамнезе, с диагнозом: синдром зависимости от опиоидов, 2-ая стадия зависимости (F 11.2) со средней давностью заболевания 9,4±5,4 лет (Наркомания). Средний возраст данной группы – 26,6±5,9. Большинство участников данной группы имеют среднее образование (56,6%), постоянное место работы (36,6%), не состоят в браке (63,3%), не имеют детей (76,6%).

Во вторую группу сравнения вошли 30 пациентов, являющиеся носителями ВГС и ВИЧ-инфекции, с диагнозом: синдром зависимости от опиоидов, 2-ая стадия зависимости (F11.2) со средней давностью заболевания 12,4±2,4 года (Наркомания+ВГС+ВИЧ). Средний возраст данной группы – 29,6±3,01 лет. Средняя продолжительность заболевания ВГС – 8,7±3,06 лет, ВИЧ-инфекции – 7,9±3,1 лет. Все больные данной группы находились на бессимптомной стадии развития ВИЧ-инфекции (без клинических проявлений болезни).

Для сравнения показателей трех групп по методике «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева с нормой было протестировано 40 мужчин, не страдающих зависимостью от ПАВ (Здоровые), средний возраст -29,4±5,8 лет.

Использовались следующие методики: 1) клиническое интервью; 2) модифицированный вариант методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова; 3) «Шкала дифференциальных эмоций» К. Изард; 4) авторская анкета знаний о болезни и лечении; 5) методика «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева; 6) «Цветовой тест отношений» А.М. Эткинда.

Статистическая обработка данных проводилась программой SPSS, версия 17.0.

Основные результаты исследования.

1. У больных с синдромом зависимости от опиоидов чувственный уровень ВКБ характеризуется ощущениями, приписываемыми «наркомании» в большей степени, чем сопутствующим инфекционным заболеваниям. Больные всех исследовательских групп используют одинаковый словарь для описания «наркомании». При этом, телесные ощущения, появляющиеся по мере присоединения инфекционной патологии, включаются в описание «наркомании», а не в описание сопутствующему инфекционному заболеванию.

2. ВГС не находит отражения на чувственном уровне ВКБ в сознании больных опийной зависимостью с ВГС. В словаре при описании ВГС больные используют в основном слова соответствующие эмоциональным состояниям и не выбирают слова, описывающие телесный опыт переживания болезни. Возможные неспецифические симптомы ВГС рассматриваются как проявления абстинентного синдрома, которые, не получая вторичного значения, не включаются в концепцию болезни ВГС.

3. Эмоциональный уровень ВКБ больных Н+ВГС характеризуется амбивалентностью эмоционального переживания «наркомании», которая выражается в сочетании интенсивности переживания как негативных, так и позитивных эмоциональных состояний.

4. Особенностью эмоционального уровня ВКБ больных опийной наркоманией без ВГС является выраженное переживание эмоций депрессивного спектра.

5. Особенность эмоционального уровня ВКБ для группы Н+ВГС+ВИЧ заключается интенсивном переживании чувства «стыда», которое видимо является отражением социальной стигматизации приобретенной инфекционной патологии ВИЧ-инфекции.

6. Интенсивность эмоционального переживания ВГС у пациентов с инфекционной патологией ниже по сравнению с «наркоманией». Во всех исследовательских группах переживание «наркомании» выше по сравнению с интенсивностью переживания сопутствующих инфекций.

7. Когнитивный уровень ВКБ представлен высокой информированностью всех больных с синдромом зависимости от опиоидов о болезни зависимости, о вирусном гепатите С и ВИЧ-инфекции. При этом, для больных опийной зависимостью с ВГС доминирующим является представление о незначительном вреде для здоровья наличие ВГС и о излечимости данного заболевания. Сходная тенденция отмечается и для группы больных опийной зависимостью с сочетанной инфекционной патологией (ВГС и ВИЧ-инфекцией).

8. Мотивационный уровень ВКБ характеризуется изменением мотивационной сферы в сторону снижения мотивационного потенциала и общей осмысленности жизни по мере присоединения инфекционных патологий.

9. Особенность мотивационного уровня ВКБ у больных опийной зависимостью с ВГС заключается в том, что они имеют более анозогнозическое отношение к болезни в целом, выражающееся в позитивной оценке образа «Я», которое ассоциируется с прошлым, будущем, здоровьем и не связано с образом «Настоящего».

10. Особенностью мотивационного уровня ВКБ больных опийной зависимостью с сочетанной инфекционной патологией (ВГС и ВИЧ-инфекция) и больными опийной зависимостью без сопутствующей инфекции заключается в том, что они демонстрируют более реалистическую позицию, ассоциируя образ «Я» с образом «Болезни», «Наркомании» и «ВИЧ-инфекции», однако, у них также отсутствует связь с настоящим.

11. Определяющим заболеванием во ВКБ больных с синдромом зависимости от опиоидов и сопутствующей инфекционной патологией является заболевание «опийная наркомания».

Заключение. Полученные результаты углубляют представления о роли каждого уровня в становлении ВКБ наркомании по мере присоединения сопутствующих инфекционных патологий у мужчин, зависимых от наркотических препаратов опийной группы. Полученные данные проведенного исследования являются научным обоснованием для построения профилактических и медико-психологических разделов программ лечения и реабилитации больных опийной наркоманией, для разработки профилактических программ в отношении ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков и групп риска.

РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА В DSM-5: УТИЛИТАРНЫЕ ПОДХОДЫ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ УГРОЗЫ

Зобин М.Л.

Москва

Медицинский центр по лечению аддиктивных расстройств

Конечной целью модификации любой диагностической системы является улучшение качества оказания медицинской помощи. Предполагается, что, основанные на рациональных критериях, клинические решения и терапевтические подходы будут максимально отражать потребности пациентов и улучшать результаты лечения.

Одним из важнейших концептуальных изменений в DSM-5, в сравнении с предшествующей классификацией, явился отказ от использования терминов «злоупотребление» и «зависимость» в отношении употребления психоактивных веществ (ПАВ). Вместо этого вводится единое понятие Substance Use Disorder (расстройство, связанное с употреблением ПАВ), для диагностики которого предлагается 11 критериев. При этом для определения легкой формы расстройства достаточно наличия в течение года двух критериев. В DSM-IV проявления злоупотребления отражали социальные последствия. То есть рубрика «злоупотребление» в DSM-IV не совпадала с описаниями «употребления с вредными последствиями» в классификации ВОЗ, поскольку в МКБ-10 под вредными последствиями понимаются только медицинские осложнения.

В обоснование расширительной диагностики в DSM-5 утверждалось, что такой подход: 1) отражает единый континуум наркологического расстройств; 2) облегчает практическое использование классификации, делая процесс диагностики одноступенчатым; 3) решает проблему т. н. «диагностического сиротства», когда наличие только одного или двух критериев

зависимости, при отсутствии признаков злоупотребления, не позволяли диагностировать ни того, ни другого состояния; 4) элиминирует понятие зависимости, как эквивалента аддиктивного расстройства; 5) является профилактически ориентированным, поскольку позволяет осуществлять ранние вмешательства, снижая расходы и улучшая конечные результаты лечения.

Аргументы оппонентов возведения поведенческих излишеств в ранг клинического диагноза сводятся к: 1) предостережению относительно недооценки утраты контроля, как основного и обязательного критерия аддиктивного расстройства; 2) опасениям по поводу необоснованной психиатрической экспансии в сферу общественных отношений и социальных аспектов поведения; 3) ожиданиям того, что гипердиагностика будет способствовать перераспределению ограниченных средств от реально нуждающихся к тем, кому лечение не показано; 4) предполагаемой избыточной медикализации терапевтических подходов при снижении диагностического порога; 5) значительным диагностическим расхождениям с прогнозируемыми изменениями в МКБ-11.

Работа над новой международной классификацией (МКБ-11) сопровождается обсуждениями и комментариями, связанными с потребностями клинической практики, в которых отражаются общие тенденции современной аддиктологии: отказ от стигматизирующих и максималистских подходов, расширение доступа к наркологической помощи через общемедицинскую сеть, требование к безопасности и доказательности лечения. Российская наркология остается мало чувствительной к этим изменениям.

В условиях доминирования морализаторских установок, нарастающего социального прессинга и игнорирования принципов снижения вреда, характерных для отечественной наркологии, аргументы противников расширительного подхода приобретают особую значимость. Инфляция диагностических критериев с риском возникновения ложной эпидемии, при сохраняющихся требованиях о недобровольном лечении «лиц, допускающих немедицинское употребление ПАВ» и современных стандартах оказания медицинской помощи, лишенных должного научного обоснования, может иметь вполне предсказуемые последствия.

ПРЕДИКТОРЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ: КРИТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ВОЗРАСТА ПЕРВЫХ ПРОБ АЛКОГОЛЯ И СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ

Иващенко Д.В., Шувалов С.А., Чупрова Н.А., Кибитов А.О.

Москва, Санкт-Петербург
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Причины и факторы риска развития тяжелых осложнений синдрома отмены алкоголя (СОА) у больных алкогольной зависимостью в виде острых алкогольных психозов и судорожных припадков остаются малоизученными и неизвестна причина избирательности их возникновения у части пациентов. Возможно, имеется существенное влияние генетической предрасположенности, клиническими проявлениями которой являются значительная степень семейной отягощенности алкоголизмом, раннее начало и тяжелое течение заболевания. Цель исследования: выявить на доказательной основе значимые клинические факторы риска развития тяжелых осложнений СОА.

Материал и методы. Изучены 266 стационарных пациентов с алкогольной зависимостью 2-й стадии (F10.2, 43,58±11,87 лет), мужчины, без коморбидной психической патологии и других видов химической зависимости. Основная группа: «Тяжелые осложнения СОА» (F10.31, F10.40, F10.45, F10.52 и F10.41; n=130). Контрольная группа: «СОА неосложненный» (F10.30; n=136).

Результаты. Пациенты основной группы отличались более ранним возрастом первых проб алкоголя (15,72±3,53 и 16,88±1,66 лет, соответственно; p=0,001), меньшей длительностью терапевтической ремиссии (3,42±5,53 и 8,31±13,85 мес; p=0,0001), меньшим количеством госпитализаций (1,95±1,92 и 2,83±3,63; p=0,007) и получения амбулаторных видов наркологической помощи (0,91±1,57 и 1,44±1,86; p=0,008), только треть таких пациентов прибегали к аверсивной (запретительной) терапии (36,4% и 58,6%; p=0,0001). Балл семейной отягощенности, равный числу кровных родственников больного, страдавших алкогольной зависимостью, значимо выше по сравнению с контрольной группой (0,83±0,97 и 0,59±1,04; p=0,002). Наличие больного алкогольной зависимостью отца или наличие семейной отягощенности по любой из линий наследования повышают риск осложнений более, чем в 2 раза (58,3% и 36,4%, ОШ=2,435 [ДИ95% 1,437; 4,125]; p=0,001) и (54,6% и 33,1%, ОШ=2,434 [ДИ95% 1,48; 3,99]; p=0,0001). По результатам анализа факторов риска методом мультиноминальной логистической регрессии, значимыми факторами риска (предикторами) развития тяжелых осложнений СОА в целом являются: возраст первых проб алкоголя (p=0,009), наличие семейной отягощенности (p=0,076, тренд) и высокий уровень эйфорического эффекта алкоголя (выраженная эйфория, ВЭ) при первых приемах (p=0,036). Предикторы судорожных припадков в СОА (F10.31): возраст начала систематического злоупотребления алкоголем (p=0,031) и ВЭ при первых приемах (p=0,008). Предикторы делирия, абортивного делирия, острого алкогольного галлюциноза в качестве осложнений СОА (F10.40+F10.45+F10.52): возраст первых проб алкоголя (p=0,024), ВЭ при первых приемах (p=0,042) и наличие наследственной отягощенности (p=0,082, тренд). Предикторы судорожных припадков с делирием в СОА (F10.41): возраст первых проб алкоголя (p=0,003).

Выводы. Таким образом, выявлены клинические предикторы высокого риска развития тяжелых осложнений СОА с критической ролью возраста первых проб алкоголя и семейной отягощенности, которые могут использоваться в целях профилактики, ранней диагностики и персонализированной терапии алкогольной зависимости.

ПОТРЕБИТЕЛИ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ: КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ

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

Минск, Гродно, Беларусь
Гродненский ГМУ,
Государственный институт управления
и социальных технологий Белорусского ГУ,
Республиканский научно-практический центр п

Объектом исследования, проведенного в рамках Государственной программы научных исследований «Фундаментальная и прикладная медицина и фармация» по теме 1.3.03 «Разработать критерии клинико-социального функционирования, оценить качество жизни и дезадаптацию потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), страдающих различными стадиями ВИЧ-инфекции» (№ госрегистрации 20101548, научные руководители НИР: д.м.н., профессор С.А. Игумнов и к.м.н., доцент Э.П. Станько, ответственный исполнитель – к.м.н. А.П. Гелда), являются ВИЧ-позитивные и ВИЧ-негативные потребители инъекционных наркотиков.

Цель работы: изучение социального функционирования, качества жизни и социальной дезадаптации потребителей инъекционных наркотиков с ВИЧ-инфекцией и без ВИЧ-инфекции с установлением взаимосвязи показателей клинической, психосоциальной и аддиктивной характеристик и разработка на этой основе методов оценки уровня дезадаптации и эффективности лечения потребителей инъекционных наркотиков.

Дизайн исследования предусматривал:

1) ретроспективный эпидемиологический анализ;

2) социологический опрос ВПН;

3) открытое рандомизированное сравнительное проспективное с параллельными группами (основная выборка исследования — контингент ВИЧ-позитивные потребители инъекционных наркотиков (ВПН), в качестве группы сравнения — контингент ВИЧ-негативных потребителей инъекционных наркотиков (ВНН), контроль – здоровые лица).

Все выборки для открытого проспективного исследования были рентными по гендерному и возрастному составу. Репрезентативность выборок исследования достигалась случайным образом из генеральной совокупности методом конвертов.

Для изучения уровня дезадаптации ПИН исследуемая выборка включала 264 испытуемых (164 мужского и 100 – женского пола). Основная выборка включала 214 ПИН (88 ВПН и 126 ВНН). Средний возраст обследованных составил 30,9±5,5 лет. Из них, 144 ПИН – лица мужского пола, 70 – женского. В контрольную группу для проведения сравнительного анализа вошли 50 испытуемых в возрасте от 23 до 30 лет (30 женщин и 20 мужчин), не имевших заболеваний аддиктивного профиля и ВИЧ-негативных.

Включение испытуемых основной и контрольной групп для проведения клинического, экспериментально-психологического и иммунологического исследований осуществлялось путем стратифицированной рандомизации с последующей блочной рандомизацией для каждой страты.

Критерии включения: возраст старше 18 лет; инъекционное употребление наркотиков в течение 30 дней и более до начала исследования; ВИЧ-инфицирование (или ВИЧ-негативность в контроле наркозависимых); добровольное (информированное) согласие на участие в исследовании, одобренное этическим комитетом ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья».

В процессе выполнения работы изучены закономерности распространения в Республике Беларусь наркозависимости, развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Показано, что распространение наркомании и ВИЧ-инфекции сопровождается увеличением количества ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков, у которых выявляются признаки иммунодефицита, более выраженные при коморбидности с ВИЧ-инфекцией.

Разработаны и апробированы: социологическая анкета по изучению влияния на клинику расстройства информированности ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков об истинных рисках и последствиях заболевания, методика диагностики уровня дезадаптации потребителей инъекционных наркотиков и методика оценки эффективности лечения наркозависимых пациентов, что определяет основные показатели выполненного исследования и его научно-практическую значимость.

Результаты проведенного исследования показывают, что «движущей силой» эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Беларуси остается наркозависимость (45,0% случаев), которая захватывает новые административные территории и значительную часть молодого населения страны. Наиболее уязвимой группой в отношении инфицирования ВИЧ остаются ПИН. Поэтому одним из основных направлений профилактики распространения ВИЧ-инфекции является проведение упреждающей работы с распространением, доступностью и потреблением наркотиков среди населения. Учитывая относительно молодой возраст лиц, инфицированных ВИЧ, рискованные формы поведения среди ПИН, можно утверждать, что ПИН представляют и будут представлять актуальность, как возможный источник ВИЧ-инфекции.

Проблема оценки распространенности потребления наркотиков и его медико-социальных последствий на современном этапе свидетельствует о необходимости создания системы мониторинга наркологической ситуации – учета распространенности наркозависимости, потребления наркотиков и ВПН с разработкой компьютерной базы различных интенсивных показателей, сопоставимых в динамике. Это позволит проводить сравнительный анализ изменений в тенденциях распространения наркозависимости и медико-социальных последствий инъекционного потребления наркотиков по единой методике на республиканском, областном, городском и местном уровнях, результаты которого будут способствовать разработке рекомендаций по усовершенствованию оказания медико-социальной помощи при потреблении наркотических средств среди различных групп населения.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ОПИОИДОВ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ

Илюк Р.Д., Джалилова З.О., Громыко Д.И., Ильюшкина Е.В., Святенко В.С., Ерофеева Н.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Эпидемия ВИЧ в РФ достигла уровня национальной катастрофы. Распространение ВИЧ происходит преимущественно среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) через парентеральный и половой путь передачи инфекции. Для разработки эффективных интервенций, позволяющих уменьшить темпы эпидемии ВИЧ необходимо изучение факторов, влияющих на поведение, связанное с риском инфицирования.

Цель исследования: проведение комплексного анализа показателей рискованного поведения и выявление их взаимосвязи с биопсихосоциальными характеристиками опиодзависимых ПИН с различным ВИЧ статусом.

Объект и методы исследования. С помощью специально разработанного клинического опросника (КО), теста оценки степени риска инфицирования ВИЧ (ТОСР), визуально-аналоговой шкалы «Влечение к ПАВ» (ВАШ), опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), шкалы оценки депрессии Монтгомери–Асберга (MADRS), опросника «Способы совладеющего поведения» Лазаруса (WCQ), опросника «Характеристики и ориентации гнева STAXI Ч.Д. Спилбергера» (STAXI), 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла (16-PF-C), модифицированной шкалы дискриминации /стигматизации (Link) было обследовано 46 пациентов с опиоидной зависимостью (ОЗ), 57 – с опиоидной зависимостью и ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ) и 90 здоровых человек, включенных в группу контроля (КГ). При обработке данных использовались методы параметрической и непараметрической статистики, выполнялся корреляционный и регрессионный анализ.

Результаты. В группу ОЗ вошли 31 (67,39%) мужчина и 15 (32,61%) женщин. Средний возраст респондентов – 23,80 года

(SD=4,91), средняя длительность употребления опиоидов – 70,2 (SD=14,45) месяцев. В группу ОЗВИЧ включены 32 (56,14%) мужчины и 25 (43,86%) женщин. Средний возраст респондентов – 26,07 года (SD=4,39), средняя длительность употребления опиоидов – 80,6 (SD=20,09) месяцев. Средняя длительность ВИЧ-инфекции – 49,7 (SD=9,30) месяцев. Группа контроля (КГ) (n=90): 54 (60,00%) мужчины и 36 (40,00%) женщин. Средний возраст респондентов КГ– 22,74 года (SD=5,09). Статистически значимых различий между группами по полу и возрасту выявлено не было.

Установлено ($p \leq 0,05$), что у ОЗВИЧ короче период формирования синдрома зависимости, выше личная мотивация к лечению, большая продолжительность ремиссии, они чаще потребляют алкоголь и стимуляторы с целью активации своего состояния. В группе ОЗ выше уровень влечения к опиоидам, длиннее время формирования синдрома отмены, в формировании мотивации к лечению большую роль играют близкие. У пациентов ОЗВИЧ показатели «соматизация», «депрессия», «тревожность», «психотизм», «общая сумма баллов» (SCL-90), «внутреннее напряжение, «снижение аппетита», «апатия», «утрата способности чувствовать», «общий балл» по шкале депрессии MADRS, «склонность к раздражительности и гневу, как личностная особенность», «экспрессия гнева вовне» (STAXI), были выше, чем у больных ОЗ. В группе ОЗВИЧ по сравнению с группой ОЗ и КГ наблюдались более низкие показатели шкал «интеллект», «эмоциональная неустойчивость – устойчивость», «низкий – высокий самоконтроль». В поведении опиатзависимых преобладают дезадаптивные копинг-стратегии: больные ОЗ и ОЗВИЧ чаще, чем в КГ, прибегают к стратегиям «дистанцирование», «самоконтроль», «бегство – избегание»; у пациентов с ОЗВИЧ больше чем в КГ, отмечается: «конфронтативный копинг» и «поиск социальной поддержки». Выраженность показателей дискриминации по статусам наркозависимости и ВИЧ в группах ОЗ и ОЗВИЧ выше, чем в КГ. Наиболее высокий уровень дискриминации в связи с ВИЧ выявлен у ОЗВИЧ. Показатели риска инфицирования ВИЧ (РИ) половым путем в группе ОЗВИЧ – 6,61 балл (SD=1,80) и итоговой величины TOCP – 0,32 (SD=0,06) выше, чем у ОЗ – 5,78 баллов (SD=1,27) и 0,29 ($p \leq 0,05$) соответственно. Показатель РИ инъекционным путем (ИП) в группе ОЗВИЧ составил 6,12 балла (SD=1,34) и был более выражен, чем в группе ОЗ – 5,72 (SD=1,60), однако статистической значимости по этому показателю не выявлено. При анализе отдельных утверждений шкалы TOCP установлено ($p \leq 0,05$), что пациенты из группы ОЗВИЧ чаще чем ОЗ применяли и передавали использованные иглы, обменивались нестерильным инструментарием, употребляли кокаин, практиковали сексуальные отношения с ВИЧ-инфицированными, женщины ОЗВИЧ чаще занимались коммерческим сексом.

По данным корреляционного анализа выявлены взаимосвязи показателей поведения, связанного с РИ и биопсихосоциальными характеристиками пациентов из групп ОЗ и ОЗВИЧ ($p \leq 0,05$). Установлено, что более молодой возраст, меньший опыт употребления ПАВ, большая выраженность проявлений депрессивной симптоматики, таких личностных черт как «нонкоформизм», «экспрессивность» связаны со всеми показателями РИ в обеих группах опиодзависимых. Общими для групп ОЗ и ОЗВИЧ факторами, увеличивающими РИ инъекционным путем, являются: повышение показателей: «уровень влечения к ПАВ», «доминантность», «экстраверсия», «гнев-реакция», «экспрессия гнева во вне», «конфронтативный копинг», низкие значения показателя «дискриминации» в связи с наркозависимостью»; половым путем: уменьшение показателя «реактивная уравновешенность». Специфические факторы для группы ОЗ, повышающие РИ ИП: низкий уровень образования, уменьшение суммарной длительности ремиссий, показателей – «соматизация», «межличностная сенситивность», «психотизм», увеличением показателей – «смелость», «склонность к раздражительности и гневу, как личностная особенность», «сиюминутное состояние гнева»; для группы ОЗВИЧ: более благополучное материальное положение семьи, меньшая продолжительность ВИЧ инфекции, увеличение показателей «субъективные признаки подавленности», «подозрительность», «напряженность» и уменьшение показателя «самоконтроль». Специфическими факторами для группы ОЗ, повышающими РИ половым путем являются: более низкий уровень образования, конфликтные отношения матери с пациентом, увеличение показателей «общительность», «экстраверсия»; для группы ОЗВИЧ: увеличение продолжительности потребления стимуляторов, уменьшение общей продолжительности потребления седативных и снотворных препаратов, уменьшение длительности гепатита В, меньшее количество ремиссий, уменьшение показателей «экспрессия гнева вовне», «экспрессия гнева внутрь». Регрессионная модель для показателя РИ ИП в группе ОЗ (B0= 10,29; R2= 0,40) определялась предикторами: показатель дискриминации по наркостатусу (- 0,48); в группе ОЗВИЧ (B0= 4,08; R2= 0,49): общая продолжительность потребления ПАВ (- 0,16), экспрессия гнева вовне (0,22). В модели для показателя РИ ПП в группе ОЗ (B0=9,6; R2=0,35) определены предикторы: возраст (-0,17), суммарная длительность всех ремиссий (0,07); в группе ОЗВИЧ (B0= 13,15; R2= 0,50): возраст (-0,19), – наркологический учет (1,76), экспрессия гнева вовне (-0,40).

Заключение. Показатели биопсихосоциального статуса у ОЗВИЧ более неблагоприятны чем у ОЗ. На фоне высокого риска инфицирования (РИ) инъекционным путем (ИП) у ОЗВИЧ отмечается больший уровень РИ половым путем (ПП). Выявлена многоуровневая и дифференцированная структура факторов, связанных с РИ у опиодзависимых ПИН. Не зависимо от ВИЧ статуса наркозависимых, общий РИ связан с молодым возрастом, небольшим стажем употребления ПАВ, выраженностью депрессии, наличием дисфункциональных личностных черт; РИ ИП усиливается с ростом влечения к ПАВ, наличием реакции конфронтации и состояний гнева, а также низким уровнем стигматизации по наркостатусу, на РИ ИП больше влияют особенности личности. У ОЗВИЧ снижение приема ПАВ-депрессантов и увеличение потребления стимуляторов усиливают РИ ПП, лучшее материальное положение и психосоматическое самочувствие ассоциировано с РИ ИП. Чем меньше длительность ВИЧ, тем выше РИ. Общими предикторами поведения, связанного с РИ являются тяжесть аддикции и наличие наркологического учета. В зависимости от видов РИ значение имеют возраст, наличие состояний гнева и дискриминация по наркостатусу. Полученные результаты следует учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий, а также интервенций, направленных на снижение распространения ВИЧ-инфекции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ И УРОВЕНЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Исаев Р.Н., Кибитов А.О., Чупрова Н.А., Бродянский В.М., Щурина А.В., Ромашкин Р.А.

Москва
ФМИЦПиН,
Реабилитационный центр «НЕ Зависимость»

Цель исследования: оценить возможности использования оценки уровня генетического риска развития наркологических заболеваний как инструмента мотивации к прохождению реабилитационной программы (РП) и прогноза эффективности РП у наркологических пациентов.

Материалы и методы. В пилотное исследование вошли пациенты с диагнозом зависимости от ПАВ, госпитализированные в Реабилитационный Центр «НЕ ЗАВИСИМОСТЬ» (г.Москва) в 2012-2013гг. 52 человека (25% – женщины), средний возраст (26,2+6,4). Всем пациентам было предложено прохождение комплексной реабилитационной программы: стационарная реабилитация (3-9 мес.) и амбулаторная послелечебная программа (3 мес.). Основные этапы программы: 1) адаптационный этап: знакомство с программой, с правилами центра; 2) формирование устойчивой мотивации, этап стабилизации эмоционального фона, осознание глубины заболевания; 3) психокоррекционный, этап признания необходимости обращения за помощью, глубокий самоанализ, принятия необходимости изменения в мышлении и поведении; 4) ресоциализация.

Генопрофилирование по молекулярно-генетическим маркерам уровня генетического риска развития наркологических заболеваний проводили на стационарном этапе программы при наличии информированного согласия пациента. Для проведения генопрофилирования образцы ДНК, полученные из венозной крови, генотипировали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом. По результатам генотипирования оценивали итоговый (результирующий) уровень генетического риска у каждого пациента в баллах: от низкого (0,5 баллов) до крайне высокого (3 и более баллов). В данном исследовании использован базовый вариант генопрофиля: 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов ДА системы: 1) оценка общего генетического риска: базовые универсальные генетические маркеры по генам дофаминового рецептора типа 2 и фермента тирозингидроксилазы, при выявлении генетического маркера начисляли 1 балл в оценке итогового уровня риска; 2) оценка специфического риска: дополнительные маркеры по гену дофаминового рецептора типа 4, при выявлении генетического маркера начисляли 0,5 балла в оценке итогового уровня риска. Баллы отражают статистически достоверную вероятность развития заболевания у носителей генетических маркеров.

Для целей исследования использовали следующие данные о пациентах: пол, возраст, диагноз наркологического заболевания (МКБ-10), фактическая длительность РП (мес.), наличие ремиссии спустя 12 месяцев после окончания стационарной реабилитации, уровень генетического риска по результатам генопрофилирования (баллы). Эффективность РП оценивали катамнестически путем телефонного интервью с пациентами и их ближайшими родственниками. Индивидуальную оценку генетического риска сообщали пациентам и их родственникам и использовали как дополнительный инструмент при мотивировании на прохождение длительной РП (6 – 9 мес.).

Результаты. Распределение уровней генетического риска в группах пациентов с зависимостью от разных видов ПАВ идентично, что подтверждает патогенетическое единство болезней зависимости и дает основания использовать молекулярно-генетический профиль по генам ДА системы как универсальный диагностический инструмент для оценки генетического влияния. Пациенты, прервавшие РП после 3-х месяцев, имеют в 8 раз больший риск срыва в течение года, чем пациенты, оставшиеся в РП в течение 4-9 месяцев (p=0,008; OR=8,75 [CI 95% 1,47; 52,09]), не зависимо от вида ПАВ. Показатели генетического риска не влияют на эффективность РП, но успешно используются в качестве аргумента мотивации для удержания в длительной РП, причем лица с повышенным уровнем риска (1,5 балла) склонны продолжать РП, а лица со средним уровнем риска (1 балл), вероятно, получают повод для отказа от продолжения РП, что и приводит к срыву.

Выводы. Применение реабилитационной программы длительностью 4-9 мес. позволяет добиться длительной ремиссии, не зависимо от уровня генетического риска. Оценка уровня генетического риска методами молекулярно-генетической диагностики может значительно повысить эффективность реабилитации наркологических больных.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МАТЕРЕЙ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Исаева Е.Р., Береза Ж.В.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Актуальность. Поведение созависимых родственников является фактором, поддерживающим наркотизацию, нередко осложняет процесс лечения и реабилитации наркозависимых, т.к. поведение созависимого прямо или косвенно приводит к отказу пациента от продолжения лечения и включения в реабилитационные программы. (Москаленко В.Д., 2009). Таким образом, современные подходы к оказанию профессиональной помощи пациентам с зависимостью от ПАВ предполагают работу специалистов не только с самим пациентом, но с семейной системой в целом, на основе специально разработанных программ семейной, индивидуальной и групповой психотерапии и психокоррекции. Для нахождения адекватных «мишеней» психотерапии родственников наркозависимых необходимо исследовать структуру феномена созависимости с позиций доказательного подхода.

Цель исследования: Оценить клинико-психопатологические характеристики эмоционального состояния матерей наркозависимых и их взаимосвязь с уровнем созависимости.

Материалы и методы: Экспериментальную группу составили 60 матерей пациентов, госпитализированных в наркологический стационар с диагнозом: «Наркозависимость» (F 11.20, F 12.20, F13.20, F15.20 F19.20 по МКБ-10). Группу сравнения составили 33 матери условно здоровых испытуемых. Критериями включения стали возраст до 70 лет, а также отсутствие наркологических, органических или эндогенных психических расстройств.

Исследование проводилось с помощью клинического (критерии МКБ-10) и экспериментально-психологического методов: шкала оценки выраженности клинических симптомов Symptomatic Checklist – 90 (SCL-90-R), для оценки уровня созависимости использовалась Шкала созависимоси Фишера (в адаптации Москаленко).

Для статистических расчетов использовался статистический пакет SAS. Для выявления различий между выборками мы использовали критерий Манна-Уитни. Для количественных признаков приведены средние и ошибки среднего (M±SE), для описания качественных признаков – использованы частоты и процентное отношение. Для выявления связи между признаками использовался критерий Пирсона-Хи-квадрат. Различая рассматривались как статистические значимые при $p<0.05$.

Результаты. Средний возраст матерей наркозависимых – 51,8 лет (SD-7,2). Среди них преимущественно встречались лица с высшим образованием -72%, и 28% составляли лица со средним и средне-профессиональным образованием. Средний возраст матерей условно здоровых лиц – 54,7 лет (SD- 7,6). Здесь также преимущественно встречались лица с высшим образованием 59%, и 41% составляли лица со средним и средне-профессиональным образованием. Таким образом, контрольная группа значимо не отличалась от экспериментальной ни по одной из указанных характеристик.

У 33 матерей наркозависимых (55%) экспериментальной группы были диагностированы аффективные расстройства невротического круга, сопровождающиеся снижением работоспособности. Острая реакция на стресс (F 43.0) у 4 обследованных; неврастения (F48.0)- у 6 испытуемых; смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.22) у 13 обследованных; диссоциативное расстройство F 44.0 у 3 матерей наркозависимых; соматизированное расстройство- (F 45.0) у 4 испытуемых; паническое расстройство (F 41.0) было зарегистрировано в 3 случаях.

Аффективные расстройства в виде депрессивного эпизода легкой степени тяжести без соматических симптомов (F 33.0) были диагностированы у 3 матерей наркозависимых, что составляет 5% от общего числа испытуемых экспериментальной группы.

У 13 матерей наркозависимых (22%) из экспериментальной группы были выявлены реактивные состояния субклинического уровня (транзиторные расстройства сна, колебания настроения, повышенная утомляемость, ситуативная тревожность и пр). И только у 18% случаев у матерей наркозависимых не было выявлено психических нарушений.

Среди испытуемых контрольной группы отсутствие психопатологических симптомов определялось в 70% случаев (23 обследуемых матерей условно здоровых лиц). Симптомы невротических расстройств субклинического уровня были выявлены у 5 человек (16%), а у 5 (14%) обследованных были диагностированы невротические расстройства, соответствующие критериям F45.0, F48.0, F41.0.

При сравнении двух групп испытуемых с использованием критерия Манна-Уитни были выявлены значимые ($p<0,05$) отличия между группами по признаку наличия психических нарушений различного регистра.

При обследовании с использованиям Опросника SCL-90-R выявило, что наиболее высокие показатели у матерей наркозависимых отмечались по шкалам «депрессия» – 1,49 (SD=0,73), «тревожность» -1,43 (SD=0,73), «соматизация»- 1,26 (SD=0,75), « враждебность»- 1,26 (SD=0,85), а более низкие – по шкалам « психотизм» 0,91 (SD=0,66), «паранойяльные симптомы» 1,01 (SD=0,75) и «фобическая тревожность» 1,00 (SD=0,76). Общий индекс тяжести симптомов составил для пациентов из этой группы 1,29 (SD=0,64), индекс выраженности дистресса-1,57 (SD=0,64).

У испытуемых контрольной группы наихудшими показателями были «межличностная сензитивность» – 0,64 (SD=0,46), «обсессивно-компульсивные расстройства» – 0,64 (SD=0,34), «соматизация» – 0,6 (SD=0,52). Показатели по шкалам «тревожность» – 0,44 (SD=0,4), «враждебность» – 0,48 (SD=0,47), «депрессия» – 0,52 (SD=0,47), «паранойяльные симптомы» – 0,52 (SD=0,47), «психотизм» – 0,24 (SD=0,28), «фобическая тревожность» – 0,3 (SD=0,36) выражены в меньшей степени. Общий индекс тяжести симптомов был равен 0,44 (SD=0,33), индекс выраженности дистресса- 0,48 (SD=0,63).

При сравнении двух групп при помощи критерия Манна-Уитни у матерей наркозависимых пациентов выявлены статистически значимо ($p<0,05$) более высокие показатели по всем шкалам SCL-90. Самые высокие показатели в сравнении с контрольной группой выявлены у матерей наркозависимых по шкалам «депрессия», «тревожность», «общий индекс тяжести симптомов» и «индекс выраженности дистресса» что подтверждает клинические данные о преобладании в группе испытуемых невротических реакций тревожно-депрессивной структуры.

В экспериментальной группе матерей наркозависимых пациентов количество испытуемых с высоким уровнем Созависимости (УС>30) составило 48 человека (80%), а с показателями по Шкале Созависимости соответствующим норме (УС<30) – 12 человек (20%).

При анализе с использованием критерия Пирсона – Хи-квадрат между подгруппами имеются достоверные различия ($p<0,05$) по большинству шкал SCL-90.

Выводы: Исследование показало, что эмоциональный компонент феномена созависимости представлен высоким уровнем тревожности, депрессии, соматизации, враждебности, общим уровнем дистресса. Тревожность включает в себя ощущение беспокойства, внутреннее напряжение, а также приступы паники, чувства опасности, опасения и страха. Под депрессией понимают симптомы дисфории, ангедонии, апатии, а также такие как признаки как отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии, чувства безнадежности, вины, ощущение бессмысленности жизни, мысли о суициде. Соматизация подразумевает ощущения соматических эквивалентов тревожности в сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, респираторной систем. Враждебность включает мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости, агрессии, раздражительности, гнева и негодования. Степень клинической выраженности этих проявлений коррелирует с выраженностью созависимых паттернов поведения. Также у матерей наркозависимых с высокими показателями по Шкале созависимости чаще встречается высокий уровень переживаемого дистресса.

АДДИКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ СИСТЕМНОГО КРИЗИСА УПРАВЛЕНИЯ

Карпов А.М., Шмакова М.А., Семенихин Д.Г., Герасимова В.В.

Казань
Казанская ГМА

Политические, экономические, социальные, психологические, нравственные и другие характеристики современного общества квалифицируются как системный кризис. Среди множества причин критического состояния человечества в последние годы стали четко обозначаться узнаваемые психиатрами и наркологами специфические расстройства личности и поведения у известных (и законспирированных) лиц, решающих судьбоносные вопросы цивилизации. Изменения личности, развивающиеся в результате нагрузки властью, описаны множеством авторов всех времен от античности до современности.

Из тысяч примеров, приведем только 3 из разных эпох и цивилизаций. На востоке в древние времена отметили: «Если хочешь узнать человека, дай ему власть и деньги». Эталонный представитель западно-капиталистической цивилизации У. Черчилль сказал: «Власть – это наркотик. Кто попробовал его хоть раз – отравлен ею навсегда». Пример из новейшей истории России дал депутат законодательного собрания Свердловской области М.Ряпасов, который с трибуны заявил: «Власть это 100% – ный наркотик…Не бывает передозы…От него очень сложно избавиться». Этот успешный и состоятельный человек создал редчайший прецедент – проявил совесть, ум, волю и добровольно ушел с политического и финансового областного Олимпа, когда понял, что современная практика власти противоречит его нравственным принципам, создает внутриличностный конфликт, разрушает личность и социум.

Медики высказывались о власти реже политиков, писателей, философов других специалистов, но более предметно и конструктивно. Президент Русской психоаналитической ассоциации, психо-эндокринолог, профессор А.И. Белкин лет 15 назад, в беседе с журналистом Е.Жирновым объяснил патогенез изменения личности и поведения у людей во власти повышением синтеза в их организме эндорфинов. «По моим наблюдениям, первая реакция психики на наркотик – снижение критики. От ощущения собственного могущества человек утрачивает возможность трезво оценивать себя. Одновременно появляется недоверчивость к близкому окружению. Затем политик начинает превратно воспринимать действительность. Вытеснять на задворки сознания все, что не приносит удовольствия, доходит до полного самоослепления. Возникает эффект привыкания. Доза, которой хватало вчера, перестает действовать. И ежедневно нужно делать нечто такое, чтобы она возрастала. Психика при этом, естественно, регрессирует. Исчезает ощущение единства с миром, исчезает способность к сопереживанию, угасают живые чувства. Эндорфинозависимым с трудом удается сотрудничать с другими людьми, все решения они хотят принимать самостоятельно. А тот, кто пытается покуситься на источник радости

– их власть, вызывает у них вспышки просто-таки животной злобы». Известно, что академик В.М.Бехтерев расплатился за это жизнью.

Наркологи свое слово также сказали. На основе сравнения зависимостей от психоактивных веществ и от власти показали единство алгоритма их развития, полное совпадение этиологических, патогенетических, клинических проявлений и исхода в нравственную, психическую, биологическую и социальную деградацию. По современному «Закону о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», наркологическая помощь оказывается на добровольной основе. Но при расстройствах, представляющих опасность для пациента и общества, она может и должна оказываться недобровольно…

Проблема не политкорректна и не удобна для исследования, но она достигла критической остроты и масштаба угрозы цивилизации, может стать причиной мировой катастрофы. В профилактике и лечении самой опасной зависимости нуждается все общество, в том числе и «властелины мира» находящиеся в одной лодке с «другим» населением. К ним нужно присоединиться, «войти в душу» и создать мотивации к оздоровлению, чтобы они сами в разрабатываемом нами формате самозащиты от саморазрушения на основе разумного эгоизма, последовали примеру Максима Ряпасова.

Проблема всеобщая, но находится она в пространстве профессиональной деятельности и ответственности психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов и стала вызовом, на который уже надо отвечать. Опасность выступлений против всесильной системы чрезвычайная. Ее нужно обойти. Это ставит задачу перед специалистами разработать принципы и методики безопасной, бесконфликтной профилактики, терапии и реабилитации зависимости от власти и денег с опорой на действительно общечеловеческие ценности.

Таких ценностей много. В западной редакции они друг друга исключают. Эгоистические, личные, потребительские, свободно-демократические ценности создают кризис, регресс, депопуляцию. Поэтому нужна информационно-психологическая перезагрузка общечеловеческих ценностей с учетом иерархии их масштабов и приоритетов. Такая система ценностей давно известна и представлена в мировых религиях, науках и искусствах. В настоящее время она определяется как биопсихосоциальная научная парадигма, обозначающая наличие в структуре человека трех составляющих – биологической, социальной и духовной. В религии – тело, душа, дух. Содержание этого понятия разработал В.М.Бехтерев. Термин ввел Engel. Структурировал и дополнил потребностно-иерархическим принципом, автор статьи в 2004 г. Графически соотношение тела, души и духа можно представить как матрешку.

Масштаб биологических потребностей человека поддается точному расчету по гигиеническим нормам количества воздуха, воды, белков, жиров, углеводов, витаминов и т.д. Они предназначены для обеспечения целостности и гармоничности человека в границах тела (организма)

Социальные потребности соответствуют второму контуру. Они предназначены для обеспечения целостности и гармоничности человека в границах (в пространстве) общества – в сфере общения, дружбы, совместной деятельности, семьи, коллектива, общественных групп. Социальные и культурные нормы контролируют нижележащие биологические потребности.

Духовные потребности проявляются стремлением к целостности и гармоничности человека в пространстве человечества, Вселенной, вечности. К ним можно отнести совесть, справедливость, милосердие, сострадание, патриотизм, гуманизм, самоотверженность и др. Контур духовных потребностей определяет масштаб и конфигурацию личности в целом, регулируют нижележащие социальные и биологические потребности.

Эта модель обычно не вызывает возражений. Она всеобщая – вне эпохи, национальности, религии, пола, профессии, социального положения и т.д. Ее можно и нужно вернуть в классическую систему воспитания и образования, в идеологию и искусство, в профилактику, психотерапию и реабилитацию всех зависимостей. XXV Всероссийский Пироговский съезд врачей в 2013 г. призвал медиков восстановить «высокие гуманистические принципы служения людям, объединиться на основе бескорыстного служения людям…».

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОГНОЗА ВАРИАНТОВ ФОРМИРОВАНИЯ, РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кибитов А.О., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Шувалов С.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования: выявить генетические маркеры – полиморфные варианты генов дофаминэргической (ДА) нейромедиаторной системы, достоверно связанные с клиническими вариантами формирования, траектории развития и течения наиболее частых наркологических заболеваний: алкогольной и опийной (героин) зависимости.

Материалы и методы: Критерии включения: мужской пол, этнические русские, не родственные между собой, возраст 18-65 лет. Критерии не включения: эндогенные психические заболевания. Участники исследования: стационарные пациенты клиники ФГБУ ННЦ наркологии: алкогольная зависимость (F-10.2, n=548), опийная зависимость (героин) (F-11.2, n=253) и здоровые индивидуумы (контроль, n=259). Переменные исследования: данные о семейной отягощенности по наркологическим и психическим заболеваниям, данные анамнеза, данные о начале, развитии и течении заболевания, наличии осложнений синдрома отмены, количестве амбулаторных обращений и госпитализаций, длительности терапевтических ремиссий и уровне первичной эйфории при начале приема ПАВ.

Проводили генотипирование образцов ДНК пациентов с использованием полмеразной цепной реакции (ПЦР) по 10-ти полиморфным локусам шести ключевых генов ДА системы: дофаминовые рецепторы типа 2 (DRD2, rs 6275 (NcO, экзон VII (C/T His313His), и rs1800497 (экзон VIII Lys713Glu, C/T в гене ANKK1 (бывший Taq IA) и типа 4 (DRD4, экзон III 48 bp VNTR, rs 4646984 (5’ UTR 120 bp дупликация), гена белка-трансмембранного переносчика дофамина (DAT1, экзон III 40 bp VNTR и rs 2702 (C/T 3’UTR экзон XV), фермента дофамин-бета-гидроксилазы (DBH, rs1611115 (-1021 C/T) и rs 1108580 (444 G\A), фермента катехол-орто-метил-трансферазы (COMT, rs4680 (Val158Met) в экзоне II), тирозингидроксилазы TH, ключевого фермента биосинтеза катехоламинов фермента (4bp VNTR, локус HUMTH01), а также опиоидного рецептора типа мю (OPRM1, rs1799971 (A118G, AsnAsp). Статистический анализ проводили с использованием точного критерия Фишера и статистики c2 с доверительным интервалом 5% с применением поправочного коэффициента Бонферрони для множественных сравнений.

Результаты. Алкогольная зависимость. Выявлены генетические маркеры раннего возраста первых проб алкоголя (TH); раннего возраста начала систематического злоупотребления (DAT и DBH); длительности периода развития систематического злоупотребления (протективные маркеры- DRD4 и DBH, маркеры быстрого развития злоупотребления: DRD4 и TH). Выявлены маркеры быстрого (DRD4 и TH) и замедленного (DBH) формирования синдрома отмены алкоголя (СОА) с момента знакомства с алкоголем; короткой (DRD2, DRD4, DAT и TH) и длительной (COMT и TH) терапевтической ремиссии; высокой (DRD4, DAT, COMT) и низкой (TH) терапевтической

резистентности, выраженности реакции на первые приемы алкоголя (TH, DRD4 и DAT). По результатам анализа линейной регрессии выявлено влияние генотипов по генам DBH, COMT и OPRM1 на характер траектории развития алкогольной зависимости, длительность и соотношение периодов ее формирования. Генотипы по генам DAT и DBH прогнозируют развитие тяжелых осложнений СОА в виде алкогольных психозов и судорожных припадков.

Опийная зависимость (героин). Выявлены генетические маркеры раннего начала систематического злоупотребления (DRD2, DAT и TH) и «протективный» маркер (DRD4); раннего возраста формирования синдрома отмены опиоидов (СОО) (DRD2, DRD4 и DAT), короткого периода «поиска» наркотика, как разницы между возрастом первых проб наркотика и возрастом первых проб алкоголя (DRD2 и DAT и протективный-TH), высокой (DAT) и низкой (COMT и TH) терапевтической резистентности пациентов.

Выводы: выявлены специфические генетические маркеры для прогноза наиболее вероятных вариантов формирования, траектории развития и течения наркологических заболеваний, которые могут быть использованы в целях разработки персонализированных подходов к терапии и реабилитации наркологических пациентов.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АСПЕКТЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

Клименко Т.В., Козлов А.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Последние годы в Российской Федерации наметилась тенденция к снижению зарегистрированной заболеваемости, связанной с употреблением психоактивных веществ и в первую очередь алкоголя и наркотиков. С учетом высокой латентности наркологической патологии зарегистрированная наркологическая заболеваемость принципиально меньше реальной наркологической болезненности. Однако есть все основания утверждать, что реальная болезненность также снижается, поскольку доказано, что основные тенденции зарегистрированной заболеваемости и реальной наркологической болезненности совпадают.

Но, несмотря на эти позитивные тенденции, в Российской Федерации по-прежнему фиксируется рост противоправной активности, совершенной в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, увеличивается смертность, связанная с употреблением алкоголя. По данным за 2014 год рост, число уголовных правонарушений и дорожно-транспортных происшествий, совершенных в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, увеличилось соответственно на 28,6% и на 20,6%, число погибших по вине «пьяных» водителей увеличилось только за один год на 47%. Это говорит о том, что комплекс предпринимаемых на государственном уровне мер ограничительно-репрессивного и профилактического характера недостаточен для обеспечения безопасности общества. В связи с этим принципиальным является решение проблемы снижения латентности наркологических расстройств и охват лечебно-реабилитационными и профилактическими мероприятиями максимального числа нуждающихся в этом лиц.

Решение этой чрезвычайно важной не только медицинской, но и социальной задачи находится в противоречии с основными профилактическими принципами системы здравоохранения, основанной, с одной стороны, на обеспечении доступности всех форм лечебно-профилактической помощи лицам, которые в ней нуждаются, а с другой стороны, на обеспечении безопасности общества, в том числе за счет недопущения лиц с наркологическими расстройствами к опасным видам деятельности и к профессиям, связанным с повышенными рисками как для самого работника, так и для окружающих его лиц. При всей парадоксальности такого системного подхода он полностью соответствует статье 29 «Всеобщей декларации прав человека», которая допускает возможность ограничения прав и свобод человека и гражданина в объемах, которые установлены законом с целью обеспечения прав и свобод других лиц, удовлетворения справедливых требований морали, общественного порядка и общего благосостояния в демократическом обществе. Аналогичные принципы зафиксированы в Конституции Российской Федерации, в части 3 статьи 17 которой сказано, что «Осуществление прав и свобод одного гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц». Этим определены правовые границы свобод и ограничений субъектов в обществе и задан определенный масштаб их поведения.

Цивилизация выработала определенную формулу поведения человека в обществе и определила как его права, так и их естественные границы. Каждый из субъектов общественной жизни должен исходить из того, что точно такими же правами, как он, обладают и все другие субъекты. Или как говорили восточные мудрецы, «свобода одного человека заканчивается там, где начинается свобода другого человека». Американцы по этому поводу выражаются более метафорично: «Твоя свобода размахивать руками у меня перед носом заканчивается там, где начинается мой нос». Из этого вытекает правило: «пользуйся своими правами и не мешай другим пользоваться их правами».

Попытки соотнести в одной лечебно-профилактической системе абсолютно противоречивые, хотя и соответствующие международному и отечественному законодательству, меры ограничительного и лечебно-профилактического характера, привели к тому, что из-за опасения возникновения социальных последствий наркологические больные все чаще отказываются от наркологической помощи, что приводит к накоплению такого рода лиц в обществе со всеми вытекающими из этого негативными последствиями. Кроме того в ситуации все более масштабного развития системы комплексной реабилитации лиц с наркологическими заболеваниями, прошедшие и успешно завершившие курс лечебно-реабилитационных программ, сталкиваются с серьезными социальными ограничениями, что существенно затрудняет их ресоциализацию, а в конечном итоге может оказаться фактором, провоцирующим обострение наркологического заболевания.

С целью минимизации имеющихся объективных и неустранимых противоречий система оказания наркологической помощи требует определенной организационно-правовой балансировки, которая, с одной стороны, позволит сохранить заложенные в ее основу принципы доступности медицинской помощи в сочетании с социально-ограничительными подходами к данному контингенту больных, а с другой стороны обеспечит все более широкое вовлечение больных в лечебно-реабилитационные программы за счет развития более корректных и дифференцированных мер социально-ограничительного характера.

Это возможно сделать по следующим основным направлениям.

Во-первых, необходимо в соответствующем нормативном документе существенно сократить установленный срок продолжительности ремиссии наркологического заболевания, необходимый для прекращения в отношении данного лица всех мер социально-ограничительного характера. Действующие до настоящего времени контрольные сроки подтвержденной ремиссии (алкоголизм – 3 года, наркомании – 5 лет) были установлены приказом Минздрава СССР № 704 от 12 сентября 1088 г. и сейчас, по прошествии более чем четверти века и в новых социально-экономических условиях привели к снижению

обращаемости больных за наркологической помощью и стали серьезным препятствием в процессе реабилитации и ресоциализации этих лиц, которые отказались от употребления психоактивных веществ.

Во-вторых, восстановление социальных прав наркологических больных должно происходить поэтапной. Когда на фоне отказа от употребления психоактивных веществ и по мере постепенного восстановления социально-психологических качеств личности пациента с него поочередно снимаются и возложенные на него в связи с наркологическим заболеванием социальные ограничения. При этом объем и форма социальных ограничений должны сниматься индивидуально в зависимости от морбидного статуса пациента и от степени риска, заложенного в конкретном виде ограниченной деятельности или профессии.

В третьих, необходимо последовательно расширять все виды и формы недобровольного лечения в отношении данной категории больных. Международный комитет по контролю наркотиков в своих ежегодных докладах неоднократно отмечает, что хотя наркологическую помощь желательно оказывать на добровольной основе, ее добровольный характер не является непременным условием ее эффективности. Успешному завершению лечения может способствовать наличие мощного стимула, и таким стимулом может стать столкновение правонарушителя с системой правосудия, что станет условием, которое подтолкнет его к лечению.

Международные конвенции разрешают судам гибко применять свои полномочия и возможности назначений санкций в соответствующих случаях с целью содействия удержанию правонарушителя в рамках лечебной программы.

И в четвертых, необходимо таким образом выстроить систему неизбежных для данного контингента больных социально-ограничительных мер, чтобы в первую очередь, они касались наркологических больных, привлеченных к уголовной или административной ответственности и направленных в лечебно-профилактические программы по решению суда. В отношении наркологических больных с установкой на отказ от употребления психоактивных веществ и на лечение, которые самостоятельно обратились за наркологической помощью, меры социально-ограничительного характера должны применяться лишь при выявлении условий, отягчающих прогноз заболевания, лечения и социального восстановления.

Все эти меры будут способствовать не только установлению принципа справедливости, но и каждая из них самостоятельно и в совокупности с другими станет мощным стимулом для мотивирования лиц наркологическими заболеваниями к обращению за наркологической помощью.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ковшова О.С., Просветова А.А.

Самара
СамГМУ

Оценка эффективности специфической фармакотерапии в период купирования абстиненции, прогнозирование успешности дальнейшей реабилитации требуют включения в перечень методов выявления динамики психических нарушений у больных героиновой зависимостью, наряду с современными клинико-инструментальными и аппаратурными методами, высокочувствительных нейропсихологических методов исследования.

Цель исследования: определить динамику когнитивных нарушений у лиц, страдающих героиновой зависимостью, на начальном и завершающем этапе терапии абстинентного синдрома.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе отделения для лечения больных наркоманиями Самарского областного наркологического диспансера в период с 15 декабря по 18 апреля 2014 года.

Предварительный этап исследования включал изучение медицинской документации, по данным которой была сформирована экспериментальная группа исследования. В эту группу вошли 15 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении лечения больных наркоманиями с диагнозом «Героиновая наркомания 2 стадии, абстинентный синдром умеренной степени выраженности» в возрасте от 28 до 34 лет (средний возраст – 30,5 лет). Среди пациентов 53% (8 чел.) составили мужчины, 47% (7 чел.) − женщины. Средний стаж употребления героина пациентами к моменту исследования – 13,5 лет. В экспериментальную группу не включались пациенты с наличием других видов зависимости (кроме никотиновой), эндогенных заболеваний и органических поражений ЦНС до формирования зависимости, перенесшие черепно-мозговые травмы, а также больные с ВИЧ-инфекцией.

Нейропсихологическое исследование пациентов проводилось дважды: в первые два дня после поступления и к моменту окончания терапии абстинентного синдрома (на 7-8 день госпитализации).

Контрольную группу составили 15 здоровых испытуемых в возрасте от 27 до 34 лет, не употребляющие наркотики.

Нейропсихологическое исследование испытуемых проводилось в два дня для минимизации фактора утомления.

В ходе нейропсихологического исследования и анализа его результатов применялись: ознакомительное интервью и наблюдение; методики, входящие в стандартную батарею нейропсихологических методов исследования А.Р. Лурия (А.Р. Лурия, 1973), а также дополнительные методики различного авторства, апробированные в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, для исследования состояния гнозиса, речи, памяти, мышления, внимания, пробы для исследования уровня программирования и контроля психической деятельности; метод количественной оценки данных нейропсихологического исследования Ж.М. Глозман (Ж.М. Глозман, 1999); методы математической статистики (метод оценки достоверности различий, метод оценки достоверности сдвига значений исследуемого признака) в программе «Статистический пакет для социальных наук» – SPSS 17.0 («Statistical Package for the Social Sciences»).

В результате нейропсихологического обследования группы больных на начальном этапе купирования абстиненции у испытуемых было выявлено: нарушение предметного зрительного гнозиса (в виде трудностей узнавания контурных незавершенных, зашумленных, наложенных изображений и изображений с неполным силуэтом); нарушения оптико – пространственного гнозиса (в виде трудности передачи пространственных признаков на рисунке, трудности самостоятельного рисования, нарушения ориентировки в право – левых координатах); нарушения акустического гнозиса (трудности в оценке и воспроизведении ритмов); нарушения соматосенсорного гнозиса (трудности указания локализации прикосновения и переноса позы кисти рук, дермоалексия); элементы семантической афазии (в виде трудности понимания сложных логико – грамматических конструкций); нарушения зрительной и слухо – речевой памяти и повышенная тормозимость «следов» в условиях интерференции; нарушения интеллектуальной деятельности (в виде трудности решения арифметических задач, ошибки в классификации, трудности решения наглядно – образных задач).

Указанные нарушения можно объединить в четыре группы: нарушение программирования, регуляции и контроля деятельности в виде нарушения чувства дистанции, отсутствия намерения проверить правильность решения, субъективно-значимых и конкретно-ситуативных критериев исключения, трудностей усвоения двигательной программы, придумывания имен незнакомым портретам, отсутствие самокоррекции во

множестве проб; нарушения динамической организации деятельности: снижение темпа, нарушение последовательности реализации элементов функций, инертность в интеллектуальных и мнестических процессах; нарушения кратковременной памяти в виде повышенной тормозимости «следов» в условиях интерференции; дефицитарность зрительно – конструктивной деятельности, обусловленная нарушениями пространственного анализа и синтеза.

Выделенные расстройства свидетельствуют о наличии нарушений модально – специфических зрительного, оптико – пространственного, акустического факторов, модально-специфического фактора временной организации движений, фактора пространственного и «квазипространственного» анализа и синтеза, фактора программирования, регуляции контроля деятельности, модально – неспецифического фактора инертности – подвижности, фактора активации – дезактивации, спонтанности – аспонтанности. Таким образом, выявлены признаки дисфункции срединных структур I блока мозга, затылочных и затылочно – теменных отделов коры, височной области, нижнетеменной области коры, зоны ТРО, конвекситальной префронтальной коры.

Сравнительный анализ результатов первичного и повторного обследования показал, что дисфункции указанных отделов головного мозга у лиц, страдающих героиновой зависимостью второй стадии, достоверно более выражены на начальном этапе терапии абстинентного синдрома.

У испытуемых на начальном и завершающем этапе терапии абстинентного синдрома в достоверно различной степени нарушены: кожно-кинестетический гнозис (тактильный), акустический гнозис, память (по модально-неспецифическому типу), наглядно-образное мышление (манипулирование пространственно-ориентированными объектами). Т.е. достоверные различия обнаружены в степени нарушения: модально-неспецифического фактора инертности-подвижности; фактора пространственного и «квазипространственного» анализа и синтеза; модально-неспецифических факторов срединных структур; модально-неспецифического фактора активации-инактивации.

Результаты. сравнительного анализа свидетельствуют о достоверном улучшении уровня реализации высших психических функций у лиц, страдающих героиновой зависимостью второй стадии на завершающем этапе терапии абстинентного синдрома в сравнении с наркозависимыми на начальном этапе терапии абстинентного синдрома.

Выводы.

1. Сравнительный анализ данных нейропсихологического исследования на начальном и завершающем этапе терапии абстинентного синдрома показал, что на обоих этапах преимущественно дисфункционируют одни и те же зоны головного мозга (префронтальная конвекситальная лобная кора, зона ТРО и премоторная конвекситальная лобная кора). Вышеизложенное свидетельствует о наличии стойких нарушений нейропсихологических факторов, локализующихся в указанных областях коры, вне зависимости от стадии абстинентного синдрома и действия применяемых в ходе терапии лекарственных препаратов.

2. В результате сравнительного анализа распространенности дисфункций определенных областей коры по данным первичного и повторного исследования лиц, страдающих героиновой наркоманией второй стадии, выявлено:

a) существенное снижение частоты встречаемости признаков дисфункции премоторной лобной и височной коры;

b) слабо выраженное снижение распространенности признаков дисфункции префронтальной коры, зоны ТРО и задневисочной коры.

c) практически полное отсутствие динамики распространенности признаков дисфункции медиобазальной, теменной и затылочной коры.

3. Статистический анализ количественной оценки данных нейропсихологического исследования показал, что наиболее грубо нарушены функции стволовых структур, префронтальной конвекситальной лобной коры и височной коры справа, что также не зависит от стадии болезни.

МОТИВАЦИЯ НА ПСИХОТЕРАПИЮ И РЕАБИЛИТАЦИЮ В ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ

Колпаков Я.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Численность лиц, имеющих проблемы с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) в России составляет более 2% населения. Распространенность наркологических расстройств в России по-прежнему остается на высоком уровне. Более чем у 3 млн. человек имеются верифицированные расстройства, обусловленные употреблением ПАВ, при этом показатели ремиссий остаются на очень низком уровне, а показатели рецидивов – на высоком (Кошкина Е.А. и соавт., 2012). Это требует совершенствования методов реабилитации и профилактики рецидивов у лиц зависимых от ПАВ. Среди факторов, которые крайне важно учитывать при разработке и внедрении этих методов, современные исследователи указывают на предикторы мотивационной готовности к изменению зависимого поведения и стремления к лечению (Ялтонский В.М., 2009).

Цель исследования – диагностика мотивации на психотерапию и на реабилитацию у лиц, зависимых от опиоидов, участвующих в различных программах реабилитации («Анонимные Наркоманы»; «духовно-ориентированная»; «медико-социальная»).

Всего были обследованы 60 мужчин в возраст 20-35 лет. Из них были сформированы 3 группы сравнения, сопоставимые по возрасту.

В первую группу вошли 20 мужчин (27,8±4,6 года), зависимых от опиоидов, проходящих реабилитацию в программе Анонимные Наркоманы (АН) при ГУ СРЦ «Возрождение» Управления по социальной защите населения г. Москвы. Срок воздержания от употребления наркотиков составлял от 1 до 3 лет (1,6±0,6 года).

Во вторую группу вошли 20 мужчин (27,7±4,6 года), зависимых от опиоидов, проходящих духовно-ориентированную программу реабилитации при монастыре Святого Саввы Освященного (Республика Украина, г. Мелитополь). Сроки воздержания от употребления наркотиков составлял от 1 до 3 лет (1,8±0,8 года).

В третью группу вошли 20 мужчин (29,2±3,6 года), зависимых от опиоидов, проходящих медико-социальную реабилитацию в клиническом филиале Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы. Сроки воздержания от употребления наркотиков составлял от 3 месяцев до 1,5 лет (0,9±0,5 года).

Использовались следующие психодиагностические методики в авторской адаптации: «Опросник мотивации на психотерапию» (FPTM, Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, R. Nubling, H. Schulz, J. Schmidt, U. Koch, W.W. Wittmann, 2001) и «Опросник мотивации на реабилитацию» (PAREMO-20, Patientefragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation, R. Nьbling, D. Kriz, J. Herwig, M. Wirtz, N. Tцns, J. Bengel, 2005). Для статистической обработки использовался пакет программ «SPSS, version 17»У.

У лиц, зависимых от опиоидов, проходящих реабилитацию в программе Анонимные Наркоманы, преобладающим

фактором мотивации на психотерапию является надежда на ее помощь (56,47±6,33 Т-балла). Этот фактор в данной группе статистически достоверно выше, чем у лиц, зависимых от опиоидов, проходящих медико-социальную реабилитацию при наркологической больнице ($p<0,043$), так же как и фактор знаний о пользе психотерапии (52,00±1,54 Т-балла), который в данной группе статистически достоверно выше, чем у лиц, зависимых от опиоидов, проходящих духовно-ориентированную реабилитацию при монастыре и у лиц зависимых от опиоидов, проходящих медико-социальную реабилитацию при наркологической больнице ($p<0,006$ и $p<0,000$, соответственно). Негативный фактор мотивации на психотерапию – отрицание ее необходимости (46,65±9,06 Т-балла) – наименее выражен в данной группе и статистически достоверно ниже по сравнению с лицами, зависимыми от опиоидов, проходящими медико-социальную реабилитацию при наркологической больнице ($p<0,002$).

У лиц, зависимых от опиоидов, проходящих духовно-ориентированную реабилитацию при монастыре, преобладающим фактором мотивации на психотерапию является возможность получения вторичной выгоды от участия в психотерапии (58,55±7,78 Т-балла). Этот фактор в данной группе статистически достоверно выше, чем у лиц, зависимых от опиоидов, проходящих медико-социальную реабилитацию при наркологической больнице ($p<0,037$).

У лиц, зависимых от опиоидов, проходящих медико-социальную реабилитацию при наркологической больнице, преобладающим фактором, который негативно сказывается на мотивации на психотерапию, является отрицание необходимости психотерапевтической помощи (58,25±7,92 Т-балла). Однако лица в данной группе более всех стремятся в случае вынужденной необходимости получить от психотерапии избавление от психологического напряжения (49,25±7,24 Т-балла).

Этот показатель статистически достоверно выше ($p<0,034$) в данной группе по сравнению с лицами, зависимыми от опиоидов, проходящими духовно-ориентированную реабилитацию при монастыре.

В структуре мотивации на реабилитацию изучаемые группы не различаются по факторам преодоления психологического дистресса, получения социальной поддержки и вторичной выгоды от реабилитации, информированности о реабилитации и скептицизма в отношении реабилитации. Выявлено, что фактор преодоления физических ограничений статистически достоверно выше у лиц, зависимых от опиоидов, проходящих медико-социальную реабилитацию при наркологической больнице (13,50±1,57 балла), чем у лиц, зависимых от опиоидов, проходящих реабилитацию в программе Анонимные Наркоманы и чем у лиц, зависимых от опиоидов, проходящих духовно-ориентированную реабилитацию при монастыре, – $p<0,000$ и $p<0,001$, соответственно. Данный параметр отражает фактор мотивации на реабилитацию, связанный с жалобами на физическое состояние пациентов и подчеркивает те ограничения, которые возникают в их повседневной жизни. Предполагается, что выраженные физические ограничения способствуют высокой мотивации на реабилитацию.

Выводы: 1). Лица, зависимые от опиоидов, участвующие в различных программах реабилитации, имеют различия в структуре мотивации на психотерапию. У лиц, проходящих реабилитацию в программе Анонимные Наркоманы, преобладающими факторами мотивации на психотерапию являются «надежда на ее помощь», «знания о пользе психотерапии». У лиц, проходящих духовно-ориентированную программу реабилитации при монастыре, в структуре мотивации на психотерапию преобладает фактор «возможность получения вторичной выгоды от участия в психотерапии». У лиц, проходящих медико-социальную реабилитацию при наркологической больнице, преобладающим фактором, который негативно сказывается на мотивации на психотерапию, является «отрицание необходимости психотерапевтической помощи». 2). По структуре мотивации на реабилитацию лица, зависимые от опиоидов, участвующие в различных программах реабилитации, схожи, однако фактор «преодоления физических ограничений» преобладает у лиц, зависимых от опиоидов, проходящих медико-социальную реабилитацию при наркологической больнице. 3). Диагностика мотивации на психотерапию и реабилитацию является важной составляющей для разработки и внедрения новых дифференцированных и индивидуализированных (персонализированных) технологий третичной профилактики рецидива у лиц, зависимых от опиоидов.

ЗНАЧЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ ДЛЯ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

Колпаков Я.В., Ялтонский В.М., Ромащенко Г.И.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
ГКУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ

Среди современных подходов к третичной профилактике рецидива у лиц, зависимых от психоактивных веществ, наибольшее внимание уделяется когнитиво-поведенческому направлению. Акцент ставится на таких феноменах как самоэффективность (общая, воздержания в ближайшем будущем, совладания с ситуациями риска срыва) и компонентах совладающего поведения (копинг-стили, стратегии, ресурсы и навыки). Показано, что когнитивно-поведенческие интервенции, направленные на предикторы терапевтической мотивации, повышают комплайенс и приверженность лечению.

Целью исследования было изучение когнитивно-поведенческих предикторов мотивации к лечению у лиц, зависимых от алкоголя, в контексте третичной профилактики рецидива.

Методология исследования. Теоретико-методологическую основу исследования составили следующие концепции:

1) теория самодетерминации (Deci E.L., Ryan R.M., 1985), 2) теория самоэффективности (Bandura A., 1997), 3) транстеоретическая модель изменения поведения по стадиям (Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1992), 4) теории мотивации достижения (Гордеева Т.О., 2002; Хекхаузен Х., 1986), 5) когнитивно-поведенческая модель рецидива (Marlatt G.A., Gordon J.R., 2005).

Обследовано 150 человек (75 мужчин и 75 женщин) в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст – 42,20±13,33 года) с диагнозом синдрома зависимости от алкоголя, вторая (средняя) стадия, псевдозапойная форма, среднепрогредиентное течение (F10.2 по МКБ-10). Больные проходили стационарное лечение в клиническом филиале ГКУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы». Обследование проводилось на 12–16-е сутки лечения после купирования абстинентного состояния. Все испытуемые подписывали информированное согласие. Диагноз заболевания устанавливался квалифицированным психиатром-наркологом.

Для изучения уровня мотивации к лечению использовалась «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд» (URICA, McConnaughy E.N., Prochaska J.O., Velicer W.F., 1983) в адаптации В.М. Ялтонского (2010).

Для изучения когнитивно-поведенческих предикторов мотивации к лечению использовались «Шкала готовности к изменению и стремления к лечению» (SOCRATES, Miller W.R., Tonigan J.S., 1996) в адаптации В.М. Ялтонского (2010), «Шкала общей самоэффективности» Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека (1996), «Опросник самоэффективности

воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем» (Goldbeck R., Myatt P., Aitchison T., 1997) в адаптации В.М. Ялтонского (2010) и «Опросник способов совладания» Р.С. Лазаруса и С. Фолькман в адаптации Л.И. Вассермана и соавт. (2009).

Статистическая обработка проводилась с использованием программы SPSS 17 © 2010. Применялись процедуры дескриптивного анализа и оценки значимости различий по критерию U Манна-Уитни.

Результаты исследования. На первом этапе исследования из клинически однородной выборки лиц, зависимых от алкоголя, при помощи методики URICA были выделены 3 группы испытуемых с разными уровнями мотивации к лечению: группа с уровнем негативной мотивации к лечению, группа с уровнем амбитендентно-амбивалентно-неустойчивой мотивации к лечению и группа с уровнем позитивной мотивации к лечению.

На втором этапе исследования в этих группах изучались особенности когнитивно-поведенческих предикторов мотивации к лечению.

В группе с уровнем негативной мотивации к лечению очень слабо выражены показатели признания болезни и амбитендентно-амбивалентного отношения к болезни. Показатель общей самоэффективности резко повышен, а показатели самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем – снижены. Среди последних наиболее выражен компонент «Трудность воздержания», а наименее – «Понимание риска рецидива».

В группе с уровнем амбитендентно-амбивалентно-неустойчивой мотивации к лечению резко выражен показатель амбитендентно-амбивалентного отношения к болезни. Показатель общей самоэффективности наоборот – резко снижен. Показатели самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем также снижены: наиболее выражен компонент «Понимание риска рецидива», а наименее – «Желание воздержания».

В группе с уровнем позитивной мотивации к лечению очень выражен показатель признания болезни, а показатель общей самоэффективности наоборот снижен.

Показатели самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем в данной группе – немного повышены. Наиболее выражен компонент «Желание помощи от других при воздержании», а наименее – «Необходимость воздержания».

В группе с уровнем негативной мотивации к лечению преобладают малоадаптивные стратегии совладания с болезнью «Бегство-избегание», «Конфронтация» и «Дистанцирование», адаптивные стратегии выражены слабо, а настойчивость в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя, крайне мала.

В группе с уровнем амбитендентно-амбивалентно-неустойчивой мотивации к лечению отмечается противоречивое сочетание выраженной малоадаптивной стратегии совладания с болезнью «Бегство-избегание» и адаптивной стратегии «Самоконтроль». Настойчивость в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя, выражена умерено.

В группе с уровнем позитивной мотивации к лечению преобладают адаптивные стратегии совладания с болезнью «Поиск социальной поддержки», «Планирование решения проблем» и «Положительная переоценка», однако выражены показатели и малоадаптивных стратегий совладания с болезнью. Настойчивость в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя, определена на очень высоком уровне.

Выводы. В клинически однородной выборке лиц со средней стадией зависимости от алкоголя, проходящих стационарное лечение, выделяются группы с уровнями негативной, амбитендентно-амбивалентно-неустойчивой и позитивной мотивации к лечению. Этим группам свойственны определенные особенности когнитивно-поведенческих предикторов мотивации к лечению.

Уровень негативной мотивации к лечению характеризуется слабым признанием проблемы алкоголизации и слабовыраженным амбитендентно-амбивалентным отношением к проблеме зависимости от алкоголя. Общая самоэффективность иллюзорно завышена, а самоэффективность воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем характеризуется низкой выраженностью. В поведении пациентов этой группы преобладают дезадаптивные стратегии совладания с болезнью «Бегство-избегание», «Конфронтативный копинг» и «Дистанцирование» и фактически отсутствует настойчивость в достижении цели лечения.

Уровень амбитендентно-амбивалентно-неустойчивой мотивации к лечению характеризуется умеренным признанием проблемы и выраженным амбитендентно-амбивалентным отношением к проблеме зависимости от алкоголя. Общая самоэффективность и самоэффективность воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем характеризуются слабой выраженностью. Выявлено противоречивое сочетание дезадаптивных стратегий совладания с болезнью «Бегство-избегание» и «Дистанцирование» с адаптивными стратегиями «Самоконтроль» и «Положительная переоценка». Настойчивость в достижении цели лечения отражает свойственную этому уровню мотивации на лечение двойственность, противоречивость, непостоянство побуждений и чувств.

Уровень позитивной мотивации к лечению характеризуется выраженным признанием проблемы и умерено выраженным амбитендентно-амбивалентным отношением к проблеме зависимости от алкоголя. Общая самоэффективность снижена, а самоэффективность воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем выражена высоко. Преобладают адаптивные стратегии совладания с болезнью «Поиск социальной поддержки», «Планирование решение проблемы», «Положительная переоценка» и «Самоконтроль». Настойчивость в достижении цели лечения отражает реальные шаги пациенток на пути к стойкой ремиссии.

Выявленные в ходе исследования особенности когнитивно-поведенческих предикторов мотивации к лечению имеют большое значение для дифференцированной и индивидуализированной третичной профилактики рецидива у лиц, зависимых от алкоголя.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Конева О.Б., Рычкова Л.С.

Челябинск
Южно-Уральский ГУ

В последнее десятилетие отмечены десятки различных поведенческих аддикций среди которых гемблинг – одна из наиболее распространенных, и по своим клиническим проявлениям более всего напоминает аддикций химические. Риск формирования аддиктивного поведения в настоящее время принято рассматривать с позиций биопсихосоциодуховной модели, где каждый из факторов или их сочетание (наследственность, особенности характера, микро- и макро- социальное окружение, зрелость личности в целом) участвует в формировании болезни.

К общебиологическим факторам относятся пре-, пери и постнатальные вредности, способствующие возникновению органической неполноценности структур головного мозга. Наследственность, в свою очередь, – основа формирования темперамента и характерологических свойств личности. А.О.

Бухановский особое значение в формировании болезней зависимого поведения (включая патологическую зависимость от азартной игры) придает органической неполноценности ЦНС, что способствует слабости тормозных процессов, гипервозбудимости, ригидности и застреванию психических процессов.

В последние годы стало очевидным существование в России проблемы азартных игр, или гемблинга. В отечественной научной литературе гемблингом часто называют зависимость от азартных игр, что является семантически не совсем правильным использованием «кальки» с английского языка. Гемблинг – это общее понятие для обозначения азартной игры на деньги. Если речь идет о зависимости, представляется более правильным использование понятий «проблемный гемблинг», «патологический гемблинг», «патологическая склонность к азартной игре», «патологическая азартная игра».

Проблема патологической склонности к азартным играм широко освещена в зарубежной литературе и рассматривается с точки зрения пяти теоретических моделей:

1. Наследственно-биологическая модель обосновывает развитие патологического влечения к азартным играм наличием у этих лиц гена, определяющего функцию допаминовых рецепторов.

2. Поведенческая модель объясняет феномен патологической склонности к азартным играм развитием аддиктивных паттернов поведения.

3. Когнитивная теория связывает патологическую игру с когнитивными ошибками, иррациональными убеждениями и так называемой иллюзией контроля.

4. Психодинамическая теория объясняет компульсивное поведение игрока доминирующими психологическими защитами («уничтожение сделанного», «фантазия о всемогущественном контроле», «реактивное образование»), присущими обсессивно-компульсивной личности.

5. В рамках социальной модели зависимое игровое поведение связывают с нарушением семейных и сексуальных отношений.

Феноменологический анализ особенностей поведения и субъективных переживаний игроков показывает, что потеря контроля над игровым импульсом происходит, когда:

- на подсознательном уровне решение играть уже принято;

- импульс к игре представляется игроку как доступный контролю: «если мне это действительно надо, то я не буду играть», «на холодный рассудок проиграть невозможно», и цель игры рассматривается им как рациональная, например, решить финансовые проблемы;

- выраженность эмоционального аккомпанемента, которая для «Я» игрока могла бы свидетельствовать о наличии азартного желания, тем или иным способом подавляется (отвлечение, вытеснение и др.).

Таким образом, создаются условия для возникновения ситуации, когда игрок совершенно беззащитен от импульса, возникшего как взрыв при определенных ситуациях, чаще всего – это наличие денег и свободного времени.

Чаще всего зависимые люди – крайне не уверены в себе, у них развит комплекс неполноценности, они остро нуждаются в дружбе и любви и способны испытывать эти чувства. Однако главной ценностью для них в любых жизненных ситуациях остаются пристрастия. В момент поиска средств для игры начинаются взаимные упреки, оскорбления. Но все обиды прощаются, а обман кажется житейским пустяком, если возникает возможность реализовать свое пристрастие. Чаще всего один зависимый старается использовать другого. Партнеры невольно провоцируют друг друга, причем роли внутри пары могут меняться: какое-то время более активным является один, затем – другой. Внешне (на словах) игрок может горячо отказываться от своего пристрастия, но его поведение не дает другим никакого шанса забыть об этом. Зависимый человек может господствовать над своей семьей, особенно женой или матерью. Члены семьи кричат, плачут, просят, взывают, угрожают или перестают разговаривать с ним. Семья продолжает покрывать, защищать и ограждать его и себя от губительных последствий.

Проблемный игрок может принадлежать любому социальному классу – более обеспеченный человек, скорее всего, будет играть в казино, а имеющий доходы ниже среднего уровня предпочтет зал игровых автоматов. Однако некоторые ученые считают, что в целом гемблинг – аддикции более подвержены лица с доходом ниже среднего уровня. По данным некоторых ученых, патологический игрок, как правило, не имеет высшего образования. Проблемные и патологические игроки чаще всего вырастают в семьях родителей с игровой аддикцией и другими зависимостями. Значительное влияние на формирование и широкое распространение разных типов поведенческих аддикций оказывает общая социально-психологическая ситуация: дефицит реального общения, информационная, потребительская, культурная избыточность ситуации. На уровне семейной организации аддиктивное поведение поддерживается благодаря феномену созависимости как системы межличностных отношений. На уровне социокультурной ситуации – это избыточность современного общества и дефицит реального общения.

АНАЛОГИ НЕЙРОПЕПТИДОВ КАК СРЕДСТВА КОРРЕКЦИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Константинопольский М.А., Колик Л.Г., Гудашева Т.А.

Москва
НИИ фармакологии им. В.В. Закусова

Объективно. Представители различных фармакологических классов, нейролептиков, антидепрессантов, анксиолитиков, используются в наркологической практике для купирования многообразных проявлений зависимости от опиатов. Многие из них имеют выраженные побочные эффекты. В частности, анксиолитики, производные бензодиазепинов (диазепам и аналоги), при длительном применении (2-4 недели) и превышении рекомендуемых дозировок могут вызывать состояние психической и физической зависимости. Однако их назначение диктуется необходимостью устранения состояний тревоги, страха, эмоционального напряжения, неврозоподобных реакций у больных, зависимых от опиатов. Нейролептики также рассматриваются как важный класс средств коррекции психопатологических реакций у этой группы больных. Наиболее часто применяют галоперидол, некоторые атипичные нейролептики, такие как клозапин, оланзапин и кветиапин. Развивающиеся вследствие их приема депрессия, заторможенность, снижение моторных реакций, увеличение массы тела, наряду с неоднозначной эффективностью в осложненных случаях, ограничивают спектр их клинического применения [Kelly T.M, at al., 2012]. Разработка новых безопасных средств коррекции зависимости от опиатов, нейролептиков и анксиолитиков пептидной природы без серьезных побочных эффектов, их возможное клиническое применение является актуальным направлением экспериментальной наркологии. Ранее показано, что триптофан содержащие ретро-аналоги холецистокинина-4 (ХЦК-4) демонстрируют анксиолитическую активность в поведенческих тестах и некоторые из них, ГБ-101 и ГБ-115 [Ph(CH2)5-CO-Gly-L-Trp-NH2], способны устранять или существенно ослаблять отдельные признаки синдрома отмены (СО) морфина у животных [Konstantinopolsky M.A et al., 2005, 2011].

Среди новых перспективных соединений с нейролептической активностью значительный интерес представляет дипептид Дилепт, созданный в ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова» на базе эндогенного нейропептида нейротензина NT (8-13) [Середенин С.Б. и соавт.,1998], показаны его антипсихотический и нейропротекторный эффекты [Островская Р.У. и соавт., 2009], а также способность устранять проявления зависимости от морфина [Константинопольский М.А. и соавт.,2013].

Цель исследования. Настоящее исследование было посвящено изучению эффектов дипептида анксиолитика ГБ-115 на восприятие болевых стимулов, толерантность, поведенческие признаки СО и процесс формирования зависимости от морфина в тесте ассоциируемого с ним «предпочтения места» (conditioned place preference, CPP). Рассматривая возможность применения представителей разных функциональных классов нейропептидов с анксиолитической и нейролептической активностью для купирования проявлений зависимости от опиатов, изучали влияние анксиолитика гептапептида Селанк [Thr-Lys-Pro-Arg-Pro-Gly-Pro, аналога нейропептида тафтцина, Kozlovskaya M.M.et al., 2003] и оригинального нейролептика пептидной природы Дилепта на ноцицептивные реакции и поведенческие показатели СО морфина. Данные полученные при изучении соединений и препаратов пептидной природы сравнивали с аналогичными результатами, полученными ранее для непептидного анксиолитика Афобазола [Константинопольский М.А. и соат., 2011].

Материалы и методы. Зависимость от морфина вырабатывали у беспородных лабораторных крыс-самцов методом внутрибрюшинного введения (2 раза/сутки/5 дней, 10 – 20 мг/кг). Для провокации СО вводили антагонист опиатов налоксона гидрохлорид (1 мг/кг) за 15 мин до тестирования животных в «открытом поле» (ОП). В другом варианте исследования регистрировали «спонтанный» СО через 24 ч после последнего введения морфина. Исследуемые пептиды вводили 1-кратно (ГБ-115 – 0,1-0,4 мг/кг; Селанк – 0,3 мг/кг; Дилепт – 0,4 – 3,2 мг/кг) за 30 мин до тестирования животных в ОП или ежедневно, в тех же дозах, за 30 мин до введения морфина. Специфические неврологические и вегетативные признаки СО (16 показателей) выражали в количественной и альтернативной форме, рассчитывали среднее значение суммарного индекса (СИ) СО для каждой группы животных (10 особей) в соответствии с протоколом, описанным ранее [Константинопольский М.А., 1992, 2011]. Анальгетический эффект пептидов, их влияние на толерантность к морфину оценивали в иммерсионном «tail flick» тесте. Выработку зависимости от морфина (5 мг/кг) в тесте «предпочтения места» (CPP) проводили в течение 5 дней в соответствии с методом, представленным в литературе [Budygin E. A. et al.,2004]. Анксиолитик ГБ-115 вводили 1-кратно или в течение 5 дней (0,1 мг/кг) за 30 мин до тестирования. Оценку предпочтения места, ассоциируемого животными с морфином, проводили на 7, 14, 21 дни эксперимента. Для определения влияния Селанка на тактильное восприятие у морфин-зависимых животных использовали «von Frey test», для статистической верификации результатов – Mann-Whitney-U-test, one way ANOVA и t-test.

Результаты и их обсуждение. Установили, что анксиолитик ГБ-115, 1-кратно за 30 мин до тестирования, в дозах 0,1 – 0,4 мг/кг, снижал выраженность отдельных проявлений СО морфина, в частности, скрежета зубами, отряхиваний, стереотипии, существенно уменьшал значение СИ СО морфина, на 38-46%, $p<0,05$; пептид усиливал анальгетический эффект морфина (2,0 мг/кг) при сочетанном введении (в дозе 0,1 мг/кг), максимально на 100%, существенно ослаблял развитие толерантности к морфину на 5-й день эксперимента. После ежедневного (5-дней) комбинированного введения ГБ-115 (0.1-0.4 mg/kg) и морфина, СИ СО снижался доза – зависимо на 29,8 – 35,7%, $p<0,05$. Однако, в тесте CPP ГБ-115 (0,1 мг/кг, 1-кратно или ежедневно) не влиял на выработку и выраженность реакции «предпочтения места», подкрепляемую морфином, на 7- 14 дни эксперимента. Вместе с тем, ГБ-115 устранял аверсивную реакцию крыс на инъекцию и посадку в камеру в сравнении с контрольной группой. Анксиолитик Селанк снижал выраженность СО морфина, вызванного налоксоном, на 39,6 – 38,9%, $p<0,01$, соответственно, после 1-кратного или субхронического введения. Эффект Селанка также регистрировали в тесте «von Frey»: пептид существенно уменьшал падение тактильных порогов у крыс после 1-кратного или ежедневного введения (в 5 – 9 раз, $p<0,01$), в сравнении с группой зависимых от морфина животных. Нейролептик Дилепт, в дозе 1,6 мг/кг, умеренно (на 34%, $p<0,01$) повышал болевые пороги у крыс в течение 60 мин, но не влиял на анальгетический эффект морфина. Дилепт снижал величину суммарного индекса СО морфина (на 29,1 и 37,5%, $p<0,01$) при 1-кратном или субхроническом введении, полностью или существенно подавлял такие неврогенные проявления СО как корчи, судороги, скрежет зубами, пилоэрекция, вокализация.

Сравнение представленных данных с результатами, полученными ранее для анксиолитика Афобазола, демонстрирует сходство по направленности, но умеренное преимущество последнего по амплитуде эффектов в отношении СО морфина. ГБ-115 в данном исследовании не оказывал влияния на формирование реакции «предпочтения места» у животных, получавших морфин в тесте CPP; возможно, разные центральные механизмы опосредуют процесс формирования зависимости и процесс развития СО опиатов. ГБ-115, вероятно, взаимодействует с морфином, воздействуя на центральные рецепторы ХЦК с последующим модулирующим влиянием на отдельные звенья опиоидной рецепторной системы мозга. Центральные эффекты Селанка могут быть опосредованы BDNF системой мозга. Обнаруженные эффекты Дилепта у морфин-зависимых животных, вероятнее всего, связаны с NTS-1 и NTS-2 рецепторами нейротензина.

Выводы. Исследуемые пептиды, обладающие анксиолитической активностью, ГБ-115 и Селанк, а также нейролептик Дилепт способны эффективно устранять отдельные проявления и снижать СИ СО морфина в эксперименте. Афобазол сходно по направленности, но более выражено, уменьшал проявления СО морфина. Полученные данные демонстрируют перспективу включения новых анксиолитиков и нейролептиков пептидной природы в терапевтические схемы купирования СО опиатов в наркологической практике.

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Корчагина Г.А., Фадеева Е.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Успешная реализация программ профилактики потребления психоактивных веществ (ПАВ) зависит от возможности внедрения единых методологических принципов и подходов к оценке их эффективности. Общие методологические принципы и подходы, базирующиеся на анализе научной и правовой информации, должны учитывать следующие факторы:

- понимание риска в двояком смысле, который включает в себя как элемент вероятности того, что некоторые события (потребление определенного вида ПАВ) могут произойти и степень серьезности такого вреда (как правило, определяемом как «опасность»);

- распространенность использования ПАВ среди дифференцированных групп населения (группы-мишени), включая оценку риска распространенности новых ПАВ;

- методологическое обоснование полученных и имеющихся данных.

С методологической точки зрения, доказательства эффективности реализации профилактических программ, получают после соблюдения более или менее строгих научных процедур;

- источники имеющихся данных. Процедура оценки эффективности профилактических программ должна включать в себя стратегию использования данных из источников различного качества (от рецензируемых публикаций в крупных научных журналах, официальных докладов в международных организациях и государственных учреждений до данных собранных волонтерами молодежных движений).

Оценка эффективности вызывает определенные трудности, поскольку изменения динамических характеристик употребления ПАВ, происходящие на протяжении многих лет, не позволяют оценить ее однозначно. Методология, необходимая для анализа этих сложных вопросов, часто недоступна из-за отсутствия достаточного количества финансовых и человеческих ресурсов. Оценка должна так же включать анализ потребностей в том или ином виде вмешательства, оценку самого проекта и планируемые действия, кроме того, она включает анализ качества реализации проекта. При проведении оценки эффективности могут применяться методы как количественного, так и качественного анализа, оценка экономической эффективности программ, изучаться возникающие трудности и проблемы.

Выделяют следующие виды оценок: оценка планирования программы, оценка реализации проекта, оценка результатов. Эффективность любого мероприятия, проекта, программы определяется тем, насколько правильно все было спланировано, были ли учтены все обстоятельства и факторы, которые могут повлиять на результат. Отсюда вытекает необходимость оценки планирования программы на стадии ее разработки, когда определены цели и задачи, целевые группы, выбраны методы реализации намеченных задач. Оценка планирования программы отражает процесс определения проблемы, необходимые вмешательства, целевые группы населения и цели программы, помимо этого оценка планирования программы включает оценку ресурсов. Оценка планирования программы может проводиться специалистом как извне, так и человеком, участвующим в проекте. Источниками получения информации могут быть литературные данные, данные специальных научных исследований, данные, полученные через интервьюирование сотрудников, письменные отчеты о проведенной на данном этапе работе. Оценка этапа планирования профилактической программы позволит определить, какова ситуация с распространением потребления ПАВ, в чем заключаются основные проблемы, почему, для чего и что в связи с этим планируется предпринять, правильно ли определены цели и целевые группы, как будет реализовываться проект, каких ресурсов потребует. Этап оценки на стадии реализации проекта представляется наиболее трудоемким и сложным, исключение его или некачественное проведение не позволит в достаточно полной мере оценить эффективность той или иной профилактической программы, ее влияние на различных участников. Этот этап включает в себя исследование аудитории и предварительную экспертизу программы, оценку потребностей и социальный маркетинг для характеристики участников программы, какими методами будет проводиться оценка (качественными или количественными), какие инструменты и документы будут использоваться (интервью, опросники и т.д.), где, когда и как часто будет собираться информация по реализации проекта, кто будет обеспечивать сбор необходимой информации для оценки эффективности реализации проекта, как эти данные будут анализироваться. По завершении этого этапа должно быть ясно, как будет измерен процесс реализации проекта, что произошло в процессе реализации, как много людей вовлечено в программу, как много целевых групп и насколько хорошо прошла эта программа. Важным моментом в оценке является сопоставление планируемых мероприятий с тем, что получилось в реальной жизни. Последним, завершающим этапом в оценке эффективности профилактических программ является этап оценки результатов реализации программы. Суммарная или итоговая оценка эффективности профилактической программ необходима для того, чтобы определить, достигнуты ли конечные цели, а также затраты на их достижение и эффективность примененных методов.

В заключение, можно сказать, что оценка является научно-исследовательским методом, который определяет уровень эффективности стратегии вмешательства, учитывает влияние факторов риска, ограничивающих проведение профилактических программ, а также экономические затраты на достижение применяемых методов. Использование единых общих положений, видов оценки эффективности профилактических программ, позволит объединить имеющийся российский опыт в данной отрасли и достичь наилучших результатов, отобрав наиболее эффективные программы и обосновав закрытие программ, не дающих эффекта.

ПРОТОКОЛЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГРУПП РИСКА ПО РАЗВИТИЮ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., Колпаков Я.В., Григорьева А.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Необходимым составляющим звеном профилактики, определяющим объем и показатели качества выполнения специализированной медицинской помощи, являются протоколы медико-психологической коррекции групп риска по развитию наркологических заболеваний. Методологическую основу которых составляют Стандарты профилактики употребления психоактивных веществ (ПАВ). Под разработкой протоколов медико-психологической коррекции групп риска подразумевается разработка алгоритма действий по мероприятиям профилактической помощи лицам, нуждающимся в дополнительных поддерживающих интервенциях со стороны специалистов различных областей здравоохранения, образования и др. В основе разработки протоколов лежат интервенции, которые по результатам многочисленных отечественных и зарубежных исследований приводят к положительным результатам в профилактике злоупотребления психоактивными веществами по возрасту целевых групп и конкретным условиям, а также по уровню риска и эффективности (Международные стандарты по профилактике употребления наркотиков. – УПН ООН, 2013).

Общие интервенции:

- Политика в области потребления табака и алкоголя (наиболее высокая – отличная степень эффективности), реализуемая на уровне всего сообщества в целом различными правительственными и неправительственными организациями. Группы-мишени коррекционного воздействия – младшие подростки, подростки и взрослое население;

- Многоотраслевые меры по инициативе сообществ (высокая степень эффективности). Реализуются на уровне всего сообщества в целом различными правительственными и неправительственными организациями. Превентивные мероприятия эффективны со всеми возрастными группами – от детей до взрослого населения;

- Программы обучения родительским навыкам (высокая степень эффективности). Реализуются специалистами различных областей с семьями детей групп риска. Было доказано, что теплое отношение к детям, когда родители устанавливают пра-

вила приемлемого поведения, внимательно следят за тем, как дети проводят свое свободное время и с кем дружат, помогают детям вырабатывать навыки принятия информированных решений и сами являются ролевыми моделями для детей, служат одним из самых мощных факторов защиты от злоупотреблений ПАВ и других видов рискованного поведения. Группы- мишени – родители детей среднего возраста и младших подростков;

- Программы по улучшению атмосферы в школе (высокая степень эффективности). Эти программы укрепляют навыки учителей по управлению работой в классе, а также помогают детям привыкнуть к роли учащихся, сокращая при этом случаи раннего агрессивного и разрушительного поведения. Реализуются специалистами системы образования – педагогами, психологами, социальными работниками. Наиболее эффективны с учащимися среднего детского возраста;

- Профилактика на основе личностных и социальных навыков и социального влияния (высокая степень эффективности). Эти программы, как правило, предлагаются всем детям и представляют собой ряд структурированных занятий, помогающих вырабатывать общие социальные компетенции, а также затрагивают социальные нормы и отношения. Реализуются специалистами системы образования – педагогами, психологами, социальными работниками. Группы – мишени – учащихся раннего подросткового и подросткового возраста;

- Школьная политика и культура (приемлемая степень эффективности). Реализуется всеми участниками образовательного процесса – педагогическими работниками, родителями учащихся и самими учащимися. Такие факторы, как общественные нормы, школьная культура и качество образования обретают все большую значимость для безопасного и здорового эмоционального, когнитивного и социального развития. Начиная со среднего детского возраста роль социальных навыков и просоциальных отношений растет; они становятся одними из ключевых защитных факторов. Наиболее эффективна для учащихся младшего подросткового возраста, подростков и родителей;

- Профилактика на рабочем месте (высокая степень эффективности). Реализуется сотрудниками профессиональных коллективов, в особенности профессий, связанных с риском и наибольшая степень эффективности распространяется на них же.

Выборочные интервенции для категорий лиц с высокой степенью риска:

- Патронаж беременных и младенцев (приемлемая степень эффективности) позволяет медицинскими работниками различных областей – врачам общей практики, врачами психиатрами-наркологами, врачам психотерапевтам, медицинскими психологам оказывать воздействие на эмоциональное и поведенческое функционирование, формирующиеся родительские навыки у беременных и матерей с аддиктивным поведением;

- Программы обучения родительским навыкам (очень высокая степень эффективности). Реализуются специалистами различных областей с семьями детей групп риска. Семейные универсальные программы предупреждают употребление ПАВ среди молодежи. Группы- мишени – родители детей среднего возраста и младших подростков, подвергающихся риску, склонных к девиантному и/или аддиктивному поведению;

- Образование в раннем детстве (очень высокая степень эффективности). Ключевыми целями развития детей раннего возраста являются развитие здоровой привязанности к воспитывающим их лицам, соответствующих возрасту языковых навыков и когнитивных функций, навыков саморегуляции и социальных отношений. Раннее образование может предупредить различные формы рискованного поведения и содействовать в обеспечении достижении психического здоровья, социальной интеграции и академических успехов;

- Политика по удержанию детей со склонностью к девиантному и/ или аддиктивному поведению в школе (высокая степень эффективности). Реализуются специалистами системы образования – педагогами, психологами, социальными работниками. Наиболее эффективны с учащимися среднего детского возраста;

- Профилактика на основе личностных и социальных навыков и социального влияния (высокая степень эффективности). Реализуются специалистами системы образования – педагогами, психологами, социальными работниками, направлены на устранение личностных, индивидуально-психологических факторов учащихся раннего подросткового и подросткового возраста, склонных к девиантному и/или аддиктивному поведению;

- Профилактика на рабочем месте (высокая степень эффективности). Реализуется сотрудниками профессиональных коллективов, в отношении коллег с риском развития аддиктивного поведения.

Симптоматические интервенции для категорий лиц с высокой степенью риска:

- Работа с индивидуальными факторами риска (приемлемая степень эффективности). Реализуются специалистами системы образования – педагогами, психологами, социальными работниками. Доказана эффективность с учащимися среднего детского возраста, раннего подросткового и подросткового возраста, злоупотребляющих алкоголем и время от времени потребляющих наркотики другие ПАВ;

- Профилактика на рабочем месте (высокая степень эффективности). Реализуется сотрудниками профессиональных коллективов, работниками социальных служб. Направлена на реабилитацию и ресоциализацию лиц, злоупотребляющих алкоголем и время от времени потребляющих наркотики другие ПАВ;

- Кратковременные интервенции, реализуемые медицинскими работниками – врачами психиатрами-наркологами, врачами психотерапевтами, медицинскими психологами. Группы-мишени – лица, злоупотребляющие алкоголем и время от времени потребляющие наркотики другие ПАВ.

По завершении медико-психологической коррекции факторов риска развития наркологических заболеваний составляется заключение, специалистов, проводивших мероприятия, о целях, задачах и результатах реализованной коррекционной программы с оценкой ее эффективности. Соблюдение основных указанных рекомендаций и возможность адаптации зарубежных профилактических интервенций с доказанной степенью эффективности в условиях Российской Федерации позволит осуществлять коррекционную работу с лицами группы риска на более высоком методологическом уровне.

ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕГАБАЛИНА В ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИАТОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОМЕЖУТОЧНОГО АНАЛИЗА

Крупицкий Е.М., Илюк Р.Д., Михайлов А.Д., Казанков К.А., Рыбакова К.В., Гришина О.Г., Заплаткин И.А.

Санкт-Петербург, Мурманск
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
Мурманский ОНД

Введение. Лечение синдрома отмены опиатов (СОО) продолжает оставаться одной из важных проблем наркологии. Несмотря на различные схемы фармакотерапии это состояние субъективно тяжело переносится больными, и по данным ряда исследователей от одной трети до половины больных не завершают терапию и возобновляют употребление опиатов. Выраженный болевой компонент и нарушения сна в совокупности

с тревогой являются одними из ведущих симптомов синдрома отмены опиатов – поэтому мы предположили, что прегабалин («Лирика»), обладающий аналгетическим, анксиолитическим и снотворным действием может быть эффективным в комплексной терапии синдрома отмены опиатов.

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность применения препарата прегабалин («Лирика») в комплексной терапии синдрома отмены опиатов.

Методы. Дизайн исследования – двойное слепое рандомизированное симптом-регулируемое исследование с активным контролем. 34 больных с синдромом отмены опиатов (F11.30) были случайным образом распределены в две группы. Больные первой группы (19 чел.) в качестве основного средства лечения синдрома отмены опиатов получали прегабалин («Лирика») в дозе до 600 мг/сутки в сочетании с симптоматической терапией, которая подразделялась на базовую (назначавшуюся стандартно всем больным – доксиламин («Донормил») 30мг/сутки) и симптом-триггерную (назначаемую при необходимости по требованию больного и решению врача на основе квантифицированной оценки тяжести СОО – лоперамид («Имодиум»), метоклопрамид («Церукал»), нафазолин («Нафтизин», «Санорин»), кеторолак («Кетанов») и «Феназепам»). Больные второй группы (15 чел.) в качестве основного средства лечения синдрома отмены опиатов получали клонидин («Клофелин» – до 600 мкг/сутки) в сочетании с базовой терапией (доксиламин («Донормил») 30мг/сутки и кеторолак («Кетанов») 90 мг/сутки) и симптом-триггерной терапией (лоперамид («Имодиум»), метоклопрамид («Церукал»), нафазолин («Нафтизин», «Санорин»), и «Феназепам»). Других препаратов больным, участвующим в исследовании, не назначалось. Оценка тяжести синдрома отмены опиатов (по субъективной и объективной шкалам), влечения к опиатам, нарушений сна, тревоги, депрессии, а также общего клинического впечатления и побочных эффектов производилась ежедневно по международным валидизированным квантифицированным оценочным шкалам врачами, которые, как и больные, участвовавшие в исследовании, не были осведомлены о принадлежности больных к группе терапии (двойной слепой дизайн). Все участвовавшие в исследовании рейтеры были специально обучены использованию психометрических инструментов перед началом исследования. База данных исследования велась с использованием статистического пакета SPSS и техники двойного ввода. Удержание больных в программе терапии исследовалось с помощью анализа выживаемости Каплана-Мейера. Для оценки распределения альтернативных признаков использовался точный критерий Фишера. Для анализа переменных, оцениваемых в динамике, использовался двухфакторный дисперсионный анализ с независимыми факторами времени и группы терапии. Исследование проводилось на базе Мурманского областного наркологического диспансера и Отдела наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Результаты. Группы больных исходно не различались между собой по клинико-демографическим характеристикам и тяжести синдрома отмены опиатов. В первой группе (прегабалин) терапию СОО завершили 15 из 19 больных (79%) против 7 из 15 больных (47%) во второй группе (клонидин) (p=0,05; точный критерий Фишера). Анализ выживаемости Каплана-Мейера также подтвердил лучшее удержание больных в группе прегабалина. Статистически значимых различий между показателями психометрических шкал (тяжесть СОО, влечение к опиатам, нарушения сна, тревога, депрессия) зарегистрировано не было, возможно, в силу небольшого объема выборки (ограниченного количества больных). Отмечалась тенденция к назначению более массивной симптом-триггерной терапии во второй группе больных (клонидиновая схема лечения). Достоверные различия в частоте побочных эффектов (нежелательных явлений) между двумя группами больных отсутствовали, однако следует отметить тенденцию к субъективно лучшей переносимости терапии СОО больными, получавшими прегабалин (что, вероятно, и обусловило больший процент больных, завершивших детоксикацию, в этой группе).

Выводы. Предварительные результаты данного исследования свидетельствуют о том, что схема лечения синдрома отмены опиатов, использующая в качестве основного препарата прегабалин («Лирика»), является эффективной и безопасной, хорошо переносится больными, а также позволяет завершить программу детоксикации (купирования СОО) большему проценту больных, чем при использовании традиционной схемы лечения на основе клонидина. С точки зрения психофармакологии представляет особый интерес коррегирующие действие препарата, основным механизмом действия которого является уменьшение высвобождения глутамата из гипервозбужденных глутаматергических нейронов (прегабалина), на состояние, этиологически обусловленное дисфункцией опиоидергических систем мозга (синдрома отмены опиатов).

ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПЛАЦЕБОКОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕГАБАЛИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОМЕЖУТОЧНОГО АНАЛИЗА

Крупицкий Е.М., Рыбакова К.В., Михайлов А.Д., Скурат Е.П., Киселев А.С.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Введение. Несмотря на значительное разнообразие препаратов, применяемых для фармакотерапии синдрома зависимости от алкоголя, эффективность лечения данного заболевания оставляет желать лучшего. Поэтому важной и актуальной является задача исследования эффективности новых подходов к фармакотерапии алкоголизма. Исследования последних лет продемонстрировали, что антиконвульсанты, влияющие на глутаматергическую нейротрансмиссию (топирамат, габапентин), могут являться эффективными средствами фармакотерапии алкоголизма. Прегабалин («Лирика») также уменьшает высвобождение глутамата из гипервозбужденных глутаматергических нейронов, однако, в отличие от габапентина и топирамата, обладает более выраженным анксиолитическим действием и хорошо переносится, вследствие чего может оказаться эффективным средством стабилизации ремиссии при синдроме зависимости от алкоголя.

Цель исследования. Изучение эффективности и переносимости применения прегабалина («Лирика») для снижения потребления алкоголя и профилактики рецидивов у больных с алкогольной зависимостью.

Методы. Проведено двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование, в рамках которого 53 пациента с алкогольной зависимостью случайным образом были распределены в одну из двух групп. Пациенты первой группы (28 человек; 22 мужчины и 6 женщин; средний возраст 43.4±1.7, давность формирования алкогольной зависимости 10.6±1.5) получали прегабалин в дозе 150 мг однократно на ночь. Пациенты второй группы (25 человек; 17 мужчин и 8 женщин, средний возраст 46.1±1.9, давность формирования алкогольной зависимости 13.3±1.4) получали идентично выглядящее плацебо. В исследование включались пациенты с купированным синдромом отмены алкоголя. Длительность наблюдения составила 3 месяца с ежедневными визитами в клинику. Для контроля потребления алкоголя использовалась методика ретроспективного анализа и определение уровня ГГТП. Влечение к алкоголю оценивалось с помощью обсессивно-компульсивной,

пенсильванской и визуально-аналоговой шкал. Кроме того, для оценки депрессии использовалась шкала Монтгомери-Асберг, для оценки тревоги шкалы Спилбергера и Гамильтона. Контроль комплайенса проводился еженедельно по наличию рибофлавинового маркера в моче. Все больные во время визита в клинику получали стандартизированное наркологическое консультирование.

Результаты. Данные, полученные при проведении анализа выживаемости Каплана-Мейера, продемонстрировали тенденцию к лучшему удержанию в программе лечения больных из группы прегабалина по сравнению с группой плацебо (значимость различий по лонг-ранк критерию Мантеля-Кокса для события «выбывание по любой причине»=0.07). Такая же тенденция была выявлена для показателей «возобновление тяжелого пьянства» и «время до первого употребления алкоголя»: время до срыва и рецидива в группе прегабалина было большим, по сравнению с группой плацебо. На третьей, четвертой и восьмой неделе исследования в группе прегабалина обнаружено статистически значимое снижение таких показателей, как «количество дней пьянства», «количество дней тяжелого пьянства», «количество потребляемого алкоголя» и «влечение к алкоголю» по обсессивно-компульсивной шкале. Статистически значимых межгрупповых различий по показателям влечения к алкоголю (пенсильванская шкала и визуально-аналоговая шкала), депрессии (шкала Монтгомери-Асберга) и тревоги (шкалы Спилбергера и Гамильтона) в ходе данного исследования получено не было. Комплаентность приема препаратов, контролируемая в ходе плановых визитов по наличию рибофлавинового маркера в моче, находилась в диапазоне 80-100% и не различалась в основной и контрольной группе. Уровень ГГТП также не имел значимых различий в обеих группах на протяжении всего исследования. Частота побочных эффектов составила 11% в группе прегабалина vs. 12% в группе плацебо (различия не значимы).

Выводы. Предварительные результаты данного исследования свидетельствуют о том, что прегабалин является эффективным и безопасным препаратом для сокращения потребления алкоголя и профилактики рецидива у больных с синдромом зависимости от алкоголя.

ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ ДИСПОЗИЦИЙ, ЗНАЧИМЫХ В ПРОГНОЗЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ.

Крупицкий Е.М., Трусова А.В., Скурат Е.П., Исмаилова Р.Д.

Санкт-Петербург
СПБНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
СПбГУ

Индивидуально-психологические характеристики пациентов с алкогольной зависимостью в качестве предикторов скорости наступления рецидива заболевания после проведенного лечения изучаются широким кругом авторов, в том числе с целью построения многомерных предсказательных моделей. Использование психосемантического подхода позволяет анализировать имплицитные личностные свойства, в т.ч. определяющие поведение, связанное с употреблением психоактивных веществ. Сравнение двух репрезентативных систем отношений личности (вербальной и невербальной) позволяет более точно характеризовать осознанность в изменении употребления алкоголя, а также диагностировать истинное эмоциональное отношение испытуемого к алкоголю, не искаженное социальной желательностью, что может быть полезным как в оценке прогноза ремиссии, так и в построении индивидуализированных психотерапевтических программ.

Цель исследования – определить в заданных категориях имплицитные и эксплицитные свойства системы отношений личности больных алкоголизмом, значимые в благоприятном прогнозе длительности ремиссии.

Материалы и методы исследования. На этапе стационарного лечения было обследовано 120 пациентов с установленным диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя» (F10.25-10.26). Проводилась оценка системы отношений личности с помощью модификации теста репертуарных решеток Дж. Келли параллельно в двух измерениях – вербальном и невербальном. В разработанной авторами модификации теста репертуарных решеток в качестве элементов как вербальной, так и невербальной решеток выступали следующие объекты: категория идеального/желаемого Я: «Каким я хочу быть»; категория нежелательного/отторгаемого Я: «Человек, которого я презираю»; категория временной проекции образа Я: «Я сейчас», «Я в прошлом», «Я в будущем»; категория образов, осмысляемых через употребление алкоголя: «Трезвенник», «Умеренно пьющий человек», «Больной алкоголизмом»; категория образов, осмысляемых через разные аспекты социальной привлекательности: «Счастливый человек», «Успешный человек», «Герой». В рамках исследования испытуемый сначала заполнял вербальную репертуарную решетку (ВРР) – для этого ему было необходимо соотнести каждый из представленных элементов с одним из полюсов 11 заданных биполярных конструктов, используя 7-балльную шкалу Лайкерта. По результатам заполнения ВРР подсчитывались коэффициенты линейной корреляции Пирсона между элементами и между конструктами, которые в последующем подвергались обработке с использованием метода анализа главных компонент, при этом выявленные показатели факторных нагрузок по двум, наиболее значимым компонентам, использовались в качестве координат элементов в двухмерном пространстве при построении графической модели системы отношений испытуемого. Затем испытуемый заполнял цветовую репертуарную решетку (ЦРР), в которой также каждый элемент оценивался по каждому конструкту, но опосредовано через раскладку цветных карточек Люшера, с вычислением количественного показателя, определяющего место элемента на шкале конструкта, и имеющего диапазон от 0 до 32, что задает достаточно тонко дифференцированную шкалу.

С помощью метода ретроспективного анализа (Time Line Follow Back) оценивался ежедневный объем потребленного алкоголя в периоде наблюдения (максимально 12 недель), определялось время до рецидива заболевания (более двух дней «тяжелого» пьянства в неделю), эти данные верифицировались с помощью еженедельной лабораторной диагностики уровня гамма-глютамилтранспептидазы в крови.

Статистический метод: пошаговая регрессия Кокса между общей продолжительностью ремиссии и расстояниями между элементами внутри ВРР и ЦРР по отдельности.

Результаты. Наиболее интересными с точки зрения содержательной психологической интерпретации представляются как общие для ВРР и ЦРР значимые в прогнозе ремиссии расстояния между элементами, так и инвертированные (обратные). Общие расстояния для ВРР и ЦРР. Для более продолжительной ремиссии значимой является удаленность актуальной временной проекции образа Я («Я сейчас») от элемента «Я в прошлом» (ВРР $p=0,074$, ЦРР $p<0,000$), что отражает как осознаваемое, вербализованное отношение к жизненным изменениям, как к уже происходящим, так и эмоциональное отношение, разграничивающее «алкогольное» прошлое и «терапевтическое» настоящее. Также общей для вербального и эмоционального измерений и значимой в прогнозе длительности ремиссии является близость элементов, отражающих необходимость отказа от алкоголя для больных алкоголизмом («Трезвенник»/«Больной алкоголизмом») (ВРР $p=0,003$, ЦРР $p<0,000$), а также связь эмоционального позитива и социальной продуктивности («Счастливый человек»/«Успешный человек») (ВРР $p=0,022$, ЦРР $p<0,000$).

Удаленность как в сфере вербализованных установок, так и в сфере эмоционального принятия, элементов, отражающих социально одобряемую продуктивность и употребление алкоголя («Успешный человек» и «Умеренно пьющий человек»), также оказалась значимой для большей длительности ремиссии (ВРР p=0,001, ЦРР p<0,000).

Инвертированные расстояния ВРР и ЦРР. Для длительности ремиссии значимым оказалось близкое расположение элементов «Я сейчас»/«Больной алкоголизмом» в вербальном измерении (p=0,033) и, наоборот, удаленность этих элементов друг от друга в сфере невербализуемого эмоционального отношения (p<0,000). Нам представляется, что подобная инверсия отражает установленный личностью баланс между осознанной необходимостью подчиняться давлению диагностического ярлыка и его эмоциональным неприятием как социальной стигмы. При этом обратная картина (удаленность в вербальном измерении и близость в эмоциональном отношении) наблюдалась в отношении элементов «Каким я хочу быть» и «Больной алкоголизмом» (ВРР p=0,006, ЦРР p=0,039), что, по нашему мнению, с одной стороны отражает социально желательную установку на выздоровление, а с другой – иррациональную надежду вернуться когда-нибудь к прежнему образу жизни и употреблению алкоголя. Заключение. Полученные данные свидетельствуют о наличии значимых взаимосвязей между психосемантическими параметрами, отражающими индивидуальные особенности восприятия и оценки больными алкогольной проблематики, с одной стороны, и прогнозом длительности ремиссии, с другой.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ, КАК СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ДОСТОВЕРНО ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ НАРКОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН

Кувшинникова М.Б., Ковшова О.С.

Самара
СамГМУ

Наркологические заболевания, как и многие другие психические болезни, носят процессуальный, прогредиентный характер. Рецидив часто возникает на фоне попыток контролировать употребление наркотика и является неотъемлемой частью заболевания. Длительная ремиссия (выздоровление) – должна достигаться поэтапно. Понятие «реабилитационного потенциала (РП) наркологических больных» это многофакторный клинический, психологический и социально- диагностический критерий прогноза реабилитационных мероприятий, который должен иметь прогностическую оценку.

Малоэффективным остается и одно из важнейших направлений работы с наркологическими больными – биопсихосоциальная реабилитация, призванная обеспечить их полноценное функционирование в обществе. Применение долгосрочных лечебно-реабилитационных программ у больных наркоманией в государственных центрах позволяет достигать полной ремиссии в течение года у 7–9,1% лиц.

Реабилитационная работа с наркологическими больными требует постоянного контроля и динамической оценки ее реальной эффективности. В настоящее время такая оценка представляется недостаточной, так как она в большинстве случаев сводится к определению у больных сроков длительности ремиссии, под которой понимается соблюдение полной трезвости. Более адекватным подходом к оценке эффективности реабилитационного лечения может служить мониторинг результатов каждого этапа лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП) с регистрацией показателей значимых сфер.

В настоящей работе рассмотрены подходы к оценке клинических, психологических и социальных характеристик пациентов с зависимостью от опиатов в процессе реабилитации при помощи валидных структурированных психодиагностических инструментов. Используя математический метод регрессионного анализа, можно получить включенную регрессионную модель достоверно значимых факторов наркозависимого поведения – «эффективный реабилитационный потенциал» (ЭРП) интегративный показатель, полученный с использованием математического метода регрессионного анализа.

Настоящее исследование проводилось на базе областного реабилитационного центра (ОРЦ) и областного наркологического диспансера г. Самары в период с 2010 по 2014 годы.

Основную группу составили 100 наркозависимых мужчин 18-35 лет, проходящих курс реабилитации в выше названных учреждениях, со средним стажем наркотизации 3,8 лет. Все испытуемые страдали полинаркоманией, с предпочтительным «наркотиком выбора» – героином.

На момент исследования только 38% обследуемых основной группы имели постоянное место работы, 62% не были официально трудоустроены. Образовательный ценз: 5% имели высшее образование, 15% – незаконченное высшее, 15% – среднее или неполное среднее образование, 65% – среднее специальное. Семейное положение испытуемых: 56% – холосты, 14% – разведены, 21% – состоит в гражданском браке, 9% – были женаты, некоторые имели детей. Более половины всех обследуемых независимо от возраста и семейного положения проживали в родителями – 59%, 24% проживали со своей семьей и 17% – отдельно от семьи.

Контрольную группу составили 100 студентов СамГМУ и сотрудников ООО «Энтузиаст» мужского пола в возрасте от 18 до 35 лет. 74% имели неоконченное высшее образование, 26% – среднее или средне-техническое. По семейному положению мужчины в контрольной группе распределились следующим образом: 34% женаты и имеют детей, 66% – холосты.

В целом, основная и контрольная группы были гомогенны по возрастным показателям и социальному статусу. Основным критерием различия являлся факт наличия наркотической зависимости. Обследование осуществлялось с согласия испытуемых, после предварительной беседы, объясняющей особенности его проведения и служащей для сбора анамнестических данных и мотивации обследуемых.

1 этап – психодиагностика с использованием методов Г. Роршаха и Р. Кеттелла для выявления достоверно значимых психологических характеристик личности с наркозависимым поведением в условиях клинико-психологической реабилитации.

Процедура тестирования обследуемых основной группы проводилась в индивидуальном порядке в условиях, наиболее полно обеспечивающих получение объективных данных (в утреннее время, в отдельном помещении), и включала от 2 до 4 встреч с каждым обследуемым в зависимости от его работоспособности и продуктивности. Члены контрольной группы в индивидуальной форме были обследованы проективными методиками и в групповой форме – опросниками.

Установлены достоверно значимые психологические диагностические критерии наркозависимого поведения по тесту Г.Роршаха:

«C1» – слабость внешнего социально-нормативного контроля (C + CF>FC), импульсивное, неосознанные однотипные конфликты в общении; высокий уровень неосознаваемой и подавляемой внешней агрессии, образование инфантильной позиции, симбиотическая привязанность к членам семьи;

Выявлена незрелость потребностно-эмоциональной сферы личности: Index – «индекс ситуативного стресса«; слабость внутреннего контроля (FM + m>M), доминирование в ней неосознаваемых потребностей и влечений, порождающее высокий уровень субъективной тревожности.

По тесту Кеттелла – «А» – аффективная несдержанность, подверженность чувствам, импульсивность, подверженность внешнему влиянию, трудности рациональной оценки реальности;

«Н»-показатель – «слабость-сила Я» – низкая способность дифференцированного восприятия «Я» и структурирования своего жизненного и внутреннего опыта, неспособность использовать его для коррекции поведения или формирования стратегии будущего;«G» – показатель «супер-эго» – «наркотический эгоцентризм» – отсутствие энергии, напора, низкий тонус с ощущением «автоматичности», развито «плохое восприятие «Я» и компенсаторный нарциссизм как демонстрация внешнего защитного «Я» вследствие выраженного чувства неполноценности, негативного самовосприятия.

2 этап: разработка математической регрессионной модели эффективного клинико-психологического сопровождения, позволяющей достоверно прогнозировать поведение наркозависимых мужчин по значению пяти достоверно значимых психологических параметров.

ЭРП= 0,061С1 – 0,110 Index + 0,034 А – 0,151 С2 + 0,101 G + 0,584,

где С1-показатель цветовых ответов в тесте Г. Роршаха; Index – индекс ситуативного стресса в тесте Г. Роршаха; А-показатель аффективности в тесте Кеттела, С2- показатель «слабость-сила Я» в тесте Кеттела, G – показатель «супер-эго» в тесте Р. Кеттела.

Математическая регрессионная модель позволяет достоверно прогнозировать поведение наркозависимых мужчин по значению психологического параметра.

Биопсихосоциальная программа реабилитации наркозависимых лиц проводится с учетом выявленных психологических диагностических критериев в математической регрессионной модели достоверно значимых психологических предикторов эффективности клинико-психологических мероприятий преодоления наркозависимого поведения. Незрелость и недефференцированность «образа Я», неумение структурирования собственного опыта мужчин-наркоманов препятствует преодолению наркотической зависимости, что ставит психологическую коррекцию представлений о себе на одно из главных мест в системе реабилитации наркозависимых.

Таким образом, регрессионная модель наркозависимого поведения подтвердила значимые психологические критерии низкого реабилитационного потенциала (ЭРП) наркозависимых мужчин: низкую способность дифференцированного восприятия и «пассивный» образ-«Я», чувство неполноценности и неразвитое глубинное-«Я», выраженный эгоцентризм.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кулаков С.А., Береза Ж.В.

Санкт-Петербург
Ассоциация организаций здравоохранения
Медицинский центр Бехтерев

Своевременное выявление и лечение сопутствующей соматической и психической патологии у наркозависимых пациентов, проходящих лечение в реабилитационных центрах и отделениях наркологических стационаров, является неотъемлемой частью процесса реабилитации и одним из важнейших факторов успеха реабилитационных мероприятий в целом.

Цель исследования: Оценка распространенности ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и коморбидных психических расстройств у наркологических пациентов стационарного реабилитационного отделения и влияния сопутствующих заболеваний на приверженность пациента лечению.

Было обследовано 133 пациента стационарного отделения реабилитации Медицинского центра «Бехтерев», из них. Критериями включения в исследование были: возраст от 18 лет, установленный диагноз (F 11.20, F 12.20, F13.20, F15.20, F19.20 по МКБ-10), состояние вне абстиненции и отрицательный поли-тест на наличие ПАВ в моче, подписание добровольного информированного согласия на участие в исследовании. В процессе проведения исследования были выделены две группы пациентов: 1-пациенты, прошедшие полный курс стационарной реабилитации (от 45 суток) -69% (n=91); 2- пациенты, досрочно выбывшие из программы в связи с отказом от лечения- 31% (n=42)

Методы. Клинико-анамнестический метод, клинико-психопатологический метод (критерии МКБ-10, а также использовались клинические диагностические шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, MMPI, опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90) также всем обследуемым было проведено серологическое исследование крови на АТ к ВИЧ и вирусу гепатита С.

Результаты и выводы: АТ к ВИЧ были выявлены у 38 пациентов (26,57%). В начале прохождения реабилитационной программы посещали инфекциониста и получали АРВТ только 21 человек (55,3%), к окончанию стационарного этапа реабилитационного лечения встали на учет к инфекционисту и начали получать АРВТ еще 11 человек, таким образом количество пациентов с АРВТ увеличилось до 32 человек (84.2%) от ВИЧ- позитивных пациентов. Носителями гепатита С были 87 человек (60,1%), из них 6 получали специфическую противовирусную терапию. Также можно отметить, что к концу стационарного этапа реабилитации количество ВИЧ – положительных пациентов, получающих АРВТ и наблюдающихся у врача- инфекциониста значительно увеличилось до 84,2% от общего числа ВИЧ инфицированных. Согласно нашим данным ни один пациент, получавший ранее АРВТ или терапию гепатита С в процессе реабилитации не прекратил противовирусную терапию, а часть ВИЧ-инфицированных пациентов ранее не принимавших АРВТ не посещавших врача – инфекциониста, в процессе прохождения реабилитационной программы возобновили или начали АРВТ ВИЧ инфекции. Таким образом, приверженность пациента к наркологическому лечению может благоприятно сказаться на приверженности к лечению сопутствующей патологии. Согласно нашим данным в группе пациентов, досрочно прервавших реабилитационное лечение, количество ВИЧ-инфицированных и пациентов с гепатитом С достоверное не превышало количество инфицированных пациентов в группе, прошедших полный курс реабилитации. При анализе с использованием критерия согласия Пирсона – Хи-квадрат ($\chi 2$) носительство ВИЧ инфекции и Гепатита С не являются статистически значимым факторами досрочного прекращению реабилитационного лечения.

Согласно нашим данным, частота встречаемости коморбидной психической патологии среди пациентов составляет 65%. При этом выявлена корреляционная связь ($p<0,05$) между ВИЧ-инфекцией и наличием психических расстройств. Так психические расстройства диагностировались у 52% ВИЧ- инфицированных пациентов.

С наибольшей частотой у обследуемых определялись различные виды расстройств личности в стадии суб- и декомпенсанции – 33%, гораздо реже диагностировались аффективные эндогенные – 11% или невротические – 15% психические расстройства, расстройства шизофренического спектра составили – 6%. У пациентов досрочно выбывших из реабилитационной программы (n=42) значительно ($p<0,05$) чаще встречались наркозависимые, имеющие специфические расстройства личности (17%), большинство из них страдали диссоциальным личностным расстройством и эмоционально-неустойчивым личностным расстройством.

При анализе с использованием критерия согласия Пирсона – Хи-квадрат ($\chi 2$) наличае коморбидной психической патологии в виде расстройства зрелой личности является значимым фактором ($p<0,05$) досрочного прерывания реабилитационного лечения, тогда как наличие эндогенных, аффективных или невротических психических расстройств таким фактором не являются.

СОЦИАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ УСТОЙЧИВОСТИ РЕМИССИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Кутянова И.П., Щекатурова О.М.

Москва
НИЦ ФСКН России

Построение модели эффективного реабилитационного процесса является одной из значимых проблем организации комплексной помощи зависимым от наркотиков и алкоголя.

В проведенном исследовании факторов, влияющих на устойчивость ремиссии, проанализированы результаты тестирования лиц, проходящих реабилитацию по разным программам: негосударственные 12-шаговые программы реабилитации, конфессиональные (Православные) программы реабилитации, государственные программы. Также в исследовании приняли участие лица в ремиссии, специалисты реабилитационных центров.

Проведенное исследование направлено, в том числе, на исследование структурных компонентов реабилитационных программ, которые оказывают воздействие на изменение личности зависимого человека, приводящее к полному прекращению потребления наркотиков и алкоголя.

В исследовании приняли участие пять групп респондентов, всего 945 человек:

1. Зависимые проходящие программы реабилитации, 613 человек.

2. Лица, находящиеся в ремиссии более 1 года, 146 человек.

3. Специалисты реабилитационных центров, 139 человек.

4. Анкеты, описывающие программы центров, заполняемые экспертами при проведении исследования – 47.

Методы исследования. Для исследования факторов устойчивости ремиссии использовалась авторские анкеты Кутяновой И.П., Щекатуровой О.М., методика Кутяновой И.П. «Социально-психологические проблемы наркозависимых»; тест А.А. Реана, модифицированный Кутяновой И.П., Щекатуровой О.М. «Уровень мотивации к трезвости», «Локус контроля личности».

Сбор анкетных данных проходил в период с января по июнь 2014 года, в тестировании приняли участие 47 центров реабилитации и их подразделений (в том числе амбулаторных, постреабилитационных служб) в следующих городах: г. Калининград, г. Москва, Московская область, г. Санкт-Петербург, Ленинградская область, Псковская область, Белгородская область, г. Ростов-на-Дону, г. Ставрополь, г. Ессентуки, г. Минеральные Воды, г. Будденовск, г. Уфа, г. Казань, г. Томск, г. Сургут, г. Владивосток.

В исследовании приняли участие реабилитационные центры, которые относятся к наиболее распространенным моделям на территории Российской Федерации:

1. Первую группу составили светские (внеконфессиональные) центры реабилитации, базовой основой программ в которых является 12 шаговая программа (ЛПР-12). Количество респондентов, проходящих реабилитацию в данных центрах и принимавших участие в исследовании, составило 301 человек.

2. Конфессиональные (Православные) центры реабилитации (ЛПР-конф), основанные как на общинных формах реабилитации, так и использующие в своей практике элементы 12-шаговой программы,194 человек.

3. Группа государственных центров реабилитации (ЛПР-гос), работающих в рамках наркологической службы. В эту группу вошли государственные наркологические диспансеры, больницы, амбулаторные центры реабилитации,118 человек.

Для обработки данных исследования использовался статистический пакет Statistika 6.0 for Windows. Проводился анализ различия средних показателей по трем выборкам по t-критерию Стьюдента, расчет линейной корреляции Пирсона по всей выборке. С целью исследования ответов респондентов на открытые вопросы, применялся контент-анализ.

Результаты. Результат проведенного контент-анализа ответов респондентов на вопрос о том, какие мероприятия программы реабилитации помогают им оставаться в трезвости, выявил, что среди наиболее значимых для сохранения трезвости мероприятий респонденты всех групп указали образовательный компонент реабилитации (лекции, беседы, семинары); работу над собой (письменные задания, дневники чувств, самоанализ); мероприятия, направленные на физическое восстановление (спорт, зарядка, йога, теннис и т.п.), работу с психологом, индивидуальные консультации.

Среди лиц в ремиссии отмечаются следующие наиболее значимые мероприятия реабилитационных программ: воцерковление; индивидуальные занятия с психологом, психотерапия; образовательные лекции, семинары; тренинги, групповые занятия; спорт; труд; письменные задания; общение с реабилитантами; помощь новичкам, слабым, волонтерство, профилактика; утренние собрания, спикерские (истории выздоравливающих зависимых); мониторинг с равным консультантом, выравнивание эмоций; послушание.

Таким образом, для лиц в ремиссии, которые до этого проходили реабилитацию по разным программам, наиболее значимым являются мероприятия, связанные с духовным развитием. Также важны мероприятия, связанные с психологическим компонентом (групповые индивидуальные психологические занятия), социальным компонентом (служение, помощь ближним, общение) и физическим компоненом (спорт, физическое развитие). В ответах респондентов в ремиссии отражены в качестве значимых все сферы реабилитации, что делает результаты реабилитации более эффективными.

Все мероприятия, которые отражены в ответах респондентов, с одной стороны раскрывают содержательную часть программ реабилитации, с другой, могут быть показателем того, какие мероприятия получаются у организаторов этих программ лучше всего. Вместе с тем, мероприятия программ являются так или иначе инструментами для достижения успеха в реабилитации, которые необходимо развивать. В этой ситуации возможна интеграция наиболее эффективных инструментов реабилитации разными моделями программами реабилитации.

Среди наиболее значимых характеристик, отмеченных представителями всех групп, была указана атмосфера доброжелательности, уважения; общение с другими резидентами; образовательный компонент программы (лекции, беседы и т.п.); занятия спортом (зарядка, футбол, пробежки, тренажерный зал, йога и т.п.). Таким образом, важным фактором удержания в программе реабилитации лиц, имеющих химические зависимости, является теплая, доброжелательная атмосфера в центре, при этом многие реабилитанты в ответах давали такие термины в отношении центра реабилитации, как «дом», «семья».

Среди причин неэффективности прошлых методов реабилитации для лиц в ремиссии отмечены, прежде всего, внешние и внутренние факторы. К внутренним факторам были отнесены следующие: недостаточность мотивации к выздоровлению, отсутствие осознания зависимости, иллюзии о своем состоянии, досрочное прерывание курса реабилитации. К внешним факторам

были отнесены следующие: отсутствие индивидуального подхода при подборе программы, недостаточный уровень профессионализма персонала реабилитационного центра, отсутствие курса социальной реабилитации после детоксикации, постреабилитационного сопровождения, встреча с сопотребителями.

Данные выводы свидетельствуют о необходимости содержательного и профессионального развития, как реабилитационных программ, так и мотивационного звена, постреабилитационного этапа в построении комплексной системы реабилитации, развитию индивидуального подхода при организации реабилитационного процесса.

Результаты исследования выявили формирование приверженности зависимых от наркотиков возвращаться в программы реабилитации, в которых они находились до этого в случае, если происходил рецидив.

При сопоставлении групп лиц, имеющих химические зависимости и проходящих разные программы реабилитации, было обнаружено, что в процессе реабилитации все группы респондентов отметили развитие следующих личностных качеств, оказывающих влияние на сохранение ремиссии: честность, искренность; целеустремленность, упорство, настойчивость; доброта, отзывчивость; наличие поддержки, возможность обратиться за помощью, взаимовыручка. Данные результаты указывают на то, что правильно организованная социально-психологическая реабилитация является сама по себе мощным фактором, влияющим на изменения личности зависимого, которые позволяют закрепить мотивацию к трезвости и способствуют полному прекращению потребления наркотиков и алкоголя.

Полученные данные важно учитывать при оценке эффективности, разработке и конструировании реабилитационных программ, подборе индивидуальных программ реабилитации и ресоциализации для лиц, имеющих химические зависимости.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯВШИХ КАННАБИНОИДЫ

Ларионова Е.В.

Москва
Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН,
Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ

Употребление каннабиноидов становится все более распространенным в современном обществе: за последнее время, по данным статистики, количество лиц, употребляющих каннабиноиды, приблизилось к количеству употребляющих героин (41% и 46% соответственно, из отчета ФСКН за 2013 год). Тем не менее, проблема последствий употребления этого наркотика остается неизученной. Нейрофизиологические нарушения, связанные с когнитивными функциями, у лиц, употреблявших каннабиноиды, были показаны как при непосредственном воздействии наркотика (Bucker, 2010; Ilan, 2004), так и при отсроченном (Kempel, 2003; Solowij, 2002). Наиболее уязвимыми когнитивными функциями являются рабочая память и внимание, нарушения которых обнаруживаются у данной группы даже спустя месяц после окончания наркотизации (Eldreth et al., 2004). Однако работ, изучающих подобные отсроченные эффекты, практически нет, а сроки воздержания от наркотика в таких исследованиях, как правило, являются довольно небольшими и недостаточными для того, чтобы ответить на вопрос о компенсации этих дисфункций после окончания наркотизации (от нескольких месяцев).

Цель исследования. В работе исследовались нейрофизиологические особенности ранних этапов избирательного внимания у лиц, употреблявших каннабиноиды, по сравнению с группой контроля (с использованием вызванных потенциалов), а также спектральная мощность ритмов ЭЭГ у этих групп испытуемых при когнитивной нагрузке (выполнение теста на арифметический счет) и без (спокойное бодрствование).

Таким образом, целями данной работы являются: 1. исследование амплитудных и временных характеристик ранних компонентов, связанных с событием потенциалов – P100 и N170 при предъявлении конгруэнтных и неконгруэнтных вербальных стимулов для оценки ранних этапов избирательного внимания у испытуемых, ранее употреблявших каннабиноиды, по сравнению с контрольной группой; 2. анализ различий значений спектральной мощности ритмов ЭЭГ при когнитивной нагрузке относительно фона у испытуемых, ранее употреблявших каннабиноиды, и группы контроля.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 46 мужчин: 24 человека, употреблявших каннабиноиды, но воздерживающихся от употребления наркотика на момент исследования от 4 месяцев и более, и 22 человека контрольной группы. Средний возраст испытуемых 25 лет. Стаж употребления каннабиноидов в экспериментальной группе от полугода, в среднем составлял 2-3 года, частота употребления наркотика составляла примерно 2 – 8 раз в месяц.

Для изучения вызванных потенциалов использовался модифицированный тест Струпа с двумя типами стимулов: конгруэнтными (слово «ЗЕЛЕНЫЙ», окрашенное в зеленый цвет) и неконгруэнтными (слово «ЗЕЛЕНЫЙ», окрашенное в красный цвет). Анализировались 8 отведений: P3, P4, O1, O2, T5, T6, Tp7, Tp8. Для исследования межгрупповых различий амплитудных и временных значений вызванных потенциалов, а также поведенческих показателей (процента ошибок и времени реакции) использовался U-критерия Манна-Уитни.

Для изучения спектральной мощности ритмов ЭЭГ использовалось задание на арифметический счет: испытуемые должны были в течение двух минут с закрытыми глазами вычитать в уме из 200 по 7. Также в течение двух минут записывалась фоновая ЭЭГ – состояние спокойного бодрствования с закрытыми глазами. Спектральную мощность анализировали в следующих частотных диапазонах: тета (4 – 8 Гц), альфа (8 – 12 Гц) и гамма (30 – 40 Гц). Использовался метод дисперсионного анализа ANOVA: Repeated Measures Analysis of Variance. Основные эффекты исследовали отдельно для передних (группа отведений: Fp1, Fp2, F3, F4, F7, F8) и задних корковых областей (группа отведений: T5, T6, O1, O2, P3, P4) по факторам «группа«, «условие«, «электрод«, «полушарие«.

Результаты и их обсуждение. Достоверных различий по поведенческим показателям – времени реакции и проценту ошибок при выполнении теста Струпа и проценту ошибок при выполнении задачи на арифметический счет между группами обнаружено не было. Однако, скорость арифметического счета была достоверно меньше у употреблявших каннабиноиды по сравнению с контрольной группой.

Показано, что при выполнении теста Струпа амплитуда компонента P100 была меньше у лиц, употреблявших каннабиоиды, чем у контрольной группы, в правой височно-теменной области, а N170 – в левой. Можно предположить, что снижение амплитуды P100 у лиц, употреблявших каннабиноиды, отражает недостаточное внимание к целевой информации (такой информацией в задаче Струпа является цвет стимула) на данном этапе ее обработки. А бульшая амплитуда компонента N170 у контрольной группы, вероятно, связана с выраженной интерференцией нерелевантного сигнала (таким сигналом в задаче Струпа является слово – название цвета), тогда как сниженная амплитуда у экспериментальной группы говорит об обратном. Так как успешное выполнение задачи Струпа во многом связано с подавлением нерелевантной информации, то, можно предположить, что подобное снижение левополушарной активности на этом этапе компенсирует недостаточное внимание к целевой информации

(цвету) на предыдущем этапе и в какой-то мере способствует выполнению такой задачи экспериментальной группой, которая в итоге также успешно справляется с предложенным заданием – поведенческих различий между группами получено не было.

Латентность компонентов P100 и N170 в височной, теменной и затылочной областях у экспериментальной группы была меньше, чем у контрольной. Сходные нарушения при предъявлении вербальных стимулов были найдены у больных шизофренией (Стрелец и др., 2012), что авторы связывают с нарушением автоматизированных процессов на ранних этапах. Можно предположить, что подобные нарушения имеются и у лиц, употреблявших каннабиноиды.

Спектральная мощность тета диапазона в задании на арифметический счет в передних областях правого полушария была больше у лиц, употреблявших каннабиноиды, по сравнению с группой контроля, в то время как при отсутствии когнитивной нагрузки этот показатель практически не отличался у исследуемых групп. Спектральная мощность альфа-ритма в задних областях была больше в контрольной группе как при когнитивной нагрузке, так и без нее. Спектральная мощность гамма диапазона в задних областях была больше у лиц, употреблявших каннабиноиды, наиболее выраженные различия между группами наблюдались по данному показателю в задних областях левого полушария при выполнении задания на арифметический счет. Выполнение этой задачи связано с функциями рабочей памяти, так как требуется постоянно удерживать в памяти промежуточный результат. Увеличение спектральной мощности тета и гамма диапазонов у группы, употреблявших каннабиноиды, вероятно, может свидетельствовать о бульшей трудности данного задания для этой группы по сравнению с контрольной, что проявляется в меньшей скорости счета у экспериментальной группы. С этим предположением согласуется и тот факт, что спектральная мощность альфа-ритма у лиц, употреблявших каннабиноиды, напротив снижена по сравнению с группой контроля. Увеличение с течением времени мощности альфа-ритма связывают с тем, что выполнять задачу испытуемым становится легче и/или процесс выполнения автоматизируется (Gevins A., 2002), чего, по-видимому, в экспериментальной группе не происходило.

Выводы. Ранние процессы селекции зависят от модуляции нейронной активности (усиления сигнала) в сенсорных и ассоциативных областях, связанных с обработкой стимула. Можно предположить, что каннабиноиды влияют на механизмы ранних этапов избирательного внимания, изменяя их, что обнаруживается и при прекращении употребления данного наркотического вещества. Различия значений спектральной мощности ритмов ЭЭГ, особенно выраженные при когнитивной нагрузке, у исследуемых групп, также могут говорить об устойчивости нарушений у лиц, употреблявших каннабиноиды. Тем не менее, на поведенческом уровне степень выраженности этих нарушений небольшая – лица, употреблявшие каннабиноиды, в целом почти также успешно справлялись с предложенными заданиями, как и контрольная группа.

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТНЫХ ПРОГРАММНЫХ КОМПЛЕКСОВ

Лобачев А.В., Тихенко В.В., Марченко А.А.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Цель исследования: в настоящее время все более актуальным становится выявление донозологических форм аддиктивной патологии, особенно у лиц, занимающихся особыми видами деятельности, связанными с угрозой жизни и здоровью для себя и окружающих. Имеющиеся в арсенале у исследователей методики не лишены определенных недостатков. Так, эффективность применяемых тестовых опросников и клинических шкал, зависит от мотивации обследуемых на результат исследования, и часто, позволяют им симулировать или диссимулировать клинические проявления расстройства. Исследование биохимических сред методом иммунохроматографического анализа позволяет выявить лишь факт употребления определенных психоактивных веществ при условии их достаточной концентрации, которая зависит от давности их употребления, часты так же случаи фальсификации и подмены биологических образцов, представленных для исследования. Применение полиграфов не возможно в условиях массовых обследований, так как требует подготовки большого количества высоквалифицированных специалистов и, кроме того, занимает много времени. Таким образом, в условиях скрининговых обследований, когда требуется в ограниченный срок оценить у большого числа людей признаки аддиктивного поведения, необходимы методики, снижающие трудоемкость и субъективность диагностики. С этой целью нами было проведена оценка эффективности использования аппаратных программных комплексов (АПК), анализирующих полиметрические физиологические показатели и временные характеристики реакции обследуемых во время проведения процедуры стресс-тестирования различным стимульным материалом, для выявления донозологических форм аддиктивной патологии.

Материал и методы: в исследовании участвовало две группы. Первая группа (n=34) – лица мужского пола со средним возрастом 23±3,4 года, проходившие лечение в психиатрическом стационаре по поводу аддиктивной патологии. Вторая группа (n=83) – лица мужского пола со средним возрастом 19±0,7 лет, проходящие военную службу по призыву, признанные полностью здоровыми.

Для выявления аддиктивных расстройств и их негативных последствий применялись методики: «DAST», «Аудит», МЛО «Адаптивность», АПК «Реакор» и «Аддикт». В ходе обследования с помощью АПК регистрировались частота сердечных сокращений (ЧСС), рекурсия дыхания (РД), кожно-гальваническая реакция (КГР), состояние сосудистой стенки (ССС), а также временные характеристики реакции на предъявляемый стимульный материал, в том числе на электростимуляцию. Время тестирования на АПК «Реакор» составляло 14 минут, а на АПК «Аддикт» до 30 минут. Статистическую обработку результатов проводили с применением программ Exel 2007 и Statistica 7.1.

Результаты и их обсуждение: установлено, что применение методик «DAST», «Аудит», МЛО «Адаптивность» в первой группе у 28 (82,4%) обследуемых подтверждают ранее верифицированные диагнозы аддиктивного расстройства. Однако, во второй группе, только у одного обследуемого по данным методики «Аудит» выявлен высокий риск злоупотребления алкоголем, а применение методики «DAST» не выявило риска ни у одного обследуемого. Анализ результатов по МЛО «Адаптивность» во второй группе у 11 (13,3%) обследуемых выявил низкий уровень личностного адаптационного потенциала (ЛАП). Статистическая обработка данных, полученных при использовании АПК «Реакор» показала, что наиболее информативными физиологическими показателями для исследования являются ЧСС и КГР, в тоже время РД и ССС не показали достоверных изменений при предъявлении стимульного материала. Анализ ЧСС и КГР при стресс-тестировании у всех обследуемых первой группы выявил их достоверные ($p<0,05$) изменения (по сравнению с фоном и нейтральными стимулами) на предъявление контрольных стимулов (содержащих аудио- и видеоряды с явными и скрытыми поощрительными стимулами к употреблению психоактивных веществ). Во второй группе

достоверные (p<0,05) изменения ЧСС и КГР на предъявление контрольных стимулов установлено у 19 (22,9%) обследуемых. Анализ причин столь частого выявления достоверных изменений физиологических показателей у второй группы при предъявлении им контрольных стимулов показал, что у 3 (3,6%) обследуемых аддиктивной патологией страдали родители, 13 (15,7%) обследуемых регулярно злоупотребляли алкоголем и однократно принимали наркотические вещества, а 3 (3,6%) респондента регулярно злоупотребляли алкоголем и эпизодически употребляли наркотические препараты. При использовании АПК «Аддикт» во второй группе выявлен риск развития аддиктивной патологии у 25 (30,1%) обследуемых, из них в 3 (12,0%) случаях были ложноположительные результаты обследования из-за неправильного выполнения инструкций.

Выводы. Использование аппаратных программных комплексов «Реакор» в целях выявления донозологических форм аддиктивных расстройств обладает высокой информативностью.

Наиболее информативными физиологическими показателями при использовании аппаратного программного комплекса «Реакор» в целях выявления донозологических форм аддиктивных расстройств являются частота сердечных сокращений и кожно-гальваническая реакция.

Применение аппаратных программных комплексов в комплексе психопрофилактических мероприятий позволит повысить выявление донозологических форм аддиктивной патологии, снизить трудозатраты на обследование.

ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПРОФИЛЯ ДЕВУШЕК, ВЫРОСШИХ В СЕМЬЯХ, ГДЕ РОДИТЕЛЬ СТРАДАЛ АЛКОГОЛИЗМОМ

Лукашук А.В., Меринов А.В.

Рязань
Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова

Дети, воспитанные и выросшие в семье с алкогольными проблемами, большинством ученых априори признаются как проблемный контингент (Москаленко В.Д., 2006; Jordan S., 2010). Существует множество работ отечественных и зарубежных авторов, признающих существование синдрома взрослых детей алкоголиков (Сомкина О.Ю., Меринов А.В., 2014; Balsa A.I., 2009). Суть данного явления состоит в том, что дети из семей, где хотя бы один из родителей был зависим от алкоголя, испытывают проблемы в социальной адаптации, имеют низкую самооценку, склонны к развитию аддикций (Меринов А.В., Сомкина О.Ю., 2013), неспособны к выражению чувств, испытывают непрекращающееся чувство вины. Даже став взрослыми людьми, они зачастую ведут себя по-детски и проносят через всю свою жизнь детский «психологический груз», склонны к суицидальному поведению (Положий Б.С., 2010).

Задача нашего исследования заключалась в анализе аутоагрессивного спектра взрослых девушек, воспитанных в семьях, где, как минимум, один из родителей страдал от алкогольной зависимости.

Цель исследования: определить личностно-психологические особенности, спектр аутоагрессивных проявлений в исследуемой группе.

Материалы и методы. Для реализации данной задачи было проведено выборочное рандомизированное обследование студентов вуза, в котором приняли участие 90 незамужних девушек в возрасте 20,5±1,5 лет, имеющих как минимум одного алкоголезависимого родителя. Контрольная группа состояла из 177 девушек в возрасте 20,6±1,1 лет, в семьях которых подобной проблемы не было.

Для оценки личностно-психологических характеристик была использована батарея тестов, включающая в себя:

- LSI (Life Style Index) – тест диагностики преобладающих психологических защитных механизмов (Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R., 1979),

- STAXI (State Anger Inventory) – опросник для диагностики специфики переживания гнева (Spielberger C., Krasner S., Solomon E., 1988),

- тест Mini-Mult (сокращенный вариант опросника MMPI).

В роли ведущего диагностического инструмента мы использовали модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2000).

Результаты и обсуждение. В первую очередь, заметны различия показателей суицидальной аутоагрессии, так, суицидальные попытки в анамнезе, в 4 раза чаще наблюдаются именно у девушек из семей алкоголиков. Суицидальные мысли так же достоверно чаще встречаются в экспериментальной группе, что совпадает с мнениями различных исследователей [Меринов А.В., 2012; Рахимкулова А.С., Розанов В.А., 2013].

Экспериментальная группа девушек (имеются в виду девушки, воспитание которых прошло в семье с алкоголезависимым родителем) в большей мере характеризует себя со стороны несуицидальных аутоагрессивных показателей.

У них достоверно чаще наблюдается увлечение опасными хобби и видами спорта и, как следствие, более частые ЧМТ. Так же обращает на себя внимание показатели подверженности насилию – 14,44% в экспериментальной группе и 3,39% в контрольной.

Отсутствие смысла жизни, склонность к длительным угрызениям совести, моменты острого одиночества, ощущение собственной ненужности, частота обращения за помощью к психиатрам, психотерапевтам и психологам являются общепризнанными предикторами суицидального поведения и достоверно чаще наблюдались в экспериментальной группе девушек.

Учитывая выше представленные данные можно говорить о том, что девушки, которые выросли в семье, где родитель страдал от алкогольной зависимости, более склонны к аутоагрессивным паттернам, чем девушки, не имеющие в семье подобных проблем.

Направленность гнева и агрессии отслеживается по шкале STAXI. Коэффициенты AX/IN и AX/OUT выше в экспериментальной группе, что подразумевает высокий уровень агрессии и на собственную личность и на окружающих.

В группе девушек, выросших в семьях, где родитель имел алкогольную зависимость, чаще присутствует регрессия как механизм психологической защиты. Регрессия является формой психологического приспособления в случае конфликта, когда личность бессознательно прибегает к ранним и менее зрелым (не всегда адекватным) стереотипам поведения, которые, как ей кажется, обеспечат защиту и безопасность. Регрессия значительно обедняет возможности выхода из конфликтных ситуаций и обесценивает собственные возможности личности.

Выводы. 1. Результаты, полученные в ходе исследования, дают возможность говорить о том, что у девушек, которые выросли в семье, где родитель страдал от алкогольной зависимости достоверно более высокий уровень суицидальной и несуицидальной аутоагрессии, по сравнению с девушками, родители которых подобных проблем с алкоголем не имели.

2. Аутоагрессивный профиль экспериментальной группы девушек способствует возникновению и реализации суицидальных тенденций.

3. Наличие алкогольной зависимости у родителей является предиктором суицидального поведения их детей-девочек. Девушки из таких семей представляют собой группу риска по суицидологическому профилю.

ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СМЕРТНОСТИ И СЛУЧАЕВ ПЕРЕДОЗИРОВОК У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Максимчук В.П.

Минск, Республика Беларусь
ГУ РНПЦ психического здоровья

Проблема наркоманий является одной из наиболее актуальных как для здравоохранения, так и для общества в целом. Это обусловлено тяжелыми медицинскими и социальными последствиями злоупотребления психоактивными веществами, среди которых на первом месте находятся характерные изменения личности. Наркомания занимает одно из ведущих мест среди причин преждевременной смертности населения.

Больные наркоманией подвержены риску заражения и способствуют распространению ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита, венерических болезней и других опасных инфекционных заболеваний. С каждым годом растет смертность больных с наркоманией. По данным статистике длительность жизни больных с наркоманией в среднем от 5 до 10 лет, ежегодная смертность больных наркоманией составляет 3-5% от их общего числа.

Только за последние 5 лет смертность диспансерных больных наркоманией в республике увеличилась на 65,0%.

Цель настоящего исследования – изучить распространенность наркомании в Республики Беларусь и провести анализ причин их смертности, разработать подходы к профилактике смертности потребителей наркотиков от передозировок наркотическими средствами, а также уменьшения общей смертности больных наркоманией от других причин.

Материал и методы. Изучена распространенность больных наркоманией в Республике Беларусь за последние 5 лет согласно формы 1-наркология Государственной статистической отчетности, утвержденной Постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 08.10.2012 № 169, проведен анализ клинико-социальных характеристик больных наркоманией, их смертность, изучены причины смертности больных наркоманией, а также изучена частота смертности от передозировок наркотическими средствами и смертность о т других причин по данным Государственного Комитета судебных медицинских экспертиз Республики Беларусь. Изучены статические данные о распространенности наркомании в республике и смертность больных наркоманией в областных центрах и в г. Минске согласно отчетам о работе областных наркологических диспансеров и г. Минска.

Результаты и обсуждение. За последнее десятилетие в Республике Беларусь число больных с наркоманией увеличилось в 1,6 раза: с 6145 чел. (62,5 на сто тыс. нас.) в 2005 году, до 9917 чел. (104,6 на сто тыс. нас.) на начало 2015 года.

Анализ клинико-социальных характеристик наблюдаемого контингента за 2014 год показал, что среди пациентов с наркоманией и потребителей наркотических средств учащихся школ 367 чел.(2,2%), (в 2012 г. -310 чел. -1,9%.), учащихся ПТУ – 823 чел.(5,0%), (в 2012 г. 302 чел.- 1,9%), студентов техникумов 265 чел. -1,6%, (в 2012 г. – 192 чел.- 1,2%), студентов вузов 125 чел. (0,7%), (в 2012 г. – 159 чел.- 0,9%). Большинство зарегистрированных в стране пациентов с наркоманией в возрасте 20-40 лет. В последние годы в 14,5 раза увеличилось число пациентов наркодиспансеров моложе 15 лет. Зарегистрированы случаи, когда в помощи специалистов нуждались даже восьмилетние дети. На различных формах наркологического учета состоит около 1800 потребителей синтетических канабиноидов преимущественно в возрасте 15-29 лет.

Высшее образование имелось у 303 пациентов с наркоманией (1,8%), (в 2013 г. 434 чел.- 2,6%), средне-специальное у 5851 чел.(34,4%), (в 2013 г. 5223 чел.- 31,9%), среднее – у 8702 чел. (51,2%), (в 2012 г. у 8976 чел.- 54,9%), незаконченное среднее у 2139 чел.(12,6%), (в 2013 г. у 1727 чел. (10,5%). Из числа всех наблюдаемых пациентов с наркоманией живут вместе с родителями 55,6%, в 2013 году – 60,7%, работают 6047 чел. (36,9%), в 2013 году 5994 чел. (37,3%). Имеют судимость 60,1%, в 2013 году 51,9%. Среди наблюдаемых пациентов число наблюдаемых женщин составляет 25,3% (2514 чел.), в 2013 году 2408 чел. (16,6%).

В 2014 году в Республике Беларусь умерло 257 пациентов, стоящих на диспансерном наркологическом учете с синдромом зависимости к наркотическим средствам (в 2013 году- 223 пациента), что составило 5,9% от числа всех диспансерных больных наркологического профиля, снятых с диспансерного учета со смертью в 2014 году.

В последние годы стала, увеличивается смертность больных наркоманией от случаев передозировок наркотическими средствами. В 2014 году от передозировок наркотическими средствами умерло 53 человека (в 2013 году – 83 чел.), кроме того в 2014 году 1351 чел. лечились в соматические стационары в связи с передозировками наркотическими средствами, из которых в 1045 случаях применялись новые (дизайнерские) наркотики, при передозировке которыми нередко развиваются психотические эпизоды.

В последнее время на территории Республики Беларусь зафиксированы факты смерти молодых людей, связанные с последствиями употребления психотропных веществ. Смерть наступала в промежутке от одного до двух часов после употребления. На всех изъятых марках обнаружено одно и то же вещество 2C-I-NBOMe, но в разной концентрации, что подтверждает кустарный способ их изготовления. Кроме того, есть ряд смертельных случаев, которые связаны с употреблением наркотических веществ (падения с высоты, суициды и т.д.).

С 2007 года в республике начато применение заместительной терапии метадоном при лечении больных с опийной зависимостью. Общее число лиц, принимающих заместительную терапию, на начало года достигло 1099 чел. Анализ причин, которые послужили поводом исключения пациентов из программы заместительной терапии, показал, что за 2014 год: совершили преступления 32 чел.(2,9%), снято в связи со смертью 13 чел (1,2%), в связи с появлением тяжелых соматических заболеваний 6 чел (0,5%), что гораздо ниже, чем в общей группе больных наркоманией, ненаходящихся на заместительной терапии.

Высокий уровень смертности от передозировок наблюдается среди безработных, ВИЧ-инфицированных и потребителей с внутрисемейными проблемами, а так же среди бывших заключенных. Повышенный риск вызывает употребление опиатов с другими видами наркотиков: барбитураты, алкоголь, бензодиазепины. Смертность от передозировки – второй после автомобильных катастроф показатель от общего числа смертей в результате несчастных случаев.

Для предотвращения смертности больных наркоманией, в том числе и от передозировок наркотическими средствами целесообразно:

- ограничить места открытого применения наркотиков;
- осуществлять меры по значительному снижению отпуска по рецепту усиливающих риск развития зависимости психотропных препаратов;
- организовать свободную продажу налоксона в аптеках;
- последовательно проводить обучение студентов, школьников, работников предприятий – приемам закрытого массажа сердца и искусственного дыхания.
- применение заместительной терапии метадоном;
- привлечение средств массовой информации в целях профилактики: – информирование о случаях смерти известных людей и т.д.

- профилактика исключения одновременного употребления разных наркотических средств – это сочетание является причиной передозировок.

В целях раннего выявления употребляющих наркотические средства нужно последовательно внедрять тестирование школьников на употребление наркотических средств в строгом соответствии с законодательством республики;

В целях профилактики наркомании среди несовершеннолетних целесообразно проводить последовательно мероприятия по предупреждению употребления наркотических средств в школах.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ И С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С., Пахтусова Е.Е.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Цель исследования: выявить различия индивидуально-психологических свойств подростков с интернет-зависимым поведением и подростков зависимых от каннабиноидов.

Материал и методы исследования. Обследовано 60 подростков: группа 1 состоит из 30 человек, которые находились на лечении в Городском детско-подростковом наркологическом отделении №12 ЮЗАО с диагнозом зависимость от каннабиноидов, средний возраст 16 лет. Группа 2 состоит из 30 человек, учащихся общеобразовательных учреждений г. Москвы, у которых в ходе исследования была выявлено интернет-зависимое поведение, средний возраст 16 лет.

Данные группы были обследованы следующими методиками:

1. «Факторный личностный опросник Кеттелла» (подростковый вариант 14 HSPQ форма А)3). Диагностика эмоционального интеллекта MSCEIT V2.0 (The Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test)

По результатам опросника Кеттелла выявлены достоверные различия по факторам C, D, H, Q3 и Q4 в анализируемых группах. Подростки с зависимостью от каннабиноидов, по сравнению с интернет-зависимыми подростками отличались сравнительно большей силой Я, более выраженной возбудимостью, сравнительно больше смелостью и более высокой стрессоустойчивостью. Портрет подростка с интернет-зависимым поведением характеризуется отсутствием энергии, он часто чувствует себя беспомощным, усталым, неспособным справится с жизненными трудностями, слабой волей и плохим самоконтролем.

Интерпретация результатов методики «диагностика эмоционального интеллекта MSCEIT V2.0 (The Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test)». Выявлено, что группа 1 (больные наркоманией) показала более высокие результаты по всем шкалам кроме шкалы «управление эмоциями», то есть подростки с зависимостью от каннабиноидов в большей степени, по сравнению с интернет-зависимыми подростками, способны понимать, осознавать свои эмоции и эмоции других людей. Способны выражать эмоции, переживания, делиться ими с друзьями. В меньшей степени они способны управлять ими, могут поддаться импульсу, не осознавая последствий, довольно просто идут на риск для испытания чего-то нового. Подростки, с интернет-зависимым в меньшей степени способны осознавать эмоции и переживания как свои, так и других людей, в меньшей степени способны на эмпатию. Можно говорить о том, что они сдерживают выражение эмоции и переживаний, не давая им разрядки.

Выводы. Подростки, зависимые от каннабиноидов, по сравнению с интернет-зависимыми подростками, обладают большей энергией и силой Я, большей смелостью и стрессоустойчивостью. Эмоциональный интеллект у них достоверно выше, чем у интернет-зависимых подростков, т.е. они в большей степени способны осознавать свои эмоции и эмоции других людей, выражать свои эмоции и делиться ими с друзьями. Полученные данные свидетельствуют о сравнительно более высоких способностях к социальной адаптации подростков, зависимых от каннабиноидов, чем у подростков с интернет-зависимостью.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ И НИЗКИМ УРОВНЕМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

Малыгин В.Л., Исаев Р.Н., Кутукова Е.А., Бродянский В.М., Кибитов А.О.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В многочисленных исследованиях последних лет отмечается, что риск формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) тесно связан с генетическими особенностями ряда нейромедиаторных систем, прежде всего дофаминовой системы. Многие индивидуально-психологические свойства личности (уровень тревожности или агрессивности, импульсивность, способность к социализации, стрессоустойчивость) являются важными личностными предикторами риска развития болезней зависимости от ПАВ и имеют значительный уровень генетического контроля (Vanden Bree M.B. et al., 1998; Saxon A.J. et al., 2005; Sweitzer M.M. et al., 2012; Distel M.A., et al., 2012), однако связь уровней генетического и личностного риска у наркологических пациентов остается малоизученной.

Цель исследования. Изучение особенностей индивидуально-психологических свойств у пациентов с зависимостью от ПАВ с разными уровнями генетического риска

Материал и методы исследования: В исследование вошли мужчины, этнические русские, всего 50 чел., из них 30 чел.- пациенты с зависимостью от разных видов ПАВ (опиаты, психостимуляторы, каннабиноиды (в т.ч. «спайсы»), проходившие стационарный этап реабилитации в РЦ «Не зависимость» (Москва) и 20 чел.- контрольная группа здоровых добровольцев. Индивидуально-психологические свойства изучали с помощью психометрических инструментов: 1) опросник черт темперамента и характера К.Клонинджера «Temperament and Character Inventory» (русскоязычная версия – TCI-125, адаптация С.Н. Ениколопова и А.Г. Ефремова), основанная на психобиологической модели индивидуальности с анализом важнейших личностных характеристик: поиск новизны, избегание вреда, зависимость от вознаграждения и настойчивость; 2) шкала импульсивности Баррата (Barrat Impusivity Score (BIS), который измеряет отдельные характеристики данного феномена: импульсивность внимания (внимание, познавательная нестабильность), импульсивность действия (импульсивность движения, настойчивость), способность к планированию (самоконтроль, когнитивная сложность).

Все пациенты прошли генотипирование с целью выявления уровня генетического риска формирования болезней зависимости от ПАВ (Кибитов А.О. и соавт. 2011). Проводили генотипирование образцов ДНК пациентов, полученных из венозной крови, методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом. По результатам

генотипирования проводили генопрофилирование и оценивали уровень генетического риска у каждого пациента в баллах: от низкого (0,5 баллов) до крайне высокого (3 и более баллов). Использован базовый вариант генопрофиля: 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов ДА системы: 1) оценка общего генетического риска: генетические маркеры по генам дофаминового рецептора типа 2 и фермента тирозингидроксилазы (1 балл в оценке уровня риска; 2) оценка специфического риска: дополнительные маркеры по гену дофаминового рецептора типа 4 (0,5 балла). Баллы отражают статистически достоверную вероятность развития заболевания у носителей генетических маркеров. Для целей исследования все пациенты были разделены на две группы: с низким (<= 1,5 баллов) и высоким (=>2.0 баллов) уровнем генетического риска.

Результаты. Выявлены достоверные различия ($p<0,05$) между пациентами и здоровыми лицами по большинству шкал импульсивности Барратта: импульсивность внимания (внимание), импульсивность действия (движения и настойчивость), импульсивность в планировании (самоконтроль, когнитивная сложность). Полученные данные отражают следующие психологические особенности зависимых от ПАВ: затруднение сосредоточения, неусидчивость, беспокойство, принятие решения без обдумывания, импульсивные действия под влиянием момента, отсутствие планов на ближайшее будущее и хаотичность собственной жизни, низкий самоконтроль, неспособность и нежелание решать сложные когнитивные задачи. У пациентов с высоким уровнем генетического риска обнаружено достоверно большая неустойчивость внимания (сосредоточенность на задачах под рукой, принятие решений без обдумывания) и непоследовательность действий (хаотичность жизни), чем у пациентов с низким уровнем генетического риска ($p<0,05$). С помощью непараметрического метода ранговой корреляции Спирмена, выявлены достоверные корреляции уровня генетического риска с подшкалой внимания ($r=0,415$) и шкалой настойчивость ($r=0,528$). По данным TCI-125 Клониджера у пациентов с высоким уровнем генетического риска отмечаются более высокие баллы по шкале «поиск новизны» и более низкие по шкале «избегание вреда», чем у пациентов с низким уровнем генетического риска. Имеется обратная корреляционная связь уровня генетического риска и баллов по шкале «избегание вреда» ($r= -0,513$).

Выводы. Таким образом, выявлен ряд индивидуально-психологических свойств, способствующих приобщению к употреблению ПАВ и зависимостью от ПАВ, связанные с уровнем генетического риска: высокий уровень импульсивности внимания, импульсивности действия, низкую способность к планированию, а также высокий уровень поиска новизны и осознанную готовность к получению вреда в процессе поиска (получения) новых ощущений.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ ПРИ АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

Медведев Н.П.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Патологическое влечение (ПВ) в современной наркологии трактуется как – основной патогенетический механизм формирования болезней зависимости, определяющий тяжесть и течение аддиктивной патологии, диагностику и терапевтическую тактику в ходе лечебного процесса. Хотя проблема патологического влечения в структуре аддиктивной патологии, достаточно широко представлена в научных публикациях (Альтшулер В.Б. 2006, Сиволап Ю.П. 2006, Иванец Н.Н.2011, Breese I.R.,2005) до настоящего времени нет четкого определения и однозначного понимания клинической принадлежности, структуры, группировки, ранжирования и терапевтической тактики в отношении ПВ. Так в национальном руководстве по наркологии (2008), патологическое влечение к ПАВ трактуется как «определенная психическая деятельность, включающая, идеаторный, поведенческий, эмоциональный, вегетативный и сенсорный компонент». Приведенное определение не отражает сущности проблемы и применимо к любому виду человеческой деятельности, как в норме, так и при патологии.

По нашему мнению патологическое влечение следует трактовать, как болезненное, относительно кратковременное, аутохтонно возникающее, обострение потребности в изменении своего психического состояния, протекающее по типу аффективно суженого расстройства сознания на предмете потребности, развивающееся на фоне интоксикационных, острых и отставленных абстинентных расстройств, различной степени выраженности. Длительность протекания патологического влечения составляет от нескольких часов до нескольких суток. В динамике развития патологического влечения, несмотря на кратковременность его течения, наблюдаются три очерченные стадии. Первая фаза – фаза предвестников, характеризуется наличием аффективных нарушений различной степени выраженности. Вторая фаза – фаза манифестации проявляется в аффективно обусловленных симптомах нарушениях сознания. Третья фаза – фаза исхода. В этой фазе нормализуются эмоциональные расстройства, вследствие восстановления нейрогуморального гомеостаза, как за счет реализации влечения, как за счет саногенеза так и вследствие проведенных терапевтических мероприятий.

Степень выраженности клинической симптоматики ПВ зависит от глубины психических расстройств в структуре синдрома последствий хронической интоксикации. В зависимости от психопатологических нарушений аддиктивной природы выделяются расстройства психологического, неврозоподобного и психотического уровня.

С практической точки зрения, наибольшее значение имеет первая фаза развития патологического влечения, так как своевременная диагностика и правильно подобранная тактика лечения позволит предотвратить рецидив заболевания. Больные находящиеся на второй фазе развития патологического влечения, в связи с наличием аффективно суженного состояния сознания, практически не обращаются за медицинской помощью и их состояние можно наблюдать только в стационаре или оценивать катамнестически.

Патологическое влечение, протекающее на психологическом уровне, определяется как мотивационное – это влечение к изменению своего психического состояния для достижения желаемого психологического эффекта. Психологическое влечение в чистом виде встречается на первой стадии болезни зависимости. Фаза предвестников длится от нескольких часов до 1-2-х суток и проявляется в клинически неоформленных признаках тревоги, астении, депрессии. Больные отмечают усталость, раздражительность, сниженное настроение, которое связывают с семейными и рабочими ситуациями. На этом фоне развивается неосознанная потребность в удовлетворении влечения, которая выражается как желание «расслабиться, отдохнуть». Затем наступает вторая фаза – фаза манифестации патологического влечения, при котором начинает осознаваться предмет потребности, как-то употребление психоактивных веществ или определенный стиль зависимого поведения. Переживания окрашиваются аффективными нарушениями положительного полюса по типу гипертимии, охватывающие сознание, вызывая его аффективное сужение. Развиваются явления анозогнозии. Ситуации, препятствующие удовлетворению влечения, расцениваются как малозначительные. Борьбы мотивов не наблюдается. Начинается поиск условий способствующих удовлетворению влечения. Данная фаза продолжается в течение нескольких часов.

Неврозоподобный уровень патологического влечения наблюдается на второй стадии наркологических заболеваний. Фаза предвестников начинается с появлением психологического влечения, при котором быстро осознается объект влечения. Развивается внутриличностный конфликт между актуальным состоянием и ожидаемыми последствиями надвигающегося рецидива. Неврозоподобное влечение сопровождается борьбой мотивов, что в сочетании с навязчивыми мыслями позволяет определить его, как обсессивное. Клинически оно представлено – тревожно-ипохондрическими, астено-депрессивными, тревожно-депрессивными и тревожно-подозрительными вариантами течения.

Психотическое (компульсивное) влечение, скоротечно и протекает по типу аффективного нарушения сознания наблюдаемого при аффективно-бредовых приступах. Возникает внезапно и внезапно заканчивается. В условиях исключающих реализацию патологической потребности психотическое влечение продолжается 1-2 дня. Оно встречается во второй, но преимущественно на третьей стадии развития болезни. Фаза предвестников редуцирована, этап мотивационного и неврозоподобного влечения практически отсутствует. Осознание потребности наступает внезапно, сопровождается интенсивными аффективными переживаниями. Степень выраженности аффективного сужения сознания достигает своего высшего уровня, полностью поглощает сознание больного, не оставляя места для других переживаний и представлений. Анозогнозия тотальная и не коррегируемая, достигающая уровня бредовой убежденности в уверенности и в правоте своих мыслей и действий, направленных на реализацию влечения. Психотическое влечение характеризуется непреодолимостью, причем степень выраженности достигает витального уровня и вытесняет другие витальные потребности. Психотическое влечение определяет не только фон настроения, но и поведение больного, подавляя контроль и другие поведенческие мотивы. Помимо этого, компульсивное влечение сопровождается выраженной вегетативной стигматизацией в виде мидриаза, гипергидроза, гиперрефлексии, тремора.

Таким образом, патологическое влечение представляет собой основой признак сформировавшейся аддиктивной патологии. Степень выраженности влечения определяется глубиной хронических психических расстройств, неотъемлемой частью аддиктивных расстройств.

СОЧЕТАНИЕ БИОХИМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ

Мельников М.А., Карпов А.М.

Казань

ГАУЗ Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ, Казанская ГМА

Определение реабилитации в наркологии (предложенное ВОЗ) – это процесс, следующий за первоначальным этапом лечения (детоксикацией и медикаментозным лечением), который предполагает включение в групповую и индивидуальную психотерапию, вовлечение в группы само и взаимопомощи, восстановление внутрисемейных отношений, постепенное включение в трудовую деятельность. Современные реабилитационные направления – это системный подход к построению лечебно-реабилитационного процесса, создания и поддержания терапевтической среды, дифференцированных терапевтических методов.

Академиком РАМН профессором Н.Н. Иванцом разработаны принципы лечения больных наркоманиями: этапность, добровольность, индивидуальность, комплексность и др, которые адекватно структурировали и направили исследования в этой области. Эти принципы органично вписываются в современную биопсихосоциальную научную парадигму, дополненную А.М. Карповым потребностно-иерархическим принципом увеличения масштабов потребностей человека и общества от биологических через социальные к духовным (психологическим). Принцип поуровневого структурировния обнаруживается в последовательной смене 4-х этапов лечения наркозависимых: отнятие наркотика, купирование абстинентных расстройств, купирование физической и психической зависимости, профилактика рецидивов. Эти этапы отражают ступени движения лечебного процесса с биологического уровня на психический и социальный. Дифференциация этиологических факторов, патогенетических механизмов, клинических проявлений болезни и терапевтических воздействий на биологические, социальные и психологические составляющие является современным алгоритмом мышления врача, обеспечивающим оптимальную технологию работы. Однако скорость реализации этого алгоритма может быть различной. Сокращение его длительности даст экономию времени и ресурсов больных и наркологической службы.

После детокса, химически зависимый испытывает достаточно большой объем сомато-неврологических и психических симптомов (головные и различные сенестопатичекие боли, упадок сил, колебания настроения, раздражительность, обострение патологического влечения к наркотику или алкоголю). Все это, без продолжения специализированного лечения, как известно, приводит к быстрому рецидиву заболевания.

При организации групповой психотерапии в стационарной программе по лечению больных с зависимостью от ПАВ особенно на ранних этапах формирования трезвости применение какой-либо одной психотерапевтическую техники не достаточно эффективно. Как правило, каждая в отдельности (даже классическая) психотерапевтическая методика не может воздействовать на все личностные нарушения, «принесенные» в психику человека по мере формирования зависимости. Те или иные психотерапевтические методики, используемые в рамках групповой работы в условиях лечебной программы, применяются обычно в зависимости от возникающих проблем и решаемых задач во время самого группового терапевтического процесса. Эта особенность работы психотерапевта в малых группах больных зависимостью обусловлена способностью наркологических пациентов достаточно быстро выяснять лечебную тактику специалиста и их умением так же быстро приспосабливаться к ней, формируя при этом, порой неосознанно, манипулятивное или самозащитное поведение. Такая способность к приспособлению позволяет больным зависимостью нивелировать все усилия со стороны ведущего группы по формированию у них в процессе лечения критики к собственному заболеванию, установки на трезвость и восстановление. Однако если лечебная тактика терапевта достаточно лабильна, а арсенал психотерапевтических техник и средств достаточно широко, то пациентам сложнее манипулировать ведущим группы. Это более эффективно отражается на процессе лечения и восстановления больных. Кроме того, следует сказать, что психотерапевтические техники, применяемые в рамках лечебной программы использующей в своей структуре методологию «12 шагов» АА\АН, должны сочетаться или хотя бы не противоречить философии сообщества. Обычно таким критериям отвечают психотехники направленные на развитие личности больного. Следующим требованием, которому должна отвечать психотерапевтическая методика (техника), применяемая в работе с зависимыми пациентами, – это возможность с помощью данной методики терапевтически рационально и эффективно воздействовать на тот или иной психопатологический симптом или механизм, сформированный заболеванием

в личности больного с зависимостью от психоактивных веществ. Больше всего вышеназванным критериям целесообразности применения психотехники при психотерапевтической, в том числе и групповой, работе с пациентами, страдающими зависимостью, отвечают следующие виды психотерапевтического воздействия, применяемые в отделении: разъяснительная психотерапия, «психотерапевтическое зеркало» по С.С. Либиху, когнитивная психотерапия, рационально-эмотивная психотерапия, гештальт-терапия, тренинг умений, ролевые игры (элементы психодрамы), рациональная психотерапия, провокативная психотерапия, методика парадоксальных интенций Франкла, структурный анализ, трансактный анализ, сценарный анализ, Арт-терапия, библиотерапия. видеотерапия и аудиотерапия.

Возможно применение и других психотехник, если психотерапевт понимает и может обосновать целесообразность их использования в конкретной психотерапевтической ситуации.

Стационарная модель лечебно-реабилитационной программы применяемая в наших Центрах, особенно в начале реабилитации, позволяет провести биохимическую коррекцию психосоматических нарушений и перейти к лечебной реабилитационной программе в полном объеме. Реабилитационные наркологические центры (Возрождение, Преодоление) РНД МЗ РТ г. Казань благодаря применяемым методикам, которые основаны на достижениях современной медицины и уникальном опыте, приобретенном за более чем 12 лет работы, позволяет нам поддерживать высокое качество реабилитации.

Сочетание психотерапевтических, тренинговых методик с включением в групповую и индивидуальную психотерапию и применение наиболее эффективных медицинских технологий обеспечивают достижение оптимального результата в условиях проведения краткосрочной реабилитации до 49 дней. В нашем случае адаптационный этап длится 1-2 неделю, интеграционный – до 1 месяца. На стабилизационном этапе после выписки пациента проводится трехмесячная амбулаторная послелечебная программа, в ходе которой закрепляются полученные навыки, повышается уровень социальной адаптации посредством усиления способности к анализу социальной ситуации, своих возможных действий и социальных последствий.

ПСИХИАТРИЯ В ЭПОХУ АДДИКТОЛОГИИ: НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕАЛИИ

Менделевич В.Д.

Казань
Казанский ГМУ

Не вызывает сомнений тот факт, что развитие психиатрии имеет как сходства, так и существенные различия с эволюцией других медицинских дисциплин. На изменения в психиатрии немаловажное влияние оказывают не только общемедицинские, но и социальные, культурные, религиозные и даже политические процессы. Диагностические критерии соматических заболеваний вырабатываются исключительно в кругу профессионалов на основании обнаружении биологических основ страданий человека, нарушающих его жизнедеятельность. Психиатрическая же диагностика, во-первых, не всегда может апеллировать к нейробиологическим (нейрофизиологическим) фактам и, во-вторых, исходит из принятых в обществе устойчивых представлений о нормативном психологическом функционировании и адекватном поведении индивида. Таким образом, внешние социально-психологические факторы способны кардинально изменять представление ученых о границах нормативных, девиантных и патологических форм поведения человека и, таким образом, осуществлять некоторое вненаучное «давление» на выработку диагностических критериев психических и поведенческих расстройств. Кроме того, общественные процессы могут определять допустимость, целесообразность и этическую обоснованность использования тех или иных доказавших свою эффективность в клинических исследованиях методов терапии в сфере психиатрии и наркологии.

Сравнительный анализ частоты и динамики заболеваемости психическим и наркологическими расстройствами в Российской Федерации, проведенный на основе данных МЗ РФ, показывает, что, если в 1993 году их соотношение составляло 1:1, то в 2002 – 1:2,2, а в 2012 – 1:2,1. Выявленная динамика осуществлялась как за счет увеличения заболеваемости алкогольной, так и наркотической зависимостью. Обращает на себя внимание тот факт, что соотношение числа новых зарегистрированных случаев наркотической зависимости по сравнению с шизофренией с 1993 по 2012 год изменилось от минусовых значений (-3,6) до плюсовых (+3,9 в 2002 году и +1,9 в 2012 году).

При этом отмечена общая тенденция снижения заболеваемости по всем наркологическим расстройствам (показателям) при увеличении с 2009 по 2012 год в 2,8 раза числа госпитализаций, связанных с психотическими расстройствами вследствие употребления наркотических веществ.

Можно утверждать, что в психиатрии обнаружились «новые диагностические проблемы», связанные не только с появлением «новых наркотиков», обладающих повышенным психотическим потенциалом, но и с повышенной частотой встречаемости шизофреноформных клинических картин наркологических расстройств, а также с дезавуированием классического для психиатрии и наркологии понятия «интоксикационный психоз».

Таким образом, можно констатировать, что современная психиатрия, развивающаяся на фоне расширяющегося числа лиц, употребляющих наркотики, сталкивается с новой для нее реальностью, требующей переработки дифференциально-диагностических критериев и терапевтических стратегий.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Мингазов А.Х.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Цель исследования: выявить отличительные особенности синдрома патологического влечения к алкоголю у лиц позднего возраста в зависимости от пола и возраста первичного обращения за наркологической помощью.

Материал и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 462 больных мужского и женского пола старше 60 лет с алкогольной зависимостью (МКБ 10 – F10.2–10.7). Из них мужчин – 391, женщин – 71 человек. По признаку первичного обращения к наркологу после или до 60 лет определилось по 2-м подгруппам среди больных мужского и женского пола. Патологическое влечение к алкоголю изучалось с помощью шкалы, разработанной в ННЦ наркологии В.Б. Альтшулером (1994).

Результаты и обсуждение. Идеаторный компонент максимально выражен у женщин 4-й подгруппы и проявлялся сниженной критикой к своему состоянию, периодическим возвращением к мыслям о спиртном, заинтересованностью в скорой выписке из стационара в связи с «полным выздоровлением». Депрессивная симптоматика в данной подгруппе в отличие от мужчин 2-й подгруппы была более выражена и чаще проявлялась вялостью, отсутствующим внешним видом, фиксацией на бытовых проблемах либо на перенесенных когда-то

обидах, жалобами на скуку и однообразие жизни. Тревожность во всех 4 подгруппах встречалась с примерно одинаковой частотой и интенсивностью и проявлялась в виде повышенной озабоченности различными бытовыми вопросами, возможностью негативного отношения к ним со стороны окружающих, а также беспокойством о благополучии близких. При сравнении 1-й и 3-й подгрупп по симптому эмоциональной лабильности женщины значительно чаще, чем мужчины, плакали, жалуясь на непонимание со стороны окружающих, в особенности при обсуждении психотравмирующих обстоятельств их жизни. Дисфория у женщин 3-й подгруппы была выражена сильнее, чем у мужчин 1-й подгруппы, и проявлялась в раздражительности, угрюмом внешнем виде, чувстве внутреннего напряжения. Мужчины значительно реже проявляли недовольство внешними условиями, реже жаловались на раздражительность и сниженное настроение. Алкогольные сновидения у женщин встречались чаще, чем у мужчин, как при сравнении пациентов 1-й и 3-й подгрупп, так и при сравнении 2-й и 4-й подгрупп. У женщин 3-й подгруппы в сравнении с мужчинами 1-й подгруппы значительно чаще встречалось стойкое снижение аппетита с повышенной жаждой. Поведенческий компонент патологического влечения к алкоголю у женщин 3-й подгруппы, в отличие от мужчин 1-й подгруппы, проявлялся стремлением уклониться от лечения, непоследовательностью и переменчивостью планов на будущее, рассеянностью, общением с пациентками, оправдывающими алкогольное поведение.

Суммарное количество баллов синдрома патологического влечения к алкоголю у женщин 3-й и 4-й подгрупп значительно превышало данный показатель у мужчин 1-й и 2-й подгрупп соответственно.

Выводы. Установлено, что синдром патологического влечения к алкоголю имеет отличительные особенности и зависит от пола и возраста первичного обращения за наркологической помощью.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНОЗОВ

Немкова Т.И.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Введение. Актуальность исследования определяется широкой распространенностью алкоголизма, которая по данным ВОЗ составляет 1,7% населения. Одним из наиболее неблагоприятных проявлений хронического алкоголизма являются острые алкогольные психозы. Среди алкогольных психозов наиболее часто встречаются алкогольные делирии и острые алкогольные галлюцинозы. К сожалению, за последние 40 лет патоморфоз алкогольных галлюцинозов систематически не изучался. Причины возникновения острых алкогольных галлюцинозов основаны лишь на некоторых предположениях. Согласно гипотезе К.Бонгеффера галлюцинозы развиваются у людей с речевой одаренностью и «центральным перевозбуждением в звуковой и словесно-звуковой сферах«. Известно, что у каждого человека есть своя ведущая система, с помощью которой он ориентируется в окружающем мире. Существуют определенные тесты, позволяющие более четко определить указанную систему.

Цель – установление причин возникновения острых алкогольных галлюцинозов.

Материалы и методы. Обследовано 100 больных, перенесших острый алкогольный галлюциноз, в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст – 43±9,1 лет), мужчин – 55, женщин – 45. Группу больных острым алкогольным галлюцинозом составили пациенты, у которых психотическое состояние было связано с окончанием запоя, в структуре психоза присутствовали вербальные галлюцинации, длительность психотического состояния была менее месяца.

Из исследования исключались пациенты с другими формами алкогольных психозов, включая алкогольный делирий, с психозами органической природы (органический галлюциноз), наличием эндогенных психических заболеваний (шизофрении, шизотипического расстройства, аффективных расстройств), эпилепсии, тяжелых органических поражений головного мозга.

Для выявления ведущей сенсорной системы, предпочитаемого канала восприятия (зрительного, слухового, кинестетического или дигитального) у больных, перенесших острый алкогольный галлюциноз, были использованы тесты « Ведущая репрезентативная система» и «Сенсорные предпочтения», которые предложены польскими психологами и представлены в монографии Л.Н. Кулешовой (1999 г.).

В тесте «Ведущая репрезентативная система» испытуемому предлагалось 12 утверждений и 4 варианта ответов к каждому. Пример первого утверждения: важные решения это: I – дело чувств, II – важные решения зависят от моего настроения, III – зависят от моей точки зрения, IV – это дело логики и ума. Необходимо было расставить цифры от 1 до 4 в бланке ответов в указанном порядке. Та репрезентативная система, которая набрала наибольшую сумму, считалась наиболее важной, ведущей для пациента. В тесте «Сенсорные предпочтения» испытуемому предлагалось 8 утверждений и 6 пар ответов к каждому. Пример одного из утверждений: для восприятия песни мне важнее: ясность и чистота звучания или мелодия, мелодия или эмоциональный настрой песни, эмоциональный настрой песни или смысловая нагрузка песни, смысловая нагрузка песни или ясность и чистота звучания, ясность и чистота звучания или эмоциональный настрой песни, мелодия или смысловая нагрузка песни. Сравнивая попарно предлагаемые варианты, нужно было подчеркнуть правильный ответ. Суммируя варианты ответов, можно было выявить ведущую сенсорную систему. Тесты предлагались пациентам на момент полного купирования психоза.

Результаты исследования и их обсуждение. У 44 пациентов (44%) ведущей оказалась дигитальная репрезентативная система («думающий, анализирующий, логический, компьютерный тип»), у 31 пациента (31%) выявлена аудиальная («слуховая») ведущая сенсорная система. 15 больных (15%) обнаружили ведущую кинестетическую («двигательный тип») систему. И лишь 10 больных (10%) указали на зрительный («визуальный») предпочитаемый канал восприятия информации.

Известны следующие нормативные данные о частоте предпочитаемого канала информации у населения: 1) дигитальная система – 25%; 2) аудиальная – 5%; 3) кинестетическая – 35%; 4) визуальная – 35%.

Не входя в детальный анализ данных по различиям сенсорной системы у здоровых и больных, перенесших острый алкогольный галлюциноз, необходимо отметить следующее. У лиц, перенесших острый алкогольный галлюциноз, аудиальная сенсорная система доминирует лишь в 31% наблюдений. Поэтому объяснить возникновение большинства галлюцинозов доминированием аудиальной сенсорной системы невозможно.

Для сравнения нормативных данных с теми, которые получены в исследовании, осуществлялся поиск различий между двумя пропорциями с использованием двухстороннего критерия значимости. Таким образом, выявлены статистически достоверные и значимые различия по всем показателям ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, полученные данные не подтверждают гипотезу К.Бонгеффера о развитии галлюциноза у людей с речевой одаренностью и «центральным перевозбуждением в звуковой и словесно-звуковой сферах». Видимо, существуют другие патогенетические механизмы, определяющие возникновение острых алкогольных галлюцинозов.

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В РОССИИ: 1956-2013 ГГ.

Немцов А.В., Шелыгин К.В.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Введение. В России важной негативной составляющей социальной жизни населения является злоупотребление алкоголем. Для характеристики алкогольных проблем страны наиболее информативным и общепринятым является уровень потребления алкоголя населением страны в литрах чистого спирта на человека в год (л/чел/год). Однако официальные данные Росстата не отражают уровень реального потребления, а значит и алкогольные проблемы.

Для нашей страны проблема оценки реального уровня потребления особенно важна в силу того, доля нерегистрируемого алкоголя наивысшая в Европе: по оценкам ВОЗ (2011 г.) это 4,7 л/чел/год из 15,7 л для населения 15+, то есть 30%. Существуют и более удручающие оценки – 63% крепкого алкоголя для того же года. Несомненно, что с этим отчасти связан особенно тяжкий характер последствий потребления в стране (5 баллов, страны ЕС от 1 до 3 баллов, ВОЗ, 2011 г.). Это объясняется не столько повышенной токсичностью нелегального алкоголя, сколько тем, что он не облагается налогами и выходит на рынок дешевым, благодаря чему становится легко доступным даже для бедной части населения, а это главные потребители. Вот почему в России давно возникла и остро стоит проблема оценки реального потребления алкоголя, включая незарегистрированный. Такие попытки делались неоднократно. Почти все они привязаны к отдельным годам, а большинство сделано на основе опросов населения, в результате чего резко занижены.

Только несколько исследователей проводили оценку потребления динамически (Treml, Госкомстат, Немцов и Norstrqm). Важность динамической оценки потребления алкоголя определяется тем, что в России, начиная с 1985 г. происходили большие и многократные колебания потребления, невиданные в мировой истории, и связанных с этим колебаний демографических и медицинских явлений.

Цель исследования. В 2014 г. в «Вопросах наркологии» № 5 была опубликована наша статья с тем же названием. В ней приводились расчеты потребление алкоголя в России в 1956-2012 гг. Однако, уже после этой публикации авторы пришли к заключению, что в наших расчетах не учтен алкоголь пива, что позволяет вернуться к той же проблеме – оценка реального потребления алкоголя.

Методы. Базовыми для расчетов потребления алкоголя в 1954-2012 гг. была оценка потребления алкоголя в 1980-1992 гг., которая получена усреднением оценок из трех независимых источников, оказавшихся близкими по результатам (Treml, Госкомстат и Немцов). Для усредненного уровня потребления (л/чел/год, зависимая переменная) строилась модели ARIMA по уровню стандартизованных значений смертности от отравлений алкоголем для периода 1980-1992 гг. Это делалось для того, чтобы определить степень связи ОА и потребления.

На втором этапе на основе показателей смертности мужчин от отравлений алкоголем полученная модель экстраполировалась на период 1956-2012 гг. Качество модели контролировалось показателями автокорреляционной функции, статистиками Люнга-Бокса и статистиками согласия. Средняя относительная ошибка модели составила 3,75%. Остатки модели имеют нормальное распределение. Таким образом, предложенную модель можно было считать достаточно качественной и точной.

Новым стал третий этап, который потребовался в связи с быстрым ростом производства и потребления пива, начавшегося в 1998 г. (в 4,8 раза в течение 10 лет). Поскольку пиво не приводит к смертельным отравлениям, его потребление не отражается в показателях смертности при алкогольных отравлениях. А именно этот показатель стал отправной точкой для расчетов модели ARIMA. Вот почему алкоголь пива был добавлен к модельным расчетам 1998-2013 за вычетом алкоголя пива, который был имплицитно учтен в общем потреблении в 1980-1992 (0,9 л на душу населения в год в среднем).

Помимо контроля точности качества модели, производили сравнение вычисленных данных потребления алкоголя с произведенными ранее независимыми расчетами. Официальные данные о продаже алкоголя с 1993 г. получены на сайте Росстата или в репринтных изданиях Госкомстата СССР для служебного пользования (1956-1992).

Результаты. Результаты исследования могут быть представлены обобщенной характеристикой новых расчетов для 1956-2013 гг. в виде л/чел/год (в скобках 15+): Медиана=13,4 (18,1); LQ=11,8 (17,2); UQ=14,8 (19,1); Min=10,2 (13,6); 13,6 Max=18,0 (23,6).

Результаты новой модели отличаются от предыдущей (Вопросы наркологии, 2014-5) только некоторым увеличением потребления в 1998-2013 гг. за счет алкоголя пива: 1,1 л/чел/год в 1998 г. и 3,3 л/чел/год в 2007 г., после чего показатель добавочного алкоголя пива начал снижаться до 1,4 л/чел/год в 2013 г.

Обсуждение. Естественно, что наша модель, как и всякая модель, имеет ограничения. Первое связано с тем, что базовыми для модели были оценки потребления алкоголя в 1980-1992 гг., а в другие годы соотношение исходных переменных с потреблением могло быть другим под влиянием большого числа. Остается надеяться, что разнонаправленность этих факторов нивелировала друг друга.

Второе ограничение может быть связано с тем, что для построения модели использовали показатели смертности при отравлении алкоголем 1980-1992 гг. Развитие медицины могло отразиться в том, что в 1950-е годы умереть от отравления было «легче», а в 2000-е – «труднее». Из этого следует, что реальное потребление в 1950-е могло быть несколько ниже, а в 2000-е – выше. Удача модели состоит в том, что 1980-1992 гг. оказались почти посредине исследуемого периода.

Таким образом, проведенное исследование позволило воссоздать непрерывный динамический ряд показателей потребления алкоголя для всего населения России в 1956–2013 гг. Расчетные значения совпадают или близки к ранее полученным показателям, представленных несколькими авторами. Новые показатели потребления алкоголя свидетельствуют, что для России характерен: 1) очень высокий уровень потребления, позволяющий отнести нашу страну в число европейских лидеров (ВОЗ, 2011), 2) уникальный для мировой практики размах колебаний потребления на протяжении сравнительно короткого периода (1985-2013 гг.), 3) в этот период даже минимальные значения потребления оставались высокими показателями (10,2 л/чел/год; 1987 г.), не говоря уже о максимальных (18,0 л/чел/год; 1994 г.).

Остается обсудить, каковы причины 10-летеней продолжительности последнего снижения потребления в отличие от двух предыдущих, 4-летних (1985-1988 и 1995-1998 гг.)

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПРЕГАБАЛИНОМ

Ненастьева А.Ю., Рохлина М.Л., Усманова Н.Н., Захаров Е.Д.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Тенденция к злоупотреблению так называемыми «аптечными» препаратами, т.е. препаратами, которые продаются в аптеках без рецепта, стала отчетливо проявляться в последние годы во многих странах, в том числе и в России. Этот феномен

опасен в первую очередь тем, что на рынке постоянно появляются новые лекарственные формы, которые отпускаются без рецепта и потому являются достаточно доступными. Употребление «аптечных» препаратов на фоне опиатов, психостимуляторов и других ПАВ существенно видоизменяет клиническую картину наркомании, требует новых терапевтических подходов и осложняет статистическую обработку и анализ существующей проблемы. Последние 3 года в наркологические отделения стали периодически поступать больные героиновой наркоманией, употребляющие или злоупотребляющие одновременно с героином лекарственным препаратом прегабалин (лирика). Прегабалин является структурным аналогом гамма-аминомасляной кислоты. Аддиктивный потенциал прегабалина практически не изучен, хотя имеются отдельные описания возможности формирования зависимости к этому препарату. В отделении клинических исследований наркоманий ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ проводится изучение клинических проявлений и медико-социальных последствий злоупотребления прегабалином с целью ранней диагностики состояний и разработки дифференцированной терапии для пациентов.

Цель: Изучение развития, клинического течения злоупотребления прегабалином (лирикой), медико-социальных последствий его приема и разработка соответствующих терапевтических рекомендаций с учетом выявленных клинических особенностей.

Материалы и методы: Изучены 41 пациент, потребителей прегабалина в возрасте от 24 до 43 лет. Все пациенты получали стационарное лечение в наркологическом стационаре ФМИЦПН. Основные методы исследования: клинико-диагностический, клинико-психопатологический, статистический. Для обследования пациентов использовалась индивидуальная регистрационная карта, составленная в соответствии с целью работы и содержащая информацию о наследственной отягощенности, раннем развитии, социальном статусе больных, соматоневрологической отягощенности. Подробно изучалось развитие злоупотребления прегабалином: мотивы начала употребления, в том числе с целью одурманивания, сроки и начальные проявления синдрома зависимости, длительность потребления, динамика толерантности, особенности эйфории, синдрома отмены и влечения к препарату, наличие ремиссий заболевания, медицинские и социальные последствия немедицинского употребления препарата. Тяжесть абстинентного состояния проводилось при помощи Клинической шкалы оценки тяжести синдрома отмены опиоидов COWS (Wesson DR, Ling W., 2003). Для изучения интенсивности аффективных расстройств использовалась шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг (Montgomery S.A, Asberg M., 1979), при исследовании тяжести патологического влечения к ПАВ применялись квантифицированная шкала патологического влечения к наркотику (Винникова М.А., 2001) и визуально-аналоговая шкала влечения к опиатам (ВАШ). Статистический анализ проводился с помощью программ Statistica 7.0, SPSS 10.0 for Windows.

Результаты исследования. Все больные до начала употребления прегабалина страдали зависимостью от опиоидов. Значительная часть пациентов (80,5%) эпизодически сочетали употребление героина с психостимуляторами, тропикамидом или другими холинолитиками.

В преморбиде у большинства пациентов в структуре личности на первый план выступали черты неустойчивости и конформности (61%), у 14 лиц (34,1%) отмечалась склонность к асоциальным формам поведения. Возраст начала употребления опиоидов варьировал от 14 до 29 лет. Длительность систематического употребления опиоидов до начала употребления прегабалина у обследованных пациентов составила от 2 до 27 лет (в среднем – 11 лет). 2 больных (4,9%) до начала употребления прегабалина злоупотребляли залдиаром (1 пациент) и препартом нурофен плюс (1 пациент).

Среди мотивов начала употребления прегабалина почти все пациенты указывали на желание смягчить проявления опийного абстинентного синдрома (ОАС). Даже при первом употреблении малых доз – не более 300 мг препарата – у больных отмечалась седация: «успокоение», иногда легкая эйфория. Большинство сразу же начинали употреблять более высокие дозы препарата, постепенно их увеличивая. На начальных этапах, когда дозы прегабалина были в пределах 600-900 мг, состояние описывалось пациентами как напоминающее алкогольное опьянения, продолжительностью не более 2 часов. Пациенты испытывали «умиротворение», «покой», «расслабленность», «приподнятое настроение». Все исследованные пациенты или сразу, или спустя некоторый промежуток времени (не более 2 месяцев) возобновляли прием прегабалина с прежней целью: смягчить или предотвратить проявления ОАС и начинали употреблять прегабалин систематически, ежедневно. Этому способствовало возникновение неприятных ощущений после прекращения употребления препарата. Очень быстро, не позднее 2-3 недель, начинала расти толерантность к прегабалину, достигая 3000-4200 мг, в отдельных случаях – до 8400 мг (1 пациент) и даже 12600 мг (1 пациент) в сутки, обычно на 1-2 приема. При употреблении высоких доз прегабалина возникало состояние, напоминающее действие психостимуляторов. Особенно ярко описывали это состояние пациенты, в анамнезе которых было эпизодическое или систематическое употребление психостимуляторов. Больные отмечали возбуждение, «подъем», прилив сил, приподнятое настроение, нередко повышение аппетита. Такое состояние продолжается от 2 до 5 часов. Ряд больных (19,5%) даже при употреблении достаточно высоких доз прегабалина эйфории или какого-либо действия препарата, якобы, не испытывали.

Состояние, наблюдающееся после прекращения употребления высоких доз прегабалина, можно рассматривать как проявление абстинентного синдрома. Он характеризовался крайне подавленным настроением с выраженной дисфорией, тревогой, нередко с возбуждением, нарушениями сна вплоть до полной бессонницы, мышечным дискомфортом. Аффективные расстройства сохраняются на протяжение более длительного времени (от нескольких месяцев до полугода) в сравнении с обычными больными с зависимостью от героина. У большинства больных (90,2%) возникали вегетативные расстройства: ринорея, заложенность носа, слабость, сердцебиения, «мурашки» по коже, гипергидроз (в одних случаях только в дистальных отделах конечностей, в других – общий гипергидроз в виде своеобразных «приливов»). У части пациентов отмечалось ощущение извращения запахов, повышенная чувствительность к звукам, свету, «ощущение, что находишься в туннеле». В отдельных случаях возникали болевые ощущения в конечностях, преимущественно в мышцах и суставах, напоминающие алгический синдром при ОАС. Влечение к прегабалину носит постоянный характер, может достигать степени компульсивности и сохраняется на протяжении длительного времени. Частые спонтанные обострения влечения к препарату в течение нескольких недель после отмены прегабалина создают дополнительные трудности для удержания пациента в терапевтической программе.

Учитывая особенности статуса больных, наблюдающиеся после поступления в стационар: сохраняющееся влечение к прегабалину, выраженные аффективные расстройства в виде дисфорической депрессии, нередко сопровождающейся психопатоподобным поведением, нарушения сна, мышечный дискомфорт, нередко достигающий степени алгического синдрома, отсутствие критики, терапия должна быть направлена на купирование указанных расстройств. С этой целью можно использовать комбинацию антипсихотических препаратов и антидепрессантов, дозы которых подбираются индивидуально. Следует отметить, что у большинства изученных больных потребовалось применение более высоких доз купирующей терапии.

Выводы. Аддиктивный потенциал прегабалина не вызывает сомнений. Об этом свидетельствуют как данные литературы, так и наши собственные наблюдения. Учитывая это, можно рекомендовать очень осторожное назначение прегабалина при соответствующих показаниях и продажа этого препарата в аптеках строго по рецепту.

СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: РОЛЬ СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ И ЕЕ СТЕПЕНИ

Николишин А.Е., Чупрова Н.А., Бродянский В.М., Кибитов А.О.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Известно, что генетический вклад в этиопатогенез алкогольной зависимости значителен и оценивается в 40-70%, при этом влияние семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям, как генетического фактора, на формирование, развитие и течение алкогольной зависимости нуждается в исследовании в группе пациентов разного пола с применением доказательных количественных подходов. Имеет значение не только факт заболевания среди кровных родственников пациента, но и количество таких случаев, или степень отягощенности, как мера давления «генетического груза».

Цель: выявить возможные различия в формировании и течении алкогольной зависимости у пациентов разного пола с различной степенью семейной отягощенности.

Материалы и методы. В исследование вошли 464 стационарных пациента Клиники ННЦ наркологии (Москва) с диагнозом «алкогольная зависимость» (F10.2 по МКБ-10), этнические русские, из них 109 (23%) женщин (ср. возраст (Me±SD) 41±13,33 лет) и 355 (77%) мужчин (42±13,37 лет). Пациенты с диагнозами «органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F00-F09), «шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20-F29), «расстройства настроения» (F30-F39) не включались в исследование. Изучали данные о развитии и течении заболевания (возраст первой пробы алкоголя, возраст первой госпитализации, возраст начала злоупотребления алкоголем, возраст формирования синдрома отмены алкоголя (СОА)). Информацию о семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям получали путем клинического интервью пациента и близкого родственника (чаще матери), оценивали факт наличия семейной отягощенности, а также ее степень (средняя степень – 1 кровный родственник, больной алкогольной зависимостью, высокая – 2 а и более родственника, больных алкогольной зависимостью). Также оценивали индивидуальный уровень генетического риска развития болезней зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) путем генопрофилирования. Образцы ДНК, полученные из венозной крови, генотипировали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом. По результатам генотипирования оценивали итоговый (результирующий) уровень генетического риска у каждого пациента в баллах: от низкого (0,5 баллов) до крайне высокого (3 и более баллов). В данном исследовании использован базовый вариант генопрофиля: 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов ДА системы: 1) оценка общего генетического риска: базовые универсальные генетические маркеры по генам дофаминового рецептора типа 2 и фермента тирозингидроксилазы, при выявлении генетического маркера начисляли 1 балл в оценке итогового уровня риска; 2) оценка специфического риска: дополнительные маркеры по гену дофаминового рецептора типа 4, при выявлении генетического маркера начисляли 0,5 балла в оценке итогового уровня риска. Баллы отражают статистически достоверную вероятность развития заболевания у носителей генетических маркеров. Проводили сравнение групп с различной степенью семейной отягощенности и отсутствием отягощенности.

Результаты. В нашей выборке 392 пациента (84,5%) сообщали о наличии семейной отягощенности, средняя степень отягощенности была у 235 пациентов (50,6%), высокая степень – у 157 пациентов (33,8%). Группы сравнения не различались по доле женщин мужчин (p=0,528). Пациенты с наличием семейной отягощенности в целом (Me±SD, 25±10,61 лет, p=0,011), со средней степенью отягощенности (25±10,38 лет, p=0,075, тренд) и с высокой степенью отягощенности (23±10,91 г, p=0,001) раньше начинали систематическое злоупотребление алкоголем, чем пациенты без семейной отягощенности (28,5±9,27 лет). Важно, что имеются различия между пациентами с высокой и средней степенью отягощенности по возрасту начала злоупотребления алкоголем (p=0,013) и по возрасту первой пробы алкоголя (16±13,92 л. и 16±15,82 лет, p=0,04). У пациентов с семейной отягощенностью в целом СОА развивается раньше (30±16,11 л., p=0,013), со средней (34±14,46г, p=0,063) и высокой степенью отягощенности (28±17,30л, p=0,003), чем у пациентов без семейной отягощенности (34±14,46 г). Вновь имеются различия между пациентами с высокой и средней степенью отягощенности по возрасту СОА (p=0,055). Как результат, первая госпитализация у пациентов с высокой степенью отягощенности происходит достоверно раньше (36±15,03 лет), чем у пациентов со средней степенью отягощенности (40±17,45лет, p=0,002) и у пациентов без семейной отягощенности (41±16,04, p=0,008). При этом уровень генетического риска развития болезней зависимости от ПАВ выше у пациентов со средней степенью отягощенности (2±0,9), чем у пациентов с высокой степенью отягощенности (1,5±0,86, p=0,024), что требует дальнейшего изучения и может быть связано с неполнотой данных об отягощенности пациентов.

Выводы. Факт семейной отягощенности и в особенности, высокая степень отягощенности, ускоряет развитие и формирование алкогольной зависимости вне зависимости от пола. Количественный анализ семейной отягощенности пациента на ранних этапах заболевания может прогнозировать темп формирования, развития и тяжесть течения алкогольной зависимости.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ КУСТАРНЫМИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Носатовский И.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Злоупотребление кустарными, «дизайнерскими» или «уличными» психоактивными веществами (ПАВ), включающими дополнительные технологические или балластные компоненты, обычно мало предсказуемо, выходит за рамки ожидаемого фармакологических эффекта и часто имеет трагические последствия. Для них характерно развитие токсических органических поражений головного мозга, клиника которых является предметом нескольких дисциплин – наркологии, психиатрии, неврологии. Так, в последние десятилетия в нашей стране широкое распространение имела эфедроновая, а позже, так называемая, фенилпропаноламиновая наркомании, протекавшие с тяжелыми интоксикационными явлениями. В обоих случаях технология производства этих ПАВ была связана с использованием марганцовокислого калия. В последнее время сократилась заболеваемость этим видом наркотизма, однако осталось большое число молодых людей с прежним наркотическим опы-

том, страдающих инвалидизирующими нервно-психическими расстройствами, в том числе когнитивными нарушениями. Эти расстройства соответствуют психоорганическому синдрому (ПОС) и в значительной мере являются проявлениями хронической марганцевой интоксикации (ХМИ). Таким образом, клинические аспекты проблемы ХМИ переместилась из сферы профессиональной патологии в область наркологической и психиатрической практики.

Цель исследования – выяснение особенностей когнитивной недостаточности больных, злоупотреблявших кустарными ПАВ, на модели фенилпропаноламиновой (ФПА) наркомании.

Материал и методы. Обследовано 112 больных токсической энцефалопатией в возрасте от 23 до 36 лет (средний- 27 лет), которые ранее (5–6 лет назад) продолжительно (6 – 24 мес.) злоупотребляли кустарным марганецсодержащим ПВА – ФПА – наркомания. Клинически, неврологически, психопатологически, психометрически и патопсихологически оценены параметры нервно-психического состояния пациентов. ХМИ относится к наиболее тяжелым интоксикациям нервной системы. Использовались представления о трех функциональных блоках организации психической деятельности по А.Р.Лурия.

Пациенты ХМИ характеризовались комплексом экстрапирамидных расстройств умеренной и выраженной степени в виде паркинсоноподобного синдрома, дистоний, нарушений статики и походки, с явлениями про- и ретропульсий и нередкими падениями. Присутствовала стволовая симптоматика: глазодвигательные расстройства, нарушения речи (дизартрия, анартрия) и глотания, насильственный смех или плач. Имелись вегетативные нарушения. Выявлялись субдепрессивные расстройства, эмоциональная лабильность, органические изменения личности. Когнитивные нарушения отражались в жалобах больных (утомляемость при выполнении умственной работы, снижение памяти, внимания, способности к обучению, усвоению нового материала) и определенно выходили за рамки возрастной нормы.

Результаты исследования. Выявлены умеренно выраженные, стойкие нарушения аффективной, когнитивной и мотивационной сфер, не достигающие степени деменции, при значительном изменении преморбидного стиля поведения больных. Лучше сохранялись органические и материальные мотивы, при явном снижении социальных и духовных потребностей. Установлено, что когнитивная недостаточность у больных связана с нарушениями активационных сторон (нейродинамических) психической деятельности, а также ухудшением лабильности адаптационных реакций, избирательного внимания к стимулам (регуляторные), при сохранности высших мозговых (операциональных) функций. У больных снижена способность к целенаправленной, длительной и последовательной деятельности. Страдает планирование, способность предвидения результатов деятельности, учет социальных условий в процессе удовлетворения потребностей. Глубина повреждения регуляторных функций определяется тяжестью токсической энцефалопатии.

В исследовании оправданным оказалась использование понятия ПОС как гибком инструменте динамической оценки различных по сложности и течению интоксикационных состояний начиная от функциональных, обратимых и кончая грубыми расстройствами интеллектуальной деятельности. Чаще встречаются менее тяжелые варианты ПОС, при заметном превалировании неврологической симптоматики над психопатологической. В целом, психоорганический синдром у больных сопровождается более ранним и грубым нарушением этических, морально-нравственных, социально ориентированных, критических способностей, чем собственно интеллектуально-мнестических характеристик.

Уровень интеллекта, как результат тестовой, операциональной его оценки, мало зависит от степени снижения когнитивных функций. В свою очередь когнитивные нарушения слабо связаны с двигательными расстройствами. Отмечается низкий порог аффекта, его неустойчивость, а также усиленные, непредсказуемые, часто дезадаптирующие эмоциональные реакции. Мышление обнаруживает тенденцию к брадифрении, вязкости, избыточности побочных ассоциаций. Церабрастенический и возбудимый варианты ПОС с высокой представленностью в его структуре астенических, вегетативных и эмоциональных нарушений лучше поддавались фармакотерапии. Эйфорический или апатический его варианты в терапевтическом плане оказались весьма торпидны. Особенности двигательных нарушений указывает на подкорковую локализацию поражения мозга. Личностный профиль больных (SCL-R) характеризуется повышенным уровнем по шкалам соматизации, обсессивности-компульсивности, сенситивности, враждебности. Эти патохарактерологические черты наряду с когнитивной недостаточностью влияют на нарушение повседневной активности и социального функционирования. Не выявлено связи между длительностью наркотизации, общим количеством потребленного ПАВ и глубиной когнитивных нарушений. Определенные наследственно-генетические качества, а также хороший культурно-образовательный уровень относятся к факторам, способствующим сохранности когнитивного функционирования пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ФЕНИЛПРОПАНОЛАМИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Носатовский И.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В последние десятилетия XX века в нашей стране широкое распространение получила эфедроновая наркомания, а позже, так называемая, фенилпропаноламиновая (ФПА) наркомания. Изготовление кустарных наркотиков было связано с использованием официальных препаратов-прекурсоров, а также марганцовокислого калия. Стойкие осложнения в результате злоупотребления этими наркотиками оказались проявлениями хронической марганцевой интоксикации (ХМИ). Несмотря на сокращение заболеваемости этим наркотизмом, остается большое число прежним потребителей наркотиков, страдающих инвалидизирующими нервно-психическими расстройствами. Лечение ХМИ является актуальной медико-социальной проблемой, которая еще не получила удовлетворительного разрешения.

Цель. Анализ собственных данных об эффективности препаратов различных классов, применяемых для устранения проявлений ХМИ на наркологической модели заболевания

Материал и методы. Работа базируется на результатах терапии 110 больных ХМИ, возникшей в результате ФПА наркомании, в стационарных и амбулаторных условиях. Возраст больных – 22,1±2,5 года. В динамике оценивались параметры неврологического, клинико-психопатологического и патопсихологического исследования и психометрических шкал, у пациентов спустя 3 -5 лет после окончания наркотизации.

Больные ХМИ характеризовались комплексом экстрапирамидных расстройств в виде паркинсоноподобного синдрома, дистоний, постуральных нарушений статики и походки; псевдобульбарных нарушений, включая расстройства речи; глазодвигательных нарушений, вегетативной дисфункции, аффективных, неврозоподобных, умеренных когнитивных нарушений и изменений личности.

Результаты исследования и обсуждение. Использовались препараты различных фармакологических классов с учетом различных мишеней воздействия.

Препарат Nacom (левадопа+ингибитор дофадекарбоксилазы) применяли с постепенным повышением дозы до 750 мг/сутки в течение трех месяцев. Эффективность терапии расценивалась как невысокая –(12,5%) при низкой стабильности эффекта, а уровень нежелательных явлений (43,7%) – как значительный. Редукция двигательных нарушений была непостоянной и непродолжительной.

Бромокриптин (парлодер) применяли для восстановления дофаминового истощения. Назначаемый в дозе 10,0 – 15,0 мг/сутки в 44% случаев смягчал тяжесть экстрапирамидных нарушений.

Акатинол-мемантин (антагонист NMDA- глютаматных рецепторов) применяли в дозе 20-30 мг/сутки в течение двух месяцев. Улучшались когнитивные характеристики: неспецифическая и специфическая память. Повышалась активность, работоспособность, улучшалось внимание, уменьшалась импульсивность. На 26% редуцировалась депрессивная симптоматика. Повышались показатели опросника – «самочувствие, активность, настроение» возросла соответственно на 38%, 20% и 25%. Двигательная активность повышалась на 18%. Смягчались постуральная нестабильность и нарушения ходьбы. Препарат не влиял на мышечную ригидность, дистонии, тремор. В целом, существенное улучшение регистрировалось у 21%, незначительное – у 63% и улучшение отсутствовало у 16% больных.

Миртазапин (антидепрессант из группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина) использовали в дозе (30 мг в сутки) в течение месяца в виде монотерапии у больных ХМИ и депрессивными расстройствами. Сначала редуцировались тревожная, позже – тоскливая и апатическая симптоматика. Ко 2-й неделе число респондеров (75% редукции депрессивной симптоматики) составило 34%, к 3-й неделе – 78%, а к 4-й – 89% больных.

Амантадин-гидрохлорида (мидантан) и амантадин-сульфат (PK-Merz) в дозе 0,2–0,3 г/сутки включалися в комплексную терапию ХМИ при повышенном пластическом тонусе. Препараты блокировал глутаматные NMDA-рецепторы, увеличивал синтеза дофамина и сокращал потенциал дегенеративного процесса.

Холинолитики обеспечивали наиболее заметный эффект. Использование биперидена (акинетона) и тригесифинедила (циклодола) уменьшало ригидность, тремор, сокращало гиперкинезы, стабилизировало походку и других моторных функции. Терапевтическая доза составляла 4-6 мг/сутки, но в ряде случаев эффект возникал только при 10,0-12,0 мг/сутки. Длительная терапия нередко сопровождалась стимулирующим, будоражащим эффектом.

Оправданным было применение ноотропила (пирацетам) внутривенно по 10,0 -12,0 гр. в сутки, церебролизина – внутривенно, капельно, по 10-15 мл в течение 15 дней, кортиксена, обеспечивающих улучшение общей моторики, повседневной активности. Продолжительность их действия ограничивалось несколькими неделями.

Клоназепам применяли для сокращения частоты и выраженности болезненных дискинезий. Использование транквилизатора с миорелаксирующим действием являлось вынужденной мерой из-за одновременно отрицательного его действия на моторные функции, постуральные реакции, когнитивное функционирование.

Ботулотоксин применялся для устранения стойких дистоний. При локальной результативности этих процедур, продолжительность терапевтического эффекта ограничена 1,5–2,0 месяцами.

Функциональная оценка терапии отражалась в понятиях: «качество жизни в условиях болезни», «социальное функционирование», адаптация к условиям быта, работы, стойкая нетрудоспособность. Среди больных, получавших терапию, 76% составили лица со стойкой утратой трудоспособности, но нам не известно случаев снятия инвалидности или снижения нетрудоспособности.

ПАСК получали больные ХМИ в дозе 5,0 г в течение 2,5–3 месяцев, наблюдаемые в амбулаторных условиях. Самоотчеты больных не выходили за рамки плацебо эффекта, а объективно – не обнаружено значимых изменений. Таким образом, мы не смогли подтвердить данные китайских исследователей о редукции паркинсонической симптоматики у больных с ХМИ при использовании ПАСК.

Комплексобразующие препараты (КП): тетацин- или пентацин-кальция несомненно снижают марганцевую нагрузку. Непостоянство клинического эффекта связано с одновременным существованием противоположных процессов – хелатирующих эффектов и затруднения преодоления гематоэнцефалического барьера. Из-за отсутствия нейропротективных свойств у КП обесценивается их использование на продвинутых стадиях ХМИ. После консолидации симптоматики, даже форсированное выведение марганца, не влияет на клинику ХМИ. Применение КП оправдано только при острых формах МИ, либо на начальных стадиях ХМИ.

Заключение. Дофаминэгические средства обеспечивают слабый, преходящий клинический эффект. Холинолитические препараты ослабляют двигательно-тонические расстройства, хотя их длительное применение в эффективных дозах актуализирует нежелательные эффекты. Нейропротективные и антидепрессивные средства положительно влияют на аффективные и когнитивные нарушения, но продолжительность эффекта соизмерима с длительностью их применения. Ослабление отдельной симптоматики ХМИ не достаточно для восстановления адаптации и трудоспособности больных. Малая результативность терапии связана со стойким повреждением нейромедиаторных систем, препятствующих как коррекции актуальной симптоматики, так и реабилитационным перспективам. Профилактика ХМИ должна быть направлена на устранение причин и условий наркотизации, раннюю диагностику и, при первых признаках отравления – немедленное прекращения контакта с токсикантом.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Орлова М.А., Гофман А.Г.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

С целью установления факторов, определяющих возникновение алкогольных психозов у больных шизофренией (Ш) и заболеваниями шизофренического спектра (ЗШС) в условиях стационара безвыборочно обследовано 107 больных (все мужчины) в возрасте от 23 до 59 лет. Все больные госпитализировались в связи с психотическим состоянием. У 43 человек диагностирована параноидная Ш. с эпизодическим течением, у 41 – шизотипическое расстройство, у 20 человек – параноидная Ш. с непрерывным течением, у 3 – шизоаффективное расстройство. У 69 человек диагностирован хронический алкоголизма (ХА), т.е. многодневное пьянство с высокой толерантностью к алкоголю и абстинентный синдром, у 38 человек диагностирована хроническая алкогольная интоксикация (многодневное пьянство с высокой толерантностью при отсутствии абстинентного синдрома – ХАИ).

Исключались больные тяжелыми заболеваниями внутренних органов с явлениями декомпенсации, больные тяжелым органическим поражением мозга, а также злоупотребляющие

различными ПАВ. Только у 15% больных отсутствовала какая-либо соматическая патология, у 19,6% – неврологическая патология. Средний возраст инициальных проявлений Ш. и ЗШС – 16,1±5,7 лет, средний возраст манифестных проявлений – 27,1±8,6 лет. Средний возраст первого употребления алкоголя – 13,5±2,9 лет, средний возраст начала систематической алкоголизации – 19,1±5,2 лет, средний возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) – 25,0±5,5 лет, средний возраст установления ХАИ – 23,5±8,6 лет. При формировании ХА преобладал быстрый темп (48 чел.), средний встретился у 18 чел., молниеносный (формирование ААС за 1-2 года) – у 3 человек. У 58 человек диагностирована 2 стадия ХА, у 5 – третья стадия, у 6 – переходная от второй к третьей. На одного больного ХА в течение жизни приходилось 5,8 стационирований, на одного больного ХАИ – 12,3 госпитализаций. Все больные госпитализировались после многодневного пьянства в ближайшие дни после прекращения потребления спиртного. Наблюдались три группы психотических состояний: 1) психозы металкогольной структуры (различные варианты делириев, острых галлюцинозов, острых параноидов), длившиеся не более недели – 46 психотических состояний, 2) психозы эндогенной структуры (аффективно-бредовые, галлюцинаторно-бредовые, депрессивно-параноидные, парафренные, вербальный псевдогаллюциноз, паранойяльный) – 52 психоза, 3) психозы смешанной структуры (вербальный галлюциноз с включением истинных слуховых галлюцинаций, аффективно-бредовой с включением истинных слуховых галлюцинаций, галлюцинаторно-бредовой с включением истинных зрительных галлюцинаций; смена абортивного делирия депрессивно-параноидным состоянием) – 9 психозов.

Из 46 экзогенных (алкогольных) психозов 41 возник у больных шизотипическим расстройством, 2 – у больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением, 1 – у больного параноидной шизофренией с непрерывным течением. Эндоформные психозы при шизотипическом расстройстве не возникали, они наблюдались при параноидной шизофрении с эпизодическим течением – 34, реже при параноидной шизофрении с непрерывным течением – 17. Суточная дозировка алкоголя во время предпсихотического запоя была достаточно большой: у 42 чел. – от 500 до 1000 мл. водки, у 22 чел. – более 1000 мл. водки, у 5 чел. – от 400 до 600 мл. водки. При ХАИ у 19 больных суточная дозировка алкоголя колебалась от 500 до 1000 мл. водки, у 13 не превышала 500 мл., у 6 человек превышала 1000 мл.

Большинство психозов экзогенной структуры длились от 1 до 5 дней и купировались в течение нескольких суток при назначении стандартной дезинтоксикационной и симптоматической терапии.

Таким образом, риск развития алкогольного психоза намного выше у больных с малопрогредиентным течением эндогенного заболевания. Обязательным условием возникновения алкогольного психоза является многолетнее злоупотребление алкоголем, высокая толерантность к алкоголю. Шанс возникновения алкогольного психоза в 1,6 раза выше в тех случаях, когда злоупотребление алкоголем преобладает на ранних этапах эндогенного заболевания. При сформировавшемся алкоголизме риск развития алкогольного психоза в 7,35 раза выше, чем при хронической алкогольной интоксикации. Чем выше суточная доза спиртных напитков, тем вероятнее возникновение алкогольного психоза у больного шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра. Чем более выражены черты шизофренического дефекта, тем менее вероятно возникновение алкогольного психоза

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ В РЕГИОНЕ АНТРОПОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ (НА МОДЕЛИ Г. ЩЕКИНО И ЩЕКИНСКОГО РАЙОНА ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ)

Погосов А.В., Лесников О.И.

Курск, Тула
Курский ГМУ,
Тульский ОНД №1

Известно, что последние десятилетия ознаменовались значительным ухудшением экологической обстановки в России (Буйков В.А., Колмогорова В.В., 2015; Румянцева Г.М. с соавт., 2015). Вопросы экологической патологии, в том числе психической и наркологической, приобретают первостепенное значение в связи с крупномасштабными преображениями среды обитания человека (Семке В.Я., 1999; Пивень Б.Н., 2001; Рудницкий В.А. с соавт., 2015). А.А. Желтиков с соавт. (2012) в зависимости от суммарных данных по уровням загрязнения окружающей природной среды (воздуха, питьевой воды и почвы) от деятельности промышленных предприятий и транспорта выделяет среди административных территорий Тульской области неблагополучные районы. В их число входит город Щекино и Щекинский район Тульской области. Щекинский район относится к одному из крупных в химической индустрии. В настоящее время на территории района действуют АО «Щекинский завод «Кислотоупор», АО «Щекиногазстрой», АО «Щекиноазот», Щекинская ГРЭС, кирпичный завод и завод бетонных изделий, деревообрабатывающий комбинат, обувная фабрика и др. Через Щекино проходят железная дорога и автодорога Москва-Харьков.

Целью исследования являлось изучение роли факторов экологического неблагополучия в изменении клиники и возникновении интеллектуально-мнестических нарушений у больных, перенесших алкогольный делирий.

В основу работы положены результаты клинико-психопатологического, психологического и статистического обследования 68 больных, госпитализированных по поводу алкогольного делирия. В основную группу вошли 35 больных, постоянно проживающих в городе Щекино и Щекинском районе. Контрольная группа была представлена 33 больными алкогольным делирием, проживающими в относительно удовлетворительной экологической обстановке.

Для сравнительной оценки выраженности клинических проявлений алкогольного делирия в сформированных группах исследован ряд показателей, отражающих тяжесть его течения.

Преобладающее большинство обследованных основной и контрольной групп (соответственно 85,71% и 93,94%) впервые госпитализированы в наркологический стационар по поводу алкогольного психоза (алкогольный делирий). В основной группе 5 человек (14,29%) госпитализированы повторно, в контрольной таких больных было 2 (6,06%). Изучение долевого распределения вариантов алкогольного делирия свидетельствует о том, что удельный вес больных с тяжелыми формами заболевания (делирий с судорожным синдромом, мусситирующий делирий) выше в основной группе (соответственно 28,57% и 20,0%). В то же время более легкие формы алкогольного делирия (классический, систематизированный) в этой группе регистрировались с меньшим удельным весом (соответственно 31,43% и 20,0%; $p<0,05$). Полученные результаты демонстрируют здесь влияние неблагополучной экологической обстановки на формирование более тяжелых вариантов алкогольного делирия. В основной группе наблюдался больший, чем в контрольной группе удельный вес больных с двигательным беспокойством (45,71%; $p<0,05$) и возбуждением в пределах постели (20,0%). Здесь зафиксирована меньшая доля выраженного возбуждения (соответственно 34,29%; 72,73%; $p<0,05$). Для больных основной группы характерен литический выход из психоза (60,0%;

p<0,05); контрольной – критический выход из психоза (60,60%; p<0,05). Как видно, по параметру «разновидность выхода из психоза» экологическое неблагополучие способствует утяжелению алкогольного делирия. Большая средняя продолжительность алкогольного делирия в основной группе по сравнению с контрольной (в 2,59 раза) свидетельствует о более тяжелом течении заболевания в регионе с неблагополучной экологической обстановкой. Оценка тяжести алкогольного делирия проводилась и путем изучения уровня воспоминаний болезненных переживаний и реальной обстановки. У 3-х больных (8,57%) основной группы были сохранены воспоминания болезненных переживаний. У 13 больных (37,14%) они были сохранены частично, в 19 случаях, что составляет 54,29% (p<0,05), воспоминания болезненных переживаний отсутствовали. Иная картина наблюдалась в контрольной группе. Здесь только у 1 больного (3,03%) воспоминания болезненных переживаний отсутствовали. У более двух третей больных (23 – 69,7%; p<0,05) воспоминания болезненных переживаний были сохранены частично. Большее число здесь фиксировалось больных, у которых воспоминания болезненных переживаний сохранились (9 – 27,27%; t=1,77). Аналогичная картина, свидетельствующая о более выраженных проявлениях алкогольного делирия у больных основной группы, наблюдалась и при оценке долевого распределения воспоминаний реальной обстановки. Здесь значительно преобладали больные (26 – 74,29%; p<0,05), у которых воспоминания реальной обстановки отсутствовали. В контрольной группе было больше больных с частично сохраненными воспоминаниями реальной обстановки (17 – 51,52%; p<0,05). Клинические проявления после выхода из острого психотического состояния – переходные синдромы – свидетельствовали о тяжести перенесенного алкогольного делирия, у больных, проживающих в регионе с неблагополучной экологической обстановкой. У них наибольшая доля приходилась на самый тяжелый переходный психоорганический синдром (60,0%; p<0,05). Она превышала в 3,3 раза аналогичный показатель в контрольной группе (18,18%). В последней наиболее характерным был астенический синдром, который регистрировался в 57,58% случаев, что 2,51 раза больше, чем в основной группе (22,86%; p<0,05).

Полученные данные тестом Векслера демонстрируют, что объем памяти, преимущественно оперативной, а также концентрация, распределение, переключение внимания у больных основной группы ниже, чем у больных контрольной. Способность строить умозаключения на основе прошлого опыта, готовность к умственной деятельности, самостоятельность и социальная зрелость суждений, способность к логическому обобщению, абстрагированию, классификации, а также уровень развития понятийного мышления сохранены в большей степени у больных алкогольным делирием, проживающих в относительно удовлетворительной экологической обстановке. Для них характерны более высокие уровни зрительно-моторной координации, скорости формирования новых навыков, аналитико-синтетических способностей, пространственного воображения, восприятия, способности дифференцировать существенное от второстепенного, а также умение анализировать целое через составляющие его части. Приведенные результаты свидетельствуют о том, что сохранность интеллектуально-мнестической сферы больных, перенесших алкогольный делирий, проживающих в регионе с относительно удовлетворительной экологической обстановкой, выше.

Изучение частотного распределения коморбидной соматической и неврологической патологии у больных алкогольным делирием подтвердило заключение о более тяжелом течении заболевания проживающих в неблагополучной экологической обстановке. Частота алкогольного гепатита здесь составила 71,42%, в контрольной группе этот показатель был 33,33% (p<0,05). Среди неврологической патологии чаще встречалась алкогольная полинейропатия (основная группа – 54,28%; контрольная – 33,33%; p<0,05). Другая неврологическая патология (эпилептические припадки, токсическая энцефалопатия) у больных основной группы встречалась с равной частотой (34,28%). Эпилептические припадки в контрольной группе встречались лишь в 4-х случаях (12,12%; p<0,05). Всего у больных основной группы зафиксировано 68 коморбидных соматических и неврологических заболеваний (1,94 заболевания на одного больного), в контрольной группе 26 коморбидных соматических и неврологических заболеваний (0,78 заболеваний на одного больного).

Таким образом, состояние окружающей среды оказывает влияние на клинику алкогольного делирия. Проживание в районе с высоким уровнем антропогенного загрязнения способствует большей тяжести алкогольного делирия. Высокая частота диагностики органического психосиндрома после выхода из алкогольного делирия у больных, проживающих в районе экологического неблагополучия, свидетельствуют о проявлениях когнитивного дефицита.

ПРИЧИНЫ ОБРАЩЕНИЯ ЗА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ НА РАННИХ ЭТАПАХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Понизовский П.А.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Пациенты, страдающие алкогольной зависимостью, как правило, впервые обращаются за специализированной медицинской помощью в далеко зашедших случаях заболевания, когда уже сформирован синдром отмены алкоголя, и пьянство принимает такие формы, которые в значительной степени негативно сказываются на состоянии здоровья, уровне семейной и трудовой адаптации. На начальных стадиях алкоголизма негативные последствия употребления спиртного часто остаются незаметными для пациента или не связываются с предшествующей алкоголизацией, а симптомы зависимости недооцениваются или рассматриваются пациентом как варианты нормы. Тем не менее, примерно 30% пациентов, обращающихся по поводу «алкогольных проблем» за анонимной амбулаторной наркологической помощью, находятся на ранних этапах заболевания.

С целью оптимизации психотерапевтической помощи пациентам, находящимся на начальном этапе развития алкогольной зависимости (I стадия), предпринято изучение условий, провоцирующих употребление спиртного, а также причин, побудивших обратиться за наркологической помощью на ранних этапах заболевания.

Обследовано 46 пациентов (31 мужчина и 15 женщин), средний возраст которых составил 38±7 лет. Все обращения были первичными. Пациенты были ориентированы на получение психотерапевтической помощи в амбулаторных условиях.

К моменту обследования средняя длительность злоупотребления спиртным составляла 8,7±5 лет, а среднесуточные дозы алкоголя – 162±60 г. этанолового эквивалента.

Большинству пациентов было свойственно бессистемное употребление алкоголя (от нескольких раз в неделю до нескольких раз в месяц), не переходящее в ежедневное пьянство. Часто начало алкоголизации совпадало с окончанием «напряженного рабочего дня» или рабочей недели, происходило в компаниях в ресторане, баре или ночном клубе. Главной целью употребления спиртного называлось получение расслабляющего и транквилизирующего эффектов («снять напряжение», «уйти от проблем», «расслабиться»), при этом со временем спиртное становилось предпочтительным или единственным способом их достижения. Мотивация использования спиртного в качестве универсального психофизиологического адаптогена оправдывала его употребление в собственных глазах.

В 59% случаев (27 чел.) в инициации лечения ведущую роль играло ближайшее окружение пациента (супруги, родственники), а 41% пациентов (19 чел.) подчеркивали, что обращаются за наркологической помощью по собственному желанию. Основными причинами, побудившими пациентов искать медицинскую помощь на раннем этапе алкогольной зависимости, были участившиеся случаи алкоголизации, сопровождающиеся потерей количественного контроля. В связи с этим нарастали негативные последствия злоупотребления спиртными напитками, затрагивающие физическое состояние, семейные отношения и профессиональную деятельность. Пациентов настораживало появление измененных форм опьянения с преобладанием расторможенности, раздражительности, агрессии. Эти однажды возникшие и вновь повторяющиеся состояния повышали уровень конфликтности пациентов. С увеличением доз спиртного учащались эпизоды амнезии событий, происходящих в опьянении, что компрометировало пациентов перед близкими, друзьями и коллегами.

76% пациентов (35 чел.) рассчитывали в результате курса терапии сократить количество потребляемого спиртного, научившись «контролировать» частоту употребления и дозу алкоголя. 24% пациентов (11 чел.) изначально были настроены на полный отказ от спиртного, заявляя, что уже «убедились» в невозможности ограничить дозу спиртного.

Психотерапевтическое воздействие (8-12 индивидуальных структурированных психотерапевтических сессий по 60 минут в течение 3-5 месяцев) осуществлялось в рамках когнитивно-поведенческого подхода, а также применялась техника мотивационного интервью, побуждающая и готовящая пациента к переменам, касающимся употребления спиртного. На основании анализа привычных ситуаций и мыслей, приводящих к приему алкоголя, проводился тренинг навыков совладания с тягой к спиртному, главной задачей которого было обучить пациентов корректировать автоматические мысли, провоцирующие алкоголизацию, а также находить альтернативные адаптивные способы поведения, позволяющие вести трезвый образ жизни. Пациенты узнавали, как вести себя в случае актуализации влечения к алкоголю, и заранее продумывали модели поведения в ситуациях риска, в которых ранее прибегали к употреблению спиртного. С некоторыми пациентами было важно обсудить, как отказываться от предложений употребить алкоголь и при этом не чувствовать неловкости и дискомфорта. В каждом случае разрабатывался индивидуальный список альтернативных приносящих удовольствие занятий (посещение культурно-зрелищных мероприятий, туризм, занятия спортом и др.), которыми следовало заполнить свободное время, прежде занятое употреблением алкоголя.

После завершения курса лечения в течение 12 месяцев удалось проследить катамнез 78% пациентов (36 чел.) первоначальной группы, из них на протяжении периода катамнестического наблюдения 55% (20 чел.) соблюдали режим полной трезвости, 31% (11 чел.) пациентов снизили частоту алкоголизации до 3-4 раз в год и употребляли небольшие дозы спиртного, 15% (5 чел.) – возобновили алкоголизацию в прежнем режиме.

Таким образом, результатом применявшихся психотерапевтических мероприятий стало предотвращение перехода части пациентов, находящихся на ранних этапах развития алкогольной зависимости, на более тяжелые стадии заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В АБСТИНЕНТНЫЙ ПЕРИОД ЗАВИСИМОСТИ, ВЫЗВАННОЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ И ТРОПИКАМИДА

Прилуцкая М.В., Кулиев Р.С.

Павлодар, Республика Казахстан
Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании

Цель – динамическая оценка психопатологических расстройств в абстинентном периоде зависимости, вызванной сочетанным употреблением опиоидов (О) и тропикамида (ТР).

Материалы и методы. Объект исследования – пациенты наркологического стационара, страдающие опиоидной наркоманией. Проводился сравнительный анализ между группой исследования (ГИ): пациенты с сочетанной зависимостью от О и ТР (n=118); и группой сравнения (ГС): пациенты с изолированной зависимостью от О (n=113). Методы исследования: клинико-психопатологический («Сборная шкала определения степени тяжести психопатологических и сомато-вегетативных расстройств в абстинентном периоде Кардашяна Р.А.»), статистический. Оценка симптомов проводилась на 1-е, 1-е и 20-сутки абстиненции.

Результаты. Все пациенты, включенные в исследование, поступали на госпитализацию с симптомами опийного абстинентного синдрома (АС). По времени прекращения приема опиатов обе группы были сопоставимы: ГИ – 8,1±3,4 часов от момента госпитализации, ГС – 8,4±3,3 часов от момента госпитализации (U=1562, p=0,56). В группе исследования дополнительно с депривацией опиатов регистрировался факт недавнего прекращения приема ТР (7,6±3,1 часов от момента госпитализации). Таким образом, АС в обеих группах изучался от момента его первой фазы, в том числе с присутствием влияния на клинику факта лишения ТР (ГИ). Влечение к наркотику (ПВ) в ГИ было достаточно оформленным уже с первых дней, однако отличалось меньшей выраженностью в первые часы по сравнению с изолированной опиоидной абстиненцией. В последующие дни ПВ характеризовалось более медленной редукцией, что подтверждается балльной оценкой (на 20-й день U=2861, p<0,001). Клинически данный симптом включал в себя сверхценные идеи о привлекательности наркотика, остром желании очередной инъекции. Пациенты с зависимостью от ТР дополнительно высказывали идеи о необходимости «получения срочных консультаций офтальмолога», многоречиво обосновывали нужду в использовании собственных «привезенных медикаментов, флаконичков с раствором для глаз», кроме фиксации на получении в лечебной схеме повышенных доз трамадола, они обращали внимание на «важность приема амитриптилина» (трициклического антидепрессанта, обладающего холинолитическим эффектом). Важной особенностью ПВ при приеме ТР являлось отсутствие критики и способности к самооценке пагубности употребления данного вещества. 93 пациента из ГИ (78,8%) искренне полагали, что ТР является лишь средством коррекции опиоидной зависимости, «лекарством, с которого легко соскочить». Схожие результаты были получены при оценке нарушений сна: первоначально нарушения в группах не различались (U=6047, p=0,17), выраженность симптомов в ГИ сохранялась на клинически значимом уровне еще к 20-м суткам (1,14±0,53 баллов). Среди симптомов присутствовали как поздние мучительные засыпания, так и поверхностный сон, ранние пробуждения. Кроме того, в группе потребителей ТР регистрировались случаи устойчивых «черно-белых снов» устрашающего содержания с признаками сноговорения, снохождения – 38 человек (32,2%), что, по-видимому, можно отнести к признакам психорганического синдрома интоксикационного генеза.

Нами выявлено, что для АС при сочетанной зависимости в 1-е сутки был характерен депрессивный аффект с более выраженным страхом (U=5604, p=0,02), эмоциональной лабильностью в течение суток (U=3365, p<0,001) и дисфорией (U=4601, p<0,001). Между тем, пониженное настроение с аффектом тоски и печали было достоверно менее выражено, чем в ГС (U=4281, p<0,001). По показателю тревоги в первые дни абстиненции обе группы не различались между собой (U=5778, p=0,06). В течение абстинентного периода редукция аффективных расстройств у пациентов из ГИ была более медленной (на 20-е сутки по всем аффективным показателям: p<0,001).

По показателям психомоторного возбуждения и поведенческим расстройствам группы не обнаружили значимых различий (на 1-е сутки U=6053, p=0,17, U=6320, p=0,43 соответственно). У всех пациентов в первые дни абстиненции регистрировались раздражительность, агрессивность, импульсивность, подвижность, навязчивость, назойливость. Среди поведенческих нарушений отмечались эпизоды несогласия с правилами лечебно-охранительного режима, попытки манипуляций, демонстративно-шантажное поведение. К 20 дню в обеих группах указанные симптомы оставались на субклиническом уровне, однако редукция в ГИ происходила медленнее (U=4096, p<0,001 – психомоторное возбуждение, U=3380, p<0,001 – поведенческие расстройства).

Выводы. Среди особенностей абстиненции при сочетанной зависимости выявлена замедленная редукция всех психопатологических симптомов, акцент на аффективных нарушениях с фобическим и дисфорическим радикалом, сглаженность остроты ПВ в первые сутки отмены наркотика и медикамента.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ИНТОКСИКАЦИЯМИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В УСЛОВИЯХ СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Приятель В.А.

Электросталь
ФГБУЗ ЦПБ ФМБА России

Правовые аспекты оказания медицинской помощи пациентам с острой интоксикацией психоактивными веществами (ПАВ) в стационарах соматического, в первую очередь токсикологического, профиля остаются, как правило, в тени более насущных и актуальных проблем диагностики и терапии.

Между тем, существует целый ряд вопросов, на которые действующее законодательство не дает однозначных ответов. Существующие правовые лакуны способны породить нарушение законных прав и интересов как пациентов, так и общества.

Основными проблемами, на мой взгляд, являются следующие.

Добровольность оказания медицинской помощи. Необходимо подчеркнуть, что госпитализация в рассматриваемых случаях осуществляется в соматический стационар, поэтому, даже при наличии у пациентов психических расстройств, не применяются нормы Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Следовательно, необходимо получение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, что предусмотрено статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласие законных представителей пациента необходимо в случае не достижения последним 15-летнего возраста или его недееспособности (если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство). Для больных наркоманией возраст дачи согласия на медицинское вмешательство составляет 16 лет (часть 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Проведение медицинского вмешательства без согласия пациента или законного представителя возможно по основаниям и в порядке, предусмотренным пунктом 1 части 9 и пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Таким образом, решение о госпитализации и лечении пациента с интоксикацией ПАВ без его согласия принимается по следующему алгоритму:

- для лиц старше 15-лет (страдающих наркоманией – старше 16-и), равно как и для лиц моложе указанного возраста при отсутствии хотя бы одного из родителей или иного законного представителя – консилиумом врачей или дежурным врачом единолично;

- для лиц моложе 15-лет (страдающих наркоманией – моложе 16-и) при наличии хотя бы одного из родителей или иного законного представителя – с согласия последних.

При отказе родителя или иного законного представителя от медицинского вмешательства лечение данного лица может быть проведено только по решению суда (часть 5 статьи 20).

Следует упомянуть, что острая интоксикация ПАВ отнюдь не тождественна диагнозу «наркомания».

Освидетельствование врачом – психиатром, психиатром-наркологом.

Поскольку острая интоксикация ПАВ зачастую проявляется психическими и поведенческими расстройствами, требуется консультация психиатра и/или психиатра-нарколога. В данном случае консультация психиатра будет, с юридической точки зрения, являться психиатрическим освидетельствованием. Следовательно, необходимо соблюсти его порядок, регламентированный статьями 23-25 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1.

Существенно более запутанным представляется решение вопроса о консультации психиатра-нарколога, поскольку специального регламента действующее законодательство не предусматривает. Ряд специалистов, в том числе главный внештатный специалист психиатр-нарколог Минздрава России Е.А. Брюн, полагают, что нормы Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не распространяются на наркологических больных в случаях оказания им наркологической помощи. Оставляя данную дискуссию в стороне, упомяну лишь, что, по сложившейся правоприменительной и судебной практике, российские суды не принимают от медицинских организаций, оказывающих стационарную наркологическую помощь, заявления о недобровольной госпитализации больных с металкогольными психозами.

Поэтому, во избежание возможных конфликтных ситуаций, консультацию психиатра-нарколога необходимо осуществлять в плановом порядке, заручившись соответствующим информированным добровольным согласием, исключительно для решения вопроса о дальнейшей наркологической помощи пациенту.

Передача сведений об оказании медицинской помощи больному с острой интоксикацией ПАВ.

Возможность и обязанность передачи такого рода сведений без согласия больного или его законного представителя регламентированы ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

В частности, в описываемых ситуациях применимо следующее:

- в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ;

- по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполни-

тельной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

- в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

- в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий (приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий«;

- при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

К сожалению, последнее основание прописано недостаточно четко и оставляет простор для споров юридического характера. Не ясно, в частности, имеет ли право медицинская организация, осуществляющая оказание токсикологической помощи, передавать информацию без согласия пациента в наркологическое учреждение.

Применение мер физического стеснения. Действующие нормативные документы регламентируют применение мер физического стеснения только в психиатрических стационарах (ч. 2 ст. 30 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», письмо Минздрава РФ от 26.12.2002 № 2510/12967-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи»). На оказание медицинской помощи в стационарах иного профиля указанные нормативно – правовые акты не распространяются.

Таким образом, применение медицинским персоналом соматического стационара так называемой «мягкой фиксации» будет являться безусловным нарушением закона со всеми вытекающими юридическими последствиями, вплоть до привлечения виновных к уголовной ответственности.

В случае развития у пациента выраженных психических расстройств, сопровождающихся психомоторным возбуждением, необходима экстренная консультация психиатра в соответствии с пунктом а) части 4 статьи 23 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 с последующим переводом больного в психиатрический стационар.

ИССЛЕДОВАНИЕ «МИКРОСОЦИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА» ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Сабитов И.А., Кузьмина А.Г., Макарова И.М.

Ульяновск
Ульяновский ГУ,
Ульяновская ОКНБ

Проблема аддиктивного поведения в молодежной образовательной среде, несмотря на усилия современного общества, часто приобретает пандемический характер (Кошкина Е.А., 2013). Вспышки злоупотребления «дизайнерских» наркотиков в ряде регионов уже приобрели характер «чрезвычайных» ситуаций (Иванов В.П., 2014). Несомненным приоритетом в профилактике, лечении, реабилитации и ресоциализации подобных явлений становится «микросоциальное пространство» аддикта, зачастую определяя как характер формируемой зависимости, ее течение и исход (Белокрылов И.В., 2006; Короленко Ц.П., 2012; Менделевич В.Д., 2014).

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей «микосоциального пространства» в семьях подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Контрольную группу составили 40 здоровых подростков без признаков психических заболеваний.

В исследовании приняли участие 50 аддиктов в возрасте от 12 до 17 лет, состоящих на профилактическом учете в подростковом отделении ГКУЗ УОКНБ с эпизодами употребления алкоголя и психоактивных веществ (F10.0, F10.1, F12.0, F12.1). Мужского пола -32 чел., женского-18. Учащиеся средних общеобразовательных школ составили 22 чел. (44%), техникумов- 17 чел.(34%), колледжей -9 чел.(18%) и профессиональных училищ 2 чел.(4%). Выборка строилась по принципу самообращения подростков в ГКУЗ УОКНБ и направлению их районными Инспекциями по делам несовершеннолетних.

При проведении исследования были использованы клинические психологические методики:

«Шкала семейного окружения» (Moos R.H., 1974, адаптированная Куприяновым С.Ю., 1985); «Шкала предписаний» (Pearl Dregо, 1994); «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г. с соавт. 2007.); «Методика цветовых метафор» (Соломин И.Л., 2001).

Обработку полученных результатов проводили с использованием статистического пакета Microsoft Excel 2010, Statistica v.8.0.

Полные семьи имели 48% подростков, соответственно, воспитывались в неполной семье – 52% респондентов. Интересным представляется факт, что в 20% случаев в семьях была выявлена ранняя смерть одного из родителей (отца) и единичный случай смерти матери одного из подростков в молодом возрасте. В 8% случаев (4 респондента) подростки воспитывались опекунами (бабушками), родители в этих семьях были лишены родительских прав. У 9-ти подростков (в 18-ти% случаев) наследственность была отягощена алкоголизмом родителей (отца), в единственном случае алкоголизмом обоих родителей.

По результатам методики «Шкала семейного окружения» в исследуемых семьях аддиктов отмечалось повышение уровня конфликтности, предоставление большей свободы и независимости, что в дисфункциональных семьях можно соотнести с проявлением гипоопеки и достаточно высоким уровнем стрессового напряжения. Так же было выявлено снижение уровня интеллектуально-культурной ориентации. Можно предположить, что повышение показателей по шкалам «организация» (6,32) и «контроль» (5,54) может быть еще одним сигналом формирования созависимых отношений в семье. «Организация» как объединение членов внутри семьи, может проявляться в качестве постоянной концентрации на проблемах других, частое пребывание в высоко стрессовых семейных отношениях, а контролирующее поведение становится для всех привычным. По результатам методики «Шкала предписаний» при обработке полученных данных учитывалось, что при получении результата менее 50% от максимума соответствует показателю «разрешение», а свыше 50% уже является «предписанием». По результатам наших исследований, ведущим невербальным родительским посланием (требованием), на основе которого подросток может сформировать свои представления о себе, окружающих людях и жизни, является «не чувствуй» (54 балла), вполне может способствовать развитию такой личностной черты, как алекситимия. Значимым показателем является разрешение «не будь ребенком» (46 баллов), что предполагает формирование в «аддиктогеных» семьях установок на быстрое взросление и связано с нарушением жизненных ролей, когда старшие дети нередко выполняют в семье функции собственных родителей. Невозможность постепенного своевременного

взросления также может способствовать формированию психологических защит у подростков, помогающих преодолевать конфликтные отношения в семье, где итогом может стать стремление к самоутверждению, проявлению «взрослости» через приобщение к употреблению алкоголя и наркотиков.

По результатам проективной методики «Семейная социограмма» 5 человек (10% респондентов) не включили в рисунок семьи одного из членов. ими оказались сводные братья и сестры, а так же отчимы. Эгоцентрическая направленность личности была выявлена у 17 человек (34%). «Слипание» (как недифференцированность собственного «Я», наличие симбиотических связей) было обнаружено у одного респондента, а «удаленность» (эмоциональное отвержение в семье, наличие дистантных отношений) было обнаружено у 42 респондентов (в 84% случаев).

В своем исследовании динамики межличностных отношений Белокрылов И.В (2006) отмечает, что межличностные отношения у аддиктивных личностей формируются по закономерностям, свойственным двум основным типам: первый тип соответствует независимой, отчужденной позиции по отношению к близким и другим значимым лицам, второй – зависимому, ведомому поведению. Дистантные отношения, часто сопровождающиеся эмоциональным отвержением со стороны родителей подростков, могут запускать эмоционально-компенсаторные механизмы, обеспечивающие поиск эмоционально-теплых отношений в «компании лиц», либо, вообще, вся эта хрупкая и незрелая система отношений может подменяться (замещаться), психоактивным веществом и может способствовать быстрому формированию зависимого поведения. По мнению Короленко Ц.П. и Дмитриевой Н.В. (2012) человек стремится к аддиктивной реализации, желая избавиться от не устраивающего его психического состояния и заменить последнее состоянием другого содержания. Особенностью данной трансформации является еще и тот момент, что значимость отношений с родителями, самим подростком может, в свою очередь, тоже обесцениваться. Крайней степенью выраженности данной ситуации является социальное сиротство и беспризорность, когда родители перекладывают на плечи государства воспитание своих детей, а дети добровольно оставляют родительские семьи, предпочитая вести асоциальный образ жизни.

По результатам методики «Цветовых метафор» позитивно себя воспринимали 28 респондентов (56%) и неудовлетворенными своей личностью – 22 респондента (44%). У 16-ти (32%) подростков «Я» – идеальное (каким (какой) я хочу быть) имело значительное расхождение с «Я»- реальным, что в интерпретации данной методики может указывать на жизненную неудовлетворенность и наличие связанных с этим болезненных переживаний. Родительскую заботу как положительный, значимый момент в жизни отметили 31 чел., 62% респондентов, а 6 чел. (12%) считали ее негативной. Положительное отношение к своему будущему имели 37 чел.(74%), вместе с тем 26%, соответственно, имели нейтральное и негативное отношение. Также было выявлено, что 15 чел. (30%) имели негативное отношение к отцу и 5 чел. (10%) к своей матери. Позитивное отношение к своему здоровью имели 20 чел. (40%). Всего 26 чел. (52%) имели позитивное отношение к учебе, 17 чел.(34%) имели негативное отношение к труду, 20 чел.(40%) негативно воспринимали школу или свое учебное заведение в настоящий момент. Показательным можно считать результат, что 35 чел (70%) имели негативное отношение к конфликтам, что косвенно может указывать на слабость у подростков данной группы психологических защит и несформированность копинг-механизмов.

Таким образом, в результаты проведенного исследования выявили своеобразие коммуникационных и мотивационных отношений в «аддиктогенных» семьях что, несомненно, требует дальнейшего проведения дальнейших исследований и осмысления, а в настоящий момент может служить «мишенями» для проведения индивидуальной и семейной психотерапии в рамках реабилитационных программ в системе наркологических учреждений.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Сапожников А.Н., Сабитов И.А.

Ульяновск
Ульяновский ГУ

Распространенность табакокурения связана с психостимулирующим и седативным действием никотина, при этом главной причиной невозможности избавления от этой привычки является быстрое формирование табачной (никотиновой) зависимости, которую отмечают в 25-90% случаев у лиц, систематически курящих табак. (Смирнов В.К., 2004)

Табачная зависимость – сложный вялотекущий психопатологический процесс, приобретающий на высоте своего развития черты сверхценности, которая направляет поведение больных на поиск табака и его курение (Гарницкая А.С., 1999)

Целью нашего исследования являлось изучения воздействия никотиновой зависимости и табакокурения на проявления транснозологической (Смулевич А.Б., 2010) коморбидной патологии сердечно-сосудистой системы и желудка (12-перстной кишки).

В исследование включили всего 617 пациентов (424 мужчины, 193 женщины), поступивших в региональный сосудистый центр г. Ульяновска в 2010-2013 гг. с острым коронарным синдромом. К числу лиц страдающих никотиновой зависимостью были отнесены 358 пациентов, систематически выкуривающих не менее 10 (максимально до 60!) сигарет с сутки на протяжении длительного времени, либо имеющих стаж 10 пачко/лет. Всем пациентам проводилось полное обследование согласно стандартам оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме. При сборе анамнеза акцентировалось внимание на наличие перенесенной ранее язвенной болезни 12-перстной кишки и/или желудка, сахарного диабета, а также постоянный прием ацетилсалициловой кислоты (АСК) с целью профилактики ИБС.

Статистическая обработка материала проведена с помощью русифицированного пакета «Статистика 6.0». Для непрерывных величин рассчитывали средние величины (M), стандартные отклонения (SD). Достоверность различий количественных признаков оценивалось при помощи t-критерия Стьюдента (при параметрическом распределении) и U-критерия Манна-Уитни (при непараметрическом распределении). При сравнении качественных признаков использовался критерий χ^2. Проведены парные сравнения и многофакторный анализ. Достоверность значимости коэффициента корреляции была определена критерием t, ошибка коэффициента корреляции определялась методом квадратов Пирсона. Статистически значимыми считали различия, если вероятность абсолютно случайного их характера не превышала 5% ($p<0,05$).

Ранее нами (по методу наименьших квадратов) построена регрессионная математическая модель «факторов риска, определяющих развитие эрозивно-язвенных гастропатий, у больных с острым коронарным синдромом». Никотиновая зависимость явилась одним из основных патогенетических факторов, определяющих коморбидную патологию. Из изучаемых нами факторов (возраст, курение, прием ацетилсалициловой кислоты, мультифокальный стенозирующий атеросклероз коронарных сосудов, паракоагуляция, наличие сахарного диабета и язвенной болезни в анамнезе) табакокурение вышло со вторым по величине коэффициентом 0,273 после наличия язвенной болезни в анамнезе.

Анализируя никотиновую зависимость больных с острым коронарным синдромом, определено, что распространенность составила 58% от общего число пациентов (358/617*100%). Таким образом, процент курильщиков среди больных с острым

коронарным синдромом существенно превышает таковой (около 40%) в целом по РФ. Стаж курения составлял от 9 до 56 лет. Синдром зависимости в результате употребления табака (F17.2) диагностировался в подавляющем числе случаев. Средний возраст больных-курильщиков (основная группа) составлял 54,1±9,1 года. Преобладали пациенты молодого и среднего возраста (от 26 до 60) – 272 (76%) человека. Больных старше 60 лет – 86 (24%). В группе некурящих пациентов средний возраст больных составлял 60,9±8,3 года. Пациентов молодого и среднего возраста было 146 человек, что на 20% меньше, чем в основной группе. Больных старше 60 лет – 113 (44%). Таким образом, некурящие пациенты в среднем на 6,7 года старше курильщиков. Профилактический прием АСК в дозе 75 и более мг/сутки имел место у 125 (48%) некурящих больных. В группе курильщиков процент принимающих аспирин был несколько ниже 37% (132 человека). Не найдено достоверного различия по распространенности сахарного диабета II типа. Количество больных сахарным диабетом в основной группе – 37 (10%). В контрольной группе 31 случай сопутствующего сахарного диабета II типа (12%). Наличие язвенной болезни 12-перстной кишки и/или желудка в анамнезе у 128 (36%) курящих больных. В группе сравнения эта цифра существенно меньше – 61 (24%). Следовательно, несмотря на большую частоту приема АСК и старший возраст в некурящей группе, курение в значительной степени способствовало возникновению язвенной болезни. При проведении эндоскопического исследования в основной группе эрозивно-язвенные поражения желудка выявлены у 256 (71,5%) больных. В группе некурящих пациентов поражения желудка выявлены у 119 (46%) больных, не наблюдалось острых гастропатий у 140 (54%) пациентов. Статистически у курящих пациентов с острым коронарным синдромом появление эрозивно-язвенных поражений желудка достоверно чаще ($p<0,001$, $\chi^2=41$), чем у больных некурящих.

Учитывая тот факт, что группа курящих больных значительно моложе, можно утверждать о более быстром и агрессивном процессе коронарного атеросклероза у курильщиков. В свою очередь системный характер атеросклеротического поражения предполагает нарушение кровоснабжения и в сосудах желудка, и 12-перстной кишки, что является предиктором эрозивно-язвенных гастропатий.

С использованием многофакторного анализа также доказано, что табакокурение – «независимый» фактор риска гастродуоденопатий. При построении матрицы парных корреляций выявлены различия: гастродуоденопатии и курение ($r=0,25$; $p<0,001$). При этом параметры возраст, курение, прием АСК, мультифокальный стенозирующий атеросклероз коронарных сосудов между собой не различимы ($r<0,13$), что позволяет нам считать гастродуоденопатии следствием выявления этих факторов.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ

Сахаров А.В., Говорин Н.В., Голыгина С.Е., Пляскина Е.В.

Чита
Читинская ГМА

Имеющиеся литературные данные раскрывают большое количество процессов, происходящих при хронической алкогольной интоксикации, патологоанатомами описаны структурные изменения во внутренних органах (Пауков В.С. и соавт., 2000-2007), в работах В.В. Афанасьева (2002) сформировано представление о механизмах повреждающего действия алкоголя. При этом установлено, что кровеносные сосуды, особенно микроциркуляторного русла, страдают при злоупотреблении алкоголем в первую очередь, так как осуществляют транспорт алкоголя ко всем органам. Несмотря на значимость представленной информации, точные патофизиологические механизмы нарушений микроциркуляции при злоупотреблении спиртными напитками по-прежнему не установлены. Следовательно, этот вопрос требует дальнейшего изучения, особенно при алкоголизме и алкогольных психозах, с целью определения их клинико-прогностического значения для оценки развития и тяжести алкогольных висцеропатий.

Цель исследования: оценить особенности нарушений микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии у больных алкоголизмом с синдромом отмены алкоголя с делирием.

Материал и методы. Данная работа одобрена в локальном этическом комитете Читинской государственной медицинской академии. Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовался неинвазивный метод лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью лазерного анализатора кровотока «ЛАКК-02» с компьютерным интерфейсом.

На базе Забайкальского краевого наркологического диспансера было обследовано 50 пациентов в возрасте от 25 до 50 лет, госпитализированных для лечения алкогольного абстинентного синдрома (ААС, 34 человека) и алкогольного делирия (АД, 16 человек). Исследование проводилось в 1-ый день поступления (в состоянии синдрома отмены, СО), на 4-5-ый день лечения (в начале постабстинентного состояния, НПАС) и на 14-15-е сутки от госпитализации (в конце постабстинентного состояния, КПАС). Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев в возрасте от 21 до 50 лет. Все обследованные предоставили добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Датчик устанавливался в нижней трети предплечья по наружной поверхности на 4 см выше основания шиловидных отростков локтевой и лучевой костей. Выбор этой области обусловлен тем, что она бедна артериоло-венулярными анастомозами, поэтому в большей степени отражает кровоток в нутритивном русле. Все исследования осуществлялись в положении лежа, рука находилась на уровне сердца; ЛДФ-граммы регистрировались в течение 3 минут.

Оценивались показатель микроциркуляции (ПМ), среднеквадратическое отклонение (σ) и коэффициент вариации (Kv). Параметр ПМ отражает величину потока крови в интервал времени, выражаемую в перфузионных единицах (пф.ед.); σ и Kv – вариабельность микрососудистого кровотока. Для оценки функционального состояния регуляторного звена микроциркуляции использовался Вейвлет-анализ, с помощью которого рассчитывались показатели шунтирования (ПШ), нейрогенного (НТ) и миогенного (МТ) тонуса сосудов.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-6.0». Достоверность различий с контрольной группой оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у больных алкоголизмом в состоянии отмены алкоголя показатель микроциркуляции повышался относительно контрольной группы в 2,7-2,8 раза как при ААС, так и при АД (контроль – 4,88±0,55 пф.ед.; 13,73±0,96 при ААС, $p<0,001$; 13,38±1,62 при АД; $p<0,001$). В постабстинентном периоде он уменьшался, но не достигал контрольных значений (НПАС: 11,84±0,84 при ААС, $p<0,001$; 9,89±1,06 при АД; $p<0,001$; КПАС: 9,13±0,94 при ААС, $p<0,001$; 8,03±1,38 при АД; $p<0,05$), оставаясь в 1,6-1,8 раза выше даже в конце постабстинентного состояния. Полученные результаты отражают выраженное ускорение потока крови в интервал времени через микроциркуляторное русло у пациентов, как при синдроме отмены (осложненном и неосложненном), так и после него.

Аналогичные изменения происходили со средним колебанием перфузии (σ) при неосложненном абстинентном синдроме. Среднеквадратическое отклонение было максимальным в период синдрома отмены (контроль – 1,58±0,12 пф.ед.; 3,23±0,32 при ААС, превышение в 2 раза, p<0,001), затем показатель уменьшался в постабстинентном состоянии (НПАС: 2,92±0,23, p<0,001; КПАС: 2,47±0,16, p<0,001), но не достигал контрольных значений, по-прежнему превышая их в 1,6-1,8 раза.

У пациентов в состоянии алкогольного делирия среднее колебание перфузии превышало контрольные значения в 2,2-2,3 раза как в остром состоянии (3,52±0,57; p<0,001), так и в постабстинентном периоде (НПАС: 3,64±0,60, p<0,001; КПАС: 3,56±0,53, p<0,001), не показывая тенденцию к снижению. В результате, в КПАС при алкогольном делирии величина среднеквадратического отклонения (σ) оказалась в 1,4 раза больше, чем при неосложненном абстинентном синдроме (p<0,05).

В состоянии синдрома отмены нами было установлено снижение коэффициента вариации в 1,5 раза, по сравнению с контрольной группой (контроль – 41,33±5,17%; 28,15±4,25 при ААС, p<0,05; 27,0±3,21 при АД; p<0,02). При неосложненном алкогольном абстинентном синдроме в дальнейшем в процессе терапии этот показатель увеличился, практически до контрольных значений (ААС – НПАС: 33,43±5,95; КПАС: 36,92±4,91).

В группе больных с алкогольным делирием выявлен существенный рост коэффициента вариации, который к концу постабстинентного состояния превысил контрольные значения в 1,6 раза (АД – НПАС: 40,97±7,89; КПАС: 67,12±11,22, p<0,05). Соответственно, в КПАС этот показатель в группе АД оказался в 1,8 раза больше (p<0,02), чем в группе ААС. При этом коэффициент вариации является отражением воздействия на микроциркуляторный кровоток активных механизмов регуляции, которых явно недостаточно в остром состоянии синдрома отмены при имеющихся расстройствах гомеостаза. В тоже время, после перенесенного алкогольного делирия происходит чрезмерное усиление локальных механизмов регуляции микрокровотока, что может быть неблагоприятным фактором.

Миогенный тонус метартериол и прекапиллярных сфинктеров повышался в состоянии синдрома отмены алкоголя примерно в 1,2 раза (1,83±0,06 в контроле; 2,12±0,07 при ААС, p<0,01; 1,96±0,18 при АД), сохраняясь увеличенным как в начале постабстинентного периода (1,92±0,06 при ААС; 2,11±0,11 при АД, p<0,05), так и в конце (2,02±0,07 при ААС, p<0,05; 2,06±0,09 при АД, p<0,05).

Нейрогенный тонус прекапиллярных резистентных микрососудов был немного увеличенным в группе пациентов с ААС в состоянии отмены, уменьшаясь в процессе лечения. У пациентов в группе с АД увеличение нейрогенного тонуса наблюдалось только к концу постабстинентного периода. При этом отличия в обоих случаях оказались не значимыми (контроль – 1,87±0,06; СО – 1,99±0,08 при ААС; 1,86±0,13 при АД; НПАС – 1,89±0,08 при ААС; 1,85±0,12 при АД; КПАС – 1,79±0,07 при ААС; 1,97±0,27 при АД).

Показатель шунтирования был также увеличенным при синдроме отмены алкоголя на 10-20% (контроль – 1,05±0,06; ААС – 1,18±0,06; АД – 1,24±0,08, p<0,05). В процессе терапии произошло некоторое снижение величины этого показателя (НПАС – 1,09±0,06 при ААС; 1,16±0,07 при АД; КПАС – 1,15±0,05 при ААС; 1,19±0,10 при АД).

Выводы. Таким образом, нарушения микроциркуляции у больных алкоголизмом с синдромом отмены алкоголя носят выраженный и распространенный характер, сохраняясь даже в постабстинентном состоянии, что нашло отражение в изменении всех показателей микроциркуляции, определяемых методом лазерной допплеровской флоуметрии.

При этом наблюдаются более существенные изменения микроциркуляции при алкогольном делирии, по сравнению с простым абстинентным синдромом, проявляющиеся в чрезмерном усилении локальных механизмов регуляции кровотока и их патологическом действии в течение более длительного времени, что требует соответствующей медикаментозной коррекции.

ЧАСТОТА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СТУДЕНТАМИ РАЗНЫХ ТИПОВ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ГОРОДА ЧИТЫ

Сахаров А.В., Плюснина О.Б., Говорин Н.В.

Чита
Читинская ГМА

В последние десятилетия отмечается рост нервно-психической заболеваемости, депрессивных расстройств, агрессивности, увеличение частоты алкоголизации, наркотизации, самоубийств и других форм саморазрушающего поведения среди детей и подростков, что подтверждается рядом эпидемиологических исследований (Иванов А.С., 2007; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2009-2013; Семке А.В., 2012; Солдаткин В.А., 2012) и анализом официальных показателей (Чуркин А.А., 2005).

В сложившихся обстоятельствах особое внимание должно уделяться состоянию здоровья студенческой молодежи, т.к. специфические условия трудовой деятельности, быта и образа жизни студентов отличают их от всех других категорий населения и делают эту группу чрезвычайно уязвимой в социальном плане, подверженной воздействию негативных факторов общественной жизни (Круглякова И.П., 2004; Бохан Н.А., 2010). Это обусловлено несколькими причинами: во-первых, у студентов происходит смена жизненных стереотипов, переход от детства (юности) к зрелому периоду жизни, во время которого зачастую возникают трудноразрешимые проблемы; во-вторых, у многих студентов именно во время учебы происходит первое знакомство с психоактивными веществами, начинают формироваться питейные традиции и соответствующая модель поведения (Борисов А.С. и соавт., 2006; Бохан Н.А., 2009).

Цель работы: оценить распространенность потребления психоактивных веществ у студентов разных типов учебных заведений города Читы (начального, средне-специального и высшего профессионального образования).

Материал и методы. Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование 998 студентов учебных заведений разного типа: получающих начальное профессиональное образование (НПО) было 179, средне-специальное образование (СПО) – 420, высшее профессиональное образование (ВПО) – 399 (1 и 2 курсы). Средний возраст обследованных в первой группе был равен 16,9±0,1 лет, во второй – 17,7±1,3 лет, в третьей – 18,7±0,1 лет. Юношей среди студентов НПО было 65,9%, девушек – 34,1%; среди студентов СПО – 62,1% и 37,9% соответственно; среди студентов ВПО – 31,3% и 68,7% соответственно.

Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ). Выделение донозологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтель (1986). Для диагностики алкогольных расстройств использовались критерии МКБ-10.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что курящими являются всего 12,8% учащихся ВПО, существенно

больше таковых было среди учащихся СПО – 41,4% (p<0,001) и учащихся НПО – 52,5% (p<0,001 с ВПО и p<0,02 с СПО). Аналогичная динамика прослеживалась независимо от пола: девушки – 9,5%, 44,0% и 50,8%; юноши – 20,0%, 39,5% и 53,4% соответственно.

Пробовали наркотические вещества, преимущественно производные конопли, 9,5% студентов вуза, 23,3% студентов техникума (p<0,001) и 27,4% студентов училища (p<0,001). Среди девушек аналогичные показатели были 6,2%, 21,4% (p<0,001) и 21,3% (p<0,001) соответственно, среди юношей – 16,8%, 24,5% (p<0,01) и 30,5% (p<0,001) соответственно. Кроме того, около десятка человек в начальном профессиональном и средне-специальном учебных заведениях отметили пробы/употребление таких препаратов, как «Цикломед» и «Триган-Д».

При анонимном анкетировании 22,3% студентов отметили невозможность приобретения психоактивных веществ, 54,8% затруднились с ответом, 4,5% указали на сложность их приобретения, а 18,4% считают, что это сделать довольно просто.

Структура ответов студентов НПО на вопрос о вовлеченности друзей в потребление психоактивных веществ была следующей: никто не употребляет – 62,0%; 1-2 друга – 14,5%; несколько друзей – 12,9%; большинство – 5,6%; все окружение – 5,0%. При этом 11,7% опрошенных отрицали возможный вред для здоровья от приема наркотических или других одурманивающих веществ; еще 10,1% не задумывались об этом.

Большинство опрошенных алкогольные напитки начали употреблять с возраста 13-14 лет. Основными принимаемыми спиртными напитками являлись пиво и алкогольные коктейли.

На момент обследования структура алкоголизации обучающихся клинически выглядела следующим образом: абстиненты (трезвенники) – 53,4% ВПО, 48,1% СПО, 38,6% НПО; случайно пьющие – 29,6%, 25,4% и 24,0% соответственно; ситуационно пьющие – 11,0%, 19,5% и 22,3% соответственно; систематически пьющие – 5,0%, 5,0% и 10,1% соответственно; привычно пьющие (предалкоголизм) – 1,0%, 1,0% и 2,8% соответственно; синдром зависимости от алкоголя – 0%, 1,0% и 2,2% соответственно.

Т.е. наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена у 6,0% студентов 1-2 курсов вуза, 7,0% студентов средне-специального учебного заведения и 15,1% ПТУ (p<0,01 с ВПО и СПО), преимущественно за счет употребления алкоголя с вредными последствиями. У девушек алкогольные расстройства были выявлены в 4,4%, 5,0% и 16,4% (p<0,02 с ВПО и СПО) случаев соответственно. Среди юношей алкоголизм и злоупотребление алкоголем диагностированы у 9,6%; 8,0% и 14,3% соответственно.

Выявлено, что свою семью малообеспеченной считают 18,4% обучающихся ПУ, 11,0% (p<0,05) техникума и 12,8% студентов вуза. Приводы в полицию имели 30,7% студентов ПТУ, 15,7% техникума (p<0,001) и 5,2% (p<0,001) вуза; судимость – 7,3%, 3,1% (p<0,05) и 0,8% (p<0,01) соответственно. Суицидальные попытки совершали ранее 14,5% учащихся НПО, 7,7% СПО (p<0,02) и 6,0% ВПО (p<0,02).

Выводы. Таким образом, в проведенном исследовании обращает на себя внимание довольно высокая распространенность потребления психоактивных веществ у студентов: курят 31,9% всех студентов, пробовали наркотики в течение жизни – 18,5%; злоупотребляют алкоголем – 8,0%. Особенно неблагополучная ситуация наблюдается в средне-специальном и начальном профессиональном учебных заведениях, что во многом обусловлено сложным контингентом обучающихся. Полученные результаты демонстрируют необходимость организации дифференцированных профилактических мероприятий в конкретном типе образовательного учреждения с целью предупреждения возникновения аддиктивных расстройств.

ОСОБЕННОСТИ ЛАТЕРАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

Сивач Т.В., Ненастьева А.Ю., Усманова Н.Н.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Одним из перспективных подходов к профилактике аддиктивного поведения является исследование профилей межполушарной ассиметрии головного мозга с целью выделения лиц, входящих в группу риска. В последнее десятилетие в нейропсихологии сложилось автономное направление, занимающееся изучением корреляций латеральных признаков человека с его индивидуальными особенностями, в т.ч. и с предрасположенностью к зависимостям от ПАВ. В частности имеется также целый ряд работ, касающихся изучения функциональной асимметрии мозга (ФАМ) при алкогольной зависимости, однако они характеризуются разнородностью и противоречивостью, что и диктует необходимость дальнейшей разработки данной проблемы.

Цель: сравнительное изучение нейропсихологических профилей больных с алкогольной зависимостью со здоровым контингентом. Рабочая гипотеза: разные варианты профилей латеральной организации мозга обнаруживают определенные особенности протекания психических процессов при алкогольной зависимости и в норме.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных со средней стадией алкогольной зависимости и 30 здоровых испытуемых. Все обследованные – мужчины, средний возраст основной группы – 38,88±5,96 лет, контрольной 32,5±6 года. Длительность алкогольной зависимости составила 8,87±3,8 лет. По всем социально-демографическим параметрам обе группы полностью сопоставимы.

Было проведено исследование структуры латеральных предпочтений: моторной асимметрии (функциональная асимметрия рук, ног и тела) с использованием опросника для определения рукости, а также «аплодирование», «проба на взятие предмета», «проба на выполнение любых мануальных заданий» (Семенович А.В., 2008); пробы «переплетение пальцев«, «перекрест рук», (Лурия А.Р., 1969); сенсорной асимметрии (функциональная слухового, зрительная асимметрия) с использованием пробы «прислушивание« (Лурия А.Р., 1969), пробы «телефон« (W. Surwillo, 1981), пробы «часы« (A. Berman, 1973), пробы «с прищуриванием глаза», «рассматривание предмета через полую трубу», «прицеливание», «проба с карандашом» (Семенович А.В., 2008).

Результаты у больных с алкогольной зависимостью при изучении моторной и сенсорной сферы выявляется преобладание левых профилей латерализации. Так, праворуких оказалось 10 человек (33,3%), а леворуких – 14 (46,7%), амбидекстров – 6 (20%); правый тип показателя «перекрест рук» среди больных с алкогольной зависимостью встречается реже, чем у здоровых людей. Среди больных алкоголизмом также реже встречается правый тип аплодирования и правая ведущая нога у 8 больных (26,7%), а левая нога у 16 (53,3%), амбидекстрия встречается у 6 пациентов (20%); правый доминантный глаз был выявлен у 12 больных (40%), а левый – у 14 (46,7%) амбидекстрия наблюдается у 4 (13,3%); правое доминантное ухо отмечалось у 12 (40%) больных, а левое – у 16 (53,3%), амбидекстров 2 (6,7%).

Таким образом, правополушарное доминирование в моторной и сенсорной сфере может рассматриваться как один из предикторов принадлежности индивида к группе риска по алкогольной зависимости.

Выводы: сравнительное исследование нейропсихологических профилей больных с алкогольной зависимостью и здорового контингента подтвердило рабочую гипотезу о том, что разные варианты профилей латеральной организации моз-

га обнаруживают особенности протекания психических процессов при алкогольной зависимости и в норме. Полученные данные позволят обеспечить первичную адресную профилактику, т.е. провести мероприятия, направленные на предупреждение ряда причин алкоголизма задолго до того, как они могут возникнуть.

Отечественный и зарубежный опыт показывает, что наиболее эффективными оказываются не деструктивные методы профилактики, основанные на запугивании и устрашении, а конструктивные – направленные на формирование такой смысловой ориентации личности, для которой алкоголь и наркотики не могут являться ценностями.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ И ГЛУТАМАТ

Сиволап Ю.П.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Алкоголь оказывает многообразное влияние на центральную нервную систему (ЦНС), и характер его нейротропных эффектов определяется рядом факторов, в том числе количественными параметрами употребления и индивидуальными особенностями реактивности.

У 50% индивидов, проходящих алкогольную детоксикацию, обнаруживаются когнитивные расстройства, а морфологические признаки церебральной атрофии обнаруживаются в 75% аутопсии умерших в связи со злоупотреблением алкоголем.

Употребление алкоголя входит в число главных причин умеренного когнитивного нарушения (mild cognitive impairment) у лиц пожилого возраста и рассматривается в качестве одного из факторов, повышающих риск развития болезни Альцгеймера.

Наряду с тем, что злоупотребление алкоголем способствует развитию атрофии альцгеймеровского типа, алкоголь играет роль самостоятельного фактора в развитии деменции.

Показано также, что умеренное потребление алкоголя играет роль своеобразного нейропротектора и снижает риск развития нейродегенеративных процессов, включая болезнь Альцгеймера.

Обобщая данные многих исследований и мнения многочисленных экспертов, следует, видимо, признать, что умеренное потребление алкоголя противодействует возникновению когнитивных нарушений, тогда как чрезмерное употребление способствует их появлению. При этом, в зависимости от участия тех или иных этиопатогенетических факторов, патологический процесс может развиваться как по неспецифическому («алкогольному»), так и (видимо, в случаях особого предрасположения) по альцгеймеровскому типу.

Весьма высокой чувствительностью к повреждающему действию алкоголя обладает развивающийся мозг.

Тяжелое пьянство у подростков вызывает функциональные и структурные изменения мозга, что влечет за собой нарушения психики и поведения не только в подростковом возрасте, но и во все последующие возрастные периоды.

Большое значение в развитии алкогольного поражения мозга придается измененной активности глутамата и связывающих его NMDA-рецепторов.

Алкоголь является антагонистом NMDA-рецепторов, и его систематическое употребление приводит к NMDA-индуцированным глутаматергическим сдвигам. Последние, в свою очередь, играют существенную роль в формировании физической зависимости от алкоголя, и последняя рассматривается в качестве адаптивной реакции, направленной на сохранность нормальных мозговых функций.

Хроническое употребление алкоголя приводит к увеличению синтеза глутамата и NMDA-рецепторов. Прекращение употребления и эксайтотоксические эффекты глутамата, высвобождающегося из связи с рецепторами, во многом определяют, наряду с дефицитом гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), картину состояния отмены алкоголя и лежат в основе психофизического возбуждения и острого повреждения нейронов.

Очевидно, что глутаматергическим влиянием этанола объясняется эффективность антагонистов глутамата (например, мемантина) в лечении синдрома отмены алкоголя, сопоставимая с таковой у бензодиазепинов и других агонистов ГАМК.

Безусловный интерес представляет современная концепция алкогольной зависимости как когнитивного феномена, связанного с измененным метаболизмом глутамата.

Глуматамергические эффекты этанола позволяют высказывать предположение, что нормализация концентрации и активности глутамата в мезокортиколимбической системе и расширенной миндалине (extended amygdala) может создать серьезные перспективы для лечения алкогольной зависимости.

АНАЛИЗ МОТИВОВ ПОТРЕБЛЕНИЯ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА ИЗ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Синевич А.А., Копытов А.В.

Минск, Беларусь
УЗ Солигорская ЦРБ,
Республиканский научно-практический центр психического здоровья

В настоящее время научный прогресс сопровождается изобретением новых, искусственно синтезированных наркотических веществ, что является актуальной проблемой в Республике Беларусь. Из года в год появляется все большее число новых наркотических веществ, преимущественно синтетического происхождения, которые вызывают сильнейшую зависимость и необратимые психические расстройства. Широкое распространение отравлений ранее не встречавшимися наркотиками, представляет для врачей определенные трудности, связанные с клинической и лабораторной диагностикой, а также с лечением больных и медицинским освидетельствованием. Исследования в области использования синтетических каннабиноидов ограничены. Поскольку государства начали контролировать потребление и сбыт, многие синтетические каннабиноиды только недавно были разработаны, так что информации о своих краткосрочных и долгосрочных последствиях достаточной нет. Отсутствуют какие-либо частные клинические исследования и более масштабные общественные.

Цель данного исследования провести анализ причин употребления курительных смесей у лиц мужского пола из Республики Беларусь, для определения мотивационных факторов и обоснования профилактических мероприятий.

Объект и методы исследования. Было обследовано 115 человек мужского пола в возрасте 15-34 лет. Основную группу (ОГ) составили 60 человек с зависимостью от курительных смесей. Контрольная группа (КГ) из 28 человек без аддиктивных проблем. Группа сравнения (ГС) из 27 человек с опиоидной зависимостью.

ОГ и КГ имели некоторые статистические отличия по распределению субъектов в зависимости от типов семейно-социальных условий воспитания. В ОГ и КГ, соответственно, воспитание в полной семье 54,3% и 73,7%; воспитание в деформированной семье 45,7% и 26,3%. В ОГ и ГС аналогичные данные не отличались: 54,3% и 55,6% в полной семье; 45,7% и 44,4% в деформированной.

При статистической обработке данных установлено, что среди субъектов ОГ и ГС достоверно преобладали конфликтные отношения в семьях, нежели в КГ (соответственно, 69,5%, 62,9% и 21,1%).

У 39% исследуемых ОГ имелась отягощенная наследственность по алкогольной либо наркотической зависимости, в КГ у 10,5%. В ГС наследственность была отягощена у 62,9% исследуемых.

Злоупотребление ПАВ жены (сожительницы) имело место в ОГ у 17,5%, ГС у 44,4%, в КГ отсутствовало.

Факт проживания в семье или отдельно не был связан со склонностью к формированию аддиктивного поведения. В ОГ, КГ и ГС количество лиц проживавших в семье был соответственно 91,5%, 89.5% и 85,2%.

Среди субъектов ОГ 42,4% имели профессию, в то время как в КГ таковых было 79%. В ГС профессию имели 67% исследуемых.

Из лиц ОГ, привлекавшихся к административной либо уголовной ответственности правоохранительными органами, – 58,4%, в КГ – 26,3%. В ГС данный показатель составил 100%.

Для исследования мотивационной сферы был использован опросник «Мотивация употребления наркотических веществ (Завьялов В.Ю., 1989)».

Результаты исследования. Анализируя полученные данные, установлено, что ведущее место в ОГ занимают гедонистические мотивы, что отражает стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия курительных смесей. Поэтому нахождение их среди ведущих у подростков и молодежи не вызывает удивления и вполне оправдано.

На втором месте атарактические мотивы потребления, свидетельствующие о внутренних личностных проблемах у исследуемых. Курительные смеси они принимают в связи с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания. Чаще всего в роли негативных эмоциональных переживаний выступают тревога, напряжение либо депрессивный фон. В современном обществе увеличивается количество различных социальных факторов, приводящих к изменению эмоционального, душевного состояния. Использование ПАВ в качестве анксиолитических или антидепрессивных средств являются «оправданным» из-за их доступности.

Аддиктивные мотивы, занимающие третью позицию в профиле, свидетельствуют о сформированной зависимости испытуемых в ОГ. Самое незначительное влияние имеют субмиссивные и самоповреждающие мотивы.

В КГ преобладают личностные мотивы, они занимают три первых позиции, а преобладающими по частоте и выраженности являются гедонистические мотивы. Самые низкие показатели были получены по самоповреждающим и традиционным мотивам.

В профиле ГС ведущие позиции занимают абстинентные, аддиктивные мотивы и гедонистические. Данное распределение указывает на тяжесть опиоидной зависимости. Субмиссивные и самоповреждающие мотивы имеют самые низкие показатели в данной группе.

При сравнении профилей в ОГ и КГ были получены достоверно различные данные по традиционным мотивам (12,68 и 8,54 баллов, соответственно). Отличий в показателях по данному виду мотивов в ГС (11,76 баллов) и ОГ не установлено.

Не установлено достоверных отличий между показателями по субмиссивным мотивам в ОГ, КГ и ГС (10,8; 11,08; 10,2 баллов). Субмиссивные мотивы отражают низкое давление на субъекта со стороны референтной группы или других людей.

Для потребителей курительных смесей (ОГ) более типичным являются псевдокультуральные мотивы (13,2 баллов), свидетельствующие о стремлении человека приспособиться к ценностям референтной группы, включающий доступность употребления наркотических веществ по сравнению с КГ (10,64 баллов, $p<0,05$). Показатели по данному виду мотивов выше в ОГ по сравнению с ГС (12,72 баллов), но без значимых достоверных отличий.

При сравнении личностных мотивов были получены достоверно более высокие значения в ОГ, по сравнению с КГ, по всем трем составляющим, что говорит о потребности исследуемых из ОГ к изменению своего внутреннего психологического состояния.

Более высокие значения по гедонистическим мотивам в ОГ отражают более выраженное стремление к получению физического и психического удовольствия от действия наркотиков в отличие от КГ (18,36 и 13,96 баллов, соответственно).

Высокие данные по атарактическим мотивам свидетельствуют о желании снять негативные эмоциональные переживания с помощью наркотических веществ в ОГ – 15,57, в отличие от КГ – 12,8.

Достоверно значимые различия были получены по шкале гиперактивации в ОГ и КГ (14,93 и 12,36), что свидетельствует о стремлении выйти из состояния скуки, бездействия у испытуемых в ОГ в отличие от КГ.

В ОГ и ГС отсутствовали достоверные различия данных по данным видам мотивации, что говорит о схожести личностных мотивов при потребности употреблении синтетических каннабиноидов и опиоидов.

У субъектов из ОГ и ГС достоверно более высокие показатели, по сравнению с КГ, по абстинентным мотивам, отражающим желание купировать абстинентный синдром, улучшить самочувствие, а также по аддиктивным мотивам, свидетельствующим о пристрастии к наркотику, желанию вызвать состояние наркотической интоксикации.

Показатели по абстинентной и аддиктивной мотивации были достоверно выше в ГС (употребляющих опиаты) по сравнению с ОГ (соответственно, абстинентные 21,44 и 15,36 баллов; аддиктивные 19,32 и 14,34 баллов), что свидетельствует о более выраженном пристрастии и более тяжелом состоянии отмены у потребителей опиоидов по сравнению с потребителями курительных смесей.

По мотивам самоповреждения отсутствуют достоверные различия показателей в трех группах.

Данное исследование является хорошим подспорьем для прогнозирования профилактических мероприятий в данной социально–демографической группе. При проведении профилактики употребления курительных смесей желательно обращать внимание на установленные в работе прогностически неблагоприятные мотивационные факторы. Выявленные мотивы употребления наркотических веществ могут являться «мишенями» профилактических, коррекционных и образовательных программ. Условия проведения профилактических и медицинских мероприятий желательно проводить с учетом специфики различных социальных групп.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МОТИВАЦИИ И СУБЪЕКТИВНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТИ

Старченкова А.М., Урсу А.В.

Иваново
Ивановская ГМА

Актуальность. В последние десятилетия, в связи с развитием IT технологий, среди лиц молодого возраста все чаще встречается Интернет-зависимость. Практически каждый человек хоть раз в жизни сталкивался с этим явлением, и все больше подростков, молодежи и людей среднего возраста вовлекаются в компьютерную игру в ущерб реальной жизни. В настоящее время зависимыми от компьютерных игр являются 10-15%

пользователей во всем мире. В виду отсутствия единой системы диагностики эти цифры колеблются от 3% до 40% (T.Liu, Marc N. Potenza). Однако, все еще остается открытым вопрос, существует ли Интернет-зависимость как отдельная нозологическая форма (K. S. Young, 1. Goldberg, В.Л. Малыгин) или же Интернет является средством реализации других форм аддикций (M. Griffiths, А. Ю.Егоров). В то же время некоторые авторы (H. Shaffer, M. Hall) придерживаются одновременно двух мнений: интернет выступает в качестве средства достижения аддиктивного контента при сформированной аддикции, но возможно существование и самостоятельной формы зависимости от интернета.

Для решения этой проблемы необходимо сфокусироваться на изучении психологических механизмов развития Интернет-зависимости.

Цель – изучить особенности взаимосвязи между интернет-зависимостью и другими формами химических зависимостей.

Задачи:

1. Изучение особенностей мотивации к компьютерным играм,

2. Изучение субъективных переживаний у лиц с различной степенью интернет зависимости.

Материалы и методы. Для определения степени выраженности Интернет-зависимости применялся тест Чена (в адаптации В.Л. Малыгина), который позволяет не просто диагностировать предполагаемый факт наличия/отсутствия интернет зависимого поведения в дихотомическом деление на да/нет, но и качественно определить выраженность тех или иных симптомов характеризующих паттерн зависимого поведения. Для изучения мотивации к компьютерным играм мы адаптировали тест мотивации потребления алкоголя (В.Ю. Завьялова), включающий в себя 9 шкал по 5 утверждений в каждой, образующих три триады – социально-психологических, личностных (персональных) и собственно патологических аддиктивных мотивов игры. Для изучения субъективных переживания была разработана специальная анкета из 40 вопросов, характеризующих переживания игрока. Респондентам было предложено оценить актуальность каждого из названных переживаний лично для них по шкале от «совсем не подходит» до «подходит полностью».

В исследовании приняло участие 83 человека, средний возраст составил 21±1 год.

Результаты. По результатам проведенного исследования, согласно тесту Чен большинство опрошенных не страдают Интернет-зависимостью (54%), треть имеют склонность к формированию зависимости (34%), Интернет-зависимость была выявлена в 12% случаев.

Наиболее распространенными мотивами к компьютерным играм стали: псевдокультуральные (стремление человека приспособить свой личный опыт к «игровым ценностям« социальной микросреды, в которой он функционирует, «так принято»), атарактические (желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания, напряжение, страх, тревогу с помощью игры), гедонистические (стремление испытать чувство эйфории) и субмиссивные (подчинение давлению других людей или референтной группы, «за компанию с друзьями»), что относится к группам личностных мотивов и социально-психологических.

Проведя сравнение группы Интернет-зависимых с контрольной, было выявлено, что лица с признаками Интернет-зависимости достоверно ($p<0,05$) отличались наличием более выраженной атарактичекой, гедонистической, псевдокультуральной, гиперактивации поведения (избавление от чувства апатии, пассивности, безразличия, стремление выйти из состояния скуки, психологической «пустоты«, желание усилить эффективность своего поведения) и «похмельной» мотивациями (улучшение своего состояния вне игры, избавление от дискомфорта), что так же относится к группам личностных мотивов и социально-психологических.

Выявленные различия в группах подтверждались наличием достоверной корреляционной связи между интернет-зависимостью и атарактической ($r=0,35$), псевдокультуральной ($r=0,40$), похмельной ($r=0,27$) мотивациями, а так же мотивацией гиперактивации поведения ($r=0,36$). Похмельная мотивация относится к триаде собственно патологических мотивов к игре, что говорит о формировании патологического влечения.

Для того, что бы подтвердить выявленную тенденцию, было решено провести классификационный анализ субъективных переживаний игроков. По результатам которого было выделено 3 кластера:

Первый кластер выделил признаки патологического влечения к игре (навязчивые мысли об игре вне игрового процесса, нарастающее желание играть, на фоне которого образы игры становятся все ярче, повышение настроения с чувством внутреннего подъема при принятии окончательного решения начать игру). Второй кластер – признаки «погружения в игру» (чувство изменения качества графики, ощущение «оживания» виртуальной реальности, идентификации себя с героем игры), которые аналогичны симптомам опьянения. Третий кластер – признаки тревожно-депрессивных расстройств, возникающих «вне игры» (Признаки нарушения вегетативной регуляции, снижение настроения с элементами апатии, чувство тревоги и суицидальные мысли), что можно расценить как явления абстинентного синдрома.

Выводы: На основании полученных данных можно предположить, что субъективные переживания у лиц, увлеченных компьютерными играми, во многом аналогичны переживаниям людей, страдающих классическими формами зависимостей.

В процессе формирования и развития интернет-зависимости наблюдается тенденция к трансформации мотивации к компьютерным играм, т.к. для интернет-зависимых лиц игра становится чем-то большим, а не просто способом поднять настроение, что характерно и для классических (химических) видов зависимостей.

Таким образом, интернет-зависимость во многом аналогична другим формам химических зависимостей, что может свидетельствовать в пользу того, что интернет- зависимость является самостоятельной нозологической единицей.

ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ

Тарумов Д.А., Ефимцев А.Ю., Литвинцев Б.С., Корзенев А.В., Евдакова И.А., Павлов Р.А.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

В последние годы теоретические представления о патогенезе аддиктивных расстройств претерпевают существенные изменения. Это связано с бурным развитием неинвазивных нейровизуализационных технологий позволяющих наглядно увидеть и количественно измерить многие параметры прижизненной структуры, локального кровотока и метаболизма мозга человека в норме и патологии, а также с использованием и изучением экспериментальных моделей аффективной патологии in vivo. Отдельно взятые методы раннего выявления лиц, употребляющих, а так же склонных к употреблению ПАВ малоинформативны и не отвечают современным тенденциям роста аддиктивной патологии, что требует пересмотра данной концепции в целом с точки зрения комплексной диагностики данных состояний. Этим

обусловливается целесообразность поиска дополнительных (к клинико-психопатологическому и лабораторному), комплексных методов диагностики аддиктивных расстройств (прежде всего алкоголизма и наркомании), включающих психологические, лабораторные методы, неврологический осмотр и инструментальные методики, в том числе функциональную и структурную нейровизуализацию.

Целью исследования являлось изучение нейровизуализационных особенностей опиоидной наркомании.

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов мужского пола (25,9±2,6 лет) с подтвержденным диагнозом синдрома зависимости от опиоидов. Стаж наркотизации 9,5+3,4 лет. Контрольная группа здоровых лиц составила 27 человек. Психическое состояние оценивалось с помощью клинико-психопатологического метода и психометрических шкал: анкеты для оценки выраженности синдрома ангедонии; шкалы тяжести зависимости (SDS-S) и (SDS-D); шкалы этапа изменения в готовности и стремлении к лечению (SOCRATES); диагностического скринингового опросника (PDSQ). При исследовании морфофункциональных характеристик головного мозга пациентам выполнялась функциональная МРТ (фМРТ) с использованием модифицированного Струп-теста. При проведении нейровизуализационных исследований изучались особенности паттернов мозгового ответа у больных основной выборки и контрольной группы.

Результаты и их обсуждение. При обследовании с помощью методики SDS тяжелая степень наркотической зависимости определялась у 62,7% (n= 25) больных, средняя и умеренная – у 37,3% (n= 13 и n= 3 соответственно) больных.

По результатам шкалы готовности и стремления к лечению (SOCRATES) все пациенты продемонстрировали достаточно высокие показатели, при этом статистически значимые отличия выявлялись между группами с длительной и ранней ремиссиями – по параметрам «осознания» и «принятых усилий».

По данным опросника PDSQ, и соотнесению его результатов с результатами шкалы тяжести зависимости SDS, у лиц с тяжелой степенью наркотической зависимости выявлялись признаки тяжелого депрессивного эпизода с высоким суицидальным риском. А у лиц со средней и умеренной тяжестью наркотической зависимости (по результатам того же опросника) психическое состояние соответствовало критериям генерализованного тревожного расстройства с соматическим компонентом и ипохондрическими включениями.

В ходе проведения Струп – теста были выявлены различия в длительности латентного периода ответов у пациентов основной группы по сравнению с контрольной: между блоками Active (0,6+ 0,2 с против 0,3+ 0,1 с) и Baseline (0,4+ 0,3 с против 0,2+ 0,1 с). Наименьшую задержку демонстрировали здоровые испытуемые, задержка ответа пациентов с длительной ремиссией достигала максимума после ошибочных ответов. Наконец, пациенты, находящиеся в состоянии ранней ремиссии (менее 6 месяцев) демонстрировали максимальную задержку ответов, их реакции были наименее интенсивны.

Полученные результаты показывают, что на момент включения в исследование у больных всех групп регистрировались высокие показатели реактивной тревоги, суицидального риска, депрессии, высокие показатели выраженности всех трех компонентов синдрома ангедонии, а также, не смотря на различные сроки ремиссии, было выявлено интенсивное влечение к героину. При этом, по результатам шкалы готовности и стремления к лечению (SOCRATES) все пациенты продемонстрировали достаточно высокие показатели.

В ходе нейровизуализационного исследования были определены области со статистически достоверными активациями в областях систем «памяти» (миндалина и гиппокамп), «когнитивного контроля» (лобная и префронтальная кора), «мотиваций и эмоций» (лобная кора). При этом структуры головного мозга ответственные за систему «вознаграждения» оставались незадействованными. Не исключено, что данный факт позволяет уточнить состояние пациента: находится ли он в состоянии интоксикации в конкретный момент времени. Наличие активаций в зоне «когнитивного контроля» соотносится с результатами шкалы SOKRATES, демонстрирующими высокие показатели готовности к лечению и изменению жизненных позиций. Интересными и неоднозначными являются полученные кластеры активаций в стволовых структурах головного мозга. Эти результаты, вероятно, объясняются наличием в данных зонах большого количества опиатных рецепторов.

Данные результаты неоднозначны и носят противоречивый характер, в том числе, и из-за небольшого количества наблюдений, на основе которых они были выполнены. Вместе с тем, примечательным для подобных исследований является факт выявления определенных нейрофункциональных изменений при аддиктивных расстройствах ряд из которых, возможно, может быть «специфичным» для данной патологии. В связи с этим, полученные предварительные результаты требуют более детального изучения в дальнейшем с помощью других методов нейровизуализации, таких как диффузионно-тензорная МРТ, воксельная морфометрия, спектроскопия и позитронно-эмиссионной томография головного мозга.

Выявленные при проведении фМРТ, задействованные патологическими активациями, участки в дальнейшем являются «мишенями» для количественного исследования их методом ПЭТ. Методика трактографии, вероятно, предоставит широкие возможности по изучению вопросов наследственности аддиктивной патологии. Комплексное многостороннее сравнительное исследование аддиктивной патологии в целом, в ближайшем будущем положит основу для новой патогенетической классификации химических и нехимических (пищевой, игровой, компьютерной) зависимостей.

Таким образом, сочетание клинических и лабораторно-инструментальных методов, включая функциональную нейровизуализацию, предоставляет возможность более комплексно и объективно рассмотреть проблему аддиктивной патологии для поиска дополнительных (к клиническим) критериев формирования аддиктивных нарушений, в том числе и у так называемых лиц, склонных к зависимому поведению.

В результате проведенного исследования обнаружено, что у больных с аддиктивными расстройствами имеются статистически значимые функциональные изменения в стволовых структурах, префронтальных корковых отделах и структурах гиппокампа (по сравнению со здоровыми лицами) при отсутствии признаков макроорганических поражений указанных участков мозга.

Выводы.

1. Результаты современных исследований свидетельствуют об изменениях в дофаминовой системе головного мозга вследствие интоксикаций НПВ, под влиянием которых у больных аддиктивной патологией формируются функциональные системы, закрепляющие аддиктивное поведение: система «награды» – в прилежащем ядре и вентральной области паллидума, система «побуждения к действию» – в орбитофронтальной коре и под мозолистым телом, система «памяти и запоминания» – в миндалине и гипокампе, система «контроля» – в префронтальной коре и передней поясной извилине.

2. Активации в зоне ствола и моста головного мозга вероятнее всего связаны со скоплением в этой области опиоидных рецепторов.

3. В ходе исследования значимых корреляций описанных нейрофункциональных изменений с длительностью заболевания и ремиссии, клинической симтоматикой не обнаружено.

МНОГООСЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Тихенко В.В.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

По данным мониторинга наркоситуации в Российской Федерации, количество лиц, регулярно и эпизодически потребляющих наркотики, оценивается приблизительно в 8 млн. человек, 5 млн. из которых – это лица, эпизодически потребляющие наркотики. Особое опасение вызывает тот факт, что до 80% потенциальных наркозависимых составляют молодые люди в возрасте от 16 до 30 лет. Постоянно растет спрос и расширяется спектр наркотических средств, стремительно увеличивается доля употребления так называемых «синтетических» наркотиков, практически ежедневно появляются новые их виды, объективная детекция которых представляет серьезную проблему.

Правительство Российской Федерации предпринимает активные действия по борьбе с распространением наркотиков на территории страны. В утвержденной Государственной программе по «Противодействию незаконному обороту наркотиков», одной из заявленных целей является предотвращение распространения наркомании в молодежной среде. Акцент в этой работе делается на раннее выявление наркозависимых и лиц, эпизодически употребляющих наркотические средств и психотропные вещества (НСПВ).

Существующая нормативно-правовая база регламентирует проведение социально-психологического тестирования и медицинского исследования, методическое наполнение которых не регламентируется. В тоже время, многоосевой подход в оценке психического здоровья, сформированный в рамках «адаптационной» парадигмы и показавший свою эффективность при массовых психопрофилактических осмотрах, может быть применен и для выявления донозологических форм аддиктивных расстройств.

В целях раннего выявления лиц эпизодически употребляющих НСПВ, с применением многоосевого подхода в оценке психического здоровья, было обследовано 107 человек, проходивших обучение по программам дополнительного профессионального образования в сфере менеджмента и управления персоналом. Все обследуемые на момент исследование были признаны физически и психически здоровыми, имели высшее профессиональное образование, стаж работы по основной специальности не менее трех лет, средний возраст составлял 28 лет.

На первом этапе производилась оценка индивидуально-личностных особенностей испытуемых, а также уровень их зависимого поведения – уровневая ось (субъективная адаптация). На данном этапе использовались методики: тестовая батарея «Кандидат на руководящую должность» (КРД), включающей в себя ряд методик: «Матрицы Равена», «Словарь», «М-профиль», «Шкала базисных утверждений» (шкала БУ-1), «Личностный опросник руководителя» (ЛОР). Также использовались Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО), методики «Склонность к отклоняющемуся поведению» (СОП), «Числовые ряды», «Аналогии», «Память на фигуры», «Память на слова». Для оценки зависимого поведения использовалась методика «Аддикт», в которой учитывались результаты опросников «Аддиктивная склонность» и «Девиантность».

На втором этапе оценивался уровень профессиональной адаптации – функциональная ось. В этих целях использовались: Анкета динамического наблюдения (АДН), которая заполнялась руководителями учебной группы и оценка текущей успеваемости (экспертная оценка преподавателями).

На третьем этапе, проводилось обследование испытуемых на наличие метаболитов НСПВ в биологических средах методом иммунохроматографического анализа с подтверждением результатов в химико-токсикологической лаборатории – биологическая ось.

По результатам третьего этапа выборка была разделена на три группы: эпизодически употребляющие (n=18), уклонившиеся от тестирования на наркотики (n=36) и группа контроля (n=53).

В результате проведенного обследования установлено, что в группе с объективно подтвержденным фактом эпизодического употребления было выявлено наибольшее количество достоверных различий. Показатели в группах контроля и уклонившихся от тестирования практически не имеют достоверных различий. Единственным показателем, отличавшим группу уклонившихся от тестирования от контрольной группы, был достоверность по методике «Кандидат на руководящую должность», что свидетельствовало о большем количестве неискренних ответов.

Среди лиц эпизодически употребляющих НСПВ были достоверно выше показатели «Деликвентное поведение», «Аддиктивная склонность» методика СОП, «Моральная нормативность», «Коммуникативный потенциал», «Личностный адаптационный потенциал» методика МЛО «Адаптивность», «Интеллектуальный потенциал», «Адаптационный потенциал» тестовая батарея КРД. Лица, эпизодически употребляющие НСПВ, достоверно отличались по методике «Аддикт» от остальных категорий более выраженной склонностью к агрессии и насилию.

Таким образом, у обучающихся данной группы субъективная оценка риска развития деликвентного поведения, а также аддиктивной склонности были менее выражены, чем у остальных обследуемых. Данная группа обследуемых отличалась более высокими субъективными показателями адаптационных и интеллектуальных способностей (уровневая ось). Результаты экспертной оценки и данные текущей успеваемости показали, что уровень социальной и профессиональной адаптации у лиц, эпизодически употребляющих НСПВ, был значимо ниже, чем в остальных группах (функциональная ось).

Таким образом, субъективная оценка своих профессиональных качеств и индивидуально-личностных особенностей лицами, эпизодически употребляющих НСПВ, существенно отличалась от объективных показателей.

Проведенное исследование показало, что использование многоосевого подхода в диагностике донозологических форм аддиктивной патологии перспективно при проведении массовых психопрофилактических осмотров.

Установлено, что лица с донозологическиой формой аддиктивной патологии отличаются высокими показателями по уровневой оси и низкими показателями по функциональной оси.

На этапе группового психологического обследования лица, эпизодически потребляющие НСПВ, не выявляли признаков делинквентного и аддиктивного поведения.

Полученные данные необходимо учитывать при проведении мероприятий, направленных на раннее выявление лиц, склонных к употреблению НСПВ.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПСИХОЗ В СВЯЗИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Усов Г.М., Науменко Е.А., Гасенко К.А., Донской В.В., Гусев А.М., Суханова Н.С.

Омск
Омский ГМУ,
БУЗ Омской области КПБ им. Н.Н. Солодникова

Цель исследования: охарактеризовать паттерны наркотизации лиц, употреблявших синтетические каннабиноиды

и психостимуляторы и перенесших вследствие этого психотическое расстройство, а также оценить психопатологическую структуру данных психозов.

Материал и методы. Нами были обследованы 25 мужчин, госпитализированных в стационар БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова» в связи с психозом, развившимся на фоне употребления синтетических каннабиноидов («спайсы») и психостимуляторов («соли»). Средний возраст обследованных составил 29 лет (15-44 лет). С помощью разработанного нами структурированного интервью были получены сведения о социальной адаптации пациентов, характере и динамике употребления психоактивных веществ (ПАВ) и клинико-динамических особенностях настоящего психоза.

Результаты и обсуждение. Группу обследуемых составили мужчины трудоспособного возраста со средне-специальным (48%), средним (40%), высшим (8%) и неполным средним (4%) образованием, однако в большинстве случаев не работающие – 84%. Источником средств к существованию у 40% пациентов служили случайные заработки, 28% находились на иждивении родственников и лишь 16% имели к моменту госпитализации постоянный заработок. Остальные 16% не имели заработка либо связывали его с преступной деятельностью. Большинство пациентов (88%) на момент госпитализации не имели собственной семьи: 52% обследованных никогда не состояли в браке и продолжали проживать с родителями, еще около трети (32%) были разведены и 4% не вступали в брак, но проживали самостоятельно. К уголовной ответственности ранее привлекались 64% больных, причем почти все они отбывали наказание в местах лишения свободы за кражи, мошенничество и незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ.

Начало наркотизации у большинства обследованных приходилось на возраст младше 20 лет, т.е. средний стаж потребления ПАВ к моменту госпитализации составлял около 10 лет. Большая часть пациентов (84%) до знакомства с синтетическими каннабиноидами и стимуляторами имела опыт злоупотребления более чем одним ПАВ. Чаще всего в анамнезе отмечалось употребление натуральных каннабиноидов (курение) и опиоидов (преимущественно внутривенное введение), на долю которых пришлось соответственно 72% и 68%. У 76% пациентов имел место сочетанный прием синтетических ПАВ с алкоголем (76%); реже встречались сочетания натуральных каннабиноидов с солями или опиоидами.

Настоящая госпитализация в психиатрический стационар являлась первой в жизни лишь для половины респондентов. Однако госпитализация по поводу психотического состояния была первичной у 92% обследованных. В 48% случаев она была следствием употребления психостимуляторов, в 36% – синтетических каннабиноидов и в 16% – их сочетанием. Путь введения синтетических каннабиноидов в 100% случаев был ингаляционным (курение), а психостимуляторов-«солей» в 68% (11 человек) – внутривенным, в 25% (4 человека) – ингаляционным и в 1 случае – интраназальным. При этом внутривенные потребители психостимуляторов в большинстве случаев (8 из 11) имели в прошлом опыт парентерального употребления опиоидов.

Отличительной чертой наркотизации у обследованных был систематический характер потребления психоактивного вещества: в 100% случаев для психостимуляторов и в 67% – для синтетических каннабиноидов. В первом случае имели место «циклы» наркотизации длительностью от 2-3 дней до 2 недель; во втором случае потребление носило непрерывный характер. Кратность введения «спайсов» варьировала от 2 до 6 раз в сутки; «солей» – от 4 до 30. У всех обследуемых при сборе анамнеза мы находили указания на рост толерантности в течение нескольких месяцев, предшествовавших настоящей госпитализации. В большинстве случаев пациенты не описывали четко выраженного абстинентного синдрома, однако при подробном расспросе указывали на неспецифические симптомы, возникающие через 24-48 часов от последнего введения психоактивного вещества: слабость, раздражительность, депрессивные явления, а при употреблении психостимуляторов, дополнительно, нарушения сна. Эти симптомы обычно сохранялись в течение 1-2 дней и проходили самостоятельно.

Психоз, послуживший поводом для госпитализации, у 64% пациентов был интоксикационным и только у 36% – абстинентным. В клинике интоксикационных психозов ведущими были бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы, а в 2 случаях – синдромы нарушенного сознания. Бредовые расстройства исчерпывались идеями преследования и физического уничтожения. Расстройства восприятия присутствовали в клинике 64% психозов и были представлены слуховыми и зрительными истинными галлюцинациями преимущественно угрожающего и, реже, комментирующего характера. Клинические проявления психоза определяли поведение больных – они совершали защитные действия, старались укрыться или оборонялись от мнимой угрозы. В клинике абстинентного психоза, наряду с галлюцинаторно-бредовыми, примерно с одинаковой частотой встречались депрессивные состояния, сопровождавшиеся суицидальными мыслями и демонстративно-шантажным суицидальным поведением.

Для купирования галлюцинаторно-бредовых психозов преимущественно использовались традиционные нейролептики, как собственно антипсихотического (галоперидол), так и седативного (аминазин) действия. Для контроля над поведенческими нарушениями также широко назначались бензодиазепиновые транквилизаторы. В качестве дополнительных средств применялись антиконвульсанты с нормотимическим действием, дезинтоксикационная и метаболическая терапия (как правило, при сочетанных формах злоупотребления). Базовыми препаратами при психозах депрессивной структуры были антидепрессанты – представители класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

В результате лечения у 20 пациентов (80%) психотические симптомы полностью купировались в течение недели (медиана – 4 дня), еще у 2 пациентов – в течение 2 недель. У трех пациентов имели место стойкие, до нескольких месяцев, галлюцинаторно-бредовые проявления с тенденцией к усложнению психопатологической структуры синдрома (появление бреда воздействия, трансформация обманов восприятия в псевдогаллюцинации) и резистентностью к проводимой терапии. В процессе катамнестического наблюдения возникла необходимость в пересмотре диагноза данным пациентам. Ремиссии в отношении употребления психоактивных веществ у всех обследованных были нестойкими, длительностью менее полугода. В 32% случаев пациенты возвращались к наркотизации сразу после выписки.

Выводы. Таким образом, злоупотребление синтетическими каннабиноидами и психостимуляторами являлось у всех обследованных, перенесших психотическое расстройство, одним из этапов течения наркологического заболевания. Длительный стаж предшествующей наркотизации определял достаточно зрелый возраст обследованных и широкий спектр проблем социального характера. Развившиеся психозы имели различный генез и чаще отмечались на высоте относительно продолжительного периода массивной наркотизации, чем на фоне развившегося синдрома отмены. Клиническая картина интоксикационных психозов практически полностью исчерпывалась галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, в то время как проявления психозов на фоне абстиненции были более разнообразными, со значительным удельным весом депрессивных расстройств. Исследование показало достаточно высокую купирующую эффективность неспецифической антипсихотической и антидепрессивной терапии у абсолютного большинства пациентов.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ПРИВЯЗАННОСТИ К РОДИТЕЛЯМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Федотов И.А., Шустов Д.И.

Рязань
Рязанский ГМУ им. И.П. Павлова

Актуальность. В понимании этиопатогенеза алкогольной зависимости (АЗ) доминирует биопсихосоциальный взгляд, причем соотношение наследственных и средовых факторов оценивается как 50% на 50%. Важным психосоциальным фактором являются ранние детско-родительские отношения, т.к. они определяют идентичность человека и являются прототипом всех его дальнейших взаимоотношений. Основу данных отношений составляет феномен привязанности, под которой понимают особый вид поведения, направленный на поддержание близости для обеспечения безопасности. Современные исследования подтверждают связь ненадежных видов привязанности с различными психическими расстройствами, в том числе и с аутоагрессивным поведением. Изучение данных феноменов актуально в связи с перспективой использования результатов в профилактической, лечебной и реабилитационной работе.

Цель. Клинико-психологический анализ влияния привязанности к родителям на формирование, течение и аутоагрессивные проявления алкогольной зависимости.

Задачи:

1. Определить вид привязанности, который имеет основное значение в этиопатогенезе АЗ.

2. Выявить значение привязанности как психосоциального фактора передачи из поколения в поколение склонности к развитию АЗ.

3. Установить влияние привязанности на клинические особенности и длительность терапевтических ремиссий после краткосрочной опосредованной психотерапии АЗ.

4. Изучить связь аутоагрессивного поведения с видами привязанности у пациентов с АЗ.

Материалы и методы. Было обследовано 92 человека:

1) больные АЗ с терапевтическими ремиссиями менее 1 года (РМГ): n=31, м-24, ж-7, ср. возраст 36,6(SD=10,7) лет;

2) больные АЗ с терапевтическими ремиссиями более 1 года (РБГ): n=31, м-24, ж-7, ср. возраст 35,2(SD=5,3) лет;

3) люди, контролируемо употребляющие спиртные напитки без признаков зависимости (КГ): n=30, м-16, ж-14, ср. возраст 33,0(SD=8,1) лет.

С каждым проводилось интервью, состоящее из клинического блока, аутоагрессивного блока (утвержденный Минздравом России метод Шустова Д.И., Меринова А.В., 2000) и Интервью для взрослых о привязанности (русская адаптация «золотого стандарта» – Adult attachment interview). Определялся надежный и два ненадежных (отвергающий и сверхозабоченный) вида привязанности, а также проводился дискурс-анализ автобиографического материала (нарратива). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов.

Результаты и обсуждение. 1. Сравнение страдающих АЗ и здоровых лиц

Привязанность: у больных АЗ преобладают ненадежные виды привязанности (отвергающий – 50%, сверхозабоченный – 33,9%, надежный – 16,1%, p<0,01). У здоровых людей выявлено распределение, близкое к литературным данным (надежный – 60%, отвергающий – 26,7%, сверхозабоченный – 13,3%). Ненадежная привязанность может являться признаком АЗ с чувствительностью 83,9%, специфичностью – 54,5%, точностью – 73,7%.

Нарратив: в группе больных АЗ преобладает некогерентный стиль нарратива (83,9%, p<0,01). Основной способ совладания с негативными эмоциями – уединение, «уход в себя». У большинства зависимых от алкоголя (54,8%, p=0,04) отношения с родителями на протяжении жизни не меняются, они дистанцированы от своих детей, склонны обесценивать значимость отношений (p=0,046), не могут указать конкретной стратегии их воспитания или говорят только о необходимости обучения примитивным бытовым навыкам. Большинство зависимых не могут сформулировать «уроки» из своего детства.

2. Сравнение групп, страдающих АЗ с наличием и отсутствием АЗ у родителей

Привязанность: у больных наличием семейной отягощенности статистически значимо меньше представлена надежная привязанность (5,9% против 28,6%, p=0,03). Ненадежная привязанность связана с наличием АЗ у родителей с чувствительностью 94,1%, специфичностью – 28,6%, точностью – 64,5%.

Нарратив: в группе без семейной отягощенности 29% когерентного нарратива против 3,3% (p=0,03). В обеих группах преобладают положительные описания родителей, даже несмотря на наличие у них АЗ – «алкогольная проблематика» активно вытесняется зависимыми и не «звучит» в их автобиографических повествованиях. Больные из семей с АЗ чаще понимают негативное влияние детско-родительских отношений на их жизнь (64,7% против 32,2%, p=0,002). У них чаще было отвержение (26,5% против 7,17%, p=0,04) и насилие со стороны родителей (29,4% против 7,14%, p=0,025), что является отражением детской психологической травмы.

Клиника: больные с семейной отягощенностью имели больше металкогольных психозов (64,7% против 42,8%, p=0,05) и меньшей продолжительностью терапевтических (в среднем 11,1 [4,4ч17,8] мес. против 18,7 [6,7ч27,7] мес., p=0,05) и спонтанных ремиссий (в среднем 6,7 [2,2ч11,4] мес. против 15,2 [4,3ч26,1] мес., p=0,02).

3. Сравнение групп больных АЗ с различной длительностью терапевтических ремиссий после краткосрочной опосредованной психотерапии

Привязанность: в группе с короткими ремиссиями (РМГ) надежный вид составляет 3,3%, отвергающий – 67,7%, сверхозабоченный – 29%, в группе с длительными ремиссиями (РБГ): надежный 29%, отвергающий – 32,3%, сверхозабоченный – 38,7% (p<0,05). Вид привязанности (в ряду от наиболее тяжелого к наиболее благополучному: отвергающий-сверхозабоченный-надежный) и длительность терапевтической ремиссии положительно коррелируют (r=0,19, p<0,05).

Нарратив: в группе РМГ преобладает некогерентный стиль повествования (96,7%, p=0,006), они чаще использовали уединение как стиль совладания со стрессовой ситуацией в детстве (p=0,05) и более спокойно переносили расставание с родителями (p=0,02).

Клиника: в группе РМГ период от начала систематического употребления алкоголя (ср. возраст 14,7 против 16,4 лет, p=0,02) до формирования абстинентного синдрома (ср. возраст 25 против 27,9 лет, p=0,04) смещен на более ранний период жизни. Кроме того, в группе РМГ значимо больше металкогольных психозов (67,7% против 41,9%, p=0,04), меньше продолжительность не только терапевтических, но и спонтанных ремиссий (3,9 [0,1ч7,9] мес против 17,2 [7,2ч27,0] мес, p=0,03), причем мотивы их возникновения связаны, преимущественно, с вынужденными условиями.

4. Связь вида привязанности и аутоагрессивных проявлений АЗ

С надежным стилем привязанности не коррелирован ни один вид аутоагрессии (АА), что подтверждает антисуицидальную значимость надежной привязанности к родителям. Среди больных АЗ со сверхозабоченным видом привязанности коррелирует суицидальный АА (r=+0,260), а также латентная АА в

виде антисоциального поведения (r=+0,277), а с отвергающим – АА в семейной (r=+0,256) и профессиональной (r=+0,338) сферах.

Выводы.

1. Установлено, что ненадежная привязанность к родителям (в особенности ее отвергающий вид, проявляющийся склонностью к отдалению и неспособностью поддерживать близкие отношения) является одним из факторов этиопатогенеза алкогольной зависимости.

2. Преобладание в группе больных алкогольной зависимостью с семейной отягощенностью ненадежных видов привязанности свидетельствует о значении фактора привязанности в психосоциальной передаче из поколения в поколение склонности к развитию алкогольной зависимости.

3. Качество привязанности положительно коррелирует с длительностью терапевтических ремиссий после краткосрочной опосредованной психотерапии АЗ. У больные АЗ с длительными терапевтическими ремиссиями (более 1 года) начало систематического употребления алкоголя, и появление абстинентного синдрома приходится на более поздний возраст, чем в группе с короткими ремиссиями.

4. Ненадежная привязанность положительно коррелирует с аутоагрессивным поведением: сверхозабоченный вид – с суицидальным поведением и аутоагрессией в виде антисоциального поведения, а отвергающий вид – с аутоагрессией в семейной и профессиональной сферах. Надежный вид привязанности не коррелирует с аутоагрессивным поведением и имеет значение как антисуицидальный фактор.

ОЦЕНКА МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ В ОТНОШЕНИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ЗАДАЧИ ПРОФИЛАКТИКИ

Харитоненков В.Ф.

Брянск
ГБУЗ Брянский ОНД

Для получения достоверных сведений об уровне и структуре алкоголизации, масштабах распространения потребления алкоголя и влияющих на них факторов в Брянской области Брянским областным наркологическим диспансером была организована работа по проведению социологического исследования «Оценка мнения населения Брянской области в отношении потребления алкоголя».

Объектом социологического исследования являлось общественное мнение населения Брянской области.

Предмет исследования – отношение населения Брянской области к проблемам алкоголизации общества.

Цель исследования – выявление уровня алкоголизации общества и отношения населения к проблемам алкоголизма.

Указанная цель предполагала решение следующих основных задач: 1) выявление проблемы алкоголизма в списке социальных проблем; 2) анализ ценностных установок на употребление алкоголя; 3) выявление отношения различных групп населения к проблеме алкоголизма, особенно – к проблеме потребления алкоголя; 4) выявление степени алкоголизации различных возрастных групп населения, особенно уровня распространения алкоголизма среди молодежи; 5) определения наиболее распространенных алкогольных напитков; 6) определение наиболее популярных мест приобретения и форм употребления алкоголя; 7) определение мотивов потребления алкоголя среди различных групп населения; 8) выявление наиболее действенных мер по борьбе с алкоголизмом.

В исследовании была использована многоступенчатая типологическая выборка с применением квотных значений на последней стадии отбора респондентов.

Объем выборки –2148 человек.

На первом этапе были определены районы исследования. Ключевым принципом отбора была репрезентация основных территориально-экономических зон Брянской области (промышленная и сельскохозяйственная). Поскольку на территории Брянской области нет ярко выраженных этнических групп, то не было необходимости учитывать распределение населения по наиболее крупным этническим группам и территориям их дислокации.

На втором этапе производился отбор населенных пунктов с учетом соотношения городского и сельского населения с реальным статистическим распределением этих групп населения региона.

На третьем этапе учитывался половозрастной состав населения. Определялось количество респондентов, необходимых для опроса.

Четвертый этап – полевое исследование. Сбор первичной социологической информации – опрос населения проводился методом раздаточного анкетирования.

В целях определения уровня распространенности употребления алкоголя было проведено анкетирование в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального.

Результаты опроса позволили сформулировать некоторые предложения по профилактике употребления алкоголя.

1. Опрос показал, что потребление алкоголя выполняет заметную социальную функцию как следствие реально существующей потребности, и по видимому, поэтому меры по ослаблению напряженности алкогольной ситуации, предпринимаемые государством, оказываются низко эффективными при объективно сохраняющемся спросе на алкоголь. Отсутствие на уровне региона полной картины алкогольного поведения населения приводит к снижению эффективности осуществляемой антиалкогольной политики. В современных условиях, как показывает исследование, необходимо ориентироваться не только на предотвращение отрицательных последствий употребления алкоголя, но и на изучение социальных практик употребления алкоголя с учетом особенностей различных групп граждан.

2. Необходима организация системы комплексного мониторинга алкоголизации населения в Брянской области.

3. Смещение приоритетов в антиалкогольной деятельности на подростков и молодежь как на главный стратегический потенциал региона.

СТЕПЕНЬ ПСИХОПАТИЗАЦИИ В СТРУКТУРЕ АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Ходжаева Н.И., Ашуров З.Ш.

Ташкент
Ташкентская медицинская академия

Возникновение психопатоподобных нарушений, их клиника и динамика при опиатной зависимости связано с воздействием различных факторов, таких как: наличие передозировок, токсических примесей в наркотических веществах, преморбидной органической недостаточности, хронических инфекций и черепно-мозговых травм. Сочетанное употребление героина и других ПАВ увеличивает степень психопатоподобных расстройств (Игонин А.JL и авт., 2006, Рохлина М.Л., 2001, Чирко В.В. 2002, Шабанов П.Д., 2003).

Цель. Выявление взаимосвязи между степенью психопатизации, течением наркомании и коморбидной психической патологией для разработки методов коррекции (фармакологической, психотерапевтической) у больных с зависимостью.

Материал и методы. Все обследованные больные были распределены на 2 группы в зависимости от наличия расстройств личности, соответственно возбудимого (22 пациента) круга, и сравнительная группа (условно-гармоничные в преморбиде – 20 больных). Использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический методы исследования.

Результаты. При реализации патологического влечения к наркотику агрессивность, особенно по отношению к близким, проявлялась в поведении у подавляющего большинства (76,0%) обследованных 1 группы, и лишь у 32,4% 2-ой. Агрессивное поведение выражалось в противодействии попыткам помешать употреблению наркотиков при обострении патологического влечения. В рамках абстиненции агрессивность проявляли в той или иной степени все больные. Агрессия носила сугубо психопатологический характер, т.е. преследовала единственную цель – удовлетворение патологического влечения к наркотику.

Выводы. Наиболее выраженные психопатоподобные расстройства имели больные 1-ой группы, что коррелировало у них с более высоким уровнем агрессивности, и наличием ее физически-деструктивных проявлений. При квалификации агрессивного поведения больных наркоманией в зависимости от преобладающих форм проявлений агрессии в практической деятельности целесообразно выделять различные степени деградации личности, позволяющий судить о выраженности агрессивных тенденций у пациентов, прогнозировать с большей вероятностью риск криминальной агрессии и дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационные мероприятия.

НАРУШЕНИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Ходжаева Н.И., Султанов Ш.Х.

Ташкент
Ташкентская медицинская академия

Наркотизация опиоидами приводит к нарушению нейрохимических, нейрофизиологических процессов, морфологическим изменениям в головном мозге, развитию психических и поведенческих расстройств. Передозировка опиатами практически во всех случаях сопровождается формированием гипоксической энцефалопатии различной степени тяжести. Структуру энцефалопатии составляют астенические, мнестические, аффективные и психотические нарушения [Илюк Р.Д. и соавт., 2007]. Вместе с тем существует мнение, что наркотизация опиатами не вызывает нейрокогнитивного снижения. Возможное снижение интеллектуальной деятельности исследователи объясняют нарушениями эмоционально-волевых качеств личности. Предполагается, что трудности интеллектуально-мнестической деятельности, явления астении и анергии носят временный характер и нивелируются при прекращении наркотизации и при длительной ремиссии [Пятницкая И.Н., 1994]. Все это послужило основой для проведения данного исследования с уточнением основных гемодинамических и нейровизуализационных маркеров при ГН, диагностике возможных нейрокогнитивных нарушений.

Цель исследования: Изучить состояние когнитивных функций у больных с героиновой наркоманией в сочетании с нейрокогнитивными показателями.

Материалы и методы исследования. Исследовано 62 больных с героиновой наркоманией. Пациенты включались в исследование после завершения детоксикации. Больные распределялись следующим образом: в 1-ую группу (26) мы включили больных наркоманией пациенты в манифестной стадии заболевания от 4 месяцев до 5лет. Во 2-ой группе (36) – с большим стажем заболевания – от 5 лет и выше. У всех больных были проведены следующие исследования: КТ головного мозга на компьютерном томографе SCT7800TX («Шимадзу», Киото), РЭГ на реографе «РГ-4-02», подключенном к компьютерной программе «Реокард-2» с дальнейшим количественным анализом данных. Проводили нейропсихологическое исследование по шкале MMSE.

Результаты. При изучении КТ показателей головного мозга у больных были выявлены КТ признаки в виде расширения субарахноидального пространства и боковых желудочков мозга, а также дополнительные очаги пониженной плотности в белом и сером веществе. Причем эта изменения при длительности заболевания до 5 лет имели менее выраженный характер, чем у больных с длительностью заболевания более 5 лет.

При анализе показателей РЭГ в зависимости от длительности ГН было установлено, что у больных с длительностью заболевания до 5 лет реографические показатели были менее выражены (РИ – 0,129±0,002, ДКИ – 65,5±0,64), чем у больных с длительностью заболевания более 5 лет (РИ – 0,122±0,003, ДКИ – 59,6±0,59). Нейропсихологические показатели у больных 2-й группы (с давностью заболевания более 5 лет) были существенно изменены. Когнитивные функции по шкале MMSE составили в среднем 24,3±0,4 балла, что соответствует преддементным и дементным состояниям. По другим критериям тестов тоже отмечалось снижение показателей.

У всех обследованных отмечены снижение концентрации внимания, быстрая истощаемость ее, нарушение памяти, эмоциональные и поведенческие расстройства. Полученные данные свидетельствуют о достоверных ($p<0,05$) различиях в когнитивной сфере между больными с давностью заболевания менее и более 5 лет. При сравнении показателей у больных с большей длительностью заболевания уменьшается количество правильно выполненных интеллектуальных заданий за определенный промежуток времени. У больных же с давностью заболевания более 5 лет отмечалось снижение концентрации внимания, быстрая истощаемость ее, нарушение памяти, эмоциональные и поведенческие расстройства, что соответствовало преддементным и дементным состояниям.

Выводы. При героиновой наркомании формируются морфо – структурные изменения головного мозга, выраженность которых варьирует по данным КТ от незначительной атрофии мозга до расширения субарахноидального пространства и боковых желудочков, появления очагов пониженной плотности в белом и сером веществе, эти показатели зависели от стажа аддикции. Ранняя диагностика мозговых нарушений актуальна как с теоретической, так и с практической точки зрения, поскольку на этой стадии лечебно-профилактические мероприятия могут быть наиболее эффективными

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗРАБОТКЕ СИСТЕМЫ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕЛЕГАЛЬНОГО АЛКОГОЛЯ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ

Холдин В.Н., Корчагина Г.А., Колпаков Я.В., Фадеева Е.В.

Москва, Клин
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
ГКУЗ МО Клинский наркологичесикий диспансер

Целью исследования оценка ситуации с потреблением нелегального алкоголя и разработка системы мер профилактики злоупотребления алкогольными (в том числе нелегальными) напитками на муниципальном уровне (на примере Клинского района Московской области).

В ходе литературного обзора по проблеме оценки характера потребления нелегального алкоголя в России было показано, что распространенность употребления нелегального алкоголя в нашей стране находится на достаточно высоком уровне (от 20 до 50%% от общего потребления). Особую тревогу вызывает тот факт, что произведенный нелегально алкоголь по своему химическому составу представляет большую опасность для его потребителей, учитывая имеющий место быть массивный характер употребления алкоголя. Данная проблема во многом носит экономический характер: к производству, как и к потребления нелегального алкоголя в России чаще всего имеют отношение малоимущие и маргинализированные слои населения. Производство нелегального алкоголя приносит прибыль, тогда как низкий уровень доходов части населения формирует спрос на данную категорию алкогольных напитков. Это требует особого внимания с точки зрения профилактики употребления нелегального алкоголя, т.к. меры профилактического характера не сводятся собственно к медико-психологическим интервенциям, а должны включать многоаспектный системный комплексный подход с учетом экономической ситуации на местном уровне.

Дизайн исследования предполагал 3 этапа.

На первом этапе был проведен анализ имеющихся в научной литературе данных о клинико-эпидемиологических, медико-статистических, социо-демографических, экономических и токсикологических аспектах производства и употребления нелегального алкоголя. Также проводилась химико-токсикологическая экспертиза изъятых из оборота нелегальных алкогольных напитков.

На втором этапе были проведены опрос, интервьюирование и анкетирование населения, потребителей алкоголя, ключевых информаторов, имеющих отношение к проблеме производства и медико-социальных последствий употребления нелегального алкоголя (производителей нелегальной алкогольной продукции, медицинских работников, сотрудников правоохранительных органов, педагогов), а также статистическая обработка полученных данных.

На третьем этапе была разработана система мер профилактики потребления алкогольных напитков (в том числе нелегальных) на муниципальном уровне в различных структурах, заинтересованных в реализации данной системы мер (медицинские и образовательные учреждения, правоохранительные органы), осуществлено пилотное внедрение этих мер, произведена оценка эффективности их внедрения.

Данный дизайн был реализован при помощи библиографического, клинико-эпидемиологического, социологического, химико-аналитического и статистического методов.

Всего в исследовании приняли участи 290 человек, проживающих в одном муниципальном образовании (Клинский район Московской области). В том числе: 202 человека – представители общего населения, 32 пациента, проходящих стационарное лечение в наркологическом диспансере с верифицированным клинически диагнозом синдрома зависимости от алкоголя, 25 жителей из общей популяции, которые по данным местных правоохранительных органов являются потребителями алкоголя и имеют зафиксированные штрафы и приводы за нарушения административного законодательства в состоянии алкогольного опьянения, 31 ключевой информатор: 5 местных производителей нелегальной домашней алкогольной продукции, 5 медицинских работников, 15 сотрудников правоохранительных органов, 6 педагогов.

Инструментом, с помощью которого проводилось исследование, служили специально разработанные анкеты, которые включали в себя как вопросы, типичные для популяционных исследований среди разных групп населения, так и специальные вопросы по теме употребления легального и нелегального алкоголя.

Анализ содержания токсичных микропримесей в образцах нелегального алкоголя проводился с помощью газохроматографического экспресс-метода согласно ГОСТ Р 51698-2000 с использованием хроматографа «Кристалл 2000М», анализ крепости напитков (за исключением браги и вина) проводился согласно ГОСТ Р 52472-05. Статистическая обработка включала дескриптивно-сравнительный анализ и корреляционный анализ полученных данных. Для статистического анализа использовался программный пакет SPSS 20.

Были предложены практические рекомендации по разработке системы мер профилактики употребления нелегального алкоголя на муниципальном уровне.

1. При разработке системы мер профилактики употребления нелегального алкоголя на муниципальном уровне необходимо учитывать эпидемиологическую ситуацию: распространенность и особенности употребления различных видов психоактивных веществ (в том числе легального и нелегального алкоголя), показатели деятельности наркологической службы, деятельность общественных организаций, вовлеченных в профилактику зависимостей и реабилитацию больных, зависимых от психоактивных веществ, социо-демографическую ситуацию (поло-возрастной состав популяции, доступность учреждений медицинской и социальной помощи населению), экономическую ситуацию (уровень доходов населения, структура занятости, показатель безработицы).

2. Качественная оценка оборота нелегального алкоголя на местном (муниципальном) уровне должна включать в себя анонимные опросы, интервьюирование и анкетирование репрезентативных групп населения, в том числе потребителей алкогольной продукции (как проходящих лечение, так и не обращающихся за наркологической помощью), производителей нелегального алкоголя, лиц, чья профессиональная деятельность связана с оборотом нелегального алкоголя (медицинские работники, сотрудники правоохранительных органов, педагоги, работники аптек и хозяйственных магазинов).

3. Система мер профилактики употребления нелегального алкоголя на местном (муниципальном) уровне должна включать в себя звено химико-токсикологической экспертизы нелегальных алкогольных напитков, имеющихся в обороте на рынке алкогольной продукции.

4. Эффективная система мер профилактики употребления нелегального алкоголя на местном (муниципальном) уровне предполагает межведомственное взаимодействие структур системы наркологической службы и других учреждений здравоохранения, правоохранительных органов, учреждений образования и социальной помощи населению, общественных (в том числе религиозных) организаций, СМИ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ СРЕДНИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ВРЕДЕ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РЕГУЛЯРНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГЛЬНЫХ НАПИТКОВ

Цветкова О.В., Цветкова Ю.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Проблема употребления алкоголя среди лиц молодого возраста остается актуальной. Чрезмерное употребление алкоголя, особенно в детском и подростковом периоде, повышает риск возникновения зависимости от него и приводит к неблагоприятным последствиям для психического, физического и социального здоровья. Число зарегистрированных подростков 15-17 лет с синдромом зависимости от алкоголя составило 18,82 человек на 100 тысяч населения в 2012 году, к 2013 году этот

показатель снизился до 15,01 на 100 тысяч населения (Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2012-2013 годах. Статистический сборник. – М. 2014). Также существует вероятность, что не все случаи подростковой заболеваемости оказались учтены. Необходимо осуществлять регулярный мониторинг и своевременное выявление групп риска по развитию алкогольной зависимости для повышения эффективности профилактики развития данного заболевания.

Цель исследования. Изучение распространенности употребления алкоголя в студенческой среде на примере малой группы, а также оценки степени риска эпизодического потребления алкогольных напитков.

Материалы и методы исследования. В анонимном анкетировании приняло участие 166 учащихся (100 юношей и 66 девушек) средне-специальных учебных заведений города Москвы в возрасте от 14 до 24 лет (средний возраст 16,2±1,6 лет). Для исследования была использована анкета ESPAD – European School Survey Protection Alcohol and Other Drugs (Европейский проект школьных исследований по алкоголю и наркотикам). Оценивалась частота употребления респондентами алкогольных напитков в течение жизни, за последний год, за последний месяц, Кроме того, респондентам предлагалось ответить на ряд вопросов, посвященных аспектам информированности респондентов о вреде употребления алкоголя. Для статистической обработки использовался пакет программ SPSS.

Результаты исследования. По результатам анкетирования выявлено, что лишь 10,8% опрошенных студентов никогда не пробовали алкоголь. Остальные 89,2% респондентов употребляли алкогольные напитки в течение жизни с различной частотой. 21,% студентов утверждают, что не употребляли алкоголь за последний год. При этом 57,3% употребляли алкоголь от 1 до 9 раз, 19,8% – от 10 до 39 раз. 16,8% употребляли алкоголь более 40 раз за последний год. За прошедший месяц 39,5% не употребляли спиртное. За последний месяц 35,3% респондентов употребляли алкогольные напитки 1-2 раз, 15,0% – от 3 до 5 раз за месяц. 6,7% употребляли алкоголь более 5 раз за прошедший до исследования месяц. Среди опрошенных были студенты, которые употребляли алкогольные напитки 40 и более раз за последний месяц, эта группа составила 3%. Большинство учащихся с той или иной частотой употребляет алкогольные напитки.

На вопрос о возможном риске для здоровья ежедневного употребления одной или двух порций алкоголя опрощенными были даны следующие ответы: 5,5% респондентов затруднились ответить, 5,5% – отметили, что риска, по их мнению, нет, 16% учащихся оценили риск как слабый, 38% – как умеренный и 35% – как огромный. Более того, при анализе взаимосвязи между частотой употребления алкоголя и оценкой степени риска от употребления его, отмечено, что больше половины респондентов, регулярно употребляющих алкогольные напитки, считают, что риск эпизодического употребления отсутствует (56%), что риск существует, но он слабый или незначительный считают 52% и 33% опрошенных соответственно. Таким образом, высокий уровень приема алкоголя может быть связан с недостаточной информированностью студентов о вреде употребления спиртных напитков.

Выводы. Анализ распространенности употребления алкоголя среди студентов средних профессиональных учебных заведений выявил высокую распространенность как эпизодического, так и регулярного употребления алкогольных, которая может объясняться недостаточной информированностью студентов о патологическом влиянии аддиктивного поведения на здоровье. Большинство опрошенных либо отрицает вредные последствия, связанные с употреблением спиртных напитков, либо считает их незначительными. Студенты, употребляющие регулярно алкоголь оценивают вред от употребления алкоголя значительно ниже, чем их сверстники, воздерживающиеся от употребления.

Несмотря на, казалось бы, известный факт о вреде употребления алкоголя, у учащихся отсутствуют реальные знания по этому вопросу. При разработке программ профилактики следует учесть это явление, а именно при непосредственном участии педагогов образовательных учреждений повышать информированность подростков о неблагоприятных для здоровья последствиях употребления спиртных напитков, например, проводя «уроки здоровья», освещая проблемы и последствия приема алкоголя на уроках биологии, основы безопасности жизнедеятельности.

РАЗЛИЧИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ ПАМЯТИ И ЕЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Чернобровкина Т.В.

Москва
ФГОУ ДПО Институт повышения квалификации ФМБА РФ, МНЦП наркологии ДЗМ

Введение. В понимании болезней зависимости особое место занимают нарушения сознания, в т. ч. памяти, ассоциативного мышления и способности предвидения, выбора и принятия решений, что определяет мотивации, адаптивность человека и качество его жизни. Антиципационная несостоятельность и алекситимия расцениваются специалистами как предикции к аддиктивному поведению и как факторы риска развития зависимости от чего-(кого-)либо. Проблемы памяти у больных зависимостями (БЗ) связаны и с таким симптомом, как анозогнозия, отрицанием наличия у себя болезненного пристрастия. Перечисленные признаки свидетельствуют о нарушениях целостности систем самоорганизации и адаптации, приводящих к дизрегуляционным состояниям, поисковому поведению и рецидивам болезни. Но природа этих феноменов, определяющих выбор и исход лечения, явно недоисследована.

С целью изучения возможных механизмов доминирующей потребностной мотивации у БЗ и саморазрушения проведен анализ экспериментальных и теоретических исследований памяти. Результаты показали, что причины и сущность указанных феноменов могут раскрываться через регуляторные процессы памяти, с нашей точки зрения, следующим образом. Патологическое влечение у БЗ укладывается в рамки теории функциональных систем П.К. Анохина и рефлекторной теории И.П. Павлова только с тем условием, что одновременно с обучением на нейрональном уровне и запоминанием позитивных (+) эффектов от психоактивных веществ (ПАВ) и психоактивных действий (ПАД) отсутствует или блокируется память о негативных (–) последствиях злоупотребления ими. Можно предположить, что ПАВ и ПАД воздействуют не только на мозговые центры удовольствия, но и на структуры, участвующие в различении (+) и (–) событий. Такими являются гипоталамус и гиппокамп и, в частности, субгранулярная зона зубчатой фасции [Воробьева Т.М., 1993, 2002; Котов А.В., 2007; Хейрбек М., Хен Р., 2014; Graybiel A., Smith X., 2014]. Именно в последней «рождаются новые нейроны, мигрирующие и встраивающиеся в уже существующие нейронные цепи» или кластеры нейронов, представляющие собой ячейки памяти с хранящейся информацией и имеющие опыт («обученные») сличения ее с вновь приходящей информацией. Учеными определена скорость воспроизводства новых нейронов – нейрогенеза и в модельных опытах с грызунами продемонстрировано значение этого процесса в обеспечении дифференцировочных функций мозга путем сопоставления поступающих сенсорных стимулов с плохими и хорошими воспоминаниями. Эти открытия объясняют способности различительной памяти (РП) человека при действии зрительных, вкусовых, обонятельных и тактильных раз-

дражителей, а также его поступки в норме, девиации поведения и «вредные привычки». По-видимому, можно говорить об ограниченной или парциальной сохранности саморегуляции у БЗ с их циклически повторяющимися вспышками компульсивного (и неосознаваемого) влечения: согласно приведенным механизмам РП и рефлекторному функционированию патологической доминанты, БЗ помнит лишь позитивные эффекты аддиктогенов, но не их (–) последствия, что лежит в основе привыкания. Можно предположить, по крайней мере, 2 причины такого расстройства или утраты РП у БЗ. Во-первых, потому, что не одна, а несколько разных структур мозга отвечают за память и при формировании аддикции выходят из строя, в первую очередь или преимущественно, те из них, что обусловливают память о негативных явлениях: то есть, сохранность высших (когнитивных) мозговых функций у БЗ неполноценна и/или избирательна. Во-вторых, по другому механизму, при зависимости может быть блокирован или нарушен процесс нейрогенеза в вышеназванных зонах гиппокампа. В такой ситуации теряется способность дифференцировать вред и пользу от потребления ПАВ, подобно тому, как экспериментально доказана потеря способности различать ситуации опасные и безопасные с одновременной активацией неупорядоченного поведения у мышей после предварительного блокирования у них нейрогенеза путем целевого эпигенетического «выключения» генов, участвующих в дифференцировочных реакциях памяти. Гипотеза не только объясняет феноменологию антиципации и анозогнозии, повышенной тревожности у БЗ, но и открывает перспективы коррекции поведения методами биологической обратной связи и психотерапии. К вопросу о природе парадокса саморазрушающего поведения при зависимостях можно добавить следующее. В рамках поддержанных Президиумом РАН и РФФИ исследований «Адаптивное управление» и «Мозг Анимата» учеными проведен анализ этапов эволюции мозга на основе теорий системогенеза П.К. Анохина и синергетики и исходя из положения о том, что эффективность, гармоничность и согласованность работы всех компонентов функциональных живых систем обеспечивается с использованием законов физики и математической логики. Смоделирована общая картина эволюции когнитивных способностей от животных к человеку и происхождения интеллекта человека, которая представлена этапами, соответствующими «интеллектуальным» изобретениям в мире в этой области: начиная от модели безусловного рефлекса на простейших одноклеточных, далее – к моделям привыкания, условного рефлекса (исследованных на сложных одноклеточных, моллюсках, позвоночных животных и человеке) и заканчивая современной условной моделью человеческой логики [Редько В.Г., 2006]. Поскольку феномен памяти – неотъемлемая часть эволюции мышления, то можно допустить, что в онтогенезе у БЗ формирование когнитивной триады (отношения к самому себе, своему опыту и к будущему) и развивающаяся в процессе накопления жизненного опыта семантическая сеть памяти, «узлами которой являются понятия, образы, с функциональными и логическими взаимосвязями между ними» (как это описано, в принципе, у В.Г. Редько, 2006, с.192-195), по-видимому, содержат неточности, неувязки (если не сказать, дефекты). Это может соответствовать, например, функционированию памяти на этапе известной модели условного рефлекса, не дотягивая до высшего этапа модели логики при выборе и принятии решений, при совершении поведенческих акций. Тогда либо это обстоятельство создает у человека предрасположение к приему ПАВ или совершению ПАД (поскольку работа с получаемой извне информацией «застревает» на этапе повторов рефлекса получения удовольствия, не дотягивая до этапа логических размышлений и способности различения значимости собственных поступков, выбора правильных решений), либо пьянство как первопричина приводит к такому следствию. В обоих случаях имеет место нарушение синергичности этапов биологической эволюции памяти в составе когниций. Эти нарушения могут носить качественно и количественно различающийся многообразный характер: депрессивный, тревожный, агрессивный, смешанный и, ввиду обусловленности сенсорно-когнитивными связями, определять клинический характер фаз и состояний болезни, ее коморбидность, а, соответственно, методы диагностики и лечения. Выводы. Таким образом, не только гедонистический мотив объясняет привыкание после первичного знакомства с ПАВ (ПАД), а при сформированной болезни и компульсивное влечение к ним. Нарушение процесса нейрогенеза и связанное с этим расстройство конструкта памяти как рефлекторного отображения, различения и логической интерпретации повторных событий, могут быть включены в сложный генез и клинический патоморфоз аддикций. Терапия нейролептиками, анксиолитиками и средствами нормализации сна может, снимая напряжение соответствующих нейрональных структур в зонах мозга, временно устранять эти дефекты и гасить влечение к объекту зависимости. Поднятые проблемы памяти органично связаны с вопросами биоэтики в недобровольном лечении БЗ с расстройствами сознания и анозогнозией.

ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО РОЛЬ В ЗАРАЖЕНИИ АССОЦИИРОВАННЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И СИФИЛИСОМ

Чумаков Е.М., Петрова Н.Н., Смирнова И.О.

Санкт-Петербург
СПбГУ

Целью исследования явилось определение влияния аддиктивного поведения на заражение ассоциированными ВИЧ-инфекцией и сифилисом.

Клинико-психопатологическим методом были обследованы 67 ВИЧ-инфицированных пациентов, получавших стационарное лечение по поводу различных форм сифилиса, в том числе 46 мужчин (средний возраст 33,74±8,75 лет) и 21 женщина (31,63±5,47 лет).

28,26% обследованных мужчин и 66,67% женщин имели низкий социальный статус (отсутствие постоянной работы, безработица). 36,96% мужчин и 47,62% женщин не получили специального образования.

Все обследованные мужчины и 90,48% женщин имели признаки рискованного поведения. 80,43% мужчин и 19,05% женщин имели случайные сексуальные связи за последние 6 месяцев, предшествовавшие поступлению в стационар. 54,35% мужчин в этот период времени имели случайные контакты более чем с 4 партнерами. Выявить множественные случайные связи за этот период у женщин не удалось. 28,26% мужчин регулярно пользовались услугами коммерческого секса. 2,17% мужчин и 23,81% женщин неоднократно в течение жизни вступали в сексуальные контакты за деньги с целью оплаты наркотиков. Две трети мужчин (67,39%) сообщили о регулярных половых контактах с представителями своего пола (МСМ). Только 17,39% мужчин и 52,38% женщин имели одного постоянного сексуального партнера в течение полугода до госпитализации.

Характер аддиктивного поведения различался в зависимости от пола и сексуальных предпочтений обследованных. Злоупотребление алкоголем было выявлено у 39,13% мужчин и 57,14% женщин. Было выявлено, что в течение жизни 60,87% мужчин и 85,71% женщин имели различной продолжительности эпизоды употребления наркотических средств. Наиболее массивной наркотизацией характеризовались женщины: 76,19% имели опыт употребления опиатов внутривенно (чаще, чем мужчины, не сообщившие о гомосексуальных связях, и МСМ, $p<0,05$) со средней продолжительностью наркотизации 9,6±2,93 лет. 61,9% прекратили употребление опиатов и достигли ремис-

сии (средняя продолжительность текущей ремиссии на момент обследования 3,08±1,81 года). Остальные 14,29% пациенток продолжали внутривенное употребление опиатов. Употребление наркотических средств, относящихся к группам психостимуляторов (амфетамины) и группе каннабиноидов, было выявлено в 42,86% (в том числе внутривенно – 28,57%) и 23,81% случаев, соответственно.

Опыт употребления наркотических веществ был выявлен у 66,67% мужчин, не имевших гомосексуальных контактов. Внутривенное употребление опиатов встретилось в 46,67% случаев (средняя продолжительность наркотизации 10,8±1,76 лет). 40,0% этих пациентов на момент обследования достигли ремиссии, средняя продолжительность которой составила 3,08±1,81 года. 40% употребляли психостимуляторы (в том числе внутривенно – 20%). Все мужчины, принимавшие наркотики, сообщили об употреблении каннабиноидов, причем в 26,67% это был единственный случай употребления наркотиков в жизни, в остальных наблюдениях (40%) была зарегистрирована полинаркотизация. Злоупотребление алкоголем встречалось в этой когорте пациентов чаще, чем в других ($p<0,05$) и было выявлено у 73,33% мужчин, не сообщивших о гомосексуальных контактах.

Для МСМ было характерно регулярное употребление амфетаминов (32,26%) с внутривенным употреблением в 6,45% случаев. Употребление каннабиноидов было выявлено у 54,84% МСМ, при этом 25,81% из них употребляли наркотик только один раз в течение жизни. Употребление опиатов не было установлено. Злоупотребление алкоголем было обнаружено в 22,58% случаев, что достоверно реже, чем в двух других группах пациентов.

Женщины характеризовались наиболее выраженной наркотизацией: у 80,95% женщин имелась зависимость от наркотика, что заметно чаще, чем в других когортах (46,67% мужчин, не сообщивших о гомосексуальных связях, 12,9% МСМ; $p<0,05$ для всех групп сравнения). Диагноз зависимости от опиатов (F11 по МКБ-10) чаще был установлен у женщин (47,62%) по сравнению с мужчинами, не сообщивших о гомосексуальных связях (20%, $p<0,05$). Зависимость от опиатов среди МСМ отсутствовала ($p<0,01$ по сравнению с другими когортами пациентов). Диагноз зависимости от сочетанного употребления наркотиков (F19) был выставлен примерно с одинаковой частотой у женщин и мужчин, не сообщивших о гомосексуальных связях (23,81% и 26,67%, соответственно), среди МСМ зависимости от нескольких наркотических веществ выявлено не было ($p<0,01$ по сравнению с другими когортами пациентов). Зависимость от психостимуляторов (F15) была выявлена примерно с одинаковой частотой у женщин и МСМ (9,52% и 9,68% случаев, соответственно), у мужчин, не сообщивших о гомосексуальных контактах, она не была выявлена. Зависимость от алкоголя (F10) встречалась чаще у мужчин, не сообщивших о гомосексуальных связях (60,0%), на втором месте по частоте были женщины (52,38%). Среди МСМ алкогольная зависимость была выявлена в 39,68% случаев и этот показатель был достоверно ниже, чем у мужчин, не сообщивших о гомосексуальных связях ($p<0,05$).

Пациенты из когорты МСМ отличались по возрастным и социальным показателям от когорты мужчин, не сообщивших о гомосексуальных связях. Они были несколько моложе (средний возраст 31,88±7,18 и 37,46±9,18 лет, соответственно), что достигалось в том и числе и тем, что 9 из 10 пациентов мужчин в возрасте 18-25 лет были МСМ. Также эти пациенты отличались более высоким социальным статусом (70,97% МСМ имели средне-специальное или высшее образование, 38,71% МСМ имели высококвалифицированную работу, в то время как мужчин, не сообщивших о гомосексуальных связях, этот показатель был на уровне 46,67% и 6,67%, соответственно, $p<0,05$).

Таким образом, выявлена высокая частота аддиктивного поведения пациентов с ассоциированными ВИЧ-инфекцией и сифилисом с преобладанием употребления опиатов и полинаркомании у женщин и гетеросексуальных мужчин. Употребление наркотиков у МСМ встречалось достоверно реже. Это подтверждает преимущественную роль инъекционного употребления наркотиков как фактора риска заражения ВИЧ-инфекций и сифилисом у гетеросексуальных мужчин и женщин. В когорте МСМ аддиктивное поведение имело опосредованное значение в заражении ВИЧ-инфекций и сифилисом, так как усиливало рискованное сексуальное поведение и влияло на реализацию полового пути заражения.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЯМИ

Шайдукова Л.К.

Казань
КазГМУ

Из многочисленных данных научной литературы психопатоподобные расстройства у наркозависимых пациентов являются ведущими проявлениями этого заболевания, определяя его клиническую картину и нередко создавая большие трудности в лечении данного контингента пациентов. При изучении патопластической почвы психических нарушений при наркомании исследователями было выявлено наличие преморбидно-личностных отклонений, предшествующих психическим расстройствам (акцентуаций характера, ядерных и краевых психопатий, психопатоподобного синдрома травматического и иного органического генеза, аффективных расстройств). Определенное значение имели ситуационно-психотравмирующие факторы в виде аффективно-заряженных «мишеней», усиливающих потребность в наркотизации. Ведущую же роль, несомненно, играл токсический фактор – массированность и персистирование интоксикации. Отдельным фактором является аддиктивный, объединяющий в себе вышеперечисленные факторы, проявляющийся в виде патологического влечения, которое может трансформироваться в неврозоподобные, психопатоподобные, аффективные, и даже пароксизмальные эквиваленты.

Целью настоящего исследования являлось изучение структуры психопатоподобного синдрома у больных наркоманиями.

Материалом исследования служили 87 пациентов, страдающих наркоманиями и выявляющих психопатоподобные расстройства. Основным методом был клинико-психопатологический с облигатным анкетированием, интервьюированием, автобиографической инвентаризацией; дополнительным методом являлся экспериментально-психологический.

При изучении структуры психопатоподобного синдрома у больных наркоманией была выявлена их клиническая неоднородность. Выделялись следующие группы больных: 1) лица с преобладанием аффективных расстройств – 21 чел. (25%); 2) лица с преобладанием поведенческих нарушений – 41 чел. (47%); 3) лица со смешанными аффективно-поведенческими расстройствами – 25 чел. (28%). Клиника психопатизации с аффективными расстройствами также различалась: у 6 (7%) больных преобладала эксплозивность в виде эмоциональных вспышек, взрывчатости, возбудимости и преходящей гневливости; у 10 (11%) больных отмечалась эмоциональная лабильность в виде недержания аффекта, быстрой смены полярных эмоций; у 5 (6%) больных отмечались более брутальные и персистирующие дисфории с агрессией, социально-опасными действиями. Во второй группе больных (лица с преобладанием поведенческих нарушений) различались следующие варианты: 1) делинквентный – у 10 (11%); 2) асоциальный – у 16 (19%); 3) социопатический – у 15 (17%) пациентов.

Исследованные пациенты из группы с преимущественно поведенческими расстройствами выявляли способность к манипулятивному поведению, которое не выделялось в отдельную группу, так как наблюдалось в разной степени при всех вышеперечисленных поведенческих расстройствах. Не определяя количественную характеристику манипулятивного поведения (в виду сложности определения числа «манипулятивных игр» у обследованных больных), нами была дана их качественная, клинико-психологическая характеристика.

1) Шантажное поведение, проявляющееся декларацией негативных последствий при отказе выполнять требования больного. Различались различные виды шантажа: депривационный шантаж (словесная формула: «Если ты не сделаешь как я хочу, я уйду из дома»); этический шантаж (словесная формула: «Если ты не поступишь как я хочу, я расскажу всем о тебе»); телесный шантаж (словесная формула: «Если ты этого не сделаешь, я откажу тебе в половой близости»).

2) Вызывающее сочувствие поведение, основанное на выделении негативных сторон наркомании, подчеркивании его нозогенного характера (словесные формулы: «Наркомания – это болезнь»; «Надо учиться жить с этой болезнь»; «Главное не вылечиться, а уметь жить с этой болезнью»). Отмечался спекулятивный подход и эксплуатация данной тематики.

3) Протестное поведение, основным признаком которого являлся нарочитый протест (бойкотирующее молчание, уходы из дома, отказ поддерживать связи с семьей и т.д.)

4) Запугивающее поведение, проявляющееся в виде угроз материального, морального и физического характера, а также применения силы, гомоцидных тенденций.

5) Псевдожертвенное поведение, проявляющееся в демонстрации себя, как жертвы обстоятельств (словесные формулы: «Не с теми друзьями связался»; «Моей вины нет, тогда все употребляли»; «Я жертва обстоятельств»).

6) Обвиняющее поведение, проявляющееся в вызывании у близких комплекса вины (словесные формулы: «Вы виноваты в том, что со мной произошло»; «Вы меня бросили, когда нужна была помощь»).

Таким образом, настоящее исследование выявляет неоднородность психопатоподобных нарушений у больных наркоманиями, что необходимо учитывать при составлении реабилитационных программ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРОФИЛЯМИ ЛИЧНОСТИ ММРІ У ОДИНОКИХ ЖЕНЩИН, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Шайдукова Л.К., Гареева Г.А.

Казань
КазГМУ

Проблема алкоголизма у женщин остается достаточно актуальной, что связано с его ростом и снижением возрастного порога. Известно, что депрессивные расстройства наблюдаются чаще у лиц злоупотребляющих алкоголем, в особенности у женского контингента независимо от возрастных, культуральных и социально – экономических параметров. Следует отметить, что наибольшее число депрессивных расстройств приходится на одиноких женщин, страдающих алкоголизмом. Эта категория больных отличается специфическими социально – психологическими характеристиками.

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи клинических вариантов депрессивных расстройств с профилями личности ММРІ (полный вариант, 566 утверждений) у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Материалом исследования служили ответы на тесты 102 одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем. Основным методом был клинико-психологический и экспериментально-психопатологический. База проведения исследования: ГАУЗ РНД МЗ РТ.

Результаты. В ходе исследования по ММРІ были получены следующие варианты депрессивных расстройств: тревожно-депрессивный, апато-депрессивный, астено-депрессивный, истеро-депрессивный и депрессивно – ипохондрический.

Тревожно-депрессивный вариант наблюдался у 23 пациенток. При этом варианте на профиле личности отмечалось повышение по 2-й шкале «тревоги» и 7-й шкале «психастении». Клинически этот вариант проявлялся сочетанием состояния тревоги и депрессии. Выраженность тревоги была различной — от диффузной, мало дифференцированной, до острой, приступообразной. Диффузная тревога отмечалась у всех наблюдаемых больных этой группы, однако осознавалась не всеми (длительное наблюдение за ними указывало на наличие тревожного радикала — напряжение мышц верхнего пояса, напряженная мимика, скованная поза, общая настороженность, сочетающаяся с двигательными проявлениями тревожности — постукиванием, подрагиванием ног, элементами покачивания). Сильные, приступообразные состояния тревоги возникали на фоне обычной диффузной тревожности. Тревожный компонент выражался в виде легкого ажитированного состояния больных: больные не могли усидеть на одном месте, бесцельно бродили по палате, бессмысленно перекладывали вещи.

Характерно, что алкоголизация снижала остроту тревожно-депрессивных проявлений у женщин, но ее последствия наоборот, усиливали тревогу, углубляли депрессию.

Апато-депрессивный вариант наблюдался у 21 пациентки. При данном варианте выявлялось повышение по 2-й шкале «тревоги» и низкие показатели по 9-й шкале «гипомании». При этом варианте депрессивных расстройств пациентки сообщали, что им не хочется заниматься домашним хозяйством, готовить, убирать, пропадал интерес к своей внешности. Сами женщины связывали это с отсутствием партнера, и с возникающим в связи с этим чувством одиночества, покинутости, эмоциональной опустошенности. Характерно было присутствие специфической анэргии – потеря энергетического потенциала, что приводило к общему упадку. Депрессия характеризовалась выраженной ангедонией — утратой радости, ощущения удовольствия, либо психической анестезией — чувством «утраты чувств». Для апато-депрессивных расстройств больше, чем для других аффективных нарушений было свойственно чувство потери смысла жизни, специфическая аномия.

Астено-депрессивный вариант наблюдался у 15 пациенток. При этом варианте кроме повышения по 7-й шкале «психастении» отмечались высокие показатели по 1-й шкале «ипохондрии». Этот вариант сопровождался выраженными астеническими расстройствами в виде повышенной утомляемости с явлениями психического и физического истощения, частой сменой настроения, гиперестезией, разнообразными вегетативными нарушениями, расстройствами сна. Депрессивные нарушения в этом случае во многом зависели от сопутствующей гипостении (слабость возбудительного процесса) — наблюдались чрезвычайная утомляемость при физическом, умственном или эмоциональном напряжении, снижение работоспособности, вялость, нерешительность, неуверенность в себе, колебание самооценки, выраженные и стойкие ощущения бессилия, медлительность, снижение либидо, утрата способности осознавать чувство бодрости, свежести, активности и физической силы, нерезкой адинамией, плохую память. В данном варианте была характерна аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения и слезливости, раздражительной слабости, сочетающая в себе повышенную возбудимость и быстро наступающее бессилие.

Несмотря на легкость обнаружения данного вида депрессии она не была глубокой и не сопровождалась суицидальными действиями.

Истеро-депрессивный вариант наблюдался у 25 пациенток. При этом варианте отмечалось повышение по 2-й шкале «тревоги» и 3-ей шкале «истерии». Больным с таким профилем была свойственна депрессия, сопровождающейся эгоцентрическими установками, демонстративной аффектацией. В отличие от других видов депрессии имел ситуационную обусловленность и более яркую клиническую картину. В этом варианте отражалось дисгармоничное сочетание депрессивных и демонстративных тенденций, что могло сопровождаться направленностью поведения на достижение сочувствия и поддержки окружающих путем аффектированной подачи жалоб с целью привлечения внимания окружающих, как средство давления и манипулирования окружающими. Несмотря на отчетливую связь с негативно окрашенной ситуацией, больные часто отказывались признавать психотравмичность воздействия событий, применяя защитные невротические механизмы отрицания и вытеснения. В ситуации затянувшегося одиночества наряду с истерическими проявлениями (которые выражались в разнообразных манипуляциях, демонстративном поведении), все более отчетливо начинали выступать депрессивные расстройства.

Депрессивно-ипохондрический вариант наблюдался у 18 пациенток. При этом варианте отмечалось повышение по 2-й шкале «тревоги» и 1-й шкале «ипохондрии». В случаях ипохондрической депрессии подавленность сочеталась с чувством безнадежности, убежденности в наличии тяжелого недуга, страха смерти. На первом месте в клинической картине стояли многочисленные соматические жалобы, стойкие нарушения сна и аппетита, что сопровождалось пониженным, подавленным настроением. Пациентки предъявляли жалобы на боли и неприятные ощущения в разных частях тела, в области того или иного органа, тяжесть, тошноту, головокружение и истолковывали это как признаки тяжелого заболевания. Поводом для появления ипохондрических идей могло стать незначительное соматическое заболевание, вегетативные нарушения после алкогольной интоксикации, а также особый склад личности. Предъявляемые пациентками жалобы, не доходили до определенной нозологии и носили непостоянный характер. В этих случаях соматическое неблагополучие, в результате аффективной насыщенности переживания, становилось источником длительной идеаторной переработки.

Выводы. Таким образом, при изучении одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем, клинико-психологическим и экспериментально-психопатологическим методами, нами была выявлена взаимосвязь клинических вариантов депрессивных расстройств с профилями личности по MMPI. Повышение или снижение определенных шкал MMPI соответствовало определенным клиническим вариантам депрессивных расстройств. Выделение данных клинических вариантов аффективных нарушений позволяет добиться лучших результатов, влияет на улучшение диагностики и последующего психотерапевтического воздействия, что необходимо учитывать в процессе лечения и психотерапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН

Шашкова А.М., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Винникова М.А., Кибитов А.О.

Москва
ФМИЦП

Имеется представление о существенных различиях в формировании, развитии и течении алкогольной зависимости между мужчинами и женщинами. Ряд исследований подчеркивают больший вклад генетических факторов в формирование риска развития заболевания у мужчин, вплоть до выделения специфических «мужских» наследственных форм типов алкогольной зависимости. Другие исследования, напротив, связывают риск заболевания у женщин с гораздо большей, чем у мужчин, наследственной отягощенностью алкогольной зависимостью. Очевидна необходимость исследования данного вопроса с позиций доказательного подхода с использованием количественных методов, в том числе для анализа семейной отягощенности, а также с оценкой уровня генетического риска развития алкогольной зависимости на основе молекулярно-генетических методов.

Цель исследования: выявить различия по клиническим и генетическим параметрам развития алкогольной зависимости у женщин в сравнении с мужчинами.

Материал и методы исследования. В исследовании принимали участие стационарные пациенты Клиники ННЦ наркологии (Москва) с диагнозом «зависимость от алкоголя« 2, 2-3 стадии (F-10.2 по МКБ-10), славянской этнической принадлежности, не родственные между собой: 436 мужчин (средний возраст 42,0±13,23г.) и 117 женщин (средний возраст 41,0±13,39). Пациенты с верифицированным психиатрическим диагнозом (шизофрения, эпилепсия, биполярное аффективное расстройство) не включались в исследование. Сравнение пациентов женского и мужского пола проводили по: 1) клиническим параметрам, характеризующим формирование и развитие заболевания (возраст первой пробы алкоголя, возраст начала систематического злоупотребления, возраст формирования синдрома отмены алкоголя (СОА), возраст первой госпитализации в наркологический стационар; 2) генетическим параметрам, включающим показатели семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям и молекулярно-генетическую оценку уровня генетического риска развития болезней зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). В целях количественного анализа семейной отягощенности оценивали степень отягощенности (средняя степень – 1 кровный родственник, больной алкогольной зависимостью, высокая – 2 и более больных кровных родственников) и итоговый балл отягощенности – сумма случаев больных алкогольной зависимостью среди кровных родственников). Проводили генотипирование образцов ДНК пациентов, полученных из венозной крови, методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом. По результатам генотипирования проводили генопрофилирование и оценивали уровень генетического риска у каждого пациента в баллах: от низкого (0,5 баллов) до крайне высокого (3 и более баллов). Использован базовый вариант генопрофиля: 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов ДА системы: 1) оценка общего генетического риска: генетические маркеры по генам дофаминового рецептора типа 2 и фермента тирозингидроксилазы (1 балл в оценке уровня риска; 2) оценка специфического риска: дополнительные маркеры по гену дофаминового рецептора типа 4 (0,5 балла). Баллы отражают статистически достоверную вероятность развития заболевания у носителей генетических маркеров. Дополнительно в начале стационарного лечения (7-8 сутки) и при выписке (21-24 день) оценивался уровень влечения к алкоголю по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и степень выраженности депрессивных расстройств по шкале Бека.

Результаты исследования. Группы мужчин и женщин не различались по возрасту (p= 0,467). Выявлено, что у женщин алкогольная зависимость формируется в достоверно более позднем возрасте, чем у мужчин: возраст первых проб алкоголя (Me±SD) составил 17,0±21,80 лет, у мужчин – 16,0±16,47лет (p=0,00001); возраст начала систематического злоупотребления алкоголем – 28,0±9,60 лет, у мужчин – 25,0±11,91лет (p=0,00014); возраст появления сформированного СОА – 35,0±18,36 лет, у мужчин – 30,0±14,74 лет (p=0,000001).

Уровни генетического риска развития болезней зависимости от ПАВ у женщин (1,5±0,80) и мужчин (1,5±0,95) не

различаются (p=0,204). Среди женщин 69,27% имели семейную отягощенность, среди мужчин – 76,92% (p=0,4138), среднюю степень отягощенности имели 42,66% женщин и 42,74% мужчин, высокую степень отягощенности- 26,61% женщин и 34,18% мужчин (p=0,502). Итоговый балл отягощенности у женщин составил 1,0±1,22, у мужчин – 1,0±0,93 (p=0,704). Выявлены достоверные различия по уровню влечения к алкоголю: в начале лечения в стационаре у женщин показатель ВАШ достоверно ниже (58,0±31,64 балла), чем у мужчин (70,0±30,09 балла, p=0,042), и на момент выписки снижается до нулевых отметок (0,0±17,34), что достоверно меньше, чем у мужчин (3,0±14,52 балла, P=0,00003). По шкале выраженности депрессивных расстройств Бека достоверных различий не выявлено.

Выводы. Алкогольная зависимость у женщин формируется и развивается в более позднем возрасте, уровень влечения к алкоголю существенно ниже в начале лечения и практически исчезает на момент выписки, при этом уровень генетического влияния в виде качественной и количественной оценки семейной отягощенности и оценки уровня генетического риска развития болезней зависимости от ПАВ, идентичен у мужчин и женщин.

АНТИАЛКОГОЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ 2005 Г. И ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Шелыгин К.В., Немцов А.В.

Архангельск
Северный медицинский университет

Введение. Началом активизации антиалкогольной деятельности в стране стали два закона (102-ФЗ, 209-ФЗ), один помимо прочего вводил новые акцизные марки с 1 января 2006 г., второй существенно увеличивал уставной капитал акторов алкогольного рынка и вводил новые и более токсичные денатурирующие добавки с 1 июля 2006 г. Цель работы изучить эффективность антиалкогольных законов 2005 г. и динамики смертности от отравлений алкоголем в 2000 – 2013гг. Материалом для анализа послужили стандартизованные коэффициенты смертности от отравлений алкоголем в возрасте 15 лет и старше, помесячные абсолютные числа смертей от отравлений алкоголем в РФ.

Методы. Анализ показателей динамики (цепные темпы роста) и тест Чоу.

Результаты и их обсуждение. Анализ показателей динамики коэффициентов смертности от отравлений алкоголем населения показал, что снижение их уровней началось в 2004 г., т.е. на два года ранее вступления в силу антиалкогольных законов, а замедление темпов смертности произошло еще раньше – в 2002 г. Снижение в 2004–2005 г. составило в среднем –5,4%. После вступления в силу законов в период 2006–2007 гг. темп снижения смертности резко возрос и достиг – 21,7%. Однако в 2008 г. динамика смертности начала возвращаться к прежним темпам (2008–2009 гг. – 8,5%), а с 2012 года замедлились до значений –5,9%.

Можно предположить, что антиалкогольные законы 2005 г. повлияли на динамику уменьшения смертности от отравлений алкоголем, однако их эффект продолжался в течение двух лет (в 2006–2007 гг.), резко уменьшился в 2008 г. и окончательно исчез к 2012 году. Для проверки этого предположения был выполнен анализ с помощью критерия Чоу, который дает возможность показать статистическую значимость изменения тренда. Анализировали помесячные абсолютные значения смертей для периодов 2004–2005, 2006–2007, 2006–2007 и 2008–2009 гг. Анализ показал существенные изменения на рубеже рассматриваемых периодов. Исходя из этого, можно считать, что введение антиалкогольных административных мер в 2005 году повлияло на динамику снижения смертности от отравлений алкоголем только в течение двух лет (2006–2007 гг.).

Этот эффект трудно целиком связать с прямым действием законов, так как акцизные марки были напечатаны с опозданием и начали поступать в торгующие организации только в конце января, и только на полулитровые бутылки водки. Поступление марок для остальных напитков и емкостей продолжалось в течение всего 2006 г. Это вызвало дезорганизацию алкогольного рынка, резкое снижение продаж и, как следствие, выход на рынок дополнительного количества токсичных суррогатов алкогольной продукции, в частности жидкостей бытовой химии. Последнее привело к увеличению заболеваний токсическими гепатитами и последующему росту смертей от болезней печени.

Более прямым эффектом законов стало увеличение уставного капитала для производителей и продавцов алкогольной продукции. Это привело к уходу из производства и с рынка большого числа предпринимателей, особенно мелких, что также способствовало дезорганизации рынка.

Выводы. Снижение алкоголь обусловленной смертности в последние 10 лет представляет неравномерный процесс. Начало его приходится на период до 2006 г. Эффект от антиалкогольных законов был, по-видимому, непрямым и практически исчерпан в течение двух последующих лет после их принятия. С 2012 года отмечается замедление темпа убыли смертности от отравлений алкоголем, что косвенно может служить индикатором замедления снижения потребления алкоголя населением.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА СКЛОННОСТЬ К ИГРОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ У ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Щевлягина М.Б., Мельников М.А.

Казань
ГАУЗ Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ

Игровая компьютерная аддикция (ИКА) является новой клинической формой расстройств привычек и влечений, распространенной у химически зависимых, обращающихся за наркологической и психотерапевтической помощью. При этом коморбидность ИКА с алкогольной или наркотической зависимостью оказывает деструктивное влияние на результативность лечения и качество ремиссии. Вместе с тем, механизмы формирования ИКА и роль личностных факторов в их становлении у химически зависимых остаются недостаточно изученными. Это порождает практическую проблему, заключающуюся в несоответствии теоретических представлений о коморбидности данных аддиктивных расстройств и эффективностью психокоррекционной и психотерапевтической помощи.

Согласно данным исследований последних лет, в формировании адаптивного и дезадаптивного паттернов важная роль отводится аномалиям характера и антиципационной состоятельности (прогностической компетентности). В этой связи исследование влияния параметров акцентуаций характера и антиципационной состоятельности на склонность к ИКА при алкогольной и наркотической зависимости является значимым и актуальным.

В исследовании принимали участие испытуемые мужского пола, в возрасте 20-30 лет, проходившие лечение в РЦ ГАУЗ РНД МЗ РТ с диагнозами алкогольная зависимость (n=30) и наркотическая зависимость (n=30). Были использованы следующие методики: 1. Тест «Склонность к зависимому поведению»

В.Д.Менделевича, 2. Тест «Антиципационной состоятельности» В.Д.Менделевича. Для исследования влияния показателей акцентуаций характера и антиципационной состоятельности на склонность к ИКА был проведен многофакторный дисперсионный анализ ANOVA, где в качестве зависимой переменной выступал показатель шкалы теста В.Д. Менделевича «Склонность к зависимому поведению» – «склонность к игровой компьютерной аддикции».

Дисперсионная модель влияния нозологической формы на склонность к ИКА у испытуемых с наркоманией и алкоголизмом являлась статистически значимой на уровне $p<0.002$. Согласно результатам анализа модели было выявлено, что у больных алкоголизмом склонность к ИКА имела большую выраженность, чем у больных наркоманией. Так, испытуемые с алкоголизмом в большей степени были подвержены склонности к ИКА, чем респонденты с наркозависимостью. Это также подтверждалось данными анализа дисперсионной модели влияния склонности к алкогольной зависимости на склонность к ИКА с уровнем статистической значимости $p<0.000$.

При этом в каждой группе испытуемых на интенсивность проявления склонности к ИКЗ влияли следующие личностно-типологические особенности. Дисперсионная модель влияния застревающей акцентуации характера на склонность к ИКА соответствовала уровню статистической значимости $p<0.000$. Наиболее высокий уровень склонности к ИКА был выявлен у больных алкоголизмом с высоко и средне выраженной застревающей акцентуацией характера. У испытуемых с наркозависимостью, имеющих аналогичный уровень застревающей акцентуации характера склонность к ИКА находилась на среднем уровне. И низкий уровень склонности к ИКА был отмечен у респондентов с алкогольной и наркотической зависимостью имеющих низкий уровень застревающей акцентуации характера. У больных наркоманией он также являлся незначительно ниже.

Следующая дисперсионная модель влияния общей антиципационной состоятельности на склонность к ИКА в выборках испытуемых с алкогольной и наркотической зависимостью имела статистическую значимость на уровне $p<0.000$. Согласно результатам анализа, сильно выраженная склонность к ИКА была зафиксирована у испытуемых с алкогольной зависимостью, имеющих средний уровень антиципационной состоятельности. У больных алкоголизмом с высоким и низким показателями антиципационной состоятельности, а также у наркозависимых со средним и низким уровнями антиципационной состоятельности склонность к ИКА проявлялась на среднем уровне. И, наконец, наиболее низкий уровень ИКА был зафиксирован в группе испытуемых с наркоманией, имеющих высокие показатели прогностической компетентности.

Наконец, дисперсионная модель влияния временной антиципационной состоятельности на склонность к ИКА в выборках пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью также соответствовала уровню статистической значимости $p<0.000$. Результаты анализа модели показали, что наиболее высоко ИКА была проявлена в выборке испытуемых с алкогольной зависимостью, имеющих высокий и средний уровни выраженности хронометрической антиципационной состоятельности. Среднюю выраженность ИКА обнаружила в группах респондентов с алкогольной зависимостью, имеющих низкий уровень временной прогностической компетентности и пациентах с наркозависимостью со средним и низким уровнями временной антиципационной состоятельности. Наиболее низкий уровень ИКА был выявлен у лиц с наркотической зависимостью и высоким уровнем хронометрической антиципационной состоятельности.

Таким образом, в результате исследования удалось установить, что у обеих групп испытуемых на склонность к ИКА оказывал статистически достоверное влияние ряд личностно-типологических особенностей. У больных алкоголизмом ими являлись: высокий и средний уровни застревающей акцентуации характера, средний уровень антиципационной состоятельности, высокий и средний уровни временной антиципационной состоятельности. У больных наркоманией к ним относились: также высокий и средний уровни застревающей акцентуации характера, средний и низкий уровни показателей общей и временной антиципационной состоятельности. Однако при влиянии схожих личностно-типологических особенностей испытуемые с алкогольной зависимостью выявили большую склонность к ИКА, нежели респонденты с наркоманией.

КОРРЕЛЯЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С УРОВНЕМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Яковлев А.Н., Коростин М.И., Бродянский В.М., Кибитов А.О.

Липецк, Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
ГУЗ Липецкий ОНД

Цель: уточнение направленности вторичной профилактики наркологических заболеваний у лиц с высоким уровнем генетического риска развития зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), которым свойственно быстрое формирование зависимости после первых проб алкоголя.

Материалы и методы: В исследование включались лица 16-17 лет, направленные к наркологу для постановки на наркологический учет (Липецкий областной наркологический диспансер) в связи с задержанием полицией в состоянии алкогольного опьянения и на момент обследования злоупотребляющих алкоголем без синдрома зависимости. Генопрофилирование по молекулярно-генетическим маркерам уровня генетического риска развития наркологических заболеваний проводили при наличии информированного согласия. Из исследования исключались лица с олигофренией, эндогенными психическими расстройствами, тяжелыми ЧМТ давностью менее 5 лет, судорожными припадками в анамнезе.

Для проведения генопрофилирования образцы ДНК, полученные из венозной крови, генотипировали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом. По результатам генотипирования оценивали итоговый (результирующий) уровень генетического риска у каждого пациента в баллах: от низкого (0,5 баллов) до крайне высокого (3 и более баллов). Был использован базовый вариант генопрофиля: 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов дофаминовой (ДА) нейромедиаторной системы: 1) оценка общего генетического риска: базовые универсальные генетические маркеры по генам ДА рецептора типа 2 и фермента тирозингидроксилазы, при выявлении генетического маркера начисляли 1 балл в оценке итогового уровня риска; 2) оценка специфического риска: дополнительные маркеры по гену ДА рецептора типа 4, при выявлении генетического маркера начисляли 0,5 балла в оценке итогового уровня риска. Баллы отражают статистически достоверную вероятность развития заболевания у носителей генетических маркеров.

Клинико-анамнестические признаки были ранжированы по бинарной шкале: 0 – нет признака, 1 – есть признак. При возможности ранжировались количественные признаки, например, доза привычно потребляемого спиртного в пересчете на абсолютный алкоголь. Корреляции между итоговым уровнем генетического риска и клинико-анамнестическими данными рассчитывались с применением критерия Спирмена rs. Количество лиц, включенных в исследование, составило 21

чел, из них 33% девушек. Средний возраст обследуемых составил 16,62±0,74 года. Итоговый уровень генетического риска колебался от 0,5 до 3,5 баллов.

Результаты. Не выявлено корреляций между уровнем генетического риска и такими показателями, как эйфория или дискомфорт при первых пробах алкоголя, наличие выраженных алкогольных интоксикаций в анамнезе, эйфория при регулярном употреблении алкоголя, средняя разовая доза потребляемого алкоголя, возраст начала употребления алкоголя.

Относительно значимыми ($p \leq 0,05$) оказались корреляционные связи между уровнем генетического риска и такими показателями, как: частичные обратимые амнезии периода опьянения (rs=0.508), отрицание проблем, связанных с потреблением алкоголя (rs=0.467), эпизодическое потребление наркотических средств (rs=0.537).

Достоверно значимые корреляционные связи ($p<0,01$) с уровнем генетического риска выявлены для следующих показателей: импульсивная агрессия в опьянении (rs =0.631), совершение импульсивных правонарушений в опьянении (rs =0.576), наличие неврозоподобных расстройств (энурез, выдергивание волос, обгрызание ногтей (rs=0.576).

Выводы. Анализ полученных корреляций позволят предположить, что в основе прогредиентности аддиктивных расстройств у лиц с высоким уровнем генетического риска развития болезней зависимости от ПАВ лежит дефект критики к поведению, который проявляется как в состоянии опьянения, так и в период между употреблением опьяняющих веществ.

При сопоставимых дозах алкоголя лица с высоким уровнем генетического риска быстрее утрачивают сознательный контроль за поведением, вследствие чего отреагирование стимулов происходит через двигательное возбуждение и агрессию.

В трезвом состоянии дефект критики приводит к отрицанию имеющихся проблем.

При этом наличие неврозоподобных расстройств, характерных для более раннего возраста (обгрызание ногтей, энурез и др.) может быть проявлением низкой способности справляться со стрессом, изначальной неспособности к адекватному отреагированию тревоги.

Соответственно, важным направлением профилактической работы среди подростков с высоким уровнем генетического риска развития болезней зависимости от ПАВ будет являться развитие сознательной саморегуляции поведения и соответствующих возрасту копинг-стратегий

ИСКАЖЕНИЕ САМООЦЕНКИ СОЦИАЛЬНО-ЖЕЛАТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ У ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

Яковлев А.Н., Коростин М.И., Пажитных Д.В., Ткачев А.А., Пашкевич Н.В., Бродянский В.М., Кибитов А.О.

Москва, Липецк
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
ГУЗ Липецкий ОНД

Цель. Выявление особенностей характера и психологического профиля подростков с проблемным поведением с разным уровнем генетического риска развития зависимости от ПАВ для корректировки целей и методов профилактической работы в целевой группе подростков.

Материалы и методы. В исследование включались лица мужского пола 14-17 лет, направленные к наркологу полицией для обследования (Липецкий областной наркологический диспансер) в связи привлечением к административной ответственности за употребление и распитие алкоголя. Всего в исследовании приняло участие 49 чел, средний возраст составил 16,02±1,16 года. Необходимым условием для участия в исследовании было получение информированного согласия. Из исследования исключались лица с олигофренией, эндогенными психическими расстройствами, ЧМТ давностью менее 5 лет, судорожными припадками в анамнезе, а также лица, в отношении которых отсутствовали объективные анамнестические сведения.

Для проведения генопрофилирования образцы ДНК, полученные из венозной крови, генотипировали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом. По результатам генотипирования оценивали итоговый уровень генетического риска у каждого пациента в баллах: от низкого (0,5 баллов) до крайне высокого (3 и более баллов). Был использован базовый вариант генопрофиля: 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов дофаминовой (ДА) нейромедиаторной системы: 1) оценка общего генетического риска: базовые универсальные генетические маркеры по генам ДА рецептора типа 2 и фермента тирозингидроксилазы, при выявлении генетического маркера начисляли 1 балл в оценке итогового уровня риска; 2) оценка специфического риска: дополнительные маркеры по гену ДА рецептора типа 4, при выявлении генетического маркера начисляли 0,5 балла в оценке итогового уровня риска. Баллы отражают статистически достоверную вероятность развития химической зависимости у носителей генетических маркеров.

В качестве шкалы, измеряющей социально-желаемые качества личности, использовалась шкала «самонаправленность» (Self-Directedness) опросника черт темперамента и характера К.Клонинджера «Temperament and Character Inventory» (русскоязычная версия – TCI-125, адаптация С.Н. Ениколопова и А.Г. Ефремова). Шкала позволяет количественно оценить выраженность таких качеств, как ответственность, целенаправленность, самопринятие, полезные привычки и высокие показатели по этой шкале рассматриваются рядом авторов как один из наиболее важных показателей психического здоровья.

Дополнительно проводилась экспертная оценка выраженности у обследуемых указанных качеств в реальном поведении, для чего использовались данные анамнеза, собеседования, наблюдения. Экспертная оценка по каждому личностному качеству могла принимать три значения: 0 («не свойственно»), 1 («возможно»), 2 («выражено»). Максимальное значение могло достичь 8 баллов, минимальное – 0 баллов. Экспертная оценка каждого обследуемого проводилась независимо двумя специалистами – клиническими психологами, баллы от каждого специалиста складывались и усреднялись для использования в исследовании.

Проведение генотипирования проходило после получения экспертной оценки и данных психологического тестирования. Анализ корреляционной связи между уровнем генетического риска и изучаемыми психологическими характеристиками проводили с использованием непараметрического метода ранговой корреляции Спирмена (rs).

Результаты. Значение генетического риска (RT) колебалось от 0,5 до 3,5 баллов и в среднем составило 1,74±0,85 баллов. Среднее значение шкалы «самонаправленность» составило 14,94±4,12 баллов при максимально возможном значении 25 баллов. Экспертные оценки по шкале «самонаправленность» колебались в диапазоне от 4 до 0 баллов из 8 возможных, среднее значение составило 2,57±0,89 балла.

Корреляционная связь между уровнем генетического риска и экспертными оценками носила отрицательный характер (rs=-0.308, $p<0,05$). Корреляционная связь между уровнем генетического риска и данными психологического тестирования оказалась наоборот, прямой (rs=0,359, $p<0,05$).

Таким образом, чем выше уровень генетического риска, тем более выражено проблемное поведение и тем меньше спо-

собность обследуемых замечать свои недостатки. Корреляции между данными психологического тестирования и экспертными оценками оказались недостоверными (rs=-0.035), что подтверждает отсутствие установочности оценок привлеченных экспертов в отношении обследуемых лиц.

Выводы. Искажение обследуемыми результатов психологического тестирования само по себе не является новостью. Однако значимым результатом является повышение склонности к искажению данных по мере возрастания уровня генетического риска. Искажение восприятия социально-желаемых качеств в собственной личности в сторону «позитивного», «приглаженного» образа может быть одним из психологических механизмов, способствующих реализации генетического риска развития зависимости от ПАВ и должно быть одной из целей индивидуализированной профилактической работы.

РИСК УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ ПОДРОСТКАМИ С ПРОБЛЕМНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ: АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И «ПОИСКА НОВИЗНЫ»

Яковлев А.Н., Коростин М.И., Пажитных Д.В., Ткачев А.А., Пашкевич Н.В., Бродянский В.М., Кибитов А.О.

Москва, Липецк
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
ГУЗ Липецкий ОНД

Цель: Сравнение эффективности различных методов выявления группы риска потребления наркотиков среди подростков с проблемным поведением: оценка черт личности («поиск новизны»), семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям и уровня генетического риска развития зависимости от ПАВ.

Материалы и методы: В исследование при условии получения информированного согласия включались подростки мужского пола 14-17 лет, направленные к наркологу (Липецкий областной наркологический диспансер) в связи с употреблением и распитием алкоголя в общественных местах, Из исследования исключались лица с олигофренией, эндогенными психическими расстройствами, судорожными припадками, а также лица без объективных анамнестических сведений. В исследовании участвовали 42 подростка, средний возраст: 16,12±1,13 лет.

Для проведения генопрофилирования образцы ДНК, полученные из венозной крови, генотипировали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом. По результатам генотипирования оценивали итоговый (результирующий) уровень генетического риска у каждого пациента в баллах: от низкого (0,5 баллов) до крайне высокого (3 и более баллов). Был использован базовый вариант генопрофиля: 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов дофаминовой (ДА) нейромедиаторной системы: 1) оценка общего генетического риска: базовые универсальные генетические маркеры по генам ДА рецептора типа 2 и фермента тирозингидроксилазы, при выявлении генетического маркера начисляли 1 балл; 2) оценка специфического риска: дополнительные маркеры по гену ДА рецептора типа 4, при выявлении генетического маркера начисляли 0,5 балла. Баллы отражают статистически достоверную вероятность развития зависимости от ПАВ у носителей генетических маркеров.

Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям изучалась путем интервью обследуемого и его родственников (чаще всего мать) и оценивалась по бальной системе с учетом степени отягощенности (0 – нет отягощенности, 1 (средняя степень) – наличие одного случая злоупотребления ПАВ у кровного родственника, 2 (высокая степень) – наличие двух и более случаев).

В качестве психодиагностического предиктора употребления наркотиков использовалась шкала «поиск новизны» (Novelty Seeking) опросника черт темперамента и характера К.Клонинджера «Temperament and Character Inventory» (русскоязычная версия – TCI-125, адаптация С.Н. Ениколопова и А.Г. Ефремова).

Употребление наркотиков обследуемыми, по данным интервью, было ранжировано по дихотомическому принципу (0 – нет данных, 1 – имеется употребление).

Анализ связи факта употребления наркотиков с данными инструментов исследования проводили с помощью непараметрического метода ранговой корреляции Спирмена (rs).

Согласие на участие в исследовании обследуемые давали до момента выяснения анамнестических данных.

Результаты. Уровень генетического риска колебался в пределах от 0,5 до 3,5 баллов и в среднем составил 1,74±0,86 баллов. Средний балл по шкале «поиск новизны» составил 9,2±3,3 балла. Среднее значение наследственной отягощенности равнялось 0,5±0,71 балла, количество лиц с оценкой отягощенности в 0 баллов составило 27 чел (64.2%).

Имели опыт употребления наркотиков и токсикоманических веществ 14 чел (33,3%), из них потребители каннабимиметиков (конопля и «спайс») – 9 чел (21,43%), 1 чел (2,4%) указал на употребление героина однократно, 1 чел (2,4%) имел опыт курения конопли и однократно – амфетамина. Из токсикоманических веществ отмечено употребление летучих растворителей у двоих человек (4,8%), а также семян дурмана у одного обследуемого (2,4%). Стаж употребления наркотиков и токсикоманических веществ не превышал одного года, частота на превышала 1-3 раз в месяц.

Данные психологического тестирования по шкале «поиск новизны» оказались не связаны с фактом приема наркотиков и токсикоманических веществ (rs=0.136, p>0,05). Повышенные значения по шкале «поиск новизны» являются надежным предиктором поведенческих расстройств, однако внутри исследуемой выборки данный критерий не смог выделить наиболее проблемную группу. Возможно, это связано с диссимуляцией ответов подростками.

Степень наследственной отягощенности показала достоверную, но слабую связь с употреблением наркотиков (rs=0.378, p<0,05). Уровень генетического риска по данным генотипирования показал прямую достоверную и тесную связь с потреблением наркотиков и токсикоманических средств (rs =0.507, p<0,01).

Выводы. Риск употребления наркотиков в значительной степени зависит от генетических факторов. Полученные результаты позволяют считать генетический скрининг перспективным и наиболее надежным методом для использования в наркологической практике с целью выделения лиц, имеющих высокий риск потребления наркотиков и проведения индивидуально-ориентированной профилактики зависимости от ПАВ.

ПРОБЛЕМА ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СПЕКТРА НАРУШЕНИЙ В РОССИИ

Ялтонская А.В., Колпаков Я.В., Ялтонский В.М., Абросимов И.Н.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Несмотря на некоторые методологические ограничения, результаты выявленных научных исследований, позволяют делать достаточно достоверные выводы о высокой распространен-

ности потреблении алкоголя в России женщинами детородного возраста, низком уровне использования контрацепции, и достаточно большом количестве (в процентном соотношении) беременных женщин, потребляющих опасно высокие дозы алкоголя для здоровья будущего ребенка. На основании этих факторов можно предположить, что распространенность фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН) в России может быть тревожно высокой.

Проанализированные научные работы, оценивающие уровень распространенности ФАСН как в общей, так и в специфических группах населения, не могут быть обобщены для всего населения России. В связи с этим, крайне важным для здравоохранения России является проведение масштабного эпидемиологического исследования, направленного на выявление распространенности ФАСН среди населения страны. Такое исследование позволит прояснить реальные масштабы проблемы и инициировать необходимые профилактические меры.

Выявлен факт низкой информированности врачей и других медицинских и социальных работников в отношении негативных последствий употребления алкоголя во время беременности и ФАСН, недостаток образовательных программ по данной тематике и современной научно-методической литературы, отвечающей запросам клинической практики. Инициирование информирования медицинских работников о тяжелых последствиях воздействия алкоголя на плод, обучение врачей навыкам диагностики ФАСН, а так же широкого круга специалистов по вопросам оказания целенаправленной помощи лицам с ФАСН и их семьям, является важным и крайне необходимым шагом для России.

Особого внимания заслуживает вопрос высокой распространенности случаев ФАСН в специализированных детских учреждениях (детских домах, домах-интернатах и др.). Обучение специалистов данных учреждений навыкам диагностики, лечения, и реабилитации детей с проблемами ФАСН является чрезвычайно важной задачей. Отсутствие понимания проблем ребенка приводит к ухудшению его психического и физического здоровья, потери важных лет, во время которых ребенку могла бы быть оказана профессиональная помощь, а так же к психоэмоциональному стрессу сотрудников учреждений данного типа, работающих с такими детьми.

Со значительными трудностями и информационным вакуумом сталкиваются приемные родители, усыновившие ребенка с ФАСН в России. Для большинства из них на сегодняшний день недоступна специализированная и психологическая помощь, и поддержка, столь необходимая для родителей, усыновивших ребенка с выраженными психическими, поведенческими и неврологическими нарушениями. Это очевидно, что на сегодняшний день в России существует большой разрыв между теми, кто нуждается в диагностике и получению специализированной помощи в связи с ФАСН и числом специалистов, которые способны оказать такую помощь на современном профессиональном уровне.

Одним из основных препятствий на пути выявления и оказания помощи лицам с ФАСН в России является отсутствие общепринятых критериев диагностики данного типа нарушений, а так же практических навыков диагностирования, принятых в странах Северной Америке и Европы. В мире, на сегодняшний день, активно используется несколько систем для диагностики фетального алкогольного синдрома (ФАС) и ФАСН: 1) диагностическая система Института Медицины США (IOM) (Stratton et al., 1996); 2) система четырехзначных диагностических кодов ФАСН Университета Вашингтон (FASD 4-Digit Diagnostic Code) (Astley 2004); 3) руководство по диагностике ФАС Американского Центра Контроля и Профилактики Заболеваний (CDC) (Bertrand et al., 2004); 4) пояснения к диагностическим критериям Института Медицины (Hoyme et al., 2005); 5) Канадское руководство по диагностике ФАСН (Chudley et al., 2005). Несмотря на некоторые разногласия в этих системах, все они позволяют достоверно диагностировать ФАСН.

Отечественные исследования эффективности методов диагностики ФАС/ФАСН, свидетельствуют о надежности использования диагностических критериев американского Центра Контроля и Профилактики Заболеваний (Center of Disease Control and Prevention; Bertrand et al., 2004) в России (Шилко и соавт., 2008, 2009, 2010, 2011). Кроме того, было установлено, что после непродолжительного тренинга российские педиатры приобретали навыки достаточно точной диагностики ФАС у российских детей (Jones et al., 2006).

Важной потребностью и задачей, стоящей на сегодняшний день перед российским медицинским сообществом, является широкое внедрение эффективных профилактических мероприятий ФАСН, направленных на рождение здоровых детей. Крайне необходимо, что бы не только беременные, но и женщины детородного возраста (включая подростков) были проинформированы о негативных последствиях потребления алкоголя во время беременности, а также о том, что необходимо полностью отказаться от любого количества и вида алкоголя на протяжении всего срока беременности.

Отечественные исследования приводят убедительные данные об эффективности ряда профилактических мероприятий проводимых для женщин детородного возраста и беременных женщин (Москаленко 2002, 2008; Балашова и соавт., 2010; Балашова и соавт., 2012; Регентова, 2012).

К сожалению, систематический поиск отечественной научной литературы не выявил ни одной работы, посвященной профилактике ФАСН в группе самого высокого риска – женщин, страдающих алкоголизмом. Это означает, что самая уязвимая группа не получает специализированной профилактической помощи, предотвращающей рождение ребенка с перинатальным воздействием алкоголя. В мировой практике существуют эффективные профилактические вмешательства разного уровня. Среди них мотивационное консультирование женщин страдающих алкоголизмом, направленное на воздержание от употребления алкоголя на срок беременности. А также прием противовоспалительных веществ, таких как ингибиторы простагландина, факторы роста, антиоксиданты, а так же препаратов холина и других низкомолекулярных веществ (например, нейропептиды) с целью снижения тератогенного воздействия этанола и продуктов его распада на плод у женщин, продолжающих потребления алкоголя во время беременности. Крайне важным является обучение врачей-гинекологов, педиатров, наркологов, клинических психологов и других специалистов, работающих с женщинами, страдающими алкогольной зависимостью, стратегиям скрининга факторов риска (алкоголизация сексуально активных женщин на фоне отсутствия надежной контрацепции, наличие ребенка с ФАС/ФАСН и других) и проведению специфических профилактических вмешательств.

В заключении следует отметить, что влияние алкоголя на здоровье людей может быть крайне негативным, и даже приводить к таким катастрофическим последствиям как формирование полной интеллектуальной неполноценности в случаях тяжелого ФАС. Особую актуальность, тема вредных последствий от алкоголя, принимает в разрезе воздействия на еще не рожденного ребенка, на его здоровье и будущие перспективы. Данная научная работа имеет цель привлечения внимания специалистов и исследователей разного медицинского и социального профиля к столь значимой для благополучия будущих поколений нашей страны и всего мира проблеме. Важность проблемы на мировом уровне, подтверждается инициацией Всемирной Организацией Здравоохранения международного исследования по распространенности ФАСН и пренатального воздействия алкоголя на плод в более чем 10 стран мира: Центральной и Восточной Европы, Африки, Канады, с присоединением в будущем стран из Западной Европы, Австралии, Новой Зеландии и других стран.

ВОСПРИЯТИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ ПОДРОСТКАМИ И ИХ РОДИТЕЛЯМИ (СХОДСТВО И РАСХОЖДЕНИЯ В СУБЪЕКТИВНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ О БОЛЕЗНИ)

Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Кошелева Е.А., Ялтонская А.В.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
МНПЦ наркологии ДЗМ,
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность исследования обусловлена высокой распространенностью употребления дешевых синтетических каннабиноидов среди подростков, молодежи и выраженными медицинскими, социальными, нравственными, экономическими и юридическими последствиями их употребления. По сравнению с естественными каннабиноидами сила воздействия синтетических каннабиноидов более чем в 100 раз мощнее, что приводит к возникновению очень опасных побочных эффектов для здоровья, социального функционирования и т.д. Многие люди недооценивают риск синтетических каннабиноидов, поскольку видят гашиш, марихуану как легкий, доброкачественный наркотик.

Цель исследования: исследовать субъективные представления подростков об употреблении синтетических каннабиноидов (курительные смеси «СПАЙС») подростками, а также сходство и расхождения и расхождения в восприятии болезни пациентами и их родителями.

Задачи исследования: 1. Изучить особенности, сходство и различие в идентификации подростками существующих у них проявлений злоупотреблений синтетическими каннабиноидами, в сравнение с определением симптомов употребления синтетических каннабиноидов родителями обследуемых детей. 2. Исследовать параметры восприятия злоупотребления зависимости от курения смесей СПАЙС подростками и восприятия болезни детей их родителями.

Материал исследования: Обследовано 26 подростков, злоупотребляющих курением смесей СПАЙС, из них 18 мальчиков и 8 девочек; средний возраст: 15,55±1,34 лет (группа 1). Из них- 14 человек – с диагнозом «Пагубное злоупотребление сочетанных ПАВ», код по МКБ-10: F19.1; 12 человек – с диагнозом «Пагубное злоупотребление каннабиноидами», код по МКБ-10: F12.1. Образование: 16 человек обучаются в школе, 9 человек – в колледжах, 1 человек в на момент обследования не учился и не работал.

Вторую группу (группа сравнения) составили 26 родителей обследуемых подростков, из них женщин – 20, мужчин 6; средний возраст родителей: 44,35±9,31 лет. Из них: 20 матерей, 4 отца, 1 бабушка, 1 опекун. Исследование проводилось на базе Отделения медико-социальной помощи детям Филиала №9 МНПЦ Наркологии ДЗ Москвы в апреле – ноябре 2014 года.

Методы исследования: В исследовании были использованы клинико-анамнестический, статистический и экспериментально-психологический метод, в рамках которого использовалась я «Краткий опросник восприятия курительных смесей « СПАЙС» (версия для подростков и версия для родителей подростков подростками опросника) с дополнительным разделом «Идентификация пациентом болезни по воспринимаемым симптомам» (В.М. Ялтонский, 2008).

Результаты исследования. Как подростки, так и родители идентифицировали наличие у ребенка регулярного употребления ПАВ на основании следующих ведущих симптомов: желание продолжить курение смесей спайс вопреки вредным последствиям (подростки-80% и родители- 75% соответственно), двигательное беспокойство (65% и 85%), раздражение (70% и 85%), подавленное настроение по 60%,. В то же время, выявлены существенные различия в восприятии подростками и их родителями симптомов имеющегося у детей заболевания. Около 70 процентов поодростков из них отмечали у себя симптомы «обрыв мыслей», дезориентация (50%)и только 20% отмечали у себя наличие проблем с памятью. В тоже время, их родителей сильно беспокоили такие проявления болезни детей как состояние возбуждение (90%), проблемы с памятью ребенка (85%), наличие тревоги и нарушенной речи (по 75%), дезорганизованность поведения(65%), и проявления гнева, агрессивности и потери контроля за своим поведением (соответственно про по 55%),странности в поведении (50%).

Обращает на себя внимание, что и подростки и их родители рассматривают злоупотребление смесями «СПАЙС» как краткосрочное острое заболевание (подростки – 2,2±2,02 балла, родители – 2,25±1,58 балла по 10 бальной шкале длительность болезни), которое вызывает у них слабую озабоченность (подростки – 3,35±3,22; родители- 3,65±2,67). И подростки и их родители частично способны идентифицировать имеющееся заболевание по его симптомам (подростки-4,65±3,23; родители – 5,75±2,47;), которое вызывает у них слабую озабоченность (подростки – 3,35±3,22 балла; родители – 3,65±2,67) и оценку воспринимаемых последствий как умеренных (подростки – 5,35±2,9; родители – 6,1±2,3). По этим параметрам восприятия болезни между подростком и родителями выявлено не было. Следует отметить, что подростки достаточно высоко, по сравнению с родителями, оценивали свою способность контролировать процесс курения синтетических каннабиноидов (подростки – 7,65±2,74; родители – 5,45±2,82; p=0,009) и вероятность излечения болезни посредством лечения (подростки – 7,7±1,49; родители – 6,55±1,94; p= 0,049).

1. Подростки склонные к употреблению синтетических каннабиноидов в сочетании с другими психоактивными веществами в анамнезе не отмечают наличие у себя ряда серьезных психических и поведенческих расстройств и соответственно неадекватно оценивают тяжесть своего состояния. Расхождения в восприятии родителями психического состояния их подростка проявляются, прежде всего, в наличии у детей сильного возбуждения, проблем с памятью ребенка, наличием тревоги и нарушенной речи, дезорганизованность поведения, проявлений гнева, агрессивности и потери контроля за своим поведением.

2. Восприятие медицинской модели зависимости от синтетических каннабиноидов противоречит выявленным в исследовании представлениям подростков и их родителей о злоупотреблении курительными смесями СПАЙС» как краткосрочного, сопровождающегося умеренными последствиями заболеванием, не заслуживающим серьезной озабоченности. Верояность негативного прогноза развития заболевания возрастает из-за наличия у подростков убеждений о своей сильной способности контролировать процесс курения синтетических каннабиноидов и высокой вероятности излечения аддиктивного поведения посредством лечения.

РАЗДЕЛ 8.
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

СПОСОБ ВОЗДЕЙСТВИЯ ГАРМОНИЧЕСКИМ ЗВУЧАНИЕМ В СООТВЕТСТВИИ С ЭКСТРЕМУМАМИ МАКСИМУМ И МИНИМУМ НА ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Григорьева Е.А., Дьяконов А.Л., Певзнер А.А.

Ярославль
Ярославский ГМУ

Депрессия оценивается как патологически устойчивое состояние. Попытки «расшатать» его существуют давно. Однако это не исключает необходимости поиска новых направлений, которые отдельно или в сочетании с существующим психофармакологическим лечением могут улучшить результаты.

Цель работы: воздействовать на пациентов с депрессивным эпизодом гармоническим звучанием в соответствии с экстремумами максимум и минимум спектра фоновой ЭЭГ, пытаясь, перестраивая биопотенциалы мозга, расшатать патологически устойчивое состояние и добиться ослабления или устранения депрессии.

Материалы и методы исследования. Обследован 51 пациент с депрессивными эпизодами (32 затяжной депрессивный эпизод в структуре рекуррентного депрессивного расстройства, 19 первичный, 2-4 недельной давности, не леченный). Пациенты с затяжными депрессиями, принимали различные антидепрессанты из группы СИОЗС в сочетании с бензодиазепинами или небольшими дозами антипсихотиков (оланзапин, сульпирид). На время исследования препараты не отменялись. Клиническая оценка дополнялась оценкой по шкале HAM-D (17 пунктов). Регистрировалась фоновая ЭЭГ с дальнейшим спектральным анализом. Выделялись экстремумы максимум (превышающие по амплитуде соседние частоты-гармоники) и экстремумы минимум (уступающие по амплитуде соседним частотам – гармоник). Для каждого человека характерен свой спектр фоновой ЭЭГ, свои экстремумы. Подаваемый гармонический звук был индивидуален, имел свой диапазон звукового воздействия и подавления не только в соответствии с экстремумами (максимум – реакция синхронизации, минимум – десинхронизации), но использовалась кратность гармонического звучания, с коэффициентом 2n (от 200 до 1500 Гц). Количество звучаний за один сеанс 4-6, количество сеансов от 2 до 15. Кроме фоновой ЭЭГ, записывалась ЭЭГ в момент подачи звука и после каждого звучания. ЭЭГ перестраивалась, при спектральном анализе изменялась частота экстремумов и, как следствие, изменялась частота подаваемого звука.

Результаты исследования и обсуждение. При депрессиях в структуре рекуррентного депрессивного расстройства (в среднем 23,9 балла) ослабление депрессии после каждого сеанса наступало сроком от 10-30 мин до 7-10 дней (если не наблюдалось в дальнейшем полного продолжительного выхода). В основном это происходило за счет ослабления депрессивного настроения, чувства вины, суицидальных мыслей. Другие симптомы депрессии изменялись более мозаично. Количество проведенных сеансов в этой группе – в среднем 10. Повторные сеансы осуществлялись в течение 1-3 суток после возвращения депрессии. Полный выход из депрессии (без инверсии фазы) выявлен у 7 (21,88%) обследованных. Он наступал неожиданно, после сеансов с нестабильным эффектом. В 17 (53,15%) случаях определена стойкая ремиссия (8-12 баллов). У 8 (25,0%) пациентов после каждого из проведенных сеансов депрессия через несколько минут – дней возвращалась, примерно, на тот же или более низкий уровень. После хорошего состояния возврат депрессии воспринимался больными более тяжело. После 15 сеансов работа с этими пациентами была прекращена. Все они продолжали фармакотерапию. В группе больных с первым депрессивным эпизодом (23,2 балла) наблюдалась аналогичная картина: ослабление депрессии после каждого сеанса зафиксировано от 10 до 30 минут до двух недель. Как и в первой группе, стабильно уменьшалась выраженность депрессивного настроения, чувства вины, суицидальная настроенность. Кроме того, ослабевала или устранялась поглощенность, озабоченность своим здоровьем, появлялась критическая оценка своего состояния. Другие симптомы шкалы изменялись от сеанса к сеансу нестабильно. Полный выход из депрессии в ответ на гармонические звучания имел место в 5 (26,32%) наблюдениях. В 10 (52,63%) случаях выявлен хороший результат (8-11 баллов). Четырем пациентам (21,05%) практически безрезультатно проведены все 15 запланированных сеансов звукового гармонического воздействия. У них отмечались лишь кратковременные (10-20мин) улучшения. Присоединение медикаментозной терапии (антидепрессанты группы СИОЗС) не сразу привело к положительной динамике. В дальнейшем (без звукового воздействия) у трех пациенток депрессия продолжалась около 3 месяцев, у одной – 4 месяца. Среднее количество сеансов в этой группе больных несколько меньше – 8. По типу перестройки спектра ЭЭГ и экстремумов в ответ на гармонические звучания, и, следовательно, по кратности передаваемого звука судить о продолжительности антидепрессивного эффекта (на данном этапе исследования) сложно. Возможно, это связано с резонансной Ларморовой частотой, которая зависит от постоянно изменяющейся резонансной частоты нервных клеток (эффект «химического сдвига» резонансной частоты). Вывод. Воздействие на человека гармоническим звуком, частота которого задается в соответствии с экстремумами максимум и минимум (в том числе с кратностью 2n) спектра ЭЭГ, вызывает перестройку биопотенциалов мозга и, расшатывая патологические нейронные связи, появляется возможность ослаблять, а в ряде случаев и устранять депрессию.

ПРИМЕНЕНИЕ СУБНАРКОТИЧЕСКИХ ДОЗ МЕДИЦИНСКОГО КСЕНОНА В ТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Цыганков Б.Д., Добровольский А.П., Арутюнова Э.Э., Добровольская Ю.В.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Остается актуальной для ряда случаев проблема краткосрочности эффектов, неэффективность и плохая переносимость пациентами общепринятой фармакотерапии антидепрессантами различных групп и бензодиазепинами. Полученные лечебные эффекты ксенонотерапии при алкогольной и опийной абстиненции в виде отчетливой редукции психических и вегетативных симптомов, при общности нейрохимических процессов с паническим расстройством, позволяют предположить эффективность ксенонотерапии в отношении последнего.

Цель. Оценка различных терапевтических режимов, переносимости и безопасности ксенонотерапии в лечении панического расстройства.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов с тревогой невротического уровня (картиной панического расстройства) в возрасте от 25 до 49 лет, из них 25 женщин и 15 мужчин. Отбор больных проводился методом сплошной выборки в соответствии с критериями МКБ-10 для панического расстройства (F41.0). Оценивалось состояние пациентов в период ксенонотерапии, на 30 и 180 день после терапии. Все пациенты на момент включения принимали один из антидепрессантов группы СИОЗС (эсциталопрам, флуоксетин, пароксетин) и постоянно или как «скорую помощь» – бензодиазепин (алпразолам, феназепам, клоназепам). Длительность предшествующей терапии от 4 до 9 месяцев (в среднем 5,5 мес.). Причиной настоящего обращения стало увеличение частоты и силы приступов на фоне указанной выше терапии. Положительный эффект психофармакотерапии в виде полной редукции (n=29 или 72,5%) или «приемлемого» уменьшения выраженности проявлений приступов, при их урежении (n=11или 27,5%), сохранялся от 3 (n=16 или 40%) до 5 (n=24 или 60%) месяцев. Панические атаки, как правило, провоцировались личностно значимыми конфликтами и симптоматически отражали невротические расстройства. У преобладающего количества больных был отмечен высокий уровень личностной тревожности, в связи, с чем в 77,5% случаев (n=31) возникла агорафобическая симптоматика.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и экспериментально-психологический (оценка психического состояния осуществлялась по краткому нейропсихиатрическому опроснику MINI, шкала тревоги Гамильтона HARS, шкалы CGI-S – тяжесть заболевания и CGI-I – улучшения).

Для ингаляции газовой смесью ксенон\кислород использовался медицинский аппарат газовых ингаляций «МАГи-АМЦ1», позволяющий задавать индивидуальную концентрацию газов в ходе процедуры. Продолжительность сеанса 3,5-5 мин, объем Xe 2,0 – 3,0 литра. Первая процедура проводилась в% соотношении газов Xe/O2 – 20/80, далее ежедневно следовало еще две процедуры, и с учетом индивидуальной переносимости и достижения пациентом состояния комфорта, расслабленности и редукции тревоги соотношение могло быть 20/80, 25/75 и не более 30/70. Все пациенты продолжали получать назначенную ранее психофармакотерапию. После третьего сеанса больные были разделены на две группы. Первая группа (n=20) прекратила получать терапию ксеноном, пациентам второй группы (n=20) с периодом через день было проведено еще четыре ингаляции.

Результаты и выводы. Панические атаки изменились по интенсивности и частоте, уже после второго сеанса, еще случались в предутренние часы у 30 (70%) человек, прекратились днем у 23 (57,5%) пациентов, как результат стали возможными поездки в метро. Оценка тревоги по шкале Гамильтона проводилась на каждом визите до и через 20 мин после сеанса ксенонотерапии: 16,38 и 1,1 баллов; 13,73 и 0,53 баллов; 10,33 и 0,03 баллов. Приступы, хотя и уменьшились по интенсивности, сохранялись у 9 (45%) пациентов первой группы с частотой 2 – 3 раза в месяц, у 11(55%) 1 раз в месяц при контроле на 30 (9,1 баллов) и 180 дни (10,15 баллов). Во второй группе оценка тревоги продолжилась в дни пятого и седьмого сеансов ксенонотерапии: 7,65 и 0,03 баллов; 3,8 и 0,0 баллов соответственно. Контрольное заполнение шкалы тревоги HARS на 30 и 180 дни показало отсутствие тревоги у 17 (85%) и 8 баллов у двоих исследуемых (один человек вышел из исследования). Не зарегистрировано ни одного случая непереносимости или осложнений ксенон-кислородных ингаляций. Т.о. эмпирическим путем показана необходимость (и в большинстве случаев достаточность – 85%) курса ксенонотерапии, состоящего из 6-7 сеансов, при хорошей переносимости и безопасности.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н., Зубов Д.С., Иванов М.В.

Санкт-Петербург
СПбГУ,
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Целью исследования явилось изучение особенностей когнитивного функционирования пациентов, получающих комбинированную терапию ЭСТ и антипсихотиками.

Материал и методы. Обследованы 24 пациента (возраст 30,8±8,2 лет) на этапе стабилизации состояния, достигнутого в результате различных терапевтических подходов в зависимости от наличия терапевтической резистентности (13 пациентов). Длительность заболевания – 6,6±5,1 лет. Больные получали психофармакотерапию (ПФТ) антипсихотиками первой и второй генерации, для преодоления терапевтической резистентности было использовано комбинированное лечение с применением электросудорожной терапии (ЭСТ). Для динамической оценки психического состояния использовали PANSS, исследования когнитивных функций – методику «Комплексная фигура» Рея-Остеррита (Вассерман Л.И., Чередникова Т.В., 2011), показатели которой дают возможность оценить зрительно-моторную память, зрительно-конструктивные способности, исполнительские функции.

Результаты и их обсуждение. Положительная динамика более отчетливо выражена в группе пациентов без терапевтической резистентности. Редукция общего балла PANSS составила 38,3% и 28,8% для групп ПФТ и ЭСТ+ПФТ, соответственно. У резистентных больных наблюдалась меньшая редукция позитивной и общепсихопатологической симптоматики. Различий в показателях дезорганизации мышления в группах сравнения не найдено. Выявлено снижение показателей объема кратковременной и долговременной зрительно-моторной памяти в обеих группах сравнения. У пациентов, проходивших ЭСТ в сочетании с антипсихотиками, в отличие от группы ПФТ, установлено более значительное снижение такого показателя, как «объем долговременной зрительно-моторной памяти», характеризующегося длительным сохранением материала после его повторения и воспроизведения и указывающего на потерю информации за период ме-жду немедленным и отставленным воспроизведением. При норме от 40 Т-баллов, различные показатели, относящиеся к этому параметру, были представлены в

этой группе следующим образом: наличие образующих элементов – 7,6±6,8, наличие кластеров – 6,6±12,9 и наличие деталей – 24,4±21,1 Т-баллов. В группе сравнения (монотерапия ПФТ) были установлены следующие результаты аналогичных показателей: 28,6±36,4, 24,7±32,1 и 47,1±40,4 Т-баллов, соответственно. Показатель наличия образующих элементов и кластеров был снижен до 13,8±12,5 и 14,7±28,5 Т-баллов для группы ЭСТ+ПФТ и до 19,0±27,6 и 21,6±27,3 Т-баллов для группы монотерапия ПФТ. Вместе с тем значимые различия между группами сравнения были выявлены лишь по одному из показателей долговременной зрительно-моторной памяти (p=0,047): наличие образующих (основных) элементов фигуры Рея-Остеррита. Значимые конфабуляторные дополнения в задаче не-медленного воспоминания (0-16 Т-баллов), свидетельствующие о парамнестических расстройствах, отмечены у 50% пациентов первой группы. Напротив, при отставленном воспроизведении этот показатель ниже нормы только у пациентов второй группы (39,0±48,5 Т-баллов, ≤8 Т-баллов у 7 из 11 пациентов). Кратковременная зрительно-моторная память, характеризующая количество удерживаемых элементов и являющаяся индикатором объема и точности сохраненной информации, равномерно снижена в обеих группах сравнения: до 33,5±11,5 Т-баллов в группе ПФТ и до 34,3±11,9 – в группе ЭСТ+ПФТ. Средние показатели «организация» (когнитивный стиль) и «планирование» не выходили за пределы нормы. Вместе с тем, больше половины пациентов группы ЭСТ+ПФТ и 1/3 – из группы ПФТ обнаружили нарушения исполнительских функций и планирования. Причем, чем в более молодом возрасте дебютировало заболевание, тем в большей степени они были нарушены по параметру «вертикальное растяжение» (r=0,31, p<0,05). Эти функции также в большей степени страдали у пациентов с более выраженной постшизофренической депрессией (r=-0,418, p=0,034). Напротив, пациентов с депрессивной симптоматикой в структуре приступа шизофрении демонстрируют более высокие показатели организации и планирования (r=0,444, p=0,023). Показатель «аккуратность», характеризующий зрительно-моторную координацию, мелкую моторику и исполнительские функции, выше у пациентов с ПФТ (78,5±39,6 и 52,1±37,1 Т-балла, соответственно). Обнаружена тенденция к ухудшению показателя «фрагментация», отражающего нарушения обобщения (интеграции) информации, причем более выраженная фрагментация свойственна пациентам с большей тяжестью психического состояния по PANSS до лечения (r=-0,175, p=0,402). Объем кратковременной зрительно-моторной памяти снижен независимо от особенностей терапии. У пациентов с терапевтической резистентностью, получавших комбинированную терапию ЭСТ+ПФТ, было выявлено достоверное нарушение долговременной зрительно-моторной памяти по одному из составных показателей – наличию образующих элементов. У них чаще присутствовали парамнестические расстройства и уровень обобщения информации, оцениваемый по показателю фрагментации, был более низким, однако средние значения этих показателей не выходили за пределы нормы у обеих групп. Большинство показателей изученных когнитивных функций не имели статистически значимых различий в группах сравнения.

Выводы. У стабильных больных шизофренией имеется снижение кратковременной и долговременной зрительно-моторной памяти, парамнестические расстройства, более выраженные при сочетании ЭСТ и ПФТ, однако, достоверных различий между пациентами, получавшими ПФТ и комбинированную терапию не выявлено. В пределах нормы оставались средние показатели исполнительских функций, аккуратности и уровень обобщения информации. Проведенное исследование демонстрирует, что использование ЭСТ для лечения резистентных состояний не приводит к значимому ухудшению показателей когнитивного функционирования по сравнению с монотерапией антипсихотиками, что подтверждает безопасность данного метода.

ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Егоров А.Ю.

Санкт-Петербург
Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.И. Сеченова,
СПбГУ

Несмотря на бурное развитие психофармакологии, появление новых генераций антидепрессантов и антипсихотиков, элетросудорожная терапия (ЭСТ) остается по праву одним из эффективных методов терапии при психических расстройствах. И сегодня, имея почти восьмидесятилетнюю историю, ЭСТ – наиболее действенный метод лечения аффективных расстройств. Следует подчеркнуть, что в современных условиях ЭСТ является и одним из наиболее безопасных методов биологической терапии. В последнее десятилетие отмечается возврат интереса к ЭСТ, что обусловлено, с одной стороны, появлением значительного числа резистентных к фармакотерапии больных. Так по разным оценкам от 30% до 60% людей, страдающих депрессией, не поддаются традиционным методам лечения (терапия психотропными препаратами, психотерапия и др.). С другой стороны, длительное использование психофармакологических средств приводит к увеличению числа побочных эффектов и осложнений, что препятствует продолжению адекватного лечения.

ЭСТ можно, а в ряде случаев и нужно комбинировать с психофармакотерапией. Прежде всего, следует определиться с текущей психофармакотерапией у больного, которому назначено проведение ЭСТ.

Следует обратить внимание на препараты, существенно изменяющие судорожный порог. В первую очередь это касается бензодиазепинов и противоэпилептических средств, которые часто используются в качестве корректоров настроения. В отношении бензодиазепинов и других антиконвульсантов среди специалистов преобладает единое мнение, что назначение их нежелательно, так как они существенно повышают судорожный порог, сокращают продолжительность припадка, что может сказаться на терапевтической эффективности.

Необходимость отмены антиконвульсантов при проведении ЭСТ требует индивидуального подхода. Это относится к проведению ЭСТ у пациентов с биполярным расстройством, в случаях когда антиконвульсанты используются в качестве базового препарата. Современные исследования свидетельствуют, что разницы по симптоматическому улучшению не отмечалось. Однако для этого пациентам, получавших антиконвульсанты, нуждаются в большем числе сеансов ЭСТ Поэтому, скорее всего, отмена бензодиазепинов и антиконвульсантов должна рассматриваться как желательная, но необязательная. Если того требует состояние больного и бензодиазепины, и антиконвульсанты могу быть оставлены в качестве курсовой терапии, что следует учитывать при планировании дозы электрического воздействия. Из антиконвульсантов наиболее безопасным для комбинации с ЭСТ на сегодня представляется ламотриджин. В рекомендациях Королевского Колледжа Психиатров (Великобритания) говорится, что антиконыульсанты можно не отменять при проведении ЭСТ даже в случае, если они используются в качестве корректоров настроения. Рекомендации Американской психиатрической ассоциации несколько более жесткие: дозы антиконвульсантов должны быть снижены или антиконвульсанты следует вообще отменить, если они используются в качестве корректоров настроения. Согласно современным представлениям, литий также может безопасно сочетаться с проведением ЭСТ и не требует отмены [см. Thirthalli J. et al., 2012].

Необоснованной сегодня представляется и точка зрения о необходимости отмены нейролептиков и антидепрессантов перед ЭСТ. Как показывают современные исследования, нейро-

лептики по-разному влияют на судорожный порог. Большинство антипсихотиков вообще либо обладают эпилептогенным действием (оланзапин, клозапин, зуклопентиксол) или никак на него не влияют (галоперидол, флуфеназин, рисперидон, сульпирид). Все это следует учитывать, если состояние больного требует продолжения курса психофармакотерапии во время проведения ЭСТ.

Если говорить в целом о курсовом сочетании ЭСТ с психофармакотерапией, то не выявлено каких-либо корреляций между приемом различных психотропных средств во время курса ЭСТ и эффективностью этого курса. Скорость наступления терапевтического ответа и эффективность ЭСТ не зависит от приема таких препаратов как антидепрессанты и стабилизаторы настроения, наиболее часто используемых для лечения депрессивных.

Комбинация представляется целесообразной. Прежде всего это относится к лечению шизофрении и некоторых резистентных депрессий. Так имеются указание на успешное и безопасное сочетание ЭСТ с рисперидоном, оланзапином, клозапином и флупентиксолом. ЭСТ присоединенная к курсовому приему клозапина помогла преодолеет терапевтическую резистентность при шизофрении, не вызвав при этом существенных когнитивных нарушений у больного [Biedermann F, et al., 2011]. Показана безопасность сочетания ЭСТ с зипрасидоном и арипипразолом [Masdrakis V.G. et al., 2010].

В целом, в отношении сочетания нейролептиков как «классических», так и «атипичных» вместе с ЭСТ преобладает точка зрения, что:

1. это безопасно;
2. повышает эффект терапии;
3. сочетание ЭСТ и клозапина эффективно в преодолении терапевтически резистентных психозов.

Сочетание антидепрессантов и ЭСТ повышает антидепрессивный эффект. Другие исследователи высказывают сомнение в эффективности такого сочетания, особенно с трициклическими антидепрессантами, поскольку последние снижают судорожный порог, усиливают холинолитическое действие препаратов для наркоза [см. Нельсон А.И., 2005]. В отношении антидепрессантов других групп имеются единичные исследования их эффективности и безопасности при ЭСТ. Так показано, что миртазапин способен усиливать терапевтический эффект ЭСТ [Baghai T.C. et al., 2004]. В отношении СИОЗС высказывается мнение, что они могут нежелательно пролонгировать припадок. В отличие от них, СИОЗСН венлафаксин в комбинации с ЭСТ не вызвал осложнений и не оказал неблагоприятного влияния на лечебный эффект припадков [см. Нельсон А.И., 2005].

Из всех антидепрессантов обязательной отмены перед ЭСТ требуют только ИМАО, которые при совместном использовании могут вызвать ряд крайне нежелательных побочных эффектов: спутанность, возбуждение, мнестические расстройства, подъем АД вплоть до гипертонического криза, судорожные припадки, потенциировать действие наркоза.

В целом, в отношении антидепрессантов доминирует точка зрения, что их сочетание с ЭСТ:

1. безопасно (за исключением ИМАО);
2. усиливает антидепрессивное действие ЭСТ.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТ) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОМАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Иванов М.В., Зубов Д.С., Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В., Дорофейков В.В.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
СПБГУ,
НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта

Актуальность исследования. Параллельно с активным развитием медикаментозного лечения психических расстройств, современные клиницисты все чаще сталкиваются с проблемой резистентности к психофармакотерапии (ПФТ), достигающей, согласно представленным авторами данным, 60 процентов. В ряду методов биологических противорезистентных воздействий электросудорожная терапия продолжает рассматриваться как один из наиболее эффективных способов ее преодоления. Согласно литературным источникам, только у 10 процентов пациентов с параноидной шизофренией, получавших ЭСТ для преодоления случаев терапевтической резистентности, не было выявлено никакой положительной динамики. Причем эффективность данного метода оценивается авторами достаточно высоко, и составляет 55 – 86 процентов. Несмотря на такую высокую эффективность и длительность применения электросудорожной терапии, открытым и активно обсуждаемым остается вопрос о ее безопасности. Большинство работ, проведенных в этом направлении, сосредоточено на пациентах, страдающих психическими расстройствами аффективного ряда (биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство). Причем параметры, исследуемые у больных, получавших данный вид биологической терапии, включают в себя преимущественно оценку клинического статуса и когнитивного функционирования. Вместе с тем, проведенные к настоящему времени работы по определению уровня биологических маркеров повреждения головного мозга, что без сомнения является важным критерием для оценки безопасности ЭСТ – немногочисленны, а их результаты зачастую противоречивы. Целью настоящего исследования являлась оценка сывороточного уровня биологических маркеров повреждения тканей головного мозга у пациентов, страдающих параноидной шизофренией с установленной терапевтической резистентностью, в процессе курса ЭСТ для объективизации безопасности данного метода.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 пациентов, сравнимых по социальным и демографическим показателям, находившихся на стационарном лечении в отделении биологической терапии психически больных СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, психический статус которых характеризовался наличием актуальной психопатологической симптоматики, отвечавшей критериям диагноза «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ десятого пересмотра), получавших комбинированную психофармако- и электросудорожную терапию. У всех принимавших участие в исследовании пациентов была зарегистрирована терапевтическая резистентность, диагностика которой основывалась на следующих критериях: полное отсутствие редукции, или незначительная редукция продуктивной психопатологической симптоматики после последовательных курсов терапии двумя и более антипсихотиками (различных генераций) в течение 6-8 недель с их применением в средне- или максимально допустимых терапевтических дозах. В качестве лекарственных средств (ЛС) для проведения ПФТ назначались антипсихотики первой, или второй генерации, а также их сочетание. Среди ЛС наиболее

часто применялись: галоперидол в дозе 10-30 мг/сут, клозапин 50-300 мг/сут, рисперидон 4-6 мг/сут, палиперидон 6-9 мг/сут. Сеансы ЭСТ проводилась при помощи аппарата «ЭСТЕР» с предшествующей премедикацией в условиях реанимационного отделения, использовалось билатеральное наложение электродов. Количество сеансов составляло от 8 до 12 у отдельных пациентов. Объективизация психического состояния осуществлялась в те же временные промежутки с использованием шкалы PANSS. С целью объективизации показателей безопасности ЭСТ, были проанализированы наиболее известные биомаркеры, имеющие отношение к процессам повреждения тканей головного мозга: нейронспецифическая энолаза (NSE) – фермент, содержащийся в нейронах ЦНС, концентрация которого значительно повышается при любых травматических воздействиях на ткани головного мозга; специфический белок астроцитарной глии – S100B, значительное увеличение концентрации данного вещества возникает при различных видах нейродегенерации и нейродеструкции; фермент креатинфосфокиназа (КФК) и ее изофермент КФК-МВ (включающий в состав мышечную и мозговую фракции) содержащиеся в клетках скелетной мускулатуры, миокарде, легких, щитовидной железе и головном мозге, повышение уровня в крови, которых возникает при повреждениях раз-личного генеза соответствующих органов и тканей. Исследование активности КФК и КФК-МВ в сыворотке крови проводили с использованием иммунотурбидиметрического метода и моноклональных антител к определяемому белку ультрачувствительным методом последнего поколения с применением автоматического анализатора «Architectc8000» фирмы «Abbott» (США), а также реактивов фирмы «Abbott»; нейронспецифичной энолазы (NSE) и белка S100B – с использованием автоматического иммунохимического анализатора «Elecsys 2010» фирмы «Roche» (Швейцария). Исследование определяемых образцов (NSE, S100B, КФК и КФК-МВ) в сыворотке крови пациентов осуществлялось троекратно: перед началом курса ЭСТ, после третьей и заключительной процедуры.

Результаты исследования. Около 22% больных имели повышение концентрации NSE выше нормы (0-20 нг/мл) однократно и в различных временных точках. Максимальное значение данного показателя составило – 30,38 нг/л, в среднем же у всех пациентов он находился в пределах 9,57±5.46 нг/мл, 8,3±5.45 нг/мл и 9,47±4.89 нг/мл для первой второй и третьей точки забора соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о частичном вовлечении нейронов в процесс повреждения, однако особенности изменений показателя не позволяют связать их именно с влиянием ЭСТ, поскольку повышение уровня NSE выше нормы носит хаотичный, бессистемный, возможно, случайный характер, что совпадает с мнением ряда авторов, приведенном в соответствующей литературе. Уровень белка S100B у исследуемых пациентов не выходил за рамки нормальных значений (0-200 нг/л) и составлял в среднем 54±29 нг/л до начала курса ЭСТ и 36±11 и 44±27 нг/л в соответствующих двух временных точках во время проведения процедур. Эти данные (отсутствие признаков активации экспрессии S100B) дают основания считать, что курс ЭСТ не приводит к во-влечению головного мозга в системную воспалительную реакцию. Уровень активности КФК находился в пределах нормы (29-200 ед/л) у 87% пациентов. Его существенное повышение было зафиксировано в двух случаях (675 ед/л и 2023 ед/л), однако эти изменения присутствовали еще до начала курса ЭСТ. В ходе наблюдения отмечалась тенденция к снижению активности данного показателя после третьей процедуры до 404 ед/л и 930 ед/л соответственно. После окончания ЭСТ, показатель достиг нормальных значений (114 ед/л) в последней точке у первого пациента, и значительно снизился у второго (289 ед/л). Повышение уровня КФК у указанных пациентов может свидетельствовать о вовлечении в процесс повреждения в большей степени мышечной ткани. Согласно современным взглядам принято считать, что общая КФК является неспецифичным нейро- маркером и поэтому ее повышение не может являться достаточным основанием для предположения о нейродеструктивном влиянии ЭСТ, но данный вопрос требует дополнительного изучения. Одновременно было установлено, что уровень изофермента КФК-МВ, более специфичного для тканей головного мозга, находился в пределах нормы (0-24 ед/л) у всех пациентов и составлял в среднем 12,44±5,16 ед/л для первого забора, 8,61±2,78 ед/л для второго и 9,52±2,73 ед/л для третьего.

Выводы. В работе установлено, что при проведении курса ЭСТ больным параноидной шизофренией средний уровень определяемых у них биомаркеров, относимых к показателям нейродеструкции и нейродегенерации (NSE, S100B, КФК-МВ), не выходил за пределы нормальных значений. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об отсутствии объективных признаков повреждения нервных клеток головного мозга при использовании ЭСТ в арсенале методов противорезистентной терапии психических расстройств.

КЛИНИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭЭГ ЭФФЕКТЫ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Олейчик И.В., Абрамова Л.И., Бологов П.В., Казачинская И.И., Медведева Т.И.

Москва
НЦПЗ

Цель исследования. Оценка клинических, психологических и ЭЭГ эффектов транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) для уточнения механизмов терапевтического антидепрессивного действия ТМС.

Материал и методы. У 20 больных с фармакорезистентной депрессией (отвечавших критериям рубрик F31.3, F33.0, F33.1 и F43.21 по МКБ-10).проанализировали количественные изменения клинических оценок (по шкале HDRS-17), психологического состояния (по опроснику SCL-90-R), ряда когнитивных функций (по Висконсинскому тесту сортировки карточек WCST) и спектральной структуры фоновой ЭЭГ в узких частотных поддиапазонах (с помощью аппаратно-программного комплекса «Нейро-КМ» и системы «BrainSyS») в процессе комплексного лечения, включавшего, наряду с приемом синдромально обусловленной фармакотерапии антидепрессантами, курс ТМС.дорсолатеральной префронтальной коры левого полушария. Проводилось 10 ежедневных сеансов ТМС, в каждом сеансе предъявлялось 40 серий по 40 магнитных импульсов частотой 20 Гц с интервалами между сериями 14 секунд.

При статистической обработке комплекса полученных данных (с использованием программ описательной и непараметрической статистики пакетов «STATISTICA для Windows», SPSS и статистических программ, встроенных в пакет для анализа ЭЭГ «BrainSys») сопоставлялись клинические и психологические показатели, полученные у пациентов до начала курса лечения и после 10-ти сеансов ТМС, а также ЭЭГ-показатели до начала терапии, после 1-го сеанса ТМС и после 10-ти сеансов ТМС.

Результаты и их обсуждение. Показано, что даже короткий курс ТМС дорсолатеральной префронтальной коры левого полушария существенно усиливает и ускоряет действие антидепрессантов. У большинства включенных в исследование пациентов уже после 2-х недель комплексной антидепрессивной терапии с проведением 10-ти сеансов ТМС отмечено отчетливо выраженное улучшение состояния по клиническим оценкам и по показателям шкалы HDRS-17. Среднее по группе значение

суммы баллов шкалы HDRS-17 достоверно ($p<0.001$) уменьшилось с 20,35±5,82 до начала терапии до 7,63±6.64 после 10-ти сеансов ТМС. При этом у 10-ти из 20-ти пациентов (у 50%) сумма оценок по шкале HDRS-17 после 10-ти сеансов ТМС составила 7 и менее баллов, что, по клиническим оценкам, соответствует ремиссии. У 6-ти из 20-ти пациентов (у 30%) она составила от 8 до 14 баллов, что клинически соответствует легкой степени депрессии, при этом изменение оценок по шкале HDRS-17 составило более 50%. Таким образом, доля «респондеров» в исследованной выборке больных депрессией после 2-х недельного курса комплексной антидепрессивной терапии с применением ТМС составила 80% (16 из 20-ти пациентов), причем 50% пациентов (10 из 20-ти) вышли в ремиссию.

Положительный эффект ТМС проявился не только в редукции симптомов депрессии (по шкале HDRS-17), но и в статистически достоверном ($p<0.05$) улучшении общего самочувствия пациентов (по данным опросника SCL-90-R). Кроме того, отмечено достоверное ($p<0.05$) восстановление ряда нарушенных когнитивных функций в виде уменьшения процента ошибочных ответов», «процента персеверативных ошибок» и «количества персеверативных ответов на предыдущий ход», по тесту WCST. Эти данные свидетельствуют как об улучшении функционального состояния основной «мишени» ТМС − префронтальной коры, ответственной за программирование и контроль деятельности (3-й функциональный блок головного мозга, по А.Р.Лурия), так и об активации стволовых структур (1-го функционального блока головного мозга, по А.Р.Лурия) с усилением энергетического обеспечения деятельности.

Статистически достоверные ($p<0.05$) изменения частотной структуры ЭЭГ в динамике комбинированной курсовой терапии, включавшей ТМС, отмечены только для усредненных по группе пациентов значений спектральной мощности поддиапазонов альфа-1 (8-9 Гц) и альфа-3 (11-13 Гц) в теменно-затылочных отведениях (P3, Pz, P4, O1 и O2). Средние значения спектральной мощности низкочастотного альфа-1 поддиапазона ЭЭГ (8-9 Гц) заметно уменьшались относительно исходного (до начала терапии) значения уже после 1-го сеанса ТМС и далее продолжали снижаться к концу курса ТМС. При этом также нивелировался левополушарный акцент спектральной мощности альфа-1 поддиапазона ЭЭГ в теменно-затылочных отведениях. Средние значения спектральной мощности высокочастотного альфа-3 поддиапазона ЭЭГ (11-13 Гц), напротив, несколько возрастали относительно исходного значения уже после 1-го сеанса ТМС и далее продолжали заметно увеличиваться к концу курса ТМС.

Средние значения спектральной мощности среднечастотного альфа-2 поддиапазона ЭЭГ (9-11 Гц) в процессе терапии оставались практически постоянными. Статистически достоверных изменений средних значений спектральной мощности других узких частотных поддиапазонов ЭЭГ во всех ЭЭГ-отведениях, включая область непосредственного воздействия ТМС (в отведениях F7 и F3), в процессе терапии также не происходило.

Таким образом, в результате комплексной антидепрессивной терапии с применением ТМС дорсолатеральной префронтальной коры левого полушария параллельно с улучшением клинического и психологического состояния пациентов происходит улучшение функционального состояния головного мозга в виде ускорения теменно-затылочного альфа-ритма за счет снижения спектральной мощности его низкочастотного компонента альфа-1 и увеличения спектральной мощности высокочастотного компонента альфа-3. Кроме того, нивелируется левополушарный акцент спектральной мощности альфа-1 поддиапазона ЭЭГ в теменно-затылочных отведениях, что указывает на повышение активации задних отделов левого и снижение активации задних отделов правого полушария.

Существенно отметить, что наиболее выраженные изменения ЭЭГ отмечены не в области непосредственного воздействия ТМС − в лобно-передневисочных зонах левого полушария, а в теменно-затылочных областях. Вместе с тем, психологическое тестирование выявляет улучшение когнитивных функций, опосредованных лобными долями коры. На этом основании можно предположить, что ТМС вызывает активацию не только лобных и префронтальных зон левого полушария, но и подкорковых структур, в том числе, базальных ганглиев и лимбико-ретикулярного комплекса головного мозга, за счет обширных нисходящих связей префронтальной коры.

Выводы.

1) Даже короткий курс (10 сеансов) ТМС дорсолатеральной префронтальной коры левого полушария существенно усиливает и ускоряет действие антидепрессантов.

2) Терапевтический эффект ТМС, по-видимому, опосредован активацией не только дорсолатеральной префронтальной коры левого полушария, но и тесно связанных с ней подкорковых структур головного мозга.

3) Применение ТМС в составе комплексной терапии депрессивных расстройств является перспективным нелекарственным способом коррекции клинического состояния и функционального состояния головного мозга больных депрессией, в том числе, методом преодоления фармакорезистентности.

Исследование частично поддержано Российским гуманитарным научным фондом (грант РГНФ № 15-06-10541а) и Российским фондом фундаментальных исследований (грант РФФИ № 15-01-00496а).

ПРОГНОЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ТМС И КОНЦЕНТРАЦИЯ СЕРОТОНИНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ЗПРР И РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ильгизова А.А., Вильянов В.Б., Сорокин А.С., Кичук И.В., Никитенкова И.И., Хаминский А.М.

Москва
Научно-диагностический центр клинической психиатрии

Под наблюдением было 41 человек с диагнозами F84.8, F 84.0, F 20 в возрасте от 5 до 17 лет.

Средний возраст 9,5 лет. Обследование включало определение концентрации серотонина в сыворотке крови перед началом лечения. Курс ТМС включал 10 сеансов. Характеристики ТМС: режим магнитного поля – переменный, время сеанса 15 минут, частота модуляции бегущего магнитного поля с 3Гц, с постепенным увеличением до 10 Гц. Частота следования пачек импульсов с 10 Гц до 60 Гц. Амплитуда импульсов от 2,3 до 3,5. Аппарат ТМС: АМО-АТОС-Э.

Результативность лечения определялась по 2-м параметрам

1) динамика состояния с выраженным или отчетливым улучшением.

2) отсутствие динамики или ухудшение.

Улучшение состояния расценивалось с помощью патопсихологического обследования по следующим критериям:

а) появление или обогащение речи

б) улучшение коммуникативных навыков

в) повышение продуктивности занятий с психологом.

В результате лечения было выделено 2 группы больных:

1 группа. (29 человек, 71%) – с выраженным или отчетливым улучшением.

2 группа. (12 человек,29%) – без изменения состояния или с ухудшением.

В 1 группе распределение испытуемых в зависимости от концентрации серотонина в сыворотке крови было следующим:

При концентрации серотонина в пределах меньше 150 нг\мл – 5 больных (17%)

- 150-250 нг\мл – 20 человек (69%)
- больше 250 нг\мл – 4 пациента (14%)

Во 2 группе соотвественно:

- меньше 150 нг\мл – 7 пациентов, (58%)
- 150-250 нг\мл – 3 человека, (25%)
- больше 250 нг\мл – 2 больных, (15%)

В 1 группе больных пациентов с диагнозом шизофрения (F20) не оказалось.

Выводы. Полученные данные позволяют предположить, что высокая результативность по ТМС в большей степени ассоциируется с показателями концентрации серотонина перед началом лечения в пределах от 150 до 250 нг\мл, а отсутствие эффекта – с показаниями серотонина меньше 150 нг\мл.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СИМПАТОКОРРЕКЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ В ФОРМЕ ТРЕВОГИ У СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Кузовков А.Д., Ретюнский К.Ю.

Екатеринбург
Уральский ГМУ

Особенностями деятельности участников контртеррористических операций являются постоянные чрезмерные эмоциональные, интеллектуальные и физические нагрузки, требующие активации всех жизненных ресурсов. Среди медицинских последствий испытываемого данными лицами длительного психоэмоционального напряжения, одно из ведущих мест занимают расстройства психической адаптации (Мякотных В.С., Торгашев М.Н., 2015).

Структура дезадаптационных расстройств у военнослужащих, находившихся в условиях, сопряженных с риском для жизни, отличается широким спектром симптомов, одним из которых является тревога.

Научные исследования, посвященные изучению и лечению расстройств адаптации в форме тревоги у военнослужащих, крайне малочисленны (Свечников Д.В., 2015). Вместе с тем, расстройства психической адаптации, не получившие своевременного и полноценного лечения, могут служить благоприятной почвой для развития более грубых психопатологических нарушений, что имеет существенное медико-социальное значение.

В связи с этим, принципиально важным является использование новых с терапии расстройств адаптации, и особое место среди них занимает один из современных патогенетических способов лечения- метод динамической коррекции активности вегетативной нервной системы или симпатокоррекция.

Симпатокоррекция является методом управления характеристиками вегетативной нервной системы. Для лечебного воздействия применялся аппарат «СИМПАТОКОР-01» и методика динамической коррекции активности симпатической нервной системы. Биотропные параметры формируемого в аппарате вращающегося поля импульсов тока между двумя сложными многоэлементными катодами (амплитуда импульсов и частота их повторения) выбирались индивидуально для каждого пациента. В результате обеспечивалась стимуляция активности симпатической нервной системы (Кубланов В.С., 2008).

В результате пребывания в служебной командировке в районах со сложной оперативной обстановкой у военнослужащих мужского пола в возрасте 23-45 лет (n=76) были установлены нарушениям психической адаптации с ведущими расстройствами в форме тревоги, отвечающими диагностическим критериям рубрик F43.2 «Расстройства адаптации» (F43.22 «Смешанная тревожная и депрессивная реакция», F43.23 «Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций») согласно классификации МКБ-10. Все военнослужащие находились на лечении в дневном стационаре военно-медицинской службы воинской части.

Все пациенты были разделены на две группы. Пациенты первой группы (n=35) получали курсовую фармакотерапию, включающую ноотропные и сосудистые средства, индивидуальную когнитивную психотерапию. Вторая группа (n=41), помимо стандартной терапии первой группы, дополнительно подвергалась воздействию аппаратом «СИМПАТОКОР-01» в течение 2-х недель (12 сеансов) по стандартной схеме.

С целью стандартизации диагностических заключений использовались следующие психометрические методики: краткая шкала тревоги, депрессии и ПТСР Котенева, шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера- Ханина и шкала Гамильтона для оценки тревоги.

Проведение психодиагностики с использованием тестовых методик производилось непосредственно после возвращения из служебной командировки и по завершению комплекса лечебных мероприятий. Современные методы статистической обработки использовались для установления достоверности различий показателей в группах.

Результаты исследования. При клинико-психопатологическом анализе динамики состояния пациентов был определен достоверный регресс симптоматики расстройства в 100% случаев, что подтверждалось редукцией показателей психометрических шкал. Но если в первой группе ремиссия была достигнута лишь в каждом пятом случае (22%), то во второй группе результативность была практически абсолютной (92,4%).

Под влиянием комплексной терапии с применением курсового чрескожного воздействия аппаратом «Симпатокор-01» симптомы тревожности достоверно подвергались регрессу, уже начиная с 3-5 дня лечения. В этот же период значительно улучшался ночной сон, повышалась физическая и психическая активность. Прекращение вегетативных и соматических проявлений с констатацией отсутствия всех жалоб отмечалось в конце терапии и нахождения в дневном стационаре. Кроме того, корректирующее действие аппарата на симпатическую нервную систему создавало более благоприятные условия для психотерапевтических интервенций, что ускоряло формирование адекватных адаптационных когнитивных механизмов к тревоге.

Таким образом, применение нового метода электрофизической коррекции активности симпатической нервной системы целесообразно для лечения и реабилитации расстройств адаптации с тревогой у военнослужащих, находившихся в условиях, сопряженных с риском для жизни.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Маслеников Н.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования: Оценка эффективности транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) левой дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПК) в высокочастотном (15 Гц) режиме при лечении депрессий у больных шизофренией являлась главной целью исследования. В работе проведено сравнение клинических эффектов ТМС и адекватной психофармакотерапии (ПФТ) на депрессивные, негативные и когнитивные симптомы шизофрении, установлена эффективность

ТМС в случаях терапевтической резистентности, найдены ранние нейропсихологические предикторы положительного терапевтического ответа. Актуальность данного исследования определяется высокой распространенностью депрессий при шизофрении, ассоциированной с ухудшением качества жизни больных, повышенной частотой госпитализаций и суицидальным риском (Addington D.E. et al, 1992). Несмотря на достижения современной психофармакологии, широкое применение атипичных антипсихотических препаратов (АП) и антидепрессантов (АД) новых классов, проблема терапевтической резистентности, особенно при постпсихотических депрессиях, остается весьма значимой, что определяет интерес к нелекарственным методам лечения, в том числе к ТМС (Мосолов С.Н., 1995). Физической основой действия ТМС на мозг является импульсное электромагнитное поле с заданными частотными и амплитудными параметрами, способное неинвазивно проникать через кости черепа и вызывать локальные токи индуктивности в корковых нейронах. Известно, что в наибольшей степени за развитие депрессивных, негативных и когнитивных симптомов шизофрении ответственны переднелобные отделы коры доминантного полушария головного мозга, их недостаточная функциональная активность описана в литературе как феномен гипофронтальности (Seamans J.K. et al, 2001). Если при заболеваниях аффективного круга ТМС ДЛПК успешно применяется уже более 20 лет, то данные об использовании этого метода при шизофрении ограничены, что и определяет научную новизну исследования.

Материал и методы: В настоящем исследовании был задействован протокол стимуляции левой ДЛПК электромагнитными импульсами с частотой 15 Гц, что соответствует физиологической бета-активности, амплитудой достаточной для деполяризации мембраны корковых нейронов. Выбор стороны стимуляции согласуется с особенностями латерализации ЭЭГ у пациентов с шизофренией, выявленной корреляционной связью избытка бета-активности с положительной модальностью аффекта (Калинин В.В., 1997). Дизайн исследования включал рандомизацию с параллельным набором в две терапевтические группы: основную (ТМС + АП) и группу активного контроля (АД + АП), в обеих группах нейролептики применялись в прежних дозах, оценка эффективности проводилась через 3 недели, что соответствовало завершению курса ТМС (15 процедур). Процедуры проводились ежедневно (кроме выходных) на магнитном стимуляторе «Нейро-МС« («Нейрософт«, Россия): 1800 импульсов с амплитудой равной моторному порогу подавалось за 22 минуты (20 «трейнов» по 6 секунд и 19 интервалов по 1 минуте между ними). Отдельно от первых двух, была набрана 3-я терапевтическая группа (АП + АД + ТМС), пациенты которой на момент включения в исследование уже получали комбинацию АП с АД, без значимого эффекта от двух последовательных курсов АД с разным механизмом действия в адекватных дозах, т.е. с признаками терапевтической резистентности. Больным этой группы проводился курс ТМС по изложенной выше методике. В исследование было включено 97 больных шизофренией (рубрика F20 по МКБ-10) на стабильной нейролептической терапии вне психотического обострения, с преобладанием негативной симптоматики (отрицательный композитный индекс PANSS) и наличием клинически значимой депрессии (не менее 6 баллов по шкале CDSS). 66 больных прошли рандомизацию и были распределены: 32 – в основную (АП + ТМС) и 34 – в контрольную (АП + АД) группы. 31 пациент с фармакорезистентной депрессией был включен в 3-ю группу (АП + АД + ТМС). Больные еженедельно оценивались по следующим шкалам: CDSS, PANSS, CGI-S, а также при помощи батареи когнитивных тестов («10 слов», Тест Бентона, «Кодировка», «Счет с переключением», «Беглость речевых ответов»). Критерием эффективности терапии являлась 50% редукция показателей по шкале CDSS.

Результаты и их обсуждение: Число респондеров составило: в 1-й группе (АП + ТМС) – 20 больных (62,5%), во 2-й группе (АП + АД) – 18 больных (52,9%), в 3-й группе (АП + АД + ТМС) – 20 больных (64,5%). Редукция суммарного балла по CDSS к концу 3-й недели терапии составила 50,6%, 47,4%, 55,2% соответственно по группам. Число респондеров среди пациентов с тяжелой депрессией (CDSS≥11) было следующим: 10 из 17 (58,8%) в 1-й группе (АП + ТМС), 8 из 16 (50%) во 2-й группе (АП + АД), 13 из 21 (61,9%) в 3-й группе (АП + АД + ТМС). Из представленного выше видно, что эффект терапии во всех группах существенно не зависел от исходной тяжести депрессии. Изменения показателей по CDSS внутри групп были статистически достоверными ($p<0,05$), однако в межгрупповых различиях статистической значимости выявлено не было. Существенных отличий в динамике показателей по CDSS между группами не было, однако можно отметить, что депрессивные симптомы в группах, в которых проводилась ТМС, редуцировались несколько быстрее. К концу первой недели терапии редукция среднего балла по CDSS составила 39,4%, 34,6%, 39,0% соответственно по группам. Также в 1-й группе (АП + ТМС) можно было наблюдать некоторое исчерпывание эффекта после 2-й недели терапии. Помимо этого, период последующего 2-недельного наблюдения показал, что в 1-й группе (АП + ТМС) у 35% респондеров (7 больных) отмечался возврат депрессивной симптоматики после завершения курса ТМС. Во 2-й (АП + АД) и 3-й (АП + АД + ТМС) группах эти показатели были существенно ниже 16,7% и 25% соответственно. Изменения по позитивной подшкале PANSS были статистически значимыми только в 1-й группе (АП + ТМС), однако степень редукции продуктивной симптоматики в процессе ТМС была невелика и составляла 13,7% к окончанию курса. Максимальная редукция показателей по негативной подшкале PANSS была в 3-й группе (АП + АД + ТМС) и составила к окончанию курса ТМС 21,3%, в 1-й группе (АП + ТМС) этот показатель был равен 15,5%, во 2-й группе (АП + АД) – всего 5,8%. Таким образом, группы, в которых проводилась ТМС, по степени редукции негативной симптоматики превосходили контрольную группу. Вероятно, редукции подвергалась вторичная негативная симптоматика, ассоциированная с депрессией, так как антинегативное действие терапии у респондеров проявлялось в большей мере, чем у нонреспондеров той же группы. Анализ фоновых когнитивных показателей выявил обратную корреляционную связь выраженности негативной симптоматики по шкале PANSS и результативности по каждой из методик, особенно по тесту «Кодировка», где коэффициент Спирмена составил -0,45 ($p<0,05$). Оценка когнитивных функций в динамике показала наибольший прирост показателей по тестам «кодировка» (20,3%, 11,4%, 17,5% соответственно по группам) и «счет с переключением» (22,3%, 14,0%, 23,5% соответственно по группам). Указанные тесты отражают исполнительские функции и переключаемость внимания. Следует отметить, что в группах, в которых проводилась ТМС, улучшение по этим тестам было наибольшим и проявлялось уже в начале курса лечения, особенно у респондеров. Прирост показателей по тесту «Кодировка» через 7 дней после начала ТМС на 10% и более по сравнению с исходными совпадало с положительным ответом на терапию в 71,4% ($p<0,05$). Серьезных нежелательных явлений в ходе исследования не было, однако имелись отдельные случаи обострения психотических симптомов.

Выводы: Результаты данного исследования показали, что циклическая ТМС при депрессиях в рамках шизофрении, не уступает по эффективности и переносимости традиционным методам фармакотерапии этих состояний, кроме того, обладает рядом преимуществ: быстротой действия, эффективностью при тяжелых и резистентных депрессиях, антинегативными свойствами, положительным влиянием на когнитивную сферу. Активация познавательных функций в начале курса ТМС является предиктором его клинической эффективности.

ЭЭГ-ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Мельникова Т.С., Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Митрофанов А.А., Ковалев А.В.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Метод транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) в ряде случаев оказывается эффективнее традиционных способов фармакотерапии при депрессивных расстройствах, не вызывает побочных эффектов и лекарственной зависимости [Avery D., Lubrano A., 1979; Reid P.D., Belmaker R.H., 1995; Shajahan P.M., Glabus M.F. et al., 1998; Стихина Н.Я., Лысков Е.Б., Ломарев М.П. с и др., 1999; Мельникова Т.С., Капилетти С.Г., Мариненко К.Е.,и др., 2001; и др.]. Однако различная эффективность использования ТМС диктует необходимость поиска предикторов эффективности терапии, в качестве которых могут выступать параметры ЭЭГ.

Цель исследования состояла в сравнительном анализе спектральных характеристик ЭЭГ у респондеров (Р) и нонреспондеров (НР) при использовании ТМС для купирования депрессивных расстройств.

Материал и методы исследования. Обследованы 32 больных, у которых не наблюдалось терапевтического эффекта от двух последовательных курсов терапии (не менее 4 недель каждый) адекватными дозами антидепрессантов, различными по механизму действия. По шкале Гамильтона тяжесть депрессии составляла 24,7+-3,6 балла. ТМС проводилась с помощью двухкольцевой катушки типа «бабочки» магнитного стимулятора «Нейро-МС» (Россия) при фиксации электродов на кожных покровах в области префронтальной коры левого полушария. Курс лечения ТМС состоял из 12 ежедневных процедур. Процедура включала 20 циклов, каждый длительностью 6 секунд с частотой стимуляции 15 Гц. Интервалы между отдельными циклами составляли 60 секунд. Общая продолжительность сеанса – 20 минут.

Перед проведением ТМС регистрировали ЭЭГ с помощью аппаратно-программного комплекса для топографического картирования электрической активности мозга «НЕЙРО-КМ» (Россия) по системе 10-20%.

После завершения курса терапии ТМС (14 день) повторно определялась выраженность психопатологической симптоматики по шкале Гамильтона. При снижении баллов на 20% и более от исходного уровня больные составили группу Р (n= 20), остальные (n= 12) вошли в группу НР.

Результаты и обсуждение. До проведения сеансов ТМС при визуальном анализе ЭЭГ больных группы Р и НР характеризовались большим полиморфизмом преимущественно дизритмичного типа при нивелировании регионарных различий по альфа-индексу. Наблюдалась в разной степени выраженности редукция альфа-ритма, на фоне которой более четко выявлялась диффузная медленноволновая активность. Спектральный анализ ЭЭГ показал, что показатель спектральной мощности (СМ) альфа-ритма у больных во всех зонах коры значительно ниже, чем у здоровых испытуемых. При сравнении групп Р и НР выявлено, что у НР резче выражена редукция основного ритма. Различия ЭЭГ Р и НР выявились и при сравнении коэффициентов асимметрии альфа-активности – нарушение межполушарного баланса ярче выявились у НР. При квантовании по 1 Гц наиболее выраженные различия Р и НР выявлены в левой затылочной области: у Р распределение полос альфа-ритма одномодальное со значительным превосходством полосы 9-10 Гц над остальными альфа-диапазонами, а НР величина СМ этой полосы в два раза меньше, чем у Р, распределение бимодальное, второй пик отмечался в полосе 8-9 Гц, что указывает на более низкий уровень функциональной активности корковых отделов головного мозга. Индекс СМ тета- и дельта- ритмов у НР был выше, чем у Р во всех областях коры с акцентом во фронтальной и височной зонах правого полушария, что указывает на более выраженное снижение функциональной активности этих зон. Бета-активность, также как медленноволновые диапазоны тета- и дельта, по абсолютной СМ у НР имели более высокие значения во всех отделах коры, а наибольшие различия выявлены в лобных, центральных и теменных областях.

Проведение дискриминантного анализа показало, что различия структуры ЭЭГ у Р и НР более резко разводятся не при анализе параметров отдельных ритмов ЭЭГ, а при их комбинациях, в частности соотношений СМ альфа-ритма к СМ тета-полосы. При дискриминантом анализе была определена функция классификации, которая была использована для введение средних значений СМ ритмов каждой группы. Для группы Р значение дискриминантных баллов равно +0, 347, а для группы НР эта величина равна -0,578. Отсюда, если при введении в дискриминантную функцию значения тестируемого наблюдения получаем значение дискриминантных баллов>0, то это наблюдение следует отнести к классу Р, а если оно<0, то – к классу НР. Функция классификации показала, что наибольший вес имеют предикторы в виде отношения СМ альфа-ритма к СМ тета-ритма в средне- и задневисочных отведениях. Чем больше это отношение, тем больше вероятность отнесения больного к группе Р.

Выводы.

1. Структура ЭЭГ у Р и НР до проведения ТМС различна. У НР более выражена редукция основного ритма при усилении медленноволновой активности дельта- и тета-спектров, а также высокочастотной активности бета-диапазона, что обуславливает более выраженную дизритмию ЭЭГ по сравнению с «нормой».

2. Спектральный анализ ЭЭГ с узкополосной фильтрацией сигнала показал, что у Р доминирует альфа-ритм частотой 9-10 Гц, а у НР отмечен более широкий диапазон – от 10 Гц с замедлением до 8 Гц, что указывает на более низкий уровень функциональной активности корковых отделов головного мозга.

3. Проведение дискриминантного анализа показало, что различия структуры ЭЭГ у Р и НР более значительно различаются не при анализе выраженности отдельных ритмов ЭЭГ, а при их сочетаниях, в частности, чем больше значения отношения СМ альфа-ритма к показателю СМ тета-полосы в средне- и задневисочных отведениях ЭЭГ, тем больше вероятность хорошего прогноза при купировании депрессивных расстройств ТМС.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Насырова Р.Ф., Тараскина А.Е., Сосин Д.Н., Иващенко К.А., Ершов Е.Е., Кирничная К.А., Иванов М.В., Сычев Д.А., Незнанов Н.Г.

Санкт-Петербург, Москва
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова,
СПб ГБУЗ ГПБ№1 им. П.П. Кащенко,
РМАПО

За последнее десятилетие фармакогенетика становится все более важной для клинической практики. Пациенты с психическими расстройствами особенно нуждаются в проведении фармакогенетического тестирования. Использование фармакогенетического тестирования может способствовать определению стратегии психотропной терапии и определению персонализированного лекарственного дозирования с наибольшей вероятностью успеха.

Генетические особенности пациентов, ассоциированные с изменениями фармакологического ответа, определяются при проведении фармакогенетического тестирования. Фармакогенетический тест – это выявление конкретных генотипов, ассоциированных с изменением фармакологического ответа. В основе таких тестов лежит полимеразная цепная реакция (ПЦР). При этом в качестве источника ДНК для ПЦР (т.е. генетического материала) используются чаще всего кровь больного или соскоб буккального эпителия. Взятие этого биологического материала не требует предварительной подготовки. Результаты фармакогенетического теста представляют собой идентифицированные генотипы больного по тому или иному полиморфному маркеру. Как правило, врач, клинический фармаколог или медицинский генетик, интерпретирует результаты фармакогенетического теста – формулирует рекомендации по выбору препарата и его режима дозирования для конкретного пациента. Для фармакогенетического тестирования перспективно использование технологий тестирования, основанных на «микрочипах» (microarray-technology, ДНК-чипы). С этих позиций фармакогенетическое тестирование можно рассматривать как один из прикладных инструментов персонализированной медицины. Фармакогенетические исследования в психиатрии особенно необходимы в следующих клинических ситуациях (Munrol J. et al., 2012): при длительном применении ЛС; при применении ЛС с узкой терапевтической широтой; при применении ЛС с большим спектром и выраженностью нежелательных лекарственных реакций; у пациентов из групп риска развития нежелательных лекарственных реакций; при условии, если ЛС может вызвать прогностически неблагоприятное осложнение. В России необходимость фармакогенетического тестирования регламентирована приказом Минздрава РФ от 2003 г., но несмотря на это применяется оно крайне редко, поскольку имеются определенные трудности, во-первых, в выборе фармакогенетических тестов и определение случаев для их применения при персонализированном использовании ЛС; во-вторых, в интерпретациях результатов фармакогенетических тестов при выборе ЛС и его дозы и, наконец, для того, чтобы использовать фармакогенетическое тестирование в клинической практике, необходимо создать стандарты их проведения, в которых должно быть указано следующее: материально-техническая база, правила функционирования фармакогенетической лаборатории. Фармакогенетические исследования достаточно трудоемкие и дорогостоящие для проведения. Но общая стоимость лечения психических расстройств для общества достаточно велика. Поэтому даже небольшие достижения с использованием фармакогенетических подходов при терапии психотропными препаратами может обеспечить значительный вклад в снижение риска нежелательных лекарственных реакций, стоимости и повышение эффективности психофармакотерапии. Эти исследования не входят в перечень медицинских услуг, оплачиваемых фондом ОМС: в государственных ЛПУ их проведение регламентируется Положением об оказании платных медицинских услуг. Перечень и стоимость таких услуг при наличии фармакогенетической лаборатории определяется в соответствии с потребностями клинических отделений и возможностями лаборатории. Розничная цена услуги определяется планово-экономическим отделом исходя из стоимости реактивов и расходных материалов, затрат рабочего времени, амортизации оборудования и других показателей. Необходимые предпосылки внедрения фармакогенетических подходов (В.Г. Кукес, 2008): 1. повышение компетентности врачей в области практического использования фармакогенетического тестирования; 2. учет встречаемости полиморфизмов у населения конкретного региона; 3. различия в частотах полиморфизмов генов у разных этносов должны приниматься во внимание при составлении региональных формуляров лекарственных средств; 4. должно быть достаточное количество лабораторий, которые могут обеспечить тестирование соответствующих фармакогенетических вариантов (стандартизация); 5. необходимость инициатив для обеспечения развития и внедрения фармакогенетических подходов в клиническую практику; 6. клинические исследования, обеспечивающие данные необходимые для уточнения и внедрения фармакологическое тестирование в рутинную клиническую практику. В настоящее время фармакогенетика психотропных средств бурно развивается, цель ученых по всему миру – выявить значимые генетические маркеры для внедрения их учета в психиатрическую практику. Отмечается общая тенденция к синтезу смежных дисциплин: фармакогеномики, протеомики, метаболомики. Обобщение данных о фенотипе пациента должно стать ключом к прогнозированию фармакокинетики и фармакодинамики препарата в организме. На сегодня нельзя отказаться от текущего контроля в виде терапевтического лекарственного мониторинга по причине недостаточной чувствительности и специфичности генетических тестов. Самые оптимистичные прогнозы сводятся к однократному анализу при подборе терапии в будущем – точному фармакогенетическому тестированию. Но достижение такого результата в психиатрии видится еще очень отдаленным. Генотипирование с годами становится доступнее для клиницистов, что обещает в ближайшем будущем увеличение количества и качества, проводимых в России фармакогенетических исследований психотропных препаратов. Многоцентровой подход особенно важен, если принимать во внимание территориально-этнические особенности: только комплексные исследования позволят найти клинически значимые для различных этносов биомаркеры и внедрить их в практику. Создание коллабораций, как показывает мировой опыт, способно повысить достоверность получаемых результатов, многократно увеличить выборку и в режиме «реального времени» установить наличие (отсутствие) межэтнических различий. Таким образом, фармакогенетика в психиатрии, несомненно, перспективный и нужный инструмент ввиду специфики данной специальности. Психофармакотерапия по-прежнему трудно подбирается эмпирическим путем: развитие нежелательных явлений на инициальном этапе лечения ведет к инкомплаетности у пациента, частая смена препаратов – к псевдорезистентности. Персонализация крайне востребована, так как позволит минимизировать риск отмены ЛС, снизить число госпитализаций и риск развития резистентных к фармакотерапии психических расстройств. Сегодня мы наблюдаем переходный период в истории фармакогенетики и фармакогеномики – данные дисциплины уже охватывают практически все медицинские специальности, постепенно приближая эру рациональной и максимально персонализированной медицины.

НОВЫЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АМНЕСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Нарышкин А.Г., Галанин И.В., Горелик А.Л., Абрамовская М.Н., Скоромец Т.А.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Типичным проявлением амнестического синдрома (АС), являющегося основным при органическом поражении головного мозга или Корсаковском синдроме, является выраженное снижение кратковременной памяти и способности к обучаемости. Считается, что в процессах кратковременной памяти и в переводе информациив долговременную память непосредственноеучастие принимают структуры большого лимбического круга (морской конек – сосцевидноетело – передние ядра зрительного ядра – поясная извилина). Хотя при Корсаковском синдроме обнаружены атрофия и гибель нейронов в мамиллярных телах гипоталамуса, передних отделах таламуса и гиппокампе, функциональные и морфологические нарушения

обнаруживаются практически во всех системах и структурах головного мозга. Главная находка при аутопсии –уменьшение размеров (атрофия) мозга. Современные неинвазивные методы исследования, (КТ и МРТ) подтверждая это положение, выявляют яркие проявления атрофии головного мозга, прежде всего в лобных долях, которые отвечают за интеграцию поведения интеллект. При исследовании мозга этих пациентов обнаружено 22% уменьшение числа нейронов в верхней фронтальной области коры. С помощью позитронно-эмиссионнойтомографии выявлено уменьшение метаболизма D-оксиглюкозы во фронтальной коре, таламусе и базальных ганглиях. Особенно чувствительны к повреждающему действию алкоголя холинергические ядра переднего мозга,которые вовлечены во многие важные физиологические функции. Таким образом, АС нельзя объяснить исключительно поражением структур круга Пейпеца. Если рассмотреть эту проблему с позиций эволюционной физиологии, то станет понятным целый ряд закономерностей. Известно, что структуры круга Пейпеца – в эволюционном отношении являются наиболее древними образованиями головного мозга и, соответственно, их выживаемость при различных патологических воздействиях достаточно велика. В то же время кора головного мозга, как структура, сформировавшаяся гораздо позже, является наиболее ранимой в отношении различных повреждающих воздействий. При этом наиболее поздними в филогенетическом отношении являются передняя и задняя ассоциативные зоны коры. Задняя ассоциативнаязона (стык височной, теменной и затылочной долей) обеспечивают функцию афферентного синтеза. Между задней и передней ассоциативными зонами имеются мощные интегративныепучки. Все нейроны ассоциативных зон головного мозга являются полимодальными. Мы исходили из того, что если ослабить любую из модальностей, то другие модальности, участвующие в их синтетической активности, будут обрабатываться более эффективно. Таким образом, при выключении гравитационной чувствительности, оказывающую влияние на ЦНС с момента ее формирования, происходит актуализация афферентных потоков других модальностей и, в частности, семантически значимых (зрительного и слухового).В структуре нарушения кратковременной памяти преобладают нарушения синтетических процессов. Исходя из того, что медикаментозное лечение малоэффективно и в большинстве случаев АС остается необратимым (Попов Ю.В., 1997). **Целью нашего исследования** являлось изучение динамики мнестических функций и интеллекта у больных с амнестическим синдромом, после применения транстимпанальной химической вестибулярной дерецепции (ТТХВД) в сочетании с транскраниальной микрополяризацией (ТКМП). Этот метод был применен у 19 пациентов с амнестическим синдромом различной этиологии (12 человек с Корсаковским синдромом и 7 с органическим амнестическим синдромом). Возраст больных колебался от 39 до 63 лет (в ср. – 46,5±0,7 г.). Сроки анамнеза от 4 до 10 месяцев (в ср.5,9±1,3 месяца). Помимо клинической оценки, МРТ, КТ и ЭЭГ(с углубленной математической обработкой пространственной организации электрического биополя по данным когерентного анализа), использовался пакет патопсихологических и нейропсихологических методик. Тест Векслера и Равена, методика MMSE, таблицы Шульте, корректурная проба, пиктограмма, методика«10 слов», повторение цифр в прямом и обратном порядке, непосредственное повторение предложений и коротких рассказов, повторениесерий слов и слогов-триграмм, воспроизведение ритмов. Для исследования зрительной памяти использовались методики «запоминания геометрических фигур», «запоминание предметов», а также тест зрительной ретенции Бентона. Все обследования проводились в динамике, до и после окончания курса лечения. Существенный положительный эффект был получен у 17 больных (89,5%) у 2 (10,5%) – клинический эффекта был выражен очень слабо и не подтверждался данными параклинических обследований. Оба пациента были старше 60 лет, у одного был хронический туберкулез легких, а у другого – сахарный диабет II типа. У всех больных наблюдалась достаточно типичная динамика в редукции психического состояния, которую условно можно разбить на три этапа. Через 1,5–2 недели после начала лечения, появлялись первые изменения в виде идеаторной и моторной расторможенности, иногда доходящих до степени ажитации, появление чувства немотивированной тревоги, нарушение цикла сна – бодрствования. Характерно то, что эти расстройства не поддавалось медикаментозной коррекции. Тем не менее, на этом фоне появилась непостоянная фиксация отдельных значимых событий и фактов (приход родственников, проведение медицинских манипуляций и процедур), уменьшение дезориентировки. Такое состояние продолжалось около 10 дней. Затем больные становились спокойнее. На втором этапе тревожность и ажитация исчезали и у пациентов появлялись более длительные эпизоды «просветления» с эпизодическими состояниями правильной фиксации событий (на 15-20 мин.) затем происходил возврат к исходному состоянию. Одновременно с этим редуцировались проявления дезориентации. Еще через 8-10 дней наступал третий этап, с устойчивым постепенным улучшением мнестических и интеллектуальных показателей. До лечения существенно страдал интеллект и все виды памяти, особенно кратковременная, визуальная и механическая, в наименьшей степени ассоциативная память, что, видимо, могло определять достаточно быструю адаптацию больных к бытовым условиям стационара и уровень общения. К моменту выписки достоверно возрастали все показатели проводимого тестирования ($p<0,01$), особенно визуальная и механическая память. При тестировании ассоциативной памяти достоверных отличий выявлено не было, в связи с тем, что ее исходный уровень был относительно высоким. Анализ ЭЭГ показал восстановление когерентных связей в височных отведениях. Распад патологических систем связей низкочастотных диапазонов в окципитопариетальных и фронтальных отведениях. Значительное обогащение связей в альфа-диапазоне за счет длинных диагональных межполушарных двусторонних связей, количественное увеличение связей в бета-диапазоне, в том числе и сильных.

Выводы: существующий в настоящее время пессимистический взгляд на возможности лечения АС оказывается не вполне оправданным и подлежит пересмотру. Когнитивные и мнестические расстройства АС могут быть обусловлены не только поражением структур, входящих в круг Пейпеца, но и глубоким разобщением взаимодействий между основными корковыми ассоциативными зонами. ТТХВД в сочетании с ТКМП корковых ассоциативных зон является эффективным методом коррекции мнестических и когнитивных нарушений при АС. Предложенный метод может оказаться малоэффективным при выраженной коморбидной сосудистой и соматической патологии.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭСТ И АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Оленева Е.В., Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цели: целью исследования являлась оценка клинической эффективности и переносимости комбинированной терапии оланзапином и ЭСТ и клозапином и ЭСТ при резистентной шизофрении

Материалы и методы. Критерии включения в исследование:

1) Диагноз шизофрении по МКБ-10.

2) Резистентность к проводимой ранее нейролептической терапии, под которой подразумевалось отсутствие терапевтического ответа на последовательно проводившееся лечение двумя нейролептиками различных химических классов. При этом суточные дозы препаратов должны были быть адекватны 700 мг/сут хлорпромазинового эквивалента, а продолжительность курса терапии составлять не менее 6 недель каждым препаратом.

3) Суммарная выраженность симптоматики на момент включения не менее 60 баллов по шкале PANSS.

4) Оценка по шкале Глобального Клинического впечатления (CGI) не менее 4 баллов.

5) Отсутствие противопоказаний к ЭСТ и лечению клозапином.

После проведения скрининга и получения информированного согласия пациенты рандомизированно распределялись в 4 терапевтические группы: монотерапии оланзапином или клозапином и комбинированной клозапином с ЭСТ и оланзапином с ЭСТ. Исследование являлось сравнительным, открытым, по дизайну параллельных групп. В течение первых 7 дней производилась замена ранее проводившегося лечения на исследуемый препарат. В случаях если перед включением проводилась терапия дюрантными нейролептиками, то препараты назначались не ранее 30 дней после последней инъекции. Продолжительность периода активной терапии составила 10 недель. Оланзапин и клозапин назначались в адекватных терапевтических дозах с учетом индивидуальной переносимости: оланзапин – в диапазоне 10-20 мг, клозапин – 200-900 мг в сутки. Суточные дозы исследуемых препаратов в группах комбинированной терапии во время всего курса оставались неизменными. В группах комбинированной терапии пациентам проводился курс из 8-18 сеансов ЭСТ с билатеральным наложением электродов (2 сеанса в неделю). Процедуры ЭСТ проводились на аппарате ЭЛИКОН-01 под общей анестезией. В качестве анестетика использовался пропофол в дозах от 100 до 140 мг, при этом доза пропофола рассчитывалась индивидуально анестезиологом. С целью осуществления контроля судорожной активности после введения в наркоз на плечо больного накладывалась манжета и внутривенно в контралатеральную конечность вводился миорелаксант. В качестве миорелаксанта использовался суксаметония хлорид в стандартной дозировке 100 мг. После наступления миорелаксации дыхание пациента осуществлялось при помощи аппарата ИВЛ. Во время всей процедуры осуществлялся мониторинг артериального давления, пульса и уровня сатурации.

Оценка выраженности симптоматики производилась на скрининге, в конце 1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 8-й и 10-й недели терапии по шкалам PANSS,CGI и MOSES (Monitoring Of Side Effects Scale, Kalachnik J.E. 1988). Основным критерием эффективности являлась редукция симптоматики по шкале PANSS более 20% от исходного уровня.

Всего в исследование было включено 92 больных шизофренией. В большинстве случаев пациенты выбывали из исследования из-за развития побочных эффектов антипсихотиков в первые дни приема терапии. Если длительность приема терапии на момент исключения была меньше 1-й недели, данные по этим пациентам не включались в анализ исследования (таким образом выбыли 12 больных). Показатели состояния больных, выбывших из исследования на более поздних этапах, обрабатывались методом LOCF (перенос последнего наблюдения). В окончательный анализ настоящего исследования вошли данные по 80 больным, из них 21 пациент входил в группу клозапина, 21 пациент – в группу оланзапина, 19 пациентов – в группу клозапин + ЭСТ, 19 – в группу оланзапин + ЭСТ.

Результаты. К моменту окончания исследования (10 неделя) во всех терапевтических группах была достигнута достоверная редукция среднего балла по PANSS, что позволило сделать вывод об эффективности всех рассматриваемых способов преодоления резистентности.

К 10-й неделе терапии редукция по PANSS>20% была достигнута у 67% больных в группе оланзапина, 57% – в группе клозапина, 74% в группе оланзапин-ЭСТ и 67% больных в группе клозапин-ЭСТ. Различия между группами не достигали уровня статистической достоверности. При использовании в качестве критерия эффективности редукции по PANSS>30%, в группах комбинированной терапии более выраженный эффект был достигнут у большего числа пациентов (в группе клозапина определилось 14,2% респондеров, оланзапина – 19,04%, клозапина-ЭСТ – 52,6%, оланзапина-ЭСТ – 57,8%, $p<0,05$). Это соотношение сохраняется и при анализе числа пациентов, у которых редукция симптоматики по PANSS была равна или превысила 50% от исходной – 0% в группе клозапина, 21% – в группе клозапин-ЭСТ, 9,5% – в группе оланзапина и 26,31% в группе оланзапин-ЭСТ ($p<0,001$). Кроме того, 1 пациент в группе клозапина, 4 пациента в группе клозапин-ЭСТ, 3 пациента в группе оланзапина и 5 пациентов в группе оланзапин-ЭСТ на момент окончания исследования достигли уровня симптоматической ремиссии по критериям Andreasen N. (Andreasen N. et al, 2005). Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что присоединение ЭСТ к терапии оланзапином или клозапином способствует усилению терапевтического эффекта.

Первые респондеры определились уже на первой неделе терапии во всех группах, исключая клозапин. В дальнейшем прирост числа респондеров происходил более интенсивно в группе комбинированной терапии, и лишь к 10-й неделе разрыв между группами немного сократился.

Во всех группах уже на первой неделе терапии наблюдалось достоверное уменьшение общего балла по PANSS по сравнению с фоном (в группе клозапина $p<0,05$, в группе клозапина-ЭСТ $p<0,01$, в остальных – $p<0,001$). Если между группами клозапина и клозапина-ЭСТ различие выявилось на первой неделе ($p<0,05$), то между группами оланзапина и оланзапина-ЭСТ различие приобрело достоверность лишь к 6-й неделе ($p<0,05$). В целом, эффект в группах комбинированной терапии нарастал быстрее и был более выраженным, не достигая, впрочем, уровня критической редукции. На момент окончания терапии (10 неделя) были получены следующие данные по PANSS: в группе клозапина редукция составила 25,7%, клозапин-ЭСТ – 28,26% ($p<0,05$), в группе оланзапина – 26,3%, оланзапин-ЭСТ – 37,6 ($p<0,01$).

Обращает на себя внимание то, что присоединение к антипсихотической терапии ЭСТ не вызывает значимого увеличения степени редукции позитивной симптоматики, позволяет проследить тенденцию к более выраженному уменьшению негативных проявлений и приводит к достоверной редукции симптоматики общепсихопатологической подшкалы.

Говоря об эффективности комбинированной терапии относительно общепринятых клинических форм шизофрении, необходимо отметить, что наилучший эффект применения комбинированной терапии был отмечен у больных с кататонической, гебефренной, недифференцированной и простой формой шизофрении. Эффективность присоединения ЭСТ к терапии клозапином и оланзапином в случаях параноидной шизофрении напрямую зависела от удельного веса в клинической картине депрессивной и негативной симптоматики, а также кататоно-гебефренных включений (в случаях раноначавшейся параноидной шизофрении). Четких закономерностей относительно эффективности комбинированной терапии при разных типах течения заболевания выявлено не было.

ДИНАМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АКТИВНОСТИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК СПОСОБ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Петренко Т.С., Ретюнский К.Ю., Кубланов В.С.

Екатеринбург
Уральский ГМУ,
Уральский федеральный университет

Органические поражения центральной нервной системы (ЦНС) в результате разных причин являются основными факторами развития когнитивного дефицита в любом возрасте.

Наиболее распространенный подход для лечения связанных с этим явлением заболеваний является нейропротективная терапия, которая способствует усилению активности в нервной ткани и ее структурному восстановлению в ответ на возникающие патогенные факторы.

Медикаментозный подход связан с использованием большого количества лекарств, которые, не только взаимодействуют между собой и оказываются неэффективными, но также – вмешиваются в естественный ход регуляторных и адаптивных процессов в ЦНС, выступая в качестве факторов стресса.

В последние годы появились иные, немедикаментозные способы нейропротективного воздействия, основанные на воздействии физических полей на различные отделы центральной и периферической нервной системы, получившие название – методы нейроэлектростимуляции.

Наши исследования сфокусированы на развитии технологий неинвазивной многоканальной нейростимуляции вегетативных и центральных нервных структур. Одна из таких технологий реализует воздействие пространственно-распределенным полем импульсов тока на нервные структуры шеи.

В наших предыдущих экспериментальных исследованиях на лабораторных животных удалось стимулировать сегментарные и стволовые центры вегетативной регуляции при помощи нейроэлектростимулятора типа СИМПАТОКОР. Данный метод получил название динамической коррекции активности симпатической нервной системы (ДКАСНС). В дальнейшем были проведены исследования, доказывающие эффективность метода ДКАСНС при лечении эпилепсии, мигрени, вегетососудистой дистонии, вегето-вестибулярных нарушениях, гипертонической болезни, нейросенсорной тугоухости, атрофических заболеваниях зрения.

В настоящей работе метод ДКАСНС был использован для воздействия на когнитивные нарушения у детей при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания (СДВГ).

Данное расстройство многие исследователи связывают с органическими поражениями ЦНС на ранних этапах онтогенеза, а также, с формированием в результате этого патологических внутримозговых связей и систем, определяющих структуру и динамику синдрома и сопутствующих психических нарушений. Таким образом, СДВГ может быть рассмотрен как модель когнитивного дефицита в раннем возрасте. Отсутствие единой концепции и противоречивость лечебно-реабилитационных подходов повышает актуальность поиска инновационных подходов к проблеме.

В настоящем клиническом исследовании приняли участие 27 детей обоего пола в возрасте от 6 до 10 лет с клиническими признаками гиперкинетического расстройства (по МКБ-10) с нормальным уровнем интеллекта (по Векслеру). До начала исследования, у всех детей имелся опыт приема лекарственных средств, назначенных различными специалистами по поводу изучаемого расстройства. Курс лечения составлял от 10 до 15 процедур ДКАСНС в течение трех – четырех недель. Дополнительного медикаментозного лечения, кроме назначенного ранее, не проводилось.

Исходная и последующая оценка уровня симптомов СДВГ осуществлялась на основании клинических данных и с помощью психометрической шкалы ADHD-RS-IV. Инструментальная диагностика включала электроэнцефалографию (ЭЭГ) и психофизиологический тест T.O.V.A.

Изначальное состояние детей характеризовалось частыми отказными реакциями, непослушностью с родителями, слабостью волевой сферы, а также, выраженностью в разной степени симптомов гиперактивности, невнимательности и импульсивности, низкими оценками когнитивных навыков по данным психофизиологического теста, нарушениями функциональных процессов по данным ЭЭГ в виде несформированности альфа ритма или его дезорганизации в результате нагрузочных проб, а также появлением эпилептиформной активности в виде единичных медленно-волновых комплексов высокой мощности.

В результате применения метода ДКАСНС была отмечена быстрая положительная динамика. По результатам клинического наблюдения у детей значительно снизилось общее беспокойство и импульсивность в действиях при решении повседневных задач; в половине случаев было отмечено улучшение внимания и памяти; большинство родителей отметили значительное сокращение количества истерик и отказных реакций. При повторной оценки по психометрической шкале ADHD-RS-IV отмечено значительное уменьшение выраженности симптомов невнимательности, гиперактивности и импульсивности (с 2,14±0,18 до 1,18±0,24).

Клинические данные также подтверждались результатами психофизиологического теста T.O.V.A., отражающего уровень развития внимания и степень импульсивности в действиях. При повтре ЭЭГ доказательных данных получено не было. Однако, отмечена большая устойчивость основного альфа ритма к нагрузкам, уменьшение острых медленно-волновых комплексов.

Метод ДКАСНС демонстрирует большие возможности по влиянию на центральные регуляторные процессы на примере СДВГ, который может рассматриваться как модель когнитивного дефицита в раннем возрасте. Одним из возможных механизмов реализации эффектов метода является активация процессов функциональной нейропластичности, противодействующих формированию патологических внутримозговых связей и систем, обеспечивая условия для нормального развития психических функций.

Перспективами развития технологии симпатокоррекции является решение задач нейрореабилитации при органических поражениях ЦНС в результате черепно-мозговых травм, инсультов, нейродегенеративных заболеваний, восстановление когнитивных функций при тревожных, депрессивных и невротических расстройствах.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АКТИВНОСТИ СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ АМНЕСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Петренко Т.С., Ретюнский К.Ю., Кубланов В.С.

Екатеринбург
Уральский ГМУ,
Уральский федеральный университет

Амнестический синдром – симптомокомплекс, сочетающий в себе расстройство памяти на текущие события (фиксационная амнезия), нарушения ориентировки во времени, окружении, месте и наличие ложных воспоминаний. Был впервые описан С.С. Корсаковым в 1887 году в докторской дис-

сертации «Об алкогольном параличе». Позднее, это расстройство было названо корсаковским психозом. В дальнейшем С.С. Корсаковым и другими исследователями было установлено, что аналогичный по психопатологические проявлениям синдром возможен при различных органических заболеваниях головного мозга.

Органический амнестический синдром формируется в результате поражения центральной нервной системы (ЦНС) при черепно-мозговых травмах, различных интоксикациях, хронических нарушениях обмена веществ, сифилисе, опухолях и абсцессах головного мозга, а также при заболеваниях, сопровождающихся судорожными припадками и встречается в любом возрасте.

В большинстве случаев прогноз определяется тяжестью и длительностью расстройства и зависит от возраста пациента. По данным некоторых исследований считается, что отсутствие положительной динамики в течение 1-2 месяцев от начала расстройства свидетельствует о стойком характере и необратимости фиксационной амнезии. Кроме того, клиническое наблюдение за такими пациентами позволяет обнаружить быстрое развитие других симптомов поражения ЦНС, отражающих продолжающиеся процессы декомпенсации. В последствии формируются варианты психоорганического синдрома с тотальным когнитивным дефицитом.

Таким образом, своевременное применение патогенетической терапии является залогом эффективной реабилитации психических функций при органическим амнестическом синдроме.

Предлагаемый нами метод лечения связан с активацией процессов нейропластичности головного мозга за счет динамической коррекции активности симпатической нервной системы (ДКАСНС) при помощи нейроэлектростимулятора типа СИМПАТОКОР.

В настоящем исследовании приняли участие семь пациентов мужского пола в возрасте от 33 до 48 лет с клиническими признаками органического амнестического синдрома вследствие воздействия на головной мозг различных патогенных факторов (травма, алкогольная интоксикация, отравление, частые судорожные припадки на фоне алкогольной абстиненции). Все пациенты до начала исследования проходили курс лечения в психиатрическом и/или неврологическом стационаре без значительного улучшения. Длительность расстройства составляла от 12 до 24 месяцев.

В качестве лечения применялась методика ДКАСНС, реализованная на основе воздействия на нервные структуры шеи пространственно-распределенным полем импульсов тока через неинвазивную многоэлементную систему электродов. Это позволяет влиять на процессы вегетативной регуляции (через вегетативные ганглии) и стимулировать стволовые нейрональные центры (через нервные проводящие пути шеи). Курс лечения составлял от 7 до 15 процедур в течение двух – трех недель. Дополнительного медикаментозного лечения, кроме назначенного ранее, не проводилось.

Исходная и последующая оценка когнитивных навыков пациентов осуществлялась на основании клинических данных и с помощью нейропсихологических шкал: Батарея лобной дисфункции (FAB), Монреальская когнитивная шкала (MoCA), Минимальный мозговой статус (MMSE). Инструментальная диагностика включала электроэнцефалографию (ЭЭГ) и оценку вариабельности сердечного ритма (ВСР) при помощи кардиоинтервалографии.

Начальное клиническое состояние больных было тяжелым, с клиническими признаками тяжелого поражения ЦНС, низкими оценками когнитивных навыков по данным нейропсихологических тестов, нарушениями функциональных процессов по данным ЭЭГ и вегетативными дизрегуляциями (ВСР). В результате применения метода ДКАСНС была отмечена быстрая положительная динамика.

По результатам клинического наблюдения: пациенты стали значительно активнее, менее утомляемыми, более внимательными и сообразительными, улучшились процессы мышления и памяти.

Отмечалась динамика показателей нейропсихологических оценок: FAB с 5,7±3,1 до 12±4,0; MoCA с 11,3±3,0 до 16,3±4,0; MMSE с 15,3±6,2 до 21,3±8,3.

По результатам инструментальных исследований: сравнительный анализ количественных показателей ЭЭГ до и после курса ДКАСНС показал увеличение мощности альфа ритма и снижение мощности дельта ритма на всех отведениях, что свидетельствует о значительной нормализации функциональных процессов в ЦНС; сравнительный анализ ВСР до и после курса ДКАСНС показал увеличение общей мощности ВСР и изменение вегетативного баланса в сторону нормотонии, что свидетельствует о нормализации процессов вегетативной регуляции, обеспечивающих оптимальные условия для восстановительных процессов в ЦНС.

Таким образом, на примере восстановления когнитивных функций при органическом амнестическом синдроме продемонстрирован огромный потенциал одного из методов нейроэлектростимуляции – ДКАСНС, воздействующего на процессы вегетативной регуляции и процессы нейропластичности головного мозга. Методы нейроэлектростимуляции, в частности технология ДКАСНС, могут быть использованы для активации восстановительной нейропластичности как при лечении, так и при реабилитации когнитивных дисфункций в результате органических поражений центральной нервной системы.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МОДИФИКАЦИЙ ТМС ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА

Потапов И.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) постепенно завоевывает устойчивые позиции в качестве терапевтического средства при различных психических и неврологических расстройствах. В последние годы научных публикаций сфокусировано на использовании низкочастотной стимуляции для лечения резистентных вербальных галлюцинаций. Результаты этих исследований убедительно доказывают, что цТМС является эффективным методом в лечении этой группы пациентов. В связи с тем, что низкочастотная цТМС оказывает подавляющий эффект на нейрональную передачу и опосредовано на локальную биоэлектрическую активность коры, была выдвинута гипотеза, что цТМС с частотой в 1 Гц может оказывать терапевтический эффект на больных с вербальным галлюцинозом при воздействии на область восприятия речи (центр Вернике, точка ТР3 по международной методика «10-20% ЭЭГ», соответствующая области перекрытия 39 и 40 по Бродману). На данный момент имеется большое число исследований (большинство с плацебо-ТМС контролем), подтверждающих эффективность низкочастотной цТМС в терапии слуховых галлюцинаций, а так же проведено несколько метаанализов. также одним из перспективных направлений в терапии психических расстройств при помощи цТМС является применение стимуляции тета-вспышками – ТВС (стимуляция в режиме θ-вспышек). Непрерывная стимуляция тета-вспышками (continuous cTBS) по своему нейрофизиологическим эффектам имеет схожесть с низкочастотной ТМС, направленной на подавление активности подлежащей коры головного мозга. Были проведены отдельные

исследования этой методики в лечении хронического вербального галлюциноза Таким образом, представляет безусловный интерес проведение контролируемого исследования, в ходе которого оценена сравнительная эффективность различных методик ТМС у резистентных больных шизофренией с преобладанием в структуре психоза вербальных галлюцинаций. В ходе исследования будет выявлено психотропное действие низкочастотной и тета-вспышками цТМС, возможное влияние этих методик на другие психотические симптомы, а также уточнены показания к их применению.

По дизайну исследование двойное слепое плацебо-контролируемое. Для решения поставленных задач создано три сопоставимых по демографическим показателям групп. В исследование включаются больные с диагнозом по МКБ-10 Шизофрения (F20), отвечающие критериям резистентности (в соответствии с критериями предложенными организацией IPAP (International Psychopharmacology Algorithm Project, 2003). В клинической картине пациентов доминирует симптоматика вербального псевдогаллюциноза, а выраженность бредовой симптоматики будет минимальной и/или носить вторичный характер по отношению к галлюцинозу. Основные критерии включения: 1) Получение информированного согласия 2) Оценка по шкале позитивных симптомов PANSS в пункте П3 (Галлюцинации) не менее 4 баллов на момент включения. 3) Оценка по шкале позитивных симптомов PANSS в пункте П5-П6 (идеи величия, идеи преследования) не более 5 баллов на момент включения. 4) Оценка по шкале позитивных симптомов PANSS в пункте П3 должна быть выше, чем в пунктах П5-П6. 5) Оценка по шкале CGI-S не менее 4 баллов на момент включения. 6) Оценка по шкале AHRS не менее 15 баллов. Далее пациенты рандомизируются в три группы. В первой будет назначается низкочастотная (1Гц) цТМС, во второй назначается тета-вспышки стимуляция в непрерывном режиме (ТВС), в третьей (контрольной) группе назначается псевдо ТМС (при помощи плацебо индуктора, либо при проведении стимуляции посредством приложения индуктора под углом, вне плоскости контакта с подлежащими структурами в зоне активной магнитной индукции). ТМС проводится на фоне терапии базовым (ранее неэффективной) антипсихотической терапии.

Результаты. работы на данном этапе: В пилотный этап исследования было включено 28 пациентов. У 18 пациентов (64,2%) был зарегистрирован терапевтический эффект. Клинический эффект как правило развивался к концу второй (10 пациент) – третьей недели (8 пациента) курса ТМС. Редукция галлюцинаторной симптоматики (средний балл по шкале AHRS к концу третьей недели терапии) составила 40,2%. Достигнутый эффект был достаточно стойким у всех респондеров и сохранялся в течение месяца после завершения курса терапии (балл редукции 48,8%). Более того, дальнейшее ослабление галлюцинаторных переживаний у респондеров наблюдалось и после окончания курса ТМС при катамнестической оценке. Спустя три недели после завершения курса ТМС, суммарная выраженность галлюцинаций уменьшилась в среднем на 8,6%. Полученные данные в целом соотносились с динамикой симптомов по подшкале позитивных симптомов PANSS (редукция к концу терапии составила 23,2%, а спустя 3 недели после окончания курса 35,7%), хотя общий балл редукции был значительно ниже, чем по шкале AHRS. Так изолированный анализ динамики симптома «П3 Галлюцинации» по шкале PANSS свидетельствует, что к концу терапии редукция составила 26,7%, а спустя 3 недели после окончания курса 33,3%, а также выявляет тенденцию к проявлению отсроченного эффекта от курса ТМС. Полученные предварительные результаты соотносятся с данными, свидетельствующими, что ТМС имеет потенциальные возможности в терапии вербального галлюциноза. Причем преимущественно в случаях, когда он присутствует в качестве моносимптома. Вместе с тем, эти данные имеют предварительный и нуждаются в уточнении и подтверждении в дальнейших исследованиях.

Литература:

1. Цукарзи Э.Э. Современные методы стимуляции мозга: достижения и перспективы применения // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – т.23. – №1. – с.93-99.

2. Slotema C.W., Aleman A., Daskalakis Z.J., et al. Meta-analysis of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of auditory verbal hallucinations: Update and effects after one month // Schizophrenia Research. – 2012. – Vol. 6. – P. 1-6.

СОВРЕМЕННАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сизов С.В., Барыльник Ю.Б., Воронцов О.В., Деева М.А.

Саратов
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского

Саратовская психиатрия имеет весьма длительную историю применения электросудорожной терапии (ЭСТ). Впервые в мире ЭСТ была применена в 1938 г., а уже в 1945 г. благодаря энтузиазму основателя кафедры психиатрии Саратовского мединститута проф. М.П. Кутанина данный метод был освоен в саратовской психиатрической клинике. На кафедре сохранились одни из первых аппаратов для ЭСТ, в т.ч. аппарат, изготовленный на базе НИПНИ им. В.М. Бехтерева. За время существования ЭСТ в саратовской клинике психиатрии применялись различные модели устройств для проведения ЭСТ, например, «ЭКТ-Филат», «Эликон». В настоящее время кафедра и клиника психиатрии располагают современным аппаратом для ЭСТ «ЭСТЕР». Аппарат выдает униполярные импульсы прямоугольной формы, более физиологичной по сравнению с импульсами синусоидальной формы, которые использовались в аппаратах устаревших конструкций.

Наиболее часто ЭСТ назначается пациентам с терапевтически резистентной шизофренией. Также ЭСТ получают пациенты с тяжелой депрессией в рамках БАР и рекуррентного аффективного расстройства. Имеется опыт лечения пациентов с кататонической формой шизофрении, а также пациентов в состоянии фебрильной кататонии. Большинство пациентов получают ЭСТ на фоне продолжающейся психофармакотерапии.

Перед началом курса ЭСТ пациенты получают консультацию терапевта, невролога, офтальмолога, подписывают информированное согласие на проведение ЭСТ. Сотрудники кафедры и клиники проводят разъяснительную работу с родственниками пациентов, которым планируется проведение ЭСТ.

Сеансы ЭСТ проводятся в утреннее время в отдельной палате реанимационного отделения Саратовской ГКБ №2, на базе которой находятся кафедра и клиника психиатрии. Частота сеансов – 2 раза в неделю, чаще всего по вторникам и пятницам. В ургентных ситуациях, таких как фебрильная кататония, сеансы проводятся ежедневно, в т.ч. в выходные дни. Процедура проводится в отдельной палате, оснащенной аппаратом ИВЛ типа «Фаза-3С», централизованной подачей кислорода, электроотсосом, наборами индивидуальных масок для ИВЛ и S-образных воздуховодов, кардиомонитором с функцией измерения АД и пульсоксиметрии, а также другим необходимым инструментарием для реанимации и интенсивной терапии. В бригаду, участвующую в проведении ЭСТ, входят психиатр, анестезиолог-реаниматолог, медсестра реанимационного отделения, санитар психиатрического отделения.

Пациенты являются на процедуру ЭСТ натощак. Утренний прием лекарств проходит после сеанса ЭСТ. ЭСТ в нашей практике проводится непременно с использованием общей анестезии, миорелаксантов и ИВЛ, что позволяет избежать болевых ощущений, травм и неприятных воспоминаний

о процедуре. Для премедикации (профилактика брадикардии, гиперсаливации) применяется атропин внутривенно 0,01 мг/кг, обычно 0,5 мг. В качестве анестетика используется тиопентал натрия – короткодействующий препарат для внутривенного введения, не требующий интубации трахеи. Доза тиопентала натрия 200-400 мг, обычно – 250 мг. В качестве миорелаксанта применяется суксаметоний (листенон), деполяризующий миорелаксант ультракороткого действия.

ИВЛ проводится при насыщении дыхательной смеси кислородом на уровне 30-40%. Применяется масочная ИВЛ с использованием S-образного воздуховода. Интубация трахеи не требуется. В ряде случаев для стимуляции судорожной активности перед осуществлением электровоздействия применяется ингаляция 100% кислорода с удвоенным минутным объемом вентиляции (ИВЛ в гипервентиляционном режиме).

Для фиксации длительности эпиприпадка используется «манжеточная» методика: на одно бедро пациента в нижней трети (область колена) перед введением миорелаксанта накладывается жгут, который снимается тотчас после окончания судорожных мышечных сокращений. Успешное проведение процедуры фиксируется при длительности мышечного компонента припадка более 20 с.

При проведении первых сеансов используются следующие параметры электровоздействия: наложение электродов битемпоральное, доза тока 120 мКл, частота 27 Гц, длительность импульса 0,2 мс, амплитуда 550 мА, модуляция непрерывная, режим процедуры автоматический, режим старта плавный.

В случае недостаточной (менее 20 с) длительности мышечного компонента эпиприпадка на следующем сеансе изменяются параметры электровоздействия в следующей последовательности: 1) увеличение дозы тока на 10-20 мКл; 2) увеличение амплитуды с 550 мА до 850 мА; 3) увеличение частоты импульсов; 4) увеличение длительности импульсов (max 1,0 с); 5) использование прерывистой модуляции; 6) использование резкого режима старта. Обычно бывает достаточно выполнить шаги 1-3 для достижения необходимой длительности эпиприпадка. Практикуется одновременное выполнение шагов 1 и 2, 1 и 3 для скорейшего достижения эффективных параметров электровоздействия.

В ходе процедуры с помощью кардиомонитора отслеживаются величины АД и частоты пульса пациента перед введением в наркоз, тотчас после процедуры, а также после восстановления сознания. Данные фиксируются в листе ЭСТ. Отдельно фиксируются максимальные значения АД и частоты пульса. Врач-анестезиолог записывает в листе ЭСТ дозировки препаратов для премедикации, наркоза, миорелаксации. Лист ЭСТ (отдельный для каждого нового сеанса) вклеивается в историю болезни пациента.

При проведении курса ЭСТ и дальнейшем наблюдении за пациентами нами не было зарегистрировано отдаленных негативных эффектов ЭСТ в когнитивной сфере. Для профилактики и коррекции острых и подострых когнитивных нарушений (дезориентировка, антеро- и ретроградная амнезия) по показаниям применяются пирацетам, мексидол – в/в капельно при проведении сеанса и перорально ежедневно во время курса ЭСТ.

В случае повышения АД в ходе сеанса выше 180/120 мм рт.ст. применяется в/в струйное введение 25% раствора магния сульфата 5-10 мл или сублингвальное применение пропранолола (анаприлина) 10-20 мг после восстановления сознания пациента.

Пациенты, получившие ЭСТ, после восстановления сознания и 10-15-минутного отдыха способны самостоятельно вернуться в отделение в сопровождении медперсонала.

Обычно курс ЭСТ составляет 8-12 процедур, в среднем 10 сеансов. Клинические эффекты терапии (для случаев терапевтически резистентной шизофрении, тяжелой депрессии) часто можно зафиксировать уже после 3-го сеанса. Отсутствие клинической динамики после 6-го сеанса в большинстве случаев позволяет предположить малую эффективность ЭСТ в ходе дальнейшего курса.

Таким образом, благодаря наличию современного аппарата и приемлемых условий для проведения электросудорожной терапии этот метод прочно вошел в практику лечебной работы кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии СГМУ им. В.И. Разумовского. Коллектив кафедры и клиники психиатрии рассчитывает на дальнейшее расширение масштабов применения электросудорожной терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Стрельник С.Н.

Самара
Самарский ГМУ

Научное исследование хронобиологических закономерностей при психической патологии, преимущественно при аффективных расстройствах, в последние годы касалось в основном некоторых вопросов и проблем, таких как нарушения в циркадианной системе и роль мелатонина и иных факторов в ней, взаимосвязь циркадианной ритмики и ритмов с инфра- и ультрадианным периодом, исследование феномена сезонности при аффективной патологии, описание некоторых макроритмических закономерностей клинической динамики (рецидивов, рождаемости и др.), изучение эффективности традиционных и новых лекарственных и немедикаментозных хронобиологических методов терапии (Мосолов С.Н. и соавт., 2014). Проведенные в обозначенных направлениях теоретические разработки воплотились не только в оформление базовых клинико-хронобилогических концепций и теорий, но и в формулировку определенных диагностических, терапевтических и профилактических рекомендаций для использования их в клинической практике.

Цель настоящего сообщения – обобщенный анализ основных практических рекомендаций, сформулированных на основе хронобиологических исследований при аффективных расстройствах, произведенных сотрудниками кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета и по данным литературы.

Биоритмологические данные могут быть использованы в клинической практике уже на этапе диагностического поиска. Хронобиологическая характеристика рецидивирующих психических расстройств представляется существенным элементом диагноза, а для некоторых категорий расстройств (в первую очередь рецидивирующие аффективные расстройства) на наш взгляд – элементом совершенно необходимым. Такая характеристика может включать в себя констатацию определенной сезонности, иные кроме сезонного ритмы рецидивов (например, часто обсуждаемый в литературе феномен «быстрой цикличности» фаз биполярного аффективного расстройства (до 4 циклов в год и более), менее обсуждаемый вариант с медленными циклами (периодичность циклов не более 2 в год); умноженными (сдвоенными, строенными) фазами, когда в одном цикле отмечается не одна, а большее число аффективных фаз с последующим развитием интермиссии и другие варианты, имеющие хронобиологический смысл, включая периодичность с каким-либо многолетним ритмом рецидивов). Отдельным элементом диагноза может быть состояние циркадианной системы при наличии существенных для определения терапевтической тактики клинических феноменов (например, выраженные су-

точные колебания симптоматики, наблюдаемые у значительной части пациентов) и показатели ультрадианной ритмики (в частности, существенные нарушения в сомнографической характеристике фаз ночного сна). Вероятно в отдельных случаях дополняющими диагноз сведениями, значимыми для определения терапевтической схемы, станет суточное распределение биоэлектрической активности головного мозга и другие клинико-динамические хронбиологические параметры, изучение клинико-формирующих и терапевтических аспектов которых в настоящее время продолжается. Включение обозначенных данных при их констатации у пациента как элементов в клинический диагноз может играть существенную роль в индивидуализации средств и схемы проводимой терапии.

При проведении дифференциальной диагностики эндогенных психических заболеваний, протекающих с аффективными расстройствами, описанные нами модели рецидивирования – хронотипы рецидивирующих аффективных расстройств (Стрельник С.Н., 2006, 2014) – наряду с данными клинико-психопатологического обследования могут быть использованы как дополнительные клинико-динамические признаки для дифференциации эндогенных аффективных нарушений как с расстройствами иного генеза (в частности, экзогенно-органическими), так и внутри континуума эндогенных психических заболеваний, протекающих с аффективными нарушениями. Хронобиологическая характеристика рецидивов аффективного расстройства соотносятся не только с нозологической принадлежностью, но и, в частности, с прогредиентностью заболевания: чем выше прогредиентность, тем менее стабильны ритмы сезонного (окологодового) диапазона; чем меньше прогредиентность, тем более вероятно их стереотипное повторение в течение многолетних макроритмических «циклов заболевания», включая стереотипность сезонности рецидивирования и клишированный характер динамики отдельной аффективной фазы. Данный показатель (стабильность/нестабильность хронобиологической организации рецидивирования) таким образом, может быть использован как дополнительное основание прогноза течения болезни.

Нами также предложен общий алгоритм хронобиологической оценки прогноза рецидивирования, включающий: 1) оценку ритмов с различным клинико-формирующим значением; 2) учет типичных моделей течения заболеваний (хронотипы циклотимии; рекуррентной депрессии; биполярного аффективного расстройства (БАР); приступообразно-прогредиентной шизофрении; периодической шизофрении); 3) учет индивидуальных клинико-хронобиологических особенностей. С обозначенных позиций прогнозирование и профилактика рецидива эндогенных психических заболеваний может быть оптимизирована по срокам и методам. В качестве профилактики вероятного или начинающегося рецидива наряду с использованием фармакотерапии нормотимиками и тимоаналептиками предлагается использовать хронотерапевтические (в узком смысле слова) методики, действие которых основано на собственно гармонизации структуры циркадианных биоритмов, к которым в первую очередь относятся депривация ночного сна и фототерапия (Пудиков И.Г., 2014; Симуткин Г.Г., 2014). Структура циркадианных нарушений уже традиционно является прямым основанием для оптимизации распределения приема психофармакопрепаратов с учетом особенностей их клинического действия (как минимум учет активирующего/седативного эффекта и воздействия на циркадианную ритмику основных кинических мишеней, а в случаях, когда имеются дополнительные сведения – учет воздействия лекарственных средств на другие ритмические показатели – характеристики биоэлектрической активности головного мозга, сомнографические нарушения и т.д.).

Нелекарственные методы терапии и профилактики приобретают особое значение при сезонных аффективных расстройствах, понимаемых как самостоятельная клиническая группа (нозология), в этиопатогенезе которой преобладающую роль играют именно хронобиологические факторы. Отсутствие существенных побочных эффектов и осложнений при фототерапии становится критическим фактором при решении вопроса об антидепрессивной терапии, проводимой в период беременности и лактации.

Стоить также отметить перспективность разработки фармако-экономических рекомендаций, в частности возможный учет при планировании обеспеченности лечебно-профилактических учреждений психофармакологическими средствами неравномерного распределения количества рецидивов аффективных расстройств и, соответственно, неравномерность госпитализаций в психиатрический стационар (дневной стационар) данной категории пациентов как в течение года (в частности, социальная и природная сезонность), так и в многолетних отрезках времени.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПСИХИАТРИИ

Томский А.А., Поддубская А.А., Гамалея А.А., Зайцев О.С.

Москва
НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко

Электростимуляция глубоких структур головного мозга (технология deep brain stimulation, DBS) широко используется в мире для лечения ряда неврологических и психиатрических состояний. Метод показал свою эффективность и относительно высокую безопасность в лечении таких неврологических заболеваний, как болезнь Паркинсона, торсионная дистония, эссенциальный тремор (Albanese, 2006, 2011; Kleyner-Fisman, 2006; Andrews, 2010; Ferreira, 2013). Суть метода заключается в имплантации электродов в определенные глубокие структуры головного мозга, с проведением высокочастотной электростимуляции от автономного имплантированного генератора импульсов. В отличие от деструктивных операций, в том числе и радиохирургических, нейростимуляция представляет собой регулируемое неразрушающее воздействие на глубокие структуры мозга и имеет меньший риск осложнений. Результатом нейростимуляции является модуляция патологической активности структуры, в которую имплантирован электрод и коррекция как экстрапирамидных двигательных нарушений, так и психических расстройств.

Использование нейрохирургических технологий в психиатрии возможно в двух основных направлениях. Во-первых, это коррекция поздних дискинезий, развивающихся вследствие длительного приема нейролептиков. Применение электростимуляции внутреннего сегмента бледного шара при нейролептической дистонии показало снижение тяжести двигательных нарушений на 80% и более, а также значительное улучшение качества жизни пациентов (Gruber, 2009).

Во-вторых, в последние годы получены положительные результаты применения электростимуляции различных глубоких структур головного мозга при некоторых психопатологических состояниях, резистентных к лечению. К ним относятся синдром Туретта (Kim, 2014), обсессивно-компульсивное расстройство (Hamani, 2014), большое депрессивное расстройство (Lozano, 2012). Опубликованы положительные результаты лечения расстройств пищевого поведения, как нервная анорексия и булимия (Gorgulho, 2014), наркотической зависимости (Luigjes, 2012). Также проводятся исследования по применению нейростимуляции для лечения деменции, в первую очередь болезни Альцгеймера (Hardenacke, 2013; Laxton, 2013; Pereira, 2014; Mirsaeedi-Farahani, 2015).

Цель исследования – анализ первых результатов применения электростимуляции глубоких структур мозга у пациентов с различными психопатологическими состояниями.

Материал и методы. В НИИ нейрохирургии имени акад. Н.Н.Бурденко было прооперировано 3 пациента, которым были имплантированы 4 системы для электростимуляции глубоких структур головного мозга. Отбор пациентов для хирургического лечения, клиническая оценка результатов лечения проводились сотрудниками группы психиатрических исследований института.

В первом случае у пациентки 29 лет (наблюдение №1), получавшей лечение нейролептиками по поводу панических атак и тревожно-депрессивного расстройства отмечалось развитие тяжелой фармакорезистентной поздней нейролептической дистонии. Показанием для операции явилась выраженная инвалидизация вследствие двигательных нарушений. Пациентке проведена имплантация системы для нейростимуляции во внутренний сегмент бледного шара с двух сторон (DBS GPi).

Во втором случае (наблюдение №2) у пациента 26 лет, страдающего эндогенным заболеванием с полиморфными обсессивно-компульсивными явлениями (навязчивые мысли, представления, страхи, ритуалы) также на фоне длительного приема нейролептиков отмечалось развитие тяжелой поздней нейролептической дистонии. Пациенту проведена имплантация двух систем для нейростимуляции. Для коррекции поздней нейролептической дистонии использована электростимуляция внутреннего сегмента бледного шара с двух сторон (DBS GPi). Для коррекции обсессивно-компульсивного расстройства проводилась электростимуляция n. Accumbens (NAcc) и переднего бедра внутренней капсулы с двух сторон (DBS NAcc + ALIC)

В третьем случае (наблюдение №3) у пациента 32 лет с синдромом Туретта и тяжелым обсессивно-компульсивным расстройством использована электростимуляция внутреннего сегмента бледного шара с двух сторон (DBS GPi).

Клиническая оценка результатов проводилась с использованием общепринятых количественных шкал до операции и в различные сроки наблюдения. Длительность катамнеза составила от 2 до 5 лет. Для оценки динамики двигательных нарушений у пациентов с нейролептической дистонией использована шкала BFMDRS (Burke-Fahn-Marsden Dystonia Rating Scale). Для изучения обсессивно-компульсивного синдрома применялась шкала YBOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) и ОКР-скрининг тест (Goodman, 1994). У пациентов также была изучена динамика депрессии и тревоги по шкалам Бека и Спилбергера. Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36.

Результаты и обсуждение. У пациентов с нейролептической дистонией (наблюдения №1 и №2) получено ожидаемое значительное снижение тяжести дистонического синдрома. В наших наблюдениях оно составило более 90% по шкале BFMDRS. Все пациенты отмечали субъективное улучшение качества жизни и социальной активности вследствие снижения тяжести двигательных нарушений.

Влияние нейростимуляции на тяжесть обсессивно-компульсивного синдрома (наблюдения №2 и №3) оказалось различным. В первом случае (наблюдение №2 с DBS NAcc+ALIC) при бальной оценке динамики обсессивно-компульсивного синдрома мы не получили отчетливого положительного эффекта (YBOCS без изменений, ОКР-скрининг тест: до операции 10, на фоне DBS 13 баллов). Тем не менее, у пациента несколько редуцировалось эмоциональное напряжение, сопровождавшее ритуалы, что может быть обусловлено как DBS GPi, так и DBS NAcc+ALIC. При выключении нейростимулятора родственники пациента отмечали нарастание навязчивых мыслей.

Мы можем предполагать несколько объяснений недостаточной эффективности DBS NAcc+ALIC у данного пациента. Вероятнее всего, это было связано с эндогенным характером процесса, в котором обсессивно-компульсивный синдром не был ведущим компонентом. Другим возможным объяснением может быть недостаточно корректное положение электрода. В настоящее время в литературе обсуждается место наиболее эффективного размещения электрода в пределах n.Accembens. Также продолжает обсуждаться вопрос о наиболее эффективной мишени при обсессивно-компульсивном синдроме (Hamani, 2014).

В другом случае (наблюдение №3) у пациента с синдромом Туретта получено снижение тяжести обсессивно-компульсивного синдрома (YBOCS до операции 24, на фоне DBS 15 балла; ОКР скрининг тест до операции 16, на фоне DBS 5 баллов). Пациент оценил улучшение состояния здоровья и качества жизни на 35%.

У всех пациентов отмечалась различная степень снижения тяжести депрессии и тревожности на фоне нейростимуляции. В оперированной группе пациентов не было ни хирургических осложнений, связанных с оперативным вмешательством, ни неврологических, связанных с нейростимуляцией.

Заключение. Современные нейрохирургические технологии постепенно находят свое место в лечении различных психопатологических состояний во всем мире. Электростимуляция внутреннего сегмента бледного шара является высокоэффективным методом коррекции поздней нейролептической дистонии в случае неэффективности фармакотерапии и ботулинотерапии. Применение стимуляции глубоких структур головного мозга для лечения обсессивно-компульсивного синдрома и депрессии является перспективным методом лечения в тяжелых случаях, резистентных к традиционному психиатрическому лечению. Необходимы дальнейшие исследования и взаимодействие междисциплинарной бригады психиатров, неврологов и нейрохирургов для уточнения критериев отбора пациентов для нейрохирургического лечения, изучения эффективности и отдаленных результатов электростимуляции различных структур головного мозга в лечении психических расстройств.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ (ТМС) ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЯХ

Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н.

Москва
МНИИП,
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Терапевтические возможности транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) при депрессиях, в том числе резистентных, подтверждены в многочисленных контролируемых и обсервационных исследованиях. Вместе с тем, основные характеристики эффекта ТМС, а именно, его размер и глубина (уровень достигаемых ремиссий) до настоящего времени остаются закрыты завесой подчас противоречивых и взаимоисключающих результатов отдельных исследований. Также открытым остается вопрос о вероятных механизмах действия ТМС, прежде всего нейрофизиологических. Основной гипотезой является предположение о том, что ТМС позволяет «навязывать« мозгу ритм, минуя периферические отделы сенсорных систем, и непосредственно меняя функциональную активность нейронов. Показано, что эффекты даже однократной стимуляции сохраняются в течение определенного времени, а при проведении курса ТМС «последействие» существенно пролонгируется и закрепляется. Предполагается, что при применении ТМС у больных депрессиями мишенью являются левые передние области мозга, где наблюдаются характерные изменения в виде снижения функциональной активности коры и нарушения непрямых

функциональных нейрональных связей. В основном, ТМС применяется в двух модификациях: низко- (1Гц) и высокочастотной (10-20Гц). Циклическая ТМС высокочастотными сериями импульсов позволяет достигать активации мозговых структур под влиянием индукционных токов в зонах стимуляции, тогда как при низкочастотной ТМС достигается подавление нейрональной активности ипсилатеральной коры. К сожалению, консенсусное понимание механизмов действия ТМС на этом, в основном, заканчивается. Очевидно, что исследования ТМС-ЭЭГ способны не только внести определенную ясность в этот вопрос, но и, возможно, дать намного больше, в том числе, представить уникальную информацию о различных аспектах реактивности (нейронального возбуждения) и функциональных связей мозга, являющихся основными характеристиками состояния нейрональных систем. Крайне интересной задачей является возможность персонифицированного подбора режима ТМС с целью «улучшения» ЭЭГ-показателей пациента с одновременным опосредованным достижением клинических эффектов. В частности, предполагается, что стимуляция в режиме индивидуального альфа и тета-ритмов либо с небольшим превышением этих показателей может обеспечить достижения клинического эффекта при депрессиях.

В проведенных сравнительных исследованиях низкочастотной (1Гц) и высокочастотной (15Гц) ТМС была проведена оценка ее эффективности при терапевтически резистентных депрессиях (ТРД) (N=80). ТМС назначалась на фоне ранее неэффективной тимоаналептической терапии. Оказалось, что высокочастотная ТМС при ТРД обнаруживает значимое преимущество как по числу респондеров (51,4%/38,6%), так и по показателю достигнутых ремиссий (27,0%/18,9%). Отрицательно коррелировали с эффектом цТМС наличие психотических симптомов, а также большой удельный вес симптомов тревоги. Основным маркером эффективности цТМС оказался молодой возраст (до 35 лет). Интересно, что при проведении низкочастотной ТМС было обнаружено отчетливое противотревожное действие. Причем, оно проявлялось в том числе и у нон-респондеров.

При анализе результатов терапии цТМС больные были разделены на 2 группы: с «высокой» (ВР) (N=36) и «низкой» резистентностью (НР) (N=28). Под ВР понималась неэффективность 2-х и более курсов антидепрессантов. НР расценивалась при неэффективности или частичном эффекте одного курса тимоаналептической терапии. Оказалось, что эффект ТМС был приблизительно равным в обеих группах (ВР – 51,4%; НР – 53,8%). Определенные различия были выявлены по числу достигнутых ремиссий (ВР-39,8%; НР – 27,0%), они достигали уровня значимости.

Полученные данные подтверждают терапевтические возможности цТМС при резистентных депрессиях. Безусловно, их валидность нуждается в дальнейшем изучении, в том числе в исследованиях направленных на поиск биологических и клинических маркеров эффективности.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ В КОРРЕКЦИИ МАЛОКУРАБЕЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Шамрей В.К., Абриталин Е.Ю.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Проблеме преодоления терапевтической резистентности психических расстройств посвящено значительное число работ (Иванов М.В. с соавт., 2012; Быков Ю.В., 2013; Мазо Г.Э. с соавт., 2013; Knoch D. et al., 2010; Dunner D.L. et al., 2012), большинство из которых ориентированы на использование различных схем лекарственной терапии. Значительно меньше исследований касается применения немедикаментозных методов, особенно сравнительной оценки их эффективности и обоснований дифференцированных показаний к использованию (Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., 2009; Brunoni A.R. et al., 2010; Gelenberg A.J. et al., 2010).

Функциональная нейрохирургия используется при крайней некурабельности заболевания, когда другие, известные на сегодняшний день, методы лечения полностью исчерпаны, а также в случае прогрессирующего ухудшения состояния и инвалидизации больного. В данной работе функциональная нейрохирургическая коррекция применялась у больных с фармакорезистентными депрессивными состояниями при строгом соблюдении критериев отбора (длительность заболевания не менее трех – пяти лет с многократными безуспешными госпитализациями, выраженная резистентность ко всем видам биологической терапии, нарастающая тяжесть течения заболевания, наличие возможности выделения в картине болезни ведущего синдрома, в лечении которого накоплен положительный опыт нейрохирургического воздействия, нейровизуализационные показания о наличии соответствующих морфо-функциональных «структур-мишеней»), в связи с чем количество пациентов, в комплексной терапии которых применялась функциональная нейрохирургическая коррекция, было крайне ограниченным – 17 человек. Возраст пациентов составил от 26 до 53 лет (в среднем 41.9±10.7 лет), длительность заболевания варьировала от 6 до 27 лет (в среднем, 8.4±3.1 лет).

Динамика изменений психического состояния в послеоперационном периоде в основном определялась тяжестью и генезом депрессивного синдрома, а также характером проводимой операции. В период пребывания в стационаре у большинства пациентов после функциональной нейрохирургической коррекции отмечалось снижение выраженности аффективного напряжения (на 15.3%), существенное уменьшение тревоги (на 22.4%) и появление терапевтического отклика на возобновляемое медикаментозное лечение (в 88.2% случаев). По шкале CGI-I значительное улучшение отмечалось у 23.5% пациентов, умеренное – у 17.6%, незначительное – у 47.1%, отсутствие эффекта – в 11.8% случаев. При этом начальные положительные изменения в психическом состоянии имели отставленный характер и, как правило, наступали спустя 2-3 недели после операции (на фоне возобновляющейся фармакотерапии), с последующим постепенным прогрессивным нарастанием в течение нескольких месяцев. Средние значения по другим психометрическим шкалам до и после лечения с применением методов функциональной нейрохирургии составили: HAM-D – до 34.5±3.4***, после 24.5±4.7; HAM-A – до 30.3±3.4***, после 20.2±5.2; MADRS – до 35.6±5.7**, после 27.7±5.1; GAFS – до 28.5±6***, после 46.1±9.9 (значимость отличия результатов «до» и «после» ** – $p<0.01$, *** – $p<0.001$).

К числу осложнений после использования функциональной нейрохирургической коррекции, отмечавшихся в 29.4% случаях (5 человек), следует отнести: образование незначительной гематомы, расположенной по ходу вводимого инструмента и не повлекшей выпадения функций (5.9% – 1 человек); эпизоды недержания мочи в первую неделю после операции (5.9% – 1 человек); легкие парезы конечностей, быстро регрессировавшие в послеоперационном периоде (17.6% – 3 человека). При этом следует подчеркнуть, что в 88.2% случаев функциональная нейрохирургическая коррекция использовалась как «терапия отчаяния» (лишь при полном отсутствии эффекта не только от лекарственного лечения, но и использования других методов немедикаментозной терапии: экстракорпоральной гемокоррекции, электросудорожной терапии и др.).

Таким образом, результаты проведенного исследования показали эффективность применения методов функци-

ональной нейрохирургии при коррекции малокурабельных психических расстройств. При этом следует особо отметить, что их использование не является альтернативой традиционной терапии, а служит лишь дополнительным методом в системе комплексного лечения малокурабельных психических расстройств при полном отсутствии эффекта от ранее проведенного лечения («терапия отчаяния») и строгом соблюдении ранее указанных показаний с учетом результатов нейровизуализационного обследования. В связи с этим важно подчеркнуть о недопустимости расширительных показаний к данному виду лечения, которое может осуществляться лишь в специализированных многопрофильных стационарах с привлечением различных специалистов (психиатров, неврологов, нейрохирургов, рентгенологов, нейрофизиологов, нейропсихологов, социальных работников, юристов). При этом проведение функциональной нейрохирургической коррекции не всегда избавляет больного от необходимости продолжения приема фармакопрепаратов, но, в большинстве своем, позволяет уменьшить объем фармакотерапии, поскольку в послеоперационном периоде больные, как правило, становятся более восприимчивыми к обычным для них терапевтическим дозам лекарств.

РАЗДЕЛ 9.
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЯХ И ЧС

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЛОБАЛЬНОЕ ОСТРОЕ СТРЕССИРОВАНИЕ В ВИДЕ ТЕРАКТА

Ахвердова О.А., Якшин В.А., Сумина О.В., Зубов А.А.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

Актуальность данной темы обусловлена, в первую очередь, широким распространением психосоматических расстройств и повышенной значимостью развития в последующем медико-социальных проблем. До настоящего времени не разработаны технологии реабилитации пациентов с психосоматической патологией, сформированной после воздействии глобального стресса. Существующие симптоматические методы лечения недостаточно эффективны, они часто не учитывают структуру личности больного, клинические особенности пограничных психических расстройств (ППР), коморбидных психосоматической патологии, что, естественно, приводит к усложнению и хронизации психосоматических расстройств. Поэтому разработка адекватных психофармакотерапевтических технологий реабилитации с целью повышения эффективности лечения пациентов с психосоматической патологией является актуальной проблемой не только для психиатрии, психотерапии, но и для всего здравоохранения.

На базе Клиники пограничных состояния СтГМУ были проведены комплексные клинико-психопатологические, патопсихологические, психофизиологические обследования пациентов пострадавших в результате захвата заложников в Буденновске (1995 г.), террористического акта в МинВодах (2000 г.), захвата террористами школы в Беслане (2004 г.), пострадавших в результате грузино-осетинского конфликта (август 2008 г.). На основании проведенного анализа психосоматических и соматопсихических взаимоотношений у пациентов с различной психосоматической патологией, выявленных взаимосвязей и взаимосочетаний синдромов ППР, учета зависимости преобладания различных индивидуально-типологических особенностей личности, нами были разработаны комплексные психофармакотерапевтические и психотерапевтические технологии реабилитации данного контингента больных.

Особенно важным является разработанный нами конституциональный подход к лечению психосоматической патологии. Сущность подхода заключается в том, что все пациенты разделяются на представителей с конкретным конституциональным психотипом (шизоидным, эпилептоидным, циклоидным, истероидным). И в процессе терапии учитывается не только психопатологический синдром, но и конституционально-биологический психотип личности, что позволяет более адекватно купировать психопатологический синдром и облегчает преодоление психофармакотерапевтической резистентности, имевшихся психопатологических расстройств.

Конституционально-ориентированный психофармакотерапевтический подход основан на изучении конгруэнтности между структурой личности и химической структурой психотропного препарата, оптимизирующего нейрометаболизм мозга как на этапе раннего, так и отдаленного постреактивного состояния. Конечный результат психофармакотерапевтических исследований заключается в использовании у больных с шизоидной структурой психотипа перорального приема нейролептиков типа сонапакса (20-40 мг в сутки), этаперазина (10- 20 мг в сутки), тимонейролептика эглонила (200-400 мг в сутки) или внутривенной капельной 1,5 часовой инфузии средней суточной дозы нейролептиков. У больных с эпилептоидным психотипом использовались средние суточные доз феназепама (2-4 мг в сутки), диазепама (10 – 20 мг в сутки), в сочетании с финлепсином (100 – 200 мг в сутки) или внутривенной 1,5 часовой инфузии средней суточной дозы транквилизаторов (реланиум в суточной дозе 10 мг); у циклоидов – антидепрессантов в средней суточной дозе (амитриптилин, мелипрамин, феварин) или с помощью внутривенных капельных инфузий антидепрессантов (амитриптилин в суточной дозе 20 мг); у истероидов – внутривенных капельных 1,5 часовых инфузий транквилизаторов (реланиум в суточной дозе 10 мг). На указанные конституционально-ориентированные психофармакотерапевтические технологии выдан патент РФ (2001 г.)

Разработанные нами психофармакотерапевтические технологии реабилитации больных с психосоматической патологией, учитывающие личностный преморбид пациентов позволяют оказывать адекватную помощь значительным контингентам больных, что снижает затраты на проведение лечения и сроки временной нетрудоспособности пациентов с психосоматической патологией, препятствует инвалидизации больных, длительно находящихся на лечении в различных терапевтических стационарах.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ (МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)

Бедина И.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Масштабность и частота катастроф, произошедших в последние десятилетия как в нашей стране, так и за ее пределами, диктовали необходимость глубокого изучения чрезвычайных ситуаций как этиологического фактора психогенных реакций, описания возможных патологических реакций психики на воздействие стрессора, выявления проблем, связанных с дальнейшим функционированием индивида, включая вопросы медико-социальной реабилитации и реинтеграции пострадавших в социум. С этой целью в ГНЦССП им. В.П. Сербского был создан Отдел неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях, руководителем которого стал д.м.н., профессор З.И. Кекелидзе. За время существования Отдела его сотрудники неоднократно выезжали в очаги различных чрезвычайных ситуаций (ЧС) для оказания специализированной помощи пострадавшим и их родственникам. В результате был собран обширный материал, касающийся влияния факторов природных и антропогенных катастроф на развитие психических расстройств у первичных и вторичных жертв.

Цель исследования. Изучение влияния катастрофического события на психическое состояние и социальное функционирование пострадавших.

Материалы исследования. Проанализированы структура и динамика психических расстройств у пострадавших при различных чрезвычайных ситуациях за период 2004-2014 гг., описаны механизмы социальной дезадаптации пострадавших.

Результаты исследования. Анализ полученных данных позволил выделить варианты течения острой реакции на стресс (ОРС), описать структуру и динамику возможных патологических реакций после разрешения ЧС. Исследования ОРС при различных ЧС показали, что вне зависимости от характера (вида) стрессового воздействия и степени вовлеченности индивида в ЧС (одинаково, как у первичных, так и вторичных жертв), в период ОРС наблюдаются 3 общих типа реагирования на катастрофу: 1 тип- «психомоторная заторможенность», 2 тип- «психомоторное возбуждение», 3 тип – «внешне или условно адекватное поведение». Вместе с тем, степень выраженности острой реакции на стресс зависит не столько от вида ЧС, сколько от многофакторности стрессора. Наглядным примером может служить ЧС, связанная с захватом заложников в школе г. Беслана (2004 г.). Так, для женщин, находившихся вместе со своими детьми в числе заложников, стрессовым событием явились угроза собственной жизни и угроза утраты ребенка, т.е. стресс был многофакторным, в то время как для женщин, которые не были в числе заложников, но чьи дети были в заложниках в той же школе, стрессовым событием стала угроза утраты ребенка (монофакторный стресс). Сравнительное изучение клинических данных обследуемых показало, что в течение последующего месяца после разрешения ЧС, в обеих группах отмечались тревожно-депрессивные, фобические, астенические и диссомнические расстройства. Оценка динамики психического состояния женщин показала, что у «заложников» симптоматика носила непрерывный, затяжной характер, тогда как у «незаложников» симптоматика не была стойкой. В последующем у женщин обеих групп происходило завершение формирования схожей структуры психогенных расстройств. Вместе с тем, посттравматическое стрессовое расстройство в 1,7 раза чаще диагностировалось в группе «заложники», а расстройство адаптации достоверно чаще встречалось в группе «незаложники». Сравнительный анализ результатов психологического исследования женщин обеих групп показал схожесть профилей индивидуально-типологического опросника (ИТО), что также связано с общими закономерностями личностного реагирования на психическую травму. Обобщенным типом реагирования под воздействием стрессогенного фактора для обеих обследуемых групп явилось снижение общей активности и побудительной силы, склонность к ограничению социальных контактов, повышение чувствительности к внешним воздействиям, повышение уровня тревоги и психического напряжения, эмоциональная неустойчивость. Однако, у «заложников» выявленные особенности были выражены достоверно в большей степени.

Собственные исследования показывают, что одним из значимых последствий чрезвычайных ситуаций является нарушение социального функционирования индивида, вовлеченного в ЧС. Зачастую сами пострадавшие и их родственники обозначают произошедшую катастрофу «точкой», которая делит их жизнь на «до» и «после». Опыт оказания медико-психологической помощи пострадавшим на различных этапах чрезвычайных ситуаций показывает, что нарушение функционирования индивида происходит на 3 уровнях: индивидуальном, микросоциальном и макросоциальном (человек−семья−общество). Психотравмирующее событие может вызывать разрушительный эффект на физиологическом, личностном уровне. В дальнейшем пострадавшие вживаются в роль «жертвы» или «инвалида». Виктимизация и психофизиологические изменения индивида оказывают существенное влияние на его микросоциальную среду, т.к. изменения, которые происходят в отдельном элементе семейной системы могут вторично обусловливать изменения в других частях системы, а также системе в целом. Это может выражаться в пересмотре функции данной семьи, ее целей и задач, роли каждого члена семьи в семейной системе. В случае, если семья пострадавшего не обладает достаточными внутренними ресурсами и не в состоянии самостоятельно справиться с возникшими изменениями, данная семейная система становится закрытой, что, с позиции В. Сатир, будет проявляться в изоляции от внешних воздействий, жесткой фиксации семейных ролей и жестко определенных способах реагирования на внутренние и внешние перемены. Выраженные изменения происходят в системе «мать-дитя», особенно тогда, когда мать и ее ребенок вместе находились в эпицентре ЧС (например, террористический акт в г. Беслане, 2004; крушение теплохода «Булгария», 2011 г.). В этих случаях женщины отмечают, что, после разрешения ЧС, они не могут испытывать прежних эмоций по отношению к детям, любят их «умом, а не сердцем», периодически проявляют по отношению к детям вербальную и физическую агрессию. При потере ребенка горе матери принимает еще более деструктивные формы: женщины создают в доме мемориал, посвященный погибшему, где совершают различные ритуалы; дают вновь родившемуся ребенку имя погибшего, навязывают ему сценарий жизни погибшего (например, принуждают иметь те же увлечения, посещать те же кружки и т.п.).

Следует отметить, что необходимость в создании закрытых систем выявляется у жертв ЧС и на макросоциальном уровне. Возникают организации и сообщества пострадавших. В течение первого месяца после разрешения ЧС, целью данных объединений чаще всего является защита интересов пострадавших (получение различной социальной помощи, льгот, денежных выплат). По мере осознания случившегося и получения информации об обстоятельствах, которые привели к трагедии, в сообществе пострадавших нарастает напряжение. Проявляя свой гнев, в составе инициативных групп пострадавшие устраивают митинги, требуя привлечь к ответственности и наказать лиц, виновных в случившемся (круг виновных со временем расширяется). В этот период некоторые члены сообщества пострадавших могут стать адептами различных сект, обращаться к оккультным наукам с целью понимания значения произошедших с ними событий или воскрешения погибшего родственника. В то же время в самом сообществе пострадавших постепенно ослабевает чувство общности, начинается процесс стигматизации внутри группы, который усиливая изоляцию

пострадавшего, становится одним из основных причин его социальной дезадаптации.

Заключение. У пострадавших при различных ЧС выявляются общие закономерности развития и динамики психических расстройств, а нарушение социальной адаптации пострадавших подчиняется общим механизмам. Значение влияния социальных факторов на течение психических расстройств у пострадавших и роль психических нарушений в изменении социального функционирования пострадавших требует дальнейшего изучения.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СОЦИАЛЬНО-СТРЕССОВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Боев И.В., Ахвердова О.А., Уткин В.А., Лекомцева О.В.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

Среди известных экзогенных факторов, влияющих на организм и структуру личности человека, одними из основных являются острые социально-стрессовые информационные факторы, связанные с угрозой для жизни (терроризм, заложничество, насилие, участие в локальных боевых действиях). Антропогенные и техногенные катастрофы, локальные войны и террористические акты, вынужденная миграция населения, социальная нестабильность ведут к росту заболеваемости и болезненности личностными и поведенческими расстройствами, пограничными психическими расстройствами (ППР), обусловленными острыми и хроническими социально-стрессовыми информационными деструктивными факторами. Грубо воздействуя на метаболизм мозга, нарушая мозговой гомеостаз, функционирование психофизиологических процессов, конечным итогом чего является континуальное развитие состояний патологической психической и психологической дезадаптации; донозологических непатологических психических и психологических изменений; нозологически очерченных психопатологических расстройств невротического уровня.

Известно, что острые и хронические социально-стрессовые информационные факторы провоцируют и ускоряют течение атерогенеза, наступающие сосудисто-склеротические изменения усугубляют негативные функциональные и органические изменения личности, нарушая стабильность психического и психологического здоровья. Во многих случаях субъект не осознает ухудшения регуляции деятельности мозга, снижение качества психического и психологического здоровья. При этом негативные психические, психологические состояния воспринимаются как отрицательные эмоции (спад настроения, тоскливость и злобность, тревожность, снижение оптимизма), сопровождаемые неприятными нейросоматическими и нейровегетативными ощущениями.

Цель исследования. Провести дифференциальную психофизиологическую диагностику между острым и хроническим социальным стрессированием.

Материал и методы исследования. Эмпирические и комплексные клинико-психопатологические, патопсихологические (клинические и личностные опросники), психофизиологические обследования были проведены у 2864 больных. Верифицированный диагноз личностных и психопатологических расстройств, обусловленных острым социально-информационным стрессированием выявлен у 194 человек (мужчин – 78, женщин – 116), хроническое социально-информационное стрессирование явилось причиной пограничных психических расстройств (ППР) у 232 человек (мужчин – 96, женщин – 136) в возрасте от 25 лет до 50 лет.

Все обследуемые были дифференцированы на 4 личностных психотипа с последующим определением расположения в диапазоне конституционально-континуального пространства личности. Психофизиологические методики, позволяющие объективно регистрировать функциональные и органические изменения на донозологическом уровне, до настоящего времени практически отсутствовали. С нашей точки зрения, альтернативой могут стать специальные психофизиологические методы исследования (СПФИ), связанные с оценкой функционального состояния акупунктурных точек кожи, вследствие их высочайшей чувствительности и относительно небольшого количества используемых параметров – 24 переменных в программно-диагностическом комплексе «Фобос» на основе «Пролога». Качественная оценка переменных возможна при обработке полученных результатов методами математической непараметрической статистики- кластерный и дискриминантный анализ (С.Ф.Ступак, И.В.Боев, 1979). Применение двух методов непараметрической математической статистики по сути дела перепроверяет полученные результаты и убеждает в правомерности желательных и нежелательных выводов.

Полученные результаты. Дифференциация экзогений позволяет утверждать не только об этиологии заболевания, но и прогнозировать этиопатогенетические механизмы, лежащие в основе того или иного заболевания, что обеспечивает своевременное и адекватное лечение. Кроме этого, объективизация этиологических факторов часто необходима для решения экспертных вопросов при проведении военно-психиатрической экспертизы, судебно-психиатрической экспертизы, комплексной психолого-психиатрической экспертизы.

Предполагается, что острый глобальный стрессор в виде чрезвычайных ситуаций (ЧС) или любой другой экзогенный фактор, вступающий во взаимодействие с конституционально-типологическими основами личности, достаточно специфично изменяет функциональную активность энергоинформационной системы субъекта, что может быть зарегистрировано с помощью специальных психофизиологических исследований (СПФИ) с последующей дифференциацией от других экзогенных факторов. Полученный энергоинформационный или психофизиологический профиль личности в конкретный период ее существования может быть представлен в виде психофизиолого-математической модели.

Энергоинформационная изменчивость у лиц, переживших острые воздействия чрезвычайных ситуаций (ЧС), была зарегистрирована с помощью СПФИ у пострадавших жертв терроризма, военнослужащих после участия в боевых действиях

Полученные результаты психофизиологических исследований подтвердили высокую степень деструктивных воздействий ЧС на энергоинформационную систему личности.

Линейная дискриминантная психофизиологическая многомерная функция, позволяющая выделить обследуемых, подвергшихся неблагоприятному воздействию острых стрессоров, связанных с угрозой для жизни, выглядит следующим образом:

$$Y=-0{,}005X1 + 0{,}005X2 - 0{,}018X3 - 0{,}043X4 - 0{,}016X5 + 0{,}059X6 + 0{,}259X7 + 0{,}321X8 - 0{,}277X9 + 0{,}039X10 - 0{,}248X11 - 0{,}059X12 + 0{,}108X13 + 0{,}097X14 + 0{,}354X15 - 0{,}111X16 - 0{,}589X17 + 0{,}298X18 - 0{,}275X19 + 0{,}019X20 - 0{,}024X21 + 0{,}264X22 + 0{,}221X23 + 0{,}425X24 + R1,$$

где X – конкретное значение психофизиологических параметров, а значение R1 представляет собой дискриминантный индекс. Если суммарное значение У будет больше нуля, то получаемые результаты следует отнести к обследуемым, психофизиологические изменения которых обусловлены острым психогенным стрессом, если же значение У будет меньше нуля, то психофизиологические значения обусловлены иными факторами. Вероятность ошибочной диагностики в случае выявлении лиц, переживших деструктивное воздействие острых психоген-

ных стрессоров, связанных с угрозой для жизни (терроризм, заложничество, локальные боевые действия) не превысит 5,71%, что указывает на высокую достоверность применяемых психофизиологических методов диагностики. Построенная линейная дискриминантная функции может служить в качестве дифференциально-диагностической психофизиологической шкалы, адресованной к поиску психофизиологических изменений, детерминированных указанными экстремальными факторами.

На основании серии исследований подтверждена возможность изменения энергоинформационной системы человека под влиянием хронических социально-стрессовых информационных факторов.

Линейная дискриминантная многомерная функция, позволяющая обнаружить обследуемых, на которых происходит неблагоприятное воздействие хронических социальных стрессоров, выглядит следующим образом:

Y=0,018X1 + 0,095X2 – 0,029X3 – 0,028X4 + 0,001X5 – 0,045X6 + 0,289X7 + 0,223X8 – 0,235X9 + 0,043X10 – 0,237X11 – 0,053X12 + 0,045X13 + 0,242X14 + 0,191X15 – 0,009X16 – 0,498X17 + 0,194X18 – 0,27X19 + 0,091X20 + 0,006X21 + 0,235X22 + 0,175X23 + 0,436X24+R2,

где X – конкретное значение психофизиологических параметров, а значение R2 представляет собой дискриминантный индекс. Если суммарное значение У будет больше нуля, то получаемые результаты следует отнести к обследуемым, психофизиологические изменения которых обусловлены хроническими социальными стрессорами, если же значение У будет меньше нуля, то психофизиологические значения испытуемых будут обусловлены иными факторами. Вероятность ошибочной диагностики в случае выявлении лиц, переживших деструктивное воздействие хронических социальных стрессоров, не превышает 12,86%, что указывает на высокую достоверность результатов.

Таким образом, применение предлагаемых СПФИ позволяет на ранних этапах континуального развития от состояний дезадаптации до разной степени выраженности ППР.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПРИЗНАКАМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Боев О.И., Мексичева Л.Н., Соловьев А.Г., Лекомцева О.В.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

Участие в боевых действиях подразумевает не только влияние острого и перманентного боевого стресса на комбатанта, но такого фактора как легкая черепно-мозговая травма, которая практически не регистрируется на начальном этапе выхода из театра боевых действий. Отдаленные последствия легкой ЗЧМТ при разнообразии клинических форм отличаются единством этиологии, патогенетических и саногенетических механизмов развития и исходов. Проанализированы психофизиологические характеристики у больных с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), осложненным легкой закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ).

Цель исследования. Используя психофизиологические диагностические методики зарегистрировать и произвести сравнительную оценку динамики функционального состояния биологически активных зон (БАЗ) кожи у участников боевых действий, перенесших легкие ЗЧМТ, в процессе прохождения ими патогенетической интенсивной комплексной психофармакотерапии (ПИКТ).

Материал и методы исследования. Проведено клинико-психопатологическое, патопсихологическое обследование 184 комбатантов с верифицированным диагнозом ПТСР, осложненное легкой ЗЧМТ. Методы психофизиологической экспресс-диагностики включали аппаратно-программный комплекс (АПК) с графической донозологической топической экспресс-оценкой по биологически-активным зонам функционального состояния человека «АМСАТ».

Нейровизуализационные методы позволили доказать на патоморфологическом уровне признаки легкой ЗЧМТ. Результаты были обработаны с помощью дискриминантного анализа (С.Ф.Ступак, И.В.Боев, 1979). При сравнительном анализе психофизиологической изменчивости в процессе терапии использовался непараметрический критерий $\chi 2$, исходя из нулевой гипотезы, что никакого различия между сравниваемыми группами нет (К.Браунли,1978).

Полученные результаты. Сравнительный многомерный математический непараметрический статистический анализ значений измерительного уровня (ИУ) биологически активных зон кожи (БАЗ) у лиц, перенесших ЗЧМТ, до начала лечения и по окончании курса ПИКТ продемонстрировал следующие различия психофизиологических параметров по результатам средних значений и стандартного отклонения.

INT – Характеризует текущую физиологическую активность органа, системы, функции.

PIK – Электрофизиологическое проявление функционального резерва, «запаса прочности» органа, системы, функции.

FO – «Фактор отклонения». Интегративная оценка психофизиологических характеристик каждого отведения, рассчитываемая компьютерной программой «АМСАТ-КОВЕРТ», методика которой является «ноу-хау» фирмы-производителя.

Получен квадрат Махаланобиса равный 5,3 условным единицам, что демонстрирует высокую достоверность при сравнении результатов. При этом процент вероятных ошибок дифференциации в группе пациентов до лечения не превышает 13%, а в группе комбатантов после прохождения курса ПИКТ – 18%.

Линейная дискриминантная функция представлена в виде дифференциально-диагностической шкалы:

Y=0,4425X1 – 0,6544X2 + 0,8143X3 + 0,7843X4 + 0,6371X5 + 2,4345X6 + 0,446X7 – 1,2633X8 + 0,7536X9 – 0,5265X10 – 0,497X11 + 0,6919X12 + 3,3136X13 – 3,1846X14 + 0,6189X15 – 0,4799X16 – 0,8032X17 – 0,9053X18 + 2,5679X19 – 1,8468X20 – 3,6588X21 + 0,4428X22,

где X – конкретное значение значений ИУ БАЗ кожи. После подстановки X в уравнение, если совокупное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то полученные результаты следует отнести к группе пациентов, перенесших ЗЧМТ, до прохождения курса ПИКТ, а если же меньше, – то к группе пациентов, перенесших ЗЧМТ и прошедших курс патогенетической интенсивной комплексной терапии.

Из 22 психофизиологических параметров в виде значений измерительного уровня вызванной электропроводности БАЗ кожи, которые принимали участие в непараметрическом статистическом анализе, выделено взаимосочетание маркеров дискриминации сравниваемых групп.

Так, для лиц, перенесших ЗЧМТ и не получавших адекватной психофармакотерапии, характерны признаки дегенеративно-дистрофических процессов в центральной нервной системе (головном мозге), сопровождающиеся (по-видимому, компенсаторными) нарушениями сосудистого тонуса с преобладанием в ведущем полушарии; общее снижение тонуса сердечно-сосудистой системы, повышение функциональной активности гепато-билиарной и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем. Психофизиолого-психологические параллели позволяют предположить о наличии у таких пациентов признаков снижения социальной активности, уплощения эмоций, тенденции к слабо-

душию и/или психопатоподобным реакциям, а также о формировании органически-обусловленных личностных изменений, свойственных эпилептоидному психотипу.

Результаты. многомерного непараметрического психофизиолого-математического анализа значений, характеризующих реактивный компонент электрокожного сопротивления БАЗ и отражающих состояние функционального резерва (ФР) органов и функциональных систем организма, у лиц, перенесших ЗЧМТ, до и после прохождения курса ПИКТ, также обнаружили высокодостоверные различия изучаемых параметров по результатм средних значений и стандартного отклонения.

Высокая достоверность наблюдаемых различий подтверждается значением квадрата Махаланобиса, равным 4,8 условных единиц. Ошибки дифференциальной диагностики не превышают 13% в группе пациентов, перенесших ЗЧМТ, до лечения; в группе пациентов, прошелших курс ПИКТ ошибки дифференциальной диагностики отсутствуют.

Обращает на себя внимание дискриминантная функция, представленная в виде линейного уравнения:

Y=-0,3946X1+0,0791X2–0,0563X3–1,0499X4+1,0567X5 + 1,3955X6 + 0,8675X7 + 0,0738X8 + 0,2554X9 – 0,3662X10 – 0,0208X11 + 0,16X12-0,0821X13 – 0,4867X14 – 0,6869X15 + 0,5722X16 + 1,2329X17 + 0,3175X18 + 0,787X19 – 1,1295X20 + 0,1388X21 – 2,1741X22,

где X1-22 – конкретное значение ФР БАЗ кожи. Если после подстановки X в уравнение дискриминантной функции совокупное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то полученные результаты следует отнести к группе пациентов, перенесших ЗЧМТ и не получавших психофармакотерапию. Если же вычисленное значение Y окажется меньше дискриминантного индекса, то психофизиологические параметры такого обследуемого будут свидетельствовать о том, что он прошел курс ПИКТ.

Из 22 психофизиологических параметров было выделено взаимосочетание маркеров, участвующих в дискриминации сравниваемых групп. Выявленное взаимосочетание маркеров дискриминации характеризует значительное истощение физиологического резерва нейроэндокринной и гепато-билиарной систем, характерное для лиц, перенесших ЗЧМТ. По окончании однократного курса ПИКТ регистрируется и объективизируется тенденция к восполнению адаптационных и компенсаторных механизмов личности, в первую очередь – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Таким образом, психофизиологические методы на ранних этапах после выхода из театра боевых действий объективно регистрируют проявления ПТСР, осложненных легкой ЗЧМТ. По окончании единичного курса ПИКТ у пациентов, перенесших ЗЧМТ, наблюдается, в первую очередь, нивелирование признаков экзогенно-обусловленной личностной изменчивости в виде эпилептоидных черт личности, повышение эмоциональности с позитивным качественным изменением содержания эмоций, тенденция к стабилизации силы эмоционального ответа, а также некоторое повышение социальной активности со смещением приоритетов в сторону общественного сознания и самосознания.

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПЕРЕНЕСШИХ БОЕВУЮ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ (БПТ)

Боев О.И., Якушева Л.А.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

Острый и перманентный боевой стресс представляет собой особо значимый внешний фактор, деструктивно воздействующий на психотипологическую структуру личности военнослужащих. БПТ часто сочетается с огнестрельными и осколочными ранениями мягких тканей, что представляет собой еще более грубое воздействие на личность. Проблема изучения психогенных расстройств, обусловленных БПТ, является крайне актуальной.

Цель исследования: изучение формирования аномальных личностных и поведенческих расстройств, пограничных психических расстройств (ППР) невротического уровня на раннем постреактивном этапе.

Материалы и методы исследования. В эмпирическом исследовании приняли участие 560 военнослужащих в возрасте от 19 до 25 лет, участвовавшие в военных действиях, получившие огнестрельные и осколочные ранения, без черепно-мозговых травм, находившиеся на лечении в военном гарнизонном и в Окружном госпиталях. Первая группа (основная) включала 224 военнослужащих–комбатантов, переживших сочетанный острый и перманентный боевой стресс с огнестрельными ранениями мягких тканей и признаками аномального личностного и поведенческого реагирования, с проявлениями ППР реактивно-психогенного происхождения, соответствующих диагностическим критериям по МКБ-10.

Вторая группа (сравнительная) состояла из 216 военнослужащих, переживших сочетанный острый и перманентный боевой стресс с признаками ППР реактивно-психогенного генеза и/или аномальным личностным и поведенческим реагированием.

В третью группу (контрольную) вошли 120 военнослужащих срочной службы, не участвовавшие в боевых действиях, относящиеся к конституционально-психотипологическому диапазону психологической нормы-акцентуации. Из состава обследованных групп были исключены военнослужащие с признаками экзогенно-органического поражения головного мозга и эндогенных психических расстройств. Сравнительный анализ степени выраженности аномальных личностных расстройств и ППР проводился с использованием критерия Х-квадрат, исходя из нулевой гипотезы, что никакого различия между сравниваемыми группами нет (К. Браунли, 1978).

В качестве методов исследования использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический с личностными и клиническими опросниками. Все обследуемые были дифференцированы на 4 личностных психотипа.

Результаты исследования. Результаты комплексного анализа показали, что у лиц циклоидного психотипа, относящихся к диапазону психологической нормы-акцентуации, наблюдались транзиторные аномальные личностные и невротические реакции на раннем этапе выхода из зоны боевых действий. При расположении испытуемых циклоидного психотипа в диапазоне пограничной аномальной личности (ПАЛ) отмечались достоверно стойкие аномальные личностные и поведенческие стереотипы и в меньшей степени – проявления ППР. Так, у 41% испытуемых выявлялись реакции психопатизации, сочетающиеся в 65% случаев с делинквентностью и в 36% – с аддиктивным поведением (употребление алкоголя), что указывает на формирование преобладающих личностных нарушений. Из невротических расстройств устойчиво доминировали дистимические и тревожные, свидетельствуя, что у части испытуемых наблюдается формирование ППР.

Военнослужащие с истероидным психотипом, располагающиеся в диапазоне психологической нормы-акцентуации, характеризовались выраженными транзиторными проявлениями личностной декомпенсации, которая достоверно часто сочеталась с выраженным невротическим реагированием на БПТ. Представители диапазона ПАЛ достоверно отличались от предыдущей подгруппы выраженностью конституциональной тревожности в 37% случаев, психопатизации – в 72%, стойкими проявлениями делинквентности – в 56%, алкоголизации – в

51% случаев. Кроме аномальных личностных и поведенческих расстройств, у истероидов ПАЛ наблюдались синдромально очерченные ППР с тревожными, астеническими, дистимическими, выраженными вегетативными и невротическими расстройствами, что подтверждает высокую вероятность развития ППР после БПТ.

Среди комбатантов диапазона психологической нормы-акцентуации, относящихся к эпилептоидному психотипу, наблюдались транзиторные аффективные и личностные реакции. Если испытуемые относились к диапазону ПАЛ, то у 34% отмечались проявления психопатизации, у 64% – конституциональной тревожности, у 40% – аддиктивного поведения, у 44% – делинквентного поведения, что подтверждает слабость конституциональных механизмов компенсации с формированием аномальных личностных и поведенческих нарушений. Кроме этого, у 42% испытуемых нарастали стойкие обсессивные, фобические и вегетативные нарушения, подтверждая формирование ППР на синдромальном уровне.

Комбатанты с шизоидным психотипом диапазона психологической нормы-акцентуации отличались заметной психологической толерантностью к боевой психической травме (БПТ), их барьер индивидуальной психологической и психической адаптации характеризовался пластичностью, что препятствовало формированию личностных декомпенсаций и синдромальных психопатологических расстройств невротического уровня. В то же время испытуемые диапазона ПАЛ отличались значительной выраженностью конституциональной тревожности (в 81% случаев), проявлениями психопатизации (75%), стойкими признаками делинквентности (56%) и аддиктивного поведения в 31% случаев, что указывает на формирование стойких аномальных личностных и поведенческих расстройств. При этом у 38% испытуемых наблюдались обсессивные и фобические нарушения, дистимические и астенические расстройства отмечались у 25%, у 31% – невротические расстройства, подтверждая значительную выраженность ППР невротического уровня у комбатантов шизоидов диапазона ПАЛ.

Полученные результаты доказывают, что военнослужащие, располагающиеся в конституционально-континуальном личностном пространстве диапазона психологической нормы-акцентуации, отличаются устойчивостью конституционально-психотипологических механизмов компенсации и адаптации, в противоположность тем, которые относятся к диапазону ПАЛ независимо от структуры личностного психотипа. У представителей ПАЛ с разной степенью выраженности наблюдались аномальные личностные и поведенческие расстройства, формировались устойчивые проявления ППР невротического уровня.

ПРИНЦИПЫ ПОДБОРА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОФАРМАКОКОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНЫХ И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ

Боев О.И., Якушева Л.А., Лекомцева О.Л.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

Оценка личностных характеристик и индивидуально-типологических реакций в ответ на прием психотропных препаратов военнослужащих, участников боевых действий в отдаленном периоде после боевой психической травмы (БПТ) практически никогда и никем не рассматривалась с позиций конституциональной психологии и конституциональной медицины. Всегда возникает закономерный вопрос: почему у одних ветеранов боевых действий, которые участвовали в военных действиях по всему миру, развиваются различные проявления посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), а у других – признаков ПТСР не развивается, почему у одних удается достичь устойчивого терапевтического и/или реабилитационного результата, а у других наблюдается гораздо меньший терапевтический успех.

Мы полностью разделяем взгляды В. А. Гиляровского на клиническую картину реактивных психогений, в структуре которых в настоящее время относят ПТСР. При этом, нахождение в театре боевых действий не ограничивается только психогенией, или только травматизацией мозга, чаще всего это сочетанные факторы, взаимодействующие с конституциональными основами личности.

Цель исследования. Объективизации различий индивидуальной конституционально-психотипологической чувствительности военнослужащих к психотропным препаратам различных групп с целью формирования конституционально-ориентированной психофармакокоррекции и психофармакотерапии.

Материалы и методы исследования. В эмпирическом исследовании приняли участие 560 военнослужащих в возрасте от 19 до 25 лет, участвовавшие в военных действиях, получившие огнестрельные и осколочные ранения, без черепно-мозговых травм, находившиеся на лечении в военном гарнизонном и в Окружном госпиталях. Первая группа (основная) включала 224 военнослужащих–комбатантов, переживших сочетанный острый и перманентный боевой стресс с огнестрельными ранениями мягких тканей и признаками аномального личностного и поведенческого реагирования, с проявлениями ППР реактивно-психогенного происхождения, соответствующих диагностическим критериям по МКБ-10. Вторая группа (сравнительная) состояла из 216 военнослужащих, переживших сочетанный острый и перманентный боевой стресс с признаками ППР реактивно-психогенного генеза и/или аномальным личностным и поведенческим реагированием. В третью группу (контрольную) вошли 120 военнослужащих срочной службы, не участвовавшие в боевых действиях, относящиеся к конституционально-психотипологическому диапазону психологической нормы-акцентуации. Из состава обследованных групп были исключены военнослужащие с признаками экзогенно-органического поражения головного мозга и эндогенных психических расстройств. Сравнительный анализ степени выраженности индивидуально-типологических реакций на однократный прием психофармакологических препаратов проводился с использованием критерия Х-квадрат, исходя из нулевой гипотезы, что никакого различия между сравниваемыми группами нет (К. Браунли, 1978).

В качестве методов исследования использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический с личностными и клиническими опросниками и психофизиологический. Все обследуемые были дифференцированы на 4 личностных психотипа и на их принадлежность к одному из конституционально-континуальных диапазонов личностного пространства.

Применяемая психофармакотерапия у комбатантов на ранних этапах выхода из театра боевых действий характеризуется преимущественно патогенетической нозоцентрической или синдромоцентрической направленностью. Однако клиническая практика и медицинская статистика показывают, что у большинства комбатантов на отдаленных этапах развиваются ПТСР или социально-стрессовые расстройства.

Эмпирическая гипотеза исследования состояла в анализе соответствия конгруэнтности между химической структурой психотропных препаратов, относящихся к различным классам психофармакологических средств, и структурой личностного психотипа, располагающегося в различных диапазонах конституционально-континуального пространства.

Полученные результаты. В первой серии психофизиолого-психофармакологических исследований была изучена индивидуально-типологическая реакция военнослужащих контрольной группы после получения информированного согласия, принадлежащих к различным психотипам, на однократный прием психофармакологических препаратов и плацебо. В данной серии исследований использовалась методика измерения вызванной электропроводности аномальных точек кожи психофизиологической диагностической системой «Фобос» (24 переменные), которая позволила построить психофизиологический профиль личности.

Экспериментальное психофармакологическое исследование проводилось с помощью «двойного слепого» метода, когда испытуемые (не более 20 человек в каждой подгруппе), всех психотипов однократно, через день принимали внутрь малые дозы таблетированных препаратов из следующих групп: нейролептики – этаперазин 4 мг, транквилизаторы – диазепам (реланиум) 5 мг, антидепрессанты – золофт 50 мг и глюконат кальция. До приема и через 1 час после каждого приема препарата, а также на 14 день испытуемые подвергались клинико-патопсихологическому и психофизиологическому обследованию в процессе психофармакотерапии.

Результаты. контрольной группы оказались высокодостоверными, что привело к построению психофизиолого-математической модели дискриминации психофизиологического профиля личности, свойственного представителям различных психотипов до и после психофармакологической нагрузки. На примере циклоидов обратимся к дискриминантной функции, позволяющей объективизировать изменение психофизиологического профиля личности под влиянием антидепрессанта:

Y=-0.1X1 + 0.1X2 – 0.06X3 + 0.28X4 + 0.07X5 – 0.15X6 – 0.16X7 + 0.07X8 + 0.13X9 – 0.05X10 + 0.3X11 – 0.33X12 – 0.08X13 – 0.01X14 – 0.08X15 + 0.25X16 – 0.32X17 + 0.27X18 + 0.12X19 – 0.17X20 +0.09X21 + 0.42X22 – 0.27X23 – 0.68X24, где X1 – X24 – измеряемые психофизи-ологические параметры конкретного обследуемого, которые следует подставить в дискриминантную функцию.

Если полученный результат Y будет больше дискриминантного индекса R, то результаты обследуемого с высокой достоверностью характеризуют психофизиологический профиль испытуемого циклоида до приема антидепрессанта. Если вычисленное значение Y окажется меньше R, то – наоборот, полученные результаты будут характеризовать психофизиологический профиль испытуемого циклоида, измененного под влиянием однократного приема золофта.

Таким образом, приведенная дискриминантная функция позволяет объективизировать наибольшую психофармакологическую оптимальность золофта, направленную на гармонизацию психофизиологического личностного профиля в сравнении с другими препаратами.

Для всех военнослужащих, относящихся к различным психотипам, в условиях приема препаратов были определены дискриминантная функция, взаимосочетание маркеров, отражающих психофизиологическую изменчивость и значение квадрата Махаланобиса, подтверждающего различие сравниваемых групп при проекции 24 средних значений переменных в трехмерное пространство. Так, у испытуемых контрольной группы с эпилептоидным и истероидным психотипами потенциальный психофармакокоррекционный эффект был определен при приеме транквилизатора реланиума, а при шизоидном психотипе наибольший психофармакологический эффект отмечался при приеме нейролептика этаперазина.

У комбатантов, относящихся к конституциональному диапазону пограничной аномальной личности (ПАЛ), при комплексном обследовании, также обнаруживалась синхронная и достоверная положительная реакция на прием транквилизатора в виде гармонизации психофизиологического профиля личности. Однако, положительная реакция отличалась меньшей стабильностью и временные параметры были весьма короткие, что указывало на более глубокую психотипологическую деструкцию представителей ПАЛ, по сравнению с испытуемыми, располагающимися в диапазоне психологической нормы-акцентуации, что указывает на конгруэнтность к химической структуре препаратов других классов – нейролептиков и антидепрессантов.

АФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ПСИХОТРАВМЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Бойко Ю.П., Аппенянский А.И.

Москва
РМАПО

Террор (лат. terror – страх; ужас)
Из словаря

...Я не в состоянии был поверить; пока не увидел сам; что существуют такие чудовища в образе людей; которые готовы убивать ради удовольствия; доставляемого им убийством; которые рады рубить и кромсать на части тела других людей и изощряться в придумывании пыток и смертей; при этом они не получают от этого никаких выгод и не питают вражды к своим жертвам; а поступают так только ради того; чтобы насладиться приятным для них зрелищем умирающего в муках человека; чтобы слышать его жалобные стоны и вопли. Вот поистине вершина; которую может достигнуть жестокость..

Мишель Монтень (1533-1592)

В условиях террора неиндивидуированный (термин К.Г.Юнга) человек отдается «на волю волн» («мнимая смерть») или впадает в «двигательную бурю». Реальность не укладывается в рамки его опыта или знаний. Прежние оценки происходящего, предвидения, принятия решений и деятельности теперь бесполезны. Все есть внезапная, непреодолимая, непосредственная угроза жизни, здоровью и личност-ной целостности, нельзя продолжать жизнь в качестве ее автора. Отсюда так называемый «стокгольмский синдром», суть сложная вариация фрустрации-отчаяния. У неиндивидуированного его «внутреннее дитя» попадает в эфемерные сети надежды что «взрослый (террорист) его не отшлепает».

Может, однако, быть и так, что реальность видятся незначимой, без учета последствий события (беспечность), как это было с наблюдателями «прекрасного свечения» взорвавшейся ЧАЭС, надвигаю-щейся океанической волны в Тайланде. Лишь позже «наблюдателей» станут называть жертвами и по-страдавшими. Налицо амбивалентность чувств, усиление свойственной вообще человеку бипо-лярности поступков и мышления (Э.Шостром, 1921-1992). Здесь, возможно, и есть корни биполярности как nosos`a.

При ЧМ-психотравме прежде всего надо обеспечить безопасность пострадавших, при этом – вот главная последовательность действий помогающих специалистов и служб: 1. Вывод из очага ЧС (обес-печение безопасности и чувства защищенности) – 2. Соматическое лечение (по витальным показаниям) и реабилитация – 3. Восстановление психического здоровья и психологическая реабилитация – 4. Ресоциализация.

Потом психотерапевту надо найти «волшебный переключатель» этой «якобы реальности» в действительную реальность, тогда и удастся вернуть пострадавшего из мира «застрявшей фантазии ужаса» (из флэшбека) в нормальную деятельностную (трудовую) жизнь. Сделать пострадавшего правильным, хозяйствующим автором своего поведения.

Иначе беда. Вспоминается «старый» случай из одной психиатрической больницы. Туда поступила женщина в связи с аффективным кризом на бытовой почве (отношения с мужем). Ей была на коммерческой основе предоставлена отдельная (нет

соседей – нет взаимопомощи и дополнительной информации персонала) палата, со сплошной дверью (отсутствие наблюдения медперсонала), с телеви-зором, ей оставлен мобильный телефон (возможность восстановления разговоров с мужем). Ей позво-нил муж, аффект разгорелся заново, и больная повесилась на шнуре от телевизора.

Прежде чем лечить, надо надежно вывести из ситуации психотравмы. При ЧС это делают специалисты – спасатели.

Далее несколько «маяков», первый – выбор тактики психотерапии приходится каждый раз как в первый. Иногда она (тактика) видна сразу, иногда, чаще (!) очень подходит метафора – «верчусь как уж на сковородке».

Второй принцип сейчас, когда все являются «специалистами во всем», заниматься своим делом, расти в профессии, набираться опыта своего и у коллег (в общем, см. Клятву Гиппократа).

Психолог пришла за советом об оказании помощи своему знакомому-предпринимателю, кото-рый отдал все свои заемные средства в «сгоревший бизнес», растерялся, мечется в приступах тревоги и страха, не может составить адекватный план своих действий – как ему быть? Совет был таков – знакомому обратиться к врачу-специалисту, который бы помог страдающему субъекту придти в се-бя, наладить сон, справиться с приступами тревожности, восстановить интеллектуальную деятель-ность. Впоследствии вместе с психологом или самостоятельно составить адекватный план своей жизнедеятельности. Не дело медика бизнес-консультации. Так же мы считаем, что человеку, доставленному из очага ЧС с открытой ЧМТ, лучшим психотерапевтом будет нейрохирург. А работоспособ-ность индивидуальности человека может быть доверена психотерапевту.

Третий принцип – психотерапевту не поддаваться самому такому прельстительному в трудных условиях ЧС магическому мышлению-реагированию, как это было с надеждами женщин из Беслана на воскрешение их погибших детей. У оказывающего помощь должен постоянно работать строгий внут-ренний цензор, не выйти за рамки реальности («Врачу, исцелися самъ»).

Четвертый принцип – медико-социальный: нельзя оставлять пострадавших «без корней», делать его лицом «перемещенным», бомж`ом. Помощь лучше оказывать на месте (вывод из очага, медпомощь, в том числе госпитализация по показаниям, похороны погибших, обеспечение кровом, постелью, одеждой, питьем и питанием). Большинство хочет жить в знакомом окружении, а ремонт жилья пойдет быстрее, чем заниматься только «новостроем». Выжившим надо оказывать долгосрочную помощь, снижать плату за газ и электричество, а не (важно!) выдавать им компенсацию в виде единовременной выплаты. Их надо занять делом (Манукян, вице-мэр Гюмри, что вблизи Спитака; действия московских властей на улице Гурьянова и т.п.).

Пятый принцип – восстановить сенсо-когнитивную завершенность ситуации. Страдальцы зачастую винят себя в гибели близких (чаще без всяких оснований). Мудрость и мастерство психотерапевта в использовании всего арсенала Франкловой логотерапии (по Виктору Франклу), в превращении отчаявшегося в победителя (для секулярной психотерапии). Религиозному пациенту поможет размышление о промысле и попущении Божьих. Сюда входит также повышение самооценки пострадавшего, все это поможет ему перейти из «кучки жертв» в «отряд победителей». Самонаблюдение и его анализ с взрослых, реалистичных позиций, преобразование страданий в позитивный личностный опыт, который позволит в дальнейшем жить не наступая «на прежние грабли», справляться с ситуацией, проходить ее успешнее, чем сейчас.

Конечно, есть и другие принципы, например, алгоритмы психотерапии при ЧС и др.

Раньше, до начала 50-х годов психотерапией занимались психиатры, у нас же психотерапии по-сле всех «запретов» самой приходилось восстанавливаться. С начала же 50 годов началось «торжественное шествие» по психиатрическим палатам аминазина (хлорпромазина). Психиатр Фрэнк Айд в де-кабре 1952 года первым в США начал широко применять хлорпромазин в качестве успокаивающего. Получил первое разрешение от FDA на использование хлорпромазина при шизофрении. Наконец-то появилась «таблетка счастья», она заменила собой счастье человеческого общения, счастье, когда тебя понимают, той ласки, которая и «кошке приятна». Психозы были укрощены. Одновременно как-то по-лучилось, что человек стал более одинок. На смену общению пришло одиночество, новые аффективные расстройства – расстройства адаптации, ПТСР и др. Стало очень трудно достижимым то созревание личности, которое К.-Г.Юнг назвал индивидуацией… Отсюда шестой принцип – аккуратнее с нейролептиками.

Аффективные расстройства при ЧС быстро манифестируют и при отсутствии адекватной психотерапии надолго задерживаются в виде ПТСР. Это хорошая лаборатория для изучения фобий, навязчивостей, депрессий, их самих и способов их лечения.

ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТКРЫТЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Гончаренко А.Ю.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Различные информационные технологии является неотъемлемой частью жизнедеятельности современного человека. Совершенствование психопрофилактических мероприятий с помощью организации специального интернет-ресурса позволит повысить качество раннего выявления лиц с психическими расстройствами, предрасположенных к девиантному, аддиктивному и суицидальному поведению, в т.ч. в условиях боевых действий. Так, например, опыт ведения боевых действий странами НАТО показывает высокую востребованность информационных технологий индивидуальной дистанционной экспресс-оценки и коррекции психического состояния военнослужащих в условиях боевого стресса («боевого перенапряжения»). По мнению ряда экспертов это обусловлено тремя основными обстоятельствами: во-первых, многие лица, даже при тяжелых проявлениях боевых стрессовых расстройств, не склонны обращаться за психиатрической помощью; во-вторых, военнослужащие недостаточно осведомлены о проявлениях боевой психической патологии; в третьих, отсутствием необходимого числа специалистов в войсковом звене. Поэтому перспективность создания системы публичного и профессионального информирования и сервисов для всех категорий военнослужащих как в мирное, так и в военное время не вызывает сомнений. Данная система предусматривает как создание сервиса профессиональных (для врачей) или персональных (для военнослужащих) телеконсультации, так и организацию доступа к информации в открытом и закрытом (ведомственном) сегменте глобальной сети «Интернет». На таком веб-ресурсе излагается простым, доступным языком информация о признаках и симптомах наиболее распространенных среди военнослужащих психических расстройствах и проблемах зависимостей. Кроме подобной характеристики основных проявлений психической патологии, предусматривается также возможность анонимной самодиагностики с использованием соответствующих опросников и клинических шкал, с последующим формированием необходимых рекомендаций и указанием контактов т.н. кризисного центра (телефон, чат, элекронная почта).

Таким образом, стремительное развитие информационно-цифровых и сетевых технологий в современном мире во многом определяют перспективы и возможности совершенствования медицинского обеспечения ВС РФ, в т.ч. в сфере оценки и мониторинга психического здоровья военнослужащих.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: МНОГОМЕРНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ «АДАПТИВНОГО ПРОФИЛЯ»

Гончаренко А.Ю.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Опыт ведения боевых действий странами НАТО показывает высокую востребованность технологий индивидуальной экспресс-оценки и коррекции психического состояния военнослужащих в условиях как при выполнении различных миссий, так и в условиях боевого стресса (Skeffington P. M., et al. 2013; Nock M. K., et al, 2014). По мнению ряда экспертов это обусловлено тремя основными обстоятельствами: во-первых, многие лица, даже при тяжелых проявлениях боевых стрессовых расстройств, не склонны обращаться за психиатрической помощью; во-вторых, военнослужащие недостаточно осведомлены о проявлениях боевой психической патологии; в третьих, отсутствием необходимого числа специалистов в войсковом звене (Кувшинов К.Э. и др., 2015)

Большинство психических расстройств характеризуются (в соответствии с доминирующей в настоящее время биопсихосоциальной парадигмой) мультифакторным генезом, а также отсутствием специфических объективных признаков начальных форм психических заболеваний, что значительно затрудняет их раннюю диагностику и профилактику, а при отсутствии необходимого кадрового обеспечения – делает практически невозможной. В связи с этим, разработка эффективной информационной поддержки мониторинга психического здоровья, базирующегося на принципах многоосевой диагностики, дает необходимые инструменты для объективизации оценки и прогноза психического здоровья военнослужащих. Так, именно в отечественной военной психиатрии накоплен уникальный опыт мониторирования психического здоровья военнослужащих (от войскового до госпитального звена), основанный на многомерной его оценке с использованием современных скрининговых технологий (Гончаренко А.Ю., 2007). В настоящее время происходит активная работа по автоматизации подобных технологий и интеграции их в общую информационную систему. В частности, разработана психопрофилактическая технология «Мониторинг психического здоровья военнослужащих» предназначенная для раннего выявления лиц с психическими расстройствами и/или с нарушением адаптации к военной службе, а также их дальнейшего медико-психологического сопровождения. В ходе такого мониторинга с определенной периодичностью используется, в частности, методика «Многомерного скрининга психического здоровья» предназначенная для массовых обследований военнослужащих.

Сущность подобного скрининга состоит в совмещении оценок медицинской, военно-профессиональной и психосоциальной адаптации военнослужащего. Данное совмещение осуществляется по результатам медицинского (проводимого представителем медицинской службы) и социально-психологического (проводимого специалистом психологической работы) обследований, а также оценки военно-профессиональных качеств военнослужащих (проводимой непосредственными командирами). Подобный многоосевой подход позволяет выявить, наряду с болезненными проявлениями, нарушения адаптации военнослужащих на различных этапах похождения военной службы и, таким образом, оценить эффективность психопрофилактической работы, а также, что особенно важно, определить степень персональной ответственности соответствующих должностных лиц (Фисун А.Я., и др., 2013).

Теоретическим базисом работы мониторинга психического здоровья, как уже отмечалось, является принцип многоосевой диагностики психических расстройств (с использованием методов многомерного скрининга) для объемной количественной дескрипции феноменов психики с позиции биопсихосоциальной парадигмы. Система такого мониторинга строится исходя из т.н. адаптационной концепции (способности к оптимальному поддержанию своего психического и психофизиологического состояния на фоне специфических военно-профессиональных нагрузок), позволяющей построить динамическую модель многоосевого «адаптационного профиля» психического здоровья конкретного военнослужащего.

Данный элемент системы мониторинга психического здоровья военнослужащих, позволяет выявлять ранние признаки психических расстройств, в том числе, лиц склонных к аддиктивному поведению. Так первичный скрининг (на начальном этапе военной службы) военно-профессиональной, социально-семейной, физиологической, поведенческой и субъективной адаптации позволяет сформировать «индивидуальный адаптационный профиль» военнослужащего, специфические изменения которого, в ходе регулярного контрольного скрининга, являются основанием для проведения индивидуальной военно-профессиональной и психолого-социальной коррекции. При необходимости проводится углубленное обследования с последующим наблюдением военнослужащих различными специалистами (психологом, врачом общего профиля, психиатром, наркологом).

Использование данного подхода с применением современных информационных технологий методики дистанционного обследования позволит осуществлять эффективный мониторинг психического здоровья военнослужащих не только в процессе учебно-боевой подготовки, но и в ходе боевых действий, что крайне важно с учетом существующего кадрового дефицита.

В этой связи воссоздание войскового психопрофилактического звена (кабинетов медико-психологической коррекции и групп медико-психологического сопровождения) в соответствии с приказом Министра обороны РФ 2014 г. №533 «О системе работы должностных лиц и органов военного управления по сохранению и укреплению психического здоровья военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации», представляется крайне актуальным. Деятельность этих структурных подразделений позволяет проводить непосредственно в войсковом звене (совместно с командирами, специалистами психологической работы и медицинской службы частей и соединений) весь комплекс психопрофилактических мероприятий с использованием вышеуказанного подхода на качественно новом уровне, в т.ч. раннего выявления лиц с психическими расстройствами, предрасположенных к девиантному, аддиктивному и суицидальному поведению в условиях выполнения задач учебно-боевой подготовки.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЛИЦ С БОЕВЫМ СТРЕССОМ В АНАМНЕЗЕ И СУБКЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Грачева Л.В., Сергеев В.А.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи социально-психологического функционирования

с субклиническими проявлениями нервно-психических расстройств у лиц, переживших в прошлом боевой стресс различной степени интенсивности и продолжительности.

Материал и методы. Клинически и с помощью «Шкалы для клинической диагностики ПТСР» – CAPS), а также экспериментально-психологического теста – «Методика многофакторного изучения личности» (ММИЛ) обследовано 120 сотрудников ОВД (мужчин), составивших три группы изучения (две основные и контрольная) по 40 человек в каждой, различавшихся по наличию травматического переживания (боевого стресса) и его интенсивности. В 1-ю группу вошли участвовавшие в первой и второй «чеченских кампаниях» в период с 1995 по 2001 годы, имевшие боевой опыт; во 2-ю – находившихся в командировках в тех же «горячих точках» в относительно «мирный период» с 2002 по 2005 гг., и охранявших там общественный порядок; 3-я группа (контрольная) – сотрудники ОВД, не имевшие опыта командировок в «горячие точки».

Все три группы, как по средневозрастному показателю, так и по уровню образования не имели каких-либо существенных различий между собой, что указывало на их достаточную однородность и сопоставимость. На момент обследования давность возвращения из командировок тех, кто вошел в первые две группы, составила 5 и более лет.

Результаты и обсуждение. При сопоставлении профессиональной занятости лиц, входивших в группы изучения и состава уволенных из ОВД по различным причинам, выявилось, что численность последних была гораздо выше в 1-й группе – 25%, по сравнению со 2-й – 2,5% и отсутствии таковых в контроле ($p<0,01$).

Сравнительное изучение семейного статуса респондентов обнаружило наименьшее число состоящих в браке в 1-й группе – 62,5%, что статистически значимо ($p<0,05$) отличало ее от 2-й и 3-й (80% и 82,5% – соответственно). В той же 1-й группе отмечалось самое высокое число лиц, не состоящих в браке – 37,5%, основную часть из которых составили разведенные – 35%, где большинство (25%) связывали свой развод с ухудшением взаимоотношений в связи с командировками в «горячие точки», и только 10% называли другие причины разрыва семейных отношений. Еще 2,5% лиц из 1-й группы составили холостые. По этим показателям данная группа статистически достоверно ($p<0,05$) отличалась от двух других: 2-й – 20% не состоящих в браке (разведенных – 15%, холостых – 5%) и группы контроля –17,5% вне брака (разведенных – 12,5%, холостых – 5%), и где назывались иные причины развода.

Клиническое изучение респондентов зафиксировало наличие у них разнообразных жалоб пограничного и психосоматического характера, наибольшая частота которых отмечалась в 1-й группе – у 87,5% обследуемых, что статистически значимо отличало ее от 2-й (42,5%) и 3-й (30%) групп ($p<0,001$). Чаще всего, входившие в 1-ю группу жаловались на навязчивые мысли о пережитом (92,5%), во 2-й они выявились у 15%, а в 3-й отсутствовали ($p<0,001$). Нарушения сна в 1-й группе имели место у 75%, во 2-й – у 30%, в 3-й – у 17,5% ($p<0,01$). Снижение настроения обнаружили: в 1-й группе – 47,5%, во 2-й – 12,5% ($p<0,05$), в 3-ей – 5% ($p<0,01$). Жалобы на тревогу и напряжение имели в группах 1 и 2 – 50% и 42,5% соответственно, в 3-й – 30% ($p<0,05$). Головные боли выявлены у 37,5% обследуемых 1-й группы, 25% – 2-й, и 1,5% – 3-й ($p<0,05$). Во всех трех группах с достаточно близкой частотой выявлялись раздражительность и вспыльчивость (32,5%, 25% и 20%), жалобы на боли или дискомфорт в области сердца (25%, 20% и 12,5%) и расстройства желудочно-кишечного тракта (17,5%, 12,5% и 20%).

Клиническое исследование с помощью формализованной шкалы CAPS на наличие симптомов ПТСР ни в одной из исследовательских групп не выявило лиц с симптоматикой, соответствующей диагностическим критериям МКБ-10 в объеме, достаточном для установления клинического диагноза хронического ПТСР, однако показатели 1-й группы отличались не только более высокими значениями по сравнению со 2-й ($p<0,05$) и 3-й ($p<0,001$), но и свидетельствовали о субклиническом течении хронического ПТСР у 15% респондентов, тогда как в двух других группах выраженность данных показателей ни у кого из обследуемых не выходила за пределы нормы ($p<0,05$).

Изучение эмоционально-личностных и поведенческих особенностей обследуемых с помощью теста ММИЛ обнаружило статистически значимое умеренное повышение показателей по большинству клинических шкал в 1-й группе относительно двух других ($p<0,001$), что отличало данный контингент лиц, (переживших более интенсивный боевой стресс), повышенной тревожностью, склонностью к агрессии, эмоциональной лабильностью, сомато-вегетативным дискомфортом, некоторой замкнутостью и интравертированностью, ригидностью мышления, затруднениями социальных контактов с нежеланием придерживаться общепринятых правил и норм поведения, а также социальной дезадаптацией.

Анализ взаимосвязей между психосоциальными изменениями (в профессиональном статусе, семейном положении) и такими факторами как количество командировок, продолжительность воздействия боевого стресса, его интенсивность, а также клиническими и тестовыми (экспериментально-психологическими) показателями проявлений хронического ПТСР у обследуемых, какого-либо значимого влияния числа командировок в «горячие точки» и длительности пребывания там, на изменения в профессиональном или семейном положении обследуемых ни по одной из рассматриваемых групп не обнаружилось. Данный факт свидетельствует о том, что именно фактор интенсивности стресса являлся определяющим в снижении социально-психологической адаптации даже спустя годы после боевых событий. Подтверждается это и наличием статистически значимой взаимосвязи снижения профессионального статуса с выраженностью субклинических проявлений хронического ПТСР, выявляемых с помощью методики CAPS, по таким показателям как частота ($r=0,34$, $p<0,05$) и интенсивность ($r=0,34$, $p<0,05$) проявлений симптоматики, наличию признаков «вторжения» ($r=0,36$, $p<0,05$) и «физиологической гиперактивности» ($r=0,42$, $p<0,01$), а также общему суммарному баллу тяжести ПТСР ($r=0,35$, $p<0,05$) у лиц входивших в 1-ю группу и уволенных из ОВД.

Выводы. Поиск взаимосвязей между социально-психологическими и клинико-психологическими характеристиками у лиц с боевым стрессом различной интенсивности и продолжительности в анамнезе обнаружил, что наиболее негативное влияние на изменения в профессиональном и семейном статусе оказал фактор интенсивности боевого стресса. Именно у тех, кто пережил наиболее интенсивный боевой стресс, на отдаленном этапе отмечалось более заметное снижение уровня социально-психологической адаптации как в профессиональном, так и в межличностном плане. Сохранялись у них и субклинические проявления хронического ПТСР. Последнее, в свою очередь, сказалось на снижении их социально-профессионального статуса спустя годы после пережитого боевого стресса.

Вышеизложенное обусловливает необходимость динамического медико-психологического наблюдения за сотрудниками ОВД, участвовавших в боевых действиях, с целью выявления, коррекции и профилактики субклинических проявлений хронического ПТСР, нарушающего социальное функционирование индивидуумов, даже через несколько лет после воздействия боевого стресса.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИЙ УТРАТЫ У ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Джангильдин Ю.Т., Кроткова О.Г.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Высокая распространенность формирования психогений по типу реакций утраты среди всех возрастных групп населения и вопросы оказания лечебной помощи становятся особенно актуальными в период глобальных перемен и экономической нестабильности.

Целью данного исследования являлось изучение специфических клинико-динамических и клинико-психологических особенностей реагирования на утрату у женщин в различных возрастных группах.

Объектом исследования были 60 больных, находившихся на стационарном лечении в условиях Научно-практического психоневрологического центра им. З.П. Соловьева («Клиника Неврозов»). Все пациенты были женского пола в возрасте от 18 до 70-ти лет.

Условием включения в исследование являлась четкая связь развития заболевания с перенесенной реакцией утраты, в качестве которой рассматривалась смерть члена семьи или близкого родственника. Клинико-нозологическая квалификация реакций утраты соответствовала критериям расстройств адаптации, среди которых у 36 пациенток (60%) была выявлена пролонгированная депрессивная реакция – F43.21 и у 24 пациенток (40%) – смешанная тревожно-депрессивная реакция – F 43.22. Длительность заболевания на момент обращения за медицинской помощью варьировала от 1 недели до 24 месяцев.

В работе применялись следующие методы: клинико-психопатологический с соматическим и лабораторным обследованием, экспериментально-психологический и клинико-катамнестический. Экспериментально-психологическое исследование проводилось с применением следующих тестовых методик: госпитальная шкала депрессии Гамильтона, «Индекс жизненного стиля Плутчика-Келлермана» (Life style index) (Вассерман Л.И, 1998), «Опросник Леонгарда-Шмишека», методика Э. Хейма, направленная на изучение копинг-поведения.

Результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о существенных различиях в синдромогенезе и формировании клинико-психологических компонентов патологической картины больных с реакцией утраты в различных возрастных группах:

Для молодых пациенток характерно формирование смешанных тревожно-депрессивных реакций с преобладанием тревожно-фобической симптоматики и развития панических приступов. Массивные психореактивные переживания женщин из второй группы сопровождаются возникновением пролонгированных депрессивных реакций в виде выраженных психогенных депрессий, с преобладанием идей виновности, нередко с антивитальными и суицидальными тенденциями. Возрастная группа старше 50 лет отличается наибольшей тяжестью и полиморфностью симптоматики в рамках затяжных депрессивных состояний, со сложными депрессивными синдромами, тенденцией к соматизации аффекта, развитием выраженной сенесто-ипохондрической симптоматики.

Выделенные клинико-динамические особенности психогений коррелируют с определенной личностной типологией и доминирующими личностными радикалами в виде эмотивности, тревожности и дистимичности которые могут являться факторами конституциональной уязвимости к развитию реакций расстройств адаптации. Клинико-психологические особенности реагирования на утрату характеризуются использованием дезадаптивных вариантов копинг-поведения на всех трех уровнях психической деятельности: когнитивном, эмоциональном, поведенческом. Среди них преобладают «растерянность», «отступление», «самообвинение, «агрессивность», «активное избегание», «подавление эмоций», «религиозность» и другие. В то же время функционируют «незрелые» механизмы психологической защиты в виде отрицания, вытеснения, подавления, реактивных образований.

Данные, полученные в ходе исследования, позволяют разработать комплексные модели лечения пациентов с реакцией утраты на этапе госпитализации и наметить возможные точки приложения дифференцированного психотерапевтического воздействия в каждой возрастной группе. Основной мишенью для психотерапевтических методов лечения, может выступать интрапсихическая проблематика, которая поддерживается системой ригидных «незрелых» механизмов психологической защиты, а так же использованием дезадаптивных вариантов копинг-поведения.

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЗГА: ДИАГНОСТИКА, НЕОТЛОЖНАЯ И ПЛАНОВАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ

Зайцев О.С., Максакова О.А., Сиднева Ю.Г., Лукшина А.А., Сторожева М.С., Кормилицына А.Н., Головина Г.С.

Москва
Группа психиатрических исследований
НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко

Одним из ключевых клинических проявлений острого периода очаговых повреждений мозга являются расстройства сознания. Достижения нейрохирургии, нейрореаниматологии определили их учащение, удлинение и большее разнообразие, что делает необходимыми специальный психопатологический анализ проблемы и разработку психиатрических аспектов реабилитации пациентов с нарушенным сознанием.

Опыт психиатрической работы в нейрохирургическом стационаре позволил уточнить классификацию синдромов нарушенного сознания и предложить опции оказания неотложной и плановой помощи пациентам с этими расстройствами.

Установлена целесообразность выделения трех групп синдромов (Зайцев О.С., Доброхотова Т.А., 1998):

1. Угнетения сознания, определяющихся: а) снижением (вплоть до отсутствия) всех проявлений психической деятельности; б) ослаблением (вплоть до исчезновения) реакций на внешние раздражители; в) затруднением или невозможностью пробуждения (бодрствования).

По степени выраженности угнетенного сознания выделяют (Коновалов А.Н. и соавт., 1982): оглушение – умеренное и глубокое, сопор, кому – умеренную, глубокую и запредельную.

2. Дезинтеграции сознания, при которых на фоне возможности ответов на отдельные вопросы или дифференцированных манипуляций выявляются: а) дезориентировка в себе и окружающем, б) отсутствие целенаправленного адекватного поведения, общения, целостного восприятия и запоминания происходящего.

Возможны две подгруппы синдромов дезинтегрированного сознания:

а) помрачения, при которых продуктивные нарушения (галлюцинаторные, бредовые и др.) преобладают над дефицитарными. К ним относят онейроидное, делириозное, деперсонализационно-дереализационное, сумеречное и др. состояния;

б) спутанности, при которых симптомы выпадения преобладают над продуктивными. Последние чаще всего представлены различными видами возбуждения, конфабуляциями, ложными узнаваниями и др.

3. Посткоматозной реинтеграции сознания, характеризующиеся появлением после окончания комы отдельных признаков психической деятельности, затем все более дифференцированных проявлений психической жизни. К этой, приобретающей в последние десятилетия все большее значение, группе синдромов относятся: а) посткоматозные бессознательные состояния (вегетативный статус, акинетический мутизм); б) различные виды посткоматозной спутанности сознания (с мутизмом, распадом речи, амнестической дезориентировкой, в том числе на фоне аспонтанности, с речедвигательным возбуждением или с явлениями «сдвига в прошлое»).

Обнаружено, что затяжные, малообратимые формы нарушенного сознания обусловлены:

1) грубым повреждением одного из уровней мозговой организации психической деятельности (чаще всего стволово-подкоркового или подкорково-диэнцефального);

2) нарушением межполушарного взаимодействия;

3) развитием стойкого отека, грубого атрофического процесса или гидроцефалии.

На симптоматику дезинтегрированного сознания влияет функциональная асимметрия полушарий мозга. Например, спутанность со «сдвигом в прошлое» чаще отмечается при преобладании поражения правого полушария, а с речедвигательным возбуждением – левого.

Универсальных стандартов лечения пациентов с нарушенным сознанием вследствие очаговых поражений мозга в настоящее время не существует. Однако, представляется необходимым не только симптоматическое лечение и уход за больными, но и разработка и внедрение опций фармакологической терапии, нейростимуляции, психотерапевтических подходов для ускорения прояснения сознания.

Выбор фармакологического средства, метода и модальности воздействия должен быть индивидуален.

Основными принципами выбора фармакологических препаратов при лечении пациентов с нарушенным сознанием являются [Зайцев О.С., Царенко С.В., 2014]: а) учет уровня поражения мозга (стволового, подкоркового, полушарного); б) стимуляция межполушарного взаимодействия; в) воздействие на «слабое» медиаторное звено путем стимуляции или торможения отдельных (холин-, глутамат-, дофамин- и ГАМК-ергической) систем. Использование этих принципов существенно повышает эффективность терапии. Так, учет «слабого медиаторного звена» увеличивает долю пациентов с восстановлением сознания после бессознательных состояний с 34% до 74% (Александрова Е.В., Зайцев О.С., Потапов А.А., 2015).

При затяжной дефицитарной симптоматике у пациентов с расстройствами сознания используются холиномиметические (нейромидин, цераксон, глиатилин), антиглутаматергические (ПК-Мерц) и дофаминомиметические (леводопа, наком, мадопар) средства. На фоне лечения этими средствами облегчается выход из бессознательного состояния, ускоряется регресс спутанности с аспонтанностью.

При продуктивных психических расстройствах лечение должно начинаться с ГАМК-ергических средств, наиболее предпочтительными из которых являются ноофен (фенибут) и пантогам-актив, которые при нарушениях сознания применяются, как правило, в больших дозах (до 2-3 грамм в сутки). Только при выраженной и стойкой продуктивной симптоматике возможно применение нейролептиков, предпочтительно – атипичных: при недифференцированном возбуждении кветиапина или оланзапина, при признаках бреда и галлюцинаций – рисперидона.

В качестве дополнения к вышеперечисленным нейромедиаторным препаратам могут применяться полипептидные средства (церебролизин, кортексин, семакс, селанк), особенно эффективные в состояниях спутанности сознания.

Применение нейростимуляционных методик при хронических расстройствах сознания в настоящее время только начинает разрабатываться. На примере отдельных наблюдений показана возможность регресса затяжного вегетативного состояния на фоне глубинной стимуляции мозга (Tsubokawa et al., 1990, Yamamoto et al., 2001, 2003, 2005), а также после транскраниальной магнитной стимуляции, индивидуализированной с помощью нейрофизиологического контроля (Шарова Е.В. и соавт., 2008).

Необходимым компонентом терапевтического процесса, направленного на прояснение сознания, являются психотерапевтические воздействия. Наиболее неспецифичной является психостимулотерапия (Зайцев О.С. и соавт., 1997), на этапе нарушенного сознания включающая сенсорную и речевую стимуляцию, а также терапию средой, элементы когнитивно-поведенческой терапии. Более индивидуализирован командный подход, включающий приемы и техники процессуально- и телесно-ориентированной психотерапии (Максакова О.А., 2014).

АНАЛИЗ КАТАМНЕЗА КОМБАТАНТОВ-ПЕНСИОНЕРОВ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Злоказова М.В., Соловьев А.Г., Ичитовкина Е.Г.

Киров
Кировская ГМА

Одной из основных задач геронтопсихиатрии является улучшение качества жизни и психосоциальной адаптации пенсионеров с психическими расстройствами (Соколова И.В., 2014), не менее актуальной она является и для комбатантов-пенсионеров силовых структур, у которых неблагоприятные условия служебной деятельности и экстремальный характер труда личного состава приводят к росту заболеваемости, увольнению со службы и инвалидизации (Черний Ю.В., 2004).

Цель исследования – анализ катамнеза комбатантов-пенсионеров Министерства внутренних дел (МВД) России с психическими расстройствами.

Материалы и методы исследования: проведено катамнестическое обследование 57 комбатантов-пенсионеров МВД по Кировской области, уволившихся в период с 2006 по 2012 гг., имевших на момент увольнения пограничные психические расстройства; средний возраст – 40,3+3,4 лет, среднее количество командировок в Северокавказский регион – 12,7+1,3. Старший офицерский состав – 32 чел. (56,1%); младшие офицеры – 15 чел. (26,4%); рядовые – 10 чел. (17,5%). Среди обследованных высшее образование имели 47 чел. (82,4%). Наряду с клинико-катамнестическим методом использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) в адаптации Л.Н.Собчик (2000), сравнивались исходные данные базовых шкал при поступлении на службу и перед увольнением на пенсию.

Результаты и обсуждение: нозологическая структура диагностированных психических нарушений при увольнении со службы была представлена: неврастенией (F 48.0) – 20 чел. (35,1%); стойкими изменениями личности после переживания катастрофы (F 62.0) – 6 чел. (10,5%), органическим эмоционально-лабильным расстройством (F 06.60) – 12 чел.(21,1%), органическим расстройством личности (F 07.0) – 18 чел. (31,6%), шизофренией (F 20.0) – 1 чел. (1,7%). Имели в анамнезе закрытые черепно-мозговые травмы минно-взрывной этиологии 31 чел. (54,4%); осколочные ранения различной локализации – 40 чел. (70,2%).

При поступлении на службу профиль СМИЛ (в Т-баллах) у обследованных лиц характеризовался наличием пика по шкале «оптимистичность» (65,0+2,4) при средних показателях

шкал невротической триады (46,1+1,9; 43,2+2,4; 46,4+2,8) и социальной интравертированности (44,3+2,2). При увольнении базовый профиль СМИЛ у комбатантов имел пограничные результаты по шкалам достоверности: L «ложь» – 56,9+2,2; F «достоверность» – 51,2+2,2, K «коррекция» – 57,3+2,1, что свидетельствовало о настороженности, подозрительности обследуемых и при достаточно высоких показателях шкалы «импульсивность» (57,7+3,1) – об эмоциональной неустойчивости; т.о. данные изменения в профиле СМИЛ, подтверждают наличие комбатантной акцентуации личности.

После увольнения получили инвалидность по психическому заболеванию – 22 чел. (38,6%), один из пенсионеров совершил суицид (1,7%). В течение трех лет после увольнения у 13 чел. (22,8%) было диагностировано пагубное с вредными последствиями употребление алкоголя (F 10.1) и 3 чел. (5,3%) – поставлены на учет у нарколога с диагнозом алкогольной зависимости. Развелись – 12 чел. (21,1%); не работают 31 чел. (54,4%); заняты ручным трудом низкой квалификации 24 чел. (42,1%).

Ретроспективный анализ катамнеза комбатантов-пенсионеров МВД показал, что на фоне негативной личностной и клинической динамики психического состояния комбатантов отмечается наличие выраженных психосоциальных проблем. Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования подходов к организации терапии, реабилитации и ресоциализации пенсионеров-участников боевых действий для психопрофилактики деструктивного поведения и улучшения качества жизни бывших сотрудников МВД и членов их семей.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ГЛОБАЛЬНЫХ ПСИХОТРАВМ (НА ПРИМЕРЕ ЖЕРТВ ТЕРРОРИЗМА)

Зубов А.А., Сумина О.В., Уваров В.В.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

В конце 20, начале 21 века Россия и весь мир столкнулись с катастрофическим ростом террористической угрозы, массой террористических актов, ряд из которых имел беспрецедентный характер (терракт в Буденновске в июне 1995 года, терракт на Дубровке в октябре 2002 года, терракт в Беслане в сентябре 2004 года, взрывы жилых домов в Буйнакске, Москве, Волгодонске). Подобные события, оказывая непосредственное острое, массированное психотравмирующее воздействия на участников и жертв трагических событий, не менее остро воздействуют на все общество в целом, формируя высокий уровень напряженности, тревоги в популяции. Изучение закономерностей течения и развития психических расстройств у жертв терроризма дало возможность оценить клинические особенности и варианты течения невротических расстройств, разработать программы лечения, реабилитации и профилактики психических расстройств у жертв терроризма. Продолжение наблюдения за жертвами терроризма, позволяет оценить отдаленные последствия тяжелых психотравм, их влияние на психику и организм человека в целом.

Целью исследования явилось выявление, оценка и изучение особенностей психопатологической симптоматики и общая оценка состояния здоровья у жертв террористического акта в г. Буденновске в 1995 году в отдаленном периоде, через 5-10 лет.

Материал и методы. В исследование были включены 45 пациентов обращавшихся в Клинику пограничных состояний СтГМУ с 2005 по 2014 (31,1% мужчин, средний возраст 43,7±7,2 года), разделенные на 2 группы. Первую группу – 30 человек (мужчины – 28%, женщины 72%), составили пострадавшие в результате террористического акта и члены их семей, получавшие патогенетическую интенсивную комплексную терапию (ПИКТ) в условиях Клиники пограничных состояний СтГМУ (КПС СтГМУ) непосредственно после террористического акта и находившиеся в дальнейшем под динамическим наблюдением специалистами клиники. Вторая группа – 15 человек, пострадавшие, которые не получали подобной терапии, не обращались ранее в КПС СтГМУ. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей, сопоставимых с больными по полу и возрасту. В процессе исследования проводилось физикальное обследование пациентов, клиническая оценка психического состояния, патопсихологическая и психопатологические методы диагностики, проводился ретроспективный анализ медицинской документации, катемнестичекая оценка состояния пациентов.

Полученные результаты. Анализ полученных данных выявил различия в структуре расстройств невротического уровня у пациентов представленных групп.

В первой группе преобладали тревожные и тревожно-депрессивные расстройства, выявленные у 26 пациентов (86,6%), во второй – на первый план, примерно в равной степени, вышли соматоформные – 7 человек (46,6%) и тревожные расстройства – 6 человек (40%). Все пациенты обнаруживали психопатологические симптомы, связанные с перенесенной глобальной психотравмой, преимущественно в форме ярких повторных переживаний травматических событий, провоцируемые факторами ассоциативно связанными с перенесенной психотравмой. Однако во второй группе, подобные состояние имели более яркий аффективно окрашенный характер, с выраженной соматовегетативной симптоматикой («приливы жара», «затрудненное дыхание и ощущение нехватки воздуха», «дрожь в теле», чувство сердцебиения, слабость, головокружение, подъемы АД и т.п.). У пациентов 2-ой группы более часто выявлялась кардиоваскулярная патология гипертоническая болезнь 53,3%, ИБС – 26,6%, нарушения ритма сердца – 6,6%. В первой и контрольной группе гипертоническая болезнь диагностирована у 36,6% и 25%, а ИБС у 16,6 и 5% пациентов соответственно.

Выводы.

1. У пациентов переживших террористический акт в 100% случаев, в отдаленном периоде, выявляются психопатологические расстройства, связанные с перенесенной психотравмой. Симптоматика представлена повторяющимися переживаниями травматических событий, с яркими непроизвольными воспоминания по типу флешбеков, а так же навязчивыми воспоминаниями о пережитом.

2. У пациентов ранее получавших ПИКТ в КПС СтГМУ характер данных переживаний имеет менее выраженный, аффективно насыщенный характер.

3. Перенесенная тяжелая психотравма, является фактором, существенно влияющим на развитие кардиоваскулярной патологии.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ СИМПТОМОВ «ИДЕЯ МЕСТИ» И «АГРЕССИВНОСТЬ» В СТРУКТУРЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Идрисов К.А.

Грозный
Чеченский ГУ

Было обследовано 98 мужчин, мирных жителей Чеченской республики, имевших диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) в результате выраженного физического и психологического воздействия с объективной угрозой для жизни в различные периоды военных событий.

Факторы «агрессивность» и «идея мести» (показатель сопряженности 0.49 и 0.47, соответственно), в числе прочих факторов, оказали значительное влияние на динамику ПТСР. Агрессивность была установлена у 50 (51%) обследуемых: в 33(66%) случаях симптом был выражен слабо и в 17(34%) случаях сильно. У 62(63,27%) обследуемых был выявлен симптом «идея мести»: в 41(66,13%) случае симптом был выражен слабо и в 21(33,87%) случае сильно. Поскольку два эти фактора сильно коррелируют между собой (К=0,65) характер их влияния на динамику ПТСР оказался идентичным. Для групп с сильно выраженной агрессивностью и идеей мести наиболее характерна трансформация ПТСР в хроническое изменение личности. Наличие этих симптомов практически исключает выздоровление, в группу выздоровевших попали только те обследуемые, у которых эти симптомы отсутствовали.

Анализ причинно–следственной связи между факторами «агрессивность» и «идея мести» показал, что фактор «идея мести» обуславливает и определяет развитие фактора «агрессивность» – чем сильнее идея мести, тем сильнее выражена агрессивность.

Прямое влияние агрессивность оказала на частоту совершения антисоциальных действий. При слабо выраженной агрессивности в 12,1% случаев происходили нарушения общественного порядка, а в 15,2% случаев эти действия совершались в состоянии алкогольного опьянения. При сильно выраженной агрессивности 47,1% обследованных совершали нарушения общественного порядка, а в 29,4% случаях совершали те же действия в состоянии алкогольного опьянения.

Влияние агрессивности и идеи мести на характер употребления алкоголя и наркотиков оказалось сходным. Отмечается статистически достоверная связь между степенью выраженности этих симптомов и частотой употребления алкоголя и наркотиков. Однако если среди употребляющих алкоголь к возрастной группе 21-30 лет относилось 50% обследованных, то среди употребляющих наркотики к этой возрастной группе относилось уже 90%.

Коррекция симптома «идея мести» проводилась в форме индивидуальной работы с использованием принципов рационально-эмоциональная психотерапия по методу A.Ellis. Выбор данного метода был обусловлен следующими принципами: для того, чтобы избавить пациента от идеи мести, нужно избавить его от чувств, которые вызвали эту идею; для того, чтобы избавить от негативных чувств, лежащих в основе идеи мести, нужно помочь пациенту переоценить психотравмирующие события, которые вызвали эти чувства.

Далеко не все больные соглашались с тем, что идея мести деструктивна и нужно от нее избавиться, мотивируя это тем, что желание мести – естественное состояние и нет необходимости от нее избавляться. Поэтому нам приходилось прилагать немало усилий для того, чтобы разъяснить пациентам то, что в основе многих их социальных и межличностных проблем лежат негативные эмоциональные переживания, связанные с идеей мести.

При проведении этой работы мы старались придерживаться следующих условных стадий:

Подготовительная – информирование пациентов о концепции рационально-эмоциональной психотерапии (эмоциональные проблемы вызывают не сами события, а их оценка);

- стадия кларификации – прояснение параметров пережитого психотравмирующего события, в том числе параметров, наиболее эмоционально затронувших пациента, вызвавших у него идею мести;

- стадия идентификации следствий – прежде всего, аффективных воздействий психотравмирующего события, выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие, в том числе подавленных эмоций;

- стадия выявления убеждений, вызвавших идею мести;

- стадия реконструкции убеждений, вызвавших идею мести – реконструкция осуществляется на когнитивном, имажитивном и поведенческом уровнях, результатом ее является преобразование идеи мести в рациональные убеждения, формирующие конструктивные цели жизни, взамен деструктивной цели осуществления идеи мести.

ПОСЛЕДСТВИЯ ОСТРОГО СТРЕССА НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТЕРАКТОВ В ВОЛГОГРАДЕ (2013 Г.)

Иоанниди Д.А., Поплавская О.В., Черная Н.А.

Волгоград
Волгоградский ГМУ

В последние годы, как во всем мире, так и в нашей стране, часто происходят различного рода чрезвычайные события, катастрофы, природные катаклизмы антропогенного и техногенного характера, совершаются военные действия, насилие и др. К сожалению, терроризм также относится к такого рода событиям и это опаснейшее преступление нашего времени превратилось в проблему огромных масштабов, став наиболее опасным вызовом обществу. Терроризм, существующий на протяжении всей истории человечества, в настоящее время изменился качественно: он стал почти перманентным. Количество террористических актов непрерывно растет, их снижение в обозримом будущем не прогнозируется и, следовательно, изучение последствий воздействия терактов на психику человека становится одной из самых остроактуальных и сложных социальных проблем (Тарабрина Н.В.,Быховец Ю.В.,2011). Волгоград в 2013 году подвергся массированной атаке террористов, были совершены три теракта. Переживание последствий терактов вызывает нарушение соматического и психического здоровья пострадавших не только в момент переживания стресса, но и в ближайший постстрессовый период, и на отдаленных этапах. В остром периоде действия стресса у пострадавших отмечались разнообразные вегетативные расстройства, колебания настроения, отчаяние, чувство безнадежности, подавленности, напряженности с невозможностью расслабиться, нарушения сна, аппетита, опасения в связи с возможностью совершения еще одного теракта, боязнью выходить на улицу, пользоваться общественным транспортом, потерей чувства безопасности, утратой веры в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю. Соответственно психиатрами при осмотре пострадавших выставлялись диагнозы-«Острая реакция на стресс» и «Расстройство адаптации». Пострадавших с психотическим уровнем расстройств не отмечалось. Все пострадавшие получали «Памятку пережившего катастрофу», в которой были указаны признаки состояний, при которых необходимо обратиться за психолого-психиатрической помощью, указаны адреса и телефоны медицинских учреждений, оказывающих такую помощь, телефоны доверия, телефоны горячей линии МЧС России, адреса учреждений, имеющих психотерапевтические отделения, где пострадавший мог получить очную консультацию психолога, психиатра, психотерапевта. При оказании психолого-психиатрической помощи основными задачами были актуализация адаптивных и компенсаторных ресурсов личности, мобилизация психологического потенциала для преодоления негативных последствий чрезвычайной ситуации. Пострадавшим оказывали не только индивидуальную, но и групповую психотерапевтическую помощь. Особая нуждаемость в психолого-психиатрической помощи была отмечена при терактах, совершенных в декабре 2013г., когда гибель 33 человек потрясли не только непосредственных

очевидцев событий, но и многих жителей города. Для оказания им психологической помощи в круглосуточном режиме на базе двух травматологических пунктов городских поликлиник, прилегающих к местам совершения терактов, были развернуты кабинеты оказания психологической помощи. Информация об этом была размещена в средствах массовой информации. На базе ГКУЗ «Волгоградская областная клиническая психиатрическая больница № 2» для оказания психологической помощи пострадавшим круглосуточно работал телефон доверия. По завершении оказания экстренной психологической помощи пострадавшим и родственникам был организован дебрифинг для специалистов Территориального центра медицины катастроф Волгоградской области (врачей, медицинских сестер, водителей), принимавших участие в ликвидации последствий терактов с целью диагностики психического состояния и профилактики развития невротических состояний.

В отдаленном периоде тяжелого стресса возможно развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Тушкова К.В. и соавт., Бундало Н.Л., Малюткина Е.П., 2012). По данным Тушковой и соавт. (2011) в группе ПТСР легкой степени тяжести показатели таких синдромов как депрессивного, тревожного, соматизации и фобического, а также межличностной сензитивности у женщин были статистически значимо выше, чем у мужчин. В то же время в этой же группе числовые значения обсессивно-компульсивного, паранойяльного синдромов, дереализации, деперсонализации и враждебности у мужчин и женщин оказались практически идентичными, их различия не имели статистически достоверной разницы (Тушкова К.В., Бундало Н.Л. 2011). Так, в исследовании эмоционального статуса гражданского населения США после терактов 11.09.2001 года в Мировом Торговом Центре в Нью-Йорке, в различных районах Манхеттена у 56,3% опрошенных был выявлен один или несколько психопатологических симптомов (Delisi с соавт., 2001). Возникающие кризисные состояния при переживании последствий терактов характеризуются высокой интенсивностью, кратковременностью и динамичностью. Частый просмотр телепередач, освещавших события 11 сентября 2001 г., был сопряжен с ПТСР-симптоматикой и депрессией, по данным ряда авторов, а непосредственное участие в травматическом событии и воздействие СМИ являлось объединенным фактором формирования постстрессовых состояний (Ruth, Proper, 2001; Тарабрина Н.В., Быховец Ю.В., 2011).

На отдаленном этапе в медицинских учреждениях г.Волгограда, оказывающих специализированную психиатрическую помощь: ГКУЗ «Волгоградская областная клиническая психиатрическая больница № 2», ГКУЗ «Волгоградская областная клиническая психиатрическая больница № 4», ГБУЗ «Волгоградский областной клинический психоневрологический диспансер» получали психолого-психиатрическую помощь пострадавшие от терактов. Так за 2014г. специализированную психолого-психиатрическую помощь на базе ГКУЗ «Волгоградская областная клиническая психиатрическая больница № 2» получили 5 человек. У пациентов были выявлены признаки психических расстройств в виде невротических реакций, расстройств адаптации, а также аффективных нарушений по депрессивному типу. После курсов терапии в условиях психотерапевтического отделения все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Один из пациентов был госпитализирован спустя год после декабрьских терактов с депрессивным состоянием. Из анамнестических сведений стало известно, что в течение года он получал амбулаторную психолого-психиатрическую помощь, однако добиться значительного улучшения не удалось, в том числе в связи с тем, что в теракте пострадали еще двое его родственников, в семье отмечалась неблагополучная обстановка. За 2014г. на базе ГКУЗ «Волгоградская областная клиническая психиатрическая больница № 4» была оказана стационарная психиатрическая помощь 2 пострадавшим в результате терактов в декабре 2013г. У одного из пострадавших было диагностировано аффективное расстройство депрессивного спектра, после курсового лечения антидепрессантами и психотерапии отмечалось значительное улучшение состояния, выписан в удовлетворительном состоянии. У второго пострадавшего было диагностировано депрессивно-параноидное состояние, лечение получал антидепрессантами и нейролептиками. Значительно стабилизировать состояние не удалось, в связи с чем за год было несколько госпитализаций в психиатрический стационар. Указанное можно объяснить значительной травматизацией, снижением социальной адаптации, так как в результате терактов пострадавший потерял близких родственников. За 2014 г. амбулаторную помощь получили в ГБУЗ «Волгоградский областной клинический психоневрологический диспансер» 21 пострадавший с Острыми реакциями на стресс (F43.0), одному из них в последующем диагноз был заменен на Расстройство адаптации (F 43.2). У двух пациентов был выставлен диагноз ПТСР, что свидетельствует о поздней и недостаточной диагностике ПТСР. Все пострадавшие получали краткосрочные курсы психофармакотерапии, психотерапевтическую помощь. Таким образом, обращает на себя внимание низкая выявляемость ПТСР по сравнению с данными других исследований, поэтому необходимо провести информирование населения и медицинской общественности о последствиях тяжелых стрессов, что повысит обращаемость населения.

ЗНАКОМОЕ И НЕЗНАКОМОЕ В ОЦЕНКЕ РАБОЧЕЙ СИТУАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ

Капралов А.А.

Казань

Республиканская КПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ, Казанский ГМУ

Медико-психологическая помощь в условиях чрезвычайной ситуации (ЧС) требует достаточно быстрой, верной, эффективной и почти постоянной ориентировки специалиста в происходящем. Стремление к скорой результативности в оказании помощи нередко направляет нас на распознание узнаваемых элементов ситуации, которыми мы сможем оперировать для улучшения положения пострадавших. Если из этих элементов возникает знакомый образ, способный стать «терапевтической мишенью», мы легко переключаемся на выполнение соответствующих алгоритмов и приемов. В таком случае проблемное осмысление ЧС сменяется задачным, ориентировка становится мониторинговой, а психотехническая работа делается основной как по функциональной нагрузке, так и по приоритетам, востребованности и целям. Соответственно, «диалоговые отношения» с ЧС и ее участниками замещаются процедурными, и мы все больше уделяем внимания области рабочего сосредоточения (т.е. знакомому и проверенному), невольно уклоняясь от целостного осмысления и верной оценки других признаков, если они увеличат непредсказуемость, неопределенность и неуправляемость хода событий на этапах нашей ответственности. Так, на разборе учений по оказанию помощи в ЧС наблюдатели отметили, что специалисты психолого-психиатрического профиля при оказании помощи условным пострадавшим, как правило, не учитывали в своей деятельности явных признаков физического ущерба подопечных и не воспринимали их как профессионально значимую характеристику. После работы в учебном очаге поражения те же специалисты полностью понимали, насколько важна серьезная телесная рана для пострадавшего, а, следовательно, и для любого специалиста, помогающего справиться с ЧС и ее последствиями. Объективная необходимость оптимального баланса специализированной и комплексной по-

мощи пострадавшим в ЧС не снимается рационализациями, защищающими от ограниченности возможностей («мы не можем распыляться», «это не наши задачи» и т.п.). Как и расчет на поэтапную полипрофессиональную помощь для восстановления здоровой работы биологических, психических, социальных и других ресурсов человека. Медико-психологическая помощь в ЧС могла бы, вероятно, адаптивно и сбалансированно опираться на различные подходы и за счет многих областей знания перекрывать с некоторым запасом весь спектр вариантов развития реакций участников ЧС. Однако на практике полипредметные компиляции не равноценны комплексным решениям, а медицинские психологи обычно не столь полно оснащены всеми актуальными для ЧС компетенциями, стилями деятельности и опытом поликультуральной организации своей деятельности в экстремальных условиях. Не раз оказывалось, что даже очень хорошие профессионалы, работая в ЧС (которая, по определению, является нештатной), пытались самоопределяться в ней как в частном случае привычной для них штатной работы. Как следствие, часть важных событий словно «не попадали в восприятие» или расценивались как малосущественные. Заметно, что адаптивность и экологичность работы профессионалов в ЧС ассоциирована с их опытом верных решений и удачной реализации профессионального потенциала в реальных или тренировочных нештатных ситуациях. В частности, явные различия в опыте специалистов обнаруживались при оказании психологической помощи пострадавшим, воспитанным в разных культурах, но тесно и активно взаимосвязанных в условиях ЧС. Необходимость, практически, одновременно работать с людьми, имеющими разные языковые, этнические, конфессиональные и другие ключевые основания мировоззрения и поведения делила специалистов на тех, кто сформировался в монокультутрах или в формализованно соприкасающихся культурах (например, в регионах активного бизнеса) и тех, чья повседневная жизнь идет в условиях органично сбалансированного взаимодействия людей разных культур (например, в Казани и многих других местах Республики Татарстан). В отличие от первых, специалисты нашего региона воспринимали поликультуральную ситуацию как естественную для обеспечения взаимопонимания и взаимной поддержки, как хорошо узнаваемую и часто вызывающую необходимость преодолевать функционирование поиском решений при живом соприкосновении нескольких культур. Содержательная коммуникация и общение в таких «нештатных» условиях – обыденные, и потому постоянно тренирующие нас обстоятельства. Благодаря этому, наши специалисты, наряду с унифицирующими шаблонами и вместо них продолжали применять весь доступный им диапазон рабочих средств. То, что становилось дополнительным риском для одних, оказывалось «естественной средой обитания» для других. Можно предположить, что в известной мере достигнутый эффект связан с тем, что в конце восьмидесятых – начале девяностых годов XX в. межкультутральные отношения в Татарстане целенаправленно формировались как динамическое равновесие ключевых составляющих экосистемы, которая, по нашему мнению, оптимально может развиваться при поддержании естественных взаимодополняющих условий, типичных для «переходной среды». Уважение к этим отношениям и самоценности каждой местной культуры, особый режим управления нашим регионом, громадный вклад руководителей республики и страны в развитие регионального потенциала, – сохраняют Татарстан в качестве региона, привлекательного для комплексной организации исследований и развития. В том числе, для изучения и перспективной разработки комплексных инструментов оказания полипредметной помощи пострадавшим в ЧС. Вероятно, и в целевой подготовке специалистов к работе в ЧС, может оказаться полезным практический опыт поиска комплексных решений в нештатных обстоятельствах с поддержанием развивающего оптимально баланса вовлеченных в ЧС ресурсов. Кризисные обстоятельства – частая предпосылка развития, если субъектам ситуации это удается. Разработка такой учебной практики тем более нужна, что уже в ней могут обнаруживаться и безопасно устраняться неожиданные ошибки работы в «полевых условиях», которые оставались малозаметными в текущей «кабинетной» работе. Например, одной из популярных ошибок, возникающих в «текучке« практики, остается соскальзывание с синдромального анализа и оценки ситуации на полисимптоматический. В поисках «знакомого образа» специалист внешне схожие ситуации нередко принимает за схожие по существу (а также по происхождению, динамике развития, способам оперирования в них и т.д.). Удачно проецируя на ситуацию опыт работы с внешне схожими случаями, мы вместе с ним проецируем и наши ожидания, притязания и модели работы, причем часто еще до выяснения обоснованности такого переноса. В свою очередь, психологизация в «прочтении» ситуации (ошибки замещения «логик» исследования, конструирования и оперирования предрассудками, пристрастиями, тревогами, стереотипами и т.п.) дополнительно ограничивает возможности сохранения в экстремальных условиях своей личности, открытого проявления своих суждений и чувств, а, тем более, возможности верного выбора направлений и способов результативной помощи пострадавшим и реалистичной работы с ЧС в целом (в частности, с факторами возникновения и концентрации рисков экспансии ЧС). К сожалению, все эти, хорошо знакомые психологам, эффекты в экстремальной ситуации нередко нормируют деятельность ценой разрушения ее сути. Если в обыденных обстоятельствах работа «на показатели» долго может оставаться относительно безобидной, то в критических обстоятельствах, когда улучшить, а то и спасти положение могут только действительные и скорейшие разрешения острейших ситуативных проблем, стойкий навык избегания хлопот и рисков (в связи с поиском, созданием и воплощением исчерпывающих решений), иногда оказывается «последней каплей», опрокидывающей кризисную ситуацию в чрезвычайную. Неудачи психологов в создании рабочего альянса с распределением ответственности сообразно фактическим возможностям участников ЧС, инертность, усталость, профессиональное или эмоционально-личностное выгорание, трудности врабатывания и другие факторы, препятствующие уместному применению корригирующих средств, можно деликатно изучить и попытаться разрешить задолго до ЧС – в тренировочных нештатных ситуациях.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ В ТРУДАХ СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ ИЖЕВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА (1941-1945)

Ковалев Ю.В.

Ижевск
Ижевская ГМА

Достижения медицины и здравоохранения нашей страны в годы Великой Отечественной войны – славная страница истории, непреходящая ценность для следующих поколений. Волею судеб и времени, на кафедре психиатрии собрались ученые-психиатры, считавшиеся в числе лучших в нашей большой стране. Профессор Владимир Иосифович Аккерман (1890-1972) заведовал кафедрой с 1941 по 1943 г. Вместе с ним, из временно оккупированного г. Минска, приехала доцент Юдифь Хаймовна Сегаль (1904-1957) (с 1946г. – заведующая патофизиологической лабораторией института психиатрии АМН СССР). Представитель Харьковской психиатрической школы, профессор Александр Львович Лещинский (1901-1981) (в 1941-1943гг. – руководитель психиатрического отделения специализированного госпиталя) возглавлял кафедру психиатрии с 1943 по 1966г. Его

ученица Маргарита Анатольевна Сидорик (1918-1986) работала в эвакогоспитале в качестве заведующей отделением для психически больных, а после войны избиралась ассистентом кафедры психиатрии ИГМИ.

Практически все научные исследования сотрудников кафедры в те сложные времена были сосредоточены на анализе т.н. экзогенных психических расстройств (психогенных, посттравматических, соматогенных).

Описывая психогении военного времени, профессор В.И.Аккерман, показал, что та или иная форма психогенной реакции определяется, с одной стороны, родом психической травмы, степенью сложности, тяжести, глубины и длительности ее воздействия и т.д., с другой стороны – конституциональными или приобретенными типами и готовностью реагирования личности, темпераментом, характером и всей историей соматического и психического развития, вплоть до социальных установок и направленности. С этой точки зрения, на одном полюсе располагаются психогенные реакции с ведущим значением тех или иных особенностей личности: «конституциональный тип реагирования» (шизоидные, эпилептоидные, депрессивные реакции) и «характерологические реакции», вызываемые сложными, «ключевыми» для данной личности переживаниями (различные формы реактивных бредообразований – «параноические реакции»). К противоположному полюсу относятся психогенные реакции, в основном определяющиеся психической травмой: примитивные – «интерхарактерологические» реакции, «глубинные», вызываемые однократными, тяжелыми для всех, психотравмами, например шоковые реакции и «ситуационные реакции», связанные с длительными мучительными положениями.

Углубленному изучению подверглись реактивные параноиды военного времени, возникающие преимущественно в тыловой обстановке. По мнению профессора А.Л.Лещинского, заболевание возникает на фоне длительных психотравмирующих обстоятельств у сенситивных астенических пациентов, имеющих соматическую отягощенность.

Профессор В.И. Аккерман и доцент Ю.Х. Сегаль впервые в отечественной литературе под названием «раневые психозы» описали психотические состояния, обусловленные токси-инфекционными воздействиями, связанными с осложнениями внечерепных ранений, а также с послераневым истощением. Выбор термина был продиктован стремлением подчеркнуть экзогенную этиологию, симптоматический характер заболевания, зависимость возникновения психоза, течения и исхода от динамики раневого процесса со всеми его осложнениями. Заболевание дебютирует через несколько месяцев после ранения или нарушениями сознания, или депрессивно окрашенными параноидными синдромами – депрессивно-параноидныи, депрессивно-ипохондрическим. В последующем доминирует тревожно-тоскливый синдром или параноидный синдром с обязательным налетом оглушенности, с полной или частичной амнезией по выходе из психоза. В большинстве случаев психоз заканчивается выздоровлением. Часто еще долго отмечается астеническая симптоматика: повышенная истощаемость, общая вялость, адинамия и налет депрессивности.

Исследуя психопатологию боевой черепно-мозговой травмы, профессор А.Л. Лещинский указал, что коммоция, может в ряде случаев сопровождаться временным и стойким интеллектуальным снижением, что зависит как от тяжести коммоции, так и от личности больного. В одних случаях – это временное интеллектуальное снижение на фоне общей коммоционной заторможенности (мнимое или кажущееся слабоумие). В других – коммоция может закончиться стойким интеллектуальным снижением (травматическое слабоумие, псевдопаралич), что не означает, однако, полной необратимости этого состояния. В третьей группе случаев интеллектуальные расстройства имеют сложную психогенно-органическую структуру, каждый радикал которой взаимно влияет на другой. Наконец, в некоторых случаях интеллектуальный дефект определяется не самой коммоцией, а тем органическим заболеванием нервной системы, которое она спровоцировала или обострила.

Необходимо подчеркнуть, что профессор А.Л. Лещинский первым из психопатологов детально изучил т.н. «симптом кошмарных сновидений» при коммоциях, контузиях и психогенных реакциях. Наблюдения над симптомом кошмарных сновидений показывали, что это явление формируется и протекает различно в зависимости от того, симптомом какого заболевания (коммоции, контузии, психогенной или истерической реакции) оно является. Отмечено, что при коммоциях симптом кошмарных сновидений является патогномоничным.

Ученица А.Л.Лещинского, ассистент М.А. Сидорик, была одна из первых в нашей стране психиатров, описавших психозы, возникающие в период отдаленных последствий черепно-мозговых травм. Было указано, что развитию посттравматического психоза предшествовует длительный, выраженный астенический фон и дополнительные патогенные факторы. В клинической картине таких психозов наблюдалается обильная и полиморфная симптоматика, в том числе, шизофреноподобные синдромы. Важными дифференциально-диагностическими признаками травматического психоза являлются эмоциональные изменения по органическому типу, а также обязательные для всех их форм астения, ослабление памяти и внимания, неврологическая симптоматика.

Специально отметим мастерство клинических описаний, высокую научную и практическую ценность цитируемых психопатологических работ.

Литература

1. Аккерман В.И. Психогении военного времени и отграничение их от других форм нервно-психического расстройства // Труды Ижевского медицинского института: сб.научн.статей. – том V. – Ижевск: Удмуртгосиздат – 1946. – С.94-113

2. Аккерман В.И., Сегаль Ю.Х. Раневые психозы // Труды Ижевского медицинского института: сб.научн.статей. – том V. –Ижевск: Удмуртгосиздат – 1946. – С.114-127

3. Лещинский А.Л., Погибко Н.И. Симптом кошмарных сновидений при коммоциях, контузиях и психогенных реакциях // Труды Украинского психоневрологического института: сб. науч. ст. – Том XIII. – Тюмень, 1943. – С.169-179

4. Лещинский А.Л. Временные и стойкие нарушения интеллекта при коммоциях // Труды Украинского психоневрологического института: сб. науч. ст. – Том XIII. – Тюмень, 1943. – С.143-158

5. Лещинский А.Л. Реактивный параноид военного времени // Труды Ижевского медицинского института: сб.научн.статей. – том VI. –Ижевск: Удмуртгосиздат – 1949. – С.114-223

6. Сидорик М.А. Психозы, возникающие как отдаленные последствия закрытой травмы мозга // Проблемы современной психиатрии: сб.тр. Пермской психиатрической больницы. – Пермь, 1966. – С.231-236

ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ДАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 1 ИМ Н.А. АЛЕКСЕЕВА ДЗ Г. МОСКВЫ)

Малин Д.И., Равилов Р.С.

Москва
КПБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ,
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Целью исследования явилось изучение распространенности и исходов лечения тяжелых осложнений нейролеп-

тической терапии у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Результаты. За период с 2011 по 2013 годы в отделении реанимации психиатрической клинической больницы № 1 им Н.А. Алексеева ДЗ г. Москвы находилось на лечении 792 больных с различной формой психической патологии, нуждающихся в проведении интенсивной терапии.

С диагнозом ЗНС было пролечено 12 больных (1,5% случаев). Из них 8 было женщин и 4 мужчин в возрасте от 18 до 70 лет, в среднем – 42,6±3,9 лет. Осложнение развивалось на фоне лечения следующими нейролептиками: галоперидол – 1 больной, галоперодол деканоат – 2 больных, галоперидол + хлорпромазин – 2 больных, галоперидол + клозапин + перфеназин – 1 больной, галоперодол + клозапин + зуклопентиксол – 1 больной, зуклопентиксол + клозапин – 1 больной, трифлуоперазин + хлорпромазин + хлорпротиксен -1 больной, рисперидон – 1 больной, клозапин + рисперидон – 1 больной, оланзапин – 1 больной. Как видно из полученных данных, только в 4 случая проводилась монотерапия каким либо традиционным или атипичным антипсихотиком, а в остальных случаях использовалось назначение двух или более препаратов. Осложнение развилось на фоне приема антипаркинсонических корректоров – тригексифенидила и биперидена. Зависимости развития ЗНС от дозы нейролептиков на наблюдалось. Дозы препаратов колебались в широком диапазоне – от 150 до 600 ед. хлорпромазинового эквивалента.

С диагнозом тяжелый экстрапирамидный нейролептический синдром находилось на лечении 98 больных (12,4% случаев). Из них 48 мужчин и 50 женщин в возрасте от 20 до 65 лет, средний возраст – 37,5±2,6 лет. Осложнение развивалось на фоне лечения традиционными нейролептиками различных групп – чаще препаратов с высокой экстрапирамидной активностью, которые назначались внутрь или внутримышечно (галоперидол, зуклопентиксол, трифлуоперазин) или нейролептиков пролонгированного действия (галоперидол деканоат, зуклопентиксол деканоат, флуфеназин деканоат). У 69 больных (70,4% случаев) проводилась полинейролепсия с сочетанием двух и более традиционных нейролептиков или одного традиционного нейролептика с атипичными антипсихотиками.

С диагнозом психофармакологический делирий было пролечено 29 больных (3,75% случаев). Из них 25 мужчин и 4 женщин в возрасте от 20 до 58 лет, средний возраст – 38,2±4,1 лет. Осложнение развивалось на фоне лечения традиционными нейролептиками – галоперидолом (у 23 больных) или трифлуоперазином (у 6 больных) в сочетании с трициклическими антидепрессантами – амитриптилином (у 24 больных) или кломипрамином (у 5 больных) и антипаркинсоническими корректорами тригексифенидилом и бипериденом. Во всех случаях дозировки препаратов не превышали средние терапевтические значения. Для нейролептиков они составляли не более 600 ед. хлорпомазинового эквивалента, для трициклических антидепрессантов не более 150 мг в сутки.

Результаты терапии: Исход течения ЗНС зависел от того, насколько быстро отменялась нейролептическая терапия и назначалась интенсивная инфузионная терапия, корригирующая гомеостаз. При своевременной отмене нейролептиков и перевода больных в реанимационное отделение удавалось в течение первых 3-7 дней добиться терапевтического эффекта у 9 из 12 больных. К сожалению, больные в отделение реанимации поступали не в первые дни развития осложнения и уже имели признаки нарушения гомеостаза и тяжелые соматические осложнения. Течение ЗНС у 5 больных (50%) осложнилось пневмонией, у 4 больных (40%) – инфекцией мочевыделительной системы (уретритом, циститом, пиелонефритом) и 3 больных (25%) – буллезным дерматитом. Летальный исход не удалось предотвратить у 3 из 12 больных (25% случаев) несмотря на интенсивные терапевтические и реанимационные мероприятия. Он был связан с присоединением тяжелых соматических осложнений на фоне глубоких расстройств гомеостаза и отека мозга.

У 98 больных с тяжелым экстрапирамидным нейролептическим синдромом в ходе проведенного лечения удалось в короткие сроки (3-7 дней) купировать экстрапирамидную симптоматику, добиться снижения мышечной ригидности, восстановить соматические функции и в первую очередь глотание и мочеиспускание.

Психофармакологический делирии в ходе проведенного лечения был купирован у всех 29 больных. При этом достаточно быстро (как правило, на первые сутки после перевода больных в реанимационное отделение) прояснялось сознание, исчезали зрительные обманы восприятия, редуцировались соматовегетативные нарушения.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ БОЕВЫХ ПТСР У КОМБАТАНТОВ

Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Дрига Б.В., Баурова Н.Н.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Необходимость изучения факторов, способствующих формированию боевых ПТСР у комбатантов, вытекает из распространенного представления, согласно которому война провоцирует развитие психических нарушений лишь у исходно «неполноценной» личности (Glass A.J.,1969; Figler Ch.R., 1978). По данным В.П. Никонова с соавт. (1993), Ю.П. Бойко (2003) вероятность развития острых и хронических стрессовых расстройств возрастает при наличии органических факторов, в том числе – резидуальной органической патологии. Высказывалась точка зрения, что развитие ПТСР обусловлено восприимчивостью определенной части людей к стрессу (Епачинцева Е.М. с соавт., 2000; Breslau N., 1992; Wolin S.J., Wolin S., 1993; Pinkowish D.M., 2002; Agaibi C.E, 2005). Исследования Литвинцева С.В. с соавт. (2005) показали, что наиболее частыми факторами, способствующими развитию ПТСР у отечественных комбатантов, оказались – искаженное воспитание, неполная или «деформированная» семья и низкая школьная успеваемость. A.J.J. Lopez-Ibor et al. (2005) считают, что ПТСР – не нормативный «буфер» против внешних воздействий, а, скорее, отчетливо неправильный, неадекватный ответ. В то же время C.R. Brewin et a1. (2000) было установлено, что определенные факторы риска, включая пол, возраст, характер травмы, образование, предшествующие травмы и насилие в детстве, являлись существенными только у определенных лиц и их влияние не может быть распространено ко всем пациентам с ПТСР.

Цель работы: изучение клинико-анамнестических факторов, способствующих формированию ПТСР, у лиц, принимавших участие в боевых действиях в период прохождения военной службы по призыву.

Для достижения данной цели проводился анализ анамнестических характеристик больных с установленным окончательным диагнозом ПТСР (108 человек). Средний возраст обследованных лиц 25,2 + 3,4 года. В результате исследования было установлено, что наследственная отягощенность наркологической патологией преобладала у больных с апатическим клиническим вариантом ПТСР (35,3%), реже отмечалась при тревожно-эксплозивном (19,6%) и диссоциативном (11,4%) вариантах. Среди воспитывавшихся в неполной семье также отмечалось преобладание больных с апатическим вариантом (29,4%), значительная часть которых воспитывалась в условиях гипоопеки (41,2%). Наличие акцентуированных черт характера

отмечалось более чем у половины обследованного контингента (53,7%). Наиболее часто они выявлялись у лиц с диссоциативным вариантом (60%), при котором преобладал сенситивный тип акцентуации (17,1%). При тревожно-эксплозивном и апатическом вариантах акцентуации характера отмечались реже, и среди них чаще всего определялся эпилептоидный тип (14,3%). ЧМТ и прочие признаки поражения головного мозга наиболее часто встречались при диссоциативном варианте (65,4%), в то время как при тревожно-эксплозивном варианте этот показатель составил лишь 10,7%, а при апатическом – 5,9%. Определенную роль в формировании клинических вариантов ПТСР играли также военно-профессиональные факторы. В частности, доля лиц, менее года проходивших службу по призыву в районе боевых действий, была существенно ниже среди больных с апатическим клиническим вариантом (5,9%), что достоверно ($p<0,05$) меньше, чем в группе комбатантов с диссоциативным вариантом ПТСР (31,4%). Максимальное число больных, многократно участвовавших в боевых действиях, также отмечалось среди обследованных с апатическим вариантом (82,4%). Напротив, среди тех, кто лишь единожды были в бою, преобладали лица с тревожно-эксплозивным вариантом ПТСР (10,7%). При сравнительном изучении взаимосвязи продолжительности периода от момента выхода из района боевых действий до начала лечения комбатантов было

выявлено, что в течение первого года существенно преобладали госпитализации лиц с диссоциативным вариантом ПТСР (61,5%), в то время как апатический вариант не встречался вовсе. Среди лиц же, впервые госпитализированных в периоды от года до пяти лет и более пяти лет, преобладали лица с тревожно-эксплозивным вариантом (54,5%). Анализ структуры сопутствующей психической патологии в зависимости от клинического варианта ПТСР показал, что тревожно-эксплозивный наиболее часто сочетался с расстройствами личности (26,8%) и аддиктивной патологией (25,0%). В тоже время апатический и, реже, диссоциативный варианты отличались преобладанием сочетания с прочими тревожными расстройствами (52,9% и 25,7% случаев, соответственно). Средние показатели исходов лечения обследованных статистически значимо ($p<0,05$) были более благоприятными при тревожно-эксплозивном варианте (2,09+0,79 балла) по сравнению с диссоциативным вариантом (1,71+0,75 балла), а при апатическом варианте составили 1,94+0,66 балла.

В целом приведенные данные, согласуются с результатами прежних исследований, согласно которым выделяются следующие факторы риска ПТСР: искаженное воспитание в неполных или «деформированных» семьях, довоенные психические травмы, в том числе жестокое обращение в детстве, пограничный уровень организации личности, впечатлительность, астенические и сенситивные черты характера, органическая психическая патология, аддиктивные расстройства (Ахмедова Х.Б., 2003; Бойко Ю.П., 2003; Литвинцев С.В. с соавт., 2005; Резник А.М., Литвинцев С.В., 2011; Forbes D. et al., 2002; Nock M.K. et al., 2003). У личностей с эпилептоидными чертами характера после длительного пребывания на ТВД частота социально-психологической дезадаптации оказывалась наиболее высокой (Резник А.М., Литвинцев С.В., 2011). По нашему мнению, проблема боевых ПТСР требует дальнейшей комплексной разработки в силу ее возросшей значимости и с учетом настоящей международной обстановки. Кроме того, в перспективе предстоящего пересмотра ныне действующей классификации психических и поведенческих расстройств следует акцентрировать внимание и на том обстоятельстве, что, как вполне справедливо отмечает В.Н. Краснов (2010), большинство русскоязычных психиатров, особенно тех, кто имеет значительный опыт в лечении жертв масштабных катастроф, военных действий или террористических актов, критически относятся к слишком широкому распространению клинического диагноза ПТСР. По его мнению, значительная часть состояний, относимых в англоязычных публикациях к ПТСР, в российских источниках интерпретируется иным образом, а именно как затяжные депрессии или полиморфные состояния, как комбинации дистимических расстройств, легкого когнитивного расстройства, личностных девиаций и психосоматических дисфункций, иногда – с чрезмерным употреблением алкоголя или приемом наркотиков. Природа этих расстройств может быть понятна скорее как многофакторная, а не исключительно психотравматическая.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И КВАЛИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВОЗНИКАЮЩИХ У ЖЕРТВ ПРОТИВОПРАВНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Орлов Г.В., Спиридонов В.А., Шарипова Р.Р.

Казань
КГМУ

Актуальность исследования. В связи с ростом насилия и преступности все более актуальной становится проблема возмещения вреда, причиненного преступлениями и правонарушителями, и реабилитации жертв насилия, а также оценка степени тяжести вреда здоровью повлекшее психические расстройства. Не случайно, что ряд аспектов данного вопроса, тесно связанно с проблемами пограничных психических расстройств.

Однако сложившаяся традиция раздельной экспертизы телесных повреждений и сопровождающих их психических расстройств не удовлетворяет лиц, участвующих в судебном процессе, поскольку согласно существующим правилам судебно-медицинский эксперты должны устанавливать тяжкий вред здоровью во всех случаях, когда судебным психиатром констатированы у потерпевших психические расстройства, независимо от степени их выраженности.

Следствием внимания мировой общественности к указанной проблеме явилось принятие ряда правовых актов, среди которых европейская конвенция 1984 г. «О компенсации ущерба жертвам насильственных преступлений«, рекомендации европейского комитета ООН по проблемам борьбы с преступностью «О положении жертвы преступления в системе уголовного права и процесса«, решения конгресса ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями (Милан, 1985 г.). В нашей стране эта проблема является не менее актуальной.

Несмотря на наличие отдельных официальных инструкций, методических указаний, пособий и рекомендаций, до настоящего времени отсутствует унифицированный подход к определению характера и выраженности нарушений психической деятельности у жертв насилия, а следовательно, до конца не разработанными остаются экспертные критерии определения тяжести вреда здоровью от ППРП в криминально значимых ситуациях.

Таким образом, актуальность проблемы определяется как социальной значимостью изучаемого вопроса, так и недостаточной разработкой клинических и экспертных критериев оценки тяжести вреда здоровью у потерпевших с психическими расстройствами, обусловленными противоправными действиями, направленных на них.

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов и практика судебно-психиатрической экспертизы свидетельствуют, что результатом влияния криминальной ситуации на здоровье потерпевших нередко является возникновение у последних различного рода психических нарушений – от легких преходящих психологических и невротических реакций до реактивных состояний психотического уровня и выраженных изменений личности. В этих случаях учет неблагоприятных последствий преступления для психического здоровья жертвы имеет большое юридическое значение, позволяя

органам правосудия осуществлять более точную правовую квалификацию действий обвиняемых и устанавливать степень их виновности.

Целью исследования является установление клинических особенностей психических расстройств у потерпевших как последствий совершенных в отношении них противоправных действий.

Задачи исследования: 1) динамическое изучение клинического случая психического расстройства у потерпевшего после совершении в отношении него противоправных действий, систематизация его с учетом современной классификации психических расстройств; 2) выявление факторов, влияющих на формирование и динамику психического расстройства у потерпевшего.

В клинических и психологических исследованиях термином посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) обозначается не только клинически строго очерченное психическое расстройство, но и целая группа психических, психологических и психосоматических нарушений, возникающих у индивидуума вслед за травматическим событием.

В то же время клинические особенности психических расстройств, индивидуальные личностные особенности, состояние психического здоровья и пр., остаются недостаточно изученными. Кроме того, актуальной и важной задачей на современном этапе развития судебной психиатрии является разработка методологии экспертизы по определению тяжести вреда здоровью при психических расстройствах у потерпевших.

Эмпирический материал данного исследования основан на изучении клинического случая судебно-психиатрического освидетельствования потерпевшего, впоследствии госпитализированного в РКПБ, а также обзор литературы.

Описание клинического случая. Потерпевший Л. 17 лет, освидетельствован амбулаторной судебно-психиатрической комиссией с участием судебно-медицинского эксперта в связи с возбуждением уголовного дела по ст. 163 УПК РФ.

Поставлен диагноз: ушибы мягких тканей лица, головы, правой грудной области. Со слов матери, нападавшие вели себя крайне агрессивно, избили потерпевшего, изваляли его в грязи, всячески унижали и обзывали, требовали деньги.

Анамнез: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детском возрасте развивался в соответствии с возрастными нормами, серьезных заболеваний не отмечалось, на учете у психиатра нарколога не состоял. По словам матери, с детских лет был очень спокойным, в школе успеваемость была хорошей, но был малообщительным, имеет 2-3 близких друзей.

По показаниям матери, после случившегося он отказывался заявлять в полицию, но по настоянию родственников заявил. Однако сильно опасался, что его «на смех поднимут« в школе; стал нервным, тревожным, раздражительным.

После случившегося через месяц госпитализирован в РКПБ с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. Во время лечения в стационаре была попытка суицида (больной выпрыгнул из окна. Диагноз: з/перелом с\3 обеих костей голени левой и з\перелом н\3 обеих костей правой голени, компрессионный перелом ThXII).

Во время обследования у больного отмечались пониженное настроение, жалобы на ощущение тяжести на душе, отсутствие смысла и радости от жизни; указывалось, что испытывает страх находиться среди людей, чувствует «все смеются над ним». У пациента отмечались истощаемое внимание, быстрая астенизация в беседе.

Имеется стойкое пролонгированное состояние, сопровождающееся депрессивным настроением с явлениями тревоги, страха, сочетающихся с признаками астении, повышенной раздражительностью, вспыльчивостью. Указанное состояние приняло затяжное течение и находится в прямой причинно-следственной связи с последствиями противоправных действий, совершенными в отношении больного Л.

В то же время наряду с симптоматикой, характерной для затяжного депрессивного состояния, в клинической картине болезни довольно значительное место начинают занимать стойкие изменения личности в виде социальной отгороженности с недоверчивым отношением к миру, эмоциональной неустойчивости, вспыльчивости. Выраженность невротических и личностных расстройств ведет к нарушению социальной адаптации, необходимости прибегать к специализированной психиатрической и психологической помощи. Длительный характер имеющихся психических расстройств к потерпевшей позволяет расценить указанное психическое состояние по сути как хроническое изменение личности после переживания катастрофы (f 62.0).

После стационирования больной выписан с улучшением.

Выводы и рассуждения. Рассмотрев данный случай, можно сделать вывод, что ПТСР больного не было выявлено, и психотерапевтическая помощь своевременно не оказана.

Предполагаем, что при рассмотрении подобных случаев необходимо во время консультации врача – психиатра обращать особое внимание на обстоятельства формирования психического расстройства, для предотвращения вышеописанных последствий (стационирования, суицидальной попытки).

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ТЕРАКТАХ В ВОЛГОГРАДЕ В 2013 Г. (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Оруджев Н.Я., Поплавская О.В., Черная Н.А.

Волгоград
Волгоградский ГМУ

Волгоград в 2013 году подвергся массированной атаке террористов- 21 октября взрыв прогремел в рейсовом автобусе, 29 декабря –на железнодорожном вокзале «Волгоград-1», а 30 декабря- в троллейбусе маршрута № 15. Во всех трех случаях были применены безоболочечные взрывные устройства, начиненные поражающими элементами, что привело к увеличению количества погибших и получивших тяжелые травмы. Погибли в результате теракта 21 октября 8 человек (включая террористку), 32 человека было госпитализировано в различные медицинские учреждения г.Волгограда. В результате терактов 29-30 декабря 2013г. на месте погибло 29 человек, в последующем 4 человека умерло от полученных травм в стационарах города, 82 человека было направлено на госпитализацию, а 5 человек получали амбулаторное лечение. Психолого-психиатрическая помощь была организована на всех этапах оказания медицинской помощи, начиная с мест взрывов. На догоспитальном этапе в оказании помощи пострадавшим при взрыве рейсового автобуса 21 октября 2013г. принимали участие 19 бригад скорой помощи, 4 бригады ГКУЗ «Территориального центра медицины катастроф Волгоградской области», из них одна психолого-психиатрическая бригада. На месте взрыва менее чем через 30 минут, была организована работа бригады психолого-психиатрической помощи территориального центра медицины катастроф. В дальнейшем, для оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим, их родственникам и иным лицам в лечебных учреждениях было привлечено 6 бригад от службы медицины катастроф Волгоградской области и Министерства труда и социальной защиты населения Волгоградской области (по 3 от каждой структуры). Особенностью оказания медицинской помощи пострадавшим в этом теракте было то, что при значительном количестве пострадавших (61 человек), только 32 нуждались в госпитализации, остальным оказывалась амбулаторная помощь. Пострадавшим помощь оказывалась на базе

трех больниц скорой медицинской помощи и городской клинической больницы, расположенных в наибольшей близости от места взрыва, туда ежедневно выезжали бригады психолого-психиатрической помощи территориального центра медицины катастроф. При оказании медицинской помощи на месте взрыва произошедшего 29 декабря 2013г. принимали участие 28 бригад скорой медицинской помощи, 3 бригады психолого-психиатрической помощи ГКУЗ «Территориального центра медицины катастроф Волгоградской области» в составе врачей- психиатров, медицинских психологов, медицинских сестер (бригады были укомплектованы укладками, содержащими необходимые психофармакологические препараты), а также 2 бригады психологической помощи Министерства труда и социальной защиты населения Волгоградской области. В первые минуты после прибытия была проведена комплексная оценка ситуации, организовано межведомственное взаимодействие со старшим оперативной группы психологов Главного управления МЧС России по Волгоградской области и психологами отделения экстренной психологической помощи Волгоградского областного центра социальной помощи семьи и детям «Семья». Цель психологов и психиатров при работе на месте взрыва была выявить наиболее «опасных» лиц, создающих панику, оперативно работать с ними, а также максимально охватить всех участников событий- пострадавших, родственников, очевидцев. На месте была оказана психолого-психиатрическая помощь 21 человеку, из них пострадавшим с ранениями легкой степени 5 человек, очевидцам трагедии- 9 человек, сотрудникам вокзала 7 человек. После убытия психолого-психиатрических бригад для продолжения оказания психологической помощи очевидцам и родственникам пострадавших на месте взрыва была оставлена группа психологов отделения экстренной психологической помощи Волгоградского областного центра социальной помощи семьи и детям «Семья». Практически сразу была открыта горячая линия телефона доверия России. После завершения сортировки и транспортировки пострадавших, эвакуированных в 4 лечебных учреждения, специалисты психолого-психиатрических бригад были направлены эти учреждения. 29.12.2013г. в «ВОКБ № 1» психолого-психиатрическая помощь была оказана 10 родственникам пострадавших, в «ВОКБ № 12» психолого-психиатрическая помощь была оказана 4 пострадавшим, в «ГКБСМП № 25» психолого-психиатрическую помощь получили 16 родственников пострадавших. В тот же день было налажено взаимодействие с психологической службой Главного управления МЧС Волгоградской области, с психологами Московского и Ростовского ЦЭПП МЧС России, а также со специалистами экстренной психологической помощи Волгоградского областного центра социальной помощи семьи и детям «Семья». До конца дня 29.12.2013г. психолого-психиатрическая помощь на базе лечебного учреждения ГКБСМП № 25 была оказана еще 45 человекам, из них 9 пострадавшим в отделении реанимации, 14 пострадавшим в профильных отделениях и 22- родственникам пострадавших, находящихся в приемном отделении. После прибытия психиатров Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского был проведен повторный осмотр всех пострадавших, находящихся в лечебных учреждениях, оказана психолого-психиатрическая в необходимом объеме, а также активно проводилась работа с родственниками пострадавших и погибших. В Волгоградском областном патологоанатомическом бюро психолого-психиатрическая помощь была оказана 12 родственникам погибших. Третий теракт произошел менее чем через сутки от предыдущего- 30 декабря 2013г. При сообщении о теракте на место трагедии выехала психолого-психиатрическая бригада Территориального центра медицины катастроф Волгоградской области и была оказана помощь 12 пострадавшим. На базе «ГКБСМП № 25» было налажено взаимодействие с психологической службой главного управления МЧС Волгоградской области, с психологами Московского и Ростовского ЦЭПП МЧС России, с психиатрами Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, а также со специалистами отделения экстренной психологической помощи Волгоградского областного центра социальной помощи семьи и детям «Семья». Психолого-психиатрическую помощь получил 61 человек, из них 11 пострадавшим в отделении реанимации (ОРИТ-1)- находящиеся в сознании, 19 пострадавшим в профильных отделениях и 31- родственникам, прибывшим в приемное отделение. Также специалистами Московского ЦЭПП МЧС России психолого-психиатрическая помощь в Волгоградском областном патологоанатомическом бюро была оказана 16 родственникам погибших. В дальнейшем, в течение двух недель после декабрьских терактов, сотрудники психолого-психиатрических бригад Территориального центра медицины катастроф Волгоградской области проводили ежедневные обходы пациентов, находящихся на стационарном лечении. Также пролонгированную помощь оказывали психологи Волгоградского областного центра социальной помощи семьи и детям «Семья» и сотрудники ГКУЗ «Волгоградская областная клиническая психиатрическая больница № 2»- пострадавшим, находившимся на лечении в «ВОКБ № 1». Всего психолого-психиатрическую помощь получили 253 человека, из них пострадавшие, находившиеся на стационарном лечении 74 человека, родственники пострадавших 101 человек, родственники погибших 46 человек, очевидцы терактов- 32 человека. Таким образом, в работе специалистов учреждений здравоохранения Волгоградской области были применены такие важные организационно- тактические принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях как этапность оказания помощи, своевременная и правильная сортировка пострадавших, дифференцированная госпитализация пострадавших, дежурство сотрудников специализированных бригад психолого-психиатрической помощи в медицинских учреждениях в первые дни после чрезвычайной ситуации, ежедневные обходы в течение двух недель пострадавших в медицинских учреждениях психологами и психиатрами, при этом оказание помощи не только пострадавшим, но и родственникам пострадавших, круглосуточное дежурство психотерапевтов с целью приема граждан, круглосуточная работа телефона доверия для оказания психологической помощи населению.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН – ВТОРИЧНЫХ ЖЕРТВ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ В ВОЛГОГРАДЕ 29 И 30 ДЕКАБРЯ 2013 Г.

Осадший Ю.Ю., Арчаков Д.С., Тараканова Е.С., Вобленко Р.А.

Волгоград
ООО Научно-производственное объединение
Волгоградский центр профилактики болезней ЮгМед

Последнее время отмечается увеличение количества антропогенных чрезвычайных ситуаций, в том числе террористических актов [Кекелидзе З.И. с соавт., 2003]. Говоря о жертвах террористических актов, особого внимания заслуживают лица, не подвергшиеся их непосредственному воздействию, то есть те кто наблюдал за происходящим через средства массовой информации. Эту группу принято называть – вторичными жертвами [Портнова А.А., 2007].

Рядом авторов отмечается, что психо-социальные, психо-эмоциональные нарушения после перенесенного стресса более характерны именно для женщин [T.M. Davis, 1999].

Целью настоящего исследования явилось определение особенностей психогенных расстройств у женщин – вторичных жертв в результате террористических актов в г. Волгограде.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе научно-производственного объединения «Волгоградский центр профилактики болезней «ЮгМед» в рамках консультативно-лечебной помощи населению после терактов 29 и 30 декабря 2013 года в г. Волгограде. За помощью обратилось 32 женщины с впервые выявленными психическими расстройствами, развившимися непосредственно после совершенных терактов и имеющих четкую взаимосвязь болезненных переживаний с психотравмирующей ситуацией (основная группа). Все обследованные не подвергались непосредственному воздействию, не были знакомы с пострадавшими или погибшими в результате теракта. Средний возраст обратившихся составил 42,9±14,4 лет. Пациенты были разделены на три возрастные группы: 18-24 лет (12,5%), 25-55 лет (71,9%), старше 55 лет (15,6%).

Для выявления личностных особенностей вторичных жертв была сформирована группа контроля, которую составили 30 психически здоровых женщин со сходными медико-социальными характеристиками.

В процессе исследования проводилось рутинное психиатрическое обследование, а также использовались методики Ч.Д. Спилберга в модификации Ю.Л. Ханина (определение личностной и реактивной тревожности), А.М. Вейна (вегетативный статус), шкала депрессии Бека, тест Леонгарда (определение личностных акцентуаций).

Все случаи были классифицированы в рамках диагноза F43.2 (Расстройство адаптации) в соответствии с критериями МКБ-10.

Обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel 2010 и программы Statistika 7.0.

Результаты и их обсуждение. Основное количество пациентов (90,6±0,5%) за помощью обратилось в первые 5 дней после совершенных терактов, а 9,4±1,7% – в течение недели.

Согласно полученным результатам доминирующую позицию по уровню образования занимали пациенты с высшим образованием 71,9±0,9%, в то время как пациенты со среднем и средне-специальным уровнем образования встречались в 6,2±1,7% и 21,9±1,6% соответственно ($p<0,05$). При сравнении с группой контроля статистически значимых различий не отмечалось.

В настоящем исследование более половины женщин основной группы состояли в браке 62,5±1,1%, в то время как в группе контроля это показатель оказался несколько выше и составил 76,7±0,9% ($p<0,05$). Похожая динамика отмечалась и относительно трудовой занятости. Так, в основной группе работали 65,6±1,0%, а в группе контроля этот показатель оказался в 1,3 раза выше (86,7±0,7% с $p<0,05$).

Большинство пациентов связывали появление психических расстройств с «ощущением» паники в обществе, отмечали непрерывный и навязчивый характер информации о терактах с высокой степенью визуализации последствий трагедий.

Основным симптомом психогенных расстройств у вторичных жертв терактов в г. Волгограде являлись вегетативные нарушения (90,6±0,5% случаев). При этом следует отметить, что в исследуемой группе имел место сдвиг нейрогуморального равновесия в сторону симпатоадреналовой активности. Второй по частоте жалобой была тревога, которая встречалась в 81,2±0,8% случаев. Сниженное настроение, как жалоба, встречалась в 84,4±0,7% случаев. Однако объективно клиническая депрессия отмечалась у 12,5±1,6% пациентов, причем только в легкой форме. Нарушения сна наблюдались у 75,0±0,9% обследованных, которые отмечали трудности в засыпании и поверхностный сон. При этом 15,6±1,6% пациентов связывали частые пробуждения с кошмарными сновидениями. Три четверти пациентов (75,0±0,9%) испытывали страхи. Основной фобической фабулой являлся страх передвижения в общественном транспорте, а также посещение общественных мест с большим скоплением людей. В 18,7±1,6% случаев были диагностированы панические атаки, которые сопровождались некоторой абортивностью клинических проявлений.

Согласно полученным результатам средние значения как личностной (59,2±1,9), так и реактивной тревожности (39,8±2,0) в группе вторичных жертв в 1,5 и 1,7 раза (соответственно) превышали таковые в контрольной группе. Это указывает на преобладание высокого уровня личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) в основной группе. Подтверждением явилась большая вероятность встречаемости высокой личностной (83,3±0,6%) и высокой реактивной тревожности (77,3±0,7%) у женщин-вторичных жертв террористических актов ($p<0,05$).

По показателям ЛТ в «оптимальный диапазон» входило только 13,3±1,1%, а в диапазон низкого уровня – 3,3±1,7% обследованных пациенток. При этом в контрольной группе лидирующую позицию занимала умеренная тревожность (55,6±0,6%), несколько реже встречалась высокая (34,7±0,7%) и самой малочисленной оказалась встречаемость низкого уровня тревожных проявлений (9,7±1,3%).

По значениям РТ в основной группе 5,5±1,7% женщин имели низкий и 77,3±1,2% – высокий уровни тревожности. Среди лиц с отсутствием психической патологии наиболее часто встречалась низкая тревожность (70,8±0,7%), умеренная тревожность имела место в 23,6±1,1% случаев, а высокий уровень был зафиксирован только у 5,6±1,2% обследованных ($p<0,05$).

Сравнительный анализ типов акцентуаций характера показал, что в основной группе акцентуации встречались чаще (96,9±0,3%), в то время как в группе контроля они имели место лишь у 76,7±0,9% обследованных. При этом в основной группе (по сравнению с контролем) в 2 раза чаще встречались сочетание нескольких типов акцентуаций у одного пациента (19,3±1,6% и 9,4±1,7% соответственно).

Наиболее частыми акцентуациями в группе вторичных жертв были тревожные (28,3±1,5%), демонстративные (21,9±1,6%), дистимические (18,7±1,6%), эмотивные (18,7±1,6%), циклотимные (12,5±1,6%) и педантичные (9,4±1,7%). В контрольной группе типы акцентуаций распределились следующим образом: эмотивные (16,7±1,7%), тревожные (13,3±1,7%), демонстративные (13,3±1,7%), педантичные (13,3±1,7%). При этом были выявлены два типа акцентуаций, которые не встречались в группе вторичных жертв – гипертимные (10,0±1,7%), возбудимые (10,0±1,7%).

Таким образом, наибольшая обращаемость вторичных жертв террористических актов за психиатрической помощью приходится на первые 5-7 дней после их совершения, что указывает на необходимость повышения доступности информации о возможности консультативно-лечебной психолого-психиатрической помощи именно в этот период.

Триггерными механизмами развития психогений являются тотальное, навязчивое, малоцензурированное освещение террористических актов в средствах массовой информации, развитие «ощущения» паники среди населения, следствием чего является взаимоиндуцирование граждан и формирование порочного круга.

Ведущими симптомами в клинической картине у женщин-вторичных жертв терактов являются симптомы невротического регистра с преобладанием тревожно-фобических расстройств на фоне сдвига нейрогуморального равновесия с сторону симпатоадреналовой активности.

Для вторичных жертв наиболее типичным является высокий уровень личностной тревожности, что указывает на их склонность воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в широком диапазоне ситуаций и реагировать существенным повышением тревожности во многих жизненных ситуациях.

Характерными акцентуациями личности для женщин-вторичных жертв являются тревожная, демонстративная, дистимическая, эмотивная, циклотимная, педантичная, что является одним предрасполагающим фактором развития психогенных расстройств.

КОШМАРНЫЕ СНОВИДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПТСР

Пудиков И.В.

Москва
ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ

В современной общественно-политической ситуации актуальной остается задача своевременной диагностики и адекватной терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Существующие классификации учитывают, как клиническую структуру расстройства (полный, частичный варианты), так и этиопатогенетические особенности развития ПТСР. Наиболее тяжелой и социально значимой формой справедливо считается – боевой вариант ПТСР. Сравнительная оценка клинико-динамических и нейрофизиологических характеристик состояния лиц, страдающих ПТСР, позволяет получить важные данные о патогенезе заболевания, оптимизировать терапию пациентов. К центральным симптомам ПТСР традиционно относят нарушения сна, в частности – кошмарные сновидения. Отмечается также задержка наступления сна (латенция NREM фазы сна) и увеличение времени бодрствования в течение ночи (число и длительность пробуждений). Кошмары представляют собой насыщенные тревогой или страхом сны, которые человек помнит очень детально. Ночные кошмары связаны с измененной архитектурой сна, нарушением непрерывности сна и с увеличением плотности быстрых движений глаз. Считается, что у ветеранов боевых действий нарушения психической активности в состоянии сна более выражены и устойчивы, чем у пациентов с небоевыми формами ПТСР. Сновидения ветеранов боевых действий характеризуются большей визуальной образностью и чувством вины, чем сны у пациентов с небоевым вариантом ПТСР ветеранов [Starker S., Jolin A., 1982]. Нарушения ночного сна у пациентов находят отражение в изменении нейрофизиологических характеристик (архитектуры сна): нарушении непрерывности сна, снижении эффективности сна, увеличение времени бодрствования во сне, сокращении продолжительности медленноволнового сна и увеличении числа ночных пробуждений, особенно из 2-й стадии сна. У субъектов с частыми кошмарами отмечаются более длительные периоды быстрого сна, что, вероятно, связано с их «повышенной негативной аффективностью» [Simor P., et al., 2012].

Проанализированы, полученные ранее материалы относительно состояния сна пациентов с боевым ПТСР в различные сроки с момента психической травмы. Среднее число ночей с кошмарами в неделю в группе «воинов-афганцев» составило – 0,4±0,3, в группе ветеранов операции по восстановлению конституционного порядка в Чеченской республике (ОВКП, первая чеченская кампания) – 3,5±2,2, среди участников контртеррористической операции в ЧР (КТО, вторая чеченская кампания) – 3,9±3,4. Среднее число кошмаров в неделю составило соответственно: 1,0±0,0, 3,7±2,2 и 4,1±3,2. Оценка частоты кошмаров в разных подгруппах пациентов с боевым ПТСР. Число ночей с кошмарами в нед: воины-афганцы: 0,4±0,3, ветераны ОВКП: 3,52±2,2, участники КТО: 3,9±3,4. Число кошмаров/нед воины-афганцы: 1,0±0,0, ветераны ОВКП: 3,7±2,2, участники КТО: 4,1±3,2.

С целью оценки специфичности кошмарных сновидений боевого варианта ПТСР нами сравнивались содержательные и структурные особенности сновидений в подгруппах пациентов с боевым вариантом ПТСР (группа сравнения) и небоевым вариантом ПТСР (группа контроля). Группа контроля (19 чел) сформирована из пациенток-женщин, переживших сексуальное насилие, наблюдавшихся нами в 1993-2012 гг. в условиях амбулаторного медико-реабилитационного отделения («кризисный стационар«) и частного психотерапевтического приема. Пациентки с небоевым вариантом ПТСР составили две подгруппы. Подгруппа А, 11 чел, наблюдавшиеся в 1993-1998 гг. в условиях «Кризисного стационара», как «жертвы насилия», ср. возраст=19,2±2,9 лет. Анамнез травмы=5±2,4 мес. Клинические варианты ПТСР в подгруппе А: соматоформный – 45,4%, астенодепрессивный – 27,3%, тревожно-дисфорический – 27,3%. АШР в момент психической травмы реконструировалось у 2 чел (18,2%). В подгруппе Б 8 чел обратились за частной психотерапевтической помощью вне связи с пережитым насилием в 1996-2012 гг. Ср. возраст=31,5±5,4 лет. Анамнез травмы=7,5±3,1 лет. Оценка частоты кошмаров у пациенток с небоевым ПТСР: Число ночей с кошмарами в нед в подгруппе А: 0,9±0,2; в подгруппе Б: 1,3±0,5. Число кошмаров в нед. А: 1,8±0,6, в подгруппе Б: 3,2±0,8.

Исследование выполнено при поддержке гранта РГНФ 12-36-01155.

КЛИНИКА РЕАКТИВНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА

Садовничий К.С., Уваров В.В., Якшин В.А.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

В период оказания специализированной психолого-психиатрической помощи пострадавшим в результате террористического акта в г. Беслан в сентябре 2004 года, специалистами Клиника пограничных состояний СтГМУ было выявлено 12 пострадавших в возрасте от 18 до 45 лет (8 женщин 4 мужчины), 1 ребенок в возрасте 12 лет с реактивными психопатологическими расстройствами психотического уровня. Развитие реактивного психотического состояния характеризовалось 2 основными психопатологическими вариантами.

При первом варианте (6 женщин и 1 мужчина) развитие психотического состояния характеризовалось внезапностью возникновения бредовых идей (по типу «озарения»), отличалось выраженной остротой психопатологических расстройств. В клинической картине наблюдались эпизоды измененного сознания, растерянность, на фоне бредового симптомокомплекса по типу острого чувственного бреда, были выражены проявления напряженного аффекта в виде состояния тревоги, страха, паники, больные продолжали переживать ситуацию заложничества. В структуре бредовых расстройств отмечались симптомы ложного узнавания, когда в окружающих и медицинском персонале больные видели переодетых «загримированных террористов». Находясь в здании больницы пациенты по прежнему считали что находятся в школе и им грозит смертельная опасность, состояния психомоторного возбуждения по типу «двигательной бури» сменялись субступорозным расстройством, на фоне которого нарастали проявления депрессивного аффекта. При данном варианте реактивного психотического состояния, заболевание развертывалось в период от нескольких часов до 4-5 суток после окончания трагедии. В клинико-терапевтическом отношении данный вариант реактивного состояния отличался благоприятны прогнозом. Больным назначались сложные фармакологические композиции на основе нейролептиков, ангиопротекторов, церебропротекторов. Выход из психотического состояния носил критический характер, сопровождался продолжительным медикаментозным сном. В дальнейшем клиническую картину определяли астено-субдепрессивные расстройств, воспоминания о пережитом в остром периоде психоза носили отрывочный характер. На данном этапе психофармакотерапии в схему лечения добавлялись антидепрессанты.

При втором варианте развития реактивного психотического состояния (2 женщины 3 мужчин) параноид развивался после периода более или менее длительного этапа выраженного эмоционального напряжения, тревоги, страхов длительностью от 10 до 30 дней. По анамнестическим данным полученным от родственников у пациентов в течении нескольких недель предшествующих развитию психоза нарушался ночной сон, пациенты высказывали страхи, что террористический акт должен повториться в ближайшее время, боялись выходить на улицу, утверждали, что видели подозрительных людей или машины, боялись отпускать детей в школу, вместе с этим постепенно нарастали признаки депрессии. Бредовые расстройства в период манифестации психоза отличались большей степенью систематизации, больные обращались к сотрудникам правоохранительных органов, утверждая, что знают о новом готовящемся террористическом акте, в структуру тематики бреда вовлекали соседей знакомых, утверждая, что они «пособники террористов», так же ведущими являлись бредовые идеи преследования. Наличие выраженных проявлений депрессии и параноида давали основание выставить диагноз депрессивно-параноидного синдрома. Больные с представленным вариантом реактивного психоза отличались большей степенью психофармакотерапевтической резистентности. В этой связи терапия строилась на основе сочетания инфузионного введения сложных фармакологических композиций нейролептиков, ангиопротекторов, а так же с первых дней лечения параллельно назначались внутривенные инфузии трициклических антидепрессанов. Течение реактивного психоза при данном варианте носило более затяжной характер (2-4 нед). У одного из обратившихся пациентов, мужчины в возрасте 23 лет, несмотря на проводимую психофармакотерапию отмечались тенденции к трансформации тревожно-депрессивного синдрома в депрессивно-апатический с большей степенью систематизации бредовых расстройств, что дало повод говорить о психогенном аффективно-шоковом факторе как, спровоцировавшем развитие механизмов эндогенного процессуального расстройства.

Как и в клинической картине заболевания у взрослых, острый психогенный параноид у обследованного ребенка 12 лет, возник по типу «реакции измененной почвы» (С.Г. Жислин, 1940). К числу факторов «измененной почвы» способствовавших развитию параноида явились остаточные признаки раннего органического поражения головного мозга, а также соматическая ослабленность (перенесенное ОРВИ). В целом клиническая картина характеризовалась в большей степени рудиментарными параноидными идеями, наличием страхов сверхценного содержания, в данном случае страхом идти в школу потому, что «нет никакой гарантии, что ее не захватят». Психофармакотерапевтическая тактика в данном случае строилась на сочетании внутривенных инфузий сложных фармакологических композиций малых нейролептиков, ноотропов, ангиопротекторов, церебропротекторов; антидепрессантов (преимущественно ингибиторы обратного захвата серотонина).

Таким образом, реактивные психотические состояния, наблюдаемые нами у пострадавших в результате террористического акта в г. Беслан, в клиническом отношении являлись гетерогенной группой расстройств, с различными клиническими проявлениями, различной степенью выраженности отдельных психопатологических симптомокомплексов, длительностью течения, различной степенью психофармакотерапевтической резистентности и дальнейшим прогнозом. Выявленные закономерности позволяют прогнозировать лечебные и реабилитационные мероприятия у данной группы пациентов.

ВЬЕТНАМСКИЙ, АФГАНСКИЙ, ЧЕЧЕНСКИЙ, ДОНБАССКИЙ СИНДРОМ.. ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ПРИРОДУ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Солдаткин В.А., Снедков Е.В., Сукиасян С.Г.

Ростов-на-Дону
РостГМУ

Трагедия, развернувшаяся на Востоке Украины, помимо огромного политического, социального, экономического резонанса, привела к формированию значимой медицинской проблемы, актуализировав потребность в своевременной диагностике и адекватной помощи пострадавшим. Вспоминая известные слова о том, что «все новое является забытым старым», и частично с этой мыслью соглашаясь, предпринимается попытка систематизировать взгляды на происхождение расстройств после тяжелого стресса.

Начало учения о травматических неврозах можно отнести к концу 18-го века. В 1866 г. английский хирург Эриксен описал «сотрясение спинного мозга, нервный шок и другие невыясненные повреждения нервной системы», или «железнодорожный спинной мозг». Автор связывал психические расстройства, проявляющиеся у пострадавших от катастроф, с изменениями в «мозговых оболочках и веществе спинного и головного мозга».

Первое психиатрическое описание («солдатское сердце»), которое сделал Da Costa в 1871 г., относится к боевым действиям времен гражданской войны в Америке. Психические нарушения рассматривались как проявления «ностальгии», что считалось разновидностью «меланхолии». В 1884 году Шарко и его ученики выдвинули в качестве основной причины «травматического невроза» эмоцию и шок.

В Германии невролог Oppenheim H. в 1889 г. издал монографию «Травматические неврозы», которая повлияла на взгляды врачей в Германии и России. Причиной болезни Oppenheim H. считал молекулярные изменения в тканях головного мозга вследствие комбинированного воздействия механических и психических факторов. Взгляды Oppenheim на патогенез расстройства совпадали с точкой зрения Charcot J.-M. (1885), который к тому времени создал учение об истерии, как о своеобразной болезни нервной системы, зависимой от влияния эмоций, но имеющей микроорганическую основу.

В 1894 г. Sommer R. ввел термин «психогении». Психогении включили широкий спектр расстройств, происхождение которых объяснялось психическими переживаниями. Термин устанавливал жесткую границу с расстройствами, обусловленными органическим поражением ЦНС. Еще через год вышла работа Freud S. с изложенной в ней точкой зрения на истерию как на субъективно целесообразное для индивида заболевание, служащее средством спасения от неблагоприятных внешних условий. Утверждалась идентичность травматического невроза и истерии (Freud S., Breuer J., 1956). Психоаналитическую трактовку психогений поддержали многие крупные ученые. По мнению Bleuler E. (1920), травматический невроз «главным образом возникает вследствие бессознательного страха идти на фронт, а в последующем – на почве борьбы за пенсию» (Bleuler E., 1920). Kraepelin E. (1923) ведущую роль отводил болезненному предрасположению и стремлению субъекта избежать представлений, связанных с психотравмой. Причину травматического невроза он видел во «влиянии законодательства о ренте», в «нежелании больного начать работу». Неосознаваемому желанию «бегства в болезнь из непереносимой реальности» отводил решающую роль и Jaspers K. (1965).

Применение новых видов вооружений, крупнокалиберной артиллерии и мощных взрывных устройств в русско-японской войне 1904-1905 гг. повлекло возрастание тяжести и масштабов военной травматизации с появлением большого

числа раненых и пораженных, в т.ч. с психическими расстройствами. Научные споры сосредоточились на определении этиопатогенеза расстройств. Одни авторы отстаивали биологическую природу конверсионных феноменов при взрывных контузиях, считая их энцефалопатическими стигматами (Иванов-Смоленский А.Г., 1945; Банщиков В.М., Невзорова Т.А., 1969; Осипов В.П., 1944; Шмарьян А.С., 1943; и др.), другие были сторонниками их психогенного происхождения, отождествляемого с истерией (Андрес Л., 1928; Гольман С.В., 1941; Портнов А.А., Федотов Д.Д., 1971; Свядощ А.М., 1982 и др.). Ряд исследователей приняли компромиссную точку зрения об «истеро-органических сочетаниях» (Аствацатуров М.И, 1939; Давиденков С.Н., 1949; Залкинд Э.М, 1943 и др.).

В настоящее время мы располагаем достаточно объемными сведениями об ультратонких морфофункциональных изменениях при ПТСР. В частности:

Результаты нейровизуализационных исследований при ПТСР. Наиболее часто выявляемой патологией при ПТСР является уменьшение объема гиппокампа. Исследование идентичных близнецов, один из которых был участником войны во Вьетнаме, показало, что размер гиппокампа определяется перенесенной травмой и наличием ПТСР (Gilbertson M.W. et al., 2002). МР-исследования головного мозга у пациентов с ПТСР выявили приобретенное уменьшение объема вентромедиальной предлобной коры (Kasai K. et al., 2008).

Результаты функциональных нейровизуализационных исследований показали из-мененную активность в амигдале, вентро-медиальной префронтальной коре и дорсальной передне-сингулярной коре, так же как в гиппокампе и инсулярной коре у лиц с ПТСР.

Визуализация рецептора. Geuze E. et al. доказали, что у ветеранов с ПТСР отмечается снижение ГАМК-ергических рецепторов типа А по всей коре, в гиппокампе и таламусе, по сравнению с ветеранами без ПТСР (Geuze E. et al., 2008); этот факт позволяет предположить глобальное снижение тормозной функции мозга.

Результаты нейроэндокринологических исследований. Индоламины. Система 5-НТ предположительно причастна к возникновению симптомов ПТСР и модуляции риска ПТСР. Эти данные согласуется с клинической эффективностью длительного использования СИОЗС, которое сопровождается десенсибилизацией 5-НТ2С рецепторов (Kennett G.A. et al, 1994).

Нейропептид Y (NPY). Исследование Rasmusson A.M. et al. (2000) продемонстрировало, что NPY в процессе стрессовых состояний выполняет защитные функции, обусловленные модуляцией симпатических реакций. Ретроспективное исследование мужчин-ветеранов показало, что низкие плазменные уровни NPY связаны с более медленным исчезновением симптомов ПТСР в течение долгого времени (Yehuda R. et al., 2006).

Кортикотропин-релизинг фактор имеет анксиогенные физиологические и поведенческие эффекты (Dun A.J., Berridge C.W., 1990). Высокий уровень кортикотропин-релизинг фактора был выявлен в крови различных контингентов пациентов с ПТСР (Baker D.G. et al., 2005; de Kloet C.S. et al., 2008).

Кортизол. Нельзя утверждать, что гипокортизолизм прямо коррелирует с посттравматическими расстройствами. В то же время, терапия пациентов с острыми расстройствами дополнительными дозами кортизола, с позитивным исходом ПТСР, позволяет предположить, что дефицит кортизола может играть роль в патогенезе ПТСР (Schelling G. et al., 2004).

Результаты генетических исследований. Удельный вес генетических факторов в уязвимости для ПТСР составляет от 30% (Stein M.B. et al., 2002) до 72% (Sartor C.E. et al., 2011). Генетические влияния на проявления травмы, как предполагается, в основном реализуются через наследственные черты личности. Отсутствие последовательности ассоциаций между специфическими генетическими вариантами и ПТСР может быть объяснено эпистатическими эффектами (Kilpatrick D.G. et al. 2007).

Результаты иммунологических исследований. Одним из патологических процессов, вносящих свой вклад в развитие ПТСР, является дисфункция иммунной системы организма (Оганесян Л.П. и соавт., 2008; Song S.Y. et al., 2007). В Республике Армения был проведен анализ корреляции между уровнями исследуемых цитокинов и выраженностью основных симптомов ПТСР. Результаты корреляционного анализа демонстрируют наличие достоверной корреляции для двух цитокинов – IL-1β и IL-6. Полученные данные являются убедительным доказательством ассоциации слабо выраженного хронического воспаления с ПТСР.

Итак, в современной науке выделяется целый ряд объяснительных моделей, описывающих генезис, динамику посттравматических стрессовых расстройств. Ни одна из вышеперечисленных концепций не объясняет индивидуальные особенности переживания травматического стресса, не объясняет проблему развития ПТСР у одних людей, подвергшихся травме, и отсутствие его у других. Этот факт обуславливает насущную необходимость продолжения исследований.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ПСИХОТРАВМИРУЮШИХ ФАКТОРОВ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Старостин О.А., Соловьев А.Г.

Архангельск
Северный ГМУ

Цель исследования – обоснование применение методики медико-психологической коррекции, основанной на целостном использовании полимодальных физических факторов и техник холистической психотерапии с применением специальных устройств – «медико-психологических капсул» (МПК) для медико-психологической коррекции лиц, подвергшихся воздействию психотравмирующих факторов чрезвычайных ситуаций (ЧС).

Материалы и методы. Нами обследовано 94 чел., в возрасте 22–50 лет (в том числе 37,5% мужчин и 62,5% женщин). Все обследованные в течение последнего года подверглись воздействию психотравмирующих факторов ЧС. В зависимости от содержания назначаемых коррекционных программ обследуемые были разделены на основную группу (ОГ, 60 чел.) и группу сравнения (ГС, 34 чел.). При распределении лиц на группы учитывалось наличие технических возможностей к проведению конкретных мероприятий медико-психологической коррекции, а также личное желание пациента в назначении той, или иной коррекционной программы.

Для экспресс-оценки уровня депрессии (УД) в структуре динамичных личностных свойств применяли шкалу Тейлор, значения которой в диапазоне 40-50 баллов рассматривались как показатель очень высокого УД, 25-39 – свидетельствовали о высоком УД, 15-24 – о среднем (с тенденцией к высокому), 5-14 – о среднем (с тенденцией к низкому) и 0-5 баллов – о низком УД.

Для коррекции депрессивных проявлений в ОГ нами была использована методика холистической коррекции, основанная на сочетанном применении полимодальных физических факторов и техник холистической психотерапии с использованием МПК, включение которых в систему медико-психологической реабилитации лиц, имеющих невротические стрессогенные расстройства, было обосновано нами ранее (Старостин О.А., 2012). Курс холистической коррекции с использованием МПК состоял из десяти 45-минутных сеансов, чередовавшихся через 2

дня. В ГС проводился курс медико-психологической коррекции по стандартной методике с использованием психофармакотерапии, когнитивно-поведенческая психотерапии, физиотерапии, ЛФК, массажа.

Результаты. На момент начала реабилитации у 65,9% всех пациентов (62 чел.) были выявлены признаки тревожно-депрессивных реакций, в связи с чем средние по подгруппам показатели УД находились в диапазоне средних и высоких значений (23,5-24,9 баллов), межгрупповых различий в исходном состоянии не отмечено.

Как показали результаты повторного обследования, проведенные мероприятия медико-психологической коррекции, в целом, благоприятно отразились на психическом статусе большинства обследованных, о чем свидетельствует высоко статистически значимое снижение УД в группах наблюдения, достигшее диапазонов «низкой выраженности – отсутствия депрессии». Отмечались достоверные различия по показателю УД между ОГ и ГС: наиболее выраженная редукция тревожно-депрессивных проявлений наблюдалась в ОГ, меньшими аналогичные сдвиги оказались в ГС. Для последующего периода наблюдения характерной оказалась стабилизация параметра в ОГ, при наличии тенденций к повышению УД у лиц ГС.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что использование методик холистической коррекции является эффективным методом медико-психологической коррекции и вариантом выбора в лечении депрессивных расстройств у лиц, подвергшихся воздействию психотравмирующих факторов ЧС.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ БРИГАД ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Таращук Е.Ю., Коростылева Е.В., Серый Д.В.

Краснодар
ГБУЗ СПБ №7 МЗ КК

Психические последствия чрезвычайных ситуаций (ЧС) являются важной медико-социальной проблемой, решение которой нужно осуществлять усилиями специалистов различных направлений (психиатры, психологи, интернисты, социальные работники) на системной, комплексной основе. По мнению большинства исследователей ЧС делятся на: природные, техногенные и антропогенные. И если психические последствия при различных формах ЧС сходны по своим клиническим проявлениям, то отношения населения различным видам ЧС неоднозначно. Если природные и техногенные ЧС воспринимаются как судьба, рок, трагическое стечение обстоятельств, которые невозможно было избежать (стихийные бедствия, аварии), то антропогенные ЧС воспринимаются как умышленные, враждебные действия одних людей на других, которые можно было не допускать, осуществлялись сознательно и были направлены на причинение физического вреда и психологического подавления и унижения (войны, теракты, пытки, насилие). В связи с этим последние оказывают более патогенное воздействие, и в виде повторных переживаний сохраняется в памяти человека длительное время, вызывая психоэмоциональные расстройства и деформируя отношение пострадавшего к окружающему миру.

Чрезвычайные ситуации происходят во всех регионах Российской Федерации, однако ЧС антропогенного характера наиболее часто происходят в регионах Южного Федерального Округа (ЮФО) и Северо-Кавказского Федерального Округа (СКФО). В этих округах проживает 16,2% россиян, в том числе: в ЮФО – 13 856 700 человек- 9,6% населения страны, и в СКФО – 9 496 800 человек – 6,6% населения страны.

Оказание психолого-психиатрической помощи населению при чрезвычайных ситуациях предполагает создание в стране психологической и психиатрической службы, которая обеспечивает проведение необходимых мер (предварительных, лечебно-диагностических, реабилитационных) на федеральном, региональном, местном уровне и в эпицентре чрезвычайной ситуации. Любая ЧС не ограничивается только прямым воздействием на непосредственных участников, но и вовлекает широкий круг людей: жертвы, свидетели, родственники, вторичные жертвы. Психогенные расстройства при стихийных действиях и массовых катастрофах занимают особое место в связи с тем что могут одновременно возникать у большого числа людей, внося дезорганизацию в общий ход спасательных и восстановительных работ. Этим определяется необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза выявляемых расстройств, а также проведения всех возможных лечебных мероприятий.

На базе ГБУЗ Специализированная психиатрическая больница №7,согласно приказа № 249 ОД от 09.02.2011 года « О повышении готовности учреждений здравоохранения Краснодарского края к работе в условиях чрезвычайной ситуации», была организована психолого-психиатрическая служба специализированной медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций. Были сформированы шесть бригад специалистов (три основных и три резервных), состоящих из врачей психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов и медицинских сестер. Бригады подчиняются главному врачу больницы, специалисту по ГО и координатору службы- начальнику структурного подразделения. В случае возникновения чрезвычайной ситуации контрольное время готовности бригад к выезду составляет 2 часа. Бригады оснащены медицинским и материально-техническим оборудованием. К медицинскому оснащению относятся лекарственные препараты психотропного действия, обладающие седативным и транквилизирующим действием, дезинфицирующие и другие лекарственные средства. Имеется 3 палатки, складные столы и стулья, раскладушки по количеству членов бригады, спальные принадлежности, фонарики аккумуляторные, посуда, газовая печь, дизель-генератор. Все члены бригады одеты в специализированную форму единого образца, что выделяет психиатрическую помощь от других медицинских служб. Имеется два варианта этой формы (зимняя- с теплой курткой и брюками и летняя – с футболкой с короткими рукавами), резиновыми сапогами.

С момента образования психолого- психиатрические бригады нашей больницы оказывали помощь пострадавшим при ЧС в городе Краснодаре и Краснодарском крае. Совместно с психиатрической службой всего Краснодарского края, в тесном взаимодействии с психологическими службами МЧС и МВД, участвовали в ликвидации последствий крупных наводнений в городе Крымске в 2012 году, станице Должанской Ейского района в 2014 году. Специалисты бригад осуществляли экстренную психолого-психиатрическую помощь,участвовали в лечебно-звакуационных мероприятиях, а также оказывали лечебно-консультативную помощь в пунктах оказания психолого-психиатрической помощи, развернутых по всему городу и в «кризисных кабинетах» в медицинских учреждениях. Регулярно бригадами оказывалась помощь семьям погибших при пожаре и дорожно-транспортных происшествиях.

Таким образом, можно сделать вывод об эффективном использовании психолого-психиатрических бригад на базе ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница №7» МЗ КК при оказании помощи пострадавшим во время ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕРТВ НАСИЛИЯ

Тюнева А.И., Цыганков Б.Д.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Во многих случаях острое психогенное воздействие вызывает у личности не только острую реакцию на стрессовое воздействие, но и приводит к формированию более сложных по своей структуре психических расстройств. Знания предрасполагающих к развитию хронических посттравматических расстройств факторов позволяют своевременно определять терапевтическую и социально-реабилитационную тактику.

Было проведено обследование жертв сексуального насилия, в котором участвовало 104 женщины из различных социальных групп, с разным уровнем образования, семейным положением, стилем жизни, родом деятельности. Средний возраст участниц исследования составил 27.7+/-1.5 лет. Длительность оцениваемого периода с момента акта насилия до обращения к психиатру варьировала от 1 месяца до 30 лет (в среднем составил 9.3+/-1.3 года).

Выявленные в ходе исследования психические расстройства у женщин, перенесших сексуальное насилие, не выходили за рамки невротических и патохарактерологических расстройств. При обработке материала четко определились две группы: в первую из них вошли женщины, которые после получения психической травмы насилия оказались в благоприятной для них микросоциальной среде (19-18.3%), получая психологическую поддержку, одобрение, понимание. В этой группе психические нарушения не выходили за рамки острой реакции на стресс и нарушений адаптации.

Во второй группе, которая составила большинство (85-81.7%), подобная поддержка со стороны семьи, друзей, ближайшего окружения отсутствовала. К моменту проведения исследования пациентки второй группы, имели стойкие невротические расстройства, такие как неврозы, ПТСР или патохарактерологические изменения. Значительное большинство участниц нашего исследования из второй группы, смогли рассказать о пережитом изнасиловании и о том значении, которое оно имела для них лишь по прошествии пяти и более лет после пережитой психогении (в среднем 9.3+/-1.3 года).

Проведенный анализ этих случаев с целью определения факторов, приведших к формированию психических расстройств с хроническим течением, позволил выделить следующие причины:

1. Особенности личности: доминирование в характере таких черт, как неуверенность в себе, потребность в одобрении своих поступков и решений из вне (23-32,6%); неустойчивая (9-8.7%) или заметно сниженная самооценка (95-91.3%). Не достаточно гибкая когнитивная система ценностей. Все жертвы насилия были склонны к длительной фиксации на эмоционально значимых ситуациях.

2. Особенности семейных взаимоотношений в родительской семье: психологически подавляющее влияние одного и (или) обоих родителей создавало атмосферу недоверия в семейных отношениях, эмоционально дистанцировало членов семьи друг от друга и заставляло испытывать постоянный страх неприятия и осуждения у формирующейся в этих условиях личности (88.4%). Важную роль в формировании виктимного поведения играла «критикующая и отвергающая» мать (87.5%), которая активно участвовала в формировании представления у дочери о том, что «жертва сама виновата«.

3. Сверхценное отношение личности к психической травме насилия. При этом пережитая психическая травма воспринималась как «катастрофическая», при которой личность не видела выхода и положительного исхода для себя. Это ощущение усиливало отсутствие поддержки от близких людей или убеждение, что «с хорошими людьми не случаются несчастья» и приводило к самоизоляции личности.

4. Особенности ситуации, в котором произошло насилие: применение физической силы и психологической агрессии, приведшие к физическим травмам (повреждениям); групповое нападение; насилие, совершенное человеком, которому личность безоговорочно доверяла («обман доверия»); не прогнозируемость ситуации.

5. Отсутствие помощи и психологической поддержки в остром и раннем посттравматическом периоде. Более половины участниц исследования (60 – 57.7%) не решались рассказать о случившемся кому-либо, за исключением тех случаев, когда в результате изнасилования они попадали в стационары с телесными повреждениями. Стремление к самоизоляции в большинстве случаев объяснялось стыдом, страхом осуждения, чувством вины (при убеждении, что жертва сама виновата в случившемся).

Таким образом, из вышесказанного определяется терапевтическая и реабилитационная тактика жертв сексуального насилия. После купирования острых эмоциональных реакций психотерапевтическая тактика определяется следующими задачами:

- снижение значимости пережитых событий для личности и их перевод в жизненный опыт;
- повышение самооценки;
- формирование адаптивных когниций, позволяющих изменить отношение личности к себе, к пережитым событиям, своему будущему;
- привлечение личности к социальной активной деятельности, исходя из ее особенностей и желаний.

В наше время изнасилование стало социальным явлением. Необходимо формировать у общества толерантное отношение к подобным событиям, которое подразумевает в первую очередь адекватное распределение вины между жертвой и агрессором. Профессионалы (врачи различных специальностей, психологи) призваны помочь жертве насилия в ее восстановлении после пережитого, однако сексуальная агрессия – это проблема социума в целом, решение которой лежит на плечах всего общества.

КСЕНОНОТЕРАПИЯ – МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПЕРИОД СИНДРОМА ОТМЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Шамов С.А., Цыганков Б.Д., Рыхлецкий П.З.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

В последние годы наблюдается постоянный рост пациентов с опиоидной зависимостью (Иванец Н.Н., 1997; Звартау Э.Э., 2002; Хритинин Д.Ф., 2008), а так же увеличение количества ургентных состояний, возникающих в период синдрома отмены (СОО).

При этом увеличивается не только частота, но и тяжесть этих неотложных состояний, что не только значительно ухудшает результаты лечения но и требует все более значительных затрат на оказания неотложной помощи пациентам данной категории.

Наиболее частыми ургентными осложнениями тяжелого СОО, по нашим наблюдениям являются:

- гемодинамические и дыхательные расстройства,
- нарушения внешнего дыхания,

- аспирационный синдром,
- судорожные состояния,
- септические осложнения,
- полиорганная недостаточность,
- аддиктивное и суицидальное поведение,
- психозы

По нашему мнению, которое совпадает с мнением других авторов [4], рост ургентных состояний обусловлен следующими причинами:

- появление на «рынке» новых синтетических опиоидов (например − альфаметилфентонил «белый китаец», дезоморфин «крокодил» и др.);
- сочетанные употребление опиоидов: с алкоголем, с кокаином, с амфетаминами, с препаратами снотворно-седативной группы, с дифенгидрамином (димедролом) и др.;
- высокая толерантность и атипичные реакции на препараты, применяемые для лечения СОО, а так же неудачно подобранные схемы терапии (например − сочетание нейролептиков, габапентина и трициклических антидепрессантов, почти всегда приводит к развитию тяжелых психозов; превышение индивидуальных доз клонидина, бензодиазепинов, препаратов седативно-снотворной группы является основной причиной гемодинамических и дыхательных расстройств);
- соматический преморбид: ВИЧ, гепатиты В и С, хониосепсис, посттравматическая энцефалопатия и др.

Основная схема лечения пациентов с опиоидной зависимостью в период синдрома отмены, в настоящее время, заключается в симптоматической коррекции:

- болевого синдрома с помощью агонистов-антагонистов опиатных рецепторов – трамадола,
- влечения к ПАВ, аддиктивного поведения, диссомнических и дисфорических расстройств с помощью бензодиазепинов, антидепрессантов, габапентина, нейролептиков.

Клонидиновая схема используется все реже из-за опасения гемодинамических нарушений.

Эфферентные методики, в настоящее время, не применяются в государственных наркологических клиниках из-за отсутствия у них лицензии на работу с препаратами крови.

Программы «ускоренной детоксикации» с применением антагонистов опиатных рецепторов в государственных наркологических клиниках также не проводится.

Все перечисленные методики лечения не предотвращают, а в некоторых случаях, способствуют развитию ургентных состояний.

Таким образом, назрела реальная необходимость поиска новых, эффективных и безопасных методов профилактики и купирования ургентных состояний, возникающих в период СОО.

В 2001 – 2006 годах коллективом нашей кафедры была проведена серия клинических исследований эффективности ксенонотерапии на различных этапах лечения опиоидной и алкогольной зависимости, в результате которых клиническая эффективность этого метода была доказана().

Целью настоящего исследования является определение клинической целесообразности применения ксенонотерапии в качестве профилактики и купирования ургентных состояний, развивающихся в острый период СОО.

Клинический материал и методы исследования: было проведено комплексное обследование и лечение 30 пациентов с опиоидной зависимостью в возрасте от 20 до 39 лет, средний возраст составлял 27,5±5,2 года, с тяжелыми клиническими проявлениями СОО.

Ксенон вводился ингаляционно через наркозный аппарат Drager «Fabius« ФРГ в соотношении Xe:O2 – 4:4 л/мин. по мере появления выраженной алгической и вегетативной симптоматики а так же дисфорических и эксплозивных расстройств до достижения уровня сознания, соответствующего I3 – III1 наркоза по Гведелу.

В контрольной группе было обследовано 30 пациентов, которые в период острых проявлений СОО получали стандартную традиционную терапию (трамадол, диазепам или мидазолам, тизерцин, габапентин, амитриптилин, инфузионную коррекцию водно-электролитных и метаболических расстройств). Критерии отбора в основную и контрольную группы были идентичны.

Результаты исследования показали, что в основной группе не было отмечено ни одного развития ургентных состояний, требующих интенсивной гемодинамической и респираторной поддержки. Алгический и тревожно-депрессивные синдромы купировались сразу после первого сеанса ксенонотератии и этот эффект сохранялся минимум 4-6 часов. Таким образом, необходимость проведения сеансов не превышала 4-х раз в сутки. На 2 и 3 дни терапии, необходимая частота проведения сеансов сокращалась до 1-2-х. У всех пациентов основной группы острые проявления СОО были купированы уже на 5-е сутки

В контрольной группе, несмотря на проводимую терапию, алгический и тревожно депрессивный синдром сохранялся от 4 до 7 суток.

Больные были навязчивы, требовали дополнительных назначений, негативны. У 4-х пациентов контрольной группы, в результате повышенной толерантности к препаратам седативно-снотворной группы развились гемодинамические и дыхательные расстройства, потребовавшие перевода в отделение реанимации с подключением методов гемодинамической и респираторной поддержки.

У 2-х пациентов контрольной группы наблюдалось развитие тяжелых делириозных расстройств, с помрачением сознания и выраженным психомоторным возбуждением. Эти расстройства продолжались более 4-х суток, что потребовало проведения длительного внутривенного наркоза под мониторным контролем гемодинамики и дыхания, а также дополнительного парентерального и зондового питания. Острые проявления СОО у пациентов контрольной группы были купированы лишь на 10 – 12 день.

Обсуждение. Таким образом, проведенное исследование показало, что проведение ксенонотерапии у пациентов в период тяжелого СОО целесообразно, несмотря на высокую стоимость процедуры.

Ксенонотерапия безопасна. Она быстро и эффективно купирует алгический синдром, иные тяжелые психопатологические проявления СОО, не вызывая при этом, гемодинамических и дыхательных нарушений, как во время проведения сеанса, так, и в последствии.

Разработанная в последние годы аппаратура, специально предназначенная для проведения ксенонотерапии (Сиволап Ю.П., 2003) позволяет сделать эту процедуру доступнее.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Шишпаренок Е.В.

Екатеринбург
ГБУЗ СО Свердловская областная КПБ

В Российской Федерации организация медицинской помощи лицам, принимавшим участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, построена по специализированному принципу с выделением данного контингента из общей популяции, что позволяет осуществлять все виды диагностической, лечебной, медико-социальной помощи в условиях динамического диспансерного наблюдения данной категории граждан.

Цель – изучение структуры психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в условиях амбулаторного психиатрического приема.

Материалы и методы исследования. Многопрофильная медицинская служба Центра радиационной медицины Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная больница №2» осуществляет наблюдение за 3193 ликвидаторами последствий аварии на ЧАЭС (данные января 2015 года). Врач-психиатр данного учреждения ежегодно осуществляет плановое диспансерное освидетельствование представителей данной группы. За период 2013 – 2014 годов в рамках планового осмотра освидетельствовано 820 человек 50-70 лет. В 60% случаев доза полученной радиации установлена не была. Применен клинико-психопатологический метод исследования.

Результаты и обсуждение. Применение клинико-психопатологического метода позволило выявить наличие психических расстройств различного спектра у 52,4% освидетельствованных лиц. У 47,6% ликвидаторов психических расстройств выявлено не было. В подавляющем большинстве случаев 90,7% обследованных страдали органическими психическими расстройствами (F0), представленными в 51,1% случаев органическим психосиндромом (F07.8 – F07.9), в 34,9% – органическими непсихотическими расстройствами (F06.4, F06.6, F06.7), в 2,6% – органическим бредовым расстройством (F06.2), в 2,6% – деменциями (F01-03). Расстройства сна неорганической природы (F51) диагностированы в 7,0% случаев. Эндогенные психозы (F2) – в 2,6% случаев.

Клинические варианты органического психосиндрома были представлены астеническим (72,7%), астено-эксплозивным (18,2%), амнестическим вариантами (9,1%). В структуре психоорганического синдрома обнаруживались легко или умеренно выраженные нарушения мнестической функции с преобладанием расстройств кратковременной памяти. Пациенты, осматривавшиеся регулярно, субъективного ухудшения памяти за последний год не отмечали (можно говорить о малопрогредиентном течении заболевания). Подавляющее большинство пациентов с диагнозом психоорганического синдрома (около 90%) сохраняло достаточную социальную и бытовую адаптацию; 70% больных имело установленную в связи с радиационным поражением группу инвалидности (вторую), около 20% пациентов находились на пенсии по возрасту/выслуге без оформления группы инвалидности; 10% являлись работающими. В большинстве случаев тяжесть течения ПОС расценивалась как легкая, редко – среднетяжелая; тяжелое течение выставлялось в единичных случаях. Данная категория лиц регулярно осматривалась неврологом, большинству из них назначались плановые курсы нейрометаболической терапии с заметным субъективным улучшением самочувствия в виде снижения проявлений астенического синдрома и неврологической симптоматики, кроме того, пациенты сообщали о том, что стало легче сосредоточиться на чем-то и не забыть что-либо сделать. Диагнозы цереброваскулярной болезни или дисциркуляторной энцефалопатии были установлены неврологом у 96% пациентов из данной выборки.

При назначении курсов нейрометаболической и сосудистой терапии для пациентов с ПОС, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения, учитывалась совокупность факторов: индивидуальная переносимость, аллергологический анамнез, учет эффективности и переносимости приема подобных препаратов ранее; онкологический анамнез и онкологическая настороженность в настоящее время; наличие противопоказаний и ограничений к приему препаратов; высокая коморбидность с соматическими заболеваниями.

Выводы. Таким образом, выявлены высокая частота встречаемости органических психических расстройств, полиморбидность с соматическими и неврологическими заболеваниями, отсутствие разработанных четких критериев эффективности медицинской помощи. Это определяет актуальность дальнейшего изучения состояния психического функционирования ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, разработку терапевтических подходов, необходимость вторичной профилактики болезненных расстройств у данной категории граждан.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Шпорт С.В., Бедина И.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России более 20 лет функционирует Отдел неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях, длительное время возглавляемый профессором З.И. Кекелидзе. По настоящее время сотрудники Отдела занимаются разработкой и внедрением в практику основ организации психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях. Организация специализированной помощи зависит от многих факторов. Наиболее значимым из них является вид (тип) стрессового воздействия. В период с 2004 по 2014 годы сотрудниками Отдела была организована помощь в 22 чрезвычайных ситуациях, среди которых авиакатастрофы, пожары, террористические акты, стихийные бедствия, техногенные катастрофы, катастрофы на транспорте, боевые действия. Работа врачей, оказывающих специализированную помощь в очаге ЧС, требовала от них высоких знаний и умений в организации помощи не только пострадавшим, но и родственникам, вторичным жертвам, специалистам, которые работают в эпицентре трагедий. Организация оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях является важной составляющей при оказании помощи пострадавшим при ЧС, родственникам, вторичным жертвам. В основе организации лежат следующие принципы (Кекелидзе З.И., 2011 г.):

- системность;
- многоуровневость;
- единоначалие;
- дифференцированность;
- доступность;
- этапность;
- последовательность;
- комплексность.

Однако при различных чрезвычайных ситуациях вышеуказанные принципы имеют свою специфику.

Так, при авиакастрофах (2004 г.(Тула); 2008 г. (Пермь) ; 2010 г. (Смоленск); 2011 г. (Петрозаводск); 2013 г. (Казань) важным являлось работа с родственниками, которым необходимо было помимо психолого-психиатрической помощи оказать содействие в решении формальных процедурах (опознание тел погибших, беседа со следователями и заполнение необходимой документации и т.д.) и социальных вопросах (организация похорон, информирование различных служб о произошедшем и т.д.). Безусловно, что в период острой реакции на стресс необходимо сопровождение врача-психиатра (психотерапевта) на всех этапах опознания тел погибших, а также при заполнении формальных бумаг. Следует учитывать, что нередки случаи, когда в острый период стрессовой ситуации родственники признавали чужие тела умерших за своего родственника.

При оказании помощи пострадавшим во время пожаров (2003 г (пос. Сыдыбыл (республика Саха-Якутия), 2009 г. (Пермь), 2013 г. (Новгородская область), внимание специалистов

было направлено не только на родственников, чьи родные стали жертвами трагедии, но и на пострадавших, которые находились в стационарах крупных больниц региона. Известный факт, что при ожогах в первые сутки усиливается интоксикация, что сопровождается изменением поведения таких больных в пределах кровати либо отделения. Основной помощью таким пострадавшим является обеспечение постельного режима и адекватная медикаментозная помощь, направленная на коррекцию поведения.

При террористических актах (2004 г. (Москва, Беслан), 2005 (Грозный- Москва), 2009 г.(Невский экспресс), 2010 (Москва), 2011 (аэропорт Домодедово), 2013 (Волгоград)) специализированная помощь носила разноплановый характер. Несмотря на принадлежность к одной группе чрезвычайной ситуации (террористические акты) каждая из чрезвычайных ситуаций имела свои особенности. Так, при захвате заложников в средней школе Беслана, напряженная обстановка сохранялась несколько дней и разрешение ситуации не могло носить однозначный характер. При этом, культуральные особенности данного региона определяли действия специалистов. Более того, после разрешения чрезвычайной ситуации организация психолого-психиатрической помощи носила долгосрочный характер и включала в себя вышеупомянутые принципы. При терактах в Волгограде ситуация осложнялась тем, что чрезвычайные ситуации произошли менее чем за одни сутки. Это проявлялось в особенностях реагировании стрессовую ситуацию пострадавших и родственников погибших. В данном случае работа специалистов оказывалась не только в отделениях стационарах, моргах и местах скопления родственников погибших и пострадавших, но и в реанимационных палатах больниц. Врачи-психиатры служили связующим звеном с пострадавшими (ранеными) с одной стороны и родственниками с другой стороны. В большинстве случаев, психиатры (психотерапевты) помогали следователям при расспросах пострадавших, так как сотрудники следственных органов не владеют знаниями об особенностях реагирования в стрессовых ситуациях и формах острой реакции на стресс. При терактах в московском метро организация психолого-психиатрической помощи носила масштабный характер. Так, в специализированной помощи нуждались не только пострадавшие, родственники погибших, но и горожане, которые ежедневно пользуются общественным транспортом. Помощь организуется не только в стационарах, амбулаторной сети, по телефону, но и выстраивается модель взаимодействия со средствами массовой информации для определения «правильности» подачи информационных материалов и выступления специалистами с целью снижения эмоционального напряжения в обществе.

Стихийные бедствия (2011 г. (Крымск)) носят особенный характер, так как всегда внезапны и при неправильной организации помощи влекут за собой большое количество жертв среди мирного населения. Так, при наводнении в Крымске значительное количество жертв среди населения было обусловлено несколькими факторами: трагедия случилась ночью, население не было информировано доступными источниками о случившимся, власти не смогли обеспечить быструю эвакуацию жителей и были дезорганизованы при выполнении своих обязательств. Врачи –психиатры в данной ситуации должны были решать не только медицинские вопросы, связанные с психическим здоровьем, но и заниматься социальными аспектами пострадавшим. Это влекло за собой определенные трудности, так как помощь строилась при непосредственном участии социальных служб, которые действовали согласно своим инструкциям и нормам. Так же помощь оказывалась сотрудникам служб, которые призваны были помогать населению, но оказавшись в стрессовой ситуации, сами сотрудники ведомств нуждались в оказании психотерапевтической (а иногда и медицинской) помощи. В таких ситуациях врачу-психиатру приходилось учитывать особенности конкретных ведомств и исполнения приказов сотрудников. Не менее важную работу врачи-психиатры осуществляли при совместном дворовом обходе со специалистами-интернистами. Учитывая неблагополучную санитарную обстановку в регионе на тот период, от специалистов требовалось четкость в выполнении своих медицинских задач. Такого рода помощь носила оперативный характер и должна была быстро решать вопрос об эвакуации жителя из своего дома.

Оказание помощи беженцам, пострадавшим от боевых действий носит особенный характер. Зачастую оказание и выстраивание медицинской помощи беженцам и вынужденным переселенцам затрудняется тем, что они являются гражданами другой страны. Экстренная помощь может быть оказана в острый период данной категории лиц, а вот долгосрочная помощь организуется только при непосредственном участии федеральных структур. Медикаментозная помощь требует соблюдения российского законодательства и зачастую само решение этих вопросов вызывает дополнительные эмоциональное напряжение у пострадавших и конфликтность в коллективе.

Оказание психолого-психиатрической помощи населению при чрезвычайных ситуациях предполагает создание психологической и психиатрической службы, которая обеспечивает проведение необходимых мер (предварительных, лечебно-диагностических, реабилитационных) на федеральном, региональном, местном уровнях и в эпицентре чрезвычайной ситуации, что в конечном итоге способствует уменьшению числа жертв и материального ущерба от ЧС (Кекелидзе З.И., 2011г.).

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ППР) У ЖЕРТВ ТЕРРОРИЗМА

Якшин В.А., Ахвердова О.А., Зубов А.А., Садовничий К.С.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

Проблема формирования и развития психогений на различной «патопластической почве« всегда была актуальной в пограничной психиатрии, а в настоящее время приобретает особое значение в связи с увеличением частоты социально-стрессовых патогенных ситуаций, природных и антропогенных катастроф.

Цель работы: выявление особенностей формирования и патокинеза ППР у жертв терроризма в зависимости от их расположения в конституционально-континуальном пространстве личности: психологическая норма (акцентуации) – пограничная аномальная личность (ПАЛ) – психопатии.

Материал и методики. Нами было обследовано 730 человек с пограничными психическими расстройствами (ППР), попавших в заложники в июне 1995 года в г. Буденновске. Выборочным методом с помощью патопсихологического, клинико-психопатологического обследования (клиническая унифицированная диагностика пограничных нервно-психических расстройств; многовекторный клинический анализ) была осуществлена выборка больных, находящихся в одном возрастном диапазоне (25-45 лет), одного социального уровня. В зависимости от расположения в конституционально-континуальном пространстве личности (Ахвердова О.А., Боев И.В., 1997), т.е. от степени выраженности верифицированных личностных аномалий среди 90 обследуемых, было выделено 4 группы. Первая группа пострадавших отличалась наличием акцентуированных черт личности – 26 человек; 2 группа состояла из 24 человек, которые относились к диагностическому диапазону пограничной аномальной личности (ПАЛ); 3 группа представлена акцентуантами с клиническими признаками поражения экологическими химическими композициями – 22 человека; 4 группа состояла из 18 человек, относящихся к диагностическому иапазону ПАЛ,

с клиническими признаками сочетанного поражения острыми социальными стрессорами и экологическими химическими композициями.

Клинико-психопатологические экологозависимые изменения у представителей акцентуантов и ПАЛ проявлялись в виде минимальной мозговой недостаточности, резидуальных явлений органического поражения ЦНС или признаками вялотекущего органического поражения ЦНС. Клинические проявления ППР у пострадавших в период первых 3-6 месяцев ограничивались фобическими, астеническими, субдепрессивными, истерическими, деперсонализационными, обсессивными, ипохондрическими, паранойяльными стойкими реакциями, в структуре которых с различной степенью выраженности присутствовали вегето-сосудистые, вегето-висце-ральные и нейроэндокринные нарушения, что указывало на трансформацию реакций в простые, но с тенденцией к стабильностым психопатологическим синдромам. В дальнейшем простые синдромы трансформировались в более стойкие и сложные синдромы (например: истеро-субдепрессивный, субдепрессивно-фобический, истеро-ипохондрический, обсессивно-фобический, астено-субдепрессивный и т. д.). Прогноз развития психопатологических расстройств у жертв терроризма и разработка адекватных методов лечения в остром и отдаленном периоде, вероятнее всего, могли зависеть от внешней и внутренней «патопластической почвы» – т.е. от личностно-типологических конституциональных особенностей пострадавших и от наличия длительного контакта их с субтоксическими дозами сложных химических органических композиций (СХОК) и сложных химических неорганических композиций (СХНК).

В 1 группе обследуемых, т.е. у пострадавших с акцентуациями личности, непосредственно в период после психотравмирующей ситуации, наблюдались непатологические (физиологические) реакции, проявляющиеся эмоциональной напряженностью, абортивными психомоторными, психовегетативными и гипотимическими проявлениями, для пострадавших было характерно сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности. В дальнейшем психогенные непатологические (физиологические) реакции трансформировались в психогенные патологические реакции, которые отличалась присутствием рудиментарных симптомов невротического уровня без синдромального структурирования с абортивными вегетативными проявлениями в структуре реакций. В рамках конкретных реакций наблюдалась нестойкость взаимосвязи симптомов. У акцентуированных личностей отмечалось значительное снижение невротических проявлений после отдыха, а также положительная психофармакотерапевтическая реакция на недифференцированное применение седативных средств. Следует подчеркнуть сохранение субъективного чувства болезни у пострадавших и отсутствие выраженной резистентности к терапии. В дальнейшем у заложников с личностной акцентуацией наблюдалась трансформация психогенных патологических реакций в простые, нестабильные синдромы (астенический, фобический, субдепрессивный, истерический) невротического уровня, которые достаточно легко купировались и дальнейшего развития ПНПР не наблюдалось.

Во второй группе обследуемых, т.е. у заложников, имевших «патопластическую почву« в виде признаков пограничной аномальной личности, уже в острый период после террористического акта психогенные патологические реакции трансформировались в простые, но стабильные психопатологические синдромы, которые в дальнейшем трансформировались в сложные, но нестабильные синдромы (астено-субдепрессивный, тревожно-субдепрессивный, субдепрессивно-фобический, истеро-субдепрессивный и т. д.).

У жертв терроризма, заложников с личностной акцентуацией, имеющих в анамнезе хроническое воздействие субтоксических доз СХОК (3 группа обследуемых), сразу же происходило формирование психогенных патологических реакций, которые достаточно быстро трансформировались в простые нестабильные, а затем – в простые стабильные психопатологические синдромы, отличающиеся появлением психофармакотерапевтической резистентности.

Если жертвы терроризма с личностной аномалией в виде пограничной аномальной личности имели длительный контакт со СХОК (4 группа обследуемых), то патологические психические и психологические реакции относительно быстро трансформировались в сложные психопатологические синдромы, которые отличались стойкостью и выраженной резистентностью к проводимой психофармакотерапии.

Таким образом, формирование ППР у жертв терроризма в остром и отдаленном посттравматическом периоде существенно зависело от наличия у них «патопластической почвы», в частности, от личностно-типологических конституциональных особенностей пострадавших. Конституциональная изменчивость больных, располагающихся в диапазоне психологической и психической нормы, ограничивает патокинез патологических психических реакций в психопатологические синдромы, однако, эти же формы изменчиво-сти, осложненные деструктивным влиянием сложных химических композиций, способствуют более быстрому и стойкому формированию сложных психопатологических синдромов в рамках ППР уже с преобладанием органического поражения. Кроме этого, нарастала резистентность к психофармакотерапии. В случае, если неблагоприятная экологическая среда воздействует на больных диапазона ПАЛ, то у этой категории пострадавших от терроризма наблюдаются более стойкие и грубые психопатологические изменения смешанного происхождения, а патокинез от патологических психических реакций до психопатологических сложных синдромов сокращается во времени с формированием резистентности к проводимой психофармакотерапии.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ НА ЭТАПЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА

Якшин В.А., Ахвердова О.А., Зубов А.А., Садовничий К.С.

Ставрополь
Ставропольский ГМУ

В последние годы локальные военные конфликты, террористические акты приводят к значительному увеличению лиц среди населения, переживших экстремальные антропогенные и стихийные катастрофы, страдающих от негативных последствий острого и/или хронического глобального стресса.

В связи с этим крайне важной и насущной задачей является организация целенаправленных исследований в области клиники и психологии острых и хронических социально-стрессовых расстройств (терроризм, заложничество), создание научно-обоснованных принципов диагностики и методов купиро-вания, лечения, профилактики разных клинических форм посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и организация специализированной психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи лицам, пострадавшим в экстремальных ситуациях.

Клиникой пограничных состояний Ставропольского государственного медицинского университета накоплен большой опыт реабилитации пострадавших, перенесших острое или хроническое стрессирование. Сотрудники Клиники выезжали для оказания комплексной специализированной помощи в составе мобильных комплексных бригад, оказывая специализированную психиатрическую помощь пострадавшим: в Буденновск (1995-1998 гг.), в Мин-Воды (2001 г.), в Пятигорск, в Ессентуки (2001 г.), Беслан (2004 г.), Железноводск (2006 г.).

В результате накопленного многолетнего опыта реабилитации пострадавших, Клиникой пограничных состояний разработаны комплексные лечебные технологии, позволяющие адекватно купировать на раннем этапе невротические, субпсихотические расстройства, возникающие у пострадавших; предупреждать развитие в дальнейшем посттравматических стрессовых расстройств; способные повысить толерантность личности к деструктивному воздействию социально-стрессовых информационных факторов.

Во всех регионах, где совершались террористические акты, сотрудники Клиники пограничных состояний и кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Ставропольского государственного медицинского университета выезжали бригадами, состоящими из психиатра, психотерапевта, клинического психолога и медицинской сестры, что позволяло развернуть дневной стационар в любом приспособленном медицинском помещении. Чаще всего на базе поликлиники выделялось несколько кабинетов для врачей, процедурный кабинет, кабинет психотерапии и собственно дневной стационар, где располагались больные, которым применялись методы патогенетической интенсивной комплексной терапии (ПИКТ). Аналогичный дневной стационар мог быть развернут с использованием армейских палаток или палаток МЧС.

На подобной временной клинической базе осуществлялось поэтапное лечение и реабилитация пострадавших от ЧС как с непатологическими, невротическими и соматоформными реакциями, так и с неврозами, с личностными декомпенсациями. При этом с учетом ранее проведенных исследований и имевшегося опыта, на первом этапе с целью купирования состояний психоэмоционального напряжения, состояний тревоги, ожидания повторного террористического акта пострадавшим в течение первых 10 дней после завершения ЧС назначалась, так называемая, универсальная психофармакотерапевтическая технология с использованием сложных фармакологических композиций.

Комплексное обследование и комбинированная терапия пострадавших с пограничными психическими расстройствами на примере Буденновска, Минеральных Вод, Беслана осуществлялось в условиях дневного стационара поликлиники. Было развернуто специализированное отделение на 20 коек, что позволило оказывать помощь 60-90 пострадавшим в сутки. Опыт показал, что при оказании помощи в указанном объеме достаточно привлекать одного-двух врачей психиатров, на которых возлагаются обязанности по проведению дифференциальной диагностики психопатологических расстройств у постра-давших, 2-3 врачей психотерапевтов, имеющих специализацию в области пог-раничной психиатрии и сочетающих в своей врачебной деятельности комби-нированные методы психофармакотерапии и психотерапии, а также 2-3 клинических психологов, осуществляющих дифференциальную патопсихологическую диагностику ППР у пострадавших, реализующих методы психологической коррекции личностных и поведенческих нарушений, методы психотерапии психопатологических переживаний пострадавших.

Своевременно оказанная обоснованная специализированная психиатрическая, психотерапевтическая и психологическая помощь в значительной мере определяет возможность купирования постреактивных реакций и состояний, снижает вероятность их трансформации в стойкие и клинически оформившиеся невротические состояния и личностные декомпенсации на раннем постреактивном этапе. Приобретенный опыт оказания помощи жертвам терроризма в г. Буденновске (захват заложников), при взрывах в Минеральных Водах, Пятигорске, Ессентуках, при захвате школы в Беслане, разработанные при этом диагностические и терапевтические психолого-психиатрические и психотерапевтические подходы позволяют рекомендовать их применение в ЧС не только врачами-психиатрами, но и, прежде всего, психотерапевтами, клиническими психологами, врачами спасательных служб и интернистами, первыми оказывающими помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Выбор вариантов терапии при этом должен основываться на анализе клинико-психопатологического состояния пострадавших, их личностно-типологических особенностей, а также условий, в которых может оказываться помощь.

На первом этапе в качестве универсальных средств для проведения психофаркотерапевтических технологий адресованных к состояниям психоэмоционального напряжения преимущественно внутривенно назначались транквилизаторы, нейролептики (тизерцин, сонапакс, неулептил), антидепрессанты (амитриптилин, феварин, пароксетин, сертралин), обладающие широким спектром психотропного действия, а также церебропротекторы, ноотропы (ноотропил, фенибут, пантогам), ангиопротекторы (актовегин, кавинтон, трентал), гепатопротекторы (гептрал, карсил, эссенциалле), воздействующие на основные этиопатогенетические звенья в ранний стрессовый период. При этом в зависимости от преобладания психогенных патологических реакций, стабильных или нестабильных, простых и сложных психопатологических синдромов невротического уровня, использовались различные модификации психофармакотерапевтических технологий.

Предлагаемые антистрессовые лечебные технологии позволяют купировать острые невротические реакции и предупредить развитие в дальнейшем у заложников и пострадавших формирование посттравматических стрессовых расстройств; повысить толерантность личности к деструктивному воздействию социально-стрессовых информационных факторов.

Таким образом, для оказания полноценной и своевременной специализированной медико-психологической помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях необходимо:

- организация дневных стационаров для проведения патогенетической интенсивной комплексной психофармакотерапии на месте трагедии;

- с целью оптимального и адекватного купирования ППР у пострадавших необходимо учитывать все этиопатогенетические механизмы, оказывающие влияние на формирование пограничных психических расстройств (ППР);

- оптимальной и адекватной методикой купирования ППР у пострадавших является система ПИКТ с использованием СФК, составляющая основу принципиально новых патогенетических технологий;

- в процессе оказания помощи пострадавшим необходимо учитывать тип биологического реагирования (астенический, стенический), расположение пациента в конституциональном личностном континууме и сочетать ПИКТ с различными методами психотерапии, которые реально использовать после применения 3-5 внутривенных инфузий.

- специализированная медицинская помощь пострадавшим должна заключаться в комбинированной работе врачей и клинических психологов.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СТРУКТУРУ ПТСР

Ямпольская В.В., Сиденкова А.П.

Екатеринбург
Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, Уральский ГМУ

Актуальность проблемы постравматического стрессового расстройства детерминируется наличием многообразных психотравмирующих факторов, обусловленных особенностями текущей социальной ситуации. Прогноз заболевания зависит от взаимного влияния клинических, физиологических, психосоциальных факторов.

Результаты. исследований отечественных и зарубежных авторов выявляют зависимость клинической структуры ПТСР, психологических защит и копинговых стратегий от этиологии психотравмы и динамики уровня дистресса, преморбидных личностных, физиологических особенностей и ценностной системы индивида. Влияние текущих микросоциальных факторов на преформирование и прогноз ПТСР изучены недостаточно, при этом семья, диадные отношения включаются в спектр актуальных психосоциальных условий функционирования пациента.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния актуальных текущих микросоциальных факторов на структуру клинической картины ПТСР.

Материалы и методы исследования. Исследовано 23 пациента с ПТСР (16 мужчин и 7 женщин), средний возраст обследуемых 43,5+5,8 лет. У 3 пациентов ПТСР формировалось как следствие акта сексуального насилия, 8 человек в прошлом являлись ликвидаторами техногенных катастроф, 4 участвовали в боевых действиях, 8 перенесли психотравму иного содержания. Средняя длительность ПТСР в группе исследования 3,1+1,4 года. 20 человек имели постоянную квалифицированную работу. 17 пациентов имели брачные отношения, 2-е были холостыми, 4 находились в разводе (семейные отношения прекратились до действия психотравмы). ПТСР легкой степени выраженности выявлялась у 14 пациентов, средней степени – у 4 пациентов, тяжелой степени – у 5 пациентов.

Применялись клинико-психопатологический, катамнестический, социографический, психометрический методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая структура ПТСР исследованных больных была представлена облигатными (дереализация-деперсонализация, обсессивно-компульсивный, тревожный) факультативными синдромами (депрессивный, фобический, паранойяльный, сомато-вегетативный).

Преневротическая стадия ПТСР (легкая степень выраженности ПТСР) определялась субсиндромальной выраженностью обсессивных, тревожных нарушений, гипотимией, соматовегетативными расстройствами. У пациентов со средней степенью выраженности ПТСР выявлялись сформированные компульсивный, фобический, тревожный синдромы. Тяжелая степень выраженности ПТСР характеризовалась дополнением к прежде сформированной структуре ПТСР диссоциативных и психотических нарушений.

Социографический анализ диадных семейных отношений 17 пациентов и диадных отношений с референтным лицом 6 пациентов выявил ролевую трансформацию диадных отношений при ПТСР любой степени выраженности в 82,6% случаев (19 чел.). Во всех выявленных случаях происходило увеличение межличностной дистанции пациента с референтным лицом в сравнении с преморбидным статусом.

Применение «Кэмбервельской методики оценки уровня экспрессивных эмоций» обнаружило, что уровень выражаемых (экспрессивных) эмоций в диадном общении в 73,9% (17 чел.) является патологически повышенным.

С помощью статистической программы SSRS были выявлены тесные корреляционные связи между интенсивностью тревожных расстройств и ростом межличностной дистанции пациента с референтным лицом (λ=0,713). Высокий уровень выражаемых (экспрессивных) эмоций коррелировал с межличностной сензитивностью (легкая, средняя степени выраженности ПТСР), враждебностью и паранойяльностью (тяжелая степень выраженности ПТСР) (λ=0,658).

Выводы. Таким образом, выявлено взаимное преформирующее влияние ПТСР и текущих микросоциальных условий, что позволяет включать в терапевтический и реабилитационный процесс не только самого пациента, страдающего посттравматическим стрессовым расстройством, но и лиц из его микросоциального окружения, прогнозируя, что коррекция микоросоциальных показателей приведет к положительной динамике психического расстройства.

РАЗДЕЛ 10.
ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПАТОЛОГИИ ВЛЕЧЕНИЙ В СТРУКТУРЕ СИНДРОМА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Арсеньев А.Р., Артемьева М.С.

Дубна (Московская обл.), Москва
Медико-психологический центр «Мобилмед»,
РУДН

Влечения человека могут приобретать патологический характер, что проявляется в виде их усиления, ослабления или извращения. Такие изменения влечений принято называть патологией влечений (ПВ). Отсутствуют единое определение ПВ, а также решение относить ли ПВ к расстройствам психических процессов, или считать их вредными привычками и формами поведения (Менделевич В.Д., Злобин М.Л., 2012).

Цель настоящего исследования: изучение феноменологии и нозологической принадлежности патологического влечения к пище при синдроме нервной анорексии.

Материал и методы. Работа основана на комплексном клинико-катамнестическом, психопатологическом и экспериментально-психологическом исследовании 140 больных (112 женщин и 28 мужчин) с 1982 г. по 1986 г., и с 2003 г. по 2015 г. Средний возраст на момент первого осмотра 22 года. Длительность катамнестического наблюдения до 30 лет. Обследование и лечение проводилось в ПБ №14 г. Москвы и в Медико-психологическом центре «Мобилмед» г. Дубны. ПВ проявлялась у 90 (64,28%) больных в стойком отказе от приема пищи (F50.0), в 50 (35,72%) случаях в приступах переедания с последующим вызыванием рвот (F50.2). Статистическая обработка проводилась при помощи пакета IBM SPSS Statistics-22. Результаты. Отмечена единая феноменологическая структура становления и течения патологии пищевого поведения и других видов патологических влечений, таких как алкоголизм, наркомания, табакокурение, лудомания, компьютерная зависимость, сексуальные перверсии и др. Это выражалось в одинаковой последовательности их формирования: отмечалось появление вначале психической, затем и физической зависимости, отражающейся в патологическом пищевом поведении. При лечении больных и попытках воспрепятствовать рвотам или нормализовать питание возникало состояние схожее с синдромом отмены при других зависимостях с выраженными вегетативными проявлениями вплоть до «ломки». Во всех случаях была частичная или полная анозогнозия с отрицанием болезни, психологическим «отчуждении влечений». В целом ПВ носило паранойяльный характер, но в ряде случаев при максимальной остроте болезни наблюдались психические и физические автоматизмы – руки «сами тянулись к продуктам», мысли о еде носили сделанный, а не навязчивый характер.

Выявлено, что извращенное пищевое влечение в 130 случаях (92,85%) сочеталось с другими видами ПВ, но всегда оставалось стержневым в структуре нервной анорексии, т.к. основано на наиболее сильной витальной потребности. При катамнестическом прослеживании (до тридцати лет) у всех пациентов выявлен шизофренический процесс: в 98 случаях (70%) – малопрогредиентная форма, в 20 (14,28%) – шубообразная форма с бредовыми приступами. Лишь в 10 случаях (7,14%) бред касался полноты, у ряда больных отмечался ипохондрический бред – 13 человек (9,28%), бред физического недостатка – 5 человек (3,57%), бред преследования, не связанный с внешностью и мнимыми физическими недостатками – 2 человека (1,42%). Описанные бредовые расстройства возникали как до формирования, так и в течение нервной анорексии.

Основанием для постановки диагноза шизофрении (F24.1, F24,8) служили: наследственная отягощенность психическими заболеваниями – 90 человек (64,28%), ранние признаки аномального психофизического развития – 67 человек (47,85%). Появление в детском и подростковом возрасте стойких вегетативных расстройств, нарушение общего чувства, сенестоипохондрических переживаний. У больных были боли в животе, периодически кололо сердце, по поводу чего их не раз обследовали в больницах, эти расстройства сопровождались выраженной тревогой и страхом смерти. При тщательном изучении подобное развитие выявлялось в 100% случаев. У всех обследуемых пациентов со временем отмечалось нарастание негативной симптоматики с отчужденностью, социальной дезадаптацией или отчетливым социальным снижением, появлением холодности вплоть до безразличия к близким, странностей в поведении, вычурных навязчивостей, исчезновение эмпатии.

Возникновение самого синдрома ПВ происходило на измененной характерологической почве: одна группа больных – 94 человека (67,14%) – стеничные, эмоционально-ригидные, склонные к формальному несинтонному лидерству. В другой группе – 46 человек (32,85%) превалировали психастенические расстройства с повышенной сензитивностью.

Следует отметить, что в возникновении в структуре шизофренического процесса ПВ к еде, в настоящее время играет большую роль социальный фактор, выражающийся в широком освещении темы похудания, переедания, рвотного поведения. СМИ пытаются превратить болезнь в шоу. Обсуждают проблему диетологи, психологи, журналисты, сами больные и их родственники, без участия психиатров. Таким образом, привлекается еще большее внимание к этой теме подростков, ведущая деятельность которых (общение) предрасполагает к оценке себя со стороны, что является почвой для формирования нервной анорексии (Карева М.А., Зейгарник Б.В. 1976).

ПВ к алкоголю и наркотикам рассматривается рядом авторов (Михайлов М.А., 2010, Благов Л.Н., 1980) как бредовое состояние, так как в его основе лежат грубые идеаторные нарушения.

Сформированное ПВ к приему пищи или отказ от нее нозологически в большинстве случаев необходимо расценивать, как психическое расстройство, относящееся к особому синдрому эндогенного процесса. Происходит полная охваченность сознания влечением, неодолимость вплоть до психических автоматизмов, мировоззренческий сдвиг, измененное восприятие «Я» (Ясперс К., 1913), развивается амбивалентность суждений с дезорганизацией структуры сознания, часто сопровождающаяся бредовой деперсонализацией, доходящей до онейроидного помрачения сознания (Коркина М.В., 1986).

Однако, являясь эндогенным феноменом, ПВ не эквивалентна бреду в классическом его понимании. При ПВ в структуре нервной анорексии сохраняется иррациональная борьба мотивов. Отсутствуют грубые нарушения мышления, нет как таковой фабулы бреда, часто обострение влечения бывает спровоцировано внешними факторами или социально-бытовыми условиями. Тем не менее, наблюдаются неизменные симптомы и синдромы течения шизофренического процесса такие как: нарастание эмоциональной выхолощенности, снижение энергетического потенциала, диссоциативность психических функций, появляются вычурность поведения, формальность, социальное снижение или дезадаптация. В 20-ти случаях НА сопровождалась на отдаленных этапах болезни развитием классических бредовых параноидных психозов, тематически не связанных с мыслями об излишней полноте.

КУДА ВЕДЕТ КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОПАТОЛОГИИ

Бобров А.Е.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

На протяжении последних десятилетий количество психиатрических работ, посвященных когнитивной тематике, стабильно возрастает. Это связывается с достижениями в области психотерапии, реабилитации и социальной терапии. Большие надежды возлагаются также на разработку психотропных препаратов с прокогнитивным действием. При этом подчеркивается, что когнитивное измерение – принципиально особый параметр, который «ортогонален» традиционным психопатологическим оценкам.

Как показывает непредвзятый анализ, в основе когнитивного направления лежат давно известные клиницистам психопатологические феномены, среди которых – нарушения ассоциативного процесса и целеполагания, голотимные и кататимные искажения мышления, нарушения рефлексии, критичности и воображения. Сюда относятся феномены диссоциации, алекситимии, нарушения внимания и восприятия, а также изменения сознания, памяти и интеллекта.

В чем же тогда состоит новизна когнитивного подхода? Для того чтобы понять это, следует учесть существование в современной психиатрии двух конкурирующих парадигм: медико-биологической и психосоциальной. Согласно медико-биологическим воззрениям психические болезни есть следствие генетически запрограммированных нарушений в деятельности мозга. Их субстратом являются ткани мозга, а динамика имеет «процессуальный» (автономный) характер. С этой точки зрения клиническая симптоматика – есть внешнее выражение внутренних биологических изменений, а лечение сводится к коррекции биологических механизмов патогенеза.

В соответствии с противоположной, психосоциальной парадигмой, психические расстройства – есть следствие социальных взаимодействий. Они существуют лишь в системе межличностных связей и социальных норм. Их протекание и проявления определяются взаимодействием личности и социальной среды, причем клиническая симптоматика является отражением особых средств коммуникации, присущих девиациям психической организации. В связи со сказанным лечение таких расстройств должно сводиться к коррекции социальных ролей и стилей взаимодействия.

Обе указанные парадигмы в значительной мере себя исчерпали, и им на смену приходит принципиально новая совокупность научных взглядов и методов, признаваемых научным сообществом. Очевидно, что новая парадигма, как раз, и зарождается в рамках когнитивного подхода. При этом традиционные клинические понятия наполняются новыми значениями в результате обновления системы теоретических воззрений и появления новых методов исследования.

В качестве примера можно указать на концепцию когнитивных нарушений у больных шизофренией. Эти нарушения рассматриваются как фактор, определяющий ее прогноз, причем именно когнитивный дефицит становится главной мишенью психосоциальной терапии и когнитивной ремедиации. Важные находки в контексте когнитивной парадигмы были связаны также с разработкой новых методов психотерапии и профилактики аффективных и тревожных расстройств. Еще одним примером является попытка переосмысления генеза и динамики химических и нехимических зависимостей с позиций когнитивного подхода. Развитие представлений о расстройствах личности, стрессовых расстройствах и психосоматических заболеваниях с когнитивных позиций также видится весьма перспективным. Наконец, начата работа по пересмотру классификации психотропных препаратов с учетом их воздействия на когнитивные процессы.

Приведенные примеры указывают на явную тенденцию к переформулированию прежних клинических концепций в терминах новых когнитивных методологий. Ключевым элементом указанного пересмотра является переход от феноменологических, клинико-описательных и герменевтических воззрений к клинико-экспериментальному методу.

Так, существо феноменологической диагностики заключается в «непосредственном» (а точнее, – интуитивном) «постижении» клиницистом психопатологических феноменов и их верификации через многократное воспроизведение в клиническом опыте. Указанный подход характеризуется целостностью и в то же время недостаточной дифференциацией. Он интуитивен, а значит, подвержен влиянию предпочтений и субъективизма. В то же время феноменологический метод универсален, эмпиричен и базируется на экспертных оценках. Кроме того, он в силу указанных свойств нацелен на выявление «ведущего» синдрома и внутренне связан с представлениями о нозологической классификации психических расстройств.

Клинико-описательная методология, напротив, характеризуется стандартизированным описанием психопатологических, физиологических и социальных признаков расстройства, которое основано на заранее определенных «дименсиях» и психопатологических критериях. Этот метод опирается на диагностические критерии с наибольшей дифференцирующей способностью. Он базируется на четко определенных правилах постановки диагноза, что обуславливает его операциональность. Клинико-описательный метод предполагает необходимость соотнесения выделенных параметров с другими признаками психических расстройств, имеющимися у больного, что приводит к понятию коморбидности. Данный метод позволяет валидизировать нозографические категории на основе их воспроизводимости и согласованности оценок экспертов, при этом имплицитно учитывается клиническая и социальная значимость используемых критериев.

Существо герменевтического (или интерпретативного) метода сводится к описанию, основанному на представлениях об иерархии, взаимосвязях и генезе различных психопатологических феноменов. При таком подходе клинические проявления расцениваются лишь как отражение интрапсихических и интерперсональных процессов (побуждений, переживаний, форм коммуникаций, структурно-динамических перестроек психики и др.). Сами же психопатологические закономерности понимаются как качественно не отличающиеся от психологических процессов, протекающих в норме. В силу этого герменевтический метод анозологичен. Его существенной особенностью является анализ динамики изменений интрапсихической структуры, тогда как внешнее выражение интрапсихического дисбаланса в форме симптомов, синдромов или расстройств – малозначимо и вторично. При этом в рамках герменевтического подхода «понимание» психических расстройств без их концептуального объяснения невозможно.

Что же касается клинико-экспериментального метода, то он основан на формировании психопатологических категорий через экспериментальное воспроизведение реакций, форм поведения, отношений и субъективных репрезентаций реальности пациентом. Важнейшим элементом такого подхода является регистрация когнитивных детерминант поведения и внутренней картины заболевания. Среди них особенно важны – субъективная значимость объектов и ситуаций («ключевые» переживания), способность к гибкой и многосторонней оценке реальности (формы мышления, состояния измененного сознания, критичность), установки и способы их реализации (личность), когнитивный стиль (взаимосвязь восприятия, мышления и памяти).

Таким образом, когнитивный подход в психопатологии привносит ряд существенным изменений. Во-первых, – это расширение практики психопатологической оценки, базирующейся на клинико-экспериментальных методах обследования, изменение принципов нозографической и категориальной квалификации психических расстройств.

Во-вторых, – усиление тенденции к объективации и измерению данных клинических наблюдений, постепенное «отсеивание» социальных (или функциональных) критериев, которые существенно влияют на диагностическую оценку психических расстройств. В результате все большее внимание будет уделяться «латентным» и субклиническим психопатологические характеристикам, играющим важную роль в синдромообразовании и динамике психических расстройств.

В-третьих, – это когнитивное обоснование психотерапевтических и реабилитационных методов, расширение междисциплинарных взаимодействий на основе универсального когнитивного подхода, который, по сути, специфичен для вида homo sapiens.

В-четвертых, данный подход способствует дальнейшему развитию методологии психиатрии и обновлению ее категориальной системы в русле информационной теории, которая и определяет «выживаемость» наук в век информатизации.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: СЛЕДУЕТ ЛИ ИХ РАСЦЕНИВАТЬ КАК РАССТРОЙСТВА ПОГРАНИЧНОГО ИЛИ ПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Брюхин А.Е.

Москва
РУДН

Расстройства приема пищи (РПП), к которым в первую очередь относятся нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ), в том числе и атипичные варианты этих заболеваний, до настоящего времени представляют большую проблему для психиатрии и клинической медицины. Это обусловлено, прежде всего, полиморфизмом психопатологической симптоматики с вовлечением нескольких регистров психических расстройств, а также тяжестью психического и соматического состояний пациентов и высокой возможностью неблагоприятных исходов заболеваний вплоть до летальных случаев.

До настоящего времени не определено место расстройств приема пищи в классификации психических заболеваний, в том числе остается дискуссионным вопрос об уровне психической патологии при различных вариантах этих нарушений. Значительный процент РПП протекает на субсиндромальном или доболезненном уровнях, что обуславливает отсутствие обращаемости пациентов к специалистам и выявляется лишь ретроспективно или при скрининговой диагностике. Пациенты с подобными расстройствами приема пищи обращаются к психологам, либо психотерапевтам с иными целями, как правило отрицают наличие у них проблем с пищевым поведением.

Подавляющее большинство случаев РПП (до 90% наблюдений) следует отнести к пограничному уровню психической патологии, что проявляется навязчивыми, либо сверхценными дисморфофобическими переживаниями, легкой или умеренной депрессией, неглубокой патологией пищевого поведения с частичной или полной критикой к своему состоянию и заболеванию. Это относится прежде всего к НБ, при которой подавляющее большинство пациентов самостоятельно обращается к врачам. Значительное отклонение от нормального стереотипа питания в виде перееданий и так называемого очистительного компенсаторного поведения (периоды альтернативного голодания, значительных физических нагрузок, злоупотребления очистительными клизмами, мочегонными, слабительными и анорексигенными препаратами) позволяет при наличии соответствующих личностных характеристик критически относиться к имеющемуся пищевому расстройству. При НА преобладание в пищевом поведении так называемого рестриктивного (ограничительного) механизма, значительная выраженность и стойкость дисморфофобии, наличие черт перфекционизма, эпилептоидности и инфантильности в характере пациентов, определяют их низкую критичность к имеющимся нарушениям питания и развивающемуся истощению.

В 10% случаев расстройств приема пищи речь должна идти о психотическом уровне психических нарушений: дисморфофобия проявляется бредовыми идеями физического недостатка и самосовершенствования, либо сверхценным бредом с практически полной утратой критики к тяжести своего психического и физического состояния; патологическое пищевое поведение приобретает выраженный характер, приближаясь к мучительным ритуалам с охваченностью пациентов болезненными переживаниями и действиями. Значительно изменяется весь жизненный уклад пациентов: они теряют контакты с окружающими, проявляют агрессию к родным и близким, утрачиваются все виды активности за исключением патологического пищевого поведения. Подобная тяжелая психическая патология чаще встречается у пациентов с НА, в том числе и эндогенной этиологии. Пациентки стационируются в психиатрическую больницу в недобровольном порядке в связи с отсутствием критики к болезни и угрозой жизни. При НБ преобладают выраженное патологическое очистительное поведение (массивные, многократные в течение дня приступы переедания с последующими рвотами с использованием неадекватных методов их осуществления; злоупотребление угрожающими жизни большими дозами мочегонных и слабительных препаратов), а также тяжелые депрессии с суицидальными мыслями и поступками вплоть до завершенных суицидов.

Вышеуказанное многообразие уровней психической патологии при РПП обуславливает необходимость адекватной диагностики их с целью оказания своевременной и квалифицированной помощи для профилактики неблагоприятных исходов заболеваний.

ПСИХИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ

Коцюбинский А.П.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Оправдано стремление большинства исследователей при изложении клинических параметров психических расстройств указывать на преморбидные особенности, характеризующие состояние пациентов в этот период.

Изучение этой проблемы привело исследователей к представлению о предрасположенности индивида к развитию у него в процессе жизненных коллизий тех или иных психических расстройств. Предрасположенность же, в свою очередь, может выступать в двух формах: «уязвимости» (клинически не проявляемого варианта предрасположенности), которая под воздействием стрессоров (психогенных или физиологических), имеющих триггерную функцию, может «материализоваться» в виде различных субклинических проявлений психического диатеза (Циркин С. Ю., 1995, 1998, 2012; Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., 1996; Овчинников Б. В., Дьяконов И. Ф., Богданова Л. В., 2010), представляющего собой «в широком смысле … состояние риска или промежуточное между нормой и патологией состояние» (Козловская Г.В., Калинина М.А., 2013).

Двумя специфическими вариантами психического диатеза являются психопатологический диатез и психосоматический диатез.

К психопатологическому диатезу (Циркин С. Ю., 1995, 1998; 2012; Коцюбинский А. П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С. [и др.], 2004; Шейнина Н. С., Коцюбинский А. П. [и др.], 2008), более широко представленному в литературе, относят различные субклинические нервно-психические расстройства, свидетельствующие о не-достаточности адаптационно-компенсаторных возможностей организма и его готовности реагировать патологическим образом на внутренние и внешние стрессорные факторы.

Что же касается психосоматического диатеза, то следует отметить, что существует категория лиц с конституционально (биологически) обусловленной уязвимостью к расстройствам психосоматического спектра (Сторожаков Г.И., Шамрей В.К. [и др.], 2014), у которой под влиянием стрессовых (психических и/или соматических) воздействий развиваются различные клинически выявляемые психосоматические дисфункциональные состояния (сопровождающиеся соматовегетативными, эндокринными и иммунными функциональными сдвигами), для которых характерно отсутствие морфологических изменений, соответствующих соматическим жалобам пациентов. Эти дисфункциональные состояния могут быть квалифицированы как проявления психосоматического диатеза; их появление знаменует наступление этапа предболезни (Сторожаков Г.И., Шамрей В.К. [и др.], 2014), проявляющегося в дальнейшем аффинитетом как к психическим (преимущественно аффективным), так и к функциональным соматовегетативным расстройствам (Северный А.А., 1998). С точки зрения П. И. Сидорова и И. А. Новиковой (2010), психосоматический диатез – это «нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние».

Мы полагаем, что психосоматический диатез, как и психопатологический, может иметь следующие формы: а) эпизодическую; б) фазную; в) константную.

Эпизодический психосоматический диатез представлен различными соматизированными кратковременными реакциями, проявляющимися в виде отдельных соматических дисфункций: а) эпизоды сосудистой дистонии, сердечной дизритмии; склонность к проявления неадекватных вазомоторных реакций (покраснение, бледность), психогенных эритематозных пятен, стойкого красного, иногда спонтанного дерматографизма; склонность к проявления психогенного гипергидроза, психогенных головных болей; эпизоды нервного кашля и нервной икоты, тимопатического головокружения; склонность к появлению мышечных болей в покое и при напряжении, психогенных невралгий, спазмов скелетных мышц; эпизодически или сезонно повторяющиеся аллергические и псевдоаллергические реакции, возобновляющиеся под влиянием разных внешних факторов.

Фазный психосоматический диатез характеризуется наличием: реактивной лабильности, проявляющейся более длительными, чем при эпизодическом диатезе, и более спонтанными соматизированными феноменами, возникновением на высоте соматизированных феноменов проявлений витальной тревоги и танатофобии с последующим отчетливым периодом относительного благополучия.

Константный психосоматический диатез, характеризующийся совокупностью тех акцентуированных соматоперцептивных черт индивидуума (соматоперцептивной акцентуации), которые представляют собой личностно транстипологический (то есть проявляющийся при различных личностных особенностей индивидуумов) психосоматический феномен, рассматриваемый А. Б. Смулевичем (2006, 2009) в континууме гипо/гиперкоэнестезиопатии (прототипического расстройства телесного чувства). Определение «коэнестезиопатия»является производным от термина «коэнестезия», впервые введенного J. Ch. Reil (1805), и обозначает нарушение соматопсихической сферы, относящееся к расстройствам общего чувства тела и включающее протопатические, гаптические и витальные ощущения, а также опосредование физиологических и патологических процессов, происходящих в организме. При этом соотношение идеаторной представленности в сознании индивидуума гармонизации имеющихся патологических телесных перцепций (телесного чувства) и объективно наблюдаемых у него соматовегетативных сдвигов (телесной объективности), то есть соотношение между субъективным и объективным, может быть «искажено» в связи с чрезмерным или, напротив, недостаточным «чувством тела», что обозначается как про-явление «психосоматической пропорции» (Березанцев А. Ю., 2011).

Описываются две формы феномена константного психосоматического диатеза (соматоперцетивной акцентуации): проприоцептивный диатез и сегментарная деперсонализация.

1. «Проприоцептивный диатез» (Rado S., 1953), невропатический диатез (Смулеdич А. Б., 2009), выступающий в качестве гиперкоэнестезиопатического полюса психосоматической пропорции и проявляющийся как склонность индивидуума к альтернирующим полисистемным, синдромологически незавершенным орановротическим симптомам и вегетативным расстройствам со стороны внутренних органов (эгодистонное отношение к различным телесным сенсациям): признаки метеопатии, субфебрилитет неясной этиологии, проявления ортостатизма (ощущение слабости, «потемнение« в глазах, звон в ушах, склонность к обморокам или дурноте при изменении положения тела из положения сидя или лежа в положение стоя), заметная сенсибилизация к инфекционным агентам, аллергенам и пр.

2. Сегментарная деперсонализация (Ladee G. A., 1966), выступающая в качестве гипокоэнестезиопатического полюса психосоматической пропорции и проявляющаяся как дефицит телесного самосознания (антиипохондрия), наличие признаков психиче-ской анестезии и редукции/отсутствия сознания своего телесного «Я» (эгодистонность по отношению к телесному «Я»), снижение чувствительности к боли и другим мучительным телесным страданиям, психическая ареактивность («упругость» по Druss R. A. [et al.], 1988 – цит. по А. Б. Смулевичу, 2009) к проявлениям соматических катастроф (соматической болезни).

Современные представления о клинических проявлениях психического диатеза, их прогностическом значении и месте в патогенезе психозов до сих пор остаются спорными. Вместе с тем определение места разнообразных доклиничес-

ких психопатологических расстройств в динамической системе «патос – нозос» имеет существенное значение для теории развития психозов. Уточнение их прогностического значения важно для общемедицинской (в особенности – педиатрической) практики здравоохранения, поскольку дает основания для решения вопроса о степени риска развития психического заболевания и целесообразности превентивного вмешательства, учитывая современные возможности фармакологии и психотерапии.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Крылов В.И.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Утверждение принципов доказательной медицине в научной и практической психиатрии определяет возрастание интереса к методологическим и методическим аспектам психиатрической диагностики. В свою очередь изменение подходов к диагностике, системы классификации и систематики психических и поведенческих расстройств делает особенно актуальным обсуждение вопросов общей психопатолологии с целью «верификации традиционных категорий», «восстановления базы знаний психопатологии, позволяющей понимать феномены психических болезней».

Актуальным является вопрос о соотношении качественных и количественных методов оценки психического состояния. Качественный и количественный анализ психического состояния не должны противопоставляться друг другу. Игнорирование качественных различий является частой причиной систематических ошибок. Обязательным условием количественной оценки является наличие «устойчивой взаимосвязи между числовыми значениями и качественными характеристиками, которые эти значения отражают». Методически обоснованной является следующая последовательность использования качественных и количественных методов исследования – от первичного качественного анализа психических нарушений к количественной оценке их выраженности с последующим повторным качественным анализом, выявленных закономерностей. Таким образом, с одной стороны суждения и умозаключения должны предварять количественную оценку, с другой стороны вытекать из нее.

Отдельного обсуждения заслуживает вопрос о вариативности клинических признаков симптомов и синдромов. Возникает вопрос, о квалификации психических феноменов при отсутствии хотя бы одного из признаков, относимых к облигатным. Правомерно ли обозначение термином фобия патологических страхов, к которым отсутствует критическое отношение? Обосновано ли отнесение к эссенциальным сенестопатиям телесных сенсаций, лишенных субъективно тягостного характера?

При синдромальной оценке состояния вопрос о вариативности признаков состояния, во многом определяется теоретическими воззрениями. Как известно, существуют две альтернативные модели синдрома. Первая модель постулирует существование иерархических отношений между компонентами синдрома с выделением основных, дополнительных и факультативных симптомов. В рамках данной модели допускается вариативность дополнительных и факультативных компонентов синдрома. Данный подход исключает возможность диагностики депрессии без гипотимии и мании без гипертимии.

Вторая модель синдрома предполагает равнозначность основных его компонентов – симптомов. Следствием этого является возможность расширительной диагностики аффективных состояний. Современная концепция субсиндромальной депрессии предполагает диагностику депрессивного состояния при наличии любых двух одновременно существующих симптомов из числа облигатных и факультативных, приводящих к нарушению социального функционирования.

В уточнении и верификации нуждается целый ряд базисных понятий общей психопатологии. Особое значение имеет проблема единого смыслового наполнения профессиональной терминологии. Клиническая диагностика требует четкого разграничения понятий, имеющих отношение к различным уровням организации психической деятельности. Недопустимо смешение понятий отражающих с одной стороны клинические проявления, с другой психологический механизм формирования психических нарушений. При клинической квалификации нарушений мышления по содержанию используются понятия, отражающие характер и тяжесть патологических идей (сверхценные либо бредовые идеи), тогда как механизм формирования патологических идей отражают понятия кататимии и голотимии. Также не оправдано отнесение к количественным формальным нарушениям мышления магического и дихотомического мышление. Дихотомическое мышление может определять развитие как доминирующих и сверхценных, так и бредовых идей. В свою очередь магическое мышление может лежать в основе как нарушений мышления по содержанию (сверхценные или бредовые идеи особого значения), так и формальных нарушений мышлении (символики мышления).

Актуальным представляется рассмотрение вопроса о психопатологических признаках овладевающих нарушений. Овладевающий характер могут принимать идеаторные (овладевающие представления), аффективные (овладевающие страхи), сенсорные (овладевающие ощущения) нарушения. Общими признаками овладевающих нарушений являются эмоциональная насыщенность, доминирование в сознании, устойчивость по отношению к конкурирующим переживаниям. Овладевающие страхи и представления всегда имеют монотематичный характер. Овладевающие ощущения, напротив, как правило, имеют полиморфный по параметру сенсорной модальности характер. Кроме того, формирование овладевающих представлений происходит на основе навязчивых идей, тогда как при патологических страхах обычно имеет место обратная динамика нарушений – овладевающие страхи трансформируются в навязчивые.

Общими признаками овладевающих и сверхценных нарушений является отсутствие критического отношения к болезненным переживаниям. Как овладевающие, так и сверхценные представления и страхи могут возникать на основе навязчивых нарушений. В связи с этим заслуживает внимания проблема выделении дискриминирующих признаков, позволяющих разграничить овладевающие и сверхценные нарушения.

Развитие нейропсихиатрии определяет необходимость верификации понятийного аппарата, соотнесения основных диагностических категорий, используемых для оценки психического состояния в психиатрии и неврологии. Данная проблема имеет прямое отношение к квалификации когнитивных нарушений как при так называемых функциональных, так и при органических психических расстройствах. Примером различий в оценке психических нарушений уже на симптоматическом уровне является отнесение неврологами к нарушениям исполнительских или управляющих функций таких разнородных с точки зрения классической психиатрии симптомов как резонерское мышление, персеверативное мышление, эхолалии и эхопраксии. В группу симптомов, связанных с недостаточностью произвольной регуляции управляющих функций отнесены конфабуляции, импульсивные нарушения.

К ВОПРОСУ О ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Марченко А.А.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Дифференциация психических расстройств, как между собой, так и от психической нормы, неразрывно связана с проблемой психопатологического метода. В этом контексте представляется важным мнение В.П. Самохвалова (2010), который подчеркнул одну из ведущих проблем: отсутствие наглядных, иконических знаков, доступных объективной регистрации с помощью инструментальных, лабораторных, генетических и прочих методов исследования, т.е. соответствующих «золотому стандарту» диагностики. Психопатологический метод не может претендовать на этот «золотой стандарт диагностики», поскольку имеет ряд концептуальных ограничений. Во-первых, нередко сам пациент затрудняется вербализовать свои переживания в силу отсутствия специфических терминов не только в его в лексиконе, но, порой, и в языке в целом (в особенности это относится к тонким, пограничным нарушениям сознания и самосознания). Во-вторых, имманентная полисемия расставляет уже иные акценты при анализе врачом полученной от пациента информации. В результате подобного двойного субъективизма исходная информация искажается до степени, лишающей всякого смысла дальнейшую ее трактовку, а понятия, характеризующие диагностику, т.е. «информативность», «различительная способность», «надежность» и «воспроизво-димость» могут восприниматься лишь в контексте грустной иронии.

Вероятно поэтому, феноменология (психиатрия «понимания») была фактически вытеснена психиатрией «объяснения», построенной на общем принципе трех логических ступеней:

а) выявление знаков (симптомов), являющихся общностью первого порядка;

б) выявление, комплекса знаков (синдромов и нозологических единиц), являющихся общностями второго и третьего порядков;

в) интерпретация смысла выявленных знаков (психоаналитическая, биомедицинская и т.д.).

Однако, следует учитывать, что большинство симптомов представляют собой конвенциональные, то есть установленные в результате соглашения, знаки. Это, естественно, приводит к разночтению и различной оценке специфики симптома. Кроме того, необходимость оперировать для нюансировки состояния отдельных больных ограниченными рамками набором терминов, входящих в состав разработанного к настоящему времени психиатрического лексикона, приводит к тому, что одни и те же симптомы (синдромы) в одних случаях являются стержневыми (определяющими суть болезни), в других – второстепенным, что, согласно элементарной логике, исключает возможность их трактовки как специфических (патогномоничных).

Таким образом, развитие психиатрии происходило в русле редукционизма, вследствие чего сложные для восприятия и воспроизведения идеальнотипические и даже монотетические категории сменились простыми и понятными, но выхолощенными политетическими конструктами с их диагностической равнозначностью симптомов, «узаконенной» пришедшими из психологии психометрическими подходами. Однако, отсутствие четкого представления об «удельном весе» симптомов в клинической картине заболевания привело к эклектичности и недостаточной структурированности данных (Коцюбинский А.П., 2012).

В этой связи следует отметить и еще один проблемный аспект современных диагностических критериев, тесно связанный с отказом от феноменологии: отсутствие анализа личностной реакции на инициальную психопатологическую симптоматику. Формы этой реакции нередко представляют собой самостоятельные (в рамках политетической категоризации) образования, чаще в виде депрессивных, вторичных фобических и ипохондрических нарушений и т.п., которые способны полностью ретушировать основные проявления заболевания. Как, например, следует трактовать выраженные реактивные депрессивные переживания у пациента с фобиями, резко ограничивающими его социальную жизнь? А малоконтакность и необщительность больных шизофренией – это во всех случаях проявление дефекта или реактивное стремление к изоляции из-за осознания своей инакости? Очевидно, что без феноменологического «вчувствования» ответы на эти вопросы рискуют увязнуть в трясине «коморбидности».

Таким образом, можно констатировать необходимость реанимации феноменологических подходов с построением феноменологической синдромологии психических расстройств. И здесь представляется уместным напомнить, что сущность феноменологического анализа заключается в том, что из «потока» психопатологических явлений выделяются такие целостные образования, которые по своему содержанию, форме, структуре противоречат всему строю личности и ее сознанию, то есть обладают патологическим признаками (Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю., 2003). В итоге появляется возможность выявить базисный, осевой признак, из которого сущностно выводимы все остальные проявления болезни, то есть через внешние признаки – феномены – выявление ноуменальных основ психической патологии.

Однако, препятствием к широкому использованию феноменологического метода является его кажущаяся ориентация на уникальность индивидуального опыта с вытекающей несводимостью к обобщенным схемам, что противоречит следующим современным требованиям к объективизации нарушений:

1. Четкое, однозначное определение единицы наблюдения.

2. Количественная градация по степени выраженности единиц наблюдения с введением «диагностического порога».

Контраргументом может служить тот факт, что психопатологический феномен – многомерное образование, которое, однако, имеет ограниченный диапазон основных проявлений. Последние принципиально можно описать в терминах схемы, предложенной, например, K.D. Belzer, F.R. Schneier (2006), и характеризующей состояние когнитивной, аффективной, соматической, личностной (значимость болезненных проявлений, реакция на них, их влияние на социальное функционирование) и поведенческой сфер. В отличие от получиившей неоправданно широкое распространение биопсихосоциальной модели данная схема не ориентирована на поиск этиологических факторов, а носит исключительно описательный характер, предназначенный для некоторой формализации процесса сбора информации и ее структурирования. Несмотря на кажущуюся избыточность такого подхода, как представляется, он даст возможность выявить «латентные факторы», как «ноуменальные» основы психических нарушений. В противном случае дескриптивный подход рискует результировать в исход, аналогичный полученному в известной притче про слепцов, ощупывавших слона.

При этом, в разработке структуры психопатологических проявлений крайне важным представляется изначальный учет эволюционных закономерностей на базе модели H. Jackson (1932) с выделением негативных (составляющих суть патологического процесса) и позитивных (вторичных) расстройств. Так, принять за осевое нарушение при депрессии редукцию энергетического потенциала (Нуллера Ю.Л., 2008), то из него легко вывести и психомоторную заторможенность, ангедонию, суицидальные тенденции, стремление к уединению и т.д. На макроуровне можно выстроить и дименсиональный ряд: неврастения – дистимия – депрессивное расстройство. Дальнейшая этиологическая трактовка таких психопатологических рядов (Смирнов В.К., 1983) возможна как с позиций чисто биомедицинских, так и адаптационных моделей болезней.

Аналогичным образом, если принять за основу психотических расстройств нарушение межмодального синтеза (Хант Г., 2004), как основной функции сознания, то представляется вполне осуществимым понимание процессов формирования феноменов отчуждения, лежащих в основе бредовых и галлюцинаторных проявлений.

Поиск таких конструктов в рамках феноменологии, на наш взгляд, даст возможность построения целостной иерархической картины психических нарушений, способствующей в глобальном плане преодолению дихотомии «психическое-физическое» применительно к душевным болезням, а локально – совмещению категориальной и дименсиональной моделей, «дескриптивного» (насколько это понятие применимо к феноменологии) и операционального принципов диагностики, построению эффективных идеальнотипических конструкций, актуальность которых подчеркивает В.И. Крылов (2013).

ПАРЦИАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Марченко А.А.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М.Кирова

В последнее время все чаще отмечается, что возможности использования психопатологического метода для оценки состояния лиц с психическими расстройствами оказываются весьма ограниченными (Рустанович А.В., 2000). Это, в числе прочего, обусловливается как гносеологической сложностью изучаемых в психиатрии феноменов, так и поливариантностью их трактовки различными специалистами. Кроме того, «прокрустово ложе» традиционных синдромологических и таксономических заключений зачастую существенно лимитируют получение значимой информации об особенностях актуального состояния больного, его тяжести, прогнозе и т.п. В качестве одной из причин подобного положения, и прежде всего, в пограничной психиатрии С.В.Дремов и И.Р.Семин (2001) усматривают отсутствие разработок в области патологии сознания. Авторы с грустью констатируют, что «проблема сознания долгое время была маргинальной в психиатрии, и все ценное, что можно было получить психиатрами при изучении состояний сознания, оставалось либо в рамках психологии, либо вообще за пределами науки». Как отмечает В.Ю.Воробьев (1997), «даже такие общие аспекты, как определение и границы этого понятия (т.е. сознания) до сих пор не являются общепризнанными». Поэтому, вероятно, следует согласиться с мнением А.А.Орловской и соавт. (2000) о насущности развития психопатологического направления в исследованиях в области психиатрии.

В связи с этим, целью работы было изучение взаимоотношений традиционно рассматриваемых в рамках клинической психиатрии психопатологических симптомов и тонких, трудноразличимых нарушений сознания, для которых, с нашей точки зрения, наиболее подходящим термином является «парциальные расстройства сознания» (Смирнов В.К., 1983). Объектом для исследования послужила группа больных с невротическими расстройствами (рубрика F4 МКБ-10), проходивших лечение в клинике психиатрии ВМедА им. С.М. Кирова. Оценка симптоматологии невротических нарушений осуществлялась с использованием симптоматического опросника SCL-90-R (Degoratis L.R., 1994; Татабрина Н.В., 2001). Для изучения патологии сознания мы использовали разработанную нами ранее (2007) шкалу парциальных расстройств сознания. Данный инструмент позволяет оценить ряд симптомов, сгруппированных на основании факторного анализа в следующие кластеры: «нарушения ориентировки во времени», «нарушения ориентировки в пространстве» и «нарушение проприо- и интероцептивной ориентировки».

В результате корреляционного анализа была установлена неожиданно высокая взаимозависимость для отдельных симптоматических групп. Так, фобическая, тревожная и депрессивная симптоматика обнаруживала отчетливую прямую корреляционную связь с парциальными нарушениями временной ориентировки (Rr равнялись 0.6, 0.7 и 0.7 соответственно). Психотизм выявлял аналогичной силы взаимосвязь с патологией пространственной локализации (Rr=0.7), в то время как обсессивно-компульсивные, паранойяльные и ипохондрически-соматизационные симптомы были связаны с нарушениями в сфере проприо- и интероцептивной ориентировки (коэффициенты корреляции составили 0.7, 0.5 и 0.5 соответственно).

При рассмотрении этих данных в свете концепции объемлющего строя Дж.Гибсона (1988) и теории межмодальной трансляции (Хант Г., 2004) представляется, что нарушение адекватной ориентировки и обусловленное им искажение прогностических функций может играть роль «первичных» (Bleuler E., 1911) или «основных» (Ясперс К., 1997) симптомов в структуре большинства психопатологических синдромов.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И/ИЛИ РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА: МИФЫ И ПРАКТИКА

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

Самара
Самарский ГМУ

К настоящему времени в отечественных нейронауках, в частности в психиатрии, неврологии и клинической психологии, сложилась парадоксальная ситуация с использованием ряда понятий (терминов, категорий): «когнитивные», «ментальные», «интеллектуальные» функции (процессы, расстройства). А если сюда добавить еще термины «высшие психические функции», «высшие корковые функции», то картина в указанных клинических дисциплинах станет еще более запутанной. Остановимся на самом «модном», «современном» понятии «когнитивные» функции (расстройства) и сопоставим со «старым» понятием – «интеллектуальные».

Не останавливаясь на истории вопроса, отметим, что термин «познавательные» (когнитивные) пришел с одной стороны из философии и теории познания, а с другой – из психологии. Философ Т.Г. Лешкевич (2011) пишет: «В контексте современной познавательной проблематики анализируется не только проблема истинности с учетом ее современного решения, но и функция участия мышления и построения ситуации, три области соотношения мышления и речи, потенциал образного мышления в процессе мыследеятельности, а также методология эвристики как стратегии поиска в условиях неопределенности и ресурс философской инновации». В американской психологии появилось направление «когнитивная психология», в которой акцент делается на проблемах знания, научения, мышления, и которая состоит в понимании человека как рационального существа.

Современная когнитивная психология возникла на стыке информатики, психофизиологии и психологии познания для изучения и обоснования пространственно-векторных процессов мозга в процессе системно-динамической модели когнитивных процессов. Сегодняшняя когнитивная психология преимущественно изучает когнитивные процессы: восприятие, память, внимание, распознание конфигураций, решение мыслительных задач, психологические аспекты речи, когнитивное развитие и другие феномены, рассчитывая перейти от когнитивных феноменов к когнитивным законам и когнитивным константам (Сергиенко Е.А., 2002).

Самарская школа психиатров, созданная П.Ф.Малкиным (1959-1971), использовала сложное психическое образование «интеллект» (ум, разум, общие и специальные способности), складывающийся из трех блоков познания внешнего мира и ставший свойствами и качествами внутреннего мира человека: психических процессов, «духовного инвентаря» и собственно интеллекта. К психическим процессам относят сознание, восприятие, память, внимание, речь, воображение, мышление. Что практически совпадает с понятием «когнитивные процессы» в понимании отечественных неврологов (Яхно, Левин, Захаров и др.). Исключением являются сознание и воображение. Это приводит к ряду ошибочных исследований когнитивных процессов неврологами у пациентов на 2-3-й день после черепно-мозговой травмы с опорой на психологические, чаще всего скрининглвые, тесты и опросники. Как результат – диагностика «обратимых» деменций.

К «духовному инвентарю» относят запас знаний, навыки пользования этими знаниями в профессиональной, социальной и обыденной жизни.

«Собственно интеллект» включает умение пользоваться «духовным инвентарем», способность к критике и самокритике, к формированию новых идей, новых точек зрения, формирования гипотез, научению и обучению новому, т.е. ведущим являются общие и индивидуальные способности к обучаемости. Обучаемость здесь рассматривается как комплексный показатель особенностей мышления (темп продвижения в новом материале, экономичность, самостоятельность и гибкость мышления, особенности обобщения и абстрагирования признаков и осознанность действий), т.е. «мышление в действии».

В клинической психиатрии есть отдельные исследования когнитивного стиля как индивидуальный способ в решении задач (в частности, импульсивность-рефлексивность, зависимость-независимость и др.).

Интересно сопоставление подходов к когнитивной патологии клинической неврологии и клинической психиатрии.

В национальном руководстве «Неврология» (2009) клиническое обследование неврологического пациента начинается с исследования высших мозговых функций, при котором «необходимо последовательно изучить состояние сознания, ориентацию, внимание, память, счет, способность к обобщениям и абстрагированию, речь, праксис, гнозис». При этом за исключением сознания все остальные психические и неврологические функции отнесены к когнитивным функциям. Не вступая в дискуссию, хотелось бы понять различия между понятиями: «высшие мозговые функции», «высшие психические функции», «высшие корковые функции», «когнитивные функции». А глава 26 руководства «Неврология» вновь посвящена нарушениям когнитивных функций, определение начинается с деменции, для которой характерны «полифункциональный характер нарушений», «например,. памяти и интеллекта или памяти, интеллекта и речи и т.д. (см. «Клиническая картина»)». Но в обеих главах авторами понятие «интеллект» не раскрывается. Эти же авторы в другом руководстве (2011) повторяют те же составляющие когнитивных функций, но преимущественно на основе информации, в частности, «гнозис – восприятие информации…», «интеллект – способность к анализу информации…». Выделяют тяжелые, умеренные и легкие когнитивные расстройства и три степени деменции, но как они соотносятся между собой – остается неописанным. Не совсем ясно и с поведенческими нарушениями в указанных руководствах, в частности, праксис относят к когнитивным, а поведенческие нарушения выводятся из них без всяких объяснений.

Посмотрим, как обстоят дела с пониманием когнитивных нарушений в клинической психиатрии. В национальном руководстве «Психиатрия» (2009) в главе 17 «Основные психопатологические синдромы» не обсуждаются когнитивные функции, а выделен «энцефалопатический синдром», включающий все основные когнитивные процессы, а эйфорический и апатический его варианты традиционно рассматриваются как органическое слабоумие. Даже в главе 19 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства (ОПР)» автор практически избегает понятия «когнитивные расстройства», хотя описывая синдром деменции, использует те же психические процессы, включая высшие корковые (локальные) функции. «Клиническая картина деменции зависит от ее этиологии, степени выраженности интеллектуального дефекта. Традиционно деменцию подразделяют на парциальную и тотальную». И подразделяет на три степени выраженности деменции: легкую, среднюю и тяжелую. К сожалению, подробного клинического описания степеней деменции не приводится ни с позиций когнитивных, ни с позиций интеллектуальных нарушений. Тот же автор (Гаврилова) выделяет три основных группы клинических проявлений. И первая из них: «проявления собственно когнитивного дефицита: расстройства речи (афазия, дисфазия), в том числе, номинативная, моторная (экспрессивная), сенсорная (импрессивная) афазия; расстройства исполнительной деятельности (апраксия, диспраксия) при нарушенных моторных функциях; нарушения оптико-прорстранственной деятельности (агнозия, дисгнозия); нарушения памяти (амнезия, дисмнезия) и расстройства аналитико-синтетической деятельности, т.е. собственно интеллектуальных функций».

Таким образом, «новое – это хорошо забытое старое», т.е., по существу, когнитивные и интеллектуальные расстройства являются синонимами. Так, клиническая картина того или другого органического психического расстройства зависит не столько от ведущего синдрома, сколько от нозологической природы развития синдрома когнитивных нарушений, включая синдром деменции, когда присоединяются локальные корковые синдромы или они возникли еще в остром (подостром) периоде (например, мультиинфарктная деменция). При легких когнитивных расстройствах преимущественно страдает собственно интеллект, в первую очередь, способность к обучению, креативности, продуктивности мышления, при умеренных – помимо собственно интеллекта страдает «духовный инвентарь» текущего времени за счет ослабления когнитивных процессов, и только позже появляются количественные дефекты когнитивных процессов.

ДИНАМИЧЕСКИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФЕНОМЕНА ТРЕВОГИ

Погодина М.Г.

Краснодар
ГБУЗ Специализированная КПБ №1 МЗ КК

Наблюдающиеся в последние годы тенденции роста удельного веса пограничной психической патологии и связанные с этим социальные и экономические потери объясняют актуальность дальнейшего изучения как механизмов и динамики развития пограничных расстройств и их феноменологических составляющих, так и возможных путей помощи данному контингенту больных. Тревога как явление и ее вклад в клиническую картину обсуждаемых состояний побуждают ориентировать исследования в направлении дальнейшего изучения динамики ее клинико-психологической трансформации.

Мы исходили из того, что тревога рассматривается как выражение адаптационного синдрома. Согласно теории устойчивых патологических состояний Н.П.Бехтеревой тревога является неотъемлемой составляющей и движущим фактором процесса перехода от одного болезненного состояния к другому. Трансформация тревоги в депрессию рассматривается как первый уровень вытеснения психологического конфликта. Движение депрессии по пути соматизации явля-

ется следствием дальнейшего преобразования тревоги. Чаще эта трансформация происходит в виде непосредственного преобразования тревоги в соматоформное состояние. Этот феномен является сутью проявления механизма двойного вытеснения по Митчелиху – вытеснения как психологического конфликта, так и его эмоциональной составляющей. Воздействие дополнительных травматических факторов может способствовать переходу от соматоформного уровня расстройств к органному, что ознаменовывает формирование психосоматического заболевания.

В своих предшествующих публикациях мы приводили результаты исследований в данном направлении. Целью данного исследования явилось стремление дальнейшего осмысления полученных ранее результатов, а также желание дальнейшего изучения тенденций динамики синдрома тревоги как личностной характеристики, уровень ее выраженности, соотношение с другими психологическими характеристиками, а также характер возможных коррелятивных соотношений различных ее составляющих.

Материалом данного исследования послужили пациенты с тревожными, депрессивными и соматоформными расстройствами в рамках различных нозологических форм пограничного уровня, находящиеся на лечении в отделении пограничных состояний ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» министерства здравоохранения Краснодарского края. В качестве методов исследования были использованы клинико – психопатологический и психологический метод с привлечением Торонтской алекситимической шкалы и Многофакторного личностного опросника самоотчета SCL-90-R. Изучались показатели депрессивности, алекситимии, соматизации и совокупный показатель тревожности как особенности личности, который (на основании указанной выше диагностической методики) раскладывается на три составляющие – личностную, межличностную (или тревожность межперсональных отношений) и фобическую тревожность.

В процессе анализа материалов проведенного исследования было сделано ряд выводов:

1. Показатели клинически выраженной тревоги имели высокие значения во всех исследуемых группах пациентов пограничного уровня.

2. В группе тревожных расстройств наиболее высокому уровню соматизации соответствовали меньшие значения тревожности – что подтверждает идею о снижении уровня тревоги при переходе данного синдрома на соматический уровень реагирования. Уровень алекситимии был выше там, где были получены максимальные показатели по тревоге либо максимальные значения соматизации.

3. В группе депрессивных расстройств уровень соматизации имел обратную корреляцию с выраженностью депрессии, что также подтверждает идею вытеснения переживаний аффективного спектра при появлении соматических симптомов.

4. В группе пациентов с соматоформными расстройствами наблюдается наиболее высокий уровень выраженности соматизации – тем выше, чем более рентными были установки пациентов с ориентацией на активное медикаментозное (а не психотерапевтическое) лечение.

5. Анализ психологических составляющих феномена тревоги как характеристики личности выявил следующее: при более низком показателе уровня личностной тревожности в той или иной группе наблюдается повышение показателя фобической тревожности либо тревожности межперсональных отношений. Данный факт свидетельствует о существовании динамических тенденций внутри синдрома тревожности, как сложносоставной характеристики личности. Выявленные соотношения не зависели от степени выраженности суммарного показателя.

Полученные результаты требуют дальнейшего изучения.

МЕТОД ПОДГОТОВКИ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ВЫБОРКИ ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ СТРУКТУРЫ СИНДРОМА

Савенко Ю.С.

Москва

Независимая психиатрическая ассоциация России

В научно-исследовательской психиатрической практике наиболее распространены рандомизированные исследования на больших выборках, в которых поставленная проблема решается на наиболее распространенных «типовых» примерах, составляющих основной центральный массив нормального распределения по исследуемой характеристике. Такие исследования дают только самые общие ответы на поставленные вопросы и исходно ограничены уровнем своей структурной дифференцированности. Это хотя и преобладающие, но наиболее обезличенные, средние, смешанные, структурно слабо очерченные, структурно неопределенные образцы.

Из этого следует необходимость поиска – и это составляет цель данного сообщения – метода, выясняющего более тонкие клинически значимые психопатологические характеристики и метода минимизации основной выборки для более тщательного исследования отдельных конкретных случаев.

Намного более информативным является противоположная описанной стандартной, направленность исследования на редкие краевые типы, выяснение структуры этих мономорфных, «чистых», ядерных синдромов, а затем выделение из основного массива выборки нормального распределения множества Кантора. Первый метод неоднократно использовался как метод крайних типов и вариантов, второй – давно содержится в невостребованном виде в лице процедуры построения множества Кантора. Она состоит в последовательном выбрасывании средней трети выборки (не включая концов), распределенной на оси абсцисс по исследуемой характеристике.

Например, при исследовании различия депрессивных больных с тоскливыми и тревожными депрессиями, концами или краевыми типами будут больные с мономорфными тоскливыми на левом крае и тревожными на правом крае депрессиями. Эти редкие типы составляют заведомо малые выборки и позволяют выяснить тонкую клинико-психопатологическую структуру крайних, ядерных, «чистых», мономорфных типов: собственно депрессивного, тоскливого, меланхолического с одной стороны, и тревожного, анксиозного типа – с другой. В результате мы получаем возможность квалифицировать больных между этими «чистыми» типами (на которые оставляем по 3%) как депрессивных, тревожно-депрессивных и тревожных, что составляет примерно три равных части. Средняя треть выбрасывается. Из оставшихся частей в свою очередь выбрасывается их средняя треть и т.д. Это позволит, например, вместо выборки в 104 больных оставить для тщательного исследования 66, 44 или только 29 больных (при трехкратной процедуре), т.е. примерно 1/3 исходного количества исследованных. То, что остается, именуется как множество Кантора или «канторова пыль». Она обладает фрактальной (дробной) размерностью или размерностью самоподобия, т.е. бесконечным повторением в себе базовой формы, уменьшенной во сколько угодно раз.

Аналогичным образом можно выделить и исследовать другие пары краевых типов депрессивного или любого другого синдрома. Причем не только в отношении психопатологической структуры, но и различной интенсивности, глубины на разных стадиях, на разной терапии и т.д.

Описанная процедура в отличие от общепринятой практики исследовать только наиболее распространенные («типовые») примеры, т.е. только центральную (среднюю) треть нормального распределения, дает возможность выяснить более тонкие клинически значимые структурные особенности изучаемых синдромов.

Предложенное в связке применение метода крайних типов с выделением множества Кантора открывает новые горизонты для многих тонких и в то же время практически осуществимых психопатологических исследований, показывая их неисчерпаемость.

ВОЗМОЖНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ОДЕРЖИМОСТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Сединина Н.С., Лобанова И.П., Сединин А.Л.

Пермь
Пермский ГМУ

Вера людей в одержимость злыми духами существовала на всех этапах развития человечества. Еще во времена глубокой древности были известны патологические идеи, при которых больные утверждали, что в них «вселился злой дух», заставляющий совершать различные действия. Господствующие идеи эпохи, суеверия меняли содержание патологических идей одержимости. Разными авторами были описаны многочисленные средневековые эпидемии бесоодержимости в монастырях Европы. Отдельные описания «бесноватых» известны на Руси с XI века. В XVII-XVIII в.в. отмечается достаточно широкое распространение «икотной болезни» на севере России. В 20 веке сложилось мнение, что данное состояние имеет, как правило, психогенное (в том числе индуцированное) происхождение, возникает на фоне убежденности людей в возможность «вселения злого духа Икотки» в тело человека. Интерес к этой проблеме проявляли В.М.Бехтерев, И.И.Лукомский, Н.И.Фелинская и другие видные специалисты. В северных районах Пермского края в 70-х гг. 20 века М.Д.Урюпиной было описано данное суеверие, как достаточно распространенное. Многие люди были искренне убеждены в существовании злого духа Икотки, который, по их мнению, обладал способностью проникать в тело человека в виде маленьких животных, насекомых, иногда в виде человека. Кроме суеверности, среди факторов, вызывающих заболевание, значимыми являются особенности личности конкретного человека, психотравмирующие переживания.

С целью определения возможности возникновения синдрома «одержимости» в настоящее время, нами методом анкетирования было обследовано 68 человек, жителей одного села, расположенного на севере Пермского края. Из них 57 женщин, 11 мужчин, средний возраст составил 42,8 г. Высшее образование было у 25, среднее профессиональное у 34, неполное среднее у 9 чел. Выявить среди них людей с «вселившимся духом» не удалось, но почти все были убеждены, «знали» о возможности вселения «злого духа Икотки» в тело человека. Так, 33 человека считали себя «очевидцами», с уверенностью говорили, что в разные периоды своей жизни видели людей с симптомами, которые «подтверждают» существование злого духа, в том числе – своеобразные движения, приступы с говорением от имени «икоты». Эти люди подтвердили, что с детских лет имели возможность присутствовать при обсуждении данного явления в их семьях, слышали рассказы о подобных случаях в той же местности, в соседних деревнях. Они называли имена конкретных лиц, которые считались в данной местности «колдунами», рассказывали об их деятельности, способах влияния на окружающих. Сообщали сведения о путях проникновения «икотки» в организм человека, ее размерах, форме, внешнем виде, месте нахождения, способности перемещаться, переходить в других людей, разговаривать голосом «хозяйки», отвечать за нее на вопросы, руководить ее поступками. С годами укреплялась вера в порчу, возможность воздействия на людей путем колдовства. Всего 6 человек из всех обследованных не смогли подробно объяснить смысл данного явления, все они проживали в данном селе относительно непродолжительное время, не являлись коренными местными жителями.

Уровень образования, профессия никак не помогают избавиться от суеверия. Обращает на себя внимание тот факт, что из обследованных 25 человек с высшим образованием (учителя, экономисты, агроном, ветеринар), 20 верят в возможность «наведения порчи», 22 убеждены, что существует возможность вселения злого духа «икотки» в человека.

Считают же эту опасность значимой и актуальной половина всех опрошенных – 34 человека, в том числе 9 из группы обследованных с высшим образованием, они используют различные обереги. Остальные не высказывают выраженного страха перед этой возможной опасностью, предполагают, что «колдуны ныне пошли не те», по сравнению с прежними временами. Достоверной зависимости между уровнем убежденности в существовании «икотки» и полом и возрастом не получено.

Таким образом, как видно из представленных данных, можно сделать вывод, что возможность формирования синдрома «одержимости» в современный период времени существует, так как сохраняются суеверия, в том числе вера в злого духа «Икотку», на фоне которых данное состояние и развивается, особенно, при наличии дополнительных факторов риска.

К ВОПРОСУ ОБ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ ДЕПРЕССИЯХ

Субботская Н.В.

Москва
НЦПЗ

Ранее исследование эндогенных психопатоподобных депрессий затрагивало преимущественно подростковый и юношеский возраст. [Озерецковский Д.С., 1979, Можгинский Ю.Б., 1993, Сюсюкало О.Д., 1983, Татарова И.Н.,1985, Курашов А.С., 2001, Максимова М.Ю., 2002]. Тенденции последнего времени определяются значительным ростом интереса к особенностям влияния личности на картину эндогенной депрессии, формирующуюся в зрелости [Akiskal H.S., 1988,1992, Battaglia M., 1996, Boyce P., 1990,1991, Sanderson W., Beck A., 1992, Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Читлова В.В. 2012]. Большинство этих исследований затрагивают вопросы коморбидности аффективных и личностных расстройств, но не формируют концепции особой психопатологической разновидности аффективного синдрома с психопатоподобными расстройствами.

Цель исследования: изучение психопатологических особенностей психопатоподобных депрессий, создание типологической классификации, изучение взаимного влияния аффективных и психопатоподобных расстройств, анализ влияния психопатоподобных расстройств на тяжесть и клинические особенности эндогенной депрессии.

Материал исследования: обследовано 52 пациента, 35 женщин и 17 мужчин, в возрасте 18–55 лет, находившихся на лечении в ФГБНУ НЦПЗ. Диагностические рубрики по МКБ-10 F31, F32, F33.

Методы исследования: клинико-психопатологический; клинико-катамнестический.

Результаты исследования. Психопатоподобные депрессии характеризуются доминированием поведенческих и имитирующих патологию характера расстройств. Выделено три типологических варианта: с психопатоподобными включениями, с доминированием психопатоподобных расстройств, с психопатоподобной реакцией на болезнь. Психопатоподобные депрессии характеризуются превалированием тревоги и/или апатии, причем в первых двух типологических вариантах четко определяется преобладание того или иного радикала. В связи с этим в рамках типологических вариантов выделены по две группы.

Депрессии с психопатоподобными включениями – 30 пациентов (57,7%). Психопатоподобные депрессии с преобладанием тревоги – 20 пациентов (66,7%). Тревога, доминируя в качестве основного гипотимического радикала, сочеталась с меланхолией, апатией, адинамией, анестетическими расстройствами, идеями малоценности, самообвинения. Отмечалась дисгармоничность депрессивной триады в виде отсутствия признаков моторного торможения, что приближало данные состояния к атипичным смешанным по типу гипердинамической депрессии. Гипердинамическую окраску депрессии придавал истерический личностный радикал (на уровне нормы или акцентуации характера), преобладающий у данных пациентов. Драматизация, обилие жестикуляции маскировали проявления идеомоторного торможения. Витальный характер тревоги был окрашен истерическим фоном с чрезмерной экспрессивностью и драматизацией ощущений. Возникали определенные трудности с дифференцировкой протопатических (витальность), истералгических и сенестопатических ощущений, которые были зачастую сопряжены. Тревога носила соматизированный характер и проявлялась в массивных вегетативных и двигательных конверсиях, истерических стигмах (ком в горле, обмороки). Динамика тревожных депрессий определялась тенденцией к затяжному течению, в целом была благоприятной.

Психопатоподобные депрессии с преобладанием апатии – 10 пациентов (33,3%). Превалировал апатический радикал в сочетании с адинамией, анестезией, меланхолическими расстройствами. Среди психопатоподобных проявлений преобладали расстройства эмоционально-неустойчивого круга в виде импульсивности, интенсивного гневливого аффекта, «поведенческих взрывов» с демонстративными суицидальными попытками и актами самоповреждения. Динамика апатических депрессий определялась тенденцией к затяжному многолетнему, но благоприятному течению.

Особенностью взаимодействия аффективных и психопатоподобных расстройств явилось их взаимное усиление. Личностные особенности уровня нормы и акцентуации достигали уровня психопатоподобных на фоне формирующейся депрессии. Преморбидные личностные особенности и психопатоподобные проявления в структуре депрессии относились к одному и тому же кругу, преимущественно истерическому.

Депрессии с доминированием психопатоподобных расстройств – 13 пациентов (25%). Психопатоподобные расстройства выходили на первый план в клинической картине состояния, отодвигая собственно гипотимические проявления на второй. Наблюдались грубые истерические и диссоциативные расстройства в виде пуэрилизма, явлений псевдодеменции, нарушений речи, имитирующих афатические расстройства, замена русского языка иностранным, явления диссоциативной амнезии, истерические галлюцинации воображения с помрачением сознания.

У больных с тревожными депрессиями – 9 пациентов (69,2%), помимо доминирования собственно диффузного тревожного аффекта, отмечались пароксизмальноподобные состояния в виде сочетания паники, тоски, дисфорических проявлений, деперсонализации-дереализации, обмороков, истерических конверсий.

У больных с апатическими депрессиями – 4 пациента (30,8%) выявлялись адинамические расстройства с ощущением слабости, обездвиженности, доходящие до возникновения трудностей поднять собственные конечности, удержать в руках обычный предмет обихода, что позволило трактовать данное расстройство как конверсионную адинамию.

Взаимное влияние аффективных и психопатоподобных расстройств определялось как перекрывание первых последними. Депрессии с доминированием психопатоподобных расстройств имели тенденцию к затяжному и континуальному течению. Преморбид характеризовался преобладанием сензитивно-тревожного радикала на уровне акцентуации.

3. Депрессии с психопатоподобной реакцией на болезнь – 9 пациентов (17,3%). Тревога и апатия в структуре данного варианта сосуществовали одновременно или сменяли друг друга на протяжении суток или дней. В связи с этим не было выделено отдельных подвариантов. Тяжесть состояния обуславливала не глубина гипотимических расстройств, а наличие психопатоподобной личностной реакции на депрессию. Психопатоподобные реакции относились к проявлениям истерического круга в виде эгоцентризма, драматизации, нетерпимости к любому проявлению психического дискомфорта, истероипохондрической фиксации на болезни с доминированием проявлений моральной ипохондрии, демонстративности, склонности к внешнеобвиняющим тенденциям. Стремясь получить быстрое облегчение состояния, пациенты вмешивались в психофармакотерапию, не выдерживали оптимальных сроков приема антидепрессантов, что создавало условия для формирования псевдорезистентности, и, как следствие, для затяжного и хронического течения депрессии. Драматизация пациентами своего состояния часто приводила к назначениям необоснованно высоких доз антидепрессантов и нейролептиков, как следствие, развитию побочных эффектов; частым сменам курсов психофармакотерапии; полипрагмазии.

Прослеживая динамику данного варианта депрессий, уже на ранних этапах формирования можно проследить психопатоподобную реакцию на болезнь. В дальнейшем, даже при послаблении симптомов депрессии, сохранялся эгоцентризм, холодность к близким, что позволяло подозревать сопряженность психопатоподобной личностной реакции на болезнь с психопатоподобными изменениями личности. Преморбид характеризовался истерическими – эгоцентризм, шизоидными – эмоциональная холодность и сензитивно-тревожными чертами.

В результате исследования показано различие соотношений между аффективными и психопатоподобными расстройствами в структуре эндогенной депрессии; выявлено разное происхождение психопатоподобных расстройств, которые могут быть как отражением позитивной психопатологической симптоматики – депрессии с психопатоподобными включениями и с доминированием психопатоподобных растройств, так и негативной – депрессии с психопатоподобной реакцией на болезнь. Таким образом, особенности соотношений аффективных и психопатоподобных расстройств в структуре эндогенной депрессии позволяют использовать их как критерии нозологической диагностики, как предикторы прогноза заболевания и как факторы, влияющие на оптимизацию психофармакотерапии.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Тиганов А.С., Клюшник Т.П.

Москва
НЦПЗ

Методология научных исследований включает комплекс принципов и подходов, которые лежат в основе научных поисков. Методология научных исследований в психиатрии представляется более сложной, что связано с особенностями этой дисциплины.

Распространено мнение, что в настоящее время клинические исследования в психиатрии себя исчерпали. Однако это положение принципиально неверно, так как данные клинико-психопатологических исследований являются основой и фундаментом дисциплины. Влияние различных социальных и средовых факторов, новейших средств терапии меняет про-

явления, течение и исходы психических расстройств, что требует пристального внимания клиницистов. Для современных биологических исследований в области психиатрии необходим дифференцированный подход к различным нозологическим формам, позволяющий осуществлять адекватную интерпретацию выявляемых клинико-биологических корреляций. Кроме того, в настоящее время в общей психопатологии и клинике психических заболеваний остается еще значительное число «белых пятен» – малоизученных проблем, решение которых важно для диагностики, терапии и прогноза: проблема типичных и атипичных синдромов, смешанных состояний, негативных и дефицитарных расстройств, динамики синдромов –патокинеза и др.

Вместе с тем необходимо отметить, что за последние годы сфера интересов психиатрии значительно изменилась, сместившись в область биологических исследований.

В настоящее время психические расстройства рассматриваются как результат взаимодействия наследственности, средовых и социальных факторов. Психические расстройства полигенны и генетические факторы являются предрасполагающими факторами риска. Понимание механизмов влияния определенных генетических вариаций на изменения в белках, клетках и нейронных сетях, приводящие к нарушению функционирования нервной системы и развитию симптомов психических расстройств является главной задачей, решение которой будет способствовать созданию новых диагностических подходов и определению новых терапевтических мишеней.

В настоящее время мы еще очень далеки от интегрального понимания нейробиологических механизмов психических заболеваний, однако те или иные выявляемые различными исследователями отклонения (генетические мутации, измененный уровень белков или метаболитов в биологических жидкостях, нейроэлектрофизиологические показатели, аномалии мозга и т.д.) уже сегодня служат в качестве биомаркеров патологических процессов и динамики заболевания. Дальнейшее расширение исследований биомаркеров и их валидизация позволят более широко использовать их в клинической практике.

Таким образом, для понимания реальной картины нейробиологии синдромов и расширения возможностей психиатров в плане диагностики, лечения, раннего выявления и профилактики психических заболеваний необходим мультидисциплинарный подход, включающий в себя совместные усилия исследователей в области клинических, патопсихологических и междисциплинарных биологических исследований.

РАЗДЕЛ 11.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

THE FUTURE OF PSYCHIATRY AND PRIMARY HEALTH CARE

Herrman H.

Melbourne, Australia
Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, and The University of Melbourne

A cooperative and inclusive approach to mental healthcare is important for the future of psychiatry: and psychiatry as a central, integral part of general healthcare and public health. The future of psychiatry depends on the ways that psychiatrists work with others to support our patients' recovery and social inclusion. Psychiatrists can work with primary health care, in specialist settings, and as policy makers and advocates to shape health care, whatever the level of resources in a country. Engagement with primary health care, early intervention as mental illnesses emerge, and collaboration with patients and family carers are the keys to achieving integration with the health care system.

The Alma-Ata Declaration of 1978 remains a guide to good health care and achieving universal health coverage. Psychiatrists have an essential role in engaging primary health workers, along with patients, families and others, to promote mental health and respond adequately to people with mental ill-health. The lecture will revisit the Declaration to consider how psychiatrists can contribute to making it a reality and hence ensure better mental health care and its integration with health care.

КАДРОВОЕ И РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ НА ЭТАПАХ СТАНОВЛЕНИЯ (1913-2013 ГГ.)

Алиев М.А.

Махачкала
Республиканский ПНД

Особенности и характер психиатрической помощи в любой стране определяются историческими, экономическими, географическими, культуральными, политическими и другими факторами. Вместе с тем, имеются общие закономерности ее развития, связанные с движением психиатрической науки. Поэтому столь важным является анализ этапов становления и развития психиатрической службы, для определения направлений дальнейшего совершенствования.

Цель данного исследования: изучение кадрового и ресурсного обеспечения на этапах становления психиатрической службы Дагестана, особенности организации психиатрической помощи, обеспеченность специалистами и коечным фондом за период с 1913 по 2013 гг.

Материалы и методы исследования: использовались исторический, клинико-статистический и сравнительный (использовались материалы Государственного архива и архива Министерства здравоохранения).

В 1775 году Екатерина II издала Указ «Уложение о губерниях», в котором привлекла к организации лечения душевно больных органы местного управления. В Дагестанской области система организации психиатрической помощи населению, в соответствии с указами царей, не была реализована в силу религиозных и социально-бытовых традиций горцев. Система медицинской помощи населению носила сословный характер.

В ходе проводимых медико-топографических исследований, врача Аварского округа К.М. Трипольского, описаны наиболее частые заболевания горцев и их вероятные причины с 1863 по 1866 гг. В 1865 г. Г.С. Кузнецов изложил особенности заболеваний, встречавшихся у горцев Даргинского округа. Особый интерес у врачей вызывал эндемический зоб, при этом ни один из авторов научных трудов (Н.К. Зейндлиц, И. Салтыков, И.И. Кривякин и др.) не указывает на наличие больных, страдающих психическими расстройствами на территории Дагестана. Хотя, согласно статистическим данным Государственного архива, в 1902 г. в Дагестанской области насчитывалось 273, в 1903-271, в 1906 году – 280 больных психическими расстройствами.

В Дагестане, организацией медицинской помощи для лиц, страдающих психическими расстройствами, начали заниматься лишь в начале XX в. В 1912-1913 гг. были организованы Областные земские Дома призрения для душевнобольных, которые располагались на территории храмов. Обеспеченность населения врачами-психиатрами и стационарными койками в Дагестанской области на 1914 г. составляла: 1 врач-психиатр и 10 койко-мест на 702237 жителей Дагестана, показатель обеспеченности врачами – 0,014 на 10 тыс. населения, койками – 0,14.

В 1921 г. было организовано психиатрическое отделение в Дагестанской областной больницы, рассчитанное на 31 койко-место. В 1923 г. данное отделение преобразовано в Республиканскую психиатрическую больницу. В 20-30-е гг. прошлого столетия жители Республики столкнулись с проблемами в отношении доступности медицинской помощи и низкого материально-технического обеспечения лечебных учреждений. В 1933г. при обеспеченности 0,43 койко-мест на 10 тыс. населения было развернуто 80 коек, при сметных – 100, при этом процент загрузки койки составлял только 70,2.

В 1937 г. Махачкале были открыты психиатрическое отделение при Республиканской клинической больнице и кафедра психиатрии мединститута. В связи с чем, количество коек увеличилось до 120, а численность врачей составила 5 человек. По-

казатель обеспеченности на 1023300 населения врачами – 0,048 на 10 тыс. населения, койками – 1,17.

В 1954 г. был открыт психоневрологический диспансер, а в 1957г. Берикейская психиатрическая больница. В 1959 г. функционировали 4 лечебных учреждения на 280 коек, где работали 14 врачей, при этом показатель обеспеченности врачами – 0,131, койками – 2,63. В 60-х гг. общее количество стационарных психиатрических коек в республике составляло 480, при норме – 2000. Была активизирована работа психоневрологического диспансера по организации диспансерного наблюдения и амбулаторного лечения.

В 1970 г. после объединения психиатрического отделения Республиканской клинической больницы и психоневрологического диспансера в регионе было развернуто 620 коек, работали 32 врача в трех лечебных учреждениях, показатель обеспеченности врачами – 0,224, койками – 4,34 на 10 тыс. населения. К 1979 г. в республике функционировали 3 лечебных учреждения на 725 коек, где работали 61 врачей на 1628200 населения, показатель обеспеченности врачами – 0,37, койками – 4,45.

В 1985 г. ликвидирована Берикейская психиатрическая больница с передачей коек в другие лечебные учреждения. В 1989г. с 1802200 населения в двух лечебных учреждениях на 725 коек и 88 врачами, показатель обеспеченности врачами составлял – 0,48, койками 4,02.

После открытия центра детской психиатрии в 2002 г., количество коек увеличилось до 1115, врачей-психиатров – 135, функционировали три лечебных учреждения на 2576500 населения, показатель обеспеченности врачами – 0,52, койками – 4,32.

По данным статистического управления республики Дагестан в 2014 г. население увеличилось до 2946035 человек, но на прежнем уровне остались количество лечебных учреждений, коек и работающих врачей.

Проведен сравнительный анализ показателей обеспеченности психиатрическими койками и врачебными кадрами на Кавказе в 1914 г. В Терской области с населением 1275697 человек в 1914 г. функционировали 2 больницы на 50 мест, показатель обеспеченности койками на 10 тыс. населения -0,39, Кубанская область – 0,36, Закавказье – 0,35. Проанализировав данные, приходим к выводу, что обеспеченность психиатрическими койками в Дагестане была ниже на 2,5-2,7 раза.

Показатель обеспеченности психиатрическими койками в 2014г. в Дагестане составлял 3,78, а в Российской Федерации – 9,54, соответственно, врачами-психиатрами – 0,49 против 1,21 федерального показателя на 10 тыс. населения, что в 2,5 раза ниже коек и в 2,46 раза ниже врачей-психиатров.

На протяжении всего времени существования психиатрической службы Дагестана, наблюдается дефицит специализированных кадров и психиатрических коек, но, несмотря на это, доступность и качество специализированной психиатрической помощи возросла, благодаря организационной структуре с системой диспансерного наблюдения, способствующего единству биопсихосоциального, полипрофессионального подходов на всех этапах ее оказания.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЗНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНА

Алиев М.А.

Махачкала
Республиканский ПНД

Анализ показателей психического здоровья населения РФ показывает, что структура психиатрической службы страны не в полной мере удовлетворяет потребности населения и, в первую очередь, это объясняется несовершенством организации психиатрической помощи и слабым материально-техническим обеспечением. Помимо этого, на показатели, отражающие состояние психического здоровья населения в различных регионах Российской Федерации, оказывают влияние географические, экономические, экологические, этно-культуральные и другие факторы. Становится очевидным, что современная система оказания психиатрической помощи требует проведения серьезных преобразований. Вместе с тем, совершенствование психиатрической помощи в РФ должно быть тесно связано с региональной политикой реформирования служб психического здоровья.

Одним из регионов с многонациональным населением, имеющим свои исторические и культурные особенности, в том числе и в развитии системы здравоохранения в целом, и психиатрической службы в частности, является Республика Дагестан. Изучение состояния психического здоровья населения Республики Дагестан является актуальным как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Цель исследования – Клинико-эпидемиологическая оценка состояния психического здоровья населения Республики Дагестан, факторов влияющих на него. Выявление закономерностей при первичной регистрации психически больных, анализ распространенности психических заболеваний и утраты трудоспособности этого контингента в различных административно-территориальных образованиях.

Материал и методы исследования: клинико-статистический, проведен статистический анализ данных официальной медицинской статистики за последние 10 лет. Учитывались показатели 2004-2013 гг.

Для объективности полученных результатов исследования выделены 3 категории доступности медицинской помощи. При этом учитывалось климато-географическое расположение муниципальных образований, транспортные коммуникации, связь, социально-культуральные, этнические, экологические, наследственные факторы, кадровое и ресурсное обеспечение психиатрических кабинетов.

1 категория доступности медицинской помощи: налаженные транспортные коммуникации, связь, благополучные социально-культуральные, этнические, экологические, наследственные факторы, кадровое и ресурсное обеспечение психиатрических кабинетов. В штатном расписании – 1 или 2 ставки врача-психиатра с квалификационной категорией, регулярно повышающие уровень профессиональной подготовки.

2 категория доступности медицинской помощи: налаженные транспортные коммуникации, связь, благополучные социально-культуральные, этнические, экологические, наследственные факторы, слабая санитарная культура, медицинская неграмотность населения, недостаточное кадровое и ресурсное обеспечение психиатрических кабинетов. Данная категория медицинской помощи представлена одним сертифицированным врачом психиатром.

3 категория доступности медицинской помощи: плохие транспортные коммуникации, ненадежная связь, региональные социально-культуральные, этнические, экологические, наследственные факторы, слабая санитарная культура, медицинская неграмотность населения. Должность психиатра на 0,5 ставки занимает врач совместитель, как правило, невролог.

В целях настоящего исследования, территория Республики Дагестан была условно разделена на 4 климатогеографические зоны:

Первая зона – городская – 11 городов, с 16598100 населением;

Вторая зона – равнинная – 9 муниципальными образованиям с 423220 населением;

Третья зона – предгорная – 5 муниципальными образованиями с 286050 населением;

Четвертая зона – горная – 25 муниципальными образованиями, с населением 172780 человек.

Все кабинеты городских поликлиник относятся по кадровому обеспечению и организации работы к первой категории. В предгорной и равниной зоне все муниципальные образования относятся ко второй категории кадрового и ресурсного обеспечения. В горной зоне из 25 муниципальных образований – 10 относятся к третьей категории кадрового и ресурсного обеспечения, остальные – 15 муниципальных образований ко второй категории.

При анализе данных психического здоровья населения РД по климатогеографическим зонам, получены следующие показатели: заболеваемость психическими расстройствами на 100 тыс. населения по городам составляет 127,7; в равнинной зоне – 124,1; в предгорной зоне – 100,2; а в горной зоне – 87,5, при среднереспубликанских показателях – 109,0. Отсюда следует, что в горной зоне заболеваемость ниже, чем на равнине и предгорье. Низкий показатель заболеваемости в горной зоне, по-видимому, обусловлен недостаточной диагностикой психических расстройств, в связи с отсутствием врачебных кадров и низкой обращаемостью сельского населения с психическими расстройствами к психиатрам. Показатель распространенности психических расстройств на 100 тыс. населения в городах составляет 1514,5; в равнинной зоне – 2334,2; в предгорной зоне – 2449,5; в горной зоне – 2600,6, при среднереспубликанских показателях – 1968,2. Следовательно, распространенность психических расстройств в горной зоне выше, чем на равнине и предгорье.

Важнейшим показателем состояния психического здоровья населения являются данные об инвалидности по психическим расстройствам. Показатели впервые установленной инвалидности на 10 тыс. населения за 10 лет в пределах 2,2 в городах; 3,2 в равниной зоне; 3,9 в предгорной зоне и 4,8 в горной зоне, а показатель общей инвалидности в городах-78,6; в равнинной зоне-117,2; в предгорном зоне -120,6; в горной зоне-144,6. В горной зоне при высоких показателях распространенности и инвалидности отмечаются низкие показатели заболеваемости психическими расстройствами, что обусловлено недостаточной диагностикой со слабой организацией психиатрической помощи, низкой санитарной культурой граждан, отсутствием врачебных кадров и низкой обращаемостью сельского населения, страдающих психическими расстройствами, к психиатрам.

Выводы. Анализ клинико-эпидемиологических показателей психического здоровья взрослого населения в различных административно-территориальных образованиях Дагестана, позволил выявить определенные различия. Они обусловлены кадровым и ресурсным обеспечением районного звена психиатрической службы, климатогеографическим расположением региона, социально-культуральными, этническими, экологическими факторами, санитарной культурой граждан и обстоятельством, обеспечивающим медицинскую грамотность населения.

Проведенное районирование имеет практическое значение, т.к. позволяет регионализовать политику оздоровления населения, проведение санитарно-противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Бебчук М.А.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

В условиях реформы здравоохранения медицинские организации (далее МО) вынуждены обеспечивать конкурентоспособность и, следовательно, качество медицинских услуг. Для оценки качества медицинской помощи в МО выделяют 3 основных компонента («триада Донабедиана» (A. Donabedian, 1988):

1. качество структуры – нормативно-правовая база, порядки оказания помощи, условия финансирования МО, организационная структура МО, материально-техническое оснащение, плановые показатели, кадровое обеспечение, профессиональные качества специалистов.

2. качество процесса – выполнение рекомендаций и нормативов психотерапевтической помощи (далее ПП), фактическое использование в МО методов и приемов ПП, динамика контакта со специалистом, общая удовлетворенность качеством и доверие процессу ПП.

3. качество результатов – динамика состояния, использование ресурсов, изменения микросоциальной обстановки, уровня социальной адаптации пациента и бремени семьи.

Цель: выявление особенностей управления качеством психотерапевтической помощи (ПП) через особенности деятельности врача-психотерапевта.

Материалы и методы. В исследовании участвовали:

1/ 143 специалиста – врачи-психотерапевты, врачи-психиатры, клинические психологи – независимо от форм собственности медицинской организации. Условием включения в опрос являлись активная психотерапевтическая практика, интерес к исследованию и ориентация на качество своей деятельности. Специалистам было предложено определить показатели качества ПП, инструменты измерения и критерии.

2/ 219 родителей детей с отклонениями в психическом здоровье и/или развитии, ищущих психотерапевтическую помощь. Родители отвечали письменно или на сайте МО на вопросы анкеты о мотивах обращения к специалистам, «маршруте« семьи с больным ребенком в поиске специалиста, потребности и ожидания семьи, оценку семейного статуса и бремени семьи.

Для суждений о потребностях общества и государства анализу подлежали нормативно-правовая база в сфере психотерапии, публикации в СМИ и кинопродукция последних десятилетий в области психического здоровья.

Результаты и их обсуждение.

1. Особенности структуры:

А) Нормативно-правовая база, регулируя деятельность в сфере психотерапии, вступает в противоречие с потребностями и возможностями специалистов и потребителей ПП.

1. Так, основной ведомственный приказ (№ 438 от 16.09.2003 «О психотерапевтической помощи») четко определяет сферу компетенции врача-психотерапевта («лечение лиц с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации, психическими заболеваниями в стадии ремиссии» – приложение №3). Однако в практике врача-психотерапевта встречаются пациенты с различными нозологическими формами и не только в стадии ремиссии. Отказ в консультации этой категории пациентов противоречит их потребностям и ФЗ №323 в части «доступности» медицинской помощи.

2. В «Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении» (утвержден МЗиСР РФ 12.07.2004) – главном отраслевом документе, определяющем единую нормативную базу услуг в здравоохранении на территории РФ, – перечислены услуги, включая обязательный и дополнительный ассортимент ПП. При повторном приеме врача-психотерапевта обязательными медицинскими услугами являются психотерапия (А.13.30.005) и психоанализ (А.13.30.007). При этом психоаналитическая терапия является одним из 400 методов, и освоение этого направления, как и любого другого, требует от специалиста 3-8 лет дополнительного обучения и финансовых средств. Это означает, что специалист, совершенствующийся в гештальт-терапии или семейной психотерапии, НЕ может оказать обязательную медицинскую услугу – психоанализ.

3. Кроме того, деятельность врача-психотерапевта/врача-психиатра и медицинской организации, оказывающей этот вид помощи, остается юридически незащищенной. С одной сто-

роны, существуют пациенты и их родственники, которые в связи со своим состоянием (бредовые мотивы или интеллектуальное снижение) утверждают, что получили услугу ненадлежащего качества и требуют компенсации стоимости. В большинстве случаев Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 05.05.2014) «О защите прав потребителей«, Статья 29. Права потребителя при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной услуги) предусматривает повторное выполнения работы, возмещения понесенных расходов, полного возмещения убытков, причиненных в связи с недостатками оказанной услуги. С другой, – требования могут быть предъявлены при принятии оказанной услуги, в ходе оказания услуги либо в пределах двух лет со дня принятия оказанной услуги. Наиболее объективным критерием качества медицинской помощи остается состояние больного. Однако при психических заболеваниях не всегда можно связать динамику психопатологических расстройств с полученной больным помощью, а тем более оценить это влияние спустя два года.

Б) Кадровый дефицит.

1. Увеличению численности врачей-психотерапевтов препятствует то, что психотерапия является субспециальностью психиатрии:

а/ более длительное обучение, чем при других медицинских специальностях;

б/ повышение квалификации и профессиональный рост в двух направлениях. При этом психотерапия имеет свои специфические профессиональные компетенции и требования к подготовке (личная и тренинговая подготовка, супервизия);

в/ необходимость сертификации по двум специальностям (следовательно, работа на двух должностях или в разных организациях);

г/ обучение практической психотерапии (дополнительная специализация) осуществляется из собственных средств. Повышение квалификации такого рода является дорогим и стимулирует отток грамотных специалистов из государственного здравоохранения.

2. Кадровый дефицит усугубляются тем, что в реальности врачи других специальностей, организаторы здравоохранения или психолого-социальных услуг под давлением психофобии направляют психиатрических пациентов вместо врача-психиатра к врачу-психотерапевту, предполагая меньшее сопротивление у пациента.

2. Особенности процесса

А) Врач-психотерапевт не всегда при оказании услуги УДОВЛЕТВОРЯЕТ потребности пациента, которые могут быть болезненными, опасными и противоречить потребностям микроокружения. Кроме того, в ряде случаев в связи со своим психическим состоянием пациент и/или родственники не могут самостоятельно оценить удовлетворенность качеством услуги.

Б) Многообразие признанных профессиональным сообществом направлений и школ затрудняет возможность объективной внешней экспертизы качества, т.к. дополнительная специализация по направлениям лишает экспертов общего профессионального мировоззрения, понятийного аппарата, единых критериев оценки и унифицированных форм отчетов.

В) К настоящему времени не разработаны стандарты медицинской помощи в области психотерапии на государственном уровне.

Д) Деятельность врача-психотерапевта представляет угрозу для его жизни и здоровья в связи с поведением получателей помощи вплоть до нанесения тяжких телесных повреждений или смерти независимо от работы в кабинете или на дому у пациента, индивидуально или в группе, с ребенком или взрослым.

3. Особенности результата

ПП направлена на улучшение социально-психологической адаптации пациента и включает коррекцию внутриличностных проблем, проблем в семье, на работе/в школе, в обществе. Социальный характер услуги предполагает и оценку качества предоставляемой помощи по социальным критериям и всеми участниками /«получателями» этой помощи.

Выводы.

1) Нормативно-правовая база тормозит развитие управления качеством ПП, создает риски при принятии управленческих решений на уровне МО.

2) Оценивать качество ПП должны все участники психотерапевтического процесса.

3) Удовлетворенность клиента/пациента – не может быть основным критерием в системе оценки качества ПП.

4) Неразрывно с качеством ПП следует рассматривать вопросы безопасности деятельности для самих специалистов.

5) Внедрение стандартов качества помогает устранить имеющиеся барьеры к обеспечению надлежащей помощью пациентов (актуально при низкой толерантности в обществе к душевно больным, психофобии и стигматизации пациентов с психиатрическим диагнозом).

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА НА БАЗЕ СТАЦИОНАРА ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Беккер И.М., Несифорова О.И.

Набережные Челны
ПНД,
филиал РКПБ им. В.М. Бехтерева

С 2006 г. на базе дневного-ночного стационара НЧ ПНД функционирует Стационар первого психотического эпизода. За восемь лет на его базе внедрены все современные организационные формы лечения и реабилитации психически больных, рекомендованные для стационара первого психотического эпизода Московским НИИ психиатрии. С 2007 г. дополнительно, поэтапно, вводилась особая форма терапевтического сообщества, в виде привлечения родителей и близких родственников больных первого эпизода к уходу, наблюдению, соучастию в тренинговых группах и иных формах взаимодействия лечебного коллектива и родственников больных. За семь прошедших лет родители или иные родственники привлекались к соучастию в курации и реабилитации больных всего в 62 случаях. Как правило, это касалось самых тяжелых психически больных, с галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой и параноидной симптоматикой в рамках шизофрении, шизофреноподобного расстройства, щизотипического расстройства. У многих пациентов отмечался высокий суицидальный риск, в рамках первичного эпизода. Из 62 больных, 51 учились в вузах и техникумах, 6 – в старших классах общеобразовательных школ, 5 работали на производстве, в учреждениях и организациях. Стационар первого психотического эпизода располагается на базе дневного-ночного стационара и представляет собой «отделение открытых дверей«, со свободным входом и выходом, исключительно добровольным пребыванием в отделении, с минимумом внешних проявлений психиатрического наблюдения и надзора. В этих условиях осуществление наблюдения и надзора за пациентами с острым психотическим эпизодом крайне затруднено. При необходимости круглосуточного наблюдения и лечения, пациенты остаются на ночь, в рамках круглосуточного варианта пребывания, при этом в отделении ночью дежурит одна медицинская сестра, без младшего персонала. Сама жизнь подсказала привлечение близких родственников, в условиях открытого отделения, к наблюдению и надзору за больными. С родителями и иными родственниками проводится первичная ознакомительная беседа, в ходе которой врачом разъясняется суть наблюдения, надзора и ухода

за психически больным, возможности родителей и перечень действий, в случае экстраординарной ситуации (в дополнении к психообразовательной программе для родственников психически больных). С одинаковой частотой привлекались и матери, и отцы. В 4 случаях – тети и дяди, и в двух случаях – бабушки. Первой целью привлечения родственников являлось участие в наблюдении за больными близкими. За все годы существования стационара первого эпизода, ни одного случая совершения общественно-опасного деяния среди данной категории пациентов не отмечалось. Следующей задачей привлечения родителей и родственников являлась пролонгация домашнего образа жизни на пребывание в стационаре. В отделении, при всей ограниченности площадей, была выделена специальная комната, где пациенты, находящиеся на круглосуточном пребывании в любое удобное для них время могут принять пищу, обсудить с родителями возникшие вопросы или просто побыть наедине со своими мыслями. Самым важным в совместном пребывании с родными, мы считали создание эмоциональной поддержки, избавление пациентов от страха пере стенами психиатрического учреждения и установления доверительных отношений между всеми участниками терапевтического процесса: врачом, пациентом и родственниками. В распоряжении пациентов первого психотического эпизода и их родителей имеется библиотека в комнате отдыха, с разнообразной художественной и научно-популярной литературой, телевизор, шахматный столик, настольные игры. В вечернее время пациенты с родителями могут беспрепятственно выйти за пределы отделения и прогуляться по близлежащей территории, посетить учреждения культуры (многозальный кинотеатр), торговые центры. Очень важным элементом совместной терапевтической работы является участие в обходах врачей. Родители, располагаясь рядом с пациентами, выслушивают полный доклад лечащего врача заведующему отделением, все вопросы и замечания врачей, рекомендации и задачи на предстоящую неделю.

Пребывание родителей совместно с психически больными заканчивалось, как правило, с переводом пациента с круглосуточного режима пребывания на дневной. Происходило это, чаще всего на 5-7 сутки лечения в стационаре первого психотического эпизода. Использование терапевтического сообщества с первых дней лечения способствовало мягкому вхождению пациентов в режим работы психиатрического учреждения, устранению необоснованных страхов и тревог, непрерывности социального и родственного контакта, предупреждению депривации и обучению родителей и родственников практическим приемам наблюдения, надзора и реабилитации психически больных. Все это уменьшало влияние стигматизации психиатрической помощи, развенчивало образ тюремного содержания душевнобольных, сокращало сроки стационарного лечения. Так, например, при среднем пребывания пациента с острым эпизодом в типовом психиатрическом отделении на строгом надзоре не менее 10 дней, срок круглосуточного пребывания в стационаре первого эпизода сокращался до 5 дней, а в некоторых случаях до 3х дней. Доля первичного выхода на инвалидность данных пациентов была меньше не только в сравнении с пациентами круглосуточного стационара (на 25%), но и с пациентами стационара первого эпизода, пребывания которых не сопровождалось использованием терапевтического сообщества с родителями и родственниками (на 12%). В нескольких случаях (5 чел.) использовался ночной стационар, в рамках стационара первого эпизода, когда становилось возможным продолжение учебы в дневное время, пребывания в домашних условиях (для продолжения ухода за малолетними детьми). После окончания учебного дня, или пребывания дома, пациент возвращался в стационар первого психотического эпизода вместе с родственником и получал необходимое лечение. В одном случае (дебют шизотипического расстройства), пациент днем продолжал работать, будучи весьма ценным специалистом, а на ночь приходил с отцом, для получения лечения в рамках стационара первого психотического эпизода.

Таким образом, использование помощи родителей и родственников на этапе стационарного лечения в условиях стационара первого психотического эпизода, в условиях отделения открытых дверей, является не только оправданным, но и результативным, для улучшения реабилитационного процесса.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Благовидова О.Б.

Хабаровск
Дальневосточный ГМУ (ДВГМУ),
Краевая КПБ (КГБУЗ ККПБ

В результате реформ здравоохранения, продолжающихся с 2005 г., приведших к сокращению психиатрических учреждений и отдалению психиатрической помощи от населения, существенно повышается роль врачей первичного звена в раннем выявлении психических нарушений в сельских районах, где дефицит узких специалистов и территориальная удаленность служат барьером для получения своевременной психиатрической и психологической помощи.

Цель исследования: научное и организационно-методологическое обоснование программы ранней диагностики психических расстройств у пациентов, обращающихся к врачам службы первичной медико-санитарной помощи в сельской местности.

Материал и методы исследования. Проведен анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами на 10 участках общей врачебной практики в двух сельских районах Хабаровского края (им. Лазо и Нанайский). В качестве основных методов исследования были использованы: клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, клинико-психологический, анамнестический и математико-статистический.

Критерий включения: пациенты от 18 до 80 лет, обращавшиеся по любому поводу к врачу первичного медицинского звена и давшие в письменной форме информированное согласие на участие в данном исследовании.

Критерий исключения: обращение пациентов до проведения данного исследования в службы психиатрической и (или) наркологической помощи.

Первичная выборка составила 700 человек. Положительные результаты скрининга имелись в 430 (61,42%) случаев. На втором этапе было проведено клинико-психопатологическое обследование лиц с положительными результатами скрининговых тестов. Заключение о наличии психопатологических расстройств выносилось в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Результаты исследования и обсуждение. Клинический уровень психической патологии был выявлен у 166 (43,1%) обследованных больных. В структуре психических расстройств преобладали невротические, связанные со стрессами и соматоформные расстройства – 42,8% (2,82 на 1000 населения) и органические психические заболевания – 46,4% (2,67 на 1000 населения). Первичная заболеваемость непсихотическими расстройствами, зарегистрированная амбулаторной психиатрической службой в двух указанных районах, составила за аналогичный период 416,8 на 100 тыс. населения. Первичная заболеваемость непсихотическими расстройствами, установленная в результате проведенного нами исследования, составила 635 на 100 тыс. населения (6,35 на 1000 населения), то есть 152% по отношению к официально учтенной патологии. По официальным данным, первичная заболеваемость расстройством шизофренического спектра в данных районах составила за

аналогичный период 39,8 на 100 тысяч населения (0,39 на 1000) населения. По данным исследования, впервые было диагностировано психотическое (шизотипическое) расстройство только у одной пациентки: 6 на 100 тысяч населения (0,06 на 1000). Употребление алкоголя с вредными и с опасными последствиями было выявлено в результате исследования у 110 (28,57%) обследованных, что составило 550 на 100 тысяч населения. Наличие алкогольной зависимости I стадии было впервые установлено у 2 больных (0 на 100 тыс.); II стадии – у 8 (47 на 100 тыс). По данным наркологической службы, употребление алкоголя с вредными и с опасными последствиями было выявлено у 36 человек (98,3 на 100 тысяч населения). Алкоголизм I стадии в данных районах не был выявлен ни у одного человека; однако с диагнозом алкоголизм II стадии было впервые взято на учет 176 человек (638,4 на 100 тысяч).

Таким образом, имелось принципиальное расхождение между данными, полученными в результате проведенного нами исследования и официальными статистическими показателями: психиатрической и наркологической службами более часто регистрировались расстройства шизофренического спектра и алкоголизм II стадии, в то время как в первичной медицинской сети с большей частотой выявлялись непсихотические формы психической патологии и злоупотребление алкоголем без формирования зависимости. Субсиндромальный уровень психической патологии был выявлен у 219 (56,88%). Первичная выявляемость психических расстройств врачами общей практики на участках численностью от 1500 до 1900 человек составляла в период проведения исследования от 1 человека за 3 года до 3 человек в год. Анкетирование врачей показало, что в распознавании психической патологии врачи опирались на такие признаки, как «неадекватное поведение», «нарушение ориентации в месте и во времени». На консультацию к психиатру направлялись преимущественно больные с грубо выраженными нарушениями (психозы, деменция). Психометрические инструменты при диагностике психических расстройств врачами не использовались. Таким образом, необходимость целенаправленного обучения врачей первичного звена методам раннего выявления психических расстройств была очевидна.

Дальнейшие исследования проводились по двум направлениям: подбор методов выявления психических отклонений на ранних этапах формирования психического заболевания, доступных не специалистам в области психиатрии, и соответствующая подготовка врачей общей практики. Был заключен договор между КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» МЗ ХК в лице главного врача Г.Ф.Ракицкого и Отделом здравоохранения администрации Нанайского Муниципального района Хабаровского края в лице начальника отдела В.В.Мельниченко, а также с ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздравсоцразвития России в лице ректора В. П. Молочного о внедрении в деятельность врачей общей практики Нанайского района «Программы раннего выявления пациентов с психическими расстройствами в службе первичной медико-санитарной помощи», а также об организации непрерывного последипломного обучения врачей общей практики по указанным вопросам. Разработанные методики были использованы при разработке краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2012-2014 годы), подпрограмма «Психические расстройства». На протяжении последних трех лет неоднократно проводились выездные циклы очно-заочного обучения врачей общей практики, был подготовлен ряд учебно-методических пособий и учебных видео-фильмов, осуществляется постоянное консультативное взаимодействие с врачами общей практики Нанайского района по вопросам диагностики и лечения психических заболеваний. Благодаря указанным комплексным мероприятиям удалось достичь повышения уровня первичной диагностики психических расстройств в Нанайском районе: за последние 3 года первичная заболеваемость психическими расстройствами в Нанайском районе увеличилась на 25,6%, что свидетельствует о росте активного выявления психических расстройств, при этом процентная доля первичной заболеваемости тяжелыми формами психической патологии (психозами и слабоумием) в Нанайском районе существенно ниже, чем по краю в целом (5,9% против 23,9%). Показатель первичной заболеваемости наркологическими расстройствами за последние три года наркологическими расстройствами в Нанайском районе увеличился в 1,8 раза, в то время как общая заболеваемость алкогольными психозами в Нанайском районе за последние три года уменьшилась в 1,6 раза.

Выводы: необходимо продолжить взаимодействие между КГБУЗ «ККПБ» и КГБУЗ «Троицкая ЦРБ» в рамках модели полипрофессиональной медицинской помощи, в соответствии с разработанной программой раннего вы-явления пациентов с психическими расстройствами в службе первичной медико-санитарной помощи, а также продолжить непрерывное последипломное обучение врачей общей практики по указанным вопросам.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 7 ЛЕТ (2008-2014)

Богачев М.А., Одарченко С.С., Белецкая С.А.

Омск

БУЗ Омской области КПБ им. Н.Н. Солодникова

Актуальность изучения психического здоровья населения в контексте регионального подхода обусловлена разнообразием климато-географических, социально-экономических особенностей территорий, демографическими и этнокультуральными характеристиками населения. Сибирские регионы страны характеризуются субэкстремальными условиями жизни, неоднородной структурой населения, этническим разнообразием, что определяет необходимость системного анализа этих особенностей для определения уровней психического здоровья. Без достоверных данных о психическом здоровье населения, то есть без знания таких показателей как первичная заболеваемость психическими расстройствами и распространенность психических заболеваний, вряд ли можно говорить о каких-либо программах по совершенствованию психиатрического сервиса. Изучение первичной заболеваемости в течение длительного временного отрезка позволяет определить основные тенденции выявления психических расстройств, что будет способствовать решению вопросов программного-целевого развития психиатрической службы региона.

Для анализа первичной заболеваемости психическими расстройствами в Омской области были взяты данные за семилетний период с 2008 года по 2014 год.

Первичная заболеваемость психическими расстройствами имеет устойчивую тенденцию к снижению. В Омской области с 2008 года она снизилась на 42,0% (2008 – 469,6, 2014 – 272,0). Аналогичная ситуация наблюдается и в РФ, но степень снижения первичной заболеваемости меньше (с 2009 года на 10,7%, 2009 – 358,3, 2013 – 319,8). Мы считаем, что изменение показателя первичной заболеваемости определяется следующими факторами:

1) условия и образ жизни населения;

2) профилактические мероприятия, влияющие на факторы риска;

3) доступность врачей-специалистов;

4) квалификация врачей-специалистов;

5) осведомленность населения в области психического здоровья;

6) доверие населения к специалистам, оказывающим психиатрическую помощь;

7) другие факторы.

Остановимся на факторе доступности. На доступность психиатрической помощи влияют климатогеографические особенности территории, организация оказания специализированной помощи в регионе, кадровая обеспеченность психиатрической службы.

Характерными особенностями Омской области являются большая площадь территорий (139 тысяч километров), большая протяженность с севера на юг (более 600 км), наличие 32-х административных районов, континентальный климат, характеризующийся резкими перепадами температур, суровой зимой. Население Омской области составляет около 2-х миллионов человек, более 57% всех проживает в региональном центре – городе Омске. Большая часть остального населения живет вдоль главных транспортных осей: транссибирской железнодорожной магистрали и реки Иртыш. Вышеперечисленные климатогеографические особенности значительно затрудняют выявление психических расстройств.

Нами была проанализирована кадровая обеспеченность специалистами, в частности врачами-психиатрами амбулаторной службы в Омской области за 7 лет (2008-2014 гг.). Обеспеченность врачами амбулаторной психиатрической службы в области снизилась на 22,7% (2008 – 0,66, 2014 – 0,51). В целом по Российской Федерации число врачей-психиатров (именно физических лиц) за 5 лет также снизилось с 2009 года на 5,0% (2009 – 14439 человек, 2013 – 13709 человек).

Недостаточное количество психиатров особенно на амбулаторном приеме напрямую влияет на снижение выявления психических расстройств в населении. Каждому врачу диспансера приходится вести не один участок, а больше. Еще хуже ситуация с врачами-психиатрами в сельских районах, где зачастую один врач обслуживает несколько сельских районов. В итоге не все лица, нуждающиеся в помощи специалиста, попадают на прием. Особенно это касается пациентов с пограничными психическими расстройствами. Ввиду малодоступности участкового врача-психиатра такие пациенты либо просто не идут на прием, либо уходят в частную поликлинику, тем самым пропадая из поля зрения государственной статистики. Для иллюстрации этого нами была проанализирована первичная заболеваемость психозами и непсихотическими расстройствами в Омской области и РФ за 7 лет. Первичная заболеваемость психозами в области имеет выраженную тенденцию к снижению: за 7 лет этот показатель уменьшился с 60,2 на 100 тыс. населения в 2008 г. до 37,8 в 2014 г., т.е. 37,2%. Первичная заболеваемость непсихотическими расстройствами за тот же период снизилась на 43,0%, (с 362,5 в 2008 г 206,8 в 2014 г.).

Кроме того, с принятием в 2011 году приказа Минздрава РФ №302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда« врачи-психиатры участвуют в предварительных и периодических осмотрах здоровых людей, из-за чего остается еще меньше времени на помощь людям с психическими расстройствами.

Таким образом, имеется прямая зависимость между недостаточной кадровой обеспеченностью специалистами, оказывающими психиатрическую помощь населению, и показателем первичной заболеваемости психическими расстройствами.

Проблема сохранения и укрепления психического здоровья населения требует комплексных целенаправленных действий и объединения усилий специалистов различных ведомств и служб, а не только врачей-психиатров и врачей-психотерапевтов.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (СКФО)

Боев О.И.

Ставрополь
ГБУЗ СК Ставропольская краевая КПБ №1

Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО) – расположен на юге европейской части России, в центральной и восточной части Северного Кавказа. Площадь территории округа составляет около одного процента от площади территории Российской Федерации.

В СКФО входят:

1. Республика Дагестан
2. Республика Ингушетия
3. Кабардино-Балкарская Республика
4. Карачаево-Черкесская Республика
5. Республика Северная Осетия-Алания
6. Ставропольский край
7. Чеченская республика

Численность населения на 01.01.2014 г. – 9 590 085 человек. Естественный прирост 9,12‰.

Эпидемиологическая ситуация по психическому здоровью населения характеризуется более низким (в 2,5 раза) показателем числа впервые зарегистрированных пациентов с психическими расстройствами на 100 тыс. обслуживаемого населения (первичная заболеваемость) по сравнению с показателем по РФ. Первичная заболеваемость последние два года еще более снижается, в среднем на 6% в год. В округе на 27% меньше пациентов с психическими расстройствами (общая заболеваемость). Наименьшее число пациентов регистрируются в Чеченской республике и Республике Ингушетия. Лидерами регистрации больных в округе являются Ставропольский край и Республика Дагестан.

Соотношение пациентов категорий диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи за последние три года по СКФО не меняется и составляет 66:34. Для субъектов, составляющих СКФО, характерно преобладание пациентов диспансерной группы. При этом в Республике Ингушетия, Кабардино-Балкарской республике и Чеченской республике доля диспансерных пациентов превышает 90%, что может свидетельствовать либо о том, что почти все пациенты, обратившиеся за психиатрической помощью, берутся под диспансерное наблюдение, либо пациенты, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, не учитываются как обратившиеся. В первом случае необходим анализ причин установления диспансерного наблюдения, во втором – ревизия участков и сравнение медицинских карт амбулаторного больного с картами обратившегося за психиатрической помощью.

При анализе обеспеченности койками заметно непропорциональность фактической обеспеченности койками стационара потребности субъекта, определяемой по уровню заболеваемости. Так, например: в Дагестане, имеющем самый высокий в СКФО уровень заболеваемости, показатель обеспеченности населения психиатрическими койками один из самых низких, а в Кабардино-Балкарии и Северной Осетии при среднем уровне заболеваемости обеспеченность койками одна из самых высоких в округе.

Для того, чтобы сказать на сколько эта непропорциональность обусловлена территориальными особенностями здравоохранения, необходимо анализировать обеспеченность койками путем сравнения с нормативами, устанавливаемыми территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Средняя длительность лечения больного в психиатрическом стационаре в округе одна из самых низких в Российской

Федерации (51,8 дня). Характерно, что снижение средней длительности лечения не приводит к росту частоты повторных в данном году госпитализаций в стационар. А в Ставропольском крае, даже напротив, отмечается снижение этого показателя с 24,2 в 2013 году до 12,4 в 2014.

В структуре выбывших из психиатрических стационаров больных преобладают пациенты с психическими расстройствами непсихотического характера (39,7%) и шизофренией (34,3%). Необходим анализ причин высокой доли здоровых пациентов, выбывших из психиатрических стационаров Карачаево-Черкесской Республики (44,9%) и Республики Северная Осетия – Алания (34%).

Обеспеченность населения местами дневного стационара в округе неравномерная. На 100 тысяч населения Дагестана, Карачаево-Черкесской и Чеченской республики приходится менее 1 места дневного психиатрического стационара, в Республике Ингушетия дневных стационаров психиатрического профиля нет вовсе, в то время как в Кабардино-Балкарской республике, Республике Северная Осетия-Алания, Ставропольском крае обеспеченность местами дневного стационара более чем на 40% выше, чем в целом в Российской Федерации. Уровень обеспеченность местами дневного стационара в целом коррелирует с обеспеченностью койками круглосуточного стационара, т.е. субъекты, имеющие низкие показатели обеспеченности психиатрическими койками, не компенсируют их недостаточность стационарозамещающими технологиями. Средняя длительность лечения пациента в дневном стационаре 42,5 дня.

В структуре психиатрических служб Ставропольского края и Республики Северная Осетия-Алания сохранены лечебно-производственные трудовые мастерские.

Таким образом, психиатрическая служба округа отличается значительными территориальными особенностями и внутренней неравномерностью.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В УСЛОВИЯХ ЧС

Бойко Е.О.

Краснодар
ГБУЗ Специализированная КПБ №1 МЗ КК

В соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 октября 2002 года № 325 «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях» приказом департамента здравоохранения Краснодарского края от 09.02.2011 г. №249 «О повышении готовности учреждений здравоохранения Краснодарского края к работе условиях чрезвычайных ситуаций» в целях повышения готовности учреждений здравоохранения края к работе в условиях прогнозируемых чрезвычайных ситуаций и оказания психологической и психиатрической помощи пострадавшим были сформированы 13 психиатрических бригад специализированной медицинской помощи службы медицины катастроф в восьми государственных бюджетных учреждениях здравоохранения психиатрического профиля в количестве 65 специалистов. Бригады укомплектованы в соответствии с утвержденной штатной структурой и оснащены медицинским имуществом согласно табелю.

Организационно-методическую и практическую помощь, а также координацию деятельности по вопросам оказания психологической и психиатрической помощи населению при ЧС осуществляет государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «СКПБ №1»).

За период работы с 2006 по 2015 гг. психиатрические бригады специализированной медицинской помощи участвовали в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, повлекших гибель людей, а также проводили психо-коррекционные мероприятия, направленные на профилактику развития посттравматических стрессовых расстройств у очевидцев и родственников.

Так, в 2006 году в станице Камышеватской Ейского района психиатрические бригады специализированной медицинской помощи ГБУЗ «СКПБ №1» г. Краснодар принимали участие в оказании психолого-психиатрической помощи пострадавшим и их родственникам, в связи с гибелью 63 пенсионеров при пожаре в доме-интернате.

В июле 2010 года в ст. Должанской Ейского района в районе Ейской косы Азовского моря психологическая помощь оказана 165потерпевшим детям пионерского лагеря «Азов», 55 детям – очевидцам, воспитателям, родителям и родственникам погибших детей из г. Москвы.

В октябре 2010 года в Туапсинском районе в результате ливневых дождей и подтопления территорий населенных пунктов и связанную с этим гибель людей, в районе ЧС бригады ГБУЗ «СКПБ №1» оказывали медицинскую и психолого-психотерапевтическую помощь населению подтопленных поселков. В результате подворовых обходов осмотрено более 300 человек, оказана медицинская и психологическая помощь 125 жителям пострадавших населенных пунктов.

В июле 2012 года специалисты психиатрической службы края принимали активное участие в ликвидации последствий разрушительного наводнения в г. Крымск и пос. Новомихайловский Туапсинского района. После получения информации о чрезвычайной ситуации 07.07.2012 г. в крае были приведены в готовность и направлены в зону ЧС бригады специалистов для оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим. Чтобы помочь крымчанам быстрее вернуться к обычной жизни с самого первого дня ликвидации последствий наводнения в г. Крымске психиатры, психотерапевты и психологи из Краснодарского края работали в тесном взаимодействии с психологической службой МЧС и МВД ЮФО, а также специалистами из профильных Федеральных государственных бюджетных учреждений. Работа велась в течение 40 дней в круглосуточном режиме. Состав бригад менялся ежедневно, сохраняя общее количество специалистов до 30 человек (всего к работе в зоне ЧС было привлечено более 200 психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов из психиатрических учреждений края). Все члены бригад были экипированы в специальную форму единого образца, что, в первую очередь, позволяло пострадавшим лучше ориентироваться в многочисленном потоке представителей различных ведомств, участвующих в ликвидации последствий наводнения. Все действия психиатрической службы в зоне ЧС координировались Министерством здравоохранения РФ, ФБГУ «ГНЦ ССП им В.П. Сербского» и региональным министерством здравоохранения.

Помимо психолого-психиатрической помощи специалисты активно участвовали в решении социально-бытовых проблем пострадавших: организации питания, восстановлении документов, противоэпидемических мероприятиях, отправке и сопровождении детей в пионерские лагеря и др.

В течение первого месяца после трагедии в психиатрические стационары края госпитализировано 50 человек. В 52% госпитализации были связаны с обострением у пациентов уже ранее имеющихся психических расстройств. Среди этого контингента мужчины составляли 58%. Госпитализации по поводу пограничных невротических психических расстройств были в 48% случаев, из которых в 76% случаев диагностировались у женщин. Кроме этого, детские психиатры и медицинские психологи обеспечивали психолого-коррекционное сопровождение 2228 детей, находящихся на реабилитации в 27-ми детских оздоровительных учреждениях. По результатам проведенной

коррекции положительная динамика была отмечена в 63,3% случаев, с остальными детьми работа с психологом продолжалась по месту их жительства.

В соответствии с планом подготовки специализированных формирований службы медицины катастроф Краснодарского края, в целях обеспечения готовности сил и средств, ежеквартально проводятся учения и тренировки с личным составом по отработке практических навыков работы в условиях ЧС. Кроме этого, личный состав формирований ежегодно принимает участие в командно-штабных учениях, проводимых в соответствии с планами администрации Краснодарского края в системе РСЧС.

В целях повышения готовности к выполнению задач по медицинскому обеспечению и оказанию психологической помощи пострадавшим, в на базе ГБУЗ «СКПБ №1» сформирована группа психолого-психиатрического обеспечения контртеррористической операции (КТО) в составе двух психиатрических бригад специализированной медицинской помощи (ПБ СМП) и группа специалистов-психологов по ведению переговорного процесса в количестве 15 человек. Данная группа специалистов ежегодно привлекалась к участию в ряде крупномасштабных командно-штабных и тактико-специальных учений, проводимых Национальным Антитеррористическим комитетом в городах Сочи, Туапсе, Краснодаре, Новороссийске, Геленджике, Армавире, Ейске и районах края на объектах инфраструктуры, стратегически важных объектах экономики, социальной сферы, в том числе на олимпийских объектах.

Так, в ноябре 2011г. и в мае 2012г. в соответствии с Планом медицинского и санитарно-эпидемиологического обеспечения проведения XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014г. в г. Сочи, специализированные формирования больницы участвовали в учениях на объектах транспортной инфраструктуры г. Сочи. В соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения РФ в декабре 2012г. проводились командно-штабные учения непосредственно на территории Дворца Зимнего Спорта «Айсберг».

В сентябре 2014г. специалисты психиатрической службы края оказывали психолого-психотерапевтическую помощь пострадавшим от подтопления жителям населенных пунктов Должанская и Ясенская Переправа Ейского района Краснодарского края. Медико-психологическая помощь в зоне ЧС оказана – 2500 пострадавшим, в т.ч. 142 детям.

С учетом произошедших в Краснодарском крае чрезвычайных ситуаций, возникла необходимость привлечения к оказанию помощи пострадавшим и членам их семей большого количества медицинских работников и волонтеров. Это вызвало у многих из них тяжелый эмоциональный стресс. С целью повышения эмоциональной устойчивости у медработников, а так же профилактики последствий профессионального выгорания, на базе ГБУЗ «СКПБ №1» созданы Балинтовские группы, которые проводят врачи психотерапевты, являющиеся участниками Международной программы по обучению и применению психоанализа в психиатрии.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА В КОНТЕКСТЕ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ

Бохан Н.А.

Томск
НИИПЗ

К системной задаче современного здравоохранения относится решение проблемы повышения качества и развития человеческого капитала. Эта глобальная задача объединяет объекты стратегического внимания Минздрава РФ и научно-медицинской платформы «Психиатрия и зависимость« на ближайшую перспективу до 2025 года. Общепризнано, что человеческий капитал это фактор развития инновационной экономики и «экономики знаний». Инвестиции в здравоохранение, а следовательно и в человеческий капитал, выступают драйвером экономического роста. Человеческий капитал неоднороден и состоит из различных социальных групп, которые формируют так называемый положительную и отрицательную его части. Прогрессивная репопуляция положительной (креативной) части капитала, прежде всего из пула высокообразованной молодежи, обеспечивает социально-экономическую регенерацию общества. В отрицательную часть капитала существенный вклад вносят лица с аддиктивными состояниями и другими формами девиантного поведения.

В связи с этим, охрана психического здоровья призвана обеспечить столь необходимый рост качественных параметров человеческого капитала, его интеллектуальный ресурс и определяет потенциал инновационного развития территорий, в том числе в обширных и стратегически важный регионах Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера.

Важнейшее место среди параметров региональной оценки психического здоровья населения занимают медико-социальные индикаторы наркологической ситуации. Напряженный характер ее эпидемиологических параметров определяет социальное значимость проблемы алкоголизма и наркоманий в качестве фактора депопуляции населения, роста преступности и угрозы национальной безопасности страны.

В связи с этим возрастает актуальность разработки научно обоснованных медицинских мер по сокращению спроса на психоактивные вещества (ПАВ) и наркологической заболеваемости с пер-воочередными мероприятиями, направленными на снижение сверхвысокого уровня предотвратимой алкогольобусловленной смертности населения (фактора демографического кризиса), темпов прироста (накопления) зависимых больных и лиц употребляющих ПАВ с вредными последствиями, суицидальным и агрессивным поведением, прежде всего, в детско-подростковом и молодом возрасте.

На основе разработанной модели многоуровневого мониторинга установлены актуальный уровень и этнотерриториальные параметры распространенности аддиктивных расстройств в различных гендерно-возрастных этнических и социальных группах населения Сибири и Дальнего Востока, превышающие средние значения по РФ. При изучении проблемы клинической гетерогенности аддиктивных расстройств выявлен рост частоты и накопление в популяции пациентов (в т.ч. позднего возраста) с тяжелыми и ослож-ненными формами наркологических расстройств, для наиболее труднокурабельной когорты которых характерен высокий уровень коморбидных психических (аффективных, личностных) и соматоневрологических (ЧМТ, МЛУ туберкулез легких, гепатиты, ВИЧ-инфекция) расстройств с широким спектром вариантов двойного диагноза

Анализ распространенности и структуры употребления ПАВ в молодом возрасте показал высокую степень сопряженности аддиктивного, суицидального и противоправного поведения. Получены новые данные о функциональных механизмах вхождения в аддикцию, вариантах клинической реализации (с учетом коморбидной патобиологической почвы) и гендерно-возрастных особенностях употребления ПАВ в различных социальных группах (в т.ч., среди девиантных подростков и высокообразованной молодежи).

Системная разработка научных основ индивидуальной предикции и эффективной профилактики ранних форм зависимости связана с развитием междисциплинарных исследований биопсихосоциальных аспектов проблемы и сопряжено с изучением вклада факторов предикции – для предсказания деликта и аддикции, превенции – для предупреждения психодезадаптационных состояний и ранних форм зависимости, возможностей

персонализации терапевтических стратегий и партиципации – для ресоциализации и стабилизации социального функционирования и качества жизни пациентов. Инновационные подходы к разработке программ превенции и снижения уровня предотвратимой алкогольобусловленной сверхсмертности основаны на междисциплинарном поиске предикторов формирования ранних форм зависимости и механизмов клинической реализации токсикогенных эффектов этанола, прежде всего, при злокачественном и ассоциированном подтипах алкоголизма.

В общей структуре мероприятий по охране психического здоровья вопросы ранней профилактики аддиктивных состояний приобретают первоочередное значение связаны с достижением континуального и системного характера воздействия в различных социальных и гендерных группах на основе выделения предикторов индивидуальной предрасположенности и ранней идентификации (тест-системы) однородных групп повышенного риска, прежде всего, среди организованных контингентов учащихся и высокообразованной молодежи с учетом социального запроса на сохранение интеллектуальных ресурсов в условиях инновационного развития экономики.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Букреева Н.Д.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель: выявление основных направлений повышения качества оказания психиатрической помощи на основе проведения сравнительного анализа основных показателей деятельности психиатрической службы РФ в период 2005-2013 годов, а также изучения фактического состояния психиатрических ресурсов и перспектив их увеличения в период до 2020 года.

Материалы: данные государственного статистического наблюдения за 2005-2013 годы (данный временной период выбран как наиболее показательный, т.к. в 2005 г. были приняты законодательные акты, разделившие полномочия между федеральными, «субъектовыми» и муниципальными органами власти, результаты которого негативно повлияли на состояние психиатрической службы); государственные программы развития здравоохранения всех субъектов Российской Федерации, данные мониторинга финансирования психиатрических служб субъектов Российской Федерации (проведен нами в мае-июне 2014 г., участвовали 42 субъекта РФ).

В рассматриваемый период число ПНД сократилось на 42,8% (со 173 до 99); медицинских организаций, имеющих диспансерные отделения или психиатрические кабинеты – на 12,0% (с 2249 до 1978); психиатрических больниц – на 18,5% (с 270 до 220); ПНД, имеющих стационары – на 34,8% (со 115 до 75). Коечный фонд психиатрический службы сократился с 161748 в 2005 году до 143612 коек в 2013 году (на11,2%). При этом обеспеченность психиатрическими койками уменьшилась с 11,4 до 10,0 коек на 10 000 человек населения (на 12,0%). Показатели обеспеченности психиатрическими койками по ФО имели существенное различие: СЗФО – 12,2, а в СКФО – 5,0.

С 2005 по 2013 годы использование коечного фонда в РФ ухудшилось: среднее число дней занятости психиатрической койки в году уменьшилось с 333 до 328 дней. Зависимости между изменением обеспеченности койками и средним числом дней занятости психиатрической койки в году не обнаружено (коэффициент корреляции 0,0).

В 2013 году было госпитализировано 774410 человек, общее число госпитализированных с 2005 по 2013 г. сократилось на 126481 (на 14,0%). Как положительные следует отметить данные об уменьшении средней длительности пребывания больного на койке с 76,9 дня в 2005 г. до 74,2 дня.

Существенное сокращение коечного фонда не компенсировалось развертыванием адекватного количества мест во внебольничных подразделениях, хотя положительная динамика отмечается в показателях числа мест в Дневных стационарах (ДС), Ночных стационарах (НС) и стационарах на дому (СНД). С 2005 по 2013 гг. этот показатель в ДС увеличился до 17900, т. е. на 9,6%. Число больных, получивших лечение в течение года, в изучаемый период увеличилось на 16,7% и составило в 2013 году 152 887 человек (9,9 на 100 диспансерных больных или 4,2 на 100 диспансерных и консультативных больных). Средняя длительность пребывания пациента в дневном стационаре составляла 34-35 дней. Отмечались существенные колебания данного показателя в регионах: от 9,6 в Еврейской АО до 62,4 в Ярославской области.

Число мест в ЛПМ с 2005 года сократилось с 12946 до 6516 – в 2,0 раза. В 2013 году в половине регионов (41) не было ЛПМ. Число мест в ЛПМ в расчете на 100 диспансерных больных уменьшилось с 0,73 до 0,42. Относительно 2005 года число работавших уменьшилось на 2240 человек, на 5,6%.

Амбулаторная помощь в период 2005-2013 годов характеризовалась следующими показателями:

Число посещений к участковым врачам-психиатрам увеличилось на 27,2% (с 21 447 08327 до 280 899). Число посещений по поводу заболеваний увеличилось менее интенсивно, на 4,3% (14 741 019 против 14 131779). В расчете на одну занятую должность участкового врача-психиатра темп прироста общего числа посещений составил 26,5% (4780,7 против 3778,9), темп прироста числа посещений по поводу заболеваний был равен 3,7% (2583,2 против 2490,0). Число больных, зарегистрированных в течение года, в расчете на 1 занятую должность врача-психиатра сократилось с 744 до 718 (на 3,5%).

Реабилитация с использованием бригадных методов работы. Амбулаторно в 2013 г. прошли законченный курс лечения/реабилитации («пролечены бригадным методом») 323868 больных. По сравнению с 2012 г. число пролеченных бригадным методом снизилось в целом по стране на 19489 человек, или на 5,7%. В стационарах в 2010-2012 наблюдался рост числа больных, получивших курс лечения/реабилитации бригадным методом соответственно на 20,2% и 6,1%, а в 2013 году – 11,3%. Получают такую помощь порядка трети больных.

Динамика показателей обеспеченности населения специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи, характеризуется уменьшением обеспеченности врачами-психиатрами до 0,96 (на 6,0%) и врачами–психотерапевтами – до 0,12 на 10 тыс. населения, при этом отмечается увеличение обеспеченности медицинскими психологами на 20,6% и специалистами по социальной работе – на 61,8%.

Обеспеченность медицинским и технологическим оборудованием, а также мягким инвентарем не превышает в среднем 70% при степени износа имеющегося медицинского оборудования около 65%.

Обеспечение психиатрических учреждений психотропными препаратами не соответствует потребностям, что, в первую очередь, связано с недостаточным выделением финансовых средств из региональных бюджетов на закупку необходимых в психиатрической практике препаратов. В большинстве психиатрических стационаров стоимость лекарственного обеспечения пациентов на один день лечения не превышает 40 рублей (при потребности 120-130 рублей).

Общие расходы на оказания психиатрической помощи в 2012 г. в 42 регионах, участвовавших в исследовании, составляли 20 683,0 млн. рублей. Из них на текущее финансирование амбулаторной и стационарной психиатрической помощи из бюджетов субъектов РФ было направлено 20 536,0 млн. рублей (99,3%). В указанных расходах доля стационарной психиатрической помощи составляла 87,2%.

Таким образом, уменьшение обслуживаемых контингентов больных на 3,7% и показателей первичной заболеваемости на 34,6% явилось результатом централизации ПС в субъектах, сокращением ПНД и ПК. Увеличение числа посещений на 26,2% на фоне сокращения показателей кадровой обеспеченности свидетельствуют о значительном сокращении времени на обслуживание 1 пациента. Снизилась терапевтическая активность участковых врачей-психиатров. Увеличение числа посещений произошло за счет профилактических осмотров, а выявление при этом снизилось. Существенное сокращение коечного фонда не повлекло за собой увеличение оборота койки, среднего числа дней работы койки в году. Состояние службы и существующие тенденции в динамике ее основных показателей деятельности свидетельствуют об отсутствии системного подхода к ее организации, отсутствии учета потребностей населения в оказании психиатрической помощи.

В целях повышения качества оказания психиатрической помощи и оптимизации деятельности психиатрической службы, необходимо рекомендовать следующее:

- обеспечение системного подхода к организации психиатрической службы;
- приведение структуры службы в соответствие с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения;
- увеличение числа мест в полустационарных подразделениях и ЛПМ;
- улучшение лекарственного обеспечения этих подразделений, с увеличением доли препаратов пролонгированного действия;
- приведение нагрузки участковых врачей к реальным потребностям для осуществления диагностической, лечебной и реабилитационной деятельности;
- приведение штатной обеспеченности психиатрической службы в соответствие с действующими нормативными актами;
- увеличение финансирования субъектами РФ психиатрической службы в целом и льготного лекарственного обеспечения больных, не имеющих группы инвалидности, в частности;
- мотивирование сотрудников к постоянному обеспечению качества оказываемой помощи через материальную заинтересованность в результатах труда.

ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ПЕРИОД РЕФОРМ: ОТ «ТОЛЬКО ЗНАЕМОГО» К «РЕАЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕМУ»

Бурыгина Л.А., Семенова Н.Д.

Москва
ГБУЗ ПКБ №1 ДЗМ,
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Введение. В целях повышении качества и реальной отдачи амбулаторно-поликлинической работы – необходима отработка существующих и внедрение новых организационных форм оказания помощи, а также параллельно с этим идущее обучение специалистов и сотрудников. Известно, что в отношении определенной части диспансерного контингента больных существующие формы психиатрической помощи не являются достаточно эффективными – пациенты не следуют назначениям врачей (non-compliance), пациенты недостаточного вовлечены в групповые психосоциальные формы терапии и реабилитации (Гурович с соавт. 2004; Гурович 2014). Так, не следование назначениям врачей, отказ от принятия назначенных препаратов наблюдается примерно у половины пациентов, страдающих от шизофрении и других психозов (Gray et al., 2002).

Внедрение новых организационных форм оказания помощи в рамках амбулаторно-поликлинической работы сталкивается с рядом препятствий. Новые формы психосоциальной терапии и реабилитации, предполагающие в качестве необходимого звена и лечебные стратегии по повышению мотивации (Гурович 2014; Семенова & Гурович 2014), – плохо внедряются в практику из-за скептицизма и амбивалентности практического врача. Если же врач и соглашается с важностью внедрения новых форм работы – то резонно полагает, что некоторые вмешательства трудно интегрировать в рутину амбулаторно-поликлинической работы (Lehner et al. 2007 Barrett et al. 2008).

Врачей постоянно побуждают к внедрению новых форм работы (например, психообразования на предмет повышения compliance, мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации и т.п.), тогда как на выходе – недостаточная эффективность данных вмешательств среди диспансерного контингента больных. Эта низкая эффективность, как нам представляется, связана с отсутствием важного звена – «только знаемое» не переходит в категорию «реально действующего». «Только знаемое» – это достаточно высокая осведомленность врача о новых формах помощи (посредством лекций в системе повышения квалификации, знакомства с широким кругом профессиональной литературы и т.п.); тогда как «реально действующее» – это мотивация специалиста к внедрению «знаемого» в каждодневную практику.

Цель. В целях повышении качества и реальной отдачи амбулаторно-поликлинической работы в феврале 2015 года нами инициирована Программа обучения, вооружающая врачей ПНД не только необходимыми знаниями, но и базовыми навыками для работы с больными, отвечающими критериям non-compliance и отсутствия мотивации к реабилитации.

Методы. Подход, лежащий в основе Программы, включал и образование, и мотивирование врача. Это не только изложение современных новых психосоциальных подходов в рамках внебольничных форм оказания помощи (психообразование, когнитивные тренинги, мотивирующие вмешательства и т.д.), но и мотивирование врачей в их профессиональной деятельности – перевод «только знаемого» в «реально действующее».

Результаты и их обсуждение. Организационно, Программа осуществлялась в два этапа: 1) встреча с руководителями диспансеров, где излагались основания и стратегические линии работы; 2) продолжение работы на уровне конкретного ПНД, где излагалась технология выполнения работ: средства, методы, способы, приемы. Так, на первом этапе руководителям рассказывалось о детерминантах мотивации психически больных к лечению и реабилитации, к приему лекарств и следованию лечебным рекомендациям (Staring et al. 2006; Clayton et al. 2010), с разложением на факторы: фактор «пациент» (возраст, материальный достаток, убеждения на предмет эффективности лечения); фактор «болезнь» (клиническая картина, тяжесть симптоматики, ко-морбидность); фактор «лечение» (условия лечения, вид лечения, эффективность лечения, побочные эффекты, терапевтический альянс). Если одни из этих детерминант статичны, и на них нельзя непосредственно повлиять, то другие – более динамичны, и на них можно воздействовать через те или иные вмешательства, чтобы повысить эффективность лечения. Далее – выделялись некоторые из таких детерминант, и описывалась стратегия воздействия – мотивация пациента к терапии (мотивация предпринимать усилия, требуемые для лечения, включая следование лечебным рекомендациям). Подчеркивались доступные изменению факторы, ведущие к неудачам психиатрического амбулаторного лечения, повышению морбидности и, в конечном счете, к рецидивам заболевания (Helgason, 1990 Velligan et al. 2010). Не следование (non-compliance) означает, что пациент не делает того, что ему назначил лечащий врач (т.е. перестает принимать назначенные медикаменты). Неуспех лечения или рецидивы заболевания являются следствием того, что у пациента нет осознания необходимости лечения (в том числе нет осознания того, что

он болен и что выписанные врачом лекарства ему помогут) (Lin et al. 1979; Marder et al. 1983; Buchanan 1992; Kemp & David 1996), и далее – речь шла о важности и способах реализации психообразования пациентов и их семей.

Второй этап, работа на уровне конкретного ПНД, предполагал работу на уровне конкретных методик: обучение врача необходимым навыкам, адекватной лечебной стратегии повышения мотивации. Например, как в клинической беседе с больным использовать мотивирующие «включения». Здесь, в частности, мы опирались на уже апробированные за рубежом вмешательства по типу «мотивирующая обратная связь» (Jochems et al. 2012). Это был рассказ о конкретных, готовых к употреблению само-мотивирующих для врача («мотивация приближения» и «мотивация избегания») и мотивирующих пациента конструктах (советах, опорах), которые врач может использовать – в плане улучшения compliance и мотивирования пациента к участию в групповых формах психосоциальных терапии и реабилитации.

Выводы. Отработка существующих и внедрение новых организационных форм оказания помощи в рамках амбулаторно-поликлинической работы должна идти параллельно с обучением и профессиональным сопровождением сотрудников. Это предполагает не только изложение современных новых психосоциальных подходов в рамках внебольничных форм оказания помощи, но и обучение врачей базовым навыкам работы с больными, отвечающими критериям некомплаентности и отсутствия мотивации к лечению и реабилитации. Нами планируется оценка эффективности Программы – оценка установок врачей по отношению к работе с такими больными (некомплаентными и со сниженной мотивацией к реабилитации), оценка степени интеграции полученных знаний и приобретенных навыков – в рутинную работу врача диспансера.

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В СЕМЬЯХ СО СТАТУСОМ СОЦИАЛЬНО ОПАСНОГО ПОЛОЖЕНИЯ

Бусыгин А.И., Николаев В.М., Капустин А.Н.

Заречный
ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА России

Актуальность проблемы вызвана растущей алкоголизацией и наркотизацией в детском и подростковом возрасте.

Цель и задачи исследования: снижение заболеваемости алкоголизмом и наркоманиями несовершеннолетних и внедрение двухуровневой системы профилактики негативных явлений современного общества в условиях городского округа (далее система профилактики).

Материалы и методы исследования. В Центре психоневрологии и наркологии, совместно с другими субъектами профилактики г. Заречный Пензенской области в течении десяти лет проводилась работа с семьями, находящимися в социально опасном положении (далее семьи СОП). Исследовались 889 семей, состоящих на муниципальном учете в рамках Закона от 24.06.1999г. «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Структура семей: полные, состоящие из обоих родителей 66,4%, воспитывались одной матерью 27,1%, воспитывались одним отцом 4,3%, воспитывались опекуном 2,2%. В вышеназванных семьях врачи психиатры, психиатры-наркологи, клинические психологи, специалисты по социальной работе проводили клинико-психопатологические, психологические, социально-психологические методы исследования 296 детей, задержанных полицией за употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ (далее ПАВ). Специалист по социальной работе выявляла и исследовала основные социальные предикторы формирования алкоголизма и наркомании: отягощенность наследственностью, стойкое антидисциплинарное, девиантное, делинквентное поведение, воспитание в условиях безнадзорности, раннее начало алкоголизации и наркотизации. Клинический психолог использовала психометрическое определение интеллекта (тест Векслера), психометрическое определение мотивации, работоспособности (тест Паули), психологический тест акцентуаций личности у детей (опросник Шмишека детский).

Результаты исследования. Все несовершеннолетние были разделены на 3 группы. В первой «группе риска» наблюдался 231 ребенок или 78% от общего количества исследованных детей из них мальчиков 163 человека или 70,6%, девочек 68 человек или 29,4%. Во второй группе несовершеннолетних с пагубными последствиями употребления ПАВ наблюдалось 59 человек или 19,9% от общего количества исследованных детей; из них, мальчиков 51 или 86,4%, девочек 8 или 13,6%. Третья группа, это диспансерное наблюдение за больными детьми, которое осуществлялось в 6 случаях (все мальчики). Из общего количества исследованных несовершеннолетних 81% детей обучались в общеобразовательных школах, 19% детей учились в технологическом институте. По данным исследованиям во всех группах наблюдения алкоголизация несовершеннолетних составила 83,3%, наркотизация и прием ненаркотических веществ 16,7%. По возрасту дети до 14 лет составили 2,8%, подростки от 15 до 17лет 97,2%.

С вышеназванными контингентами организована двухуровневая система профилактики детского и подросткового алкоголизма и наркоманий, что предполагает раннее активное выявление и реабилитацию семей СОП.

Первый уровень системы профилактики включает формирование «групп риска» детей и подростков в субъектах профилактики (Департамент социальной защиты населения, Отдел внутренних дел, ФГБУЗ МСЧ-59, Департамент образования, Департамент культуры и другие.) с использованием системы сигнальных карт и внутриведомственная реабилитация семей первого уровня. Второй уровень включает формирование муниципального межведомственного банка данных, разработку и реализацию индивидуальных реабилитационных программ в семьях СОП. Ключевым координирующим этапом всей системы профилактики является работа полипрофессионального, межведомственного консилиума в рамках Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Администрации г. Заречный.

Вся информация о медицинских, образовательных, правовых, социальных особенностях семей СОП включается в общее информационное поле разработанной автоматизированной системы «ДЕСОП», что позволяет в режиме on line координировать реабилитационный процесс в этих семьях.

Выводы. В результате внедренной системы профилактики и эффективности полипрофессионального подхода к реабилитации семей находящихся в социально опасном положении заболеваемость алкоголизмом среди детей и подростков не регистрируется с 2006г. Динамика количества преступлений, совершенных детьми и подростками за 10 лет по материалам ОВД сократилась на 92% с 89 случаев в 2005г. до 7 случаев в 2014г.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Валинуров Р.Г., Ахмерова И.Ю., Тулбаева Н.Р.

Уфа
ГБУЗ Республиканская КПБ №1 МЗ РБ

Одним из направлений политики ВОЗ в области здравоохранения является разработка стратегии улучшения пси-

хического здоровья населения. Она подразумевает не только значительное увеличение финансирования, но и существенное продвижение по целому ряду направлений, таких как, совершенствование законодательства в области психического здоровья, улучшение качества обслуживания больных, повышение эффективности использования лекарственных препаратов, борьба за снижение стигматизации и дискриминации лиц с проблемами психического здоровья.

Государственными задачами, поставленными перед службой в настоящее время, являются сокращение коечной мощности круглосуточных стационаров и уменьшение количества госпитализаций в них с одновременным расширением внебольничного звена – открытие дополнительных мест в дневных, ночных стационарах, стационарах на дому.

Усиление профилактической направленности в психиатрии, путем увеличения количества посещений «с профилактической целью» и приведение к нормативу, согласно требованиям Программы госгарантий, количества обращений «в связи с заболеванием».

Открытие реабилитационных, медико-реабилитационных отделений, лечебно-трудовых мастерских, общежитий для душевно больных, утративших социальные связи, в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

В целях подготовки к переходу на одноканальное финансирование учреждений психиатрического профиля, а также повышения качества оказываемой психиатрической помощи, рекомендовано оценивать работу стационаров по «законченному случаю».

Стационарная психиатрическая помощь населению ПФО РФ оказывается 38 психиатрическими больницами (25898 коек), психиатрическими диспансерами (24) и психиатрическими отделениями в составе соматических больниц (41). Обеспеченность психиатрическими койками в ПФО РФ составляет 8,9 на 10 тыс. населения, в РФ – 10. Низкий показатель обеспеченность в республиках Татарстан – 5,7 и Мордовия – 6,1 на 10 тыс. населения, что существенно ухудшает доступность психиатрической помощи населению субъектов.

В нозологической структуре пациентов, лечившихся стационарно, 51,6% составляют психозы, из них 35,3% шизофрения; 27,8% – психические расстройства непсихотического характера, 10,7% – умственная отсталость и 9,9% наркологические заболевания.

В 2014 году показатель недобровольной госпитализации в ПФО РФ составлял – 12,3%, крайне низкий показатель недобровольно госпитализированных в Республике Удмуртия – 0,4%, Саратовской области – 0,2%. Лишь в 5 субъектах округа госпитализация детского населения осуществляется в недобровольном порядке – Башкортостан (10,5%), Татарстан (1,7%), Чувашия (0,6%), Пермский край (0,3%), Нижегородская область (0,2%). В Пензенской, Кировской, Самарской, Ульяновской, Оренбургской, Саратовской областях, республиках Мордовия, Удмуртия, Марий Эл госпитализация детей в психиатрические стационары только добровольная, что ставит под сомнение соблюдение Закона РФ «О психиатрической помощи..» и конституционных прав несовершеннолетних.

Показатель летальности в ПФО РФ по данным 2014 года составил 1,24%. Кировская, Самарская, Ульяновская области превышают российский показатель летальности почти в 4 раза.

Амбулаторная психиатрическая помощь представлена амбулаторными психоневрологическими отделениями (80), психиатрическими кабинетами (393) и психотерапевтическими кабинетами (109).

На 1.01.15 года в ПФО РФ врачами-психиатрами наблюдается 763612 пациентов, из них 338891 (44,4%) на диспансерном учете, 424721 (55,6%) получают консультативно-лечебную помощь. Показатель заболеваемости психическими расстройствами в 2014 году составил 346,3 на 100 тыс. населения.

Наибольшее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства зарегистрировано в Республике Мордовия (690,4), Пензенской области (488,1), Бижбулякском (327,5), Оренбургской области (436,5), низкие показатели заболеваемости в Нижегородской области (201,2), Ульяновской области (190,9). Число инвалидов с психическими расстройствами в 2014 году составило 732,2 на 100 тыс. населения. Показатель инвалидности в Ульяновской области составил 227,3, что может свидетельствовать о неудовлетворительно поставленной работе по реабилитации и социальной адаптации пациентов.

Обязательным условием преобразования в психиатрической службе является развитие внебольничных форм помощи, которое должно опережать процесс сокращения стационарных коек. По ПФО дневных стационаров – 56, стационаров на дому – 4, ночных стационаров – 2. В республике Башкортостан стационарзамещающая психиатрическая помощь представлена 18 дневными стационарами (505 мест), в Республике Татарстан развернуты все три вида внебольничной помощи, помимо традиционных дневных стационаров в Кировской области, Республике Марий Эл функционируют стационары на дому, в Республике Удмуртия ночной стационар.

Показатель обеспеченности врачами-психиатрами в РФ – 0,9, в ПФО – 0,7 на 10 тыс. населения. Дефицит кадров специалистов в Республике Чувашия (0,4), Пензенской области (0,3) существенно снижает обеспечение социальной защищенностью психически больных.

Детское население на 1 января 2015 года составляет 5 635 583, из них дети до 14 лет включительно – 4 795 447, подростки 15-17 лет – 840 136. На учете у психиатра состоит 160 928 детей, из них: в диспансерной группе – 53 242, в консультативно-лечебной группе – 107 686. За 2014 год взято под наблюдение врача-психиатра 27 971 детей, из них 4 848 пациентов в диспансерную группу (17,3%), 23 123 в консультативно – лечебную группу (82,7%). Детей-инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в ПФО – 34 144. Показатель общей заболеваемости среди детей в 2014 году составил 463,7 на 100 тыс. детского населения, низкая выявляемость в Ульяновской (293) и Оренбургской (290,5) областях.

Только в 4 субъектах ПФО РФ – Республика Башкортостан, Саратовская область, Республика Татарстан, Республика Чувашия структура отделений судебно-психиатрической экспертизы представлена амбулаторным судебно-психиатрическим экспертным отделением, «стражным» и «бесстражным» отделениями СПЭ. В связи с нерешенными вопросами охраны «стражные» отделения были закрыты в Оренбургской области (2009 г.) и Пермском крае (2011 год), Нижегородская область (2014 год). В остальных регионах ПФО РФ отделения судебно-психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей, не развернуты.

Основные задачи на 2015-2018 годы:

Обеспечение качества оказываемой психиатрической помощи на современном этапе должно быть направлено на:

- сохранение бюджетного финансирования психиатрических учреждений;

- разработка единых методических подходов к оказанию психиатрической помощи, в том числе при формировании программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению РФ с учетом существующей нормативно-правовой базы и специфики работы психиатрической службы, создание четких временных нормативов нагрузки на участковых врачей-психиатров;

- внесение изменений в приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 года № 566н «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;

- строительство новых современных, типовых больниц, открытие дневных, ночных стационаров, стационаров на дому, лечебно-трудовых мастерских;

- укомплектование психиатрических учреждений психиатрами, психотерапевтами, медицинскими психологами, юристами, социальными работниками;

- увеличение объемов оказания психиатрической помощи бригадными полипрофессиональными методами;

- увеличение доли больных, госпитализируемых в психиатрический стационар в недобровольном порядке;

- снижение летальности.

ПРИБЛИЖЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ К НАСЕЛЕНИЮ – ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Галако Т.И., Тен В.И., Асанбаева Э.М., Мусабаева С.С., Пантелеева Л.Ю.

Бишкек
Кыргызская ГМА им. И.К. Ахунбаева,
Республиканский центр психического здоровья,
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина

В Кыргызской Республике (КР) последние два десятилетия идет активный процесс реформирования системы здравоохранения, в том числе, психиатрической службы.

Основные направления реформ в психиатрии:

- Продолжение работы по интеграции психиатрии в первичное звено здравоохранения.

- Приближение психиатрической помощи к населению.

- Создание реабилитационных центров.

- Усиление деятельности по дестигматизации, психологической и социально- правовой помощи лицам, страдающим психическими расстройствами.

- Укрепление детской и подростковой психиатрической службы.

- Создание суицидологической службы.

- Деятельность по эффективному лекарственному обеспечению.

- Качественная подготовка квалифицированных специалистов.

Согласно Европейскому плану действий по охране психического здоровья: «Главной задачей стало расширение роли первичного звена медико-санитарной помощи, которое должно работать в тесном партнерстве с мультидисциплинарными группами по охране психического здоровья в учреждениях, приближенных к населению».(Европейский региональный комитет. Шестьдесят третья сессия. Чешме, Измир, Турция, 6–19 сентября 2013 г.)

Учитывая актуальность оказания психиатрической помощи на уровне первичного звена здравоохранения для Кыргызстана, между Министерством здравоохранения КР и ВОЗ было принято двухстороннее соглашение, одним из направлений которого является: «Необходимость интеграции психиатрической помощи в первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) путем обучения семейных врачей основам диагностики и оказания помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами».

Был разработан план действий и этапы его реализации, которые продемонстрировали последовательность и эффективность интеграции психиатрии в первичное звено медико-санитарной помощи. Каждый из этапов имел свои цели и задачи.

В данной работе нет возможности описать каждый из этапов, поэтому приведем только основные результаты.

- Анкетирование. Цель – оценка знаний и навыков по психическим расстройствам амбулаторного уровня у семейных врачей и потребности у них в обучающих семинарах и тренингах по основным психическим расстройствам, встречающимся в практике ПМСП.

По результатам анкетирования выявлена готовность большей части семейных врачей (более 90%) оказывать помощь пациентам с амбулаторными формами психических расстройств и по ним же получить знания и навыки.

Дальнейшие шаги:

- Разработка программ тренингов по 4-м основным нозологиям: генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, депрессивный эпизод (легкий и умеренный) и соматоформные расстройства.

- Издание учебно-методического пособия «Психиатрия в практике семейного врача«, включающее 24 расстройства.

- Обучение 152 семейных врачей из 6 Центров семейной медицины (ЦСМ).

- Мониторинг (выезд в регионы через 3 месяца после тренинга).

- Позже было обучено еще 451 семейных врача.

- В 2010-2011гг. наблюдался рост выявления психических расстройств на 60%.

Следующий шаг по приближению психиатрической помощи к населению был вызван трагическими для Кыргызстана событиями, произошедшими в южном регионе в июне 2010 г. Вскоре после этих событий представительство ВОЗ в КР совместно с Кыргызской психиатрической ассоциацией провели исследование по оценке состояния психического здоровья населения в пострадавших в южных регионах республики.

Результаты исследования выявили:

- Высокую потребность в оказании психосоциальной помощи.

- Недостаточную подготовку специалистов, оказывающих помощь пациентам с проблемами психического здоровья.

- Отсутствие центров для оказания психологической помощи по месту жительства.

В конце мая 2011 года при поддержке ВОЗ, Правительства Российской Федерации и Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики были созданы два кризисных центра, которые на настоящее время существенно расширили сферу своей деятельности.

Направления деятельности Центров:

- Центры стали работать не только как «кризисные», но также проводят социально – реабилитационные мероприятия, направленные на снижение уровня дистресса и повышение качества жизни как пострадавших в июньских событиях лиц, так и населения в целом.

- Специалисты Центров сотрудничают с врачами центров семейной медицины, неправительственными организациями по выявлению, оказанию помощи и перенаправлению лиц, нуждающихся в психолого-психиатрической помощи.

- Сотрудники Центров проводят образовательную деятельность по вопросам психического здоровья.

Особенности деятельности мобильных бригад:

- Максимальная приближенность услуг к месту жительства.

- Экстренное реагирование и оказание в кратчайшие сроки психиатрической и психологической помощи гражданам пожилого возраста, инвалидам и другим нуждающимся лицам.

- Обеспечение доступности комплексных – медицинских, психолого-психиатрических и социальных услуг пациентам, попавшим в трудную ситуацию и проживающим в отдаленных населенных пунктах.

- Сотрудники мобильных бригад проводят также активную образовательную деятельность: тренинги, круглые столы с семейными врачами, местными администрациями, с женскими комитетами по различным темам, касающимся психического здоровья населения.

- В последнее время особое внимание обращается на работу по превенции суицидов, т.к. данная проблема становится

все более актуальной вследствие постоянного роста суицидов как среди взрослого населения, так и среди подростков.

Следует отметить еще одно направление по оказанию психиатрической помощи, непосредственно предоставляемой по месту жительства – это психосоциальная мультидисциплинарная помощь в сообществе. В Кыргызстане данная модель существует с декабря 2006 года, и включает в себя оказание специализированной помощи врача-психиатра, психолога, мед. сестры лицам, страдающим психическим расстройством и их родственникам. Специализированная помощь представляет собой широкий спектр услуг и включает в себя проведение тренингов по психообразованию, семейное консультирование, тренинги на развитие коммуникативных навыков.

В каждом случае с пациентом и его родственниками заполняется план кризисного вмешательства. Также составляется терапевтический план, состоящий из краткосрочных и долгосрочных целей с учетом социального статуса и потребностей семьи, направленных на интеграцию пациента в общество и его адаптацию как в микросоциальной, так и в макросоциальной среде.

В ходе реализации проекта «Программа психосоциальной внебольничной помощи» в шести регионах Кыргызстана были созданы мультидисциплинарные команды. В период с 2007 г. психосоциальную помощь получили 524 семьи, где есть пациенты, страдающие психическими расстройствами. Мультидисциплинарная психосоциальная адресная помощь позволила снизить длительность стационарного лечения в среднем на 80,3% и частоту госпитализаций на 70,2%. Этот вид помощи позволяет также улучшить внутрисемейные отношения, снизить выраженность проявлений психопатологической симптоматики, способствует повышению интеграции пациентов, страдающих психическими расстройствами, в общество.

Выводы. - Обучение семейных врачей основам диагностики и оказания помощи пациентам с психическими расстройствами, внедрение новых форм психолого-психиатрической помощи дает бесспорно положительный результат и более продуктивное использование человеческих ресурсов на уровне первичной медико-санитарной помощи.

- Совместная работа организованных Центров и мобильных бригад с группами семейных врачей, а также другими учреждениями и организациями предоставляет возможность оказывать быструю и качественную медицинскую помощь нуждающимся по месту жительства.

- Оказание психосоциальной мультидисциплинарной помощи в сообществе способствует снижению частоты и длительности госпитализаций в стационар, профилактике синдрома госпитализма, интеграции лиц, страдающих психическими расстройствами, в общество.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПОГРАНИЧНОГО ПРОФИЛЯ

Гирфанова Е.П., Воронкова Т.А.

Омск

БУЗ Омской области КПБ им. Н.Н. Солодникова

Актуальность проблемы. Рост пограничной психической патологии делает все более актуальным вопрос организации оказания психиатрической и психотерапевтической помощи населению. Концепция социально-стрессовых и психосоматических расстройств расширила область пограничной психиатрии до новых границ, и значительная часть населения может быть признана потенциально нуждающейся в специализированной помощи. В данной ситуации встает вопрос об изыскании новых возможностей оказания помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами и оптимизации имеющихся ресурсов. Доминирующей задачей психотерапии в общественно ориентированной психиатрии становится раннее выявление и активная терапия на начальных этапах пограничных расстройств для предотвращения их хронизации, уменьшения трудопотерь, инвалидизации и повышение качества жизни профильного контингента.

В этой связи возникает необходимость комплексного подхода раннего выявления состояний, которые предшествуют пограничным психическим расстройствам. Особую роль в данном аспекте лечебно-профилактической работы играют медицинские сестры разных специальностей, работающих как в стационарных, так и в амбулаторных звеньях, оказывающих первичную, многопрофильную и специализированную помощь населению.

Задачи. Основные задачи медицинских сестер в решении данной проблемы могут быть обозначены следующим образом:

1. Обучение медицинских сестер сестринской диагностике донозологических признаков пограничных эмоциональных расстройств, в частности – склонности к тревожным реакциям, угнетенного настроения, избыточной озабоченности своим физическим и психическим здоровьем, оценка физиологических предикторов тревожно-депрессивных расстройств, таких как мерцающие нарушения сна, нарушения аппетита, астения, транзиторные вегетативные расстройства – колебания артериального давления, пульса, дермографизм, преходящие нарушения функций ЖКТ.

2. При сборе сестринского анамнеза делать акцент на сложных психосоциальных ситуациях пациента, среди которых существенное значение имеют семейные проблемы, колебания социально-экономического статуса, бытовые и профессиональные неурядицы, психосоциальные кризисы – «кризис середины жизни«, «пенсионное банкротство«, «синдром разоренного гнезда«, и т.д.

3. Организация Школы психического здоровья.

4. Участие медицинских сестер в лечебно-реабилитационных мероприятиях у пациентов с пограничными расстройствами, а также у лиц соматоневрологическими заболеваниями и коморбидными им тревожно-депрессивными нарушениями.

Результаты и обсуждение. Нами был разработан комплекс мероприятий «Медицинская сестра в психотерапии«, который включал в себя следующие этапы.

1. Введение в программу подготовки вышеизложенной проблематики.

2. Использование полученных теоретических знаний и практических навыков в работе с пациентами пограничного профиля и с дозонологическими признаками тревожно-депрессивных состояний.

3. Сестринская диагностика пограничных психических расстройств (с оценкой анамнеза, психического статуса с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона и HADS).

4. Участие медицинских сестер в специализированной программе психосоциальной ресоциализации пограничных больных «Школа психического здоровья« с оценкой ее эффективности.

В целях объективизации результатов исследования были использованы следующие методы: клинико-катамнестическое изучение пациентов и участников образовательных программ, экспериментально-психологическое исследование, динамический скрининг-диагностика с использованием психометрических шкал.

В ходе бесед медицинских сестер с пациентами 86% из них стали учитывать критические возрастные периоды и описывать связь между сложными психосоциальными обстоятельствами пациентов и уровнем их психического здоровья.

При выявление клинических признаков пограничных психических расстройств или наличия в анамнезе пациента сложных ситуаций медицинские сестры сообщали лечащему врачу о данных обстоятельствах. При реализации мультидисциплинарной помощи они участвовали в формировании индивидуализированного плана лечения.

Реализация программы «Школа психического здоровья» для пациентов с пограничным уровнем расстройств способствовала стимуляции активной позиции в преодолении психического заболевания и его последствий, формированию ответственности за свое социальное поведение и выработке адекватной стратегии совладания с болезнью, восстановлению нарушенных социальных контактов и повышению социальной компетенции.

Выводы.

1. Комплексный подход к профилактике психоэмоциальных проблем стабилизирует аффективное состояние его субъектов, способствует нормализации эмоционального фона личности и вносит существенный вклад в превенцию пограничных психических расстройств.

2. Участие медицинских сестре в психосоциальной профилактике и ресоциализации лиц с пограничными психическими расстройствами в значительной степени повышает эффективность лечебно-реабилитационных программ.

Таким образом сестринская диагностика психоэмоциональных нарушений у пациентов должна проводиться на всех этапах первичной, многопрофильной и специализированной медицинской помощи. Профилактические мероприятия в отношении психоэмоциональных проблем у тематических групп (лица с психосоциальными стрессами, больные с пограничными психическими расстройствами) должны проводиться на комплексной основе с активным участием медицинских сестер в контексте полипрофессиональной помощи.

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И НЕПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ СОТРУДНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Глушкова А.В., Семенова Н.В.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Социально-экономические перемены, произошедшие в стране на рубеже XX-XXI веков, и высокие стрессовые напряжения не только оказали определяющее влияние на показатели здоровья населения и медико-демографическую ситуацию в стране, но и поставили в крайне неблагоприятные условия существования медицинских работников.

В современной России профессия врача перестает быть престижной. Многие молодые, талантливые специалисты ищут работу за пределами страны, либо уходят в коммерческие и иные структуры, зачастую не медицинского профиля. Важнейшей причиной этой давно наметившейся и явно неблагоприятной тенденции является низкое качество жизни врачей в России, отсутствие системы государственных мер их социальной защищенности, недостаточное внимание к их проблемам со стороны государства и общества, в том числе, к характеру и условиям их трудовой деятельности.

Следует заметить, что гигиенические условия труда медицинских работников всегда привлекали пристальное внимание российских гигиенистов и общественных деятелей. Еще столетие назад выдающийся отечественный гигиенист, основатель российской гигиенической школы Ф.Ф. Эрисман писал, что «из всех ветвей умственного труда профессия практического врача – самая тяжелая и пагубная». Он также отмечал, что к физическому напряжению сил врача-практика присоединяются еще «постоянное душевное беспокойство, причиняемое заботами о состоянии больных, и беспрерывные внутренние мучения, вызываемые теми многочисленными неприятностями, которым медик подвергается вследствие своих отношений к публике. Именно, нельзя скрывать, что даже лица из так называемого образованного общества нередко поступают с врачами весьма неделикатно, на каждом шагу преследуя их своим недоверием и считая себя вправе смотреть на них, как на простых ремесленников» (Измеров Н.Ф., 2005).

Отечественная медицина труда также имеет солидную историю изучения гигиенических особенностей условий труда медицинских работников и их влияния на состояние здоровья, но в современных условиях не менее важными становятся вопросы личностного восприятия работником проблем, касающихся его здоровья, а также роли качества и образа жизни в сохранении и укреплении здоровья. Это требует изучения и анализа так называемых психосоциальных факторов производственной и непроизводственной природы, влияющих на здоровье работающего человека.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10, класс XXI) помимо традиционных факторов профессионального риска к группе психосоциальных факторов относит проблемы, связанные с работой и безработицей, удовлетворенностью трудом и перспективами профессионального роста, взаимоотношениями в коллективе, воздействием техногенного загрязнения окружающей среды, отношением к вредным привычкам и физической культуре и многие другие.

В современных российских условиях самостоятельное значение факторов формирования здоровья приобретают взаимоотношения работника, работодателя, общества и государства на фоне реструктуризации большинства отраслей экономики и угрозы безработицы.

В отечественной гигиенической практике указанные проблемы крайне редко рассматриваются в задачах анализа здоровья трудоспособного населения, тогда как в большинстве европейских стран они уже длительное время являются предметом исследования в медицине труда.

Особенно много внимания при изучении влияния психосоциальных факторов на здоровье трудоспособного человека уделяется проблеме синдрома хронической усталости (chronic fatigue syndrome), которая тревожит медицинскую общественность примерно с 80-х годов прошедшего века. Что касается врачей, то многими зарубежными авторами синдром хронической усталости у них рассматривается как следствие стресса на работе и вплотную смыкается с понятием «синдрома профессионального выгорания» (burnout syndrome).

С начала XXI века отечественными авторами также стал рассматриваться феномен профессионального выгорания как специфическая особенность врачебной деятельности, однако для отечественной медицины труда это относительно новый и мало изученный аспект проблемы. В МКБ-10 синдром профессионального выгорания отнесен к норме и выделен в отдельный диагностический таксон – Z 73 (проблемы, связанные с трудностями организации нормального образа жизни), поэтому в нашей стране изучением этого синдрома в большей степени занимались психологи. Врачи-психиатры и психотерапевты этой проблеме уделяли меньшее внимание. В настоящее время, особенно в последние три-четыре года, синдром профессионального выгорания активно начал изучаться в рамках социальной психиатрии и признан проблемой, требующей не только психологического, но и активного врачебного вмешательства. Однако, несмотря на это, практически отсутствуют работы, посвященные вопросам медикаментозной терапии синдрома профессионального выгорания, недостаточно разработана система его психотерапевтической коррекции.

В связи с тем, что проблема возникновения и развития синдрома профессионального выгорания у медицинских работников психиатрической службы в нашей стране остается все еще мало разработанной, принципиально важным является вопрос о выявлении факторов, способствующих и препятствующих его возникновению. Это, в свою очередь, поможет в разработке предложений по совершенствованию лечебно-профилактических мероприятий синдрома профессионального выгорания у медицинских работников психиатрической службы.

К специфическим особенностям деятельности медицинских работников психиатрической службы относятся: «трудный» контингент пациентов, длительность и трудоемкость терапевтического процесса по достижению ремиссии психически больных, затрудненного некритичностью к своему заболеванию, и, соответственно, низким комплайенсом большое количество рецидивов. Кроме того, диагноз психического расстройства несет на себе негативную социально-этическую нагрузку, какой не имеет ни одна другая медицинская специальность. Это нередко приводит к стигматизации не только самих пациентов, но и врачей.

Обращает на себя внимание чрезвычайно большое количество зарубежных публикаций, касающихся массового характера алкогольной и наркотической зависимости врачей-сотрудников психиатрической службы, особенно мужчин, причем авторы считают этот феномен следствием повышенного профессионального риска и непосредственно связывают его с синдромом профессионального выгорания. У врачей-сотрудников психиатрической службы обнаружен более высокий уровень супружеской дисфункции, разводов, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, а также самоубийств, причем для врачей-женщин показатели были значительно выше (E. Guthrie, D. Black, 1997). Высокий уровень заболеваемости психическими расстройствами обнаруживался на всех этапах врачебной деятельности; большинство исследований с использованием самооценки показали, что около одной четверти врачей особенно предрасположены к развитию такой патологии (B. Caplan, 1994; J. Firth-Cozens, 1995; M. Ramires et al, 1996).

Таким образом, проблемы со здоровьем сотрудников психиатрических служб в целом и врачей-психиатров, в частности, особенно в сфере психического здоровья, низкий уровень социальной защищенности медицинских работников-сотрудников психиатрических учреждений (психиатров, психотерапевтов, психологов, среднего медицинского персонала) в условиях социально-экономических реформ, высокий уровень психоэмоционального напряжения труда врача определяются не только традиционными факторами рабочей среды и трудового процесса, но и дополнительным комплексом психосоциальных факторов как производственной, так и непроизводственной природы, способствующих формированию у сотрудника психиатрической службы, и, в особенности, врача-психиатра, синдрома профессионального выгорания. В связи с чем, данная проблематика требует более глубокого осмысления и проработки вопроса, связанного с разработкой профилактических мероприятий, направленных на снижение негативного воздействия на здоровье работников психиатрической службы факторов производственной и непроизводственной среды.

ЦЕНТР ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Горбунова М.В., Шлафер М.И., Каштанова Н.Д.

Оренбург

ГБУЗ Оренбургская областная КПБ №1

В современной психиатрии происходят значительные перемены. В лечении психически больных используется полипрофессиональный бригадный метод, который предполагает наличие различных специалистов – психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников. Происходит сокращение «закрытых» отделений в психиатрических стационарах, психиатрическая и психотерапевтическая помощь максимально приближается к населению, что вызывает потребность поиска новых организационных форм.

Такой новой формой специализированной помощи явилось создание на базе Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 Центра психопрофилактики и психотерапии. Было выделено помещение площадью 500 кв. м. на первом этаже пятиэтажного дома в центре города. Открытие состоялось в сентябре 2014 г.

Центр создан с целью оказания профилактической и консультативно – лечебной помощи лицам, обращающимся добровольно и не нуждающимся в лечении в круглосуточном психотерапевтическом или психиатрическом стационаре.

Основными задачами Центра психопрофилактики и психотерапии являются:

1. Оказание консультативной, консультативно – диагностической и лечебной специализированной помощи (индивидуальной, групповой, семейной, кризисной) лицам с психологическими проблемами, с непсихотическими психическими расстройствами, психически больным в стадии ремиссии;

2. Консультирование и лечение детей и подростков и их родителей;

3. Сочетание психотерапевтической помощи с медикаментозными и другими видами лечения;

4. Проведение диагностических и психокоррекционных мероприятий медицинскими психологами;

5. Организация психотерапевтической среды;

6. Оказание консультативной психологической помощи по «телефону доверия» с регистрацией звонков в журнале обращений;

7. Проведение психопрофилактических и психогигиенических мероприятий с целью повышения психологической и психиатрической культуры населения;

8. Взаимодействие со средствами массовой информации, участие в психообразовательных и психопрофилактических теле и радиопередачах;

9. Проведение организационно – методических мероприятий, учебных семинаров с врачами других специальностей, немедицинскими психологами.

В структуре Центра кабинет медико – социально – психологической помощи, дневной стационар, отделение «Телефон доверия».

Первые полгода работы показали значительную востребованность психотерапевтической помощи у жителей города и области. На амбулаторный прием обратились 360 взрослых пациентов, 245 детей и подростков до 15 лет и столько же их родителей.

Основными причинами для обращения у взрослых пациентов явились невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (84%), психически здоровые с психологическими проблемами (7%), расстройство настроения (5%), шизофрения в стадии ремиссии (2%).

У обратившихся детей преобладают эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском возрасте (65%), органические психические расстройства (15%), расстройства психического развития (5%), расстройства настроения (5%).

В дневном стационаре пролечено 150 пациентов. Из них с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (44%), с расстройствами настроения (22%), с органическими расстройствами (5%), Средняя длительность лечения 62 дня.

Лечение всех пациентов дневного стационара было комплексным и включало фармакотерапию, психотерапию и при необходимости психосоциальную помощь.

Как на амбулаторном, так и на стационарном этапах использовались различные формы и методы психотерапии. Широко применялась групповая работа. Проводились группы арт – терапии, личностного роста, различные тренинги. У детей применялась сказкотерапия, песочная терапия.

На телефон доверия поступило около тысячи звонков. Основными проблемами были стрессовые ситуации – семейные конфликты, разводы, ситуации потери и горя.

Специалисты Центра психопрофилактики и психотерапии участвовали во многих городских профилактических мероприятиях, организованных МЗ Оренбургской области и администрацией города, неоднократно выезжали в область. Для повышения психиатрической культуры населения подготовлено 6 телепрограмм и 8 радиопередач. С целью профилактики возникновения кризисных ситуаций и психических расстройств у подростков проводилась работа со старшеклассниками школ города (тестирование, психообразовательные занятия) и их родителями, оказывалась методическая помощь школьным психологам.

ПРИМЕНЕНИЕ ABC/VEN АНАЛИЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Гордеев В.А.

Кемерово,
ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ

Вопрос рационального отбора и использования лекарств является одним из наиболее сложных элементов деятельности учреждения по лекарственному обеспечению. Для принятия взвешенных решений о выборе того или иного лекарственного средства используют различные принципы регулирования расходов на лекарственное обеспечение. Одним из таких принципов является разработка формуляра, в основе которого заложено затратно-эффективное рациональное назначение и использование лекарственных средств на основе сравнения их реального применения с установленными стандартами. Под «формуляром» понимают список лекарственных средств, который носит ограничительный характер, то есть разрешается использовать только те лекарства, которые входят в этот список. Формуляр – это динамически развивающийся документ с постоянно уточняющимся и пополняющимся содержанием отдельных разделов и статей. На уровне лечебного учреждения (больницы), создается формулярная комиссия, которая отвечает за разработку ограниченного списка лекарственных средств, утвержденных для использования и закупок данной больницей. Как правило, такой список составляется путем тщательного анализа заболеваемости (по каждой отдельной нозологии), уровней потребления и стоимости курса лечения каждого заболевания.

Целью работы явилось проведение ABC/VEN анализа при использовании формулярной системы лекарственного обеспечения психиатрического стационара в период с 2010 по 2014годы. Такой анализ особенно необходим, учитывая возможные периоды как увеличения бюджетных расходов на лекарственное обеспечение, так и снижение.

Материалы и методы исследования. В формулярных списках за период 2010-2014 гг. все препараты по стоимости были распределены на три группы: А (препараты высокой стоимости или наиболее затратные, стоимость которых составляет 80% от всех финансовых затрат), В (препараты, занимающие промежуточное положение между группами А и С, стоимость которых составляет 10%) и С (препараты невысокой стоимости или наименее затратные, стоимость которых не превышает 10%). В зависимости от необходимости препараты классифицировались на категории V (vital, т.е. жизненно необходимые), Е (essential, т.е. необходимые) и N (non-essential, т.е. второстепенные). В дальнейшем был проведен анализ структуры используемых лекарственных средств с учетом их значимости в лечебном процессе и соотношение финансирования по различным категориям.

Результаты. За исследуемый период расходы на лекарственное обеспечение стационара имели тенденцию к увеличению в 2010-2012 гг. (24,8 млн. руб. и 33,0 млн. руб. соответственно) и тенденцию к снижению с дальнейшей стабилизацией в 2012-2014 гг. (33,0 млн. руб. и 32,2 млн. руб. соответственно). При этом, несмотря на указанные тенденции, отмечается рост числа наименований и объема финансирования на жизненно важные по системе VEN (V vital) препараты. Для психиатрического учреждения это психофармакологические препараты, купирующие острые состояния, препараты, обеспечивающие процедуры, направленные на купирование острых состояний (проведение ЭСТ, ИШТ и др.), а также препараты, направленные на устранение острых соматических угрожающих жизни расстройств. Доля финансирования на эти препараты увеличилась с 13% до 30%, а число препаратов с 51 до 81. При этом соответственно произошло снижение расходов на второстепенные препараты N (non-essential) по системе VEN с 23% до 2%, а по числу препаратов с 102 до 41.

Меняющиеся режимы финансирования не повлияли на более тонкую дифференциацию и расширение спектра используемой фармакотерапии. За исследуемый период произошло увеличение (с 29 до 43) разделов формулярного списка отражающего анатомо-терапевтические характеристики препаратов и соответственно наименований препаратов (с 468 до 581).

АВС-анализ, показал, что основной объем средств – 79,8%, – был израсходован на закупку в 2010 г. – 60, а в 2014 г. 78 препаратов (Класс А – до 80% расходов). При анализе препаратов этого класса было выявлено, что в него вошли как жизненно важные препараты в 2010г. – 23, а в 2014 г.- 38; так и второстепенные препараты в 2010г. – 47, в 2014 г. – 36. На препараты Классов В и С израсходовано 20,2% бюджета.

Выводы. Проведенный анализ показывает структуру расходов больницы на закупку лекарственных препаратов. Анализ позволяет провести корректировки в политике закупок и направить основные средства на закупку жизненно важных и профильных препаратов, хотя доля последних в общем объеме закупок и остается недостаточной по причинам, не относящимся к теме настоящей публикации. Сокращение малоэффективных препаратов позволяет сократить и перераспределить расходы на лекарственное обеспечение. Приведенный пример АВС-анализа наглядно показывает, что такой анализ может стать хорошей основой для выбора классов лекарственных средств для первоочередного анализа номенклатуры и изменения закупочной политики. Использование формулярной системы позволяет обеспечить устойчивость качественного лекарственного обеспечения в условиях нестабильности финансового обеспечения по годам.

СИСТЕМА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Гордеев В.А., Сорокина В.А.

Кемерово
ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ

Контроль качества медицинской помощи – система критериев, позволяющих определить своевременность, адекватность, полноту и эффективность оказания медицинской помощи как в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной территории, так и отдельному больному.

Качество медицинской помощи характеристика, отражающая степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения их профессиональных стандартов.

Качественную медицинскую помощь характеризует: доступность, безопасность, стабильность, адекватность и эффективность медицинской помощи; обоснованность применяемых медицинских технологий (выполнение врачебного процесса); оптимальность использования ресурсов лечебно-профилактического учреждения; отсутствие либо снижение рисков на период медицинского вмешательства; удовлетворенность больного медицинским обслуживанием.

Нормативно-законодательной базой при осуществлении контролья качества и безопасности медицинской деятельности являются: ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»; Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 N 1152 « Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»; Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности«; Приказ департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 23.07.2013 N 1013 «Об утверждении порядка организации и поведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Кемеровской области«.

Цель исследования. Разработка показателей отражающих соответствие оказываемой медицинской помощи понятиям качественной и безопасной и не вошедших в указанные нормативные документы, а также методологии их оценки.

Материал и методы. За основу предлагаемой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности взята стандартная трехуровневая система не один год используемая в системе здравоохранения, в том числе и в психиатрии с дополнением некоторых ключевых позиций. В частности:

I ступень контроля (отделение). Оценке подлежат

1. оценка ведения документации (ВД) – оформление истории болезни и содержащихся в ней мед бланков (лист назначений и т.д), оформление документов регламентируемых Законом, проведение необходимых ВК.

2. объем лечебно-диагностических мероприятий (ОМ)-рекомендуемый в соответствии со стандартами.

3. оценка обьема лечебных средств (ОЛ) – набор лечебных средств в соответствии со стандартами.

4. оценка диагноза (ОД) – соответствие и полнота выставленного диагноза.

Полученые данные заносятся в журнал для расчета уровеня качества. (УК) – соответствие между проведенным набором лечебно-диагостических мероприятий и достигнутым результатом (отклонение от стандарта качества). Для отделений принудительного лечения специализированного типа оценка уровня качества по выписанным больным (что является законченным клиническим случаем для других отделений) не всегда приемлема т.к за отчетный месяц выписки может и не быть, или пациент переведен в отделение общего типа и мед. документация находится в другом подразделении. В связи с этим в данном случае под понятием законченный клинический случай следует считать представление пациента на медицинскую комиссию (по продлению, изменению вида принуд.лечения) в отчетном месяце. Показатель (ОД)- оценка диагноза для этих пациентов заменяется на (ОР) – оценка выполнения реабилитационных мероприятий, критерий проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациента с оценкой уровня социальной опасности. Для реабилитационных отделений оценке в отчетном периоде подлежат пациенты с пребыванием в стационаре свыше 6 мес. Для этих отделений проводится: оценка выполнения реабилитационных мероприятий (ОР) – критерий уровня достижения поставленных программой реабилитации мероприятий (социальные, бытовые, правовые и др.).

Одновременно с оценкой стационарной помощи заведующий отделением оценивает полноту медицинской помощи на догоспитальном этапе (приемное отделение)

II ступень контроля (зам. главного врача). Оценке подлежат

1. соответствие определенного уровня качества на 1 ступени реальному положению

2. качество контроля осуществляемого на 1 ступени (зав.отделением)

Результаты второй ступени качества оформляются протоколом (запись в истории болезни) ежемесячно.

Оценка деятельности подразделений ежемесячно осуществляется путем сравнения со стандартами оказания помощи (УК – уровень качества).

III ступень контроля. Экспертная комиссия учреждения (ЭК) Оцениваются:

- (УК) – Уровень качества (по оценке 2-й ступени – зам. главного врача)

- (РА) – Реабилитационная активность (активность привлечения к трудоротерапии) учитывает данные о направленных и выписанных пациентах эти данные сверяются заведующим подразделением и вместе с журналом контроля качества подаются курирующему заместителю для внесения в итоговую таблицу.

- (ПП) – Наличие жалоб и обращений (претензионный показатель) Для оценки удовлетворенности оказанием медицинской помощи могут использоваться следующие анкеты:

- (ЭП) – Выполнение экономических показателей (выполнение плана койко/дней, пользованных и.т.д)

- (И/Г) – интенсивность/госпитализация – показатель отражает интенсивность работы в стационарных отделениях и показатели плановой госпитализации в диспансере. Показатель доступности госпитализации. Рассчитывается для диспансерных отделений. Учитывается объем плановой госпитализации и экстренной (осуществляемой ССМП). Снижение объема госпитализации ниже норматива оценивается как 0 баллов. Показатель интенсивности (для стационарных подразделений) Показатель отражает интенсивность врачебной деятельности по оформлению медицинской документации отражающей осмотры при поступлении выписке, проведении врачебных комиссий за определенный период времени. Эти оценки включены в общий перечень для определения конечного показателя деятельности отделения. Однако следует учесть что этот показатель отражает врачебную деятельность т.е итоговый показатель деятельности для отделения будет один, а для врачей другой.

- (ОВН)* – Бальная оценка (оценка выполнения норматива)

- (СС)* – Сан-эпид состояние подразделения. Ежемесячно штатным эпидемиологом оценивается по разработанным

критериям состояние санитарно-противоэпидемическое состояние подразделений больницы.

- (ЭИО)* – Эффективность использования оборудования (эффективность использования, и соответствие оборудования требованиям безопасности)

Оценивается соответствие оборудования (использование оборудование прошедшего поверку (калибровку)) Ежемесячно отмечается и заверяется подписью зав отделением, оборудование, имеющее действующий срок поверочного сертификата, калибровочной отметки и не нарушенные поверочные (калибровочные пломбы).

Эффективность использования В журнал вноситься число сеансов проведенных с использованием оборудования. Нормативы использования утверждаются администрацией учреждения. Ежемесячно отмечается и заверяется подписью зав отделением интенсивность использования оборудования.

Итоговая оценка (КК – коэффициент качества) определяется по формуле и влияет на распределение фонда экономии для начисления КТУ подразделениям.

Обсуждение и выводы. Предложенные дополнительные критерии оценки качества и безопасности оказания психиатрической помощи расширяют и делают более объективной систему управления деятельностью подразделений медицинской организации так и самого учреждения в целом.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА Г. ОМСКА

Гранкина И.В., Иванова Т.И., Барышева О.М.

Омск

БУЗ Омской области КПБ им. Н.Н. Солодникова

Актуальность исследования: Многочисленные исследования, проведенные в Российской Федерации, отмечают значительный рост психической патологии среди детей за последнее десятилетие, преимущественно за счет поведенческих и эмоциональных расстройств.

Анализ опыта зарубежных психиатров показывает, что наиболее эффективная форма реабилитации детей с поведенческими нарушениями реализуется при активном участии не только врачей психиатров, психотерапевтов, но и родителей детей, педагогов, психологов, социальных работников комплексно и последовательно. До настоящего времени на территории Омской области, в частности и СФ округе, не было разработано к применению научно обоснованных программ реабилитации детей с отклоняющимся поведением на фоне психических расстройств, что является весьма актуальным.

Цель исследования: разработка, организация и оценка эффективности реабилитационной программы для детей с отклоняющимися формами поведения в условиях психиатрического комплекса.

Методы исследования: Для оценки эффективности программы реабилитации использовалась батарея психологических тестов: Тест эмоций (Басса-Дарки в модификации Г.В. Резапкиной). Шкала «мстительности и обидчивости» (Е.П. Ильин, П.А.Ковалев, 2001). Методика «Личностная агрессивность и конфликтность» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев, 2001). Шкала патологической агрессии, аффективности (Ю.Б. Можгинский, 2003 – 2005). Оценка качества жизни (QOL) проводилась с использованием модифицированной шкалы Пирс-Харриса (PECS – the Patient Evaluation and Conference System).

Материал исследования: Для реализации цели исследования была отобрана группа детей, включающая 130 (10,2%) пациентов с симптомами отклоняющегося поведения, полученная из общего массива детей, находящихся на стационарном лечении в детском отделении ОКПБ (1276 ребенка), обратившихся к врачу-психиатру в 2011 – 2013 гг. Чаще девиантные нарушения поведения отмечались у детей с умственной отсталостью (F 70, F 71) (43,1%; n – 56) ($p<0,05$). Практически равнозначно нарушенное поведение отмечалось как у детей с органическими поражениями личности (F 07.0 – 30,0%; n – 39), так и у детей с психическими расстройствами шизофренического спектра (F 20.8, F 21.8 – 26,9%; n – 35). Все дети указанной группы получали реабилитационную помощь на основании разработанной специализированной программы помощи детям, которая осуществлялась на базе детско-подросткового комплекса ОКПБ. Данная программа объединила деятельность врачей-психиатров, психотерапевтов и психологов, стационарных и диспансерных отделений, педиатров, педагогов, школьных психологов. На стационарном этапе проводилось купирование проявлений нарушения поведения фармакотерапией, первичная психокоррекционная и психотерапевтическая помощь. На амбулаторном этапе проводилось поддерживающее фармакологическое, психотерапевтическое лечение, а также психологическая и социальная поддержка в условия обычной жизни детей (проводилось на базе отделения интенсивного лечения в сообществе для детей и подростков). На этапе поддерживающей терапии, проводился контроль над состоянием ребенка.

Результаты. Выраженное снижение степени патологической агрессии отмечалось у пациентов с умственной отсталостью, у детей с расстройствами поведения шизофренической этиологии снижение степени агрессии от выраженной до минимальной (8,2% и 13,1% соответственно). У детей с нарушениями поведения органической этиологии снижение патологической агрессии после лечения в большей степени отмечалось в возрасте 10 – 12 лет. Степень выраженности проявления патологической аффективности значительно снизилась у детей с расстройствами поведения шизофренической этиологии. Выраженное снижение по шкале обидчивости, мстительности отмечены у детей с нарушениями поведения органической этиологии, во всех возрастных группах. Значительно снизилась мстительность в группе детей с расстройствами шизофренического спектра, как и у детей с умственной отсталостью. Показатели эмоциональной возбудимости (конфликтности) полностью редуцировались на фоне терапии детей с психопатоподобными расстройствами поведения при шизофрении. Изучение качества жизни у детей исследуемой группы, до и после лечения выявило улучшения этого показателя у всех детей не зависимо от существующего психического расстройства.

Выводы: таким образом, разработанная последовательная программа реабилитации детей с нарушенным поведением с использованием ресурсов стационарного отделения, а также дневного стационара и стационара на дому (отделение интенсивного оказания психиатрической помощи) доказала свою эффективность и может быть рекомендована для использования в практическом здравоохранении.

ПРОГРАММА НЕОТЛОЖНЫХ МЕР И АКТИВИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Психиатрическая служба в Российской Федерации в настоящее время претерпевает серьезные изменения, что требует

углубленного анализа и выработки мер по сдерживанию наметившихся негативных тенденций и дальнейшему конструктивному развитию.

За последние десятилетия в процессе деинституционализации было сокращено свыше 50 тыс. коек, то есть четверть психиатрического коечного фонда страны. Обеспеченность койками в 2011 году составила 104,8 на 100 тыс. населения, то есть меньше, чем в ряде европейских стран (Германия, Нидерланды, Швейцария) и в течение последующих лет продолжала сокращаться, достигнув в 2013 г. 100,2, то есть снизившись за 2 года еще на 4%. Одновременно происходило сокращение числа стационарных психиатрических учреждений: за период 2006–2011 гг. стало меньше на 40 больниц и 18 стационаров при диспансерах (в ряде регионов происходило объединение психиатрических учреждений в одно юридическое лицо, но многие малые больницы перестали существовать). К концу 2013 г. сокращено (или объединено с другими) еще 89 стационаров. Это, безусловно, отрицательно сказалось на уровне доступности помощи. При этом, обращает на себя внимание неравномерность обеспеченности психиатрическими койками: если в 39 регионах она составляет менее 100 на 100 тыс. населения (в 8 регионах – менее 50), то в 43 – свыше 150 коек на 100 тыс. населения.

Процесс деинституционализации требует активного развития внебольничных форм помощи. Однако на деле этого не происходит. Число мест в дневных стационарах практически не увеличивается (в 2013 году составляло 17900). Более того, наряду с тем, что во многих регионах число мест в дневных стационарах достигает 300-700, в ряде территорий этот вид помощи в течение многих лет не развивается, застыл на показателе 15 – 35 мест. При этом нередко меньшая обеспеченность стационарной помощью сочетается с минимальным числом мест в дневных стационарах, хотя и эта закономерность не является общей.

Отмечается значительное сокращение числа психиатрических кабинетов в сельских районах, психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках в городах. Так, с 2000 по 2013 гг. число психиатрических кабинетов в сельских районах снизилось на 353 (15,1%). Количество психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках за 4 года (2009-2013 гг.) уменьшилось более чем на 1/3 (с 1117 до 727).

Ухудшается кадровая обеспеченность службы: только за 2011-2013 гг. общее число врачей-психиатров уменьшилось на 408 чел. (с 14117 до 13709 чел.) или на 2,9%. При этом коэффициент совместительства врачей-психиатров был чрезмерно высоким (1,64), у психотерапевтов еще выше – 2,0, у судебно-психиатрических экспертов – 1,2. Сокращение числа врачей-психиатров особенно сильно сказывается на неукомплектованности кадрами психиатрических кабинетов в сельских районах, психотерапевтических кабинетов при районных поликлиниках в городах.

Предшествующие годы характеризовались активным ростом числа медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников. К сожалению, в последние годы он затормозился (за исключением медицинских психологов), а число социальных работников даже стало сокращаться.

Указанные негативные тенденции не могли не сказаться на процессе оказания психиатрической помощи. Низкая кадровая обеспеченность, особенно в диспансерном звене службы, увеличение обслуживаемого населения (иногда в 2 и более раз), рост числа сельских районов, в которых отсутствуют психиатрические кабинеты, сокращение психотерапевтических кабинетов в районных поликлиниках городов – все это приводит к снижению выявления психических расстройств в населении. Так, в 2011 году первичное выявление лиц с психическими расстройствами впервые оказалось меньше на 11% по сравнению с предшествующими годами и в дальнейшем продолжало сокращаться (за последующие 2 года – на 4,8%, в том числе первичное выявление шизофрении – на 7,4%). При этом, число пациентов, взятых под диспансерное наблюдение с 2011 по 2013 г. сократилось на 7,7%, в том числе больных шизофренией – на 8,1%). Уменьшение этого показателя означает снижение активности амбулаторной помощи.

Кроме этого, в последние годы обращает на себя внимание нарушение основных принципов диспансерного наблюдения. В настоящее время, как правило, на участке диспансера 20–25%, а иногда и больше больных оказываются не осмотренными в течение года ни разу, хотя и продолжают числиться под диспансерным наблюдением.

Еще одна существенная проблема – накопление больных в стационарах с чрезмерно длительными сроками пребывания. В среднем число больных, находящихся непрерывно в стационаре свыше года составляет 22–23 на 100 тыс. чел. населения. Вместе с тем, примерно в четверти регионов число больных со сроками госпитализации больше года превышает 30–50%. Кроме того, более половины пациентов психиатрической больницы (ПБ) поступают в стационар повторно в течение 12 месяцев; 10% пациентов ПБ проводят в больнице 50% времени (18 месяцев за 3 года), а 20% больных при однократном поступлении в ПБ обуславливают занятость 45% коечного фонда (с учетом повторности госпитализаций эта цифра возрастает в 2 раза). При этом, интенсивность помощи больным ПБ снижается при возрастании длительности госпитализации.

Указанные проблемы обуславливают необходимость принятия программы неотложных мер по активизации психиатрической службы. Крайне необходимы меры по сохранению психиатрических кабинетов в сельской местности. Это можно осуществить (хотя бы частично), например, с эпизодическим использованием специалистов организационно-методических отделов региональной службы, или привлечением к совместительству на платной основе специалистов из близко расположенных районов и/или работающих в больнице, а также с помощью врачей других медицинских специальностей, прошедших подготовку по психиатрии и пр. Следует приложить максимум усилий по сохранению психотерапевтических кабинетов в районных поликлиниках.

Очевидна необходимость более взвешенного подхода к назначению диспансерного наблюдения (с прекращением необоснованного сокращения) и наполнения его активным содержанием. На участке диспансера должны быть выделены ряд проблемных групп (целесообразно осуществлять маркирование амбулаторных карт больных), нуждающихся в постоянном повышенном внимании с определением интенсивности наблюдения и формулированием целевых задач для каждой группы: 1) больные на начальных этапах заболевания как не исчерпавшие реабилитационный потенциал; 2) с частыми и длительными госпитализациями; 3) утратившие социальные связи; 4) лица с неустойчивой трудовой адаптацией и высоким риском инвалидизации; 5) больные, получающие лечение пролонгами и др.

Важным элементом развития диспансерного наблюдения является более широкое использование таких новых организационных форм психиатрической помощи как медико-реабилитационное отделение и отделение интенсивного оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях, включенные в новый Порядок оказания психиатрической помощи, но все еще не получившие достаточного распространения. Необходимо взаимодействие между психиатрическими диспансерами и центрами социального обслуживания, центрами занятости населения, психоневрологическими интернатами.

Представленные выше основные направления программы актуальных мероприятий должны сочетаться с решением долговременных задач: общее повышение качества помощи (условия содержания больных, уровень и качество фармакотерапии, ее обеспеченность, системы реабилитации и пр.), повышение квалификации специалистов, в том числе восприимчивость к научным достижениям, – все это составляющие современного уровня оказания помощи, которые требуют постоянных, настойчивых усилий.

СЕМЕЙНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

Гуткевич Е.В.

Томск
НИИ психического здоровья,
НИ ТГУ

В психиатрии нозоцентрическая парадигма психического здоровья сменяется на биопсихосоциальную с пересмотром роли пациента. Происходит переход от больного как объекта к отношению к нему как к субъекту вместе с его семейным окружением (Голимбет В.Е. и др., 2004; Гуткевич Е.В., Семке А.В., Семке В.Я., 2011; Денисенко М.К., 2011; Chan I.S., Ginsburg G.S., 2011). Семья является источником и генетического наследования, и социально-психологических отношений между людьми. В семье одновременно присутствуют родственники разных поколений и возрастов, семейный уровень позволяет работать в реальных «группах риска». В зависимости от степени родства члены семьи попадают в «группы риска» с разной вероятностью предрасположения и возникновения психических расстройств в определенном возрасте в соответствии с индивидуальными генетическими и семейными особенностями. Для психических расстройств как многофакторных заболеваний с наследственным предрасположением в основе определенных клинико-диагностических, реабилитационных, адаптационных и превентивных мероприятий должен быть семейно-генетический принцип.

Цель настоящего исследования – создание иерархической системы генетической превенции психических расстройств в семьях для определения возрастнозависимых мишеней и управления комплексом разноуровневых рисков возникновения психических заболеваний.

Материалы и методы – определение качества жизни родственников больных психическими расстройствами; клинико-генеалогический анализ родословных; системный анализ семейно-генетических механизмов возникновения и превенции психических расстройств на основе авторских моделей – многоуровневой модели функционирования семьи и онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений. Исследованы 502 семейные системы больных (пробанд и его родственники) различными психическими расстройствами в возрасте от 3 до 73 лет.

В результате проведенных исследований показано, что качество жизни родственников страдает: практические все родственники «ощущают на себе бремя ухода за больным и тяжесть ответственности за его судьбу», при этом происходит «обострение денежных вопросов в семье, ограничение контактов с друзьями, знакомыми, сослуживцами и другими людьми» и «нарушение семейных взаимоотношений». В семьях считают, что «наследственность имеет какое-то (большое) значение в возникновении психических расстройств». На вопрос «Хотели бы Вы определить у себя (у своих родственников) наличие риска развития отклонений в психическом здоровье?» были получены как положительные, так и отрицательные ответы. Хотя на вопрос: «Попытались бы Вы изменить свой образ жизни (отказаться от вредных привычек, придерживаться диеты, пройти дополнительное обследование, принимать лечение и др.) в случае повышенного риска?» были получены в основном положительные ответы. В группе родственников первой степени родства больных шизофреническими расстройствами психопатологию имеют 16,8% лиц, в том числе, шизофрения отмечена в 1,9% случаев. В группу риска входят в среднем 1,2 сибса, 0,3 ребенка и 0,07 внука. В семьях лиц с непсихотическими психическими расстройствами общая психопатология родственников составляет 18,8%, в группу риска входят – 1,4 сибса, 1 ребенок и 0,2 внука. В 49,4% семей детей с психическими расстройствами других детей нет. Среди них планируют деторождение 24 семьи (53,3%), что в 2 раза больше группы семей, где есть дети. Функционирование семейной системы при психических расстройствах у членов семьи характеризуется особенностями семьи и нарушением жизненного цикла семьи, приводящих к фрустрации привычных способов функционирования семьи, среднесбалансированными формами семейной адаптации, средним функциональным ресурсом семей с ситуационно обусловленными дисфункциональными стратегиями. При оценке социальной интеграции, доверительных связей и удовлетворенности социальной поддержкой выявлено, что чаще всего у пациентов эмоциональных контактов и доверительных отношений практически нет (с родственниками, в том числе), резко ограниченные контакты в макросреде (на работе, с врачами), часто они «чувствуют себя аутсайдерами», и «хотели бы больше понимания и внимания от других людей». При этом есть достаточные знания о своей психической болезни (симптомы, течение, лечение, побочном действии лекарств), недостаточные – об обострении и поведении при этом, о формах помощи. Только у половины пациентов нет желания обсуждать опыт и участвовать в группе, а также получать сведения о службах и формах помощи при психических расстройствах. Определены эмпирические риски возникновения эндогенных, непсихотических (истерических) и детских психических расстройств (табличные данные), возрастнозависимые мишени их превенции.

Семейно-генетическая превенция является совокупностью различных видов деятельности и представляет собой коммуникативный процесс в цепи взаимодействий между всеми участниками и действующими при этом факторов. Многоуровневая система взаимодействия предполагает этапность (этапы могут быть последовательными или параллельными), мультидисциплинарность и непрерывность. Основными этапами процесса семейно-генетической превенции являются: 1) оценка и планирование (определение цели, способов; создание программы мероприятий для конкретного больного и его семьи; 2) собственно процесс реализации программы, разработанной на предыдущем этапе, включающий различные вмешательства (генетико-диагностические, генетико-психологические; генетико-психотерапевтические и др.); 3) достижение результата в соответствии с поставленной целью; 4) комплексная оценка эффективности проделанной работы с применением традиционно используемых объективных критериев и субъективного описания пациентом и его семьей процесса. Иерархическая система генетической превенции психических расстройств состоит из пяти уровней и включает медицинские, психологические и социально-экономические аспекты.

Участниками являются – больной (индивидуальный уровень); семья (микросоциум или семейный уровень); организации, учреждения, институты (макросоциум или институциональный уровень); общество в целом. Повышение качества жизни больного, семьи и общества происходит путем улучшения функционирования больных и их семей; понижения социально-экономического бремени и снижения генетического груза в популяции. Это достигается понижением вероятности возникновения либо предотвращением заболевания; изменением адаптации нуклеарной семьи больного; появлением новых разноуровневых компетенций больных и родственников; повышением уровня генетических знаний больных, их родственников и населения. Первоначально проводятся: дифференциальная диагностика психических расстройств, в том числе молекулярно-генетическое тестирование («Генетический паспорт») и установление семейного диагноза («Паспорт здоровья семьи»); семейно-генетические и генетико-психологические воздействия на больного, семью и общество; долгосрочные программы семейно-генетической диспансеризации «групп риска»; социальная интеграция больного и его семьи в общество; этико-гуманитарная, социальная, правовая и финансовая поддержка семей. Служба семейно-генетической превенции

психических расстройств включает комплексные меры, дифференцированные на разных уровнях воздействия: индивидуальном, семейном, институциональном, общества в целом, позволяет повысить эффективность оказания помощи пользователям – психически больным и их семьям и дает возможность использования при организации специализированной помощи психически больным и их семьям на местном, региональном (Сибирский федеральный округ), федеральном уровнях. Семейно-генетическое направление превентивной психиатрии в аспекте интегративной помощи позволяет прогнозировать семейный и индивидуальный генетический риск психического расстройства, оказывать дифференцированные программы раннего выявления, инициации превентивного лечения, предотвращения манифестации заболевания и выработки разноуровневых компетенций у членов семьи для эффективной психосоциальной реабилитации и адаптации больных.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НАСЕЛЕНИЯ РФ

Демчева Н.К.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Последние десятилетия характеризуются ростом распространенности психических расстройств среди населения Российской Федерации. Так с 1991 по 2014 год число психически больных увеличилось с 3 508 586 до 4 093 994 человек или на 16,7%, а доля психических больных в населении возросла с 2,4 до 2,9%. В результате показатель общей заболеваемости вырос с 2 364,4 до 2 849,6 на 100 тыс. населения (на 20,5%). Интенсивный рост рассматриваемого показателя наблюдался с 1991 по 2000 гг., когда он увеличился на 14,9%, после чего наметилось снижение темпа роста этого показателя, и за 2001-2014 гг. он вырос лишь на 2,6%.

За 1991-2014 год увеличился и показатель первичной заболеваемости (число впервые зарегистрированных больных в соответствующем году на 100 тыс. населения). Если в 1991 году данный показатель составлял 258,8 на 100 тыс. населения, то в 2014 он составил уже 313,9 на 100 тыс. населения, то есть увеличился на 21,3%. В то же время, в отличие от показателя общей заболеваемости, показатель первичной заболеваемости после 2001 года снижается и к 2014 году он уменьшился на 17,7% или с 381,3 до 313,9 на 100 тыс. населения.

Определенные различия показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами и их динамики наблюдаются у городских и сельских жителей РФ. В 1991 году доля психически больных в городском населении была несколько выше, чем в сельском населении (2,4 против 2,3%), а в 2014 году наблюдалась противоположная картина, и доля психически больных в городском населении оказалась несколько ниже, чем в сельском населении (2,8 против 2,9%). Показатель общей заболеваемости для жителей городов с 1991 по 2014 гг. увеличился с 2 394,6 до 2 832,0 на 100 тыс. городского населения (на 18,3%), и тот же показатель для жителей сельских районов увеличился с 2 279,7 до 2 900,2 на 100 тыс. сельского населения (на 27,2%). В результате в 2014 году распространенность психических расстройств среди сельского населения оказалась выше, чем среди городского населения. Как у городских, так и у сельских жителей больший темп роста показателя общей заболеваемости отмечался с 1991 по 2000 год (на 13,2 и на 11,2% соответственно) и меньший – в 2001-2014 гг. (на 0,2 и 10,0% соответственно). В результате за весь рассматриваемый период более интенсивно увеличивалась распространенность психических расстройств среди сельских жителей.

Показатель первичной заболеваемости на протяжении всего рассматриваемого периода был выше у городского населения (284,9 – 344,3 на 100 тыс. населения) и ниже у сельского населения (185,3 -226,4 на 100 тыс. населения). С 1991 по 2000 год показатель первичной заболеваемости для городского населения увеличился на 44,3%, а для сельского населения – на 45,3%. С 2001 по 2014 год тот же показатель для городского населения снизился на 17,1%, а для сельского – на 21,1%. В результате с 19991 по 2014 год показатель первичной заболеваемости для городского населения увеличился на 20,8%, а для сельского – на 22,2%, то есть темп роста показателя первичной заболеваемости также оказался выше у сельского населения.

В 1991-2014 гг. отмечается также преобладание распространенности психических расстройств среди мужского населения страны, которая превышает таковую среди женского населения. В 1991 году доля психически больных мужчин в соответствующем населении была несколько меньшей, чем у женщин (2,8 против 2,9%), а к 2014 году доля психически больных мужчин уже существенно превысила таковую у женщин (3,5 против 2,5%). При этом показатель общей заболеваемости мужчин за весь рассматриваемый период увеличился с 3 268,3 до 3 490,0 на 100 тыс. мужского населения (на 6,8%), а показатель общей заболеваемости женщин – с 1 958,9 до 2 297,1 на 100 тыс. женского населения (на 17,3%). Показатель первичной заболеваемости мужчин за рассматриваемый период вырос с 303,4 до 334,1 на 100 тыс. населения (на 10,1%), а тот же показатель заболеваемости женщин – с 219,4 до 296,4 на 100 тыс. населения (на 35,1%). Таким образом, при стабильно более высоких показателях заболеваемости у мужчин, интенсивность роста заболеваемости выше у женщин.

В возрастной структуре психически больных наиболее высокие показатели распространенности (общей заболеваемости) психических расстройств наблюдаются у подростков (15-17 лет) и лиц юношеского возраста (18-19 лет). В 1991 году показатель общей заболеваемости для подростков составлял 3 497,8, а для лиц юношеского возраста – 3 291,2 на 100 тыс. соответствующего населения. В 2014 году эти показатели увеличились до 4 776,9 и 5 732,7 на 100 тыс. соответствующего населения. Высоки также показатели детской заболеваемости (2 339,1 -1991 год и 3 022,3 – 2014 год). Показатели заболеваемости лиц от 60 лет и старше составляли 2 544,2 – в 1991 году и 2 872,2 на 100 тыс. соответствующего населения в 2014 году. Наиболее низкие показатели отмечались у взрослого населения (20-59 лет) – 2 184,9 и 2 605,2 на 100 тыс. соответствующего населения. Наиболее интенсивный рост распространенности психических расстройств в 1991-2014 гг. наблюдался у лиц юношеского возраста (на 74,2%), подростков (на 36,6%), детей (на 29,2%). Менее интенсивно увеличивались показатели общей заболеваемости взрослого населения (на 19,2%) и лиц от 60 лет и старше (12,9%).

Схожая картина наблюдалась и в отношении показателя первичной заболеваемости. Наиболее высокие значения данного показателя отмечались у детей (424,1 – в 1991 году и 573,4 – в 2014 году), у подростков (343,1 – в 1991 году и 472,0 – в 2014 году) и юношей (406,1 – в 1991 году и 447,4 – в 2014 году). Менее высокие значения рассматриваемого показателя отмечались у взрослого населения (189,4 – 1991 году и 196,3 – в 2014 году) и у лиц от 60 лет и старше (189,4 – 1991 году и 196,3 – в 2014 году). Тем не менее, наиболее интенсивный рост значений данного показателя в 1991-2014гг. наблюдался у лиц от 60 лет и старше (на 99,6%), ниже – у подростков (на 37,6%) и у детей (на 35,2%).

Как положительную тенденцию в динамике заболеваемости психическими расстройствами населения РФ следует рассматривать последовательное снижение доли тяжелых (психотических) расстройств и умственной отсталости в диагностической структуре болезней. Так, если в 1991 году доля психотических расстройств составляла 31,7%, доля умственной отсталости – 25,2%, а доля психических расстройств, не достигающих психотического уровня – 43,1%, то в 2000 году доля психо-

зов снизилась до 27,3%, доля умственной отсталости – до 24,6%, а доля непсихотических расстройств увеличилась до 48,1%.

В 2014 году расстройства, не достигающие психотического уровня, составляли уже 51,0%, психозы – 27,1%, а умственная отсталость – 21,9%. Прослеженная тенденция позволяет предполагать снижение в ближайшем будущем инвалидизации психически больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Довженко Т.В., Бобров А.Е., Краснов В.Н., Старостина Е.Г., Царенко Д.М.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель: изучение организационных форм психиатрической помощи пациентам первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: исследованы с использованием специального опросника особенности функционирования 15 муниципальных психиатрических (психотерапевтических) кабинетов и консультативных психиатрических центров г. Москвы, г. Санкт-Петербурга, г. Твери, г. Оренбурга. Исследовались следующие параметры: общее количество обращений пациентов в течение года, первичное обращение пациентов, направление пациентов участковыми терапевтами, неврологами, другими специалистами соматических специальностей, самостоятельное обращение пациентов, структура психических расстройств у пациентов, впервые обратившихся в психиатрические (психотерапевтические кабинеты поликлиник, представления врачей о наличии психических расстройств у соматически больных и их значении для динамики соматического заболевания, формулировка «психиатрических» диагнозов врачами первичного звена здравоохранения, их осведомленность о психотропных препаратах, готовность врачей интернистов к обучению вопросам диагностики и лечения психических расстройств.

Результаты и их обсуждение: выделены основные организационные формы взаимодействия психиатров (психотерапевтов) с врачами первичного звена здравоохранения: централизованная, распределенная и включенная (в деятельность специализированных медицинских центров).

Достоинства централизованной формы заключаются в облегчении управления и контроля над деятельностью специалистов, достаточных возможностях поддержания квалификации врачей-психотерапевтов (психиатров). Ограничения этой формы: отдаление психиатрической помощи от населения, затруднение взаимодействия между врачами муниципальных поликлиник и психиатрами, повышение риска стигматизации для пациентов.

Распределенная форма: ее достоинствами являются доступность для пациентов, уменьшение риска стигматизации для пациентов, создание условий для лучшего взаимодействия психиатров (психотерапевтов) с врачами территориальных поликлиник. Ограничение: сложности поддержания профессионального уровня и квалификации психиатров (психотерапевтов) поликлиник, ограничении прохождения курсов повышения квалификации, тематического усовершенствования.

Включенная форма: достоинство – интеграция деятельности психиатров в работу врачей специализированных медицинских центров. Ограничение – небольшое количество пациентов, направленных на консультации к психиатру по сравнению с кабинетами в муниципальных поликлиниках.

Анализ результатов специального обследования компетенции 329 врачей – интернистов по вопросам диагностики психических расстройств показал, что 76,5% врачей предполагают их наличие у своих пациентов. Количество врачей, придерживающихся мнения, что психические расстройства влияют на течение соматического заболевания составляет от 45±32% (диапазон 1-100%) до 73±26% (диапазон 25-100%) у различных категорий врачей. Большая часть врачей затрудняется формулировать «психиатрические» диагнозы, назначать психотропные средства.

Доля врачей, испытывающих недостаток знаний по депрессивным, тревожным, стрессовым расстройствам, психоорганическому синдрому, алкогольной и наркоманической зависимости составляет 80,0%. Необходимость повышения компетенции по этим вопросам отмечают 91,0% врачей соматических специальностей. В то же время, неготовность к дополнительному образованию по диагностике и лечению психических расстройств имеет место у 31,0% врачей.

Прохождение врачами соматических специальностей обучения (тематического усовершенствования) по вопросам психосоматики повышает уровень их точных представлений по диагностике и лечению психических расстройств.

Анализ структуры психических нарушений у пациентов впервые обратившихся в психотерапевтический кабинет муниципальной поликлиники, показал, что пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами составили 38,5%, с органическими расстройствами различного происхождения – 36,0%, с аффективными расстройства – 24,8%. Общее число обращений (первичные и повторные) пациентов в психотерапевтический кабинет в течение года составило 1391. Число первичных обращений (впервые в жизни) составило 198, в том числе по направлению участкового терапевта 59 пациентов (29,8%), невролога поликлиники 55 (27,8%), обратились самостоятельно 79 (39,9%).

Длительность наблюдения у психотерапевта (психиатра) от 1 до 8 месяцев, количество консультаций от 1 до 9.

Представленные данные свидетельствуют о большой потребности пациентов первичной медицинской сети в квалифицированной психиатрической помощи. В то же время в последние годы выявилась отчетливая тенденция к уменьшению количества психиатрических (психотерапевтических) кабинетов и психиатров (психотерапевтов) в общей медицинской практике. С 2007 по 2013 гг. число психотерапевтических кабинетов уменьшилось на 24,3%, а количество занятых должностей врачей психотерапевтов на амбулаторном приеме снизилось за этот период на 9,7%.

Выводы: психиатрическая помощь пациентам первичного звена не соответствует потребностям и нуждается в проведении существенной реорганизации. Предпочтительной является распределенная форма организации психиатрической помощи, базирующаяся на повышении квалификации врачей соматических специальностей по вопросам охраны психического здоровья. Эта форма позволит повысить эффективность деятельности психотерапевтов (психиатров), подключить врачей соматических специальной к оказанию психиатрической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Замятина И.И., Поплавская О.В., Земцов В.В., Усачев А.А.

Волгоград
Волгоградский ГМУ,
ГБУЗ Волгоградский ОКПД

В соответствии с действующим Законом РФ от 2 июля 1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав

граждан при ее оказании» (далее Закон), ст. 26 и 27, с учетом внесенных изменений, психиатрическая помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, включает профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и диспансерное наблюдение (ДН), в зависимости от медицинских показаний.

ДН устанавливается за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. ДН может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя, в случаях, предусмотренных частью 1 статьи 27 Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи. В случаях, когда пациент, состоящий на ДН, своевременно не является в диспансер, врач обязан организовать освидетельствование.

Существующее в психоневрологических диспансерах (ПНД) деление на 5 групп ДН, создано на основе рекомендаций Г.В. Зеневича, и по настоящее время осуществляется в соответствии с «Системой динамического диспансерного учета и наблюдения психически больных» (утвержденной МЗ СССР 17.06.1988г. №10-III/СП-88-9/ОП), на которую ссылается действующая до настоящего момента инструкция по заполнению амбулаторных карт, обратившихся за психиатрической помощью (приложение №3 приказа министерства здравоохранения РФ 31.12.2002 №420 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений»). В данном приказе выделяют следующие группы ДН:

Первую группу наблюдения составляют пациенты с частыми и выраженными обострениями симптоматики, сопровождающимися госпитализациями. Именно частота последних более одного раза в год является четким и объективным признаком, определяющим принадлежность больного к данной группе наблюдения (кодируется в амбулаторной карте «Д-1»).

Ко второй группе наблюдения относят больных с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях («Д-2»).

В третью группу (группа профилактического лечения) включаются больные со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями («Д-3»).

Четвертую группу составляют больные, нуждающиеся, в решении задач по социально-трудовой реабилитации, например, намеченные для перевода со второй группы инвалидности на третью, с дальнейшим трудоустройством («Д-4»).

Пятая группа формируется из больных, находящихся в состоянии ремиссии или компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией, которые, однако, в связи с тяжестью перенесенных расстройств на данном этапе нуждаются в эпизодическом или контрольном наблюдении.

Группы ДН и методики его осуществления не пересматривались с 1988 г.

Однако в связи с применением этих групп наблюдения в практике амбулаторной службы возникает ряд проблем. Например, при нахождении недееспособного пациента на Д4, опекуны часто не считают нужным ходить на осмотр к участковому психиатру, т.к. все социальные вопросы решены (пациент лишен дееспособности, установлена группа инвалидности бессрочно, поведение пациента устраивает родственников). Часто родственники даже не информируют ПНД о смерти пациента.

Значительная часть пациентов, находящихся на Д3 наблюдении, принимают сильнодействующие препараты, входящие в списки сильнодействующих и ядовитых веществ, препаратов предметно количественного назначения (ППКН), III список переченя лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, которые согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1175н п.15 можно выписывать в объеме не более чем в 2 раза превышающем рекомендуемое количество, т.е. объемом в среднем на 1 месяц. Таким образом, пациенты принимающие данные препараты должны посещать ПНД не реже одного раза в месяц, невзирая на их группу наблюдения. В результате врач-психиатр, наблюдая пациента, принимающего препараты, включенные в III список ППКН, назначает ему визиты чаще, чем рекомендуется. В связи с этим, у врача возникает вопрос, назначать больному новую явку через 3 месяца, либо оставлять старую?

Осложнило осуществление ДН вступление в силу Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных». С момента принятия указанного закона амбулаторная психиатрическая служба потеряла возможность получать сведения о месте регистрации пациента в отделе адресно-справочной работы УФМС РФ без каких-либо препятствий, как это было раньше. Право учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, на получение персональных данных от федеральных органов исполнительной власти, в том числе ФМС России, без согласия субъекта персональных данных, не нашло закрепления в законодательстве, регулирующем оказание психиатрической помощи гражданам (в частности, в Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Законом не предоставлено право решать вопрос об установлении или прекращении ДН комиссиям врачей-психиатров психиатрических стационаров, заключение которых по данному вопросу имеет рекомендательный характер. Таким образом, если после выписки больной в диспансере не появляется, то и выполнить рекомендацию врачебной комиссии стационара не представляется возможным, т.к. пациенту не установлено ДН, а посетить его на дому без оснований, предусмотренных частью четвертой статьи 23 Закона до постановки на ДН не возможно.

Отсутствие четкости критериев смены группы учета ДН, труднодоступность нормативного документа «Система динамического диспансерного учета и наблюдения психически больных», невозможность обеспечить ДН в случае смены места жительства или неявки больного ставит вопрос о целесообразности использования ДН в современных условиях?

Возможно, пришло время переработать и обновить рекомендации по ведению амбулаторных карт, систему ДН, ведь сам Г.В. Зеневич в воспоминаниях писал о том, что: «Причиной возникновения психиатрических диспансеров и системы наблюдения за психически больными стало появление в СССР коммунальных квартир… Как только все получат отдельные квартиры, что у нас провозгласили партия и правительство, диспансеры умрут, ну, не так уж совсем, но от них останутся рудименты».

28 января 2015 г. на сайте Российского общества психиатров (psychiatr.ru), был опубликован проект «Порядка диспансерного наблюдения за больными наркоманией и учета больных наркоманией«, в котором представлена новая более четкая формулировка целей и задач ДН, структура ДН, сроки наблюдения за отдельными группами больных, состоящих на ДН, а также условия прекращения ДН в наркологической службе. Наркологическая служба быстрее осознала необходимость структурировать и привести в соответствие с современными требованиями порядок диспансерного наблюдения.

В связи с изменениями в современном законодательстве, массой разногласий в подзаконных актах пришло время переработать нормативную базу организации диспансерного наблюдения в ПНД.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕТАЛЬНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ (КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АСПЕКТ)

Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В., Сафина Э.Х., Зимаков А.Ю.

Казань
РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева

По данным Б.А. Казаковцева (2013 г.) уровень смертности от психических расстройств в Российской Федерации составил 3,5 случая на 100 тыс. населения. Этот показатель среди мужчин в 2 раза выше, чем среди женщин. Максимальные показатели смертности регистрируются в старших трудоспособных возрастных группах.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинико-статистических характеристик случаев летальных исходов в РКПБ в 2004-2014 годы и влияние организационных факторов на изменение показателя госпитальной летальности.

В 2004-2009 годы показатель летальности в РКПБ был высоким и колебался от 2,1% в 2004, 1,9% в 2007, 2,3% в 2008, до 2,1% в 2009. В период 2010-2014 он снизился в 3 раза (0,7% – 57 человек). Улучшению данного показателя способствовали организационные мероприятия, проведенные в РКПБ, в целях улучшения качества медицинской помощи больным с тяжелой сочетанной соматической и психической патологией.

Во-первых, проведены ремонтно-реконструктивные работы, организовано единое приемное отделение, позволившее улучшить отбор пациентов с сочетанной патологией на госпитализацию, осуществлять своевременное консультирование поступающих пациентов интернистами больницы и в многопрофильных больницах, а также планировать госпитализацию на уровне внебольничной службы.

Во-вторых, поэтапное сокращение 600 круглосуточных коек позволило увеличить число мест дневного стационара, стационара на дому. Число коек в 2-х соматопсихиатрических отделениях уменьшено со 130 в 2004 до 80 в 2014 году. Число пользованных пациентов в этих отделениях снизилось в 1,8 раза. Средний койко-день у данного контингента больных уменьшился с 39 до 37 дней. Соответственно палатные площади доведены до нормативных (6 м2).

В соматопсихиатрических отделениях организованы палаты интенсивной терапии для больных с хроническим течением психической патологии и обострением сопутствующих соматических заболеваний, позволяющих улучшить наблюдение за соматическим и психическим состоянием больных. Это позволило уменьшить случаи пролежней и гипостатических пневмоний.

Приобретены вспомогательные средства по уходу за «лежачими» пациентами. Инвалидам оформлены индивидуальные программы реабилитации с определением средств по уходу.

В-третьих, в целях уменьшения внутрибольничной инфекции разработаны дополнительные меры по борьбе с устойчивой микрофлорой. На ранних стадиях заболеваний бронхолегочной системы широко исследуется мокрота для подбора антибактериальной терапии и дезинфекционных средств. Во всех отделениях установлены ультрафиолетовые облучатели – рециркуляторы и дозаторы для обработки рук сотрудников. В целях профилактики гиподинамии и развития нозокомиальной пневмонии во всех отделениях ежедневно проводится оздоровительная гимнастика. Одним из благоприятных факторов явился полный отказ от курения в рамках общероссийской профилактики борьбы с курением.

В-четвертых, увеличено число врачей – интернистов: неврологов, терапевтов, хирургов. Приобретено дополнительное лечебно-диагностическое оборудование.

Наряду с этим, в республике появилась возможность лечения психически больных с острой соматической и хирургической патологией в реанимационных отделениях ЦРБ, межрайонных сосудистых центрах, центрах травматологии, многопрофильных больницах.

Анализ контингента больных показал, несмотря на значительное сокращение коек, число пользованных больных в РКПБ за эти годы уменьшилось незначительно – на 9,1% (8170 человек в 2014 г.)

В среднем число мужчин, госпитализируемых в стационар, в 1,5 раза выше, чем женщин. Однако мужчин пожилого возраста в стационаре находится в 2 раза меньше, чем женщин.

В 80% летальность среди женщин приходится на пожилой и старческий возраст. Среди мужчин в этом возрасте умирает не более 60%. До 55лет число смертельных исходов среди женщин составляло примерно 15%, мужчин до 60 лет – более 35%.

Соотношение госпитализированных жителей города и села менялось в сторону снижения числа жителей сельской местности. В 2004-2008 это соотношение колебалось как 2,5 : 1,0; в 2009-2011 – 4,8 : 1,0; в 2012-2014 – 3,3:1,0 соответственно. То есть, уменьшалось число госпитализированных сельских жителей в среднем до 30%, а сельских жителей пожилого и старческого возраста до 27%. Доля городских жителей этого возраста составила 42%. Поэтому показатель летальности жителей сельской местности в 2 раза ниже показателя летальности городских жителей.

Наибольшее число умерших составили пациенты с давностью болезни более 10 лет. Положительным является то, что за последние 5 лет наблюдается снижение летальности пациентов со сроками болезни до 5 лет; до 1 года она уменьшилась с 30 до 14%.

Причиной смерти психически больных в стационаре на первом месте остаются сердечно-сосудистые заболевания, они составили – 55%, на втором – заболевания органов дыхания – 21%, на третье месте туберкулез – 12%, новообразования составили 5%.

Меняется частота нозологических причин смерти и по гендерному признаку. По сравнению с 2004 у мужчин наблюдается увеличение летальности от болезней органов дыхания (с 28 до 33%) и туберкулеза (с 5 до 19%) и уменьшение летальности от болезней системы кровообращения (с 48 до 44%) и новообразований (с 10 до 4%).

У женщин наблюдается увеличение летальности от новообразований (с 5 до 7%), значительное снижение (в 3 раза) от болезней органов дыхания (с 21 до 7%) и от болезней системы кровообращения (с 68 до 56%).

Таким образом, проведенное исследование показало значительное снижение показателя госпитальной летальности и зависимость его от организационных мероприятий: улучшения материально-технической базы, более качественного отбора пациентов с сочетанной патологией для лечения в психиатрическом стационаре, условий для лечения пациентов старших возрастных групп, улучшения ухода за «тяжелыми» больными.

Выводы. Женщин в психиатрическом стационаре умирает больше, чем мужчин, городских жителей больше, чем сельских. Чаще умирают пациенты со сроками болезни более 10 лет. Более половины летальных исходов приходится на заболевания сердечно-сосудистой системы.

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАДИГМЫ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ)

Иванова Т.И., Крахмалева О.Е., Барышева О.М.

Омск

БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодникова

Детская психиатрическая служба сформирована как единый комплекс на базе «КПБ им. Н.Н. Солодникова». ОГУ «КПБ» им. Н.Н. Солодникова является крупнейшим специализированным лечебно-профилактическим учреждением Омской области, которое сформировано как завершенный медицинский комплекс, объединяющий стационар, диспансерные отделения и внебольничные подразделения. Необходимости создания детско-подростковой службы в г. Омске возникла в 1920 году, когда на заседании Губздрава г. Омска вынесено постановление «О назначении доктора Кулакова (психиатра) в комиссию по делам несовершеннолетних» и к 1948 г. в психиатрической больнице имелось 25 детских коек. Причиной выделения детской психиатрии послужило то обстоятельство, что начали все более и более проявляться специфические особенности психопатологии детского возраста. А в 1934 году Г.Е. Сухоревой были сформулированы положения о детской психиатрической службе, а обособление детско-подростковой психиатрии в специальный раздел, отдельно от взрослой психиатрии произошло лишь в 60-х годах XX столетии. В дальнейшем В.В. Ковалевым и другими исследователями, исходя из особенностей структуры психической патологии детского возраста, были сформулированы и основные принципы организации психиатрической службы. В становлении развития детско-подростковой психиатрической службы в Омской области отмечается ряд этапов. Вначале был открыт кабинет детского психиатра в психоневрологическом диспансере и палаты для детей и подростков в структуре отделений для взрослых. Затем был организован прием подростков в психоневрологическом диспансере. 01.06.1972 г. в больнице открывается детское отделение на 65 коек, а в 1979 г. в структуре больницы организуется одно из первых в Советском Союзе подростковое отделение. С 1985 г. в структуре психиатрической больницы – единственного специализированного учреждения данного профиля в области – функционирует амбулаторно-стационарный детско-подростковый комплекс, расположенный вне основной территории стационара. Однако на тот момент проведение необходимого специализированного лечения было ориентировано на пребывания детей в стационарных условиях.

В дальнейшем с развитием научных знаний и проведением широкомасштабных исследований было выявлено, что многие психические заболевания берут начало в первые годы жизни ребенка. В связи с этим большие надежды стали возлагается на ранние превентивные вмешательства и специализированное лечение психических нарушений, начатое на первых этапах их проявлений – в раннем детстве, однако превентивное направление не требовало помещении ребенка в стационар. С дугой стороны сформированное со стороны населения негативное отношение к психиатрии в целом и к детской психиатрии в частности привело к отказу от получения специализированной психиатрической помощи в стационарных условиях. В последние десятилетия большое социальное значение приобретает поиск новых видов психиатрической помощи со смещением центра тяжести со стационара во внебольничную службу. Опыт развития внебольничных психиатрических служб показывает, что данная форма организации является не просто альтернативой длительной стационарной госпитализации в психиатрическую клинику, а по мнению ряда авторов основой психиатрической помощи детям и подросткам.

Реализуя современные направления в организации психиатрической помощи детям и подросткам в ноябре 2008 года в структуре детско-подросткового комплекса БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодникова был организован стационар на дому для детей или отделение интенсивного лечения в сообществе (ОИЛС), который представляет собой альтернативу стационарной психиатрической помощи, осуществляя свою деятельность вне больничных условий, по месту жительства пациента. Отделение было рассчитано изначально на 30 мест, а в последующем расширенно до 45 мест. Персонал ОИЛС оказывает специализированную помощь пациентам, оставшимся без попечения родителей, проживающим в детских домах и домах ребенка, домашним детям, направленным на лечение участковым психиатром. Оценка эффективности организованной психиатрической службы проводилась по двум основным направлениям: клиническим и социально- экономическим. Клинические показатели. Анализ возраста поступления пациентов в ОИЛС за два года показал, что в 2009 году за специализированной помощью обращались 43 ребенка дошкольного возраста (22% от всех поступивших), в 2010 году эта цифра увеличилась в два раза – 82 человека (30,3% детей от все поступивших), среди которых 62% детей проживающих в семьях и 38% в детских домах. Данная тенденция отражает реалии современной психиатрии направленных на охрану психического здоровья детей дошкольного возраста. На основании клинико-психопатологической оценки выявлено, что у 20% детей проживающих в условиях социальной опеки отмечается стойкое улучшение психического состояния (корригируются эмоционально – волевые и поведенческие нарушения, улучшается успеваемость), у 80% пролеченных детей сирот отмечается положительная динамика. Социально-экономические показатели. Оценка социальных показателей проводилась по анализу числа госпитализаций детей сирот в условия круглосуточного психиатрического стационара. Так, в 2008 году число детей сирот поступивших на обследование и лечение в круглосуточный стационар составило 158 человек (38,8% от общего числа госпитализированных), в 2009 году эта цифра составила 188 детей (37,2% от числа госпитализированных), в 2010 году – 142 сироты (28,5% от всех детей, находившихся на лечении). Таким образом, больше количество детей сирот получали необходимую реабилитационную помощь по месту проживания силами персонала ОИЛС, что способствовала меньшей степени дезадаптации ребенка, связанной с госпитализацией и сохранению уровня качества жизни в условиях доступного и необходимого психиатрического сервиса.

В настоящее время детско-подростковый комплекс сформирован и функционирует в структуре КПБ им. Н.Н.Солодникова, являясь не только лечебным учреждение, но и областным методическим центром по вопросам организации оказания психиатрической помощи детям и подросткам на территории Омской области. В структуру комплекса входят детско-подростковое диспансерное отделение на 192 посещения в день с сельским консультативным приемом, дневной стационар на 50 мест, стационар на дому (отделение оказания интенсивной психиатрической помощи) на 45 мест, психиатрическое отделение для детей 7-14 лет на 70 коек и психиатрическое отделение для подростков 15-17 лет на 75 коек. Дети до 7 лет, проживающие в г. Омске, госпитализируются в психиатрическое отделение детской городской больницы № 1 развернутое на 30 коек и в психоневрологическое отделение (30 коек). Дети до 7 лет из сельских районов области поступают на психоневрологические койки неврологического отделения Областной детской клинической больницы, где функционирует 3 койки. Амбулаторная психиатрическая помощь приближена к населению, приемы детских психиатров осуществляются на базе детских поликлиник 5 административных округов г. Омска. Дети, проживающие в 32 сельских районах области, наблюдаются врачами-психиатрами центральных районных больниц, в четырех крупных сельских районах выделены должности детских психиатров.

Таким образом, смещение изменение подходов к процессу оказание психиатрической помощи привело к умень-

шению звена стационарных служб для детей и подростков в сторону внебольничных форм. Данный вид службы, являясь максимально доступными для пациентов, позволяют оказывать качественную психиатрическую помощь и сохранять интегрированность детей и подростков к привычной социальной среде что особенно актуально именно в этот возрастной период.

ФОРМИРОВАНИЕ ДОЛЖНОГО УРОВНЯ НАДЕЖНОСТИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА В РАБОТЕ С ПЕРСОНАЛОМ БЕЛОРУССКОЙ АЭС: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И АДДИКТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Игумнов С.А., Каминская Ю.М.

Минск, Беларусь
Государственный институт управления и социальных технологий Белорусского государственного университета, ГУ Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Человеческий фактор является одним из важнейших постоянно воздействующих факторов, результирующими которых являются безопасность и эффективность любой деятельности.

Для формирования должного уровня надежности человеческого фактора необходимо удовлетворение следующих критериев: личностные психологические и психофизиологические особенности, обеспечивающие профессиональную пригодность; высокая профессиональная подготовка; удовлетворительное актуальное психоэмоциональное и физиологическое состояние. Эти критерии интегральны. Необходимо помнить, что психологические особенности тесно связаны с физиологическими процессами и совместно определяют тип и скорость реакции на различные стимулы.

В свете сказанного понятны направления, которые уже используются в мировой практике и должны совершенствоваться, адаптироваться и использоваться при кадровом отборе и дальнейшей работе с персоналом Белорусской АЭС, строительство которой осуществляется корпорацией «Росатом» и близится к своему завершению.

Видится необходимым участие и взаимодействие между собой психологической, психотерапевтической, психиатрической и аддиктологической/наркологической служб в процессе подбора, подготовки и формирования у персонала АЭС культуры безопасности. Точки воздействия специалистов указанных служб различны, как по временному этапу, так и по специфичности.

В рамках научных исследований, направленных на пополнение информации для достижения должного уровня надежности человеческого фактора, нами курируются студенты учебных заведений Республики Беларусь, готовящих потенциальных работников АЭС. Определены перечни тестов для скринингового и развернутого автоматизированного (компьютерного) психологического тестирования для отбора кандидатов на должности оперативного персонала АЭС; проведено компьютерное психологическое тестирование лиц, включенных в исследовательские группы (основную и контрольные). Также было проведено компьютерное нейрофизиологическое исследование (ЭЭГ-картирование, когнитивные вызванные потенциалы) для каждого испытуемого. Полученные данные являются материалом первичного обследования возможных кандидатов на должности в АЭС и будут пополняться ежегодно в процессе динамического наблюдения. Это позволит принимать необходимые профилактические/терапевтические меры и сохранять психофизиологическое состояние обследуемых лиц на должном уровне.

Таким образом, предлагаемый комплексный подход обеспечит качественный отбор персонала для работы на АЭС.

Кроме психофизиологического обследования при отборе работников АЭС, психолого-педагогического сопровождения процесса обучения персонала в учебно-тренировочном центре АЭС, психофизиологического мониторинга и разработки программы психологической реабилитации персонала Белорусской АЭС, нам видится целесообразным организовать аддиктологический/ наркологический контроль строительного персонала, наркологический мониторинг работников АЭС (на предмет предрасположенности к формированию зависимых форм поведения, включая «нехимические аддикции» (патологический гемблинг, компьютерная зависимость и т.п.)).

В рамках наркологического контроля возможно внедрение и использование современных клинико-лабораторных методов, которые позволили бы выявлять при отборе персонала лиц, предрасположенных к алкогольной и некоторым формам наркотической зависимости.

Для практики успешного управления культурой безопасности необходимо тесное сотрудничество всех структур, имеющих отношение к строительству и эксплуатации ядерного энергетического объекта.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Казаковцев Б.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования. Обоснование показателей качества организации психиатрической помощи с использованием эпидемиологических данных.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ данных федерального статистического наблюдения и данных единовременных отчетов за 2005 г. и 2013 г. по профилактике первичной инвалидности вследствие психических расстройств и кадро-вому составу специалистов с немедицинским образованием, занятых в амбулаторных и стационарных психиатрических службах в целом по России (РФ) и федеральным окру-гам (ФО). По данным за 2002 по 2012 гг. проанализирована деятельность кризисных служб по профилактике суицидов с учетом динамики численности врачей-психиатров и врачей-психотерапевтов, работающих в амбулаторных условиях.

Результаты. По итогам реализации федеральной целевой программы (ФЦП) «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 гг.)» установлена обратная связь между показателями использования бригадных форм оказа-ния психиатрической помощи и показателями психиатрической госпитализации.

По данным единовременных отчетов, полученных из 83 субъектов РФ, установ-лено, что из 150 организованных в 2012-2013 гг. реабилитационных служб (РС) 85 (56,7%) находятся на начальной стадии развития, а 65 РС (43,3%) под другими наименованиями уже функционировали на протяжении ряда лет. До приведения в соответст-вие с новой номенклатурой (2012) эти РС в течение длительного периода активно накапливали собственный, нередко уникальный, опыт психосоциальной работы и на период исследования их деятельность осуществляется по уже сформированным алго-ритмам. Группы ФО с более высокими и менее высокими темпами снижения показателя первичной инвалидности значимо различались ($p<0,05$) по количеству РС с уже разработанными и апробированными алгоритмами психосоциальной работы.

Значимых различий между указанными группами ФО по общей сумме вновь созданных и уже действовавших РС не установлено, что позволяет надеяться на про-должение их равномерного количественного роста по мере повышения кадрового по-тенциала.

За период с 2002 по 2012 гг. статистически значимых (p>0,05) изменений в соот-ношении числа ФО, использующих установленную Минздравом России номенклатуру кризисных служб (КС) не произошло. Вместе с тем абсолютное число служб «Телефон доверия» в стране увеличилось в 2,1 раза, служб «Кабинет социально-психологической помощи» – в 2,4 раза, служб «Кризисный стационар» – в 1,3 раза (кратность снижения показателей распространенности суицидов в стране составила 1,9).

Количественные изменения в обеспечении населения КС в ФО с разным темпом снижения показателя распространенности суицидов также значимо не различались.

В то же время между группами ФО с наибольшим и наименьшим темпом сниже-ния уровня распространенности суицидов были выявлены статистически значимые различия. Меньший уровень распространенности суицидов обеспечивался медицин-скими специалистами (врачи-психиатры и врачи-психотерапевты), занимавшими зна-чимо большее число штатных должностей, чем немедицинские специалисты (психоло-ги, специалисты по социальной работе и социальные работники).

Сложившиеся в стране в последние годы структурные изменения в сети учреж-дений здравоохранения неблагоприятно отразились на численности работающих в ам-булаторных психиатрических и психотерапевтических службах врачей-психо-терапевтов. Однако в ФО с большей эффективностью деятельности тех учреждений, где на протяжении более длительного временного периода при оказании психиатриче-ской и психотерапевтической помощи используются бригадные формы профилактиче-ской и реабилитационной работы, отмечается рост числа амбулаторных и стабилизация числа стационарных пациентов, получающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

Отмеченный в годы реализации ФЦП рост числа специалистов с немедицинским образованием позволяет более широко использовать бригадные формы работы с пациентами амбулаторных и стационарных психиатрических служб, включающие психообразование, проведение тренингов, направленных на развитие навыков совладания с болезнью, приобретение коммуникативных и других навыков, реализацию индивидуальных и групповых программ психосоциальной реабилитации.

Активное включение медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников в работу с пациентами и их родственниками способ-ствует предупреждению развития дезадаптации пациентов, повышению комплайенса и, как следствие, снижению показателя первичной инвалидности, чему также способствует снижение числа госпитализаций в психиатрические стационары.

В динамике роста в исследуемый период числа занятых должностей основных трех категорий специалистов с немедицинским образованием наметились определен-ные различия. В общем числе занятых должностей медицинских психологов более ин-тенсивно увеличивается число занятых должностей в амбулаторных психиатрических службах при том, что темпы роста числа должностей специалистов по социальной ра-боте выше в стационарах. Рост показателей по категории социальных работников в стационарах адекватен расширению в них объема социальной работы более чем на треть. Однако значительное число регионов страны характеризуется низкими уровнями обеспеченности и нулевыми показателями, что свидетельствует об актуальности проблемы дальнейшего развития психосоциальной помощи пациентам и их семьям как в амбулаторных, так и стационарных психиатрических службах.

Заключение. Результаты эпидемиологического анализа подтверждают гипоте-зу о наличии причинно-следственных связей между качеством структуры (кадровая политика, начатая в отечественной психиатрии в 1993-1995 гг.), качеством лечебно-реабилитационного процесса (внедрение бригадных форм работы начиная с 2000-х гг.) и качеством результата (снижение показателей первичной инвалидности и уровня суи-цидальности к 2012-2013 гг.) (A. Donabedian, 1988).

Эффективность деятельности кризисных и реабилитационных психиатрических служб, использующих методы бригадного ведения пациентов, определяется оптимиза-цией количественных и качественных показателей кадровой обеспеченности служб медицинскими и немедицинскими специалистами.

С учетом высокой востребованности социальной работы в деятельности психи-атрических и психотерапевтических служб необходима активизация послевузовской подготовки специалистов по социальной работе и расширение подготовки социальных работников в медицинских колледжах по уже разработанным и используемым в стране образовательным программам.

ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫРАЖЕННЫМ ОГРАНИЧЕНИЯМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Каменщиков Ю.Г., Багаутдинов М.Р., Попова Е.Г., Лукиных О.И.

Ижевск

БУЗ и СПЭ УР Республиканская КПБ МЗ Удмуртии

Актуальность проблемы. Среди регионов России по доле инвалидов первой группы в связи с психическим расстройством Удмуртия занимала 2 ранговое место в 2012-2013 гг., и первое ранговое место в 2011 году. По данным ФКУ «ГБ МСЭ по УР» высокую долю инвалидов первой группы составляют граждане, страдающие психическими расстройствами вследствие сосудистого поражения головного мозга.

Цель и задачи. Изучить заболеваемость психическими расстройствами позднего возраста в Удмуртской Республике и гор. Ижевске, определить причины высокой доли сосудистой патологии, исследовать связь данных показателей с показателем первичной инвалидности 1 группы.

Материалы и методы. Для анализа показателей использовались материалы государственных отчетных форм Ф10, Ф12, Ф36, первичная медицинская документация (медицинские карты амбулаторного пациента – граждан, впервые выведенных на 1 группу инвалидности в 2014 году в гор. Ижевске методом сплошной выборки). Использовались клинико-катамнестический метод, методы описательной и вариационной статистики, для корреляционного анализа использовался коэффициент Пирсона (R).

Результаты. В 2014 году общая заболеваемость психическими расстройствами в УР составила 2896,8 на 100 тыс. населения, что на 1,5% меньше, чем годом ранее (2940,4 на 100 тыс. населения). Распространенность психопатологии в населении составляет 3% и соответствует показателю по РФ (2858,6 на 100 тыс. населения). Органические психические расстройства входят в структуру непсихотических расстройств, составляющих 1,3% населения. Психозы и состояния слабоумия составляют 0,8% населения. Данные показатели стабильны в течение трех лет. В 2014 году зарегистрировано увеличение на 5,0% первичной заболеваемости (317,9 на 100 тыс. нас.) после снижения в предыдущем году. Уровень первичной заболеваемости в Удмуртии ниже чем в РФ на 0,7% (320,2 на 100 тыс. нас.). Ежегод-

но в Удмуртии около 3500 – заболевают пограничными (в том числе органическими) психическими расстройствами. Психозы и состояния слабоумия в структуре первичной заболеваемости имеют четкую тенденцию к увеличению: в 2012 году 970 человек (63,9 на 100 тыс. нас.), в 2013 году 998 человек (65,8 на 100 тыс. нас.),в 2014 году 1061 человек (69,9 на 100 тыс. нас.).

Данные показатели составляют преимущественно геронтологичекую группу больных и демонстрируют четкую тенденцию роста данного контингента. Доля лиц старше 60 лет в учетном контингенте психиатрической службы достигает 30,0%, а в первичной заболеваемости до 50,0%: так лица старше трудоспособного возраста в 2010 году составляли лишь 33,2%, тогда как в 2013 году уже 39,3%, а в 2014 году практически 50%.

Нозологическая структура инвалидности за последние три года не изменилась: на первом месте – умственная отсталость, на втором – шизофрения. Удельный вес первой группы в структуре общей инвалидности составил в 2014 году 52,0%, на 5,0% меньше, чем годом ранее. Число лиц, впервые признанных инвалидами по психическому заболеванию в 2014 году составило 549 человек (увеличение с 35,6 на 100 тыс. нас. в 2013 году до 36,3 в 2014 году). Однако, количество лиц впервые признанными инвалидами (ВПИ) I группы выросло на 67 человек – 26%, в основном за счет сосудистой деменции – 18%, хотя ее удельный вес снизился на 8,0%. В 2014 году ВПИ I группы по сосудистой деменции составляет 56,0%. Наиболее значителен удельный вес первой группы инвалидности у граждан пенсионного возраста. Наибольшее число граждан, признанных инвалидами 1 группы приходится на возраст в диапазоне 71-80 лет (44%); 81-90 лет (26%), 61-70 лет (22%).

Проведенный анализ медицинских карт амбулаторного пациента взрослого диспансерного отделения БУЗ и СПЭ УР «РКПБ МЗ УР» за 2014 год показал:

1. 84,4% из ВПИ I группы недееспособны, назначен опекун.

2. Распределение по нозологии:

- Деменция при болезни Альцгеймера – 4 человека (8,8%);

- Сосудистая деменция – 20 человек (44,4%), из них от 70 лет и старше – 15 человек (75%), сопутствующая патология – последствия ОНМК – 15%, ДЭП II-III – 85%. Доля женщин с диагнозом сосудистая деменция – 65%.

- Деменция при других заболеваниях – 12 человек (26,6%).

- Старческая деменция – 8 человек (17,7%).

- Шизофрения – 1 человек (2,2%).

Общая заболеваемость за 4 года цереброваскулярными болезнями в абсолютных цифрах возросла почти на 8000 человек (на 11,0%), а распространенность явления увеличилась с 5,0% населения в 2011 году до 6,0% в 2014 году. В 2014 году выявляемость цереброваскулярной патологии увеличилась по сравнению с 2011 годом на 15000 человек или на 17,0%. В 2014 году эту патологию впервые выявили у каждого 133 жителя республики. Особенную обеспокоенность вызывает то, что первичная диагностика цереброваскулярных болезней у взрослых в 55,4% происходит у лиц старше трудоспособного возраста (в городах 64±3%)

Научный интерес представляет корреляционный анализ показателей заболеваемости и инвалидности, обусловленной психическими расстройствами в связи с сосудистой патологией головного мозга у пожилых граждан с показателями заболеваемости цереброваскулярной патологией (неврологические расстройства). Данный анализ показал, прямую сильную корреляцию в следующих случаях:

1. Между первичным выходом на первую группу инвалидности в связи с психическим расстройством и:

- Первичной заболеваемостью цереброваскулярными расстройствами (R=0,82);

- Общей заболеваемостью цереброваскулярными расстройствами (R=0,93);

- Общей заболеваемостью цереброваскулярными расстройствами у лиц старше 60 лет (R=0,98).

2. Между первичной заболеваемостью цереброваскулярной патологией у лиц пенсионного возраста и:

- Первичной заболеваемостью психическими расстройствами (R=0,99);

- Общей заболеваемостью психическими расстройствами у лиц пенсионного возраста (R=0,91);

- Первичной заболеваемостью психическими расстройствами у лиц пенсионного возраста (R=0,94);

- Общей инвалидностью в связи с психическим расстройством (R=0,94).

3. Между общей заболеваемостью цереброваскулярной патологией и:

- Общей заболеваемостью психическими расстройствами (R=0,92);

- Общей заболеваемостью психическими расстройствами у лиц пенсионного возраста (R=0,91);

- Первичной заболеваемостью психическими расстройствами у лиц пенсионного возраста (R=0,91).

Таким образом, выявляется тесная корреляционная связь между заболеваемостью цереброваскулярной патологией (как выявляемость, так и накопление контингента), являющейся компетенцией врачей общесоматической сети (неврологи, терапевты), с выявляемостью психиатрической патологии у лиц преимущественно пенсионного возраста, приводящей к глубокой инвалидизации. Недостаточная эффективность работы с пациентами, страдающими цереброваскулярными заболеваениями приводит к тому, что к моменту обращения в психиатрическую службу эти пациенты уже утратили реабилитационный потенциал и имеют стойкие значительно выраженные нарушения психических функций, приводящие к глубокой инвалидизации.

Выводы. На высокие показатели ВПИ с деменцией влияют следующие факторы:

- Увеличение распространенности цереброваскулярной патологии. Общая заболеваемость за 4 года цереброваскулярными болезнями в абсолютных цифрах возросла почти на 8000 человек (на 11,0%).

- Поздняя выявляемость цереброваскулярной патологии. Первичная диагностика цереброваскулярных болезней у взрослых в 55,4% происходит у лиц старше трудоспособного возраста. В 100% случаев у ВПИ с I группой инвалидности неврологами диагностировалась дисциркуляторная энцефалопатия 3 степени сосудистого генеза.

- Цереброваскулярные заболевания на поздних стадиях сочетаются с интеллектуально-мнестическими нарушениями, что подтверждается увеличением доли лиц старше трудоспособного возраста в первичной заболеваемости психическими расстройствами до 50%.

- Рост продолжительности жизни приводит к увеличению числа лиц, страдающих деменцией. В контингенте ВПИ пенсионного возраста наиболее высокий удельный вес определения I группы (93,0% в 2014 году).

О НЕКОТОРЫХ МЕРАХ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Кириллова А.В., Костюк Г.П., Нохуров Б.А.

Москва

ГБУЗ ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ

В настоящее время продолжается реорганизация психиатрической службы г. Москвы, которая началась в 2012 г.

присоединением к психиатрическим больницам и психоневрологических диспансеров по территориальному принципу с целью улучшения оказания специализированной помощи и повышения экономических показателей такой деятельности. При этом основной задачей было не арифметическое сложение составляющих психиатрической инфраструктуры, а взаимопотенцирование объединяемых структурных единиц с целью деинституционализации психиатрической помощи.

Деинституционализация подразумевает не столько количественное уменьшение коечного фонда круглосуточного стационара, сколько расширение и совершенствование внебольничной психиатрической помощи. Основной акцент должен уделяться реорганизации участковой службы, которая заслуживает отдельного внимания, так как в последние годы становится ключевым звеном в оказании психиатрической помощи населению, на которую, помимо присущих ей традиционно многочисленных функций, возлагаются также организация взаимодействия между различными внебольничными психиатрическими службами и круглосуточным стационаром.

В связи с этим, в 2013 г. впервые в г. Москве в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012г. №566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»на базе дневных стационаров Филиалов (ПНД) ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского были открыты медико-реабилитационные отделения (МРО) и отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП).С созданием МРО и ОИОПП появилась реальная альтернатива круглосуточному стационару в случаях, не требующих недобровольной госпитализации. Если в прошлые годы участковый врач госпитализировал больного во всех случаях обострения психического расстройства, в том числе и без значительных нарушений поведения и социальной адаптации, то с началом работы новых отделений направление в круглосуточный стационар стали получать чаще первичные пациенты с эндогенными расстройствами либо пациенты, состояние которых требует недобровольной госпитализации.

Анализ динамики направлений пациентов участковыми врачами в психиатрическую больницу в 2013-2014 гг. показал значительное уменьшение госпитализаций более чем на 35%, по сравнению с тем же периодом 2012 г. Также одним из значимых критериев эффективности взаимодействия внебольничной службы и круглосуточного стационара является динамика повторных (в течение одного года) госпитализаций пациентов из диспансерной группы. В течение 2013-2014 гг. отмечалось значительное снижение этого показателя более чем на 38%, что также является результатом улучшения преемственности работы психиатрических служб.

МРО выполняет и важную функцию по ресоциализации пациентов с психическими расстройствами; различные психотерапевтические программы, их времяпрепровождение и общение в просоциальном окружении, материальная поддержка (обеды) способствуют не только уменьшению количества и сокращению длительности повторных госпитализаций, но и улучшению качества жизни больных.

В 2013 году в обязанности участкового врача появилась новая форма работы, в виде выполнения активов, переданных психиатрическими бригадами со Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова. Анализ активов показал преобладание первичных обращений – 58%, над обращениями пациентов из диспансерной группы (21%) и группы консультативно-лечебной помощи (21%). Эти данные указывают на необходимость совершенствования оказания психиатрической помощи пациентам, которые по различным причинам не могут самостоятельно посетить диспансер (в основном маломобильная группа населения), тем самым сокращаются сроки и соблюдаются правовые нормы оказания медицинской помощи. Одним из препятствий самостоятельного обращения пациентов в диспансер является возрастной критерий, подавляющее большинство обратившихся в скорую психиатрическую помощь были в возрасте старше 70 лет – 77%. Нозологическая характеристика выполненных активов указывает на преобладание деменции (54%), над другими органическими психическими расстройствами (22%) и шизофренией (24%). В последующем, непосредственно после выполнения активов в психиатрической помощи действительно нуждалась большая часть обратившихся пациентов: консультативно-лечебную помощь продолжили получать 48% больных, диспансерное наблюдение было установлено 28% обратившимся, не нуждались в дальнейшем наблюдении и лечении- 10%, отказались от осмотра-14%.

Таким образом для улучшения достигнутых результатов, снижения показателя госпитализаций в психиатрические больницы и повышения качества оказания амбулаторной психиатрической помощи становится необходимым регулярный контроль и анализ деятельности участковой службы, в том числе проведение внутреннего контроля качества, согласно приказу ДЗ 820 от 16.08.2013 г. и анализ качества выполнения активов, поступающих с начала 2013 года со скорой психиатрической службы г. Москвы. Внедрение новых форм работы и открытие структурных подразделений позволило активно осуществлять стационарзамещение, что способствует реализации деинституционализации психиатрической помощи жителям г. Москвы.

РАЗРАБОТКА КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КОМИ ДО 2020 ГОДА

Князева Л.В., Пасынкова Ю.Г.

Сыктывкар
ГУ Коми республиканская психиатрическая больница

Улучшение психического состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности качественной специализированной медицинской помощи, установление мер социальной поддержки по организации оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями, является целью государственной политики Российской Федерации в области здравоохранения, определенной ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ», Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации (Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24.12.2012 г.), Концепцией развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года (Распоряжение Правительства РФ № 1662 от 17.11.2008 г), и региональными Государственными программами Республики Коми «Развитие здравоохранения» и «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями».

Переход России к рыночным отношениям, нарастающий финансово-управленческий кризис в здравоохранении вызвали необходимость разработки и создания гибких систем управления медицинской организацией (Вялков А.И., Винокуров Б.Л. и др.).

Целью управления медицинской организацией является повышение качества и доступности медицинской помощи на основе эффективного использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов. Качество и эффективность – это ключевые элементы успешной модернизации системы российского и регионального здравоохранения. Проблема качества специализированной психиатрической помощи носит комплексный характер и соответственно решаться она должна системными методами (Букреева Н.Д.). Однако, без формирования системы управления как ключевого фактора обеспечения качества медицинской помощи даже наличие современной материально-технической базы, обученных кадров и достаточного финансирования не приведет к желаемым результатам.

Высокая социальная значимость психических расстройств в повышении безопасности страны и улучшении демографической политики страны требует осуществления комплекса специальных мероприятий: реструктуризации психиатрических учреждений, увеличение внебольничных и полустационарных подразделений, оснащение лечебных учреждений оборудованием для диагностики и лечения психических расстройств, обеспечение бесперебойного снабжения современными лекарственными препаратами и др. (Кекелидзе З.И., Краснов В.Н.). Решение этих проблем следует проводить на основе современного менеджмента с эффективным распределением денежных потоков, созданием цивилизованных рыночных отношений и повышением конкурентноспособности медицинских учреждений (Вялков А.И., Шихвердиев А.П.).

В связи с этим актуальной задачей является разработка и внедрение Концепции развития психиатрической службы Республики Коми до 2020 г. Ее реализация будет способствовать повышению безопасности и обороноспособности республики, сохранению ее трудового потенциала, решению демографических проблем.

Актуальность разработки Концепции обусловлена и неблагоприятными изменениями показателей психического здоровья населения Республики Коми. Имеется тенденция к увеличению общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами (в 2014 г. показатель общей заболеваемости 2976,0 на 100 тыс. населения, первичная заболеваемость – 473,7 случаев на 100 тыс. населения); снижению контингента больных диспансерной группы и увеличению консультативной группы больных; увеличению общей инвалидности вследствие психических расстройств; ростом суицидов (показатель распространенности суицидов в регионе за 2014 г. составил 33,7 случаев на 100 тыс. населения); отмечается высокий уровень госпитализаций лиц с психическими расстройствами.

Следует отметить, что в регионе функционирует трехуровневая система оказания психиатрической помощи. Первый уровень представлен специализированной медико-санитарной помощью, которая оказывается врачами психиатрами в психиатрических кабинетах районных и городских больниц (16 кабинетов) и психиатрической бригадой станции скорой медицинской помощи в г. Сыктывкаре (1 бригада). Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами общей практики, терапевтами, педиатрами. На этом уровне проводиться выявление и лечение психически больных, диспансеризация, психосоциальная помощь.

Второй уровень представлен медицинскими организациями крупных городов Республики Коми, оказывающими специализированную стационарную и амбулаторную помощь взрослому и детскому населению по профилю «психиатрия»: ГБУЗ РК «Ухтинская психиатрическая больница»; ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница»; ГБУЗ РК «Печорский психоневрологический диспансер»; и стационарное психиатрическое отделение при муниципальном учреждении здравоохранения г. Инты. На втором уровне предусмотрена диагностика, лечение, проведение реабилитационных программ, трудовая реабилитация пациентов и перевод на третий уровень.

На третьем уровне оказывается специализированная, в т.ч. высокотехнологичная помощь в учреждении республиканского уровня ГУ «Коми республиканская психиатрическая больница», которое является ведущим и координирует все мероприятия по оказанию психиатрической помощи в республике.

На основании проведенного анализа действующей стратегии психиатрической службы региона были определены миссия, цели и задачи, запланированы мероприятия по наиболее приоритетным направлениям развития. Помимо традиционных методов исследования применялись методы бизнес-анализа (PEST-анализ, SWOT-анализ, анализ пяти конкурентных сил по модели Портера, матрица Ансоффа).

Основная цель Концепции – повышение доступности и качества оказания психиатрической помощи на основе организации ее по трехуровневой системе, формирование толерантного отношения общества к психически больным людям, снижение социального и экономического бремени от психических расстройств.

Задачи психиатрической службы Республики Коми включают: устойчивое функционирование трехуровневой системы лечения и реабилитации; развитие специализированной первичной медико-санитарной помощи в районах (открытие психотерапевтических кабинетов в межрайонных центрах); усовершенствование стационарной психиатрической помощи, постепенное сокращение стационарных коек (на 20 коек в течение пяти лет); развитие внебольничных организационных форм психиатрической помощи (открытие стационара на дому при ГУ «КРПБ», кабинетов медико-социально-психологической помощи в психиатрических больницах г. Ухты и г. Печоры); совершенствование специализированных форм психиатрической помощи (открытие геронтопсихиатрического отделения при ГУ «КРПБ»); обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны психического здоровья (психообразовательные программы в соответствии с целевыми группами); внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации (развитие бригадных форм оказания психиатрической помощи); совершенствование кадровой политики; укрепление межведомственного взаимодействия; укрепление материально-технической базы, приведение ее в соответствии с Порядком оказания психиатрической помощи.

Таким образом, разработка и реализация Концепции развития психиатрической службы Республики Коми до 2020 года позволит обеспечить комплексный подход к решению ряда медицинских и социальных проблем в регионе; и как следствие повысить доступность и качество оказания специализированной психиатрической помощи, обеспечить оптимальные условия для выявления, лечения и профилактики психических заболеваний, суицидов, зависимостей. Внедрение мероприятий Концепции следует проводить на основе современного менеджмента лечебно-диагностического процесса, а реализацию мероприятий, требующих финансирования, можно начать по мере стабилизации экономической ситуации в стране.

МОНИТОРИНГ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Кондинский А.Г.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Изучение мнения пациентов и их родственников о качестве работы медицинских организаций, становится все более актуальной задачей для организаторов здравоохранения. Необходимость изучения удовлетворенности полученной медицинской помощью диктуется возрастающей конкуренцией между медицинскими учреждениями за пациентов, за финансовые средства, следующие за ними. Оценка субъективной удовлетворенности практически важна тем, что является не только одной из характеристик результата лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход течения болезни в зависимости от положительного или отрицательного влияния на комплайенс пациента после выписки. Тем самым она позволяет прогнозировать успех терапии и частоту регоспитализаций. Изучение факторов, влияющих на удовлетворенность лечением, позволяет формировать оптимальную стратегию развития психиатрического учреждения (В.Д. Вид, Н.Б. Лутова, 2006).

В связи с этим особенно остро встает вопрос об инструментарии для изучения удовлетворенности полученным лечением.

Существующие на сегодняшний день инструменты (Опросник Patient Opinion Survey – (Mac Donald I., Hoare C., 1988), Опросник Verona Service Satisfactional Scale (Ruggeri M. et al., 1994), Опросник Pome Opinion Questionnnaire for Psychiatric Words (Gigantesco A. et al., 2003), опросник Минздрава России, 2014) и другие имеют существенные недостатки, такие как громоздкость (70 и более вопросов) или сверхкомпактность (менее 10 вопросов), недостаточная валидизированность и несоответствие современным требованиям к психометрическим инструментам, неспецифичность для психиатрии. Адресуясь лишь к отдельным аспектам многомерной конструкции удовлетворенности лечением, они не дают возможности выявить неудовлетворенность в других ее аспектах, а также судить о причинах недовольства пребыванием в стационаре. Нестандартизованнось тестов делает невозможным прямое сравнение результатов отдельных исследовательских работ и обобщение получаемых данных.

В ФГБУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева для изучения феномена «удовлетворенности лечением« у лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, разработан и внедрен в постоянную работу психометрический инструмент «Опросник СУЛ« («Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре», В.Д. Вид, Н.Б. Лутова, А.В. Борцов). Он включает 40 вопросов, составляющих следующие субшкалы, соответствующие основным компонентам структуры субъективной удовлетворенности: результатом лечения, взаимоотношениями врач-больной, бытовыми условиями и окружающей обстановкой. Несколько особняком стоит еще одна, субшкала стигматизации, отражающая степень болезненности восприятия статуса психиатрического пациента. Надежность опросника по всей шкале (Коэффициент α Кронбаха) составляет 0,90. Суммарный показатель внешней валидности опросника составляет 0,478171 при p=0,000169.

Мониторинг удовлетворенности пациентов полученным лечением в клинике ФБГУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева с использованием опросника СУЛ производится с декабря 2013 года по настоящее время. За 2-3 дня до выписки из стационара сотрудник клинического отделения предлагает пациенту (или его законному представителю в случае оказания помощи детям) заполнить Опросник, и направляет его в специально отведенное помещение за пределами клинических отделений. Бланк опросника выдается пациенту сотрудником института, не имеющим отношения к клиническим отделениям. Он же инструктирует пациента и отвечает на возникающие вопросы по ходу заполнения опросника. По желанию пациента заполнение опросника может быть анонимным. Обработка полученных данных производится в еженедельном режиме.

Из всех выписанных в 2014 году пациентов согласились заполнить опросник 49%. При этом колебания данного показателя среди сопоставимых по профилю и контингентам больных клинических отделений были существенными. Среди психиатрических отделений – от 36% до 97%, неврологических – от 34% до 70%. Это позволяет сделать вывод о том, что мотивация выписывающихся больных дать обратную связь об удовлетворенности полученным лечением определяется не особенностями клинического состояния пациента, а заинтересованностью персонала клинического отделения в получении обратной связи.

По шкале общей удовлетворенности позитивную оценку полученной помощи в целом по клинике дали 89,6% выписанных в 2014 году пациентов. Колебания данного показателя среди 12 клинических отделений составило от 75,8% до 96,2%.

Возможности использования результатов мониторинга удовлетворенности лечением можно продемонстрировать на примере оценки качества питания. Положительную оценку качеству питания дали 48,7% больных, пролечившихся в первом полугодии 2014 года больных. После принятия организационных мер на уровне пищеблока клиники, средняя удовлетворенность питанием больных, лечившихся во втором полугодии 2014 года возросла до 51%. Однако, анализ данного показателя по отделениям выявил существенную разницу в оценке пациентами качества питания в разных клинических отделениях (от 20,0% до 74,2%). Это дает основания руководителю клиники обратить особое внимание на особенности организации питания в конкретных клинических отделениях, где рассматриваемый показатель существенно ниже, чем средний по клинике.

Аналогичным образом, сопоставляя показатели конкретного клинического отделения по разным отдельным шкалам удовлетворенности (*результатами лечения, взаимоотношениями врач-больной, бытовыми условиями и окружающей обстановкой)* опросника со средним показателем по клинике, руководитель медицинской организации получает возможность видеть мишени для управленческих воздействий, и, проводя постоянный мониторинг, оценивать объективно степень их эффективности.

Отдельно стоит рассмотреть результаты оценки специфической реакции больного на свой статус психиатрического пациента и сферу психиатрии в целом, т.е. шкалу стигматизации.

Доля пациентов, обнаруживающих высокий уровень стигматизации, в целом по клинике в 2014 году составила 8,5%. Колебания данного показателя среди клинических отделений соответствовали особенностям профиля и контингентов больных этих отделений. Среди психиатрических отделений – от 10,9% до 17,8%, среди неврологических – от 3,0% до 7,0%. Подобная разница в показателях дополнительно подтверждает валидность используемого психометрического инструмента, с одной стороны, и, с другой стороны, позволяет оценить эффективность реабилитационного компонента работы психиатрического стационара.

Таким образом, опыт применения Опросника СУЛ в клинике СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева позволяет судить о его соответствии задачам по оценке удовлетворенности больных лечением в психиатрическом стационаре, и предлагать его к использованию в практической работе психиатрических учреждений Российской Федерации.

ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ И ГОРОДСКОЙ МЕСТНОСТИ

Косенко Н.А.

Краснодар
Кубанский ГМУ

Краснодарский край, с численностью городского и сельского населения более 5 миллионов человек, представлен мощным сельскохозяйственным, промышленным и санаторно-курортным потенциалом. Социально-экономические, медико-демографические, профессионально-производственные и другие качественные критерии, все еще имеют определенные различия среди тружеников различных отраслей народного хозяйства, работающих и проживающих в условиях сельской и городской местности.

Цель исследования − изучить сопоставительную частоту обращаемости жителей сельской и городской местности в территориальные психиатрические учреждения с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройс-

твами в зависимости от нозологической принадлежности, пола, возраста начала заболевания, образования, трудовой занятости и материального достатка.

Материал и методы исследования. В соответствии с задачей исследования нами была разработана карта медико-социального обследования, которая была заполнена на 402 пациента сельской и городской местности, обратившихся за психиатрической помощью в течение второго полугодия 2013 года с расстройствами, относящимися к рубрике F 40-48 (МКБ-10). Статистическая обработка осуществлялась в абсолютных и процентных соотношениях.

Результаты и их обсуждение. По частоте обращаемости жители сельской местности составили 141 человек (35,1%), из них мужчин – 43 (30,5%), женщин – 98 (69,5%). Жители городской местности – 261 человек (64,9%), из них мужчин – 71 человек (27,2%), женщин – 190 (72,8%). Из приведенных данных следует, что независимо от места проживания женщины гораздо чаще (в 2 и более раза) обращаются за помощью по поводу имеющихся пограничных психических расстройств.

Распределение больных по диагностическим группам, месту жительства и полу в соответствии с возрастом начала заболевания показало, что среди обратившихся за психиатрической помощью на первом месте − это больные с соматоформными расстройствами (F-45), а именно 124 больных (30,8%,±2,1), в том числе сельских – 68 (54,8%), из них мужчин – 22 (17,7%), женщин – 46 (37,1%) и городских – 56 (45,2%), из них мужчин – 19 (15,3%), женщин – 37 (29,8%). На втором месте, а именно 113 человека, (28,1%,±1,3) – это больные с расстройствами, относящимися к диагностической рубрике F-40 («Фобические тревожные расстройства»), в том числе сельские – 25 (22,1%), из них мужчин – 6 (5,3%), женщин – 19 (16,8%) и городские – 88 (77,9%), из них мужчин – 22 (19,5%), женщин – 66 (58,4%). На третьем месте находятся 95 больных (23,6%,±0,7) – больные с расстройствами, относящимися к диагностической рубрике F-43 («Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации»), сельские – 32 (33,7%), из них мужчин – 10 (10,5%), женщин – 22 (23,1%) и городские – 63 (66,3%), из них мужчин – 14 (14,7%), женщин – 49 (51,6%). Значительных различий в диагностических группах в сопоставлении, как с возрастом начала заболевания среди мужчин и женщин, так и местом проживания (село, город), нами не отмечено.

Из числа обратившихся за психиатрической помощью преимущественно были лица с высшим образованием – 115 человек (28,7%,±1,2), в том числе сельские – 30 (26,1%), из них мужчин – 4 (3,5%), женщин – 26 (22,6%) и городские – 85 (73,9%), из них мужчин – 23 (20,0%), женщин – 62 (53,9%). На втором месте – специалисты со средним образованием – 113 человек (28,1%,±1,1) и на третьем месте – лица рабочих профессий – 46 человек (11,4%,±0,6), в таких же усредненных показателях уровень образования преимущественно соответствовал полу и месту жительства.

Денежный доход обследуемых имеет значительные различия не только среди мужчин и женщин, но и зависит от места проживания. Так, на уровне месячного прожиточного минимума на изучаемый период (около 9 тысяч рублей) заработную плату имели 156 человек (33,8%,±1,6), в том числе сельских – 61 (39,1%), их них мужчин – 19 (12,1%), женщин – 42 (26,9%) и городских – 95 (60,9%), из них мужчин – 34 (21,8%), женщин – 61 (39,1%). С месячной зарплатой до 25 тысяч рублей – 225 пациентов (56,0%,±2,4), в том числе сельских – 77 (34,2%), из них мужчин – 22 (9,8%), женщин – 55 (24,4%), городских – 148 (65,8%), из них мужчин – 32 (14,2%), женщин – 116 (51,6%). С месячной зарплатой свыше 25 тысяч рублей – 21 обследуемых (5,2%,±0,8), преимущественно проживающих в городской местности – 18 (85,7%), их них мужчин – 5 (23,8%), женщин – 13 (61,9%).

Из общего числа больных с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F 40-48), работающих в различных отраслях, 22,4% (±1,3) в период болезни перешли на сокращенный рабочий день, 19,8% (±1,1) ежегодно по состоянию здоровья брали дополнительные отпуска без сохранения заработной платы. Временно неработающих было 7,9% (±0,6) (в территориальном населении края – 2,1%,±0,3), причем безработные пациенты трудоспособного возраста не обращались в центры занятости и не участвовали в проводимых ярмарках вакансий.

Выводы. Женщины, вне зависимости от места жительства и диагностических групп, относящихся к рубрике F 40-48, в два раза чаще обращаются за психиатрической помощью. Значительных различий в диагностических группах, в сопоставлении с возрастом начала заболевания, между мужчинами и женщинами сельской и городской местности не отмечено. Высшее образование почти на 50% (47,8%,±2,6) чаще имеют городские пациенты. Среднемесячная зарплата у городских больных в полтора раза выше, чем у сельских. Однако, сельские пациенты и члены их семей, почти все имеют домашнее подсобное хозяйство, в котором принимают посильное участие.

РЕЛИГИОЗНАЯ АДДИКЦИЯ: ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Кунафина Е.Р.

Уфа

Башкирский ГМУ

Социально-экономические процессы в России способствовали возникновению сложной ситуации в сфере проблем свободы совести. Это обусловлено в значительной мере деморализацией, бездуховностью и криминализацией населения, происходящими в связи с распадом партийно-идеологической государственной структуры и, с другой стороны, забвением многовековых народных традиций. Это обусловило появление массы духовных иностранных проповедников и учителей для быстрого привлечения населения, в частности молодежи, к каким-то приемлемым принципам и правилам поведения. Зарубежные проповедники представлялись активными, красноречивыми, современными и привлекательными, способными умело обещаться с массами. Однако, вскоре выяснилось, что, действительно, нахлынувшие активисты привлекают многих и всерьез. Но от этого возникают новые проблемы, не меньшие, чем те, с которыми решили бороться.

Религиозная аддикция (зависимость от религиозных организаций) получила широкое распространение в связи с расширением деятельности самых разнообразных религиозных структур, в том числе и тоталитарных религиозных сект. С.Артерберн и Дж.Фельтон дают следующее определение религиозной аддикции: «Как и при любой аддикции, религиозная практика становится доминирующей по отношению к другим аспектам жизни. Любые отношения устанавливаются через религию, а зависимость от религиозной практики и ее адептов отодвигает личную потребность в Боге. Религия и те, кто ее олицетворяют, получают всю полноту власти над аддиктом, который сам больше не связан с Богом».

На сегодняшний день в Башкирии насчитывается полсотни опасных психокультов, способных уничтожать души людей. Наибольшее беспокойство вызывают весьма активные секты Адвентистов Седьмого Дня, Ашрам Шамбалы (другие названия – «Академия «Путь к счастью», «Всемирная академия счастья» «Школа гейш», «Центр Беловодье», «Школа богинь»), секта Владимира Мегре «Анастасия» или «Звенящие кедры», ДЭИР Дмитрия Верещагина. Помимо них действуют также различные оккультно-оздоровительные и псевдопсихотерапевтические центры, такие как центр «Ассоль», эзотерический центр «Агарта», Орден изумрудного креста, клуб «Возрождение» и многие другие.

Группа местных жителей создала организацию «Путь предков». Ее руководители, не имея медицинского образования, «находили» у адептов хронические и неизлечимые заболевания. Одним из основных видов лечения было камчевание – нанесение ударов кожаной плеткой. Из сообщения прокуратуры: «В качестве лечения также предлагалось чтение молитв, употребление „святой воды« и паломничество к святым местам на территории Казахстана, после посещения которых пациенты получали право сами ставить диагнозы и исцелять людей». Используя методики, близкие к гипнозу, «целители» убеждали членов секты в своем исключительном даре, настоятельно требуя приводить родственников. В случае отказа они угрожали близким людям жертвы всеми возможными несчастьями.

В связи с этим в республике отмечается увеличение числа лиц, попавших под влияние различных тоталитарных сект и различного рода оккультных течений. У лиц, ставших жертвами тоталитарных сект, преобладает негативное отношение к любым видам терапии, они испытывают трудности при установлении контакта с врачом и персоналом, что влияет на эффективность их лечения и реабилитации.

В Республиканской клинической психиатрической больнице №1 МЗ РБ есть опыт привлечения священнослужителей к работе с психически больными, находящимся на стационарном лечении, поэтому последние два года была предпринята попытка перенести его на профилактику и реабилитацию лиц, ставших жертвами тоталитарных сект и эзотерических культов.

Миссионерский отдел уфимской епархии принимает активное участие в помощи зависимым и их родственникам. Сотрудники миссионерского отдела собирают информацию, встречаются с очевидцами, пострадавшими и их родственниками, проводят просветительскую работу среди населения. В своих беседах они рассказывают, какой вред может принести та или иная секта душе каждого человека и обществу, в целом.

Лечение и реабилитация пациентов с психическими расстройствами, ставших жертвами тоталитарных сект, особенно длительны и требуют постоянного внимания специалистов. После купирования острого состояния используются традиционные психотерапевтические воздействия, направленные на стимулирование эмоциональности, налаживание коммуникации. Одновременно проводятся индивидуальные беседы больного с православными священниками, совместные встречи больного с врачом и священником с согласия больного и его родственников. Это помогает ослабить напряжение и установить более доверительные отношения между больным и медицинским персоналом. Учитывая изменение состояния на фоне проводимой терапии, наряду с подбором поддерживающих доз психотропных средств, закреплением результатов, достигнутых ранее, вводятся элементы поведенческой терапии. Они способствуют выработке адекватных форм поведения, тренировке общения, повышению уверенности у пациента.

В целом, несмотря на ряд возникающих вопросов и трудностей, настоящая тема представляется нам актуальной и требующей дальнейшей разработки, так как процесс реабилитации психически больных, попавших под влияние тоталитарных сект и оккультных течений, особенно длителен.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА БАЗЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР №7 (СО СТАЦИОНАРОМ)»

Курпатов В.И., Гладышенко А.В.

Санкт-Петербург
СПбГБУ ГПНД №7 (со стационаром)

Современные тенденции в психиатрии характеризуются развитием биопсихосоциального представления о природе психических расстройств и необходимости системы лечебных воздействий, направленных на биологическое, психологическое и социальное восстановление больных. Эти положения являются важным обоснованием для изменения подходов к организации психотерапевтической помощи, в переносе акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия. Такой стационарзамещающий подход является оправданным не только с клинической точки зрения, но и имеет отчетливые экономические преимущества.

На протяжении 2014 года нами была внедрена стационарзамещающая форма оказания краткосрочной психотерапевтической помощи в амбулаторных условиях, без отрыва от производства, которая включает в себя оказание психотерапевтической консультативно-лечебной помощи всем пациентам, не нуждающимся на момент обращения в диспансерном наблюдении, длительностью лечения 4 месяца для невротических расстройств, расстройств адаптации, аффективных расстройств и 6 месяцев для эндогенных психических расстройств. Психотерапевтическая помощь оказывается бригадным методом. В бригаду входит врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и медицинская сестра. У каждого из специалистов своя зона ответственности. Врач-психотерапевт проводит клиническую диагностику, биологическую терапию, индивидуальную и групповую психодинамическую психотерапию. Медицинский психолог проводит психодиагностику, психологическое консультирование и психокоррекцию по психодинамическому, когнитивно-поведенческому и экзистенциальному направлениям. Специалист по социальной работе проводит поведенческие техники: тренинг стрессоустойчивости, коммуникативный тренинг, тренинг преодоления созависимых отношений и др. Медицинские сестры проводят групповые занятия по саморегуляции и аутогенной тренировке. В процессе лечения пациент получает активную биологическую терапию и психотерапевтическую помощь – от 2 до 16 посещений к каждому из специалистов (до 48 индивидуальных посещений за период лечения) имеет возможность посещать 5 открытых и 2-3 закрытых групп.

Выводы. Данный принцип работы позволяет:

- по завершении лечения, при необходимости, динамическое наблюдение за пациентом, дальнейшая поддерживающая терапия, осуществляются по месту жительства в ПНД или психотерапевтическом кабинете.

- предоставить объем медицинской помощи, соизмеримый со стационарным лечением, сократить сроки оказания специализированной помощи, упорядочить, повысить качество и эффективность оказываемой психотерапевтической помощи, существенно сократить трудопотери, так как эта амбулаторная помощь проводится больным без их отрыва от своей профессиональной деятельности.

ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РФ, СОЗДАНИЕ «ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ»

Курпатов В.И., Курпатов А.В., Гладышенко А.В., Макиенко В.В.

Санкт-Петербург
СПбГБУ ГПНД №7 (со стационаром),
Психотерапевтический центр,
Высшая школа методологии,
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

История психотерапии в России подтверждает, что психотерапия является неотъемлемой частью клинической психиатрии.

В этом году медицинское сообщество празднует 30-летие образования психотерапевтической службы России. 31 мая 1985г., приказом Министерства здравоохранения СССР № 750, в номенклатуру врачебных специальностей была включена специальность «61. Психотерапевт», а в номенклатуру врачебных должностей – должность «88.Врач-психотерапевт». Официально с этого времени психотерапия стала отдельным видом лечебной деятельности. В этом и последующих приказах (№ 294 от 30 октября 1995 года, №438 от 16 сентября 2003 года) основополагающей является медицинская модель оказания психотерапевтической помощи в рамках полипрофессиональной бригады.

Важно не забывать, что психотерапевт – прежде всего врач-психиатр, имеющий психотерапевтическую подготовку. Он проводит лечение пациентов с психическими расстройствами, как с помощью биологических средств лечения, так и психотерапевтических техник. Учитывая неадекватные современные тенденции в психотерапевтическом сообществе (стремление к внедрению «Австрийской модели» психотерапевтической помощи через психотерапевтические лиги), не следует допускать подмены психотерапии как медицинского метода лечения психических расстройств, проводимого врачом, на психокоррекционные техники, используемые психологами и немедицинскими специалистами для решения психологических проблем в рамках психологического консультирования. Считаем, что данные вопросы должны регулярно обсуждаться в медицинском сообществе.

В настоящее время имеется ряд актуальных проблем, требующих своего разрешения:

- отсутствие единого видения развития психотерапии в России;

- отсутствие координационного центра по развитию психотерапии в России;

- отсутствие внештатных специалистов психотерапевтов в МЗ РФ и Росздравнадзоре;

- общественные психотерапевтические объединения, зачастую опирающиеся на альтернативные модели психотерапии, не достаточно обеспечивают и защищают права специалистов, работающих в области медицины.

Понимая, сколь велико значение общественных организаций в развитии психотерапии, в мае 2015 года была образована общественная организация «Профессиональная Медицинская Психотерапевтическая Ассоциация».

Основные цели, которые ставит перед собой Ассоциация:

- отстаивание и внедрение в практику психотерапии медицинской модели лечения больных;

- объединение (для приближения к пациенту психотерапевтической помощи) врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер психотерапевтических подразделений; реабилитационных и психосоматических отделений; врачей общей практики (семейных врачей), фельдшеров, медицинских сестер, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи в поликлиниках, центрах общей врачебной практики (семейной медицины), отделениях (кабинетах) профилактики и центрах здоровья, врачей-специалистов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе учреждений, оказывающих социальные услуги и социальную помощь инвалидам, людям гериатрического возраста, имеющим психические расстройства и расстройства адаптации, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- взаимодействие с психологами, участвующими в процессе клиент-ориентированного психологического консультирования, имеющего психогигиенические и (или) психопрофилактические цели;

- образовательную деятельность в части реализации дополнительных образовательных программ;

- содействие в защите прав врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер, участвующих в оказании психотерапевтической помощи.

Структурно Ассоциация состоит из достаточно самостоятельных сообществ врачей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер, деятельность которых координируется правлением.

Членами Ассоциации могут быть врачи и специалисты, разделяющие цели Ассоциации и признающие Устав Ассоциации. Для вступления в Ассоциацию не надо платить вступительный и ежегодный взнос. Члены Ассоциации участвуют в добровольных денежных целевых взносах и пожертвованиях. Каждому члену Ассоциации выдается «Членский билет».

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Макашева В.А., Тарасенко Е.И., Суворова Д.С.

Новосибирск
ГБУЗ Новосибирской области Новосибирский ОДКПНД

Региональная психиатрическая служба отвечает за оперативное планирование, управление сетью услуг и координацию работ в области оказания медицинской помощи детям с расстройствами аутистического спектра (далее РАС) и проводит целенаправленную работу по улучшению системы организации помощи.

Раннее выявление детей с РАС считается наилучшей клинической практикой. Большая часть детей с аутизмом может быть диагностирована в возрасте 2–4 лет или несколько позже.

Для достижения целей раннего выявления детей с РАС, своевременного установления диагноза, обеспечения медико-социального сопровождения, в 2015 году Новосибирская область по предложению Министерства здравоохранения Российской Федерации стала участником в работе по внедрению скрининга детей в возрасте 16-24 месяцев для выявления РАС.

Проведение скрининга потребовало разработки и внедрения ряда организационно-управленческих технологий – специалистами детской психиатрической службы был разработан порядок оказания медицинской помощи детям с РАС, определены этапы помощи, подготовлены квалифицированные специалисты по использованию методов диагностики и психологической коррекции, имеющих международную доказательность. Сформирован областной регистр детей с РАС, ведется мониторинг детей, страдающих аутизмом.

Первый этап раннего вмешательства обеспечивается специалистами первичного медико-санитарного звена, центров здоровья.

Обеспечение последовательного и длительного сопровождения ребенка с РАС, преемственности специалистов разных ведомств, возможно только на территории постоянного проживания и, главное, в том сообществе, в котором находится данная семья. Передача ряда функций по раннему вмешательству специалистам первичной медико-санитарной сети и, прежде всего, педиатрам, важнейшая организационная задача в системе лечения детей с аутистическими расстройствами.

Этап раннего выявления детей группы риска РАС реализуется с помощью «Анкеты для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей в возрасте 16-24 месяцев», разработанной по поручению Минздрава России в 2014 году в отделе детской психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» ФАНО России и опросника M-CHAT.

Специалисты первичного медико-санитарного звена по результатам скрининга направляют ребенка из группы риска РАС на консультацию к врачу-психиатру участковому, координируют мероприятия по месту проживания ребенка, способствующие максимальной компенсации и адаптации ребенка в социальной среде, взаимодействуя с образовательными организациями, учреждениями социальной защиты.

Второй этап первичной психиатрической помощи обеспечивается врачами-психиатрами – не только детскими, но и там, где их нет, психиатрами обслуживающими все население, прошедших усовершенствование по вопросам детской психиатрии. На данном этапе осуществляется своевременная синдромальная и нозологическая квалификация психического расстройства; организация мультимодальной системы помощи, медицинской реабилитации.

В полипрофессиональную команду включены специалисты здравоохранения и смежных служб района.

Врач-психиатр консультирует детей с признаками РАС, направленных специалистами первичного медико-санитарного звена или обратившихся самостоятельно. Осуществляет консультативное или диспансерное наблюдение, лечение детей с РАС. Разрабатывает комплексную маршрутную карту полипрофессиональной помощи ребенку с РАС по месту его проживания: рекомендации для законных представителей, врачей первичного медико-санитарного звена. Формирует психолого-педагогические рекомендации.

Третий этап – оказание консультативной и стационар замещающей психиатрической помощи. В структуре детской психиатрической службы работает областной консультативный кабинет для детей с РАС (далее кабинет), дневной стационар, стационар на дому.

В рамках кабинета врач-психиатр детский организует мультидисциплинарную диагностику психического состояния ребенка, контролирует разработку и исполнение комплексной маршрутной карты полипрофессиональной помощи ребенку с РАС, ведет областной регистр детей с РАС, анализирует эффективность мероприятий по раннему выявлению, медицинской реабилитации и сопровождению детей с РАС.

При внедрении скрининга, учитывая большие незапланированные объемы работы как для специалистов первичного медико-санитарного звена, так и специалистов специализированной медицинской помощи, нами были привлечены дополнительные ресурсы – студенты медицинского университета кафедры «Клинической психологии» и курса профессиональной переподготовки по клинической психологии.

С целью верификации диагноза, для оптимизации работы врачей-психиатров, разработан алгоритм психиатрического доврачебного приема с передачей ряда функций среднему медицинскому персоналу.

Планируя работу по дальнейшему сопровождению детей, страдающих РАС, детская психиатрическая служба принимает меры по обеспечению преемственности работы специалистов с охватом всех заинтересованных ведомств.

Для решения проблем семьи и ребенка с РАС специалисты детской психиатрической службы взаимодействуют с образовательными организациями (решение вопросов о форме обучения, для направления ребенка на психолого-медико-педагогическую консультацию, поиск образовательной организации, имеющей специальные образовательные условия, разработка профессионально ориентационного маршрута) и районными отделами образования для формирования специализированных групп в дошкольных образовательных организациях.

Налажено межведомственное взаимодействие с учреждениями и организациями системы социальной защиты (районные комплексные центры социального обслуживания населения, центры реабилитации детей-инвалидов, детские дома для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних) для руководства исполнения мероприятий индивидуальной программы психолого-педагогической реабилитации детей с РАС.

Мониторинг эффективности медико-социальной и психолого-педагогической помощи с РАС осуществляет областная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Среди основных направлений работы детской психиатрической службы области – организация системы психосоциальной реабилитации, помощь в адаптации в детских коллективах, проведение образовательных мероприятий в области психического здоровья для специалистов различных ведомств.

В 2015 году Новосибирская область, по результатам проводимого Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (г. Москва), конкурсного отбора заявок субъектов Российской Федерации на участие в реализации пилотного проекта по оказанию комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям с РАС получила финансовую поддержку.

Выводы. В Новосибирской области организована служба раннего вмешательства, которая приближена к месту проживания детей.

В 2015 году в области внедрен скрининг детей в возрасте 16-24 месяцев – важнейший этап в маршруте оказания комплексной помощи ребенку с РАС.

В связи с работой по внедрению скрининга разработан порядок оказания медицинской помощи детям с РАС. Специалисты первичного медико-санитарного звена реализуют первый этап оказания помощи детям с РАС. Основная задача – выявление группы риска РАС.

Концепция социально-психиатрической помощи детям, страдающим РАС – совершенствование внутриведомственной структуры и ее интеграция в межведомственную модель взаимодействия.

УЧАСТИЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Максименко А.В.

Кемерово
ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ

Состояние психического здоровья подрастающего поколения является одной из приоритетных задач современного здравоохранения и во многом определяет качество будущей жизни ребенка и его окружения.

Профилактический медицинский осмотр – одна из форм активной медицинской помощи населению, направленная в основном на выявление ранних форм заболеваний. Определение границ психической патологии у детей и подростков, а также целей и методов психиатрического вмешательства на современном уровне является основополагающим моментом в деятельности психиатрической службы.

Диспансеризация детей и подростков является важнейшим звеном в системе медико-организационных мероприятий по диспансеризации населения и играет большую роль в структуре единого реабилитационного комплекса психиатрического учреждения. Поскольку раннее выявление психических нарушений позволяет на ранних этапах осуществлять психореабилитационную работу.

В Кемеровской области согласно приказам МЗ РФ: от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», от 15.02.2013 г.; №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013г.; № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных, принятых под опеку (попечительство), в приемную иди патронатную семью», проводиться диспансеризация детей и подростков.

Согласно вышеперечисленным законодательным актам участие врача-психиатра, при проведении медицинских осмотров является обязательным практически для всех категорий детско-подросткового населения.

С 2008 года врач-психиатр включен в список специалистов по диспансеризации детей-сирот пребывающих в стационарных учреждениях и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. С каждым годом количество детей осмотренных в рамках диспансеризации увеличивался, за счет расширения этого списка. Во-первых, увеличивается количество детей приобретающий статус «трудной жизненной ситуации». Во-вторых, в медицинские осмотры включаются дети, оставшиеся без попечения, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. Таким образом, за последние 5 лет количество осматриваемых детей в рамках диспансеризации увеличилось более чем в 3 раза. Дополнительно к этому проводятся медицинские осмотры практически всех несовершеннолетних, начиная с 1 года жизни.

В рамках работы по диспансеризации детей и подростков в ГКУЗ КО КОКПБ разработано и утверждено положение о порядке проведения медицинских осмотров несовершеннолетних и детей-сирот, в котором определены условия, организация, порядок проведения медицинских осмотров и распределение целевых средств. Медицинские осмотры осуществляются детскими врачами-психиатрами, прошедших обучение по программе дополнительного профессионального образования в части особенностей психических расстройств и расстройств поведения у детей.

С учетом все возрастающей нагрузки и для повышения доступности медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе в ГКУЗ КО КОКПБ организованы бригады специалистов осуществляющих выездные медицинские осмотры в дошкольных, школьных и профессиональных образовательных учреждениях.

Детско-подростковое население Кемеровской области в 2014 году составляло 540 тысяч человек, из них в рамках диспансеризации осмотрено 141709 человек, что составляет 26,2%, в диспансерах осмотрено 55,0% от общего количества всех осмотренных, вне диспансеров 45,0% соответственно, в том числе детей-сирот 4,8%, подростков-сирот 2,2%; опекаемых детей 3,4%, подростков 0,3%.

Из общего количества всех осмотренных детей и подростков, количество с психической патологией составило – 9,0%, а количество детей с впервые выявленной психической патологией – 1,9%.

Таким образом, совсем недавно появившееся новое направление в развитии психиатрии, становится все более актуальным в современных условиях. Цели и задачи, которые ставит общество перед детско-подростковой психиатрической службой, становятся все более значимыми и ответственными. Это улучшает не только раннюю диагностику детей с психической патологией, но и интеграцию психиатрической службы с общемедицинскими учреждениями и обществом в целом, а также позволяет повысить уровень оказания специализированной психиатрической помощи населению Кемеровской области.

ФАКТОРЫ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫМИ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Малыгин Я.В., Цыганков Б.Д.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью определяет их потребительское поведение: высказывание положительных отзывы о больнице, повторные обращения за помощью, повышение частоты обращения в больницу, готовность оплачивать услуги по большей стоимости.

Показаны различия в факторах удовлетворенности медицинской помощью в зависимости от сегмента рынка медицинских услуг. Это определяет необходимость учета специфики профиля оказываемой медицинской помощи при изучении факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов.

Вместе с тем в доступной мировой литературе существуют лишь 2 работы, посвященные факторам удовлетворенности психиатрической или наркологической помощью.

Для настройки настоящего количественного исследования нами был составлен обзор литературы, на основе которого были выделены принципы разработки опросника, направленного на изучение факторов удовлетворенности стационарной помощью:

1. Необходимость сочетания в опроснике базовых факторов, универсальных для стационарной помощи (взаимодействие с медицинским персоналом, комфортность условий), и факторов, отражающих специфику сегмента медицинской помощи или лечебного учреждения

2. Необходимость проведения фокус-групп или глубинных интервью с пациентами для выявления факторов, специфичных для сегмента медицинской помощи и лечебного учреждения

3. При необходимости включение в опросник как качественных, так и порядковых признаков. Порядковые признаки оптимально измерять при помощи шкалы Ликарта

4. При выборе метода валидизации необходимо руководствоваться целью создания опросника, типом опросника и используемых в нем шкал. Методом анализа, позволяющим провести как валидизацию опросника, так и выявить ключевые факторы удовлетворенности, является множественная линейная регрессия.

На основе перечисленных принципов было проведено описываемое в настоящей статье исследование.

Цель – выявить факторы удовлетворенности стационарной психиатрической помощью пациентов, страдающих депрессивными и невротическими расстройствами.

Материал. Выборку составили 356 пациентов, страдающих расстройствами из блока «аффективные расстройства» или «невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства», проходящих стационарное лечение.

Большую часть выборки составили пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (75%), преимущественно представленными тревожными расстройствами (55,9%), среди которых превалировало смешанное тревожное и депрессивное расстройство (45,2%). Аффективными расстройствами страдали 25% пациентов из них 14,6% рекуррентным депрессивным расстройством (эпизод средней степени).

Женщины составили 60% выборки. Средний возраст обследованных составил 43,6±13,4 лет. У значительной доли пациентов (37,8%) были нарушены семейные отношения. Половина (52%) пациентов обладали высшим или неполным высшим образованием. При этом 49,2% пациентов на момент исследования не работали.

Методы. Сбор данных проводился путем письменного самозаполнения пациентами разработанного нами опросника.

Составление списка факторов удовлетворенности лечением и работой врача проводилось на основе результатов качественного исследования факторов удовлетворенности, в ходе которого были выделены факторы оценки больницы (территория больницы, комфортность палаты, объем психотерапии, внимание со стороны среднего персонала, работа лечащего врача, возможность обследования, физиотерапевтические процедуры) и лечащего врача (эмоциональная поддержка, достаточная частота встреч, эмпатия, уважительное отношение, объяснение причин заболевания и действия лекарств, способность объяснять доступным языком.

Удовлетворенность разными аспектами работы врача была выделена в отдельный вопрос и оценивалась по нескольким характеристикам, отражающих коммуникативные способности врача, в силу предположения о высокой значимости разных аспектов общения врача-психиатра с пациентами, что отражает специфику психиатрической помощи.

Опросник состоял из 3 закрытых вопроса, включавших: общую оценку клиники, оценку больницы по каждому из предложенных признаков и оценку врача по каждой из предложенных характеристик.

Анализ влияния факторов на удовлетворенность лечением проводился путем составления уравнения множественной регрессии.

Результаты. При составлении первой версии уравнения множественной регрессии были получены следующие характеристики влияния факторов на общую оценку больницы (табл. 1). Множественная корреляция между удовлетворенностью лечением и индикаторами, анализировавшимися при составлении уравнения, составила 0,87.

Наибольшее влияние на общую оценку больницы оказывала работа медицинского персонала, соответствующего профилю заболевания (медицинских сестер отделения, лечащего врача, психотерапевтическая помощь, оказываемая различными специалистами). При этом обращает на себя внимание незначительное влияние консультаций соматических врачей, что может быть связано с 2 причинами: 1) низкая потребность пациентов в консультаций врачей непсихиатрического профиля 2) низкая частота контактов с врачами этого профиля. Еще одним ключевым фактором является уютность палат.

Объем физиотерапевтической помощи и тщательность обследования оказывали слабое влияние на удовлетворенность лечением, что, вероятно, связано с их восприятием пациентами как непрофильных их заболеванию. Уютность территории демонстрировала не достигавшую уровня статистической значимости отрицательную связь с общей оценкой больницы.

Среди характеристик коммуникативных способностей врача наибольшее влияние на удовлетворенность лечением оказывает способность к эмпатическому слушанию и готовность врача информировать пациента о заболевании, его лечении, сути назначений.

Итоговая версия уравнения составлялась методом пошаговой линейной регрессии, в ходе которого последовательно удалялись факторы, демонстрировавшие наименьшую связь (р) с зависимой переменной (удовлетворенностью лечением). Математическая модель объясняет 81% вариации удовлетворенности лечением.

Таким образом, формула уравнения множественной регрессии удовлетворенности медицинской помощи выглядит следующим образом:

Удовлетворенность=1,75 + 0,87 х Работа мед. сестер + 0,37 х Работа лечащего врача + 0,32 х Комфортность палат + 0,3 х Объем и качество психотерапии + 0,18 х Способность врача к эмпатическому слушанию + 0,18 х Информирование о заболевании, лечении в уравнении удовлетворенность измеряется по 10-балльной шкале, а независимые переменные по 5-балльной шкале

Наибольшее влияние на удовлетворенность лечением оказывают работа медицинских сестер отделения и лечащего врача. Обращает на себя внимание большая значимость работы медицинских сестер по сравнению с работой лечащего врача, что может быть связано с более частым контактом пациентов со средним медицинским персоналом.

Важным фактором, сопоставимым по значимости с работой лечащего врача, является объем и качество психотерапевтической помощи, что отражает специфическую потребность исследованной целевой группы.

Среди характеристик больницы значимым фактором является комфортность палат, что, является универсальным ключевым фактором удовлетворенности для всех стационарных учреждений.

Наконец, среди коммуникативных способностей врача значимым фактором удовлетворенности лечением является эмпатия. Другим важным фактором является способность врача подробно объяснять пациенту информацию о заболевании, его лечении, сути назначений.

Заключение. Таким образом, при помощи уравнения множественной линейной регрессии нами были выделены ключевые факторы удовлетворенности стационарных пациентов, страдающих депрессивными и невротическими и связанными со стрессом расстройствами: работа медицинских сестер отделения, работа лечащего врача, комфортность палат, объем и качество психотерапевтической помощи, способность врача к эмпатическому слушанию и его готовность информировать пациента о заболевании и его лечении.

ПСИХИАТРИЯ. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ОТРАСЛИ

Меркель В.А., Черемин Р.А., Стародубцев С.В.

Москва
ГБУЗ Психиатрическая больница №10 ДЗМ

Стандартизация условий оказания медицинской помощи является необходимой задачей оценки качества медицинской услуги. Это очевидно для современного мирового сообщества (стандарты JCI, GMP, GCP, GLPи др.) и сейчас это понимание приходит в российское здравоохранение. Базовой опорной точкой в любой отрасли (и особенно в медицине) служит эффективное управление, оптимальные подходы которого

аккумулированы в требованиях международных стандартов системы менеджмента качества (СМК) серии ISO 9000.

Московская Психиатрическая больница №10 имея большой опыт реформирования своей службы (российско-канадский проект «Общественная реабилитация в психиатрии», внедрение информатизации в лечебно-диагностический процесс, применение в больнице современных HR технологий) в 2012г. внедрила у себя стандарт ISO 9001.

Первым этапом внедрения, после проведения обучения стало формирование рабочей группы – команды единомышленников, объединенных лидером организации, т.к. мероприятия, связанные с сертификацией заставляют провести основательную ревизию системы управления и при необходимости заложить в описание процессов новые правила, которые в последующем позволят использовать СМК как инструмент управления.

После инструктажа проектной группы наступил непосредственно этап разработки документации, где было идентифицировано 7 бизнес-процессов (Биологическая терапия, Организация условий пребывания пациента, Психосоциальная терапия и реабилитация, Питание, Проектирование, Управление персоналом, Закупки)

За каждым процессом был закреплен ответственный сотрудник из числа руководителей – «владелец процесса». В задачу владельца входило подробное описание процесса. При описании процессов были определены входные и выходные потоки, управляющие воздействия и ресурсы, показатели результативности. При определении показателей результативности и эффективности пользовались методикой декомпозиции целей (цели процессов вычленяли из общих стратегических целей больницы в области качества, которые соответственно вытекают из Политики в области качества). Дополнительно критерии результативности и эффективности соизмеряли на соответствие критериям SMART. Иерархическое выстраивание целеполагания необходимо для того, чтобы каждый сотрудник в больнице четко знал и понимал, что от него требуется, какие задачи он решает в рамках общих задач своего отдела, своего процесса и больницы в целом. При таком подходе выстраивается четкая и одновременно гибкая система управления по целям, которая может при необходимости быстро перестраиваться, и на основании которой создается система мотивации в виде т.н. ключевых показателей эффективности (KPI) для каждого сотрудника.

Серьезную работу пришлось провести с внутренним и внешним документооборотом. Была проведена полная ревизия документации, определяющей организацию деятельности учреждения (инструкции, положения, правила, журналы и т.п.).

В СМК реализованы принципы международных подходов к управлению, в корне отличающихся от таковых в советской командно-административной системе. В отличие от традиционных подходов, ориентированных на поиск «виновного», что способствовало формированию демотивирующей системы сокрытия недостатков, «потемкинских деревень», тихого саботажа на местах, принципы СМК заставляют искать несоответствия в самой системе. Использование цикла Шухарта-Деминга (цикл PDCA, от англ. «Plan-Do-Check-Act» – планирование – действие – проверка – корректировка), лежащего в основе мероприятий по управлению качеством, требует от владельцев процессов непрерывно мониторировать показатели своего раздела работы, фиксировать отклонения, проектировать комплексы корректирующих и предупреждающих мероприятий и вновь производить оценку результативности проведенной работы. Сравнение и анализ фактических результатов процесса с запланированными значениями за более-менее длительный срок является индикатором адекватности выбранной стратегии управления.

На втором этапе внедрения все документы СМК были доведены до сведения всех сотрудников.

Затем была создана команда внутренних аудиторов. Так в организации появился еще один элемент управления качеством – аудит качества. В течение следующего месяца был проведен полный внутренний аудит организации, который наряду с оценкой вновь описанных процессов стал частью диагностики уже сформировавшейся системы менеджмента качества больницы. После проведения анализа СМК со стороны руководства и планирования улучшений, больница вышла на сертификацию в выбранном органе сертификации.

Внедрение СМК было признано успешным. Все несоответствия, выявленные в ходе диагностического аудита были исправлены, комплект документов соответствующий требованиям стандарта подготовлен, персонал показал должный уровень подготовки. Таким образом, в ходе сертификационного аудита было признано, что система функционирует в соответствии с системой международных требований.

Спустя два года работы в соответствии с требованиями системы менеджмента качества, для тех, кто только начинает двигаться в данном направлении считаем важным отметить, что построить за год или, даже, два идеальную СМК невозможно. Вначале необходимо «встать на рельсы», руководству в первую очередь убедиться самому и убедить сотрудников в необходимости системы, наметить планы, начать их реализовывать, и, конечно, выполнить весь необходимый, вполне конкретный набор требований стандарта. Опираясь на свой опыт, считаем, что вторую по значимости роль после руководства больницы при внедрении СМК выполнят т.н. «менеджеры среднего звена» – заведующие отделениями, начальники отделов. Именно здесь находится «bottlenecks» (узкое место) системы управления. При интенсивной и адекватной подготовке данного сегмента сотрудников, они становятся главными проводниками новой системы управления, реализующими ее на практике. В тех случаях, когда работе с ними не будет уделено пристального внимания, они же могут стать главными тихими саботажниками внедрения. Тем руководителям, кто хочет внедрить СМК не ради «бумажки», следует уделить этому внимание.

Результаты внедрения. Наряду с выполнением плановых показателей результативности процессов, важнейшим показателем качества работы медицинской организации является оценка удовлетворенности потребителя. Анализ продемонстрировал, что удовлетворенность качеством оказываемой помощи по результатам анкетирования граждан за год использования принципов СМК выросла на 5% и составила в 2013г. – 95% (за 2013г. было опрошено 842 пациента и 770 родственников больных).

В больнице использована сложная многоуровневая система оценки и анализа удовлетворенности потребителя (предложения от пациентов в письменном виде в почтовые ящики находящиеся внутри каждого отделения; результаты еженедельных собраний больных с руководством отделений; результаты ежеквартальных собраний актива пациентов с администрацией больницы; результаты анализа структурированных анкет; отзывы и замечания выписывающихся пациентов и их родственников посредством сбора обратной связи через телефонный опрос; сбор информации через интернет.

Благодаря высокому качеству предоставляемой учреждением помощи, в течение последних двух лет в больнице значительно расширен перечень платных медицинских услуг. Рост оборота составил около 280%. Это позволило инвестировать средства в материально-техническое обеспечение отделений и значительно улучшить условия пребывания пациентов в психиатрическом стационаре, а так же сохранить кадровый потенциал учреждения в условиях сокращения психиатрического коечного фонда города Москвы.

Главным преимуществом учреждения стало то, что теперь оно имеет мощный и гибкий набор инструментов управления для работы в современном мире, который американцы называют миром VUCA – нестабильном, неопределенном, сложном и неоднозначном.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ПЕРВОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПРОЕКТА ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А., Сиденкова А.П.

Нижний Тагил, Екатеринбург
ГБУЗ СО Психиатрическая больница №7,
Уральский ГМУ

Проблемы, ассоциированные с когнитивными расстройствами, по сути являясь медицинскими, тесно сопряжены с социальными, правовыми вопросами, поскольку вовлекают в число заинтересованных лиц представителей молодых поколений и здоровых горожан.

Цель исследования: провести анализ работы Межведомственного Совета по вопросам психического здоровья граждан, проживающих на территории города Нижний Тагил при оказании помощи пожилым пациентам с когнитивными расстройствами с 2013 по 2015 годы.

Материал и методы. Проект по созданию эффективной модели межведомственного взаимодействия через объединение усилий специалистов разных ведомств (Казаковцев Б.А., Поташева А.П., Сиденкова А.П., 2005) для продуктивного решения проблем в области душевного здоровья и реализации программ, направленных на сохранение здоровья жителей города Нижний Тагил. Инициаторы проекта – ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7 (администрация, социальная служба), кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ. Постановлением Главы города Н.Тагил в 2013 году создан Межведомственный Совет по вопросам психического здоровья граждан, проживающих на территории города Нижний Тагил, в рамках которого была реализована авторская программа по оказанию помощи лицам пожилого возраста с когнитивными нарушениями (Сиденкова А.П., 2013). Рабочая группа Межведомственного Совета: представители УГМУ, Управления социальных программ и семейной политики Администрации города Нижний Тагил, Территориального отдела МЗ СО по Горнозаводскому управленческому округу, ГБУЗ СО «ПБ №7», городского Совета ветеранов. Методическое сопровождение проекта: кафедра психиатрии ФПК и ПП УГМУ. Участники программы: 1 группа – сотрудники ГБУ СОН КЦСОН; учреждений здравоохранения; 2 группа – члены Совета ветеранов; клиенты ГБУ СОН КЦСОН; пациенты учреждений здравоохранения; пожилые горожане и их близкие.

Результаты и обсуждение. Суть работы в рамках проекта – повышение общественной осведомленности о когнитивных расстройствах, в установлении продуктивного общения с участниками программы и в поиске путей для решения «специфических» проблем пожилых людей с когнитивными расстройствами. С 2013 года организован геронтопсихиатрический прием на базе амбулаторной психотерапевтической службы ГБУЗ СО «ПБ №7». Для пациентов действуют тренинговые программы. Открыта Школа для родственников, осуществляющих уход за близкими с когнитивными нарушениями. На базе Совета ветеранов ведет прием специалист по социальной работе ГБУЗ СО «ПБ №7» с целью раннего выявления случаев социального неблагополучия у пожилых горожан. Сотрудниками больницы были подготовлены и проведены обзорные циклы лекций для разных целевых групп участников программы: специалистов социальной сферы, предоставляющие социальные услуги лицам пожилого возраста; членов совета ветеранов, клиентов центров социального обслуживания населения, прихожан Храма во имя святого преподобного Сергия Радонежского. При активной поддержке членов Городского Совета ветеранов, специалистов ГКУ «Государственное юридическое бюро по Свердловской области», членов Нижнетагильского местного отделения ОООИ «Новые возможности» для населения города ежегодно /10 октября/ проводятся тематические акции, посвященные Всемирному дню психического здоровья.

Благодаря сотрудничеству с Управлением социальных программ и семейной политики Администрации города Нижний Тагил, решаются организационные вопросы любой сложности. На базе Управления успешно реализуются обзорные циклы: «Социально-психологические аспекты реабилитации и ухода за людьми пожилого возраста с когнитивными расстройствами», «Профилактика семейного неблагополучия» для специалистов социальной сферы, отделений медико-социальной помощи ГБУЗ СО.

Активно развивается направление работы со СМИ. Освещаются мероприятия по информированию населения о проблемах психического здоровья людей в период старения в СМИ: публикации; видеосюжеты; цикл передач «Вечер на Тагил-ТВ: «Деменция»».

В 2015 году прошла конференция «Актуальные вопросы неврологии и психиатрии позднего возраста», где также поднимался вопрос о внедрении апробированной в ГБУЗ СО «ПБ №7» модели оказания помощи лицам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами в соматические поликлиники. Следует подчеркнуть, что именно участковые врачи наиболее заинтересованы в оптимизации работы по охране психического здоровья.

В целом, оценить проводимые мероприятиям достаточно трудно в силу полипрофессиональной направленности нашего проекта. Но, учитывая положительные отзывы специалистов КЦСОН, членов Совета ветеранов, по результатам социологических опросов, мы наблюдаем у участников проекта позитивный эмоциональный настрой, изменения в осознании существующих проблем и их принятие. Возросшее количество случаев обращения к геронтопсихиатру (2013 год – 178 человек /2,8% от общего количества пациентов 6 228/; 2014 год – 446 человек /6,4% от общего количества пациентов 6 964/) говорит об установлении доверительных отношений к специалистам ГБУЗ СО «ПБ №7» у тагильчан, готовности осознанно решать свои проблемы. У родственников, осуществляющих уход за близкими с когнитивными нарушениями, появилась возможность своевременно получать информацию о существующих ресурсах помощи. Очевидно, что разработка и внедрение сотрудниками КЦСОН новых направлений работы с клиентами позволяет расширить перечень оказываемых услуг и обеспечить улучшение качества жизни пожилых людей.

Однако анализ результатов работы позволяет выделить ряд актуальных проблем: отсутствует алгоритм ранней диагностики когнитивных нарушений при оказании первичной врачебной медицинской помощи, не изыскана возможность организации стационарной геронтологической помощи населению. Слабая ориентированность системы здравоохранения на нужды пациентов; недостаточные квалификация медицинских кадров (Улумбекова Г.Э., 2010).

Выводы: подводя итоги реализации программы Межведомственного Совета по вопросам психического здоровья граждан, отмечаем, что в городе скоординирована работа, направленная на поддержку пожилых людей с когнитивными расстройствами в секторе психиатрической, социальной помощи, правовой защиты. А городской проект «Межведомственный Совет по вопросам психического здоровья» стал связующей нитью между профессиональным сообществом и потребителями медицинских и социальных услуг (населением города).

ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, РЕАЛИЗОВАННЫЕ В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ

Некрасов В.А., Пашковский В.Э.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Введение. На современном этапе остро стоит вопрос формирования концепции дальнейшего развития городской психиатрической службы России, что связано с происходящими изменениями как в структуре психической патологии, так и в социально-политическом устройстве нашего общества. В разработке новой концепции развития психиатрической службы необходимо опереться на отечественный опыт, учесть успешные, а, зачастую, и неудачные подходы к развитию и модернизации психиатрии.

Именно дореволюционный период, предшествовавший Первой мировой войне, обнаруживает огромное количество аналогий с современностью. Период смены социальной перестройки общества с формированием капиталистического общества. Соседство значительных успехов в лечении душевнобольных с отчетливым недостатком средств для их призрения, переполнение лечебных учреждений хронизированными больными, для которых недостаточно мест в богадельнях (или их современных аналогах – психоневрологических интернатах), трудности решения многочисленных социальных задач, выходящих за рамки собственно медицины – все это мы видим и сейчас.

Целью нашего исследования было выделение и описание моделей развития психиатрической службы, которые были реализованы в Санкт-Петербурге и других регионах России в дореволюционный период, и оценка успешности их реализации.

Материалом исследования послужили: 1) материалы Российского государственного исторического архива, Центрального государственного архива Санкт-Петербурга, Российского государственного военно-исторического архива и архива Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы св. Николая Чудотворца; 2) законодательные акты конца XIX – начала XX веков; 3) редкие литературные источники; 4) научные статьи по исследуемой тематике; 5) диссертационные работы по истории психиатрии.

Результаты исследования. Началом истории психиатрической службы и систематического призрения душевнобольных считается открытие в 1771 году первого долгауза на месте будущей Обуховской больницы в Санкт-Петербурге. Призрение умалишенных в те годы возлагалось на Приказы Общественного призрения, которые были созданы во всех губерниях. В целом создание все большего количества больниц определялось не столько разработанным планом и положениями психиатрической науки, сколько финансовыми возможностями приказа и остротой потребности призрения больных, достигавшей нередко степени «социального бедствия».

Полноценные концепции призрения душевнобольных появились позднее, когда задача их призрения переходит от центральной власти (Ведомства учреждений Императрицы Марии и Приказов общественного призрения) к земствам и городскому общественному управлению после земской реформы 1864 года.

Решение задачи призрения душевнобольных не было очевидным. Ярчайшими примерами противопоставления концепций можно считать открытые дискуссии П.И. Якобия и В.Р. Буцке, Н.Н. Баженова и О.А. Чечотта, Н.Н. Баженова и П.И. Якобия. Создавались многочисленные комиссии и комитеты. Одной из основных задач первых съездов психиатров – было обсуждение проблем организации психиатрической помощи и обмен опытом в этой области. Значительная часть заседаний обществ психиатров в Санкт-Петербурге и Москве была посвящена вопросам организации психиатрической службы и создания новых психиатрических учреждений. Наличие разнообразных концепций во многом определило и многообразие путей, по которым шли первые организаторы психиатрической службы.

Нами было выделено 4 основные модели, успешно реализованные в изучаемый период.

Первая – «Московская» модель, которая характеризовалась созданием самостоятельных психиатрических больниц, принимающих все категории больных, часто дополненных семейным патронажем «у ворот больницы». Эта модель была реализована во многом усилиями Н.Н. Баженова, который развил идеи В.Р. Буцке. К 1914 году Москва была разделена на 2 района, которые обслуживали Преображенская и Алексеевская больницы. Дальнейшее развитие предполагало выделение 3-го района с постройкой новой больницы. Именно эта организационная модель легла в основу советской модели организации психиатрической помощи и является основой современной нам психиатрической службы России.

Вторая – «Земская» модель, которая близка к «Московской» и часто от нее не отделяется, хотя имеет ряд принципиальных отличий, а временами прямо ей противоположна. В рамках «Земской» модели создавались больницы-колонии за пределами города с отказом в них от разделения больных даже в пределах одной больницы, с внедрением системы «не стеснения», «открытых дверей», возможностью использования обширных территорий для сельскохозяйственных работ. Несмотря на организацию часто огромных больниц, модель предусматривала возможность децентрализации психиатрической помощи (создание небольших филиалов, отделений при земских непсихиатрических лечебных учреждениях, сельского патронажа и т.д.). Что наиболее важно: основой модели стал отказ от универсальных решений – учреждения создавались и приспосабливались в зависимости от местных условий. Именно это качество позволило этой модели стать самой широко распространенной в тот исторический период. Разрабатывали и реализовывали «земскую» модель целая плеяда выдающихся земских психиатров – П.И. Якобий, В.И. Яковенко, М.П. Литвинов П.П. Кащенко и т.д. Модель была реализована в Тверском, Самарском, Пензенском, Смоленском, Московском, Санкт-Петербургском и многих других земствах

Третья – «Петербургская» модель, созданная усилиями, прежде всего, О.А. Чечотта. Эта модель характеризовалась высокой степенью централизации и специализацией отдельных учреждений (больница-лечебница, больница для хроников, больница-колония) под единым руководством. Широко использовалась возможность перевода больных из одного учреждения в другое с целью оптимального использования ресурсов. Модель уникальная и не имеющая в мире аналогов, была успешно реализована в одном из крупнейших городов страны, к 1914 году полностью удовлетворив потребности столицы в местах для психически больных.

Четвертая – «Министерская» модель, реализовывалась усилиями Л.Ф. Рагозина, который в течение 20 лет (1888-1908) был главой Медицинского департамента Министерства Внутренних Дел). В рамках этой модели создавались огромные окружные больницы (часто на несколько губерний), которые принимали всех больных, как острых, так и хронических, с обслуживаемых территорий. Окружные лечебницы находились в обязательном подчинении Министерству внутренних дел, а не земствам или городскому общественному управлению, как во всех остальных моделях. Окружные психиатрические лечебницы был открыты в Казани, Варшаве, Виннице, Томске, Московской губернии и т.д. Больницы открывались преимущественно в губерниях, где не было земской медицины. Там же, где существовали земские психиатрические больницы, окружные лечебницы принимали больных, которых должно было призревать государство (находящихся на экспертизе, принудительном лечении, иногородних и т.д.).

Заключение. Успешная реализация столь различных, а зачастую противоположных по своему теоретическому обоснованию, концепций развития психиатрической службы в дореволюционной России, позволяет говорить нам о необходимости их тщательного изучения. Многие из организационных решений, с учетом их масштабной реализации, могут быть использованы и в настоящее время. Модернизация современной психиатрической службы, безусловно, должна идти с учетом колоссального опыта, накопленного в дореволюционный период. Представляется интересным возможность рассмотрения использования различных организационных решений в различных регионах страны, подобно тому, как это было сделано в описываемый период.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ НЕВРОЗОВ

Нохрина Л.Я., Платонов Д.Г.

Кемерово
ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ

С 1993 года в Кемеровской областной клинической психиатрической больнице на базе двух, так называемых, «пограничных» отделений нами был организован специализированный центр для лечения пограничных нервно-психических состояний. Изначально работа центра планировалась на базе нескольких инновационных принципов: 1. Принцип «один больной – один врач», когда на всех этапах пациент контактирует с одним, выбранным им врачом, который, соответственно, принимает его амбулаторно, при необходимости госпитализирует в специализированное отделение неврозов, где является его лечащим врачом, и, при достижении задач стационарного этапа терапии, выписывает его из отделения, продолжая амбулаторное наблюдение в тех рамках, которые оказались установлены совместными с больным договоренностями; 2. Принцип «скользящего режима пребывания больного в стационаре», при котором когда, в зависимости от состояния, больной может находиться непосредственно на стационарном режиме, или переводиться на режим дневного или даже ночного пребывания; 3. Принцип «опосредования психофармакотерапии», когда медикаментозное лечение назначается в рамках общей, заранее разработанной программы, учитывающей психологическую предиспозицию пациента, его отношение к лекарствам вообще и к конкретным препаратам, в частности, с тем, чтобы сам факт назначения того или иного лекарства «утилизировал» имеющийся у пациента терапевтический опыт, либо его отсутствие. 4. Принцип «активной психотерапевтической среды», под которой мы понимаем всю, управляемую врачом, совокупность событий, происходящих с больным и вокруг больного во время его нахождения в отделении неврозов, а иногда и вне отделения; 5. Принцип «дифференцированных, поэтапных лечебно-реабилитационных программ», 6. Принцип «стержневого психотерапевтического метода», полагаем, не требуют дополнительных пояснений.

Вышеописанные принципы, как нам представляется, открывают у специализированного отделения неврозов особые возможности, которых нет ни у «обычных» пограничных отделений в структуре психиатрических больниц, ни у психотерапевтических отделений, базирующихся в общесоматических клиниках. Мы имеем в виду следующие возможности: 1. психологическое обособление и мотивирование пациента, когда создается искусственное отделение пациента от привычного для него круга общения и рода деятельности. 2. клинически ориентированное мотивирование врача, которое создается за счет повышенной ответственности за конкретного больного, которого, как было сказано выше, один врач ведет на всех этапах. 3. комплексность терапии, определяемая психотерапевтической ориентацией и опосредованием психофармакотерапии, 4. расширенное использование психотерапевтических подходов и 5. общая психотерапевтическая среда, которые естественным образом вытекают из обозначенных выше особенностей, создаваемых специфической организационной структурой.

За столь длительный временной промежуток существования специализированного подразделения для лечения пограничных нервно-психических расстройств, удалось сделать множество ценных наблюдений, описанных нами в предшествующих работах. Здесь нам хотелось бы остановиться на изменениях, произошедших в лечении больных неврозами, расстройствами личности, неврозо- и психопатоподобных расстройств, которые представляются нам крайне важными для общего состояния здоровья жителей Кемеровской области, и которые, как мы считаем, связаны с непосредственным функционированием специализированного отделения, работающего на вышеописанных принципах. В 1993 году среднее время, которое проходило для пациента, страдающего пограничными нервно-психическими расстройствами с момента начала его болезненных проявлений и до первого обращения к психиатрам или психотерапевтам, составляло 3 года! Эти три года пациент проводил в бесчисленных консультациях и лечебных мероприятиях у врачей общесоматической сети и (или) пытаясь получить помощь за счет различных нетрадиционных «целительских» практик. На конец 2014 года этот срок сократился до 7 месяцев.

Таким образом, нам представляется, что форма и структура, использованные нами в ходе работы специализированного подразделения для лечения пограничных нервно-психических расстройств, является успешным примером организации наиболее эффективной помощи этой сложной группе больных.

АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БРИГАД СКОРОЙ ПОМОЩИ В СОМАТИЧЕСКИЕ СТАЦИОНАРЫ Г. КАЗАНЬ

Орлов Г.В., Митрофанов И.А.

Казань
КГМУ

Основной задачей психиатрической бригады СМП является оказание скорой психиатрической помощи в случаях возникновения или обострения психических расстройств в любом месте пребывания пациента, включая медицинские учреждения. Кроме того, психиатрическая бригада скорой помощи выполняет задачу транспортировки психически больных в случае необходимости по направлению врача – психиатра с использованием специального автотранспорта и в со-провождении специально подготовленного медицинского персонала.

По данным психиатрической службы России неуклонно растет потребность в психиатрических и психотерапевтических консультациях больных, в том числе соматических стационаров, до 5,0–7,0% ежегодно.

Задача психиатра в соматическом стационаре заключается в выявлении психической патологии, определении дальнейшей тактики лечения пациента, в частности, возможности проведения лечения в условиях соматического стационара или необходимости перевода больного в специализированный психиатрический стационар. Особенностью психиатрической консультации в лечебных учреждениях общесоматического профиля является то, что 48% пациентов многопрофильных больниц, которые обнаруживали психические расстройства, ранее не лечились у психиатра и не имели психиатрического диагноза. Кроме того, инициатива обращения к психиатру исхо-

дит непосредственно от пациента крайне редко (менее чем в 7% случаев). Как правило, лечащий врач рекомендует консультацию психиатра, когда он имеет трудности в курации больного. Также с просьбой о психиатрической консультации могут обращаться родственники пациента. В 20% случаев за запросом о психиатрической консультации может стоять межличностный конфликт между пациентом и медицинским персоналом.

Актуальность данного исследования подтверждают данные о распространенности психической патологии среди больных соматических стационаров, согласно которым распространенность невротических и соматоформных расстройств среди таких больных составляет 26%, сосудистой деменции 16-20%, синдрома зависимости от ПАВ 9-9,1%, расстройства шизофренического спек-тра 3,7-4%, органические и аффективные расстройства по 3%.

По данным нашего исследования 7,9% всех вызовов психиатрических бригад совершались в соматические стационары.

Целью исследования стало изучение структуры вызовов, определение контингента больных и причин вызовов психиатрической бригады в соматические ЛПУ г. Казани.

Материал исследования был собран на основании анализа личного выполнения 87 вызовов психиатрических бригад скорой медицинской помощи в стационары соматического профиля г. Казани за период с 01.12.2012 по 14.10.2014 и изучения карт вызовов.

Причинами вызовов становились чаще всего эпизоды острого нарушения сознания, суицидальные попытки, нарушения поведения больного. При этом только 26,43% этих больных находились на диспансерном наблюдении у психиатра.

Среди осмотренных в соматическом стационаре пациентов 20% страдали шизофренией. Поводом вызова к ним чаще всего были суицидальная попытка, совершенная по бредовым или галлюцинаторным мотивам, бредовое поведение, другие симптомы психических расстройств. Среди этих больных 89,8% были госпитализированы в психиатрический стационар, в т.ч. 2 больных, ранее не наблюдавшихся у психиатра, которые были госпитализированы в психиатрический стационар из соматического отделения в связи с дебютом эндогенного процесса.

К 4,71% больных психиатрическая бригада была направлена в связи с нарушениями поведения при умственной отсталости. Из них половина были госпитализированы в психиатрический стационар. 5,88% больных находились под наблюдением невролога или психиатра с диагнозом эпилепсия. Поводом к вызову у них стала спутанность сознания (состояние «оглушения» после при-падка), либо конфликты с окружающими из-за личностных изменений в связи с эпилепсией.

Также у 14,12% больных, осмотренных психиатрической бригадой, в период лечения в стационаре развилась делириозная симптоматика на фоне алкогольной абстиненции. Такие состояния, возникающие у больных данной группы, характеризуются более тяжелым течением и редко встречаются в чистом виде. Крайне трудны для лечения пациенты, у которых делирий развивается на фоне острого деструктивного панкреатита, цирроза печени, в остром периоде инфаркта миокарда, при сопутствующем сахарном диабете.

После демонстрации суицидальной попытки на фоне алкогольного опьянения были осмотрены 4,6% больных. Такие вызовы чаще всего были в травмапункты или в отделения токсикологии, где после оказания неотложной хирургической помощи, после стабилизации состояния решался вопрос о необходимости лечения этих больных в психиатрическом или наркологическом стационаре. В тоже время у 7,06% больных от общего числа обследованных, не наблюдавшихся ранее у психиатра, суицидальная попытка произошла на фоне симптомов депрессии, и они были госпитализированы в психиатрический стационар. Суицидальная попытка на фоне депрессивного эпизода текущего эндогенного процесса наблюдалась в 10,34% вызовов в соматический стационар.

16,47% больных соматических стационаров были осмотрены в связи с нарушениями поведения и агрессивными действиями на фоне алкогольного или наркотического опьянения. Такие вызовы часто осуществлялись в приемные отделения многопрофильных стационаров, куда такие больные доставлялись линейными бригадами скорой медицинской помощи.

У 2,41%, причиной вызова в соматический стационар стали расстройства личности органического генеза, при этом поводом к вызову стали конфликты с медицинским персоналом или другими больными этих стационаров.

Таким образом, обоснованность вызовов психиатрических бригад в лечебно-профилактические учреждения, когда повод к вызову реально подразумевал необходимость оказания неотложной психиатрической помощи больному соматического стационара, составляет 65,51%, что гораздо выше, чем среди общего количества вызовов психиатрических бригад скорой помощи (42,84%), несмотря на то, что в 60,92% в госпитализации в психиатрический или наркологический стационар было отказано. В этих случаях бригадой оказывалась медикаментозная помощь на месте, давались рекомендации по дальнейшей тактике лечения больного или, по показаниям, перевода в другое соматическое отделение.

За последний год отмечается рост числа больных соматического стационара, осмотренных психиатром и имевших направление на госпитализацию в психиатрический или наркологический стационар. Такие вызовы составляют 13,79% от общего числа вызовов в соматический стационар. Однако, ввиду отсутствия во многих ЛПУ ставок психиатра-консультанта, по данным нашего ис-следования зачастую вызовы психиатрической бригады осуществлялись для плановой консультации, в том числе решения социальных вопросов, что малообоснованно и экономически нецелесообразно.

Таким образом, отсутствие психосоматических отделений в многопрофильных ЛПУ, алгоритма выявления психических заболеваний в соматических стационарах, критериев оценки показаний для оказания экстренной психиатрической помощи и недостаточное методическое обеспечение снижает эффективность оказания неотложной психиатрической помощи в соматических стационарах. Весьма актуальны для повышения знаний врачей общемедицинской сети разработка специальных учебных программ по конкретным проблемам психосоматической патологии (клиника, диагностика, терапия), издание соответствующей методической литературы, проведение тематических конференций и семинаров, организация курсов повышения квалификации.

ДИНАМИКА ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХОЗАМИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2000 ПО 2011 ГГ.

Петрачков И.В.

Томск
НИИПЗ СО РАМН

Актуальность. В России к началу XXI века под диспансерным наблюдением в психоневрологических учреждениях состояло более 1,9 млн. человек, или 1,4% населения страны. Ежегодно под диспансерное наблюдение берутся 130-135 тыс. человек. За последнее пятилетие первичная заболеваемость психическими расстройствами возросла на 21%, причем в эти показатели не вошли больные с алкогольными психозами, алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией. Психические расстройства играют важную роль в инвалидизации населения. Так, среди заболеваний, обусловивших инвалидность, у взрослых психические расстройства составляют 3,9% (Довляшевич

М. П., 2011). Психическое здоровье общества и социальные факторы, влияющие на его функционирование, имманентны по своей сути и являются неизменной компонентой психиатрической парадигмы (Бохан Н.А., Артемьев И.А., Мандель А.И., 2010). Политические и социально-экономические перемены, реформирование социальных институтов, произошедшее в нашей стране, не могли не сказаться на психическом здоровье населения. Наиболее уязвимым в этом отношении оказалось сельское население (Н. А. Бохан, А. И. Мандель, В. Н. Кузнецов, 2011).

Цель работы. Разработать предложения по организации специализированной помощи больным с психозами.

Задачи. Изучить динамику общей и первичной заболеваемости психозами в Томской области в период с 2000 по 2011 гг.

Материалы и методы. Клинико-статистический, катамнестический

Результаты и обсуждение. Динамические показатели общей заболеваемости психозами показывают, что для города характерны более высокие показатели по сравнению с селом. За одиннадцать лет (с 2000 по 2011 гг.) показатели по городу увеличились с 868,4 до 1007,6 на 100 тыс. населения. В селе до 2010 года величины достаточно стабильны, а с 2010 года наблюдается резкое снижение с 672 до 551 на 100 тыс. населения.

Динамические показатели общей заболеваемости психозами в городах показывают, что для мужчин характерны более высокие показатели по сравнению с женщинами. За одиннадцать лет (с 2000 по 2011 гг.) показатели мужчин увеличились с 848,7 до 1169,6 на 100 тыс. населения. Заболеваемость психозами женщин также увеличилась с 797 до 869,1 на 100 тыс. населения.

Динамические показатели общей заболеваемости психозами в селах показывают, что для мужчин характерны более высокие показатели по сравнению с женщинами. В период с 2000 по 2011 гг. показатели мужчин несколько уменьшились с 705 до 675 на 100 тыс. населения, причем основной всплеск заболеваемости пришелся на 2009 и 2010 гг. (955,2 и 856,9 соответственно). Распространенность психозов у женщин уменьшилась с 562,6 до 436,4 на 100 тыс. населения.

Динамические показатели общей заболеваемости психозами всего показывают, что для мужчин характерны более высокие показатели по сравнению с женщинами. В период с 2000 по 2011 гг. показатели мужчин увеличились с 867,3 до 1013 на 100 тыс. населения, причем пик заболеваемости наблюдался в 2008 году (1083,6 на 100 тыс. населения). Распространенность психозов у женщин практически не изменилась – с 721,4 до 739,8 на 100 тыс. населения, но пик заболеваемости пришелся на 2006 год (939 на 100 тыс. населения).

Динамические показатели первичной заболеваемости психозами показывают, что для города характерны более высокие показатели по сравнению с селом. В период с 2000 по 2011 гг. показатели по городу значительно увеличились с 66,8 до 127,7 на 100 тыс. населения. Следует выделить несколько подъемов величин – 99,8 в 2003 году, 107,5 в 2007 году и максимальное значение 127,7 в 2011 году. Распространенность первичной заболеваемости психозов в селе уменьшилась незначительно – с 58 до 49,6 на 100 тыс. населения, причем минимальные показатели зарегистрированы в 2008 году – 37,9.

Динамические показатели первичной заболеваемости психозами в городах показывают, что для женщин характерны более высокие показатели по сравнению с мужчинами. В период с 2000 по 2011 гг. показатели мужчин увеличились с 64,7 до 102,3 на 100 тыс. населения, однако наиболее низкий показатель зарегистрирован в 2009 году – 53,9. Заболеваемость психозами женщин значительно увеличилась с 68,7 до 149,4 на 100 тыс. населения, причем в период с 2004 по 2005 гг. показатели были ниже (60,9 и 61,9 соответственно) чем у мужчин (103,6 и 72,8 на 100 тыс. населения). Также, стоит отметить наиболее заметные подъемы величин у женщин – в 2007 г. до 117,9 и в 2011г. до 149,4 на 100 тыс. населения.

Динамические показатели первичной заболеваемости психозами в селах показывают, что для мужчин характерны более высокие показатели по сравнению с женщинами. В период с 2000 по 2011 гг. показатели мужчин уменьшились с 72,2 до 45,4 на 100 тыс. населения. Наиболее низкий показатель зарегистрированы в 2008 г. и составил 39,5 на 100 тыс. населения, тогда как самый высокий в 2000 г. – 72,2. Заболеваемость психозами женщин незначительно увеличилась с 44,7 до 53,5 на 100 тыс. населения. Наиболее высокий показатель отмечен в 2002 г. и составил 63,3 на 100 тыс. населения, тогда как самый низкий в 2009 г. – 32,4. Стоит отметить снижение заболеваемости мужчин и женщин в периоды с 2006 по 2008 гг., а также подъем показателей с 2009 по 2010 гг.

Динамические показатели первичной заболеваемости психозами всего показывают, что для женщин характерны более высокие показатели по сравнению с мужчинами. В период с 2000 по 2011 гг. показатели мужчин увеличились с 67,2 до 84,4 на 100 тыс. населения, причем наименьшие величины пришлись на 2009 год (54,5). Заболеваемость психозами женщин значительно увеличилась с 61 до 120,8 на 100 тыс. населения, причем в период с 2002 по 2005 гг. отмечалось снижение показателе по сравнению с мужчинами. Также, стоит отметить наиболее заметные подъемы величин у женщин – в 2007 г. до 99,8 и в 2011 г. до 120,8 на 100 тыс. населения. Важно обратить внимание на период с 2000 по 2002 гг., когда отмечается увеличение первичной заболеваемости психозами, как у мужчин, так и у женщин.

Выводы. Для города характерны более высокие показатели общей и первичной заболеваемости психозами по сравнению с селом. В городах для мужчин характерны высокие показатели общей заболеваемости психозами, тогда как для женщин – первичной заболеваемости психозами. Динамические показатели общей и первичной заболеваемости психозами в селах показывают, что для мужчин характерны более высокие показатели по сравнению с женщинами. Динамические показатели первичной заболеваемости психозами всего у женщин выше, тогда как для мужчин характерны более высокие показатели общей заболеваемости психозами всего.

НЕОТЛОЖНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Пильщик А.Б., Коломбет О.О.

Омск
БУЗ Омской области КПБ им. Н.Н. Солодникова

Практика работы врачом бригады скорой психиатрической помощи показывает, что непосредственным поводом к вызову скорой психиатрической помощи обычно служит возбуждение больного. Возбуждение является одним из проявлений болезни, «узловой» ее точкой, в которой проявляются специфические для каждого заболевания особенности. Аффективная «окраска» возбуждения позволяет судить, на сколько остро протекает само заболевание. Ярко выраженное, аффективно окрашенное возбуждение, свойственное остро протекающим расстройствам, прогностически более благоприятно и лучше поддается купированию.

Медицинская помощь при неотложных состояниях в психиатрии заключается по показаниям в следующем: физическом удержании, фиксации пациента, фармакотерапии, доставке в специализированный психиатрический стационар.

Важную роль играет доступность скорой медицинской помощи, в том числе специализированной скорой психиатрической помощи.

Общая стратегия при оказании скорой помощи состоит в обеспечении безопасности его, окружающих и медперсонала, предотвращении нанесении больным возможного вреда, и том

числе предотвращении самоубийства, самоповреждения и проявления агрессии к окружающим.

Целью догоспитального этапа является снижение интенсивности болезненных проявлений, позволяющее обеспечить доставку больного в стационар и проведения первичного обследования дежурным психиатром.

Возбуждение – сложное патологическое состояние, оно слагается из отдельных компонентов: речевого, двигательного, психического (ускоренного типа ассоциаций), растерянности, тревоги, страха, бреда. Состояния возбуждения неспецифичны и их клинико-психопатологическое своеобразие сохраняется лишь до известной степени. Нарастание возбуждения стирает различия между отдельными его типами, оно может становиться хаотичным, мышление бессвязным, аффект достигает максимальной напряженности. Возбуждение ведет к значительным метаболическим изменениям, расходованию энергетических и пластических ресурсов организма, вторичной гипоксии мозга, способствует развитию декомпенсации и острых расстройств сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем.

В условиях скорой помощи часто встречается состояние возбуждения, развившиеся на фоне острой черепно-мозговой травмы, острых нарушений мозгового кровообращения, прекоматозных состояний, экзогенных отравлений и эндогенных интоксикаций.

Недооценка соматического состояния в этих случаях может привести к неправильным тактическим действиям, в результате которых больной, нуждающийся в экстренной терапевтической, хирургической и других видах помощи, получит ее с большим опозданием. Неправильное представление о причине возбуждения может повлечь за собой использование слишком больших доз психотропных препаратов, что приведет к значительным, иногда критическим расстройствам жизненно важных функций или извращению клинической картины.

Купирование возбуждения у психически больного – это начало его лечения не зависимо от того, будет ли больной госпитализирован или оставлен на месте.

Отделение скорой психиатрической помощи существует при нашей больнице более тридцати лет. За это время сложился высокопрофессиональный, грамотный коллектив. Многолетний опыт работы позволил разработать основные принципы купирования возбуждения в условиях скорой психиатрической помощи, которые используют в своей работе наши врачи. Квалифицируют тип возбуждения, его место в структуре основного синдрома, основные компоненты возбуждения. Определяют уровень расстройства и выбирают препараты в соответствии их действия уровню расстройства. Оценивают соматическое состояние больного, дозы препаратов и путь их введения выбирают в зависимости от соматического и физического состояния больного. Назначают ударные дозы (максимально допустимые при разовом применении) – это позволяет достичь максимального эффекта за минимальный срок. Назначают симптоматическую терапию в зависимости от причин от причин возбуждения. Для профилактики ортостатических осложнений одновременно с психотропными средствами вводят кордиамин или другие аналогичные препараты.

Каждый психотропный препарат имеет свой спектр активности, включающий общее антипсихотическое действие (воздействие на психоз в целом, обрывающее психоз действие) и избирательное действие на отдельные «симптомы-мишени» (тревогу, страх, галлюцинации, бред, кататонические расстройства и другие). Хотя по спектру активности психотропные средства адресуются к психическому уровню расстройств, все они соматотропны, так как воздействуют на различные органы и системы организма.

Дозы психотропных средств для купирования возбуждения могут определяться типом возбуждения. Выбор дозы зависит от общего функционального фона, на котором возникло возбуждение. В тех случаях, когда возбуждение возникло как проявление декомпенсации психического заболевания (больной соматически здоров), для его купирования могут быть максимальные дозы. В случаях возбуждения, являющихся следствием глубоких метаболических расстройств (интоксикации, тяжелые инфекции и др.), необходимо уменьшить дозу или даже отказаться от сильнодействующих нейролептиков и ограничиться применением «малых» транквилизаторов и седативных средств.

Окончательную формулировку диагноза заболевания и определения ведущего синдрома проводят в психиатрической больнице, куда больных доставляют после оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Покоев А.И.

Владивосток
Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Приморскому краю

В рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности Росздравнадзором проводятся контрольные мероприятия по соблюдению медицинскими организациями порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения установлен приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 №566н и определяет правила оказания психиатрической помощи в структурных подразделениях специализированных и многопрофильных медицинских организаций, стандарты их оснащения и требования к подготовке специалистов, а также рекомендуемые штатные нормативы.

Минздравом РФ издан ряд приказов, утверждающих стандарты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи при психических расстройствах, одной из основных задач которых является обеспечение равенства доступности и качества медицинской помощи, независимо от места проживания пациента.

Проверки психиатрических учреждений и психиатрических подразделений медицинских организаций Приморского края показывают, за редким исключением, наличие системных проблем качества оказания психиатрической помощи:

1. Углубляющийся дефицит кадров психиатрической службы, особенно в части доступности психотерапевтической и социотерапевтической помощи, делает невозможным соблюдение порядка оказания психиатрической помощи в необходимом объеме и качестве.

2. Несоответствующая современным задачам этапной реабилитации структурно – функциональная организация психиатрической помощи в специализированных и многопрофильных учреждениях.

3. Несоблюдение порядка оказания психиатрической помощи в части оснащения медицинских организаций современным диагностическим и лечебно-реабилитационным оборудованием.

4. Несоблюдение стандартов оказания медицинской помощи при психических расстройствах, особенно в части объема и периодичности диагностических исследований, применения психотерапии и социотерапии, игнорирование современных методических рекомендаций по биологической терапии психических расстройств, что нередко ведет к «нейротоксичности» терапии.

5. Сужение или практическое отсутствие возможностей для организации доступного для пациентов реабилитационного пространства, особенно в амбулаторных условиях.

6. Разрыв между потребностями в непрерывном профессиональном образовании и расширении компетенций и сложившейся практикой подтверждения сертификатов один раз в пять лет, что сопровождается отставанием подготовки врачей-психиатров от современного уровня знаний в области психиатрии, нейропсихиатрии, психофармакотерапии, психотерапии.

7. Несоблюдение требования законодательства об охране здоровья граждан на получение от пациентов в установленных случаях информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства в необходимом объеме, что отражается на качестве комплайенса и нарушает права пациентов.

8. Недостаточная эффективность используемых в медицинских учреждениях технологий внутреннего контроля качества психиатрической помощи и отсутствие контроля за качеством психиатрической помощи со стороны профессионального сообщества.

Таким образом, обеспечение равенства доступа пациентов с психическими расстройствами к качественной медицинской помощи на основе утвержденного порядка и стандартов оказания медицинской помощи при психических расстройствах пока не достигнуто.

Конечно, решение этого далеко не полного перечня проблемных вопросов задача не одного дня и требует серьезных материальных и организационных ресурсов, не столь доступных в современных реалиях. Тем не менее, возможно обозначить некоторые ближайшие подходы к улучшению качества психиатрической помощи на уровне отдельных субъектов РФ:

1. Разработка в рамках полномочий главного внештатного специалиста по психиатрии субъекта РФ и организационно-методических отделов психиатрических учреждений предложений для руководителей медицинских организаций к технологиям проведения внутреннего контроля качества работы психиатрических подразделений, особенно в многопрофильных медицинских учреждениях.

2. Более активное использование возможностей психиатрических ассоциаций в субъектах РФ в рамках общественного контроля качества оказания психиатрической помощи с последующим формулированием предложений по ее улучшению, в том числе для уровня руководителей медицинских организаций.

3. Организация взаимодействия между профильными кафедрами медицинских университетов и профессиональными ассоциациями в пространстве непрерывного образования специалистов психиатрической службы субъекта РФ по наиболее проблемным вопросам деятельности.

4. Инициативное формулирование профессиональными ассоциациями субъектов РФ предложений в адрес главного внештатного специалиста МЗ РФ по психиатрии по совершенствованию порядка и стандартов оказания медицинской помощи при психических расстройствах.

РАБОТА АМБУЛАТОРНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Пухлякова Е.В., Ворсина О.П.

Иркутск
ОГБУЗ Иркутский ОПНД,
ОГКУЗ Иркутская областная КПБ №1

Амбулаторное психотерапевтическое отделение Иркутского областного психоневрологического диспансера оказывает консультативную, лечебно-диагностическую, психокоррекционную, психотерапевтическую помощь взрослому и детскому населению г.Иркутска и Иркутской области.

Цель исследования: изучение частоты и причин обращаемости населения г.Иркутска и Иркутской области за психологической и психотерапевтической помощью.

Объект исследования: 3711 человек, обратившихся за помощью в амбулаторное психотерапевтическое отделение ИОПНД за 2014 год.

Количество пациентов, обратившихся к врачам – психотерапевтам составило 3492 человека, к психологам – 219 человек (94% и 6% соответственно). Кратность обращений к психотерапевтам – 2,6 раза, к психологам – около 20 раз. 27% составили лица мужского пола, 73% – женщины.

45% обратившихся были отнесены по МКБ-10 к рубрике F (Психические и поведенческие расстройства), 55% обращений классифицированы в других рубриках (A, B, G, R, Z).

Большая часть всех обращений (54%) приходилась на рубрику Z, которая характеризует потенциальную опасность для здоровья, связанную с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами. Чаще всего- это проблемы, связанные с взаимоотношениями / разногласиями супругов или партнеров, ведущие к враждебности, нежеланию понять друг друга или постоянной атмосфере грубого межличностного насилия (Z63) либо получение совета или лечебных рекомендаций для третьего лица (чаще всего -консультации родственников по проблемам детей) (Z71). Реже встречались проблемы, связанные с обучением и грамотностью (провал на экзамене, плохая адаптация к учебному процессу, конфликты с учителями и соучениками) и проблемы, связанные с работой и безработицей.

Из всех обращений, отнесенных по МКБ-10 к рубрике F (1671 человек), женщины составили 69%, мужчины -31%. Основная доля обращений (55%) приходилась на невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Примерно равные доли составили органические, включая симптоматические психические расстройства (14%), расстройства настроения (13%) и нарушения психологического (психического) развития (10%). На рубрики шизофрения, поведенческие симптомы, связанные с физиологическими нарушениями, расстройства личности и поведения в зрелом возрасте приходилось по 2,5% обращений. Обращения лиц с умственной отсталостью были единичными (0,5%).

22,4% от всех обращений приходилось на сельских жителей области. Женщины составили 64%, мужчины – 36%, половина обратившихся – это люди 20-39 летнего возраста. Распределение по нозологиям в рубрике F сельских жителей было аналогичным распределению пациентов г. Иркутска.

В сложных дифференциально-диагностических ситуациях или при отсутствии ожидаемого результата от фармакотерапии пациенты направлялись в психиатрические стационары города Иркутска. За 2014 год были госпитализированы 463 пациента (31% взрослого населения, обратившегося за помощью).

Полученные результаты должны учитываться при оказании помощи больным с пограничными психическими расстройствами и служить основой для разработки более совершенных и дифференцированных лечебно-профилактических программ.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ГБУЗ «ПКБ №3 ИМ. В.А. ГИЛЯРОВСКОГО» ДЗМ

Савельев Д.В., Столяров Г.Б., Костюк Г.П.

Москва
ГБУЗ ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ

Одним из признанных направлений реформирования здравоохранения и повышения эффективности работы, в том числе совершенствования психиатрической помощи является перераспределение приоритетов в объеме различных ее видов с преимущественным развитием стационарозамещающих технологий. Такие технологии должны предусматривать снижение затрат на дорогостоящую стационарную помощь, эффективную профилактику рецидивов в амбулаторных условиях, социально-трудовую реабилитацию и уменьшение таким образом непрямых экономических затрат. Происходящие сегодня изменения в системе оказания психиатрической помощи города Москвы соответствуют европейским тенденциям и направлены на то, чтобы оказывать необходимую помощь в привычной для пациента социальной среде.

В рамках организации новой модели оказания психиатрической помощи в городе Москве приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 30.07.2013г. «Об организации психиатрической неотложной помощи в городе Москве» впервые в РФ на базе ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского был организован новый вид специализированной медицинской помощи – неотложная психиатрическая помощь. Данный вид помощи оказывают три бригады отделения неотложной психиатрической помощи (ПОНП), работающие в круглосуточном режиме на территории ВАО и ЦАО г. Москвы. Бригады ПОНП заняли нишу между экстренной помощью, оказываемой психиатрическими бригадами скорой помощи и плановой психиатрической помощью, которую оказывают ПНД. Вызов бригад осуществляется через телефон скорой психиатрической помощи Станции или непосредственно по телефону ПОНП. Поводами к вызову являются состояния, не являющиеся экстренными, но требующие неотложной помощи.

Суть проекта в том, что неотложная помощь выезжает на дом по вызову при обострениях, но может посетить больного и без вызова – для осуществления контроля амбулаторной помощи. Неотложная помощь берет на себя функцию купирования обострения, взаимодействия с диспансером, стационаром и скорой психиатрической помощью.

Основной задачей отделения является оказание первичной специализированной помощи населению на дому при психических расстройствах не требующих экстренной специализированной помощи и не опасных для жизни.

Основные цели:

а) оптимизация работы по преемственности оказания психиатрической помощи между стационаром (ПБ) и амбулаторной службой (ПНД);

б) сокращение количества повторных госпитализаций в стационар;

в) улучшение качества и доступности психиатрической помощи в рамках территориального объединения ПКБ № 3;

г) сокращение выездов врачебных бригад скорой психиатрической помощи СС и НМП им. А.С. Пучкова г. Москвы (далее СПП) к пациентам проживающим на территории обслуживания ПКБ № 3.

В начале своей деятельности отделение функционировало в полусуточном режиме (10.00-22.00), однако учитывая наиболее частые поводы к вызову бригады ПОНП (деменции с эпизодами спутанного сознания в вечернее и ночное время), а также нагрузку на отдел психиатрической помощи СС и НМП им. А.С. Пучкова г. Москвы (далее ОПП) в вечернее и ночное время (пик обращений с 21.00 до 01.00) было принято решение перевести ПОНП в круглосуточный режим работы.

С 14 июля 2014 г. отделение работает в круглосуточном режиме.

Отделение представлено в виде трех отдельных постов территориально максимально приближенных к районам обслуживания с центральным диспетчерским пультом, который находится непосредственно в ПКБ № 3 и производит прием вызовов и передачу их бригадам ПОНП. Численность населения на территории обслуживаемой постами ПОНП составляет более

1 млн. 350 тыс. человек. Отделение оснащено современными санитарными автомобилями, предназначенными в том числе для транспортировки пациента в случае госпитализации его в стационар. Выездная бригада состоит из врача-психиатра и санитара, бригада имеет медицинскую укладку с достаточным набором основных групп психотропных препаратов (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, антиконвульсанты), а также других лекарственных средств необходимых для оказания неотложной медицинской помощи. При необходимости врач-психиатр ПОНП имеет право выписать больному рецепт на препарат, а также передать «актив» в ПНД для посещения больного на дому участковым врачом психиатром.

Поводами к вызову бригады ПОНП является практически весь спектр психической патологии не угрожающий жизни самого пациента и не представляющий социальной опасности.

По состоянию на 1 мая 2015 года бригадами психиатрического отделения неотложной помощи обслужено более 7,7 тыс. вызовов. Основное количество из них было принято непосредственно от населения – 61,4%, доля вызовов переданных со станции скорой помощи составила 29,9%, из различных медицинских учреждений (городские больницы, поликлиники, мед. пункты) было принято 6,2% вызовов и 2,5% вызовов поступило в ПОНП из отделений полиции, СИЗО и ИВС.

В процентном соотношении нагрузка на отдельные посты ПОНП распределяется следующим образом: 1 пост (ПКБ № 3) – 33,5%, 2 пост (филиал № 2, ПНД № 9) – 36,7%, 3 пост (филиал № 4, ПНД № 15) – 29,8%. В среднем за дежурство одной бригадой ПОНП обслуживается 7 вызовов.

В структуре вызовов преобладают: деменции различной этиологии – 3129 случаев (40,8%), состояния нестойкой ремиссии у больных шизофренией – 2792 случаев (36,3%), следует отметить, что при переходе отделения в круглосуточный режим работы увеличилось количество вызовов, поводами к которым стали психические расстройства, связанные с приемом алкоголя, синдром отмены ПАВ (подавляющее большинство – алкогольная абстиненция с делирием) – 517 случаев (6,8%).

Чаще всего за неотложной помощью в ПОНП обращались пациенты старше 60 лет – 59,9% от числа всех вызовов, в возрасте от 25 до 60 лет-36,4% и незначительное количество пациентов в возрасте до 25 лет – 3,7%

За весь период работы по путевкам врачей ПОНП было госпитализировано 1562 чел. (20,2% от общего количества вызовов), в ПКБ № 3 было госпитализировано 1041 чел. (66,6%), 521 чел. были госпитализированы в другие психиатрические стационары в соответствии с территориальным распределением и соматопсихиатрические отделения многопрофильных стационаров г. Москвы.

В структуре психических расстройств послуживших причиной госпитализации больного в стационар, основную долю занимают обострения эндогенных заболеваний – 57%, деменции с эпизодами спутанности сознания – 12%, а также различные психические нарушения, связанные с приемом ПАВ – 11,7%.

Выводы.

1. Выстроена вертикаль преемственности, способствующая улучшению доступности и качества оказания психиатрической помощи. Амбулаторная, стационарная, неотложная

психиатрическая помощь оказывается в рамках одного территориального психиатрического объединения, а зачастую и одними врачами, работающими как в стационаре, так и на неотложной помощи.

2. Проведенный анализ показал, что до начала работы ПОНП доля выездов бригад СПП в районы обслуживания ПКБ № 3 составляла 14,1% от общего количества выездов по г. Москве, за время работы ПОНП этот показатель снизился до 6%, представленный в основной части экстренными суицидальными поводами. Скорая психиатрическая помощь, взаимодействуя с неотложной помощью, «перебрасывает» на нее вызовы, не требующие выезда дорогостоящих бригад.

3. При общем росте количества обращений и выездов по городу врачебных бригад СПП на 5%, в районах оперативной ответственности ПОНП количество выездов врачебных бригад СПП уменьшилось более чем на 37%.

4. Снизилась до 20% повторная госпитализация в психиатрический стационар в течение года, медицинская помощь в большинстве случаев оказывается бригадами ПОНП на дому. При этом значительно сокращаются экономические затраты и во многих случаях повышается эффективность лечения.

ОСНОВНОЕ УСЛОВИЕ УСПЕШНОСТИ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Савенко Ю.С., Виноградова Л.Н.

Москва

Независимая психиатрическая ассоциация России

Реформа службы психиатрической помощи и всего здравоохранения – в высокой мере нелинейная система и проблемная задача, в которой результаты очень далеки от декларированных ожиданий и где давно разработаны математические модели, указывающие как направление необходимых усилий, так и граничные условия, позволяющие добиться успеха. Они были подробно популярно изложены еще 18 лет назад, в 1997 году нашим выдающимся математиком акад. Владимиром Игоревичем Арнольдом на семинаре при Президентском Совете РФ и неоднократно переиздавались отдельной брошюрой в 1997, 2000, 2011 и 2013 гг. под названием «« Жесткие« и «мягкие« математические модели», основной раздел которого назывался «оптимизация – путь к катастрофе». Однако они не были восприняты правительством, за одним исключением – была хорошо понята «необходимость в независимости Центробанка».

Основной посыл проходящей реформы службы здравоохранения – оптимизация. Это концептуальная основа реформы, которой легко оправдывают любые, даже непопулярные нововведения. Между тем при ближайшем рассмотрении оказывается совершенно необходимым уточнить, что имеется в виду под оптимизацией как таковой.

Оптимизацией в отношении чего и для кого? Какие приоритеты и в какой иерархии имеются в виду? В каком охвате и масштабе? И в какие сроки? Начнем с термина, который давно приобрел в расхожем словоупотреблении благостное звучание. Что значит оптимизировать строительство дома или дороги? Современный сопромат позволяет резко сократить расходы, но жизнь новостроя, в отличие от древних построек, сокращается на порядки, зато при современном положении дел выгодна строителям. Мы видим, что оптимизация одного параметра достигается за счет умаления других. Сам организм дает пример оптимизации, адекватной поддержанию жизни. Так, во время длительного голодания жизненно наиболее важные органы автоматически обеспечиваются в первую очередь.

Итак, оптимизация – это нахождение наилучшего варианта решения из множества возможных, что легко показать на графике в самом общем виде. Но при решении прикладных задач в каждом конкретном случае необходима четкая иерархия приоритетов в системе рассматриваемых параметров и учет их состояния на данный момент времени текущей ситуации. Поскольку задачи оптимального управления представляют достижение минимума или максимума целевой функции, такие задачи не случайно называются еще экстремальными. На моделях роста населения земли, роста числа ученых, на различных экологических моделях давно показано, как первоначально экспоненциальный, т.е. быстро ускоряющийся рост, приводит к перенасыщению и, встречая сопротивление и конкуренцию многих других факторов, приходит в стационарное оптимальное состояние для данных условий. Эти модели описывают банкротство фирм и целых государств. Отечественная наука, образование и здравоохранение уже вступили, согласно эти моделям, в квазистационарное состояние, т.е. чреватое катастрофой даже от небольших потрясений. Нельзя, например, ухудшать критический уровень нагрузки врача и его оплаты. Но оптимизация приводит к выбору именно критического уровня, после чего любое, даже небольшое случайное ухудшение, обрушивает все прежне планы: происходит отток кадров либо то, что называется принуждением к халтуре. Поэтому «оптимизация параметров плана во многих случаях приводит, – согласно акад. В. Арнольду, – к полному уничтожению планируемой системы вследствие возникающей из-за оптимизации неустойчивости… Устойчивость восстанавливается, если заменить жесткое планирование обратной связью. Для этого решения следует принимать не директивно, а исходя не только из планов, но и непредвзятой информации о реальном положении дел», с помощью плотно осуществляемой обратной связи. Из этого следует:

- во-первых, необходимость децентрализации, т.е. передачи оперативного тактического управления на низовой уровень, разукрупнения психиатрических больниц и приближения психиатрической помощи к населению – идеи, высказывавшиеся земскими врачами с 70-х гг. XIX века и развитые на VIII и IX Пироговских съездах (1903,1904) В.И. Яковенко, П.И. Якобием, Н.А. Вырубовым и др. и практически осуществленных в Воронежском, Уфимском и Харьковском земствах;

- во-вторых, решительное предпочтение мягких моделей, которые независимы от издержек чрезмерной точности, неполноты и плохо известных деталей жестких моделей. Предпочтение жестких моделей приводит к иерархическим, неоправданно сложным и громоздким построениям. Многоступенчатое иерархическое управление неустойчиво и вызывает катастрофическое нарастание колебаний, двухступенчатое управление приводит к периодическим колебаниям. «Полноценную устойчивость обеспечивает только одноступенчатое управление, при котором управляющее лицо заинтересовано больше в интересах дела, чем в поощрении со стороны начальства» (В.Арнольд). Отсюда следует,

- в-третьих, особенно в наших конкретных условиях, высокая значимость персонального фактора, личности руководителя, не слепо и прямолинейно следующего инструкциям, а преследующего заданную цель сообразно складывающейся ad hoc конъюнктуре на основе плотной обратной связи и в свою очередь передающего многие полномочия, что обеспечивает гибкость и надежность управления. Жесткое, «многоступенчатое управление всегда ведет в разрухе». Однако, принятые методы оценки эффективности работы на корню пресекают творческие решения и способствуют предпочтению послушных исполнителей, буквы, а не духа преследуемой цели. Творческий подход под высокую личную ответственность возможен при достаточном уровне реальной независимости и освобождении от анекдотического размаха современного бумаготворчества.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ИНТЕРНАТАХ СОЦЗАЩИТЫ

Северный А.А., Иовчук Н.М.

Москва
НЦПЗ,
ГБОУ Московский психолого-педагогический университет,
Ассоциация детских психиатров и психологов

Многолетняя деятельность авторов, в том числе в рамках Ассоциации детских психиатров и психологов, по защите прав психически больных детей неоднократно вынуждала ставить вопрос об особых условиях оказания психиатрической помощи детям в интернатах системы соцзащиты.

Цель исследования: установить, в какой мере помощь больным детям в детском доме-интернате (ДДИ) для детей с отставанием в развитии соответствует современным возможностям психиатрической коррекции и реабилитации.

Материалы и методы. Проведено обследование одного из московских ДДИ по запросу представителя Департамента социальной защиты населения г. Москвы. Были осмотрены помещения, где содержатся дети, процедурные кабинеты, места хранения психотропных препаратов, кабинеты реабилитации, рекреационные холлы, просмотрены журнала хранения и выдачи психотропных препаратов, годовые отчеты, отражающие диагностику, изучены путем случайной выборки истории болезни, проведены консультационные осмотры детей, представленных психиатрами ДДИ.

Результаты. Следует отметить удовлетворительное оборудование помещений для детей, достаточное количество и разнообразие игрушек, дидактических материалов, использование современных средств психолого-педагогической реабилитации и обучения, таких как метод Монтессори, релаксационные методики и др. Созданы благоприятные условия для общения детей с навещающими их родственниками и другими опекающими лицами. Психиатры ДДИ получают соответствующую специализацию, они в курсе методов современной диагностики, спектра психотропных препаратов, нормативных документов по применению психотропной терапии в детском возрасте.

При этом выявлено полное несоответствие современным подходам и нормативам в организации психиатрической помощи детям с хронической психической патологией.

1. Размеры учреждения, содержащего до 500 больных детей, исключают возможность дифференцированного, индивидуализированного, гуманитарного подхода.

2. Наличие 2-х (или 3-х по штату) психиатров на 500 больных исключает всякую возможность адекватной диагностической и лечебно-реабилитационной работы с ними.

3. Психиатры учреждения организационно и методически не соотносятся ни с каким профессиональным психиатрическим учреждением и соответственно лишены в текущей деятельности как профессионально-методической поддержки, так и профессионального контроля.

4. Психиатры учреждения фактически лишены возможности самостоятельной диагностики и необходимого варьирования терапии, будучи вынужденными лишь фиксировать диагнозы, выставленные в психиатрическом стационаре, и годами стереотипно повторять назначенную в стационаре терапию. При этом многие дети годами (до 5 лет и более) не направляются в психиатрический стационар для коррекции диагностики и терапии.

5. Нормативный документ Департамента социальной защиты населения г. Москвы, регламентирующий уход за больными детьми (в частности, предписывающий врачу отражать состояние ребенка 1 раз в 3 месяца), с профессиональной точки зрения несостоятелен.

6. Психиатрическая диагностика, указанная в отчетных документах и историях болезни, в подавляющем большинстве случаем не соответствует реальной патологии, что, очевидно, связано с необходимостью «подгонять» диагнозы под нормативные документы такого рода учреждений, предназначенных лишь для содержания детей с умственной отсталостью.

7. Организационные условия комплексного, в частности аппаратного и параклинического лабораторного, обследования с привлечением необходимого круга специалистов исключают возможность адекватной, в том числе генетической, и своевременной диагностики и осуществления необходимых лечебно-реабилитационных подходов. Учреждение не имеет договорных отношений с многопрофильными детскими медицинскими учреждениями.

8. Организационные условия заказа и получения психотропных препаратов исключают возможность назначения детям в полной мере необходимых современных лекарственных средств как по их номенклатуре, так и по их количеству.

9. Выборочное консультативное обследование детей показало несоответствие представленной диагностики и соответственно обследования и лечения их психическому состоянию в 2-х случаях из 3-х.

10. Во многих помещениях, где содержатся дети, не налажено необходимое вентилирование. Норматив использования гигиенических средств для детей не соответствует реальным потребностям ухода за ними. В связи с этим в ряде помещений ощущается стойкий запах испражнений.

12. В ряде помещений, где хранятся психотропные препараты, отсутствует требуемая по правилам техники безопасности вытяжная вентиляция.

Выводы. Таким образом, условия оказания психиатрической помощи детям в ДДИ абсолютно не соответствуют нормативам и реальным потребностям детей в получении адекватной психиатрической диагностической и лечебно-реабилитационной помощи. Ведомственная ограниченность такого рода учреждений, в которых необходима комплексная, мультидисциплинарная диагностическая и коррекционно-реабилитационная работа, делает детей заложниками системы, не способной организовать такого рода деятельность, во всяком случае в ее психиатрическом аспекте. Существование учреждений, где годами содержатся многие сотни тяжело больных детей вопиющим образом противоречит мировой гуманитарной тенденции на разукрупнение интернатных учреждений с максимальной индивидуализацией коррекционно-реабилитационных подходов.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Серебровская О.В.

Москва
ГБУЗ НПЦПЗДиПим. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Современная система психопрофилактической, специализированной психиатрической, медико-психологической помощи находится в процессе реформирования. Специфика деятельности логопедов в психиатрии обуславливает необходимость слияния основательности научно-исследовательских подходов с практической ориентацией на конкретные запросы медицинской практики, что должно найти свое отражение в уточненных должностных компетенциях специалистов. Актуальность систематизации видов профессиональной деятельности и определения приоритетных задач в работе логопеда обусловлена наличием целого ряда нерешенных проблем. Целью исследования стало определение перспектив развития логопедической службы в области психического здоровья.

Материалы и методы. Материалом послужили отчетные данные о работе логопедов учреждений системы здра-

воохранения за период с 1994 по 2014 годы. Методы: анализ документации, метод теоретического моделирования, метод экспертной оценки.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что профессиональное поле логопеда в здравоохранении расширяется: от задачи организации своевременного выявления речевых расстройств, проведения дифференциальной диагностики различных форм патологии речи и осуществления коррекционного воздействия до дополнения этих задач проведением углубленного обследования лиц с речевой патологией, консультированием родителей по проблемам обучения, развития, жизненного и профессионального самоопределения, профилактикой социальной дезадаптации лиц с нарушениями речи. В профессиональные компетенции включено осуществление просветительской деятельности, разработка методических материалов по вопросам реабилитации лиц с нарушениями речи, взаимодействие с другими специалистами, сопровождающими пациента с речевой патологией.

Одним из основных аспектов деятельности логопеда остается участие в диагностическом процессе, приобретающее аналитический характер. Современная аналитико-диагностическая работа предполагает проведение логопедического исследования с целью дифференциальной диагностики не только речевых, но и психических расстройств; анализ анамнестических и клинических данных; обработку результатов исследования; составление заключения по результатам исследования и формулировку логопедического диагноза. При оценке состояния речевой функции все чаще используются стандартизированные тесты, предполагающие балльную форму выражения результатов.

Помимо диагностических исследований логопед осуществляет направленное коррекционно-восстановительное воздействие на речь пациента с целью обеспечения его полноценного функционирования. Аналитико-диагностическая и коррекционно-восстановительная работа остаются тесно связанными: на основании диагностических данных определяются задачи и основные направления коррекционной работы, однако развивающие и коррекционные программы в настоящее время разрабатываются в первую очередь с учетом индивидуальных особенностей больных и нозологической специфики (ранее – с преимущественной ориентацией на возрастные нормативы). Коррекционно-восстановительные мероприятия, как правило, осуществляются в индивидуальной форме (раньше приоритет оставался за групповыми занятиями); периодичность, содержание коррекционных занятий, продолжительность курса определяются логопедом исходя из особенностей психического статуса пациента.

Формирование профессионального поля логопедической службы в психиатрии происходит медленно, несмотря на постоянное повышение требований к профессиональной компетенции логопедов и уровня сложности подлежащих решению задач. Необходимость обеспечения преемственности результатов диагностических и коррекционно-восстановительных мероприятий сталкивается с отсутствием стандартизации логопедической деятельности, логопедического протокола ведения больных, несогласованностью понятийно-терминологического словаря наук. В настоящее время логопедическая служба стационара вступает в новый этап активной реализации своих прикладных возможностей, что позволяет приступить к решению перечисленных проблем.

Выводы. Современные представления о биопсихологической сущности болезни и лечения определяют повышение значимости роли логопеда в психореабилитации. Как профессионалы, логопеды, работающие в области психического здоровья, диагностируют, лечат и предупреждают нарушения, связанные с языком, речью, общением, глотанием. В современном понимании профессии сочетаются в себе коммуникативный, лингвистический и культурный контексты.

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ГОРОЖАНАМ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Сиденкова А.П., Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А.

Екатеринбург, Нижний Тагил
Уральский ГМУ,
ГБУЗ СО Свердловская ОПБ№7

Активная социальная позиция психиатрической службы Министерства здравоохранения Свердловской области, специалистов кафедры психиатрии ФПК и ПП, традиции межотраслевого взаимодействия при решении психосоциальных задач в отношении различных категорий лиц с психическими расстройствами определяют понимание современных социально-демографических процессов, связанных с постарением общества, как требующих проактивного вмешательства.

Растущая распространенность тяжелых когнитивных расстройств в популяциях, вовлечение значительного числа лиц трудоспособного возраста в медицинские, экономические, психологические и социальные проблемы, ассоциированные с поздними деменциями, недостаточность и противоречивость сведений о механизмах формирования данных расстройств, отсутствие разработанных программ комплексной помощи лицам с деменциями и их семьям определяет необходимость разработки и внедрения организационных мер помощи, адекватных по объему и содержанию, гражданам данной категории.

В городе Нижний Тагил Свердловской области постановлением главы муниципалитета внедрена межведомственная программа оказания помощи горожанам старших возрастных групп, страдающим когнитивными расстройствами.

Программа разработана сотрудниками кафедры психиатрии ФПК и ПП УГМУ на основе принципов компетентностного подхода к усвоению информации в популяции, формированию навыков социальной эмпатии по отношению к разрабатываемой проблеме у разных слоев населения крупного промышленного центра Свердловской области.

Цель программы явилась необходимость налаживания взаимодействия медицинских, экспертных (МСЭ), социальных, общественных учреждений и организаций для обеспечения своевременного выявления когнитивных нарушений и оказания медицинской, социальной, правовой помощи гражданам старших возрастных групп.

Основные положения программы включают организацию диагностической и лечебной помощи лицам с когнитивными расстройствами в психиатрической службе пилотной территории; повышение выявляемости когнитивных расстройств в популяции; формирование межведомственного и междисциплинарного взаимодействия при оказании диагностической, лечебной, социальной помощи лицам с когнитивными расстройствами на пилотной территории; эпидемиологическую оценку распространенности когнитивных расстройств в общей популяции у лиц старших возрастных групп (с целью возможной дальнейшей актуализации проблемы, разработки стратегий развития социальных служб и здравоохранения на пилотной территории); социальную профилактику развития психических расстройств в позднем возрасте. Многоцелевая программа рассчитана на 2 года (2013-2014 гг).

Внедрению и разработке данной программы предшествовал ряд социально-психологических исследований, показавших низкий уровень идентификации когнитивных расстройств в популяции, свойственный как пользователям услуг здравоохранения и социальных служб, так и самим представителям этих ведомств.

Результаты. В рамках программы огромное направление посвящено психообразованию разных категорий граждан города, от обычных горожан – реальных и потенциальных пользователей предлагаемых услуг до специалистов, оказывающих медицинскую (в т.ч. специализированную психиатрическую), социальную, правовую помощь. Основными задачами психообразовательных модулей является повышение уровня идентификации основных признаков когнитивных болезней, что реализуется с использованием принципов компетентностного подхода, заложенного в идеологическую и методологическую базу настоящего психообразовательного проекта. Особое место отводится формированию личностной компетентности всех участников проекта с профилактикой геронтофобических и эйджистких психосоциальных личностных установок. Уровень информационной компетентности, опираясь на представления о границах возрастной психологической и когнитивной нормы, создание в общегородской популяции настроенности на идентификацию основных проявлений когнитивных расстройств как болезненных проявлений с дальнейшим своевременным обращением за квалифицированной диагностической, терапевтической и социальной помощью, качество которой определяется отлаженным межведомственным взаимодействием. Отдельное внимание в разработке и реализации настоящей программы уделяется повышению профессиональной компетентности врачей-психиатров в вопросах оказания геронтопсихиатрической помощи на основе возраст-специфического подхода в диагностической методологии и ведении пациентов старших возрастных групп.

Выводы. Применение принципов современного образовательного компетентностного подхода возможно при разработке масштабных программ межведомственного взаимодействия по улучшению оказания медицинской помощи горожанам старшего возраста, страдающим когнитивными нарушениями, проживающим в крупном промышленном центре.

МЕТОДЫ ПОСТРОЕНИЯ ДОВЕРИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРВАЛОВ ДЛЯ ИНКРЕМЕНТНОГО ОТНОШЕНИЯ ЗАТРАТЫ/ЭФФЕКТИВНОСТЬ В РАНДОМИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Симонов А.Н., Абрамова Л.И.

Москва
НЦПЗ

Основной задачей клинико-экономического анализа при проведении рандомизированных клинико-экономических испытаний (РКИ), в том числе и в сфере психиатрии, является получение точечных и интервальных оценок для изучаемых показателей экономической эффективности медицинских технологий.

Цель данного исследования – провести сравнительный анализ 95% доверительных интервалов (95% ДИ) для инкрементного отношения затрат и эффективности (Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER), полученных различными методами: метом Fieller, методом бутстреп, на основе метода чистой денежной выгоды (Net (Monetary) Health Benefit, NHB) и на основе кривой приемлемости эффективности затрат (Cost-effectiveness Acceptability Curve, CEAC).

Материалы и методы. В работе были использованы данные, полученные методом статистического моделирования (симуляционные данные), имитирующее сравнительное, рандомизированное клиническое испытание. Данные для эффективности (например, частота ремиссий) были получены генерированием выборки из нормального распределения со средним значением и стандартным отклонением, равными 0,812 и 0,093, соответственно, для новой медицинской технологии и со средним значением и стандартным отклонением, равными 0,418 и 0,047, соответственно, для стандартной медицинской технологии. Для цены (денежные у.е.) данные получали генерированием выборки из логнормального распределения со средним значением и стандартным отклонением, равными 9940 и 3308, соответственно, для новой медицинской технологии и со средним значением и стандартным отклонением, равными 5923 и 1309, соответственно, для стандартной медицинской технологии. Объемы этих искусственных выборок были положены равными по 20 точек. Точечные оценки наблюдаемых в РКИ разностей стоимости ΔC и эффективности ΔE есть результат одной выборки из неизвестной исследователю генеральной совокупности, поэтому основной задачей статистического анализа является найти оценки неопределенностей, как правило, в виде 95% ДИ.

ICER рассчитывали на основе выборочных данных как отношение разностей средних значений цены новой (CT) и стандартной (CS) медицинских технологий к разности средних значений клинической эффективностей новой (ET) и стандартной (ES) медицинских технологий: $(CT-CS)/(ET-ES)= \Delta C/\Delta E=ICER$. При $ICER<\lambda$, где λ отражает верхний предел (порог) цены, которую общество (лица, принимающие решение) готово платить за дополнительную пользу здоровью. Можно утверждать, что новая медицинская технология (T) экономически более эффективна, чем стандартная (S).

Используя линейное преобразование, ICER получали величину NMB в виде простой линейной регрессии с независимой переменной λ: $NMB= \lambda\Delta E-\Delta C$. В этом случае новая медицинская технология экономически эффективнее стандартной только при условии $NMB>0$ с соответственным 95% ДИ для регрессионной прямой:

$NMB(\lambda)\pm z0.975\sqrt{Var(NHB(\lambda)}$, где $Var(NMB(\lambda)$ – дисперсия NMB.

CEAC представляли в виде графика зависимости вероятности того, что $NHB(\lambda)>0$ от λ: $Q(\lambda)=\Phi((\lambda*\Delta E-\Delta C)/\sqrt{Var(NHB(\lambda)}$, где $\Phi(.)$ – стандартная функция нормального распределения.

Величину ICER и его 95% ДИ определяли графически из регрессионной прямой NMB и ее 95% доверительных интервалов в точках пересечения этих прямых с горизонтальной осью λ.

ICER и его 95% ДИ также определяли графически из CEAC в точках этой вероятностной кривой, соответствующих значению вероятности 0,5 (медиана) соответствующей ICER, 0,025 – соответствующей нижней границе ДИ и 0,975 – соответствующей верхней границе ДИ.

Результаты и их обсуждение. Величина ICER, полученная на основе используемых в данной работе данных, равна 10 187. Такое же значение ICER было получено из NMB и CEAC. Доверительные интервалы для ICER по методу Filler равны (6 190; 14 457), по методу бутстреп – (6 370; 14 383), из NMB – (6 200; 14 400) и из CEAC – (6 200; 14 400), где первое значение в скобках соответствует нижнему пределу, а второе значение – верхнему пределу 95% ДИ. Смысл 95% ДИ состоит в том, что внутри этого интервала находится истинное значение соответствующего параметра, принадлежащего генеральной совокупности.

При сравнении полученных в данной работе значений ICER и его 95% ДИ видно, что полученные четырьмя различными методами результаты очень близки друг к другу и статистические выводы, сделанные на основе этих данных, имеют высокую степень достоверности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Смолева Е.О., Морев М.В.

Вологда
Институт социально-экономического развития территорий РАН

Цель исследования: оценка распространенности симптомов психических расстройств населения Вологодской области (далее – области).

Материалы и методы. Социологический опрос проведен в репрезентативной общеобластной выборке. Ежегодный мониторинг общественного психического здоровья с 2002 г. охватывает 1500 респондентов>18 лет в 2-х городах и 8-ми районах области. Репрезентативность выборки обеспечивается соблюдением пропорций городского и сельского населения; жителей населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города); половозрастной структуры взрослого населения. Метод опроса – анкетирование по месту жительства респондентов. Ошибка выборки ≤3%. Использованы госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, экспресс-диагностика невроза К. Хека и Х. Хесса.

Результаты и обсуждение. В 2015 г. у 1/3 (36%) респондентов отмечены симптомы тревоги, депрессии или невроза: 23, 25 и 11% соответственно. По сравнению с 2002 г. частота симптомов снизился с 55% в 1,5 раза за счет тревоги с 41% в 1,8 раза, депрессии – с 33% в 1,3 раза; невроза с 21% в 1,8 раза. Среди респондентов с указанными симптомами преобладают женщины (59%) старше 55 лет (43%) и 30-55 лет (36%). У мужчин симптомы чаще>60 лет (46%) и в группе 30-60 лет (32%). По сравнению с 2002 г. у женщины частота симптомов снизилась с 65 до 59% за счет урежения симптомов невроза с 71 до 60% и признаками тревоги с 67 до 60% и депрессии с 59 до 55%. При этом снижена доля молодых женщин с 17 до 9% и увеличена доля пожилых с 20 до 26%. По сравнению с 2002 г. увеличена доля мужчин с 35 до 41% за счет увеличения долей респондентов с признаками невроза с 29 до 40%, тревоги с 33 до 40%, депрессии с 41 до 45%. Изменения происходят за счет роста долей мужчин в 30 -60 лет с 19 до 23%. Семейное положение респондентов оказывает влияние на симптомы психических расстройств. Наибольшая доля среди «состоящих в зарегистрированном браке, но не проживающих с супругом» (64%) и вдовых (47%). Наименьшая доля людей с симптомами психического расстройства среди холостых / незамужних (30%) и состоящих в гражданском браке (32%). В 2002 г. наиболее высока доля лиц с психическими симптомами среди вдовых (79%), «не состоящих в зарегистрированном браке, но проживающих / не проживающих с супругом» (61-64%). С увеличением числа детей доля лиц с признаками психических расстройств незначительно снижается (с 37% без детей до 33% в семьях с тремя детьми). Часто тревожность и неврозы вызываются финансовыми и материальными проблемами. Так, доля лиц с симптомами психических расстройств среди тех, у кого «денег достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать», составляет 10%, а среди тех, у кого «денег хватает только на приобретение продуктов питания» – 49%. Среди тех, у кого «денег не хватает даже на приобретение питания» – 3/4 (73%) выявляют признаки психических расстройств. Подобная ситуация для группы малоимущих была характерна и в 2002 г. (73%); в остальных частота симптомов уменьшились. В 2015 г.<1/3 респондентов (30%) готовы «сразу» обратиться за психиатрической помощью по «необходимости» (небольшой рост: в 2002 г. – 26%). Половина опрошенных (46%) рассчитывает на собственные силы при психических затруднениях, и эта группа увеличилась по сравнению с 2002 г. на 13%. Изменения произошли за счет уменьшения с 26 до 13% лиц, которым трудно обратиться к специалистам из-за внутренних барьеров («непривычно, могут неправильно понять окружающие»), что отчасти свидетельствует о снижении актуальности стигматизации психиатрической помощи. В 2002 г.>2/3 респондентов отмечали необходимость доступной специализированной помощи («Да, это необходимо» – 36%, «Да, наверное, не помешала бы» – 34%), то в 2015 г. только 1/3 (33%) ответила утвердительно («Да, это необходимо» – 16%, «Да, наверное, не помешала бы» – 17%). Более S респондентов (53%) не видит необходимости в доступной (по месту жительства) психиатрической помощи (по сравнению с 13% в 2002 году).

В 2015 г. в населении Вологодской области отмечено снижение частоты симптомов тревоги, депрессии. невроза, но их распространенность высока (у 1/3 населения). Среди последних преобладают женщины, пожилые, с неблагополучной ситуацией в финансовой и семейной сфере. Изменилось отношение населения к оказанию специализированной помощи: уменьшились запросы населения на ее доступность, увеличилась доля считающих, что могут самостоятельно справляться с возможными психологическими затруднениями. Результаты социологических исследований по субъективным оценкам населения дают общую картину наличия признаков психических расстройств на доклиническом уровне в потенциальной группу риска. Данные целесообразно использовать в программах целевой профилактики психического здоровья с учетом социально-демографического фактора и стигматизации помощи, доступности ее оказания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ АСТРАХАНСКОГО РЕГИОНА

Соболева Е.В., Хрящев А.В.

Астрахань
ГБУЗ АО Областная КПБ

В 2012 г. психиатрическая служба Астраханской области была подвержена реформированию – районные сельские врачи-психиатры были переданы в штат единственного в субъекте специализированного психиатрического учреждения – ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» (ГБУЗ АО «ОКПБ»). Удаленность кабинетов сельских участковых врачей-психиатров (на расстоянии от 10 до 300 км от ГБУЗ АО «ОКПБ») являлась одним сложных моментов в организации деятельности данных специалистов. Указанные сложности были решеныблагодаря оборудованию рабочего места врача-психиатра необходимым компьютерным оборудованием, подключению к единой информационной базе учреждения, организации ведения единой электронной медицинской документации, предоставлению возможности проведения консультаций наиболее сложных пациентов врачебной комиссией в режиме on-line (в форме видеоконференции).

Кроме того, укомплектование районных кабинетов квалифицированными врачами-психиатрами, обеспечение непрерывности оказания специализированной помощи сельскому населению АО путем организации работы в районных кабинетах в отсутствии основного специалиста (отпуск, командировка, болезнь) силами специалистов ГБУЗ АО «ОКПБ» позволило улучшить показатель выявляемости психических расстройств. При сравнении 2013 и 2014 гг. произошло повышение уровня первичной заболеваемости населения Астраханской области психическими расстройствами на 17,6%. Отмечается увеличение первичной заболеваемости в детско-подростковой возраст-

ной группе – в 2014 году она выросла на 27,8% в детской группе, а среди подросткового контингента – на 61,8%. Данное увеличение связано с началом действия приказа МЗ РФ от 21.12.2012 г. №1346 н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» (начало действия 06.05.2013 г.), приказа МЗ РФ от 11.04.2013 №216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», приказ МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Помимо возможности ведения электронной истории болезни, у районных врачей-психиатровпоявилась возможность работы с программой централизованной выписки рецептов отдельным категориям граждан, имеющим право на получение лекарственных средств на льготных условиях за счет средств федерального и регионального бюджета.

Большое значение использование on-line режима имело для организации работы подкомиссии ВК по контролю применения лекарственных средств (ЛС), оперативно решающей вопросы обоснованности и эффективности назначения ЛС, подлежащих предметно-количественному учету, назначение одному пациенту 5-ти и более наименований в течение одних суток или свыше десяти наименований в течение 1-го месяца в случаях нетипичного течения болезни, при наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, а также при индивидуальной непереносимости. Ужесточение контроля назначения лекарственных средств, используемых при лечении пациентов с психической патологией, приближение проводимого лечения к требованиям, утвержденными стандартами оказания медицинской помощи привело к заметному снижению количества пациентов (на 15% по сравнению с 2013 г.), которым лечащими врачами диспансерных отделений ГБУЗ АО «ОКПБ» выписывались лекарственные средства через ВК. Данный результат был достигнут также в связи с актуализацией дифференцированного подхода участковых врачей-психиатров к подбору терапии каждому пациенту, назначением ими наиболее эффективной и адекватной психическому состоянию пациента терапии. Стали широко использоваться в работе препараты нового поколения, значительно снизилась потребность в назначении препаратов противосудорожного действия старого поколения (такие, как фенобарбитал, бензобарбитал, смесь Серейского), стали использоваться эффективные, малотоксичные, современные противосудорожные средства, выписка которых не нуждается в обосновании ВК. Кроме того, врачами-психиатрами стали широко использоваться антидепрессанты нового поколения, обладающие в том числе анксиолитическим эффектом, в связи с чем снизилась необходимость назначения транквилизаторов.

Централизация деятельности врачей-психиатров по подготовке заявок на препараты, приобретаемые для пациентов (с учетом остатков), мониторинг наличия заявленных лекарственных средств в прикрепленных аптечных организациях, своевременное информирование врачей диспансерных подразделений о наличии (либо отсутствии) препарата в аптеке позволил обеспечивать лекарственными средствами всех нуждающихся пациентов, проживающих в сельских районах области.

Использование информационно-телекоммуникационных технологий позволило значительно улучшить качество оказания психиатрической помощи жителям сельских районов Астраханской области и на деле приблизить специализированную психиатрическую помощь к местам проживания пациентов, а также оптимизировать контроль профессиональной деятельности районных участковых врачей-психиатров.

К 130-Й ГОДОВЩИНЕ ОТКРЫТИЯ В.М. БЕХТЕРЕВЫМ В ИМПЕРАТОРСКОМ КАЗАНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ПЕРВОЙ В РОССИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

Созинов А.С., Менделевич В.Д., Митрофанов И.А.

Казань
Казанский ГМУ

Психофизиологическая лаборатория в Императорском Казанском Университете была создана указанием министра народного просвещения И.Д. Делянова 13 сентября 1885 года по настойчивой просьбе молодого петербургского ученого В.М. Бехтерева. Этому распоряжению министра предшествовал ряд важных событий.

В.М. Бехтерев после блестящего окончания Императорской Медико-хирургической академии в 1878 году был оставлен при кафедре нервных и душевных болезней, возглавляемой профессором И.П. Мержеевским. В 1881 году он защитил диссертацию на степень доктора медицины. Не желая оставлять начатые еще в студенческие годы анатомо-физиологические исследования центральной нервной системы, он, по словам самого Бехтерева, дал согласие занять должность заведующего кафедрой нервных и душевных болезней в Казанском Университете, справедливо считая, что там сможет самостоятельно определять направление своих исследований.

С весны 1884 по август 1885 года Бехтерев находился в научной зарубежной командировке. В лучших клиниках Западной Европы у знаменитых психиатров и невропатологов К. Вестфаля, П. Флексига, Ж. Шарко, Т. Мейнерта, патологов и физиологов Э. Дюбуа-Раймона, К. Вейгерта, К. Людвига, психолога и философа В. Вундта он осваивал новые нейроанатомические и гистологические методики, углубленно изучая одновременно психиатрию, невропатологию, физиологию нервной системы и экспериментальную психологию. Именно за рубежом, прослушав курс профессора Вунта и поработав в его лаборатории, у Бехтерева окончательно сформировалась идея о необходимости создания собственной психофизиологической лаборатории.

Обучение в зарубежных клиниках могло неожиданно прерваться. Министр народного просвещения послал письмо в Лейпциг, где в то время в лаборатории Флексига повышал свою квалификацию В.М. Бехтерев. Министр настойчиво предлагал Бехтереву как можно скорее завершить командировку и занять кафедру в Казани. Но, как писал сам В.М. Бехтерев, к этому времени ему «расхотелось» ехать в Казань, так как он предпочитал заведованию кафедрой продолжение научных занятий за границей. В ответном письме министру В.М. Бехтерев «заменил прямой отказ» от профессорской должности в Казани «неприемлемыми условиями»: необходимостью создания специальной психиатрической клиники, особой лаборатории, выделения ставки ассистента кафедры, продолжение стажировки за рубежом до августа 1885 года и скорейшем присвоении ему звания ординарного профессора. В.М. Бехтерев без промедления получил ответ от министра, в котором тот заверил, что все заявленные требования ученого будут выполнены.

Новый профессор В.М. Бехтерев был представлен членам медицинского факультета Императорского Казанского Университета 4 сентября 1885 года. Его первое же выступление содержало требование выполнения распоряжений министра о создании лаборатории.

В планах факультета не предусматривалось создание отдельного кабинета для психиатра. Предшественник Бехтерева по кафедре профессор А.У. Фрезе являлся одновременно Директором Казанской Окружной лечебницы для умалишенных, в которой он и проводил клинические занятия со студентами. В здании Университета у Фрезе отдельного помещения не было.

К тому же на кафедре систематического и клинического изучения нервных и душевных болезней, куда был назначен В.М. Бехтерев, уже существовал кабинет, в котором работал преподаватель нервных болезней доктор медицины Д.П. Сколозубов.

В связи с распоряжением Попечителя Казанским учебным округом возникла необходимость срочного выделения кабинета под лабораторию профессора Бехтерева. Не все профессора медфака доброжелательно восприняли предоставление таких льгот одному из них. В связи с удовлетворением претензий В.М. Бехтерева о создании непредусмотренного штатным расписанием Университета психиатрического кабинета (лаборатории) и выделении крупной суммы денег на его оборудование, ряд профессоров медицинского факультета выдвинули аналогичные требования о создании новых кабинетов и при своих кафедрах. В связи с возникшим напряжением на медицинском факультете Попечитель Казанским учебным округом отступил от принятых им предыдущих решений. С одной стороны, он выполнил указание Министра Народного Просвещения о создании при кафедре В.М. Бехтерева нового кабинета и выдаче денег на его обзаведение, а, с другой, уменьшил ссуду В.М. Бехтереву по некоторым статьям расходов и ежегодное содержание. Кроме этого, он заменил ставку ассистента кафедры ставкой внештатного ординатора. Несмотря на сокращение выделенной суммы, Бехтереву удалось оснастить свой кабинет аналогичными оборудованием и инструментами, которые использовал в своей лаборатории профессор Вунт в Лейпциге.

Комиссия медфака по поиску подходящего помещений быстро определилась с лабораторией В.М. Бехтерева. «Благодаря любезности проф. Подвысоцкого – писал Бехтерев, – было выделено помещение бывшей фармацевтической лаборатории». «Это была лишь [одна] комната, но большая, правда чересчур темная», располагавшаяся в одноэтажном флигеле, называвшимся в те годы «западным пристроем». Выделенное помещение находилось вплотную с курительной комнатой студентов Университета. Но В.М. Бехтерев не обращал внимания на эти мелочи. Он оптимистично заявлял, что «молодое учреждение должно было довольствоваться этим помещением». Уже через год психофизиологическая лаборатория расширилась за счет открытия при Окружной лечебнице для душевнобольных дополнительного кабинета, в котором занимались исследованиями врачи и студенты во время клинических занятий. Лишь через 5 лет в 1891 году в связи с переводом части медицинских кафедр во вновь построенное здание, психофизиологический кабинет переместился в освободившиеся помещения этого же флигеля, заняв 3 комнаты бывшей фармакологической лаборатории. Сам В.М. Бехтерев в 1892 году писал, что «…лаборатория занимает три комнаты, одна из которых служит местом хранения анатомо-патологических препаратов центральной нервной системы и имеет шкафы для химических исследований, в то время, как в двух других ведутся анатомические и анатомо-патологические исследования, а также экспериментальные исследования по физиологии нервной системы и психофизике. Кроме того, лаборатория имеет специальное помещение для препарированных животных и складское помещение».

Так в Казани усилиями профессора Бехтерева осенью 1885 года стала функционировать «первая в России психо-физиологическая лаборатория и лаборатория для изучения тонкого строения мозга», прославившая как ее создателя, последователей Бехтерева, так и учеников.

Более 30 лет просуществовала в Казанском Университете лаборатория, созданная В.М. Бехтеревым. За эти годы в ней было выполнено несколько десятков докторских диссертаций, написаны сотни научных статей, ставших золотым фондом отечественной науки. В лаборатории были получены мирового значения научные факты и открытия в области нейроморфологии, нейрофизиологии, нейрогистологии, экспериментальной психологии и других нейронаук. Студенты выпускного курса университета в обязательном порядке знакомились в лаборатории с методами изучения центральной нервной системы, имея возможность лично принимать участие в исследованиях. Среди видных российских ученых и организаторов здравоохранения, проводивших научные исследования в психофизиологической лаборатории Казанского университета кроме самого В.М. Бехтерева можно назвать Н.М. Попова, В.П. Осипова, Б.И. Воротынского, М.М. Грана, П.А. Останкова, А.И. Диомидова, С.Д. Колотинского, Н.Н. Реформатского, Н.Я. Смелова, А.Ф. Тодорского, П.С. Скуридина, А.Е. Янишевского, В.Н. Осипову и многих других.

Выдающиеся успехи В.М. Бехтерева в области научной и организационной медицины как в период его работы в Казани, так и, в дальнейшем, в Петербурге сделали его психофизиологическую лабораторию памятным местом. К сожалению, помещения, в которых лаборатория располагалась в годы работы В.М. Бехтерева, были разобраны и весь флигель был снесен в период подготовки Казанского Университета к своему столетнему юбилею в 1904 году.

ТРЕХУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сорокина В.А.

Кемерово
ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ

Психическое здоровье населения определяет общее состояние здоровья общества, существенно влияя на его экономическое благополучие, интеллектуальный потенциал, культурную и моральную атмосферу. Вместе с тем, последние годы социально-экономическая нестабильность в стране, резко ухудшила социальное благополучие лиц, страдающих, психическими расстройствами и усугубила трудности оказания им адекватной психиатрической помощи. Психически больные первыми становятся безработными, утрачивают родственные связи и поддержку семьи, оказываются за гранью нищеты, пополняя армию деклассированных элементов и лиц без места жительства.

Современная Кемеровская область одна из самых индустриальных, на нее приходится 56% российской добычи каменного угля, 80% коксующегося угля, более 13% производства чугуна и стали, 23% стального проката, более 11% алюминия и 19% кокса. Кемеровская область входит в состав СФО. Граничит с Новосибирской и Томской областями, Алтайским и Красноярским краями, республиками Алтай и Хакассия. В Кемеровской области 20 городов и 19 районов, административный центр г. Кемерово, население которого составляет 520 тыс. человек. Большинство населения проживает в городах. Численность населения Кемеровской области 2,9 млн. человек. Протяженности области с севера на юг 500 км, с запада на восток 300 км. Кемеровская область самая густонаселенная часть Сибири. Русские составляют более 90% населения области. Коренное население – томские татары, шорцы и телеуты.

В 2010 году всем государственным учреждениям здравоохранения, оказывающим психиатрическую помощь пришлось принять непростые решения, касающиеся типов учреждений, которые регламентирует Федеральный закон от 8 мая 2010 г. №83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

И на сегодняшний психиатрическая служба Кемеровской области включает в себя 3 Государственных казенных учреждений (Кемерово, Прокопьевск, Ленинск-Кузнецкий) и 6 Государственных бюджетных учреждений Кемеровской об-

ласти (Калтан, Новокузнецк, Киселевск, Белово, Анжеро-Судженск, Юрга) и Междуреченский ПНД.

Система оказания специализированной психиатрической помощи в Кемеровской области традиционно носит многоступенчатый характер. Ее структура включает стационарную помощь, амбулаторную (диспансерную) и так называемую внебольничную (стационар на дому, дневной стационар, лечебно-производственные мастерские).

В Кемеровской области оказываются все виды современной специализированнонй психиатрической помощи в соответствии с требованиями Федерального закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», которые включают неотложную, лечебно-диагностическую, экспертную, социально-восстановительную помощь лицам, страдающим психическими расстройствами в условиях диспансерных отделений, стационаров круглосуточного и дневного пребывания, стационаров на дому.

Структура психиатрической службы Кемеровской области представлена 5 психиатрическими больницами, 5 психоневрологическими диспансерами со стационарными койками, одним диспансерным отделением 20 психиатрическими кабинетами при ЦРБ и ЦГБ.

Для оценки обеспеченности обеспеченность населения Кемеровской области стационарной помощью, использовался показатель рекомендуемый МЗ РФ при составлении дорожной карты – число койко дней на одного жителя. Обеспеченность населения специализированной психиатрической помощью минимальная в районах отдаленных от крупных психиатрических больниц (это Юргинский, Чебулинский, Тисульский, Ижморский. Междуреченский, Яшкинский, Мариинский и Тяжинский районы) Данный показатель не превышает 0,25 к/дня на жителя района. Напротив, в городах и районах, где находятся психиатрические больницы (Кемерово и Кемеровский район, Новокузнецк. Прокопьевск, Ленинск-Кузнецкий и прилегающие к ним районы), обеспеченность стационарной помощью довольно высокая – до 0,5 к/д на жителя.

Обеспеченность населения Кемеровской области амбулаторной психиатрической помощью характеризуется числом амбулаторных посещений на одного жителя. Здесь картина тоже неоднозначная, получается, что максимальная обеспеченность в районах, где малодоступна стационарная помощь, а минимальная где низкая укомплектованность врачебными кадрами (Междуреченский, Таштагольский, Ленинск-Кузнецкий, Промышленновский, Яшкинский, Яйский районы).

В связи с неравномерностью обеспечения населения области стационарной и амбулаторной психиатрической помощью в соответствии с Приказом ДОЗН КО от 13.11.2012 года №1635 были разработаны маршруты оказания психиатрической помощи в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи, т.е. всем психиатрическим учреждениям области был присвоен уровень оказания помощи. В учреждениях первого уровня, а к ним принадлежат все психиатрические кабинеты при центральных районных больницах и диспансерные отделения при психоневрологических диспансерах, оказывается первичная специализированная медицинская помощь и помощь при неотложных состояниях. В учреждениях второго уровня оказывается специализированная психиатрическая помощь в условиях стационара. К таким учреждениям относятся психоневрологические диспансеры со стационарными койками и психиатрические больницы кроме клинических (Калтан, Прокопьевск, Ленинск-Кузнецкий). В учреждениях третьего уровня оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь в организациях клинического уровня и являющихся конечным этапом лечения больных проживающих в регионе (КОКПБ и НКПБ). Таким образом на севере и юге области у нас формируются два центра оказания специализированной помощи и достигается доступность и равномерная обеспеченность как амбулаторной так и стационарной помощью.

Наряду с имеющимися проблемами (низкая кадровая обеспеченность, недостаточная материально-техническая база) оказание психиатрической помощи на территории Кемеровской области имеет все необходимые предпосылки для успешной работы – это достаточный коечный фонд, развитие стационарзамещающих подразделений, удовлетворительное обеспечение современными лекарственными препаратами, высокий научный потенциал, а главное богатые традиции лечебной и реабилитационной работы.

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 ГОДУ

Сорокина В.А., Самусь И.В.

Кемерово

ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ

В области существует разветвленная сеть психиатрических учреждений, оказывающих все виды специализированной психиатрической помощи взрослому населению, детям и подросткам с психической патологией.

Специализированная психиатрическая помощь в Кемеровской области оказывается в 5 психиатрических больницах, 5 психоневрологических диспансерах и в 20 психиатрических кабинетах (взрослых и детских) при ЦРБ и ЦГБ

Для внебольничной лечебно-реабилитационной помощи выделено 1415 мест в подразделениях, использующих стационарзамещающие технологии (дневной стационар – 598, отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях – 347, лечебно-трудовые мастерские – 584, медико-реабилитационные отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи – 170).

Коечный фонд в психиатрических стационарах составляет 2565 коек (в том числе 188 наркологических). С 2013 года по 2014 год отмечается сокращение коечного фонда на 54 койки. Показатель обеспеченности койками на 10 тыс. населения снизился на 2,1% и составил 9,4 на 10 тыс. нас. Показатель обеспеченности психиатрическими койками равен – 8,7 на 10 тыс. населения.

За 2014 год отмечается увеличение среднего числа дней занятости койки в году на 3,1%, показатель составил 354,3 (в 2013 году – 343,6).

Одним из показателей эффективности работы стационарной психиатрической службы является средняя длительность пребывания пролеченного больного. В динамике с 2012 года средняя длительность пребывания пролеченного больного по всем психическим расстройствам менялась как в сторону увеличения, так и снижения. По сравнению с 2013 годом данный показатель снизился на 3,2% и составил 62,3 дня. В разрезе нозологических групп наблюдается снижение средней длительности пребывания больного с психозами и состояниями слабоумия – на 13,6%, в частности с шизофренией – на 9,9%. Средняя длительность пребывания пролеченного больного с психическими расстройствами непсихотического характера и умственной отсталостью не превышает аналогичного показателя по СФО и РФ.

Одна из сложных и больших проблем кузбасского здравоохранения, как и российского в целом, – это кадровый дефицит. Укомплектованность психиатрических учреждений врачебными кадрами составляет 42,9%.

Число физических лиц врачей–психиатров уменьшается: с 216 по государственным психиатрическим учреждениям до 203. Соответственно и уменьшается обеспеченность врачами-психиатрами, в 2014 году она составила 7,0 на 100 тысяч населения.

Коэффициент совместительства врачей-психиатров в Кемеровской области – 2,3.

Все работающие врачи-психиатры имеют сертификаты специалиста-психиатра, а 88,2% врачей имеют квалификационные категории, из них высшую квалификационную категорию имеют 59,2%, первую – 33,5%, вторую – 7,3%.

Уровень госпитализации в специализированные психиатрические медицинские организации области снижается из года в год и к началу 2015 года составил 561,1 на 100 тысяч населения. Обращает на себя внимание уменьшение на 38,9% в 2014 году числа больных госпитализированных в психиатрический стационар в связи с непсихотическими психическими расстройствами по сравнению с 2013 годом. В течение последних трех лет наблюдается неуклонный рост числа больных госпитализированных в связи с психозами, состояниями слабоумия и умственной отсталостью. Уровень госпитализации больных с психозами превышает аналогичный показатель в СФО и РФ на 26,5% и 20,1% соответственно. Уровень госпитализации больных с умственной отсталостью превышает аналогичный в СФО и РФ на 2,8% и 31,6% соответственно.

Показатель общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в Кемеровской области в 2014 году снизился на 5,2% по сравнению с 2013 годом и остается ниже, чем в СФО и РФ на 22,4% и 2,2% соответственно. Общая заболеваемость психозами и состояниями слабоумия в Кемеровской области продолжает оставаться на высоком уровне, превышает аналогичный показатель по СФО и РФ на 17,5% и 21,2% соответственно. Показатель общей заболеваемости в группе непсихотических психических расстройств ниже аналогичного показателя в СФО и РФ на 29,0% и 9,7% соответственно.

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в Кемеровской области остается относительно стабильным в течение последних 2-х лет и составляет 332,4 на 100 тыс. населения в 2014 году (рост по сравнению с 2013 г. – 3,1%). В течение последних 2-х лет наблюдается рост первичной заболеваемости в группе психозов и состояний слабоумия и в группе умственной отсталости, первичная заболеваемость в группе непсихотических психических расстройств имеет тенденцию к снижению.

Общее число посещений участкового врача-психиатра в 2014 году снизилось на 0,2%, за счет снижение обращений по поводу оказания медицинской помощи – на 9,1%. Количество посещений к врачу-психиатру с целью психиатрического освидетельствования в рамках медицинского осмотра за счет бюджетных средств увеличилось на 34,9%.

На конец 2014 года в Кемеровской области на диспансерном наблюдении у врача-психиатра находилось 31179 больных или 1140,4 психически больных в расчете на 100 тысяч населения, что на 3,6% ниже по сравнению с предыдущим годом (1183,6 на 100 тысяч населения) Число больных, которым прекращено диспансерное наблюдение (266,0 на 100 тыс.нас.) в 2,3 раза больше числа больных, взятых на диспансерное наблюдение (113,7 на 100 тыс. нас.).

Уменьшилось по области число психически больных, которым оказывается лечебно-консультативная помощь по сравнению с 2013 годом на 27,4% (с 1716,5 до 1246,8 на 100 тысяч населения) за счет снижения контингента больных непсихотическими психическими расстройствами (на 32,4%) и умственной отсталостью (на 43,8%). При этом число больных психозами увеличилось в 2014 г. по отношению к 2013 г. с 289,9 до 316,7 на 100 тысяч населения, т.е. на 9,6% (в частности шизофренией в 1,6 раз).

В целом по области доля умерших не изменилась и составила 0,5% от пролеченных в стационаре или 84 человека Наибольший удельный вес умерших отмечается в Калтанской психиатрической больнице – 1,7% от всех пролеченных больных, что объясняется наличием отделения для лечения психически больных, страдающих туберкулезом.

С каждым годом увеличивается число больных, находящихся на принудительном лечении, и в 2014 году доля таких пациентов составила 10,9% ко всем больным, находящимся в стационаре на конец года.

Средняя длительность пребывания в стационаре на принудительном лечении общего типа снизилась на 27,9% и в 2014 г. составила 286,7 дней. Принудительное лечение специализированного типа осуществляется в Кемеровской областной клинической психиатрической больнице, средняя длительность пребывания в стационаре составила 407,5 дней.

При анализе работы судебно-психиатрических экспертной службы отмечается увеличение числа лиц, прошедших экспертизу в разрезе каждой территории и в целом по области. При этом изменился удельный вес признанных невменяемыми – снизился с 7,4% в 2013 году до 5,7 в 2014 году.

При общем росте числа проведенных судебно-психиатрических экспертиз соотношение амбулаторных и стационарных экспертиз увеличилось с 3,9:1 до 5,7:1 за счет увеличения соотношения проводимых экспертиз Кемеровской судебно-психиатрической комиссией в сторону амбулаторных СПЭ.

ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Спикина А.А., Софронов А.Г.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель – оценка отдельных фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических показателей результатов лечения больных шизофрении различными антипсихотиками на амбулаторном и стационарном этапах оказания медицинской помощи.

Дизайн. В статистический анализ было включено 300 больных в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил 38+1 год) с диагнозом шизофрения, соответственно критериям МКБ 10. Все больные были разделены на 4 группы в зависимости от видов получаемой психиатрической помощи на момент первичного анкетирования. В первую группу вошли 62 больных, находившиеся на момент первичного анкетирования в психиатрической больнице (ПБ). Во вторую группу вошли больные, находившиеся в дневном стационаре (ДН) – 71 человек. Третью группу составили 75 больных, находившихся в отделении реабилитации (ОР) психоневрологического диспансера (ПНД). Четвертая группа – 92 больных, на момент первичного анкетирования наблюдалась в ПНД у участкового врача-психиатра.

Результаты. Особенности оказания психиатрической помощи при шизофрении связаны с относительной стабильностью численности пациентов, замкнутых на тот или иной вид психиатрической помощи. Однако, при безусловной экзацербации процесса, госпитализации всегда осуществляются в ПБ, где 34% больных в ПБ наблюдается постоянно, без выписки в течении года (больные с частыми госпитализации, в силу нестойкой ремиссии, одинокие больные, больные, длительное пребывание в ПБ которых связано с сформированным «феноменом госпитального проживания», когда имеется возможность выписки к родственникам домой, но у пациента выраженное установочное поведение, отказ от проживания в семье). В отделении реабилитации так же выявлена группа перманентно находящихся больных. Данная группа состоит из больных без острой продуктивной симптоматики, ранее посещавших лечебно-трудовые мастерские. Большей частью их нахождение обусловлено выраженной стигматизацией.

В условиях дневного стационара 62% больных, выписанных под наблюдение участкового психиатра, возвращается к нормативному социальному функционированию.

В участковой службе выявлена низкая доля больных, направляемых во вспомогательные амбулаторные звенья – дневной стационар (4 больных – 4.3%) и отделение реабилитации (2 больных – 2.2%). После выписки из ПБ пациент сразу остается под контролем участковой службы, без психолого-социальной поддержки. В связи с отсутствием налаженной преемственности работы участковой службы и других подразделений психиатрической сети, больные лишаются возможности получать комплексную терапию, включающую психолого-психотерапевтический комплекс. У больных шизофренией, получавших атипичные антипсихотики, в отличие от пациентов, получавших психофармакотерапию типичными нейролептиками, в результате терапии формируется осознанная активная установка в отношении медикаментозного лечения, которая проявлялась в регулярном самостоятельном приеме лекарств, более широкой приемлемости различных способов введения препаратов, уменьшении таких нарушений комплаенса, как прекращение приема лекарств, снижение дозировок, прием не рекомендованных врачом медикаментов.

ЭТАПЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Ступина О.П., Говорин Н.В.

Чита
ГКУЗ Краевая КПБ им. В.Х. Кандинского

Последние десять лет в Российской федерации особое значение приобретают новые формы организации психиатрической службы, основной целью которых является уменьшение стигматизации и дискриминации пользователей психиатрических услуг, а также полное принятие и интеграция их в общество. Для этого в рамках оптимизации психиатрической помощи Приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 года № 566н были утверждены Порядки оказания психиатрической помощи, целью которых является приближение медицинской помощи к населению, т.е. деинституционализация, сокращение сроков круглосуточного лечения больных в психиатрических больницах.

Совершенствование и развитие новых внебольничных форм оказания психиатрической помощи в Забайкальском крае стало доступным после ввода в 2013 году новых лечебных корпусов Краевой психиатрической больницы. Для более четкой организации и преемственности оказания психиатрической помощи населению Забайкальского края, на первом этапе была реструктуризирована имеющаяся психиатрическая база путем объединения ГКУЗ «Краевая психиатрическая больница № 2» (крупного психиатрического стационара на 750 коек) с ГКУЗ «Краевой психоневрологический диспансер» и ГБУЗ «Краевая психотерапевтическая поликлиника», оказывающие внебольничную помощь. Объединение позволило не только создать достойные условия для содержания психически больных, но и дало возможность скоординировать действия врачей психиатров и специалистов, оказывающих психиатрическую, психотерапевтическую и социальную помощь на всех ее этапах разным категориям пациентов.

Пациенты клиники первого психотического эпизода, после выписки из стационара переводятся в амбулаторное отделение интенсивного лечения и наблюдения, что, на наш взгляд, позволит на перспективу сократить количество повторных госпитализаций, уйти, от проблемы «вращающихся дверей», когда пациент, выписавшись из стационара, прекращает получать поддерживающую терапию и в течение месяца вновь поступает в больницу. Пациенты геронтологического профиля с психическими расстройствами будут получать психиатрическую помощь как в условиях соматогериатрического отделения больницы, так и в условиях стационара на дому, где помощь медицинскую, психологическую и социальную будут оказывать специалисты амбулаторной службы учреждения. Данные формы оказания психиатрической помощи являются инновационными и позволяют основной ее акцент сместить на сообщество, т.е. без изоляции больных в круглосуточном стационаре.

Последние десять лет в Забайкальском крае сохранялись достаточно высокие показатели суицидов, особенно среди трудоспособного населения. Перед психиатрами давно стояла задача об организации полноценной целостной суицидологической кризисной службы. Объединение психотерапевтической поликлиники с психиатрической больницей позволило организовать специализированную помощь лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, в структуру которой вошли «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи, стационарные койки для кризисных состояний.

Объединение психиатрических учреждений, позволило усовершенствовать оказание судебно-психиатрической помощи пациентам, страдающим психическими заболеваниями, организовать два специализированных отделения по принудительному лечению и кабинет амбулаторного принудительного лечения и активного диспансерного наблюдения. Это, в свою очередь, позволит улучшить работу по наблюдению за больными и снизить их общественную опасность для населения Забайкальского края.

Реструктуризация взрослой психиатрической службы это первый этап, который даст возможность приступить к реорганизации детской стационарной психиатрической службы. Так, Краевая психиатрическая больница № 1 будет реорганизована в детскую психиатрическую больницу с отделением военно-врачебной экспертизы и детским реабилитационным центром с коечным фондом до 150 коек. Данная реорганизация улучшит материальную базу для содержания детей в условиях круглосуточного стационара и позволит в дальнейшем совершенствовать оказание психиатрической помощи детскому населению. В структуре амбулаторного отделения детская психиатрическая помощь будет представлена как отделением интенсивного наблюдения и лечения, так и внебольничными формами медицинской помощи во взаимодействии с образовательными, социальными службами, военными комиссариатами и инспекцией по делам несовершеннолетних. Это позволит координировать целостность оказания медицинской помощи детскому и подростковому населению.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Ступина О.П., Снигуряк Т.В.

Чита
ГКУЗ Краевая КПБ им. В.Х. Кандинского

Одним из приоритетных направлений развития здравоохранения в современных условиях является охрана психического здоровья. При этом совершенствование психиатрической помощи должно быть тесно связано с территориальными аспектами: социально-экономическими особенностями региона, экологией, особенностями распространенности, динамики и структуры психических и поведенческих расстройств.

Организация психиатрической службы Забайкальского края осуществляется на данных принципах, и проведенные реорганизационные мероприятия позволили нам не только со-

здать достойные условия для содержания психически больных, но и дали возможность организовать психиатрическую службу в соответствии с «Порядками оказания медицинской помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами». Разработаны и внедрены новые современные организационные формы с акцентом на превенцию психических расстройств и на интеграцию ее в сообщество.

Приоритетным направлением в реформировании отечественной психиатрической службы является внедрение общественно-ориентированной модели оказания психиатрической помощи, которая характеризуется развитием амбулаторного звена, внебольничной, полустационарной и стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи.

Объединение 3-х лечебно-профилактических учреждений психиатрического профиля в Забайкальском крае позволило сократить количество круглосуточных коек на 104, увеличив при этом на 34 койки дневного пребывания.

Введение в практику новых организационных технологий позволяет не только приблизить психиатрическую помощь к населению, но и способствует сокращению числа повторных госпитализаций и сроков пребывания больных в стационаре. Эти показатели являются индикаторными в Программе развития здравоохранения до 2020 года.

Внебольничная помощь на базе диспансерного отделения оказывается с акцентом на сообщество, где организовано отделение интенсивного наблюдения, с целью оказания неотложной помощи пациентам, нуждающимся в активной терапии, в связи с ухудшением психического состояния при отсутствии показаний для недобровольной госпитализации.

Необходимо отметить, что одним из основополагающих моментов организации психиатрической службы является приближение ее к населению и преемственность между стационарной и внебольничной помощью. Объединение взрослой стационарной и внебольничной помощи позволило контролировать больных, выписанных из стационара во внебольничную сеть. Пациенты клиники первого психотического эпизода, после выписки из стационара переводятся в амбулаторное отделение интенсивного наблюдения и лечения, что позволит на перспективу сократить количество повторных госпитализаций, уйти от проблемы «вращающихся дверей», когда пациент, выписавшись из стационара, прекращает получать поддерживающую терапию и в течение месяца вновь поступает в больницу.

Пациенты геронтологического профиля с психическими расстройствами получают психиатрическую помощь как в условиях гериатрического отделения больницы, так и в условиях стационара на дому, где помощь медицинскую, психологическую и социальную оказывают специалисты амбулаторной службы отделения интенсивного лечения в сообществе (ОИЛС), в структуре которого:

- 25 коек стационара на дому для хронически больных;
- 25 коек стационара на дому для пациентов первого психотического эпизода;
- 25 коек стационара на дому для пациентов геронтологического профиля;
- Виртуальный амбулаторный участок для указанных категорий пациентов.

Объединение психиатрических учреждений позволило усовершенствовать оказание судебно-психиатрической помощи пациентам, страдающим психическими заболеваниями. В рамках реструктуризации, открыт кабинет амбулаторного принудительного лечения и активного диспансерного наблюдения, что позволило объединить базу данных по общественно опасным больным и усилить контроль за их лечением и наблюдением, что, в свою очередь, должно снизить их общественную опасность для населения Забайкальского края.

Отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, открытое в этот же период, включает в себя полипрофессиональные группы специалистов, которые помогают пациентам, нуждающимся в различного рода социальных поддержках, решать их вопросы совместно со всеми заинтересованными ведомствами (БМСЭ, Министерством труда и социальной защиты населения).

Таким образом стационар замещающие формы, внедренные в Забайкальском крае, позволяют увеличить интенсивность и повысить эффективность деятельности учреждения, что вполне определенно улучшит качество оказываемой медицинской помощи при уменьшении финансовых затрат на ее оказание.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1 НИЖНЕГО НОВГОРОДА: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

Сучков Ю.А.

Нижний Новгород
ГБУЗ НО КПБ №1

С 1837 г. в Нижнем Новгороде душевнобольные содержались в психиатрическом отделении Мартыновской больницы. По свидетельству старшего врача Д. А. Венского: психиатрическое отделение «не только не способно вылечивать больных, но и содержит в себе все данные для окончательного умственного убийства человека».

В 1884 г. Земство приняло решение о строительстве больницы для душевнобольных, выделило 101 тысячу рублей для реорганизации старых помещений и строительства новых зданий.

На должность заведующего новыми отделениями был приглашен Петр Петрович Кащенко, работавший до этого в Тверской колонии для душевнобольных. 1 мая 1889 были торжественно открыты два новых здания, в них разместились первые пациенты – 63 человека (39 мужчин и 24 женщины).

П.П. Кащенко был полон стремления воплотить в жизнь идею: «Превратить сумасшедшие дома в клинические учреждения». Его главными принципами были гуманное отношение к пациенту и нестеснение.

Он впервые в России провел перепись душевнобольных и создал поэтапную систему психиатрической помощи: больница для лечения острых состояний (ныне – Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Н. Новгорода); больница-колония для хронических больных (ныне – Нижегородская областная психоневрологическая больница № 1 им. П. П. Кащенко); семейный патронаж для выздоравливающих больных (село Балахнинского уезда).

В 1904 году Кащенко П.П. уехал из Нижнего Новгорода, оставив после себя одну из лучших земских психиатрических организаций в России.

С 1905 по 1930 г. больницей руководил А. И. Писнячевский. В 1920 он создал кафедру психоневрологии медицинского факультета Нижегородского университета и возглавлял ее до 1930 г., провел вторую и третью переписи душевнобольных в Нижегородской губернии.

Это был сложный период революций, войн, социальных потрясений, что негативно отразилось на состоянии больницы и положении психически больных.

В 1930 – 1943гг. больницу и кафедру возглавлял профессор Я. Г. Ильон. Из его воспоминаний: «В г. Горьком, куда я был приглашен на организацию краевого психоневрологического института, застал больницу и колонию в самом запущенном состоянии, как в хозяйственном, так и в медицинском отношении. Здание больницы за год до моего приезда (1929) было определено на слом комиссией наркомздрава, как непригодное к эксплуатации. Благодаря исключительно внутренним ресурсам достигнута коренная реконструкция обстановки и

положено начало активной терапии. Создано 5 лабораторий и физиокабинетов, выделено детское отделение, организовано наркологическое отделение».

Я. Г. Ильон развивал лечебно-реабилитационное направление в психиатрии. Его докторская диссертация посвящена организации психиатрической помощи и терапии психозов.

В годы Великой Отечественной войны в больнице были развернуты эвакогоспитали, в которых оказывали помощь раненым с черепно-мозговыми травмами.

Послевоенный период характеризовался разделением в руководстве больницы и кафедры. Главными врачами были – Пахомов, Суслов, Портнов, Иваненко. А кафедру возглавляли профессор Гольденберг, доцент Познанский.

А. А. Портнов работал над патогенезом интоксикаций, занимался психозами при отравлении тетраэтилсвинцом. М. А. Гольденберг известен своими трудами по клинике и патогенезу экзогенных психозов, в 1944 году он, одним их первых в СССР, провел префронтальную лейкотомию.

Свидетельств о состоянии больницы и положении душевнобольных в военный и послевоенный периоды пока не обнаружено.

В дальнейшем главными врачами были: В. М. Пахомов и Н.Н. Разумовская. Данный период характеризовался расширением стационара до 425 коек, развитием диспансерной помощи; был построен новый лечебный корпус больницы.

С 1954 по 1976 г. кафедрой психиатрии заведовал д. м. н., проф. Н. В. Иванов: при нем издано свыше 140 печатных работ в периодических изданиях, тезисах съездов и конференций. Н. В. Иванов являлся выдающимся психотерапевтом, автором многочисленных трудов по вопросам пограничных состояний, индивидуальной и групповой психотерапии, сексопатологии. В годы его работы в больнице неоднократно проводились республиканские и всесоюзные семинары и конференции.

С 1977 по 1985 г. заведующим кафедрой психиатрии был д. м. н., проф. В. К. Смирнов, а с 1985 по 1988 г. – доцент И. А. Родионов. Основными научными направлениями исследований кафедры в этот период были пограничные состояния психической патологии и здоровья. Большое внимание уделялось психофизиологическим исследованиям, изучению психосоматических заболеваний, организации психогигиенической работы на промышленных предприятиях.

С 1988 по 1998 г. кафедрой психиатрии руководил проф. Р.Г. Айрапетов. Основное направление научных исследований – изучение биологических основ психических расстройств.

В 1980-е годы в больнице складывалась неблагоприятная обстановка из-за накопления пациентов в стационаре, что делало невозможным соблюдение норм и правил содержания больных.

С 1983 по 2004 г. главным врачом больницы был Г. А. Бобров. С конца 1980-х в больнице последовательно проводилась реструктуризация коечного фонда с перенесением акцента на внестационарное звено. Увеличивалась мощность дневного стационара; открылись психотерапевтические кабинеты в соматических поликлиниках города, организован городской телефон доверия. В 1997 г. был открыт новый корпус больницы, в котором разместились 3 круглосуточных отделения, приемный покой, клинико-диагностическая лаборатория, аптека, вспомогательные службы.

С 1998 г. по настоящее время кафедру психиатрии НижГМА возглавляет д. м. н., проф. Л. Н. Касимова. Ежегодно на кафедре обучаются более тысячи студентов, клинические ординаторы, интерны, слушатели института постдипломного образования. Основные направления научной деятельности: психическое здоровье населения, когнитивные расстройства, суицидология.

В 2004 г. завершена реструктуризация коечного фонда, организовано медико-реабилитационное отделение дневного пребывания. В настоящее время большая часть пациентов лечится во внестационарных условиях. Внедряется дифференцированный подход в лечении различных категорий пациентов. Организованы и успешно работают кабинеты активного диспансерного наблюдения, первого психотического эпизода. Создана социальная служба больницы. Развиваются новые формы и методы психосоциальной терапии и реабилитации. Значительно увеличился штат психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе.

Сегодня структура «Клиническая психиатрическая больница №1 г. Нижнего Новгорода» включает: 4 круглосуточных стационарных отделения; всего – 200 коек; Медико-реабилитационное отделение (дневного пребывания) на 100 мест с Клиникой первого психотического эпизода; Дневной стационар на 100 мест; Диспансерное отделение № 1(психиатрическое); Диспансерное отделение № 2 (психотерапевтическое) с «телефоном доверия».

Больница обслуживает 370 тыс. населения. Под наблюдением находится более 6000 чел. Обеспеченность круглосуточными койками составляет 5,5 на 10 тыс., местами дневного стационара – 5,5 на 10. тыс. населения. Лечебно-реабилитационная помощь оказывается на основе полипрофессионального подхода.

Понимание того, что социальной адаптации пациента невозможно достичь только усилиями психиатрической службы, привело к поиску дополнительных ресурсов в сообществе. Больница становится все более открытой системой, сотрудничает с Московским НИИ психиатрии МЗ России, Нижегородским государственным университетом им. Н. И. Лобачевского, социальными службами, ОООИ «Новые возможности», другими общественными организациями и СМИ.

Сегодня больница развивает традиции, заложенные в 19 веке П.П. Кащенко. В перспективах – повышение качества полипрофессионального обслуживания пациентов; создание единой системы психосоциальной реабилитации в сообществе с тем, чтобы пациенты могли получать квалифицированную помощь и поддержку не только в стенах психиатрического учреждения.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тарханов В.С., Хрящев А.В., Решетникова А.В.

Астрахань
ГБУЗ АО Областная КПБ

Цель исследования. Оценить состояние, особенности и основные направления оптимизации скорой специализированной психиатрической помощи населению Астраханской области.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование базировалось на результатах анализа статистических годовых отчетов МУЗ «ССМП«, ГБУЗ АО «ОКПБ« (3 отчета). Для решения поставленных задач исследования в работе был использован комплекс методов: статистический, клинико-статистический, аналитический, системный анализ.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время одним из важнейших направлений развития российского здравоохранения является совершенствование системы скорой медицинской помощи. Скорая психиатрическая помощь является видом гарантированной государством психиатрической помощи (Борцов А.В., 2002). Основной задачей психиатрической бригады является оказание скорой психиатрической помощи в случаях внезапного развития или обострения психических расстройств

в любом месте пребывания пациента, включая медицинские учреждения. Помощь может ограничиваться медицинскими мероприятиями после осмотра пациента, рекомендацией обращения в психоневрологический диспансер или сопровождаться госпитализацией в психиатрический стационар. Кроме того, психиатрическая бригада выполняет задачу транспортировки психически больных по направлению врача-психиатра с использованием специального автотранспорта и в сопровождении подготовленного среднего медицинского персонала (Ковалев А.А., 2007). Скорая психиатрическая помощь функционирует круглосуточно. В настоящее время скорая психиатрическая помощь преимущественно (почти 84%) находится в ведении общей скорой медицинской помощи и значительно реже – в структуре учреждений психиатрической службы. Определение структурной принадлежности психиатрической бригады может решаться в зависимости от местных условий и возможностей. Однако при любых вариантах должно быть обеспечено внимание к организации скорой психиатрической помощи (Орлов Г.В., Митрофанов И.А, 2014).

Врачи психиатрических бригад, находящихся в составе МУЗ «ССМП« г. Астрахани практически были оторваны от психиатрического сообщества, отсутствовал внутренний контроль качества оказания медицинской помощи, психиатрические бригады осуществляли обслуживание линейных общепрофильных вызовов, не имея сертификатов врачей скорой медицинской помощи. С целью обеспечения оптимальных условий оказания пациентам г. Астрахани, а также прилегающих к городу районов Астраханской области (Наримановского, Икрянинского и Приволжского), в соответствии с положениями Закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Закона РФ № 3185-1 от 2.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Приказа МЗ РФ № 108 от 8.04.1998 г. «О скорой психиатрической помощи», во исполнение постановления МЗ АО № 52-П «О повышении качества скорой психиатрической помощи» с 1.08.2012 г. на базе ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» создано отделение скорой специализированной психиатрической помощи.

Вызовы поступают из разных источников, последние отражают острый характер развития психической патологии. Психиатрическую бригаду по имеющимся статистическим сведениям чаще всего вызывают члены семьи и близкие больных (примерно 40%), реже – сотрудники полиции (20%), сотрудники медицинских учреждений (10%), десятые доли процента составляют вызовы к больным, поступающие от случайных лиц. Самостоятельно больные обращаются за скорой психиатрической помощью лишь в 1-2% случаев. Вызовы к больным врачами психиатрического диспансера составляют около 20%. В этих случаях роль бригады скорой психиатрической помощи обычно сводится к транспортировке больных по направлению психиатра диспансера. Нозологическая структура контингента больных, ежегодно осматриваемых психиатрическими бригадами следующая: доля больных алкоголизмом и алкогольными психозами достигает 20- 40%. Отмечается тенденция к росту числа лиц с наркоманиями и токсикоманиями. В нашем регионе по анализу за прошедшие 2 года около 2% – это психотические состояния, нарушения сознания и грубые нарушения поведения вследствие употребления так называемой группы синтетических ПАВ. Наибольшая часть вызовов поступает к больным шизофренией (более 40%), органическими поражениями головного мозга, в том числе с атеросклеротическим и старческим слабоумием (более 20%). Доля госпитализируемых с участием психиатрических бригад в общем числе больных, помещаемых в психиатрические больницы, в разных регионах неодинакова и обнаруживает в последние годы различную динамику. Она колеблется в пределах от 10 до 30% от всех госпитализаций. В Астраханской области этот показатель равен 19%.

Основными функциями отделения скорой медицинской помощи являются: организация и оказание скорой специализированной медицинской помощи взрослому и детскому населению вне медицинской организации в круглосуточном режиме, медицинская эвакуация, обеспечение преемственности с медицинскими организациями при оказании скорой медицинской помощи, взаимодействие с экстренными оперативными службами, в том числе службой пожарной охраны, службой реагирования в чрезвычайных ситуациях, полицией, аварийными службами, развитие и совершенствование организационных форм и методов оказания скорой специализированной медицинской помощи населению, внедрение современных методов диагностики и лечения, передового опыта и научной организации труда.

Отметим положительные нововведения, появившиеся в нормативно-правовой базе, регулирующей деятельность в сфере оказания скорой специализированной медицинской помощи, а именно в Приказе МЗ РФ от 20.06.2013г № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи» определены формы оказания скорой медицинской помощи: экстренной – при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; неотложной – при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

Определен порядок вызова скорой медицинской помощи:

- по телефону путем набора номеров «03», «103», «112»
- с помощью коротких текстовых сообщений (SMS); Короткие текстовые сообщения (SMS) предназначены, в первую очередь, для вызова скорой медицинской помощи лицами с ограниченными возможностями, в том числе слабослышащими гражданами (при наличии технической возможности). При этом короткие текстовые сообщения (SMS), с помощью которых может быть осуществлен вызов скорой медицинской помощи, должны содержать необходимую информацию для решения вопроса о необходимости направления на вызов скорой медицинской помощи выездной бригады скорой медицинской помощи.
- при непосредственном обращении в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь.

Выводы. Централизация психиатрической службы на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» позволила не только значительно улучшить качество, своевременность и оперативность оказания скорой специализированной психиатрической помощи населению г. Астрахани, но и прилегающих к областному центру районов Астраханской области. Своевременность и эффективность данных мер очевидна, т. к. у врачей – психиатров скорой специализированной психиатрической помощи появилась возможность не только своевременно получать информацию из компьютерной базы данных о пациентах еще до выезда на вызов, но и улучшать преемственность между отдельными звеньями (городской, сельской амбулаторной службой, стационарными отделениями) психиатрической службы региона. Помимо этого данные меры благоприятно повлияли и на профессиональный рост врачей-психиатров скорой специализированной медицинской помощи.

О ПРИОРИТЕТЕ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ В РАЗВИТИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, РАБОТАЮЩИМ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ С ОПАСНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА

Филиппова Ю.В., Филиппов В.Л., Рембовский В.Р.

Санкт-Петербург
НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека ФМБА России

Рост распространенности пограничных психических расстройств (ППР) различной степени выраженности у работающих и населения требует принятия срочных мер, отвечающих современным требованиям. По данным ВОЗ в квалифицированной психолого-психиатрической помощи хотя бы раз в жизни нуждается 15-20% населения. Охрана здоровья работников отдельных отраслей промышленности, психопрофилактическая и психиатрическая составляющие безопасности на предприятиях с опасными условиями труда,– являются одной из актуальных проблем психиатрии.

На актуальность проблемы указывает продолжающийся рост распространенности ППР и депрессий. По данным ВОЗ (2006), распространенность депрессий в мире достигает 26% среди женщин и 12% среди мужчин. В том числе, у 18 – 39% больных с онкологическими заболеваниями, у 15 – 19% больных с ишемической болезнью сердца. Более 50% больных, обращающихся в поликлиники, обнаруживают отдельные признаки депрессии. В настоящее время остро стоит проблема диагностики ППР и депрессии врачами общесоматических стационаров и поликлиник и, как следствие, отсутствие обоснованного лечения. В России при амбулаторном приеме психиатром-психотерапевтом в поликлинике выявлено в 10 раз больше психических расстройств, чем в ПНД, обслуживающим эту же территорию. В США по данным семейных врачей у 1/3 пациентов психические нарушения, но только 2-4% попадают к психиатру.

Важно учитывать роль депрессии и стресса в развитии инсульта. Ишемический инсульт в России поражает 450 тыс. чел. в год. Смертность при инсульте – 40%. Из лиц, выживших после инсульта, 80% – инвалиды. Инсульт развивается без симптомов у 70%. Последствия после инсульта – психоорганические расстройства, сопровождающиеся депрессией и другими тяжелыми расстройствами здоровья.

На приоритет развития специализированной психиатрической помощи работающим на предприятиях с опасными условиями труда указывают материалы доклада МОТ к Всемирному дню охраны труда 28.04.2013 г. «Профилактика профессиональных заболеваний». Ежегодно от связанных с работой несчастных случаев и заболеваний гибнет 2,34 млн. человек, из них: около 2,02 млн. (86%) умирает от различных профессиональных заболеваний. Число случаев профессиональных заболеваний, не приводящих к смертельному исходу, составляет 160 млн. в год. Из-за несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний ежегодно теряется 4% глобального ВВП. Общепризнано, что нервно-психическая сфера первой реагирует на любое вредное воздействие, но до настоящего времени приоритет в оценке здоровья отдается соматическому (физическому) состоянию людей.

Цель работы: показать приоритет психиатрии, психотерапии и психопрофилактики в развитии специализированной медицинской помощи лицам, работающим на предприятиях с опасными условиями труда.

Материал, методы и результаты исследования. Проведено сплошное исследование лиц, работающих в экстремальных условиях (опасный химический фактор и высокое психическое напряжение). Проведен клинико-эпидемиологический анализ динамики распространенности ППР в зависимости от пола, стажа контакта, условий труда (группы вредности). Всего исследовано 768 человек. Мужчин – 504 (65,6%), из них старше 40 лет – 26,8%; женщин – 264 (34,4%), из них старше 40 лет – 10,8%. Использованы психопатологический и математико-статистический методы. Исследованные группы были стандартизированы.

В результате установлена высокая распространенность ППР – 62,9%, неврозоподобных расстройств – 24,6%, психоорганического синдрома – 20,8%. Наивысшие показатели распространенности ППР были зафиксированы у мужчин и женщин, работающих в наиболее вредных и опасных условиях (I группа). При этом с уменьшением вредности производства распространенность ППР у мужчин уменьшилась в 1,5 раза во II группе и в 2,6 раза в III группе ($p<0,001$) с наиболее благоприятными условиями труда. У женщин аналогичные показатели уменьшились в 3,0 раза ($p<0,001$). Анализ соотношения уровня распространенности различных видов ППР в пределах каждой группы вредности производства показал, что у мужчин I группы превалировали психоорганический синдром и неврозоподобные расстройства на фоне низких показателей остальных ППР.

Распространенность ППР как среди мужчин, так и среди женщин в зависимости от стажа работы характеризуется выраженным ростом ($p<0,001$). Уже при стаже работы 5-9 лет показатель распространенности ППР у мужчин вырос в 2,8 раза, у женщин – в 2,5 раза по сравнению с лицами стажевой группы до 4 лет. Следует отметить, что у мужчин во всех стажевых группах показатели выше, чем у женщин, и это различие наиболее выражено (1,6 раза) при стаже работы 10 и более лет. Важно отметить, что у мужчин и женщин своего максимума показатель распространенности ППР различной степени выраженности достигает уже после 4-х лет работы в экстремальных условиях, а с дальнейшим увеличением стажа работы их тяжесть нарастает. Установлен очень короткий период формирования ППР.

Заключение. Приведенные научные факты указывают на приоритет психиатрии и психотерапии в развитии медицинской помощи лицам, работающим на предприятиях с опасными условиями труда, важность формирования регистров психического здоровья и последующего мониторинга.

Высокая распространенность ППР обусловлена химическим фактором и высоким нервно-психическим напряжением (НПН). При сравнении групп с различными условиями труда установлены достоверные различия ($p<0,001$). Повышенное НПН, обусловленное особенностями работы в сочетании с токсическим фактором, у большинства работающих вызывало ухудшение психического здоровья, проявляющееся, прежде всего, расстройствами аффективной сферы (астенодепрессивный и тревожнодепрессивный синдромы).

Полученные результаты указывают, что подзаконные акты и система организационных и научно-методических мероприятий, обеспечения психиатрической и психопрофилактической помощи персоналу, работающему на предприятиях с опасными условиями труда, специфика медицинских и режимных требований к состоянию психического здоровья, требует совершенствования.

О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ СТАЦИОНАРЫ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Халитов И.М., Хисамутдинова Ю.М.

Казань, Республика Татарстан

ГАУЗ Республиканская КПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ

Несмотря на создание в стране с середины 70-х годов XX века самостоятельной наркологической службы психиатрические учреждения продолжают оказывать стационарную помощь больным с заболеваниями, связанными с употреблением психоактивных веществ. В Республике Татарстан сложилась и успешно функционирует разветвленная сеть медицинских организаций, оказывающих наркологическую помощь. Вместе с тем, число госпитализаций больных наркологического профиля в психиатрические стационары остается весьма значительным.

В последние годы отмечается ежегодное сокращение психиатрического коечного фонда. По сравнению с 2010 г. число коек (круглосуточных) уменьшилось на 644 или 21,5%, составив в 2014 г., 2341 койки. Столь заметное снижение обеспеченности республики психиатрическими койками (6,1 койки на 10 тыс. населения при среднефедеративном уровне 10,0 за 2013 г.) вынуждает ограничивать госпитализацию «непрофильных» пациентов в психиатрические стационары.

Абсолютное число больных наркологическими расстройствами, поступивших в психиатрические стационары, в сравнении с 2010 г. уменьшилось на 40,7%, а их удельный вес в общем числе госпитализированных больных снизился с 21,4% до 14,7% в 2014 г. В меньшей степени ограничение приема коснулось больных алкогольными психозами, число которых уменьшилось за этот период только на 15,2%, а в головном учреждении, Республиканская клиническая психиатрическая больница (далее – РКПБ), число их госпитализаций даже выросло на 6,4%.

Если средняя длительность пребывания в стационаре больных психическими расстройствами снизилась с 90,6 дня в 2010 г. до 83,8 в 2014 г., то больных наркологическими расстройствами осталась практически неизменной – 11, 3дня (РФ за 2011 г. – 17,1).

Определенный интерес представляет госпитализация больных с алкогольным амнестическим синдромом (корсаковским алкогольным психозом), направляемых в РКПБ как врачами-психиатрами, так и наркологической службой. За отчетный период их число уменьшилось более чем в 2 раза: с 37 до 18 больных, но средняя длительность госпитализации выросла с 65,1 до 110,3 дней, превысив среднюю длительность пребывания в стационаре больных психическими расстройствами.

Тяжесть данного контингента больных определяется их, как правило, социально-трудовой дезадаптацией и клинической картиной, состоящей не только из психических, но также неврологических и соматических нарушений. Анализ историй болезни 26 выбывших пациентов с алкогольным амнестическим синдромом показал, что среди них преобладают мужчины (76,9%), лица старше 45 лет составляют 73,1%, являются инвалидами по психическому заболеванию 46,2%. В анамнезе практически у всех отмечены черепно-мозговые травмы, у многих – сосудистые заболевания. В большинстве случаев (65,4%) диагнозы направившего врача и при поступлении в стационар отнесены к разделу органических психических расстройств МКБ-10 (диагностическим группам «F04» и «F07»).

Это свидетельствует как о некоторых трудностях в дифференциальной диагностике алкогольного амнестического синдрома от органического амнестического синдрома.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Харькова Т.Л., Солохина Т.А.

Москва
НИУ ВШЭ,
НЦПЗ

Настоящая публикация продолжает серию выполненных нами работ по прогнозу численности больных шизофренией и оценке полноты выявления этого контингента больных (Ю.В. Сейку и соавт., 1998; Т.Л. Харькова и соавт., 2005), что может быть использовано для определения тенденций развития психиатрической службы, ее структуры, кадровой и финансовой обеспеченности на долгосрочную перспективу, а также для принятия управленческих решений по улучшению оказания психиатрической помощи в текущих условиях.

Цель исследования – определить предполагаемую численность больных шизофренией на период до 2030 г. и провести оценку полноты выявления контингента этих больных по России в целом и ее регионам с использованием метода демографического прогнозирования.

Материалом исследования служили показатели заболеваемости шизофренией в целом, полученные в результате эпидемиологического обследования больных шизофренией трех психоневрологических диспансеров г. Москвы (Ю.И. Либерман, 1974; Л.М. Шмаонова и соавт., 1985); данные официальной государственной статистики о распространенности шизофрении; сведения о демографической ситуации в России и ее прогноз на перспективу до 2031 г. Прогностические модели рассчитывались на основе методики построения таблиц заболеваемости с использованием гендерных показателей исследуемых больных. При выполнении данной работы мы исходили из того, что использование этого метода дает возможность получить теоретическое число больных шизофренией на определенный период времени, а также на долгосрочную перспективу. Сопоставляя расчетное число больных с фактически известными на тот же период показателями, можно оценить, насколько полно были выявлены больные шизофренией. Проведенные нами ранее расчеты подтвердили валидность данного подхода (Ю.В. Сейку и соавт., 1998).

Результаты и их обсуждение. Из специальных работ известно, что демографические показатели являются важнейшей составляющей при построении прогностических моделей здоровья населения. В России традиционно рассматриваются три возможных сценария демографического развития: низкий, высокий и средний. По оценкам специалистов, занимающихся проблемами демографического прогнозирования, наиболее реален средний вариант прогноза, который предполагает продолжение роста уровня рождаемости на фоне повышения возраста вступления в брак, «постарение» возрастного профиля рождаемости, рост показателя ожидаемой продолжительности жизни и ряд др. показателей (Население России. Двадцатый демографический доклад. 2014). На основе указанных тенденций демографического развития и оценке предполагаемой численности возрастно-полового состава населения был построен прогноз изменения числа больных шизофренией и рассчитаны показатели ее распространенности. Применение обсуждаемого подхода дало возможность нам говорить о том, что в России в целом в течение всего прогнозного периода при условии практически полного выявления больных абсолютное число лиц, страдающих шизофренией, будет относительно стабильным и к 2030 г. увеличится на 2,3%, по сравнению с 2015 г., причем и у мужчин, и у женщин рост в этом случае будет практически равным (соответственно на 2,3% и 2,2%). Вместе с тем в Москве может отмечаться несколько иная картина, что обусловлено

особенностями развития демографических процессов. Можно говорить о вероятностном увеличении абсолютного числа больных шизофренией, как среди мужчин (с 49513 в 2915 г. до 54825 в 2030 г., т.е. на 10,7%), так и среди женщин (с 60108 в 2015 г. до 68041 в 2030 г., т.е. на 13,2%). За этот период будет возможным и увеличение распространенности шизофрении среди мужчин с 90,9 до 94,1, среди женщин с 94,7 до 99,8 на 10 тыс. человек. В других рассматриваемых регионах (Республики Коми и Марий Эл, Архангельская, Псковская, Кировская, Белгородская, Тамбовская, Волгоградская, Тюменская, Пермская области, Краснодарский край) при условии полной выявляемости больных шизофренией их число к 2030 г. может значительно измениться, как в сторону увеличения, так и в сторону снижения. Во всех изученных регионах будет также отмечаться рост показателей распространенности (за исключением республики Коми, в которой показатели распространенности шизофрении у мужчин останутся практически стабильными).

Предложенные прогнозные оценки носят несколько условный характер, так как в их основе лежат данные о заболеваемости шизофренией, полученные единовременно и принятые в качестве эталона. К сожалению, медицинская статистика до сих пор не располагает необходимыми данными о заболеваемости шизофренией хотя бы по пятилетним возрастным группам. Наряду с этим, отсутствуют и достаточно достоверные данные последних лет о распространенности шизофрении, полученные в результате эпидемиологических обследований. Наличие такого рода данных позволило бы провести прогнозные расчеты с учетом динамики заболеваемости шизофренией у лиц разного пола и возраста при тех или иных сценарных гипотезах. Поэтому представленные результаты в большей степени зависят от прогнозных оценок численности населения изученных регионов, его возрастно-полового состава.

При оценке полноты выявления больных оказалось, что доля зарегистрированных больных шизофренией (все формы) от расчетных данных и в 2003 г., и в 2013 г. составляла, как по России в целом, так и по всем изученным регионам, кроме Москвы, менее 50%. Для Москвы показатели выявляемости в 2003 г. составляли 71,4%, в 2013 г. – 60,1%. Особенно низкая выявляемость больных шизофренией отмечалась и в 2003 г., и 2013 г. в Краснодарском крае, а в 2013 г. и в Архангельской области, где по данным обращаемости регистрируется немногим более 30% больных от расчетного числа. В Псковской и Пермской областях, а также в Республике Марий Эл выявляемость близка к среднероссийским показателям. В 2003 г. в России выявляемость больных шизофренией по результатам проведенных расчетов составила 47,7%, в 2013 г. – 46,5%. Таким образом, построение прогностических моделей продемонстрировало снижение в России выявляемости больных шизофренией.

В рамках данного исследования была прослежена динамика показателя выявляемости больных шизофренией в различных возрастных группах. Так, в возрасте 15-19 лет процент выявленных больных по отношению к расчетному числу заметно вырос, как в России в целом, так и в большинстве изученных регионов (за исключением Москвы, Тамбовской и Волгоградской областей, в которых проведенные расчеты показывают снижение числа больных шизофренией). Иная картина отмечается среди населения более старшего возраста: практически во всех изученных регионах отмечается снижение числа зарегистрированных больных шизофренией к расчетному, причем в большей степени эта ситуация характерна для населения в возрасте 40-59 лет.

Среди причин снижения выявляемости больных шизофренией в нашей стране можно назвать демографические явления, связанные с увеличением численности населения за счет миграционных процессов, недостатки в организации службы, недостаточную обеспеченность кадрами врачей-психиатров, недовыявление наиболее легких случаев за счет обращения пациентов в частные медицинские учреждения и др.

Вместе с тем, в последнее время ряд исследователей обращают внимание на некоторое снижение показателей заболеваемости шизофренией и ее распространенности, как в мировом масштабе, так и в отдельных странах (J.B. Kirkbride and al., 2006).

Выводы. Применение метода демографического прогнозирования с использованием таблиц заболеваемости позволяет разрабатывать прогноз числа психически больных с учетом демографической ситуации, складывающейся в разных регионах, определять уровень выявления больных, что является эпидемиологическим критерием качества оказываемой помощи, дополнять исходные данные для дальнейшего совершенствования системы психиатрической помощи населению страны.

ПОКАЗАТЕЛИ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Хисамутдинова Ю.М., Халитов И.М.

Казань

ГАУЗ Республиканская КПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ

С ростом правовой культуры населения возрастает и ответственность врачей-психиатров по неукоснительному соблюдению всех процессуальных норм действующего законодательства, особенно Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Антипсихиатрическая компания в прессе в середине 80-х и начале 90-х годов XX века значительно изменила толерантность в обществе к любым проявлениям «карательной» психиатрии. В первую очередь, высокую чувствительность и нетерпимость вызывали случаи необоснованной госпитализации в психиатрические стационары лиц, страдающих психическими расстройствами различной степени тяжести, когда каждое такое нарушение становилось предметом обсуждения в средствах массовой информации.

Уже в первые годы действия закона число психически больных, поступивших в стационар в недобровольном порядке в республике, выросло с 529 в 1993 г. до 1423 чел. в 1995 г. или в 2,7 раза. Удельный вес недобровольно поступивших в общем числе госпитализированных больных в 1995г. составил 8,6% (РФ – 3,3%). В последние годы число больных, помещение которых в стационар оформлялось как недобровольное, из года в год возрастало и достигло к 2010 г. своего максимума – 2215 чел. или выросло за 15 лет почти в 1,6 раза. Одновременно с этим, ежегодно увеличивалась и доля этих пациентов в общем контингенте поступивших больных, достигнуто к 2010 г. 13,9% (РФ за 2007 г. – 6,9%). Затем их число за 5 лет снизилось до 1527 чел. в 2014 г. или на 31,7%. Соответственно упала и для недобровольно поступивших больных в общем контингенте госпитализированных лиц – до 10,9% в 2014 г.

В психиатрической практике общеизвестны случаи «уговаривания» пациентов для получения их согласия на добровольное лечение, хотя первоначально они поступали в стационар недобровольно, с учетом того факта, что больной имеет право изменить свое отношение к госпитализации в течение 48 часов. В связи с этим, очень важным является показатель, характеризующий число больных, недобровольная госпитализация которых была подтверждена постановлением суда в соответствии со ст. 35 Закона «О психиатрической помощи».

В 1995 г. судебные решения о необходимости недобровольного лечения в стационаре были вынесены в отношении 409 чел или 28,6% от общего числа недобровольно госпитализированных лиц (РФ – 29,36%). В течение следующих 15 лет абсолютное число пациентов, которым суд санкционировал недобровольную госпитализацию, и их удельный вес в общем

контингенте недобровольно поступивших больных ежегодно увеличивались и в 2010 г. составили соответственно 1409 чел. (прирост 3,4 раза) и 63,6% (РФ за 2007 г. – 38,0%). Но, достигнув максимальных величин, в течение последних 3-х лет они также начали ежегодно снижаться и в 2014 г. число больных, имеющих судебные постановления на недобровольную госпитализацию, составило 745 чел. (уменьшение по сравнению с 2010 г. на 47,1%), а их доля среди всех недобровольно поступивших больных, сократилась до 48,8%.

Однако, это не означает, что исчезла актуальность данной проблемы. Действительно, в последние годы количество жалоб по вопросам необоснованной госпитализации значительно уменьшилось. Решение проблемы в настоящее время заключается не в плоскости громких скандалов, а в настойчивой ежедневной скрупулезной работе по повышению правовой культуры деятельности психиатрической службы (И.Я. Гуравич, В.Б. Голланд, Н.М. Зайченко). О сохраняющейся актуальности этой проблемы свидетельствует значительный разброс показателей недобровольной госпитализации и ее динамики по отдельным психиатрическим учреждениям республики, различающиеся в десятки раз!

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ПСИХИАТРИИ: РАБОТА СО СМИ

Чеперин А.И., Четвериков Д.В., Шеденко М.И.

Омск

БУЗ Омской области КПБ им. Н.Н. Солодникова

В настоящее время актуальность санитарно-просветительской работы в психиатрии многократно возрастает. Это обусловлено комплексом причин, в основе которых лежит негативная стигматизация и самостигматизация. Растиражированный СМИ, кинематографом, литературой образ психически больного – неуправляемого агрессивного психопата или скрытного маньяка с девиантными сексуальными потребностями в значительной мере способствует усилению негативного образа пациента психиатрической клиники. Резонансные преступления, совершенные с особой жестокостью и бессмысленностью, часто подаются в СМИ как результат психических проблем преступников. Происходит генерализация отрицательного отношения к психическим расстройствам в целом, причем даже к тем, которые априори не сопровождаются агрессивными состояниями – нарушениям пищевого поведения, тревожно-депрессивным расстройствам, психосоматической патологии и пр. Нельзя не учитывать усиление «традиционалистских» тенденций в информационном поле, когда религиозно-канонический шаблон выдается как единственно верный, а отклонения от него рассматриваются не как заболевание, индивидуально-психологические особенности или следствия психосоциальных обстоятельств, а трактуются в клерикальном аспекте, который оперирует такими понятиями как «грех», «беззаботность», «лень», «распутность», «безбожие» и пр. Еще полвека назад в классических работах по стигме (I. Goffman, 1963) выделяют три отличающихся типа стигм: 1) «телесные уродства», 2) индивидуальные недостатки характера, воспринимаемые другими как слабость воли, включающие такие девиации, как: психиатрический диагноз, тюремное заключение, наркомания, гомосексуальность, беззаботность, суицидальные попытки и 3) маргинальные социальные и политические положения. Все эти стигмы имеют одну общую черту: они несут в себе коннотат «неправильного индивида» («spoilt identity»), который накладывается на самосознание этих людей и восприятие их в социуме. Стигматизации подвергаются отнюдь не все нежелательные особенности, а только те из них, которые в представлении группы несовместимы с образом индивида, с тем, «каким он должен быть». Стигма – это не естественная маркировка менее достойного, а результат социального приписывания, а стигматизация – это проекция на индивида или группу суждений о том, что является «недостойным», «неподходящим». Более того, стигматизация распространяется даже на тех, кто принимает участие в оказании специализированной психиатрической помощи – в первую очередь на врачей-психиатров. Активно муссируется образ «доктора Лектера»; в профессию психиатра приводят собственное безумие, извращенные сексуальные потребности, стремление проводить опыты над сознанием беззащитных жертв, стяжательство и прочие пороки.

В эпоху глобализации и Интернета потребитель информации все чаще занимает пассивную позицию, от него требуется лишь воспринимать готовый информационный продукт, не подвергая его активному анализу, сопоставлению, не делая персонифицированные выводы. Следует обратить внимание на широкое распространение псевдомедицинских знаний в Интернете. Часто они формируют деформированные представления о психических расстройствах, их причинах, клинике, о побочных действиях психофармакологических препаратов. Широко предлагаются альтернативные методы лечения, которые нередко носят откровенно религиозно-мистический, шарлатанский или коммерческий характер, или являются следствием недостаточно пролеченной психопродуктивной симптоматики у «целителей».

Данные тренды, на наш взгляд, могут быть использованы в контексте медицинской профилактики. Реалии современного медийного поля и, соответственно, современной санитарно-просветительской работы предполагают выработку новых задач массовой медицинский профилактики в психиатрии, которые могут быть сформулированы следующим образом:

В течении последний год в Омской психиатрической больнице налажены продуктивные контакты с большинством региональных государственных и негосударственных СМИ. Сотрудники больницы, вовлеченные в массовую медицинскую профилактику, активно взаимодействую. С журналистами по тем вопросам, которые актуальны для освещения в населении. Как показывает опыт практической работы, актуальные проблемы могут быть скомпонованы в несколько блоков:

1. Аддиктивные проблемы. Алкогольная, наркотическая, токсикоманическая зависимости, патологическое использование компьютера.

2. Проблемы, связанные с определенными возрастными этапами. Психические расстройства детского и пожилого возраста, взаимодействие в семье.

3. Аффективные расстройства, прежде всего депрессивного и тревожного спектра, психосоматические состояния.

4. Психические расстройства, связанные с нарушениям физиологических функций – нарушения сна и пищевого поведения.

5. Семейные проблемы, в первую очередь – кризисные состояния в семейных отношениях – разводы, измены.

6. Кризисные состояния и суицидальное поведение.

Практически не вызывают интереса у представителей СМИ проблемы «большой« психиатрии – шизофрения, органические расстройства, реабилитация психически больных, принудительное лечение и пр.

В данном направлении медико-профилактической работы участвуют не только врачи, но и представители сестринского персонала. Проблемы актуализируются в соответствии с текущими социальными запросами. В больнице сформирована условная группа консультантов, которые компетентны по той или иной проблемы, а также психологически способны контактировать с представителями СМИ. Координацию медийной работы в больнице осуществляет Амбулаторное психотерапевтическое отделение. В среднем один раз в неделю сотрудники больницы ведут данный раздел работы. Формы работы весьма

разнообразны: интервью, «круглые столы«, ток-шоу, участие в интернет-конференциях, просмотры художественных фильмов и их обсуждение и пр.

В целом длительный опыт работы больницы со СМИ показывает, что данный ресурс может быть использован в позитивном аспекте. После любого выступления наблюдается увеличение обращений в клинику, в населении формируется верное представление о патологическом характере многих психосоциальных проблем, о возможностях их коррекции, что в конечном итоге повышает эффективность работы любой психиатрической больницы.

РЕАЛИЗАЦИЯ НАУЧНОГО И ЭКОНОМИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Чеперин А.И., Одарченко С.С., Крахмалева О.Е., Иванова Т.И.

Омск
БУЗ Омской области КПБ им. Н.Н. Солодникова

Охрана психического здоровья граждан России, а так же оказание качественной, доступной и своевременной психиатрической помощи населению являются актуальной проблемой современного здравоохранения и имеют важное социально-экономическое значение. Тенденциями здравоохранения последних десятилетий является реформирование медицинской службы, определяемое медико-демографическими, экономическими, правовыми, фармакологическими и информационно-технологическими предпосылками, что сформировало тенденцию к изменению идеологии психиатрической службы в стране. Изменения запросов и потребностей контингента психиатрического сервиса с одной стороны и недостаток бюджетного финансирования службы с другой определяли трудно разрешимые задачи ее функционирования.

Решения данной задачи в контексте реформирования организации психиатрической службы решалось последовательно и на протяжении последних 15 лет на основании проведения научных исследований по организации эффективности психиатрической помощи населению Омской области и долгосрочному планированию распределения бюджетного финансирования. Акцент в реорганизации службы был поставлен на обоснованном смещении стационарной помощи к развитию внестационарных форм психиатрической сервиса с одной стороны, и реорганизации существующих стационарных служб с учетом актуальной потребности населения с другой.

В настоящее время в Омской области кроме традиционных видов лечения организованы стационарзамещающие формы оказания психиатрической помощи: полустационары, дневные стационары, стационары на дому на 450 мест, которые успешно компенсируют недостающие психиатрические койки. Удельный вес стационарзамещающих форм в структуре психиатрической сети составляет 19,7%. На базе больницы организованы и функционируют следующие инновационные формы работы психиатрической помощи: отделение первого психотического эпизода, дневной реабилитационный стационар, отделения интенсивного лечения в сообществе для взрослого населения и для детей, отделение амбулаторного принудительного лечения с кабинетом АДН, загородное реабилитационное отделение, программа «Жилье под защитой», в которую включены общежитие на 12 мест для психически больных, потерявших социальные связи, и 21 квартира с поддержкой. Во всех подразделениях сформированы полипрофессиональные бригады специалистов с полным охватом пациентов. За 15 лет существования данные стационарзамещающие формы для лечения лиц с психическими расстройствами доказали свою эффективность. Ежегодно снижается количество госпитализаций в круглосуточный стационар почти на тысячу, так как пациенты предпочитают получать специализированную психиатрическую помощь во внебольничных условиях. Число пациентов, получивших лечение в стационарзамещающих структурах (полустационарах, дневных стационарах, стационарах на дому) ежегодно увеличивается. Помимо этого, современная психофармакотерапия позволяет проводить медико-реабилитационные мероприятия в стационарзамещающих подразделениях больницы и сохранять длительные ремиссии, что, в свою очередь, также сокращает число госпитализаций в круглосуточный стационар. На протяжении всех этих лет снижается число общественноопасных деяний, совершенных психически больными. Снижается количество вызовов к населению скорой психиатрической помощи.

Таким образом, реализация разработанной модели планирования реформирования службы представленная на примере функционирования Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова» доказал свою эффективность и может быть рекомендована к организации психиатрического сервиса.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Чеперин А.И., Шеллер А.Д.

Омск
БУЗ Омской области КПБ им. Н.Н. Солодникова

Реабилитация является одним из перспективных направлений современной психиатрии, позволяющим, в том числе, интегрировать в общество пациентов, страдающих психическими расстройствами.

В Омской области система оказания специализированной помощи лицам, страдающими психическими расстройствами, имеет значимые особенности. Состояние и структура службы определяется наличием в области одного города-мегаполиса с населением 1.160.670 человек и 32 сельских районов с населением 813.315 человек (по данным на 1 января 2013 года). Исходя из этой предпосылки, в области исторически сложилась централизованная служба, которую представляет государственное Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова» (далее ОКПБ). Психиатрическая служба Омской области в настоящее время сформирована, как завершенный лечебно-реабилитационный комплекс.

С целью стратегического развития психиатрической помощи в Омской области и обеспечения доступности психиатрической помощи были поставлены следующие задачи:

- разработка маршрутизации потоков пациентов с определением оптимальных форм оказания медицинской помощи;
- соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи в структурных подразделениях учреждения с применением современных технологий и методов оказания помощи;
- оценка эффективности оказания помощи с контролем качества на всех этапах.

Для выполнения этих задач были выделены следующие категории пациентов: кризисные пациенты; лица с первым психотическим эпизодом; пациенты с частыми и длительными госпитализациями; больные, утратившие социальные связи и жилье; пациенты, склонные к совершению общественно-опасных действий; пациенты детского и пожилого возраста.

Ключевой фигурой является участковый врач, который в зависимости от проблем пациента направляет его в то или иное подразделение.

Организация терапевтической среды в отделениях реализовывается через следующие базовые компоненты: бригадный способ ведения пациентов с ведущей ролью врача – психиатра; индивидуальное ведение пациентов; структурирование режимов лечения, психосоциальной реабилитации, трудовой занятости и досуга; режим «открытых дверей» в дневных формах; внешний вид сотрудников и оформление основных помещений; программа «сопровождение после выписки» через клубные помещения; поощрение самостоятельности и инициативы больных, с организацией совета самоуправления.

Групповая и индивидуальная работа с пациентами проводится на всех уровнях, всеми членами полипрофессиональной бригады.

Кроме того, в непосредственно организованных подразделениях в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 года № 566н. имеются свои особенности работы с больными для достижения «возврата к социуму».

В дневном медико-реабилитационном психиатрическом отделении в основе лежит метод работы «casemanagement», а также организовано два «Клуба пациентов», работают театр, поэтическая студия, кружки, швейный класс на 25 посадочных мест. Всего за год успешно проходят реабилитационные программы более 300 пациентов.

В отделении интенсивного оказания психиатрической помощи для взрослого населения (ОИОПП) на 100 коек, предназначенного для пациентов с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями, госпитализирующихся более 2 раз в год либо имеющих в анамнезе госпитализации длительностью более 6 месяцев, особенностью является раннее присоединение к психофармакотерапии методов психосоциального воздействия при этом пациенты даже во время обострения психического расстройства остаются дома, в привычных условиях. Разработан стандартизированный этапный план ведения пациентов в отделении.

При загородном реабилитационном отделении организовано общежитие, квартиры с поддержкой. Такое жилье является не только местом проживания, но и реабилитационным учреждением, в котором осуществляются программы интенсивной психосоциальной реабилитации. На сегодняшний день нами активно решается трудоустройство данных пациентов по гражданско правовым договорам на трудовые участки.

Преемственность дает возможность дневным стационарам быть не только «промежуточными звеньями» между стационаром и амбулаторным этапом, но и быть полноценно функционирующими самостоятельными подразделения.

Благодаря длительной структурированной работе можно отметить наши достижения, Индикаторными показателями эффективности являются:

- снижение доли повторных госпитализаций в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» на 1,4% (с 14,8% в 2010 году до 13,4% в 2013 году);

- сокращение средней длительности пребывания больного на койке на 5,1% (с 84,8 дней в 2011 году до 79,7 в 2013 году);

- снижение количества вызовов скорой психиатрической помощи на 8,7% (с 5494 в 2010 году до 4828 в 2013 году), с сокращением затрат более 1,7 млн. руб./год;

- снижение первичного выхода на инвалидность у больных психическими расстройствами на 4,4% (с 28,9% в 2010 г. до 24,5% в 2013 г.).

Одновременно улучшается социальная адаптация и качество жизни пациентов.

Внедрение стационарзамещающих форм помощи лицам с психическими расстройствами имеет и экономическую выгоду – так стоимость койко-дня в круглосуточном стационаре в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» составляет – 737,63р., а в дневном стационаре – 412,7р. Соответственно при замене госпитализаций в круглосуточный стационар на дневные формы до 500 человек в год с длительностью до 60 дней экономия составляет 9 747 000 руб./год.

ПРОБЛЕМА ВЛИЯНИЯ ТРУДОВОЙ НАГРУЗКИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ, ВРАЧЕЙ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ОТНОШЕНИЕ К РАБОТЕ, РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Чернов П.Д.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

К сожалению, до сих пор в законодательстве Российской Федерации отсутствуют приказы и нормативные акты, устанавливающие четкие критерии нагрузки на врачей-психиатров и врачей-психотерапевтов. Не редки ситуации, когда количество пациентов превышает время, отведенное на прием, что может привести либо к сокращению времени, выделяемого на работу с пациентом, либо вынужденные задержки врача на работе. В любом случае, это приводит к снижению качества и эффективности труда перегруженного специалиста.

Работая в государственном учреждении здравоохранения психиатрического профиля, врачи-специалисты сталкиваются со следующими особенностями:

- Ригидность системы здравоохранения. Учреждения обязаны следовать установленным законодательством порядкам и предписанным нормам. Это снижает возможности адаптации к изменяющимся социально-экономическим условиям.

- Закрытость. С одной стороны, особенности психического состояния пациентов могут приводить к необходимости ограничивать их права и свободы. С другой стороны, необходимость сохранения врачебной тайны, принципов конфиденциальности и предотвращения стигматизации пациентов не позволяют делать открытыми для общественности некоторые особенности работы.

- Вредность. Негативное влияние на работника вызвано как самим контингентом пациентов, так и характером работы, что может приводить ко вторичной травматизации.

- Недостаток материального обеспечения. В условиях ограниченности финансирования и нехватки кадров, прослеживается тенденция к выполнению сотрудниками задач, не входящих в их должностные инструкции, что увеличивает трудовую нагрузку на персонал и сокращает время, затрачиваемое на выполнение прямых обязанностей. Положение может усугубляться недостаточной материально-технической оснащенностью лечебных учреждений, нехваткой помещений, лекарственных препаратов. Это приводит к снижению эффективности и качества работы в целом.

- Отсутствие должного финансового вознаграждения. Недостаток финансирования вынуждает специалистов к совмещению ставок, поиску дополнительного заработка, приводит к перегрузкам и низкому качеству жизни.

- Отсутствие должного нематериального вознаграждения. Особенно остро стоит эта проблема в условиях недобровольной госпитализации. Врачи не получают должного вознаграждения, благодарности за выполненную работу, работа с такими пациентами может заставить специалистов думать, что их деятельность не имеет ценности.

- Недостатки нормативной базы приводят к перегрузке персонала, снижению качества оказываемой помощи (в условиях избыточного количества пациентов на врача).

Помимо особенностей рабочей среды, на специалиста воздействуют факторы непроизводственной природы:

- Образ жизни и состояние здоровья. Наличие заболеваний, вредных привычек, инвалидность, доступность здравоохранения, ведение здорового образа жизни.

- Семья и близкие люди. Семейное положение, наличие детей, родители, родственники, друзья.

- Потребности. Удовлетворенность физиологических потребностей, жилищными условиями, уверенность в безопасности и социальной защищенности, возможность самовыражения. Удовлетворенность уровнем доходов, жилплощадью, наличием загородного участка, наличием предметов роскоши.

- Статус. Социальный статус, престижность профессии и места работы, должности.

Таким образом, недостатки существующей нормативно-правовой базы приводят к повышенным требованиям, возлагаемым на врача-психиатра и врача-психотерапевта, перегрузкам на рабочем месте, что влияет на качество выполнения обязанностей. Это требует проведения специального исследования, направленного на выявление взаимосвязей между трудовой нагрузкой и нарушениями в вышеописанных сферах, а также определение факторов производственной и непроизводственной природы риска возникновения синдрома эмоционального выгорания.

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ

Числов А.В., Андреева М.Ю.

Тверь
ТГМУ

В задачу активного диспансерного наблюдения (АДН) в соответствии с приказом МЗ РФ и МВД РФ от 1997 года входит профилактика общественно опасных действий (ООД) психически больных, осуществляемая путем своевременного выявления потенциально общественно опасных пациентов, а также проведение внебольничной курации после отмены принудительного лечения (ПЛ), назначенного больным судом после совершения ими ООД.

Цель исследования: разработка профилактических мер для предупреждения общественно опасных действий (ООД) психически больных в амбулаторных условиях в Тверском регионе.

Задача исследования: изучение особенностей психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении с целью выработки мер по предупреждению ООД психически больных.

Материалы и методы: изучению были подвергнуты клинико-демографические данные психически больных по материалам статистического отчета за 2014 год, а также изучены 54 амбулаторных карты больных, состоящих на АДН.

Результаты. общее количество больных, состоящих на АДН на конец 2014 года составило 706 человек от 18-75 лет, подавляющее большинство среди них приходится на возраст 25-40 лет (71,18%), младше 25 лет (14,75%), старше 40 лет (14,07%). Среди них мужчин 642 человека (90,8%), женщин 64 человека (9,2%). Критерии взятия на АДН на 01.01.2015г. стационарное принудительное лечение после ООД – 66,5%; совершившие преступления до начала заболевания – 20,2%; больные, которые представляют потенциальную общественную опасность вследствие особенностей психопатологического состояния – 13,3%. При изучении отдельных нозологических форм среди лиц, состоящих на АДН, оказалось, что больных с диагнозом «шизофрения« (F20,21,25) составаило 363 человека (51,4%), причем преобладает параноидная форма, больных с умственной отсталостью (F 70-79) 214 человек (30,3%), больных с органическими заболеваниями головного мозга (последствия черепно-мозговой травмы, церебросклероз и др.) 129 человек (18,3%).

Необходимо отметить наличие существенной связи между нозологической формой заболевания и психопатологическим механизмом совершения ООД: больные шизофренией с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой совершали ООД по продуктивно-психотическим механизмам, а именно деликты против жизни и здоровья граждан (24%), в то время как лица с умственной отсталостью и органическими заболеваниями головного мозга совершали ООД по негативно – личностным механизмам: кражи, грабежи (76%).

Выводы:

1. В связи с преобладанием негативно-личностных механизмов совершения ООД, необходимо усиление профилактической работы направленной на:

- своевременное учреждение опеки в необходимых случаях;

- трудоустройство больных с постоянным характером работы;

- тесный контакт больных с родственниками;

- более активное совместное наблюдение больных в необходимых случаях врачом кабинета АДН и работниками полиции.

2. Наиболее часто основанием для назначения АДН является факт прохождения стационарного принудительного лечения после совершения ООД;

3. Необходимо расширить число психически больных, представляющих потенциальную опасность еще до совершения ООД;

4. Больные, совершившие правонарушения по продуктивным психопатологическим механизмам, нуждаются в постоянном активном антипсихотическом лечении, преимущественно дюрантными препаратами, а больные, которые совершили деликты по негативно-личностным мотивам, требуют оказания активной медико-социальной помощи с широким использованием адекватных реабилитационных программ.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Шалимов В.Ф.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Анализ первичной обращаемости к психиатру детей и подростков в Центры психолого-медико-социального сопровождения (ЦПМСС) показал, что риск школьной дезадаптации увеличился за 15 лет более чем в 4 раза, причем в 75% случаев были обнаружены пограничные психические нарушения. В связи с этим актуальными (приоритетными) направлениями психиатрической службы становятся: разработка типологии психических расстройств, не достигающих грубых форм психопатологии; организация службы, обеспечивающей диагностику и мониторинг этих отклонений.

С учетом системного анализа пограничных психических расстройств (ППР) на основе принципов многоосевой диагностики разработаны требования к организации медико-социальной помощи детям младшего школьного возраста в условиях инклюзивного образования:

- первичная квалификация психического расстройства пограничного уровня в соответствии с разработанной типологией, осуществляемая детским психиатром;

- включение врача-психиатра в консультативно-диагностический и коррекционно-реабилитационный процесс в течение периода пребывания детей в образовательном учреждении;

- психопатологический анализ структуры пограничной интеллектуальной недостаточности с привлечением результатов нейропсихологического и нейрофизиологического исследований, ориентированный на выделение дифференцированных вариантов (подтипов) расстройств;

- модульный принцип построения дифференцированных социо-терапевтических программ с учетом выделенных типов пограничных психических расстройств;

Медико-психолого-социальное сопровождение детей с ППР целесообразно осуществлять в двух направлениях: многоосевой диагностике дифференцированных форм пограничных психических расстройств и комплексной полипрофессиональной коррекционно-реабилитационной работе. С учетом проведенного нами системного анализа ППР у детей 6–9 лет были выделены три типа пограничных психических расстройств и в соответствии с ведущими психопатологическими симптомокомплексами разработаны технологии оказания комплексной помощи детям в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида.

Дизонтогенетический тип характеризуется задержанным по возрасту темпом психического развития в виде эмоционально-волевой и личностной незрелости (инфантилизм) или парциальной задержкой отдельных компонентов высших психических функций. Тип «церебральная альтерация» связан с ранним негрубым резидуально-органическим поражением мозга, включая органические эмоционально-лабильные астенические расстройства (простой и осложненный церебрастенический симптомокомплекс). Депривационный тип протекает по типу пролонгированных реакций на стресс или ретардированного варианта с преимущественно интеллектуальными нарушениями.

Разработанная модель комплексной медико-социальной коррекционно-реабилитационной помощи детям с ППР ориентирована на восстановление их школьной успешности и оптимальную интеграцию детей в нормативную образовательную среду. Каждый модуль коррекционно-реабилитационной программы соответствует ведущему типу пограничного психического расстройства и соответствует следующим векторам комплексной медико-социальной помощи: формирующий – для дизонтогенетического типа ППР, коррекционный – для ППР по типу церебральной альтерации, психотерапевтический – для депривационного типа ППР. В каждом модуле выделяются специфические объекты коррекционно-реабилитационной работы и социо-терапевтического воздействия; определяется план системного междисциплинарного взаимодействия психиатра и специалистов образовательного учреждения.

Организационно-методическое обеспечение медико-социального сопровождения детей с ППР осуществляет межведомственная координационная служба (Координационный центр), в состав которой наряду со специалистами образовательного учреждения входят врач-педиатр районной поликлиники (или образовательного учреждения) и участковый детский психиатр. Под руководством межведомственного координационного совета медико-социальное сопровождение детей с ППР реализуется с помощью диагностико-консультативного, воспитательно-образовательного, коррекционно-реабилитационного, оздоровительно-профилактического и социально-реабилитационного блоков.

В зависимости от типа пограничного психического расстройства детям может быть рекомендована дифференцированная медико-социальная помощь. Базовые механизмы психических расстройств, связанные с этиопатогенезом ППР, определяют объекты («мишени») медико-социальной помощи, основные направления коррекционно-формирующего обучения и лечебно-профилактического (лечебно-терапевтического) воздействия. Целью коррекционно-реабилитационной помощи детям ретардированного и депривационного типов ППР является формирование задержанных в развитии психических процессов и преодоление личностной незрелости детей с опорой на высоко опосредованные формы регуляции, обусловливающие преобразование внешней деятельности в структуру умственного плана сознания. Основные задачи: развитие интеллектуальных возможностей ребенка через знаково-символическую функцию, овладение операциями наглядно-образного мышления с использованием схем и условных обозначений, формирование пространственных и квазипространственных функций; формирование мотивов, ориентированных на обобщенные социально заданные нормы (учебные, социальные, нравственные); развитие устойчивых эмоциональных представлений («обобщение переживаний»), в частности, обобщенного положительного отношения к задачам учебного типа; развитие планирующей и обобщающей функций речи. Целью коррекционно-реабилитационной помощи детям с ППР по типу «церебральная альтерация» является: развитие отстающих от возрастных показателей функций, которые считаются базовыми компонентами в иерархической структуре высших психических функций (ВПФ); затормаживание образовавшихся аномальных связей, базирующихся на стихийно сложившихся компенсаторных механизмах; формирование новых комплексов внутри- и межсистемных взаимодействий; овладение структурными компонентами психической деятельности; организация коррекционной помощи с учетом динамических характеристик психической деятельности.

На первом этапе (в течение первых трех месяцев) осуществляются междисциплинарное обследование, многоосевой анализ результатов обследования, формирование коррекционно-реабилитационных групп в соответствии с предложенной типологией ППР.

Второй этап (в течение первого года) включает реализацию полипрофессиональных дифференцированных медико-социальных программ и мониторинг результатов коррекционно-реабилитационной работы, социо-терапевтического воздействия и реализации образовательных программ.

На третьем этапе (в течение второго и третьего года) в соответствии с результатами мониторинга осуществляется корректировка плана медико-социального сопровождения.

На четвертом этапе (четвертый год) проводится оценка эффективности образовательно-воспитательной, коррекционно-реабилитационной и социо-терапевтической работы; осуществляется выбор оптимальной модели социального функционирования ребенка на следующей ступени обучения.

Для всех типов ППР выделен модуль неспецифической медико-социальной помощи и для каждого типа ППР разработаны модули специальной медико-социальной помощи, в рамках которых применяются разработанные в ходе реализации проекта психокоррекционные программы.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ВОЙНЫ

Шамрей В.К., Гончаренко А.Ю., Рутковская Н.С.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

«Гибридная война» – термин, предложенный в конце XX века в США для описания военной стратегии, объединяющей в себе обычную войну, малую войну и кибервойну (информационную войну) (Арзуманян Р. В., 2010). По мнению А.В. Манойло

(2012 г.), «гибридная война» является основным методом действий в асимметричной войне, ведущейся на трех выборочных видах поля боя: среди населения конфликтной зоны; тылового населения; международного сообщества. Усиление значимости информационной составляющей современных войн произошло во многом благодаря взрывному росту информационных технологий в индустрии связи, коммуникации и средствах массовой информации (СМИ). Опыт ведения информационных войн в «досетевую» эпоху трансформируется с учетом новых технических возможностей, предоставляемых интернетом. Таким образом «гибридная война» планируется не под стратегию фронтальной войны, а под стратегию информационной войны. Целью военных действий в «гибридной войне» является не завоевание или удержание территории, а хаос, непрерывный конфликт и постоянное генерирование провокаций и постановочных для СМИ военных событий. Одна из задач информационной войны – уничтожение гражданской идентичности страны-соперника.

Основой психологии информационных войн являются способность человека к речевой коммуникации и склонность к трансляции недостоверной информации (лжи). Сторона, ведущая информационную интервенцию, как правило, стремится скрыть свои истинные намерения и заменить их на такие, которые были бы максимально приемлемы для целевой аудитории – объектов вмешательства. Очевидно, что в большинстве случаев, агрессивное манипулирование сознанием препятствует саморефлексии, навязывая представление о ее ненужной сверхинтеллектуальности, эгоистичности, бездуховности, нередко призывая больше «слушать сердцем». Огромную роль в противодействии психологическому манипулированию играет и общий уровень объективной информированности населения не только по вопросам философии, истории, религиоведения и т.д., но и культуральной самоидентичности.

Информационные воздействия, возникающие в обществе спонтанно, либо целенаправленно, могут обрести качество и силу причинных факторов развития психической патологии. Психическое здоровье человека зависит как от системы межличностных связей (отношений), в которые он вовлечен, так и от состояния здоровья (в т.ч. психического) общества, в котором он живет. При этом, особо уязвимыми для агрессивных информационных воздействий являются присутствующие в любом обществе люди с психической патологией, особенного пограничного спектра (личностные, невротические расстройства и т.д.). Современное «информационно-потребительское» общество усиливает остроту и увеличивает частоту переживаемых стрессов. Может показаться (под настойчивым влиянием СМИ), что степень свободы и возможности выбора выросли. Обществу предлагается масса вариантов преуспевания, рекламируется легкий и быстрый «путь к успеху» (на деле, для большинства людей они недоступны, недостижимы). Такое постоянное информационное воздействие приводит, особенно у лиц старшего поколения, к возникновению тревоги, агрессии, аддиктивному поведению, ощущению безысходности и т.д. В свою очередь, указанные формы информационного «зомбирования» поддерживают в отдельных слоях общества, прежде всего молодежи, протрагированное состояние психического напряжения, неспособности к реализации своего потенциала, превращая их в удобную мишень для информационных интервенций извне (Harley I.A., 1996). Постоянный поток подобной информации вызывает со временем определенную специфическую адаптацию, с формированием аффективного напряжения и (при усилении интенсивности и агрессивности информационного прессинга) состояния фрустрации, характеризующейся аффективной нестабильностью и повышенной внушаемостью. В таких случаях, когда в СМИ сообщается о психологически приемлемом, («психологически адекватном» для большинства населения) «решении» сформированной ранее «информационной проблемы», происходит облегчение (частичное или полное) данного состояния и порой с элементами эйфории. Вместе с тем, особенности подобных состояний закономерно снижают критичность мышления, в т.ч. способствуют изменению доминирующих (традиционных) суждений и поведения. В случае же несовпадении ожидаемого (внушенного) результата и реальности повышается риск когнитивного диссонанса, который в отдельных случаях (при наличии индивидуальной психической уязвимости, недостаточного адаптационного ресурса) может служить триггером различных соматических, психических и поведенческих расстройств.

Следует констатировать, что в настоящее время осуществляется активная информационно-культурная и информационно-идеологическая экспансия наиболее развитых государств, с попыткой трансформации аутентичной культуры, традиций и «духовных ценностей» в остальном мире.

В заключении следует отметить, что многие системы управления в различных областях человеческой деятельности уже сейчас стали информационно-зависимыми. Опасность целенаправленного воздействия извне на информационные ресурсы страны может достичь масштаба национальной проблемы. Особое значение, при этом, приобретают подходы нацеленные на формирование и поддержание у людей (наций, народностей) «психологического иммунитета» к подобному агрессивному информационному воздействию, основанного на настоящих, традиционных для того или иного социума связующих духовных скрепах.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Шапошников Н.Н., Астахова Л.В., Романов Р.А.

Краснодар

ГБУЗ Специализированная психиатрическая больница №7

Большое внимание в последнее время уделяется усилению пожарной безопасности больниц, диспансеров, интернатов для инвалидов и пожилых людей.

Обострил внимание к этой проблеме ряд трагических происшествий в лечебных учреждениях, повлекших за собой гибель больных и персонала, особенно пожар в наркологической больнице №17 в Москве в декабре 2006 г., при котором погибло 45 пациентов. Причем, как установило следствие, как правило, причиной трагедии является халатность и пренебрежение своими служебными обязанностями руководителей.

ГБУЗ СПБ №7 г. Краснодара рассчитана на 1025 коек. Противопожарный режим в больнице определен приказом главврача. Структурные подразделения имеют инструкцию действий медперсонала на случай возникновения пожара. У поста дежурной медицинской сестры вывешен план действий при возникновении пожара, а также план эвакуации. Все сотрудники проходят противопожарный инструктаж, проводятся занятия по пожарно-техническому минимуму, проверка знаний ППБ. Курение пациентов организовано в специально оборудованном месте. В отделениях имеются средства пожаротушения: пожарные гидранты, пожарные рукава, огнетушители, огнеупорные полотна, в прогулочных двориках – ящики с песком; противопожарный щит с инвентарем располагается в отсеке для сотрудников. Отделения оборудованы системой оповещения о пожаре (несколько кнопок этой системы находятся в разных частях отделения). Над эвакуационными выходами размещены световые таблички «выход». На каждого сотрудника отделения имеется газодымозащитный комплект, а также фонари с аккумуляторными батареями. Отделения оснащены датчиками, срабатывающими на дым или высокую температуру. При обнаружении реального возгорания медицинская сестра дежурной смены нажимает кнопку оповещения о пожаре. Происходит голосовое

оповещение больных о пожаре с требованием покинуть помещение. Ежемесячно, в первую неделю каждого месяца, проводятся тренировочные занятия с каждой из смен по эвакуации больных из отделения на случай пожара.

Было отмечено, что пациенты, проходящие лечение в отделении, неоднократно участвуя в практических занятиях медперсонала, хорошо ориентируются, куда им надо выходить, знают, что спящего соседа необходимо разбудить, а ослабленному больному помочь выйти из палаты. За многие годы подобных тренировок отмечено, что даже пациенты с дефектом личности организованно и без паники с легкостью покидают помещение через обозначенные эвакуационные выходы. Наиболее организованными во время эвакуаций являлись пациенты, без острой психотической симптоматики, проходящие принудительное лечение. Они всегда быстро и четко выполняли инструкции медперсонала, организованно выходили из отделения в соответствии с обозначенными путями эвакуации. Это объяснялось длительным пребыванием пациентов в отделении, их стабильным психическим состоянием на фоне длительного лечения, а также регулярным, ежемесячным участием в учениях.

Выводы. Заблаговременное планирование и проведение мероприятий по повышению устойчивости функционирования объектов здравоохранения при пожаре, разработка паспортов безопасности объектов здравоохранения, план действий в психиатрическом стационаре при пожаре, позволяет существенно снизить риск возникновения ЧС.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Шереметьева И.И., Плотников А.В.

Барнаул
Алтайский ГМУ,
КГБУЗ Алтайская краевая КПБ им. Ю.К. Эрдмана

В наши дни одной из основных проблем, с которыми сталкиваются работники здравоохранения, является уклонение больных туберкулезом от назначенного режима химиотерапии. По мнению ряда авторов, значительную часть данного контингента составляют лица с нарушением психики. Удельный вес последних возрастает среди контингентов противотуберкулезных учреждений. Заболеваемость туберкулезом среди пациентов, страдающих психическим расстройством, в 2,5 – 8 раз выше, чем у психически здоровых лиц. У психически больных, страдающих туберкулезом, с нарастанием степени дезадаптации увеличивается частота деструктивных процессов, при этом снижается частота выявления микобактерий в мокроте, что связано с трудностями ее сбора, обусловленными слабоумием и побочными действиями психотропных препаратов (сухость слизистых оболочек). Эти больные представляют значительную эпидемиологическую опасность для общества.

Стационарная специализированная медицинская помощь психически больным, страдающим туберкулезом легких, в Алтайском крае оказывается на базе фтизиатрического подразделения Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича». В подразделении получают лечение больные, страдающие двумя социально-значимыми и социально опасными заболеваниями, по направлениям районных психиатров и фтизиатров, психиатрических больниц и противотуберкулезных диспансеров со всей территории Алтайского края. Подразделение располагает тремя психотуберкулезными отделениями, рассчитанными, в общей сложности, на 130 коек, клинико-диагностической лабораторией, рентген-кабинетом, физиотерапевтическим кабинетом, кабинетом функциональной диагностики.

Амбулаторная медицинская помощь данному контингенту больных оказывается путем тесного взаимодействия участковых психиатров и фтизиатров. В частности, согласно САНПИН, все больные, состоящие на диспансерном учете у психиатра, два раза в год направляются на флюорографическое обследование.

Неблагополучная социальная ситуация, в которой находится большая часть больных, очевидно, создает определенные трудности не только для выявления патологии, но и для реабилитации после курса лечения в стационаре, высока частота повторных госпитализаций. Часто пациенты, выписанные после успешно завершенной интенсивной фазы противотуберкулезной терапии, не принимают противотуберкулезные препараты, и вскоре поступают с ухудшением состояния. Поэтому для данного контингента больных социальная поддержка является столь же, если не более, важной, чем медицинские мероприятия.

Кроме того, в Алтайском крае существует проблема недостаточного выявления туберкулеза легких среди психически больных, что обуславливает высокий процент «запущенного» туберкулеза у пациентов, поступающих в АККПБ им. Эрдмана Ю.К.

Долгое время большой проблемой являлось оказание наркологической помощи больным туберкулезом, и в марте 2015 года были сделаны первые шаги к ее решению: было открыто мужское наркологическое туберкулезное отделение на 20 коек для лечения больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя.

Основные показатели работы подразделения 2011 – 2014 гг. Число сметных коек уменьшилось с 265 (2011г) до 155 (2014г.); поступило больных 224 чел. В 2011 г., 200 чел в 2012 г, 158 чел. в 2013 г., 104 – 2014 г. Летальность – 11,9%, 9,15%, 5,9%, 10,2% (по годам соответственно); среднее пребывание на койке (фактическое) составило – 440,9 464,0 322,6 359,6 койко дней (по годам соответственно).

За последние три года отмечается планомерное уменьшение поступления больных, уменьшение числа пролеченных больных, снижение среднего фактического пребывания больных на койке, снижение оборота койки. Данные цифры говорят либо о снижении заболеваемости туберкулезом легких среди психически больных в Алтайском крае, либо об ухудшении выявления данной патологии.

Для повышения эффективности оказания медицинской помощи больным с сочетанной патологией необходима дальнейшая консолидация работы служб.

ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Широков Д.В., Платонов Д.Г.

Кемерово
ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ

В настоящее время особую актуальность приобретают вопросы реабилитации психически больных с максимально возможным восстановлением их социального функционирования и возвращения их в привычную среду. Для решения этих задач, а также в соответствии с «Порядками оказания психиатрической помощи», утвержденными приказом министерства Здравоохранения Российской Федерации №566н от 17.05.2012. в 2012 году на базе ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» было организовано специализированное мужское медико-реабилитационное отделение на 65 коек.

В течение последних двух лет, прошедших с момента открытия отделения, в нем пролечились 209 пациентов. Средний возраст этих больных составил 54 года. Средний койко-день пролеченных больных составил 89,4. Шизофренией и расстройствами шизофренического спектра страдали 34% пациентов, деменцией – 22% больных, органическим заболеванием ЦНС – 26%, умственной отсталостью – 16% больных, и 2% – страдали труднокурабельными формами расстройств личности. Для 66% пациентов были характерны значительная длительность заболевания (более 15 лет) и многочисленные в течение жизни госпитализации (57,4% больных стационировались более 5 раз). Только в 32,6% случаев данная госпитализация была связана исключительно с обострением психического заболевания, в остальных наблюдениях причиной стационирования были социальные показания (14,6%) или комбинация клинических и социальных показаний (52,8%). Таким образом, у 66,4% больных требовалось решение социальных вопросов, чаще комбинированно с собственно медицинскими (психиатрическими) проблемами. Клинико-социальное обследование пациентов позволило выделить целый комплекс проблем, в совокупности затрудняющих, а в ряде случаев, делающих невозможной их выписку из больницы. Так, только 3 пациента имели работу, 98% имели группу инвалидности на протяжении длительного периода времени (из них 20,6%-первую, 79,4%-вторую). Каждый четвертый пациент был недееспособным, причем практически у половины из них не было опекунов.

Более 70% обследованных пациентов никогда не состояли в браке, более половины (51,7%) жили одни. При этом жилищные условия были, как правило, неблагоприятными. Лишь небольшая часть больных (13,3%) до поступления в больницу в полной мере справлялись с бытовыми обязанностями, а почти в половине случаев (48,5%) они практически полностью обслуживались домашним окружением. 50,9% пациентов не владели элементарными бытовыми навыками (стирка, уборка, ремонт одежды, планирование финансов и пр.), а 12,9% больных владели лишь отдельными из них. Таким образом, почти 2/3 пациентов нуждались в обучении навыкам (в том числе элементарным) независимого проживания. Соответственно, невозможность выписки больных из стационара была связана преимущественно с социальными причинами. Наиболее часто встречающимися из них были утрата социальных связей (82,35%), отсутствие жилья (83,83%), отсутствие опекуна (11,8%). Клинические причины изолированно препятствовали выписке из больницы в 7,4% случаев. Таким образом, 92,6% пациентов имели существенные препятствия выписке исключительно в связи с социальными факторами. В 81,5% случаев имелся комплекс социальных причин (2 и более), препятствующих выписке больных из стационара. Многие из них потенцировали друг друга, создавая порочные круги дезадаптации.

Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий оценивалась на основе шкалы эффективности лечения (Семке В.Я., 1999). Пациенты были разделены на три подгруппы (1 подгруппа – длительность заболевания 5-10 лет, 2 подгруппа – 10-15 лет, 3 подгруппа – более 15 лет)

Анализ эффективности реабилитационных мероприятий показал, что полное и практическое выздоровление (тип «А» и «В») не отмечалось. Неполное выздоровление типа «С» выявлено у 44,4% пациентов первой подгруппы, 40% второй и 29,5% третьей. Тип «Д» (незначительное выздоровление) выявлено у 55,6% пациентов первой подгруппы, 46,7% пациентов второй подгруппы и у 43,2% пациентов третьей. Отсутствие выздоровления (ремиссия типа «О») отмечалась у 13,3% пациентов второй подгруппы и у 27,3% пациентов третьей подгруппы.

Таким образом:

1. Контингент больных с длительными госпитализациями формируется на протяжении многих лет, обнаруживая определенные клинические особенности, недостаточную эффективность терапии, накопившиеся социальные проблемы, последствия длительной социальной депривации, образующие комплекс взаимно потенцирующих неблагоприятных факторов, препятствующих их выписке.

2. Большинство больных исследуемой группы, страдают шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, а также психозами и слабоумием органического генеза. Для них характерен значительный срок заболеваний (свыше 15 лет), большое количество госпитализаций в анамнезе, наличие группы инвалидности по психическому заболеванию в течение длительного времени.

3. Среди данной выборки преобладают больные старше 50 лет. Подавляющее большинство пациентов не состоят в браке, у более 90% – отмечаются проблемы взаимодействия с социальным окружением. 64% больных не владеют элементарными бытовыми навыками или владеют ими в недостаточной степени; свыше 90% – имеют неблагоприятные жилищные условия, в том числе у более 83% – полностью отсутствует собственное жилье. 23% больных недееспособны, причем половина из них не имеют опекуна.

4. Среди причин госпитализации больных последующим длительным пребыванием в стационаре существенную роль играет обострение заболевания, однако основанием, препятствующим выписке пациентов из больницы, является в большей степени их социальная несостоятельность.

5. Необходимо дифференцировать лечебно-реабилитационные подходы к таким больным в зависимости от длительности течения у них заболевания. Для пациентов с меньшей длительностью – производить более активное медикаментозное пособие и психологическое воздействие, направленное на социализацию и максимально возможное для них восстановление утраченных социальных и (или) трудовых навыков. Для пациентов с длительностью заболевания более 15 лет основным фокусом воздействия следует считать обучению социальному функционированию и взаимодействию с опекунами и (или) социальными службами.

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ПОДДЕРЖКИ ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Штаньков С.И., Ширяев О.Ю., Герасимов С.Н.

Воронеж
Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко

Психические заболевания характеризуются значительными нарушениями во всех сферах жизнедеятельности человека. Социальная дезадаптация больных имеет тенденцию к нарастанию с течением болезни и, зачастую, приводит к потере работы, отрыву от общества, нарушению привычных форм деятельности и, в конечном итоге к стойкой утрате трудоспособности (Дмитриева Т.Б., 2002). Одним из наиболее распространенных психических заболеваний, приводящих к инвалидизации лиц молодого возраста, является шизофрения (Гурович И.Я., 1994). Учитывая высокое бремя экономических затрат на шизофрению, в настоящее время в медицине все большее развитие получает комплексный медико социальный подход к терапии данного заболевания (Ширяев О.Ю., 2012). Анализ исследований показал, что у этой категории пациентов имеются выраженные проблемы в различных областях жизнедеятельности. В связи с этим, несомненный научный и практический интерес представляет выявление индивидуальных проблем, потребностей, условий функционирования больных с шизофренией для оказания им лечебной и реабилитационной помощи и медико-социальной поддержки.

Целью работы послужило изучение потребностей, притязаний, социально-трудовых характеристик больных с длительным течением шизофрении с последующей разработкой комплексных индивидуальных программ медико-социальной поддержки.

Задачами исследования явились: сбор и анализ клинических и социальных характеристик больных с длительным течением шизофрении; группировка признаков, влияющих на социальное функционирование; получение факторов-мишеней, указывающих на наибольшую несостоятельность пациентов в той или иной сфере; разработка индивидуальных реабилитационных программ.

Проведено изучение выборки из 270 больных с установленной группой инвалидности, сформированных из пациентов, находящихся на диспансерном учете, ранее проходивших стационарное лечение в психиатрическом стационаре. Все больные были вне стадии обострения. Средний возраст составил 39,4±5,3 лет. Мужчин было 160 (59,5%), женщин 110 (40,5%). Исследование проводили путем анкетирования с помощью «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (Гурович И.Я., 1998). Анализировались социально-демографические, материально-бытовые характеристики больных, уровень медицинской активности, степень удовлетворенности больных качеством медицинской помощи. Полученные результаты статистически обрабатывались с определением средних значений, стандартного отклонения, величины ошибки репрезентативности средних. При сравнении средних использовались методы параметрической и непараметрической статистики.

С целью группировки переменных и объединения их по факторам использовался факторный анализ, реализованный в программе SPSS 13.0. При этом каждый фактор интерпретировался как причина совместной изменчивости (корреляции) группы переменных. Для последующего анализа отбирались те переменные, которые имели большую нагрузку (более 0,5) только по одному из факторов, а по остальным – малую нагрузку (менее 0,2). Таким образом, из доступных измерению переменных были сформированы совокупности признаков, отражающих наибольшие проблемы пациентов в различных сферах жизнедеятельности.

Подавляющее большинство пациентов (85,4%) страдали параноидной шизофренией (F 20.0). Также были диагностированы: простая форма шизофрении (8,2%) и неврозоподобная шизофрения (шизотипическое расстройство) в 6,4% случаев. В 85% случаев был отмечен непрерывный тип течения заболевания.

86% больных на момент обследования имели II группу инвалидности, 10% – I группу, 4% III группу. При первом поступлении группа инвалидности была определена только 7 больным (2,6%). При этом длительность заболевания у них была более 10 лет, а сроки наблюдения в психоневрологическом диспансере менее 5 лет. Отсутствие медицинского наблюдения у этих больных, видимо, связано с недооценкой симптомов со стороны родственников, страхом стигматизации. Среднее время наличия группы инвалидности у больных составило 5,5±2,2 года, что значительно меньше времени начала заболевания.

Лица с высшим образованием составили 32,2% от общего числа наблюдений. У остальных больных было среднее или среднеспециальное образование. У большинства больных отмечался плохой послужной список, т.е., частые смены работы, плохие взаимоотношения с коллегами и руководством. 80% больных не работали уже задолго до получения группы инвалидности (в среднем за 3,2±1,1 года).

Значительная доля больных характеризовала свое материальное положение как тяжелое. Наблюдалась достоверная разница в оценке этого состояния между пациентами с небольшой длительностью заболевания и пациентами с длительным течением заболевания (28,3% мужчин и 40,4% женщин и 15,1% мужчин и 25,7% женщин соответственно). Однако, почти половина больных (48,3%) были удовлетворены своим доходами. Скорее всего, это связано со снижением уровня притязаний и изменением системы ценностей при прогрессировании заболевания. Наибольшее количество больных (более 2/3) высказали неудовлетворение своими жилищными условиями, одеждой. При анализе семейного состояния больных выявлена низкая семейная адаптация больных – лишь 12,3% пациентов состояли в браке, 18,4% разведены, и 2/3 больных никогда не состояли в браке. Показатели семейного состояния были лучше в группе больных с небольшими сроками болезни (p=0,011). В половине случаев взаимоотношения с родственниками были неустойчивыми или конфликтными (46,2%). В остальных случаях отношения характеризовались как нейтральные, лишь в 4,1% случаев отношения были доброжелательными. Конфликтность была несколько выше у длительно болеющих больных.

У 34,3% больных отмечался низкий уровень социальных контактов. Больные общаются только с родственниками, в том числе 5,3% только по их инициативе. Лишь 6,2% больных отметили свой круг общения как разнообразный. Снижение дневной активности отмечалось в 37,5% случаев, в то время как сами больные были удовлетворены своей дневной занятостью в 73,4%. Характерны высокие показатели удовлетворенности больных своим физическим здоровьем (76,3%), психическим здоровьем (51,4%). 53% признались, что ощущают себя полностью благополучными и менее 10% абсолютно несчастливы.

В ходе проведения факторного анализа переменных получены следующие факторы, затрагивающие определенные сферы жизнедеятельности больных. В скобках представлены переменные, отражающие максимальную нагрузку по фактору (больше 0,06).

1. Низкая медицинская активность (посещаемость диспансера, оценка своего физического здоровья).

2. Низкое материальное обеспечение (обеспечение одеждой, качество питания, жилищные условия).

3. Проживающие одни (семейное положение, состав семьи, общение, ощущение благополучия).

4. Конфликтность (круг общения, взаимоотношение с родственниками, потребность иметь друзей, интеллектуальная продуктивность).

Учитывая полученные данные, можно определить основные направления социальной работы на данном уровне. Лицам с низкой медицинской активностью требуется более активное вовлечение в лечебный процесс, использование групп поддержки, полипрофессиональных бригад, что позволит улучшить качество ремиссии и предотвратить рецидив. Одиноким больным показано активное включение в социальные внесемейные сети, групповые формы поддержки, клубная работа. Лицам с низким материальным обеспечением возможна разработка адресных программ материальной помощи с привлечением государственных и негосударственных фондов.

В учреждениях психоневрологического профиля необходимо внедрять комплексную систему психосоциальной реабилитации с учетом индивидуальных потребностей пациентов. В результате работы получены факторы социальной дезадаптации, включающие ряд характеристик больных, которые могут быть использованы для создания автоматизированной системы диагностики уровня реабилитационного потенциала и разработки мероприятий социальной поддержки инвалидов.

КОНЦЕПЦИЯ НАУЧНЫХ ОСНОВ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ястребов В.С., Солохина Т.А., Митихин В.Г., Митихина И.А.

Москва
НЦПЗ

Цель исследования. Разработка концепции научных основ организации психиатрической помощи, что включает, в первую очередь, разработку методологии определения факто-

ров, которые могут оказывать влияние на организационную и функциональную структуру службы, качество оказываемой ею помощи, а также оценка значимости связей между этими факторами и показателями эффективности функционирования службы с учетом состояния психического здоровья населения и ресурсов службы.

Материалы. Основные материалы исследования – совокупность работ сотрудников НЦПЗ в рамках разработанной (Ястребов В.С. и соавт., 1990) долгосрочной программы формирования научных основ организации психиатрической помощи.

Основные задачи программы: изучение динамических характеристик психического здоровья населения; выявление стереотипов общественного сознания о психических заболеваниях и психиатрии; установление популяционного ущерба, обусловленного психической патологией; определение удовлетворенности населения уровнем оказываемой психиатрической помощи; изучение клинико-эпидемиологических и социальных характеристик контингентов больных; определение их потребности в психиатрической помощи, установление объема и форм помощи, оказываемой службами психического здоровья различного уровня; изучение демографических, социо-культуральных и экономических факторов, влияющих на показатели деятельности психиатрических служб; определение номенклатуры психиатрических учреждений, особенностей взаимодействия между ними и др.

Методы исследования. Решение основных задач исследования опирается на методы системного анализа данных, методы принятия решений, иерархического анализа, а также использовались методы статистического анализа, в первую очередь, корреляционного и регрессионного анализа. Соответствующие расчеты и статистические оценки значимости полученных моделей выполнялись в среде MS Excel.

Результаты исследования. Активное развитие внебольничной и стационарной психиатрической службы, происходившее в нашей стране в 30–80-е гг. прошлого столетия, сопровождалось лишь отдельными научными исследованиями проблемы организации психиатрической помощи. Речь шла о работах, посвященных созданию диспансерной службы, развитию психогигиенического и психопрофилактического направления, оказанию помощи внедиспансерным контингентам больных. Внедрение в практику новых видов и организационных форм психиатрической помощи проводилось главными врачами в соответствии с их собственными представлениями о необходимости введения дополнительных видов помощи. Изменения в политической и социально-экономической сфере, которые происходили в стране в конце прошлого века, обусловили необходимость разработки системного подхода к анализу психиатрической службы, комплексного изучения ее структуры и качества оказываемой помощи. Для выполнения этого комплексного, междисциплинарного исследования были избраны 3 объекта изучения – население, контингенты психически больных и психиатрические службы. Результаты проведенных исследований были освещены во многих статьях отечественных психиатрических журналов, других изданий. В настоящем сообщении приведем лишь наиболее важные из них. Изучение различных групп населения выявило преобладание предубежденности в отношении окружающих к психически больным, низкую толерантность к последним, противоречивость отношения к психиатрам и к психиатрии. На основании клинико-эпидемиологических исследований и специальных экспертных оценок была установлена полная численность лиц с различным уровнем психических расстройств, количество не выявленных ПНД случаев психической патологии, которое в 1995 г. составляло 6% от всего населения страны. Были проанализированы социально-экономические аспекты психического здоровья. Установлено суммарное экономическое бремя психических расстройств, которое по состоянию на 2009 г. составило 1,41% ВВП страны, шизофрении – 0,48% ВВП. Составлен прогноз последствий психических заболеваний. Изучение различных групп психически больных позволило выявить факторы, влияющие на показатели заболеваемости и болезненности психическими расстройствами (социальные, экономические, организации помощи, обеспеченности службы специалистами и др.), определить т.н. актуальную численность больных, нуждающихся в различных видах психиатрической помощи (Ротштейн В.Г. и соавт., 2000). На примере больных шизофренией были выделены внебольничный и стационарный контингенты больных, удельный вес которых, соответственно, составил 86% и 14%. Удовлетворенность пациентов психиатрической помощью в зависимости от типа учреждения составила от 56,0% до 96,1%, а их родственников – от 46,8% до 76,6% (Солохина Т.А., 2004). Полученные данные имели большое значение для проведения в психиатрической службе соответствующих организационных мер и преобразований. Исследования деятельности психиатрических служб (Ястребов В.С. и соавт., 2004-2006) позволили выделить наиболее важные факторы, влияющие на объем и виды оказываемой помощи, структурную организацию психиатрической службы. Разработан понятийный аппарат качества психиатрической помощи, методология его оценки, включая критерии качества, предложены меры для обеспечения качества на различных уровнях оказания психиатрической помощи. Показано, что в общей системе психиатрической помощи значительное место занимают общественные ее формы, направленные на реабилитацию и ресоциализацию (Ястребов В.С. и соавт., 2008-2009) больных. Проведен анализ проводимых за последние десятилетия структурных преобразований в отечественной системе психиатрической помощи. На основе метода анализа иерархий предложены модели важных показателей динамической оценки деятельности отечественной психиатрической службы, предложены подходы к определению приоритетных направлений ее дальнейшего совершенствования (Митихина И.А. и соавт., 2010-2012). Определены основные направления экономической реформы в психиатрии. Конечной целью обсуждаемой программы была разработка метода, позволяющего создавать региональные психиатрические службы с учетом демографических, географических, социально-экономических, клинико-эпидемиологических и иных характеристик территорий. В настоящее время на примере одного из мегаполисов нашей страны (С-Петербург) завершается разработка оптимальной региональной модели современной психиатрической службы, в основу которой положен учет перечисленных выше характеристик населения, психически больных и оказывающих помощь психиатрических служб (Ястребов В.С. и соавт., 2009-2014).

Выводы: Современная система психиатрической помощи представляет собой мультифункциональную, иерархически организованную структуру, оптимальные параметры функционирования и перспектива развития которой могут быть определены с использованием научных основ организации психиатрической помощи. Реализация этого нового направления социальной, клинической и организационной психиатрии должна проводиться на основе междисциплинарного подхода, важными составляющими которого являются проведение системного анализа и применение информационно-аналитических методов исследования. Участниками разработки региональных моделей психиатрических служб должны быть работники психиатрической науки и практики, пациенты, их родственники, представители органов здравоохранения и афилированных с ними ведомств, государства и общества.

РАЗДЕЛ 12.
ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

LATEST DEVELOPMENTS IN ICD-11 MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS

First M.B.

New York, USA
Columbia University, Department of Psychiatry, New York State Psychiatric Institute

The ICD-11 classification of Mental and Behavioural Disorders is integrally linked to WHO's public mental health objectives. People can only have access to the most appropriate mental health services when the conditions that define eligibility and treatment selection are supported by a precise, valid, and clinically useful classification system. An improved ICD-11 will also help WHO to collect more accurate and reliable global information on the epidemiology and disease burden of mental disorders, how they present in health systems, and the best opportunities for prevention and treatment, especially in low-resource settings.

Important innovations have been introduced in ICD-11 relative to ICD-10. Major structural changes in the mental disorders classification have been made possible by changed in the ICD-11 coding structure. Uniform information requirements have been used for the development of ICD-11 diagnostic guidelines for mental disorders. New disorder groupings have been created by subdividing large conglomerations necessitated by the structure of ICD-10. New chapters on Sleep-Wake Disorders and conditions related to sexuality have been proposed to overcome the false dichotomy between «organic« and «nonorganic« disorders inherent in ICD-10. New categories have been added in several areas, and subtypes lacking validity and utility have been eliminated.

WHO has developed and implemented a series of studies using a variety of methodologies intended to improve the clinical utility of the ICD-11 classification of mental and behavioural disorders. As a part of this effort, WHO has also developed the Global Clinical Practice Network (GCPN; www.globalclinicalpractice.net), including nearly 12,000 mental health and primary care health professionals from 139 countries participating in case-controlled field studies for ICD-11 via the internet. Key results from several such studies will be presented. WHO will soon implement ecological implementation field studies to test the reliability and clinical utility of the proposed classification in clinical settings.

О СЛОЖНОСТЯХ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ ЛИЧНОСТИ

Злоказова М.В., Мартовецкая Г.А.

Киров
Кировская ГМА

В России насчитывается 27 млн. психически больных, из них 7,5 млн чел. страдают пограничными расстройствами психической деятельности, среди которых значительную долю составляют пациенты с невротическими расстройствами (НР) (Демчева Н.К., Чуркин А.А., 2012).

Начиная с 80-90-х годов прошлого века, отмечается тенденция к увеличению продолжительности НР с трансформацией неврозов в невротические развития личности (НРЛ) (Абабков В.А., 1994; Юрьева Л.Н., 2002; Шамрей В.К., Марченко А.А., 2010). Несмотря на это, практически нет сведений о распределении НРЛ в структуре заболеваемости пограничной психической патологией.

Пациенты с НРЛ относятся к категории «трудных», требующих особого подхода к медикаментозной терапии и психотерапии с выделением психотерапевтических мишеней. По нашим данным, они составляют более 50% больных, находящихся на стационарном лечении в отделениях психотерапии (неврозов), для них характерны частые, длительные госпитализации. Находясь в стационаре, пациенты с НРЛ с трудом вовлекаются в процесс психотерапии, не отмечают значительного эффекта от назначения лекарственных препаратов, с течением времени у них происходит расширение невротической симптоматики с появлением новых симптомов. В большинстве случаев терапия безуспешна.

В отечественной психиатрии имеется ряд исследований, посвященных формированию затяжных форм неврозов и НРЛ (Карвасарский Б.Д.,1990; Федоров А.П., 1993; Лакосина Н.Д., Трунова М.М., 1994, Васильева А.В., 2012 и др.). Однако до настоящего времени в проблеме соотношения психогенного и врожденного в структуре НР, НРЛ и расстройств личности остается много нерешенных вопросов. Клинико-психологические и социальные особенности больных с НРЛ описаны поверхностно. Недостаточно четко определены диагностические критерии, позволяющие отграничить НРЛ от декомпенсации специфических расстройств личности, не выявлены психосоциальные условия, которые поддерживают затяжное течение НР с последующим переходом в НРЛ. Не существует интегративного подхода к клинико-психопатологической дифференциации НРЛ и затяжного НР, что приводит к трудностям в дифференциальной диагностике, решении экспертных вопросов трудоспособности,

профессиональной пригодности по специальности и поиске мер адекватной терапии и профилактики.

Таким образом, несмотря на многочисленные работы, посвященные пациентам с НРЛ, остаются неразрешенными многие вопросы. В частности, необходимо более четкое выделение критериев дифференциальной диагностики затяжного НР, НРЛ и РЛ, уточнение особенностей этиопатогенеза, клинико-психологических и социальных особенностей данного контингента больных для выделения «мишеней» терапии и реабилитации.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Караваева Т.А.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Паническое и генерализованное тревожное расстройство имеют широкую распространенность среди населения. В основе их развития лежат как биологические, так и психологические, и социальные факторы, что определяет необходимость комплексного подхода к их диагностике и лечению.

Цель исследования: определить основные принципы диагностики пациентов с паническим и генерализованным тревожным расстройством в соответствии с требованиями медицины, основанной на доказательствах.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных. Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновкую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составила 5 лет.

Результаты. Сформулированы определения и основные клинические про-явления панического и генерализованного тревожного расстройства, определены варианты течения, дифференциально-диагностические нозологии. Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога), F41.0 характеризуется рецидивирующими приступами резко выраженной тревоги (паники), не связанными с какими-либо специфическими ситуация-ми или предметами, а, следовательно, непредсказуемыми и спонтанными. Необходимо подчеркнуть, что приступы паники не связаны с проявлением опасности или угрозы; не ограничивается известной, предсказуемой ситуацией; возникают при обстоятельствах, не вызывающих объективную тревогу; отсутствует аура перед приступами; имеются свободные от тревоги периоды между атаками; не являются следствием прямых физиологических эффектов, опосредованных действием какими-либо веществ (например, лекарственных или наркотических); не спровоцированы каким-либо общим медицинским расстройством (например, гипертиреоидизмом). В структуре тревожного синдрома выделяют 3 основных компонента: 1. Непосредственно субъективные переживания т.е. симптом тревоги в собственном смысле. 2. страх ожидания приступа, поведение избегания; 3. вегетативные нарушения – «вегетативные кризы». Чаще симпатикотонические, реже смешанные и вагоинсулярные. Основными характеристиками приступа является: дискретность эпизодов, наличие интенсивного страха или дискомфорта, внезапность появления приступа,нарастание максимума в течение нескольких минут, продолжительность по меньшей мере не-сколько минут. Облигатно имеются вегетативные нарушения: усиление или учащение сердцебиения, потливость, дрожание или тремор, сухость во рту, затруднение дыхания, чувство удушья, боль и дискомфорт в груди, тошнота или дискомфорт в животе, приливы и чувство озноба, онемение или ощущение покалывания. Отмечаются изменения психического состояния: чувство головокружения, неустойчивости, ощущения «предобморочного состояния», ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отдалилось или «находится не здесь» (деперсонализация), часто присутствуют «вторичные фобии»: страх умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума, страх катастрофы с сердцем, инфаркта, инсульта, падения, неловкой ситуации, возможны также дисфорические проявления: раздражительность, обида, агрессия, встречаются депрессивные состояния с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе, могут развиваться истеро-конверсионные расстройства при приступах: «чувство кома в горле», афония, амавроз, мутизм, онемение или слабость в конечностях; также отмечаются атаксия и вытягивание, «выворачивание», «скрючивание» рук.

Генерализованное тревожное расстройство, F 41.1 – распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно каким-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидному риску. Особенности тревожного синдрома: длится не менее 6 месяцев; захватывает различные стороны жизни пациента, обстоятельства и виды деятельности; тревога направлена преимущественно на предстоящие события; не поддается контролю, не-возможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями; тревога несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента, нередко сопровождается переживаниями чувства вины.

Клиническая картина преимущественно представлена 3 характерными группами симптомов: 1.Беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся больше, чем обычно, оно генерализовано и не фокусируется на специфических проблемах. 2. Моторное напряжение, которое может выражаться в мышечном напряжении, треморе, неспособности расслабиться, головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области. 3. Гиперактивность вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения.

Для диагностики панического и генерализованного тревожного расстройства применяются следующие методы: Клинический метод (клинико-анамнестический аспект, клинико-психопатологический аспект, клинико-патогенетический аспект); 2. Экспериментально-психологический метод; 3. Инструментально-лабораторные методы – электроэнцефалографический, биохимический, нейропсихологический, метод лучевой диагностики – магнитно-резонансная томография головного мозга.

Диагностику и верификацию панического или генерализованного тревожного расстройства проводит врач-психиатр, врач-психотерапевт, врач общей практики используя комплекс методов для определения наличия диагностических критериев указанных заболеваний и дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями, учитывая также данные, получаемые от других специалистов (медицинских психологов, социальных работников, врачей других специальностей. Она включает в себя три этапа.

1 этап. Проводится первичная беседа с пациентом и, по возможности, с его родственниками. Подробно оценивается клиническая картина заболевания (клинические проявления, выраженность и характер симптоматики, особенности течения, условия и давность появления первых симптомов), наличие наследственной отягощенности психическими заболеваниями, предыдущее лечение и его результаты, психический статус на момент осмотра, соматический и неврологический статус, наличие коморбидной и сопутствующей патологии, мотивация

на лечение. Результат: осуществляется первичная верификация диагноза, первичная дифференциальная диагностика (клиническая) с другой психической патологией.

2 этап. Назначение и оценка данных дополнительных методов исследования. Определяется необходимый объем и проводятся экспериментально-психологическое и инструментально-лабораторное обследование. Результат: подтверждение диагноза, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.

3 этап. Проведение ряда повторных бесед (количество определяется индивидуально в зависимости от особенностей пациента). Подробно оцениваются актуальные жизненные обстоятельства пациента, преморбидные особенности личности, социальный статус (образование, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования, круг и стиль общения, особенности межличностного взаимодействия и т.п.), характерные особенности эмоционального реагирования, преимущественно используемые психологические защиты и копинг-механизмы, отношение к заболеванию, система отношений пациента, особенности когнитивных установок, сформированные поведенческие стереотипы, отношение к себе и самооценка. Результат: определение индивидуальных особенностей заболевания, определение психотерапевтических мишеней

Паническое и генерализованное тревожное расстройство – заболевания, в отношении которых необходимо комплексное применение биологических, психотерапевтических, психосоциальных, психообразовательных методов и использование различных организационных форм помощи. Это соответствует современным положениям о бригадном подходе в работе с больными и приближению оказания помощи к общественно ориентированной психиатрии.

К ВОПРОСУ О СИСТЕМАТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Корнетов Н.А.

Томск
СибГМУ

Предмет психиатрии – психические расстройства почти всегда являются причиной дискуссий, когда возникает вопрос об их нозологической квалификации. Нозология является наукой о названиях и классификации болезней. Унитарная медицинская модель в оценке болезней в большей степени основана на линейном детерминизме в понимании нозологии: от единой этиологии, патогенеза до однородной клиники и исхода. Эта медицинская модель взгляд вряд ли может заключить в свои рамки хоть одно многофакторное хроническое неинфекционное заболевание, включая цереброваскулярные заболевания, диабет, ИБС, депрессивное рассстроство и т.п. Медицинская модель скорее более созвучна антибактеральной «эпохе». Ретроспективный анализ систематик психических болезней показывает многогранность симптоматологических или «смешанных» классификаций. Эти систематики также считались нозологическими на определенных этапах обобщения психиатрической мысли. Как указывал К.Ясперс [1997] в ходе развития психопатологии почти за всеми ее проявлениями хотя бы раз признавался статус нозологических единиц.

«Классификация – это метод обобщения» [Фарр, У., 1856]; «Классификация – это способ видения вещей» [Сарториус Н.,1992]; «Классификация заболеваний – система категорий, которая описывает болезненные явления согласно установленным критериям [ВОЗ, 1992]. Итак, обобщение, способ видения и описания по установленным критериям отвечает и научным, и клиническим принципам.

По мере развития психиатрии объективные научные данные показывают, что термин «болезнь» сложно применить ко всей психиатрической систематике и ее диагностическим категориям. При многих психических нарушениях болезнь не имеет достаточной ясности, хотя понятие «психическое расстройство» тоже достаточно спорно, но как эвфемизм для многих психиатрических заболеваний несет в себе значительное снижение их стигмы.

Для подготовки к изучению и переходу на новую классификацию психических и поведенческих расстройств МКБ-11 представляется необходимым придти к полностью согласованным понятиям в отечественной психиатрии в рамках МКБ-10 с учетом предыдущего затяжного принятия международной классификации и ее адаптации, которая не соответствует международным критериям.

Замедление в принятии МКБ-10 классификации психических и поведенческих расстройств (ППР) в отечественной психиатрии на 6-8 лет, а также национальная адаптация категориальной системы без полного соответствия общепринятым в странах-членах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) диагностическим критериям. Сложность принятия международных классификаций без адаптации определялись устаревшими программами обучения, отсутствием занятий по рекомендуемым ВОЗ образовательным программам, самой структурой психиатрической помощи, где в центре находится не пациент, как партнер по терапии своего расстройства, а объект воздействия для преимущественно медикализации с полифармацевтическим уклоном. Частично также продолжают срабатывать прежние навыки властной, авторитарной модели отношений с пациентами, предубеждения к новым, знаниям в диагностике и стандартах терапии, ссылки на авторитетные мнения, не имеющие научных доказательств, интуитивные предположения, и терминологические смешения. Каждый из данных способов отстаивания своих взглядов всегда используется в области человеческого познания. Однако они не должны наносить ущерб ни пациенту, ни научному методу, который переносится в клиническую практику. В противном случае новые научные достижения в классификации оттесняются на задний план, и практически лишаются своего ведущего значения в психиатрии. Такие характеристики классификации как «атеоретическая», «синдромальная», «статистическая» и др. употребляемые вне своего истинного контекста и др. становятся негативным ярлыком научных дискуссий или новых знаний и вносят искажения в понимание классификации. Психиатрия, как эмпирическая описательная наука не может существовать, без конкретного логического анализа имеющихся фактов и материала. Любые отвлеченные аргументы недостаточны для достижения научного значения, также как и методы, отвлеченные от действительного опыта. Существует также тип методологического подхода, который характеризуется исключительной категоричностью, и направлен на фактическое отрицание любого движения к новому знанию. В качестве примера можно привести типичное возражение против любых попыток точной классификации понятий. Споры о «переходных» психопатологических состояниях или «подобий» симптомов и синдромов является ничем иным как отказом от наблюдений. Они порождают путаницу, и маскирует дефекты анализа. В этом отношении уместно привести слова К. Ясперса о том, что знать – значит дифференцировать; знание всегда конкретно и структурировано.

Таким образом, основной целью создания медицинских классификаций, в частности и для психических и поведенческих расстройств является главным образом эффективное удовлетворение практических врачебных потребностей, связанных с диагностикой и лечением заболеваний, чтобы максимально четко идентифицировать их у людей, страдающих от болезней/расстройств. Вторичная цель состоит в том, чтобы помочь в передачи нового знания, относящегося к тем медицинским потребностям, которые определяют различные усовершенствования классифи-

кации, которые пока еще продуктивно не связаны с трансляционной и персонифицированной медициной. Опытные клиницисты знают, что диагностические категории являются определенными исторически сложившимися и уточняющимися время от времени понятиями, в которые феноменология сделала неоценимый вклад. Они имеют значение в том, что служат полезной основой для организации и объяснения сложности клинического опыта, чтобы выступать как предикторы результатов течения и исхода, и эффективности результатов лечения.

Согласно Feinstein [1967] медицинские классификации выполняют три основных функции:

1. Наименование (определение общих названий группы феноменов);

2. Квалификация (обогащение диагностической категории информационным содержанием с дополнением соответствующих описательных особенностей, таких как типичные симптомы, возраст начала заболевания, тяжесть состояния);

3. Предсказание (прогноз об ожидаемом течении с вероятно хорошей реакцией на терапию и хорошем результате исхода).

Поскольку эти положения классификации являются целями и функциями медицинских, включая психиатрическую классификацию, редко обсуждается вопрос о природе классифицируемых объектов. Естественные классификации отражают фундаментальные свойства биологических систем. В психиатрических классификациях признаки, составляющие диагностические категории являются пояснительными конструкциями. В новых классификациях МКБ-11 и DSM –V новизна в большей степени определяется иерархическим подходом к психиатрическим расстройствам и большей дифференциацией диагностических категорий.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В СИСТЕМЕ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Коцюбинский А.П.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Существовавший столетний «нозологический диктат» так и не привел к сколь-нибудь убедительным доказательствам правомочности нозологической трактовки выделенных «эндогенных» заболеваний» и их принципиальной независимости от «экзогенных» факторов.

В связи с этим в настоящее время внимание исследователей все чаще привлекается к давней концепции единого психоза, правомерность существования которой доказывается многими генетическими исследованиями об общем для всех аутохтонных психозов генетически детерминированном психическом диатезе («генетическом диатезе» по D.B.Wildenauer [et al.], 1999).

Основоположниками концепции «единого психоза» являются немецкие психиатры E.A.Zeller, H.Neumann и W.Griesenger, которые в конце XIX века сформулировали гипотезу, согласно которой все многообразные психические расстройства необходимо рассматривать как единый процесс болезни (Каннабих Л., 2002; Тен В.И., 2008).

В этом же направлении можно рассматривать и принятую в настоящее время большинством исследователей биопсихосоциальную концепцию психических заболеваний. Отражая сложный мультифакториальный характер патологии, биопсихосоциальная концепция, с точки зрения Н.Г.Незнанова (2009), «формирует комплексный подход к изучению и лечению психических расстройств, смещая акцент с поиска главного фактора на установление характера их взаимодействий».

В связи с развитием идей о биопсихосоциальной сущности психических болезней в последние годы возникла необходимость в таком многоосевом диагностическом подходе, который бы, в отличие от имеющихся мультиаксильных разработок, базировался на определенных теоретических представлениях и одновременно отвечал современным потребностям службы психического здоровья. Такой научной и практической потребности в наибольшей степени соответствует холистический (целостный) подход (Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П., 2013).

Холистический подход в области психического здоровья дает возможность более широкого, многогранного и целостного понимания природы человека, ориентируя врача не только на учет, но и на анализ взаимодействия физических, психических и социальных факторов, влияющих на функциональное состояние пациента, и предполагает постановку биологического, психологического и социального диагнозов.

Однако полученный в результате массив данных не дает достаточной информации о характере и уровне функционирования больного и его потенциальных адаптационных возможностях.

Такая ситуация в значительной степени способствовала возвращению интереса исследователей к понятию «функциональный диагноз» (Коцюбинский А.П. [и др.], 2004), системообразующим фактором которого является процесс адаптации, и его осмысления как главенствующего показателя жизнедеятельности, уровня здоровья индивида.

Мы полагаем, что функциональный диагноз содержит три составляющие:

1) функционально-динамический показатель биологической адаптации;

2) функционально-динамический показатель психологической адаптации;

3) функционально-динамический показатель социальной адаптации.

1. Функционально-динамический показатель биологической адаптации.

Если при определении стратегии терапевтических воздействий клиницист руководствуется, прежде всего, клиническим диагнозом пациента, то при выборе тактики лечения он опирается на представление о текущем этапе заболевания своего подопечного, то есть учитывает динамику его состояния.

В связи с этим для оценки динамики состояния пациента используются следующие термины: рецидив (relapse), улучшение (improvement), ремиссия (remission), выздоровление (recovery по Frank E. [et al.], – цит. по Andreasen N.C. [et al.], 2005) и исход/результат (outcome).

2. Функционально-динамический показатель психологической адаптации.

Включает особенности приспособительного поведения, а также качество жизни и удовлетворенность лечением.

А. Приспособительное поведение. Приспособительное поведение представляет собой «биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью» (Воловик В.М., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1984) и отражает стиль функционирования пациента в социуме.

Предлагаемая нами систематика типов приспособительного поведения базируется на многолетних клинических исследованиях основных адаптационно-компенсаторных тенденций личности в формировании социального поведения. При этом выделены следующие типы приспособительного поведения психически больных (Коцюбинский А.П. [и др.], 2004):

- конструктивный (социальный и гиперсоциальный варианты),

- регрессивный (защитно-ограждающий, искаженно-деятельный и зависимый варианты),

- морбидный.

Особенности приспособительного поведения во многом определяют три важные психологические характеристики: мотивация к психосоциальной реабилитации, уровень комплайенса (англ. Compliance – выполнение, соблюдение) и уровень самостигматизации.

Б. Качество жизни. С точки зрения А. Б. Шмуклера (1998), качество жизни является надежной субъективной характеристикой социального функционирования больных, которую необходимо использовать в практическом здравоохранении. Но ни одну из многочисленных методик качества жизни нельзя признать оптимальной в отношении информации о больном и/или технологичности самого инструмента.

В связи с этим был создан новый инструмент качества жизни – КЖ2Ф (Коцюбинский А.П. [и др.], 2013), которому присущи следующие особенности:

1) использование в качестве исходных материалов несколько созданных ранее инструментов измерения качетва жизни;

2) двуформатность методического подхода, предполагающая использование как обычных вопросов опросника, так и подходов, характерных для семантического дифференциала;

3) компактность методики (36 вопросов для определения морбидного качества жизни);

4) информативность (древовидное рассмотрение структуры качества жизни).

С помощью 36 вопросов вычисляются 18 исходных двухвопросных показателей-фасет, унаследованных от трех ранее созданных инструментов (ВОЗКЖ-100, КЖСМ-44 и КЖСД-46). Результаты, полученные с помощью шкалы КЖ2Ф, позволяют увидеть уникальное строение древовидной структуры качества жизни у отдельного индивидуума.

В. Удовлетворенность лечением. В связи с громоздкостью или, напротив, слишком большой упрощенностью в ущерб информативности, Н.Б. Лутовой, А.В.Борцовым и В.Д.Видом (2006) был создан опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре (СУЛ), характеризующийся компактностью, информативностью соответствию современным психометрическим стандартам (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2006; Вид В.Д., Лутова Н.Б., 2010; Лутова Н.Б., 2011). Шкала позволяет получить дифференцированные данные об удовлетворенности результатами лечения, взаимоотношениями с врачом, бытовыми условиями и окружающей обстановкой учреждения, а также о степени стигматизации больного контактом со сферой психиатрии, которая может серьезно повлиять на его социальную ситуацию и жизненные планы.

3. Функционально-динамический показатель социальной адаптации (общий уровень социального функционирования и ее успешность в различных социальных сферах).

Социальное функционирование психически больных может быть оценено с помощью различных социометрических шкал (PSP, SOFAS, GARF, GAF). Однако к недостаткам этих шкал следует отнести то, что одновременно является и их достоинством – слишком обобщенную оценку функционирования пациента, фактически сводящуюся к одной цифре.

В связи с этим нами (Коцюбинский А.П. [и др.], 2013) разработана категориально валидизированная шкала оценки функционирования больных в разных социальных сферах, в которой успешность социального функционирования в каждой из сфер (профессиональная, межличностных отношений, супружеских отношений, воспитания детей, отношений с родителями, организации быта, сексуальных отношений) ранжируется по 5-балльной системе.

В результате совмещения использования нескольких методик, социальная адаптация психически больных может быть оценена не толь

СОЗДАНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МКБ-11 И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ В РОССИИ

Краснов В.Н.

Москва
МНИИП

Классификация не может и не должна быть сугубо научным документом. Классификация – предмет консенсуса, согласия многих сторон, включая немедицинские, учитывать правовые, этические, культуральные аспекты расстройств, а также реальное состояние и развитие психиатрической службы. Практическая приемлемость, удобство в использовании, понятность не только специалистами, но в той или иной мере также пациентами для установления партнерских отношений в процессе терапии. Поэтому классификация неизбежно становится эклектичной и в ряде случаев может оказаться чрезмерно упрощенной вплоть до потери категориальной валидности. Соответственно утрачивается возможность соотнесения выделяемых в классификации форм расстройств с терапевтическими и реабилитационными мероприятиями, а применяемый измерительный инструментарий будет фиксировать оторванные от конкретной клинической формы феномены. В разработке новой классификации психических расстройств представляется важным избежать чрезмерного упрощения и отказа от дифференцированного психопатологического анализа состояния в его динамике (по крайней мере в России в силу сохраняющихся традиций клиницизма такого рода изъяны или произвольные изменения вряд ли будут приняты и могут потребовать серьезной адаптации классификации, что отнюдь не в интересах ВОЗ). В то же время нет никаких доказательных оснований возвращаться к классификациям полувековой давности при всей их, казалось бы, гармоничности: они строились на не выдержавших испытания временем антиномиях «эндогенное-неэндогенное» и «функциональное-органическое», соответственно все клинические формы рассматривались как самостоятельные нозологии. Современные научные данные не допускают такое «удобное» разделение. Прежде всего генетические исследования свидетельствуют против однозначно эндогенной природы основных психических заболеваний: наследственно-генетические предпосылки реализуются через средовые условия (иногда триггерные, а иногда и блокирующие развитие расстройства). Существенно меняются представления о границах и взаимопереходах функциональных и органических изменений.

МКБ-11 следует считать этапной, не пытаясь увидеть в ней идеальную классификацию. При этом представляется правомерными отделить ту или иную классификацию от попыток создания систематики психических расстройств. Систематика суть концептуальное структурированное обобщение имеющегося на данный момент знания о предмете, мало связанное с широкой клинической практикой, это скорее научный поиск, нежели прикладной проект. В качестве примеров психиатрической систематики можно назвать разделение форм эндогенных психозов К.Леонгарда, концепцию шизофрении А.Эя, выделение типов течения шизофрении в соотнесении их с психопатологической структурой приступов и ремиссий А.В.Снежневским и его школой.Недавним планом создания совершенно новой систематики, основывающейся на нейробиологических данных, является проект RDoC.

Довольно неожиданные перспективы для построения современной систематики (Далеко еще не классификация) открываются в связи с последними полногеномными исследованиями. Они свидетельствуют о перекрестных генетических связях не только таких классических (ранее считавшихся «эндогенными») заболеваний как шизофрения, биполярное

расстройство, рекуррентная депрессия, расстройства аутестического спектра, но и их связях с рядом соматических и неврологических заболеваний: ревматоидным атритом, системной красной волчанкой, диабетом I типа, псориазом, рассеянным склерозом. Такие связи фиксировались и ранее в ряде клинических исследований и все чаще подтверждаются в совместных исследованиях во взаимодействии с интернистами. Специалисты находятся сейчас на новом этапе, стимулирующем разработку систематики, выходящей за рамки психопатологии и требующей разработки и включения новой сомато-психиатрической феноменологии.

ПОДГОТОВКА И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРНЕТ-ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОЙ ВЕРСИИ МКБ, ГЛАВЫ ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Кулыгина М.А., Понизовский П.А., Карпенко О.А., Кили Дж.

Москва, Оксфорд (штат Миссисипи, США)
МНИИП,
Университет штата Миссисипи

Принятие новой международной классификации болезней (МКБ-11) ожидается в 2017 г. На подготовительном этапе под эгидой ВОЗ проводятся масштабные кампании и мероприятия, призванные привлечь внимание профессионального сообщества к проблемам диагностики психической патологии и способствовать созданию максимально эффективной классификации для нужд здравоохранения во всем мире (Рид Д.М., Краснов В.Н., Кулыгина М.А., 2013, Reed G.M., 2010).

Одной из инициатив ВОЗ в целях улучшения МКБ стало создание в 2012 г. Всемирной сети клинической практики (ВСКП), международного сообщества объединяющего около 12 тыс. профессионалов в сфере охраны психического здоровья и первичной медицинской сети из разных стран (Reed G.M., 2015). Деятельность ВКСП осуществляется на 9 ведущих мировых языках, что делает возможным учет мультикультурального контекста и максимальное вовлечение заинтересованных специалистов. Около 800 русскоязычных экспертов зарегистрированы в этом крупнейшем сообществе, целью которого является совершенствование и продвижение научной и клинической работы.

Что касается профессиональной принадлежности, среди участников из России значительно больше представлены психиатры, около 80%, по сравнению с общим составом ВСКП, где количество врачей не достигает 50%. Это свидетельствует о более требовательном подходе к вопросам диагностики и терапии при выполнении опросов и исследований и повышает значимость высказываемого мнения отечественных специалистов.

Включенность российских членов ВСКП в процесс пересмотра главы V Психические и поведенческие расстройства происходит посредством участия в полевых испытаниях МКБ-11 в целях улучшения ее клинической применимости. Получаемые результаты и высказываемые комментарии дают возможность практикующим специалистам повлиять на разработку нового варианта классификации, в который будут внесены необходимые изменения с учетом полученных результатам. Клинической базой для организации и широкомасштабного проведения полевых испытаний на русском языке является Московский НИИ психиатрии (Директор проф. В.Н. Краснов), эта деятельность также курируется со стороны ВОЗ Координационной группой полевых испытаний (руководитель Дж. Рид).

Исследования, основанные на анализе заданных клинических случаев и последующем обосновании диагностического выбора, проводятся по определенной схеме по интернету. На русском языке уже прошли интернет-исследования по темам: «Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства» и «Использование классификации и технических средств в клинической практике». В процессе подготовки находятся исследования по диагностике обсессивно-компульсивных и тревожных расстройств.

Подготовка интернет-исследований на русском языке предполагает несколько этапов, включающих двойной прямой и обратный переводы англоязычных клинических и диагностических материалов, экспертную оценку и последующую коррекцию перевода, тестирование окончательного варианта. В этом процессе задействованы от 8 до 10 специалистов, и он занимает от 3х до 5 месяцев. Главная трудность связана с поиском наиболее адекватных аналогов при переводе и точных терминологических соответствий для диагностических категорий.

Далее происходит рассылка по электронной почте приглашений к участию зарегистрированным членам ВСКП. Собственно само интернет-исследование состоит из ознакомления с диагностическими указаниями, на основе которых оцениваются представленные в материалах клинические случаи, и последующих ответов на вопросы о выборе тех или иных диагностических заключений и применяемых принципах диагностики.

В интернет-исследовании по диагностике шизофрении и других психотических расстройств приняли участие 278 российских специалистов, что составило 28,2% от общего количества участников данного исследования из ВСКП. Главным образом, это были врачи – 89,2% и психологи – 8,3%, со средним профессиональным стажем 17 лет. Кроме того, отечественная выборка оказалась несколько более молодой и в гендерном отношении больше представлена специалистами женского пола, что, возможно, отражает общую российскую ситуацию как в медицине, так и среди пользователей интернета.

Основной принцип, заложенный в анализе результатов, предполагал попарное сравнение диагностических заключений по заданным клиническим случаям, причем участникам для оценки предъявлялись слепым методом и в случайном порядке как категории, внесенные в МКБ-11, так и уже действующие из МКБ-10. Тем самым оценивалась целесообразность введения и эффективность применения новых диагностических указаний и их отличия от уже существующих.

Предварительные результаты исследования отразились в тенденциях, которые показали, что российские специалисты, квалифицируя психотические расстройства, успешно использовали новые диагностические категории для оценки бредовых расстройств и острых стрессовых реакций, вместе с тем недостаточно эффективно оценивали шизоаффективные расстройства и субклинические случаи и в целом лучше, по сравнению с общей выборкой ВСКП, оперировали понятиями МКБ-10. Однако с учетом незавершенности исследования, статистически значимые выводы и обобщения пока преждевременны.

В дополнительных комментариях, поступающих от отдельных участников, содержались критические замечания относительно предлагаемых принципов диагностики, которые воспринимались поверхностными и недостаточными для систематики клинической психопатологии. Вместе с тем, основная причина претензий видится в том, что профессиональные ожидания российских психиатров превышают основное назначение международной классификации болезней, которая должна быть, прежде всего, единой, доступной для понимания и пользования всеми участниками, задействованными в охране психического здоровья населения во всем мире. И в задачи российской психиатрии входит адаптация новой классификации к нуждам здравоохранения с учетом имеющегося клинического опыта, но и без тотального отрицания общемировых тенденций.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА – ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ СТАНДАРТ ИЛИ ДОГМА

Марченко А.А.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

В общественном сознании, в том числе, и в медицинских кругах, сложился устойчивый стереотип предубежденного и настороженного отношения к психиатрии: «считается, что и психиатрия, и основной ее метод исследования – клинико-психопатологический, субъективен и ненаучен, что получаемые с его помощью результаты недостоверны, а диагностические заключения произвольны» (Чайка Ю.В., Чайка Ю., 2003). Вероятно, поэтому Ю.Л. Нуллер (2008) задается вопросом: «можно ли считать психиатрию наукой в строгом смысле этого слова»? И если да, то способна ли она ответить на два основных вопроса: какие клинические признаки отличают одно заболевание от другого (т.е. патогномоничны), и какова этиология отдельных заболеваний? Именно здесь, по мнению автора, обозначилось центральное противоречие психиатрии: неоднородность в отношении этиологии отдельных групп больных не дает возможности выявить этиологические факторы, а незнание этиологических факторов исключает возможность их надежной классификации (Нуллер Ю.Л., 2008, с. 21).

Проблема этиологии, на наш взгляд, неразрывно связана со сменой доминирующей в научном сообществе парадигмы. Исторически сложившееся противостояние биомедицинских (теория дегенерации, анатомо-локализационные гипотезы и т.п.) и психологических (прежде всего, психоаналитических) моделей психических расстройств, объясняется отчасти тем, что они опирались на анализ конвенциональных знаков – симптомов – в рамках психиатрии «объяснения» (Самохвалов В.П., 2010). Однако слияние этих, казалось бы, несопоставимых конструктов, привело к появлению доминирующей ныне т.н. биопсихосоциальной (БПС) парадигмы, открывшей еще больше, чем психоанализ (Савенко Ю.С., 2013), возможностей для научных спекуляций. Несмотря на то, что БПС-модель декларировалась, как альтернатива психоаналитическому догматизму и биомедицинскому редукционизму, она, на самом деле, лишь внесла еще большую неопределенность в понимание сущности психических расстройств в силу своего, как справедливо отмечает S. Nassir Ghaemi (2011), эклектизма и безосновательного смешения различных методологических подходов.

В этой связи представляется уместным напомнить, что создатель БПС-модели – Джордж Энджел – был интернистом, прошедшим обучение психоанализу и искавшим объяснение, прежде всего, патологии желудочно-кишечного тракта с психоаналитических позиций. Этот факт отложил весьма негативный отпечаток на современный облик БПС-модели, поскольку даже в отечественных исследованиях психологическая составляющая зачастую пронизана психоаналитическими подходами с аморфными, надуманными толкованиями, больше запутывающими, чем трактующими патогенез психических расстройств. Следует также учитывать и антинозологические взгляды G.L.Engel (1960), заявлявшего о якобы искажающем влиянии нозологической концепции на формулирование общего представления о болезни: «Диагностические штампы – это способы указания той или иной категории информации о пациенте, и они редко когда (если вообще) способны полностью определить болезнь… скорее они имеют статистическую и прогностическую ценность».

В числе основных проблем, которые лишь заострились при широком внедрении БПС-модели, выделяют следующие (Tavakoli H.R., 2009; Nassir Ghaemi S., 2011):

- отсутствие четкой парадигмы, терминологии и исследовательского аппарата, результирующее в усугубляющееся расщепление биопсихосоциальных факторов на мелкие составные части (напр., геосоциальные, религиосоциальные, экономически-социальные и т.п.), что еще более размывает смысл концепции;

- базирование на чрезмерно узкой концепции влияния биологических факторов, не учитывающей всего многообразия и сложности взаимодействия организма и окружающей среды (напр., эпигенетических механизмов);

- дистанцирование от проблемы психофизического параллелизма с усугублением дихотомии психическое – биологическое;

- расширительная трактовка любых поведенческих девиаций (например, криминальных деликтов), как проявлений болезни, ведущая к экспансии фармакотерапии и продуцированию диагностических категорий по социальному заказу;

В итоге, современными исследователями констатируется, что БПС «разрешает все, не давая конкретного руководства ни чему… лишь перечисляет важные аспекты психиатрии, но молчит в отношении того, как понимать эти аспекты при различных состояниях и в разных ситуациях. Она создавалась в противовес догматизму, но в итоге сама стала догмой» (Nassir Ghaemi S., 2011), вследствие чего «современная психиатрия вынуждена оперировать в теоретическом вакууме» (McLaren N., 2006).

И это несмотря на то, что слепое следование догматам авторитетов не ведет к истине, а наоборот, лишь маскирует заблуждение в красивые одежды правдоподобия, искажая фактические каузальные взаимоотношения. Наибольший вред, на наш взгляд, БПС-модель нанесла отечественной наркологии и неврозологии. Здесь наиболее уязвимым звеном большинства предлагавшихся для объяснения психогенеза этих расстройств психологических концепций, по нашему мнению, является невозможность однозначного определения причинно-следственных отношений. Иначе говоря, факторы, предлагаемые в качестве этиологических, на самом деле могут быть следствиями происходящего патологического процесса или реакцией на него. Например, описанный В.Н. Мясищевым неврастенический конфликт («я хочу, но у меня не хватает сил») вполне может быть отражением первичной редукции витальных сил в рамках дебюта депрессии, а психастенический («я хочу, но не могу решиться») – типичным производным генерализованной тревоги. Низкие показатели функционирования в профессиональной и семейной сферах у больных алкоголизмом, как представляется, логичнее было бы трактовать не как причину алкоголизма, а как следствие его злокачественного течения и т.д. (Здесь следует отметить, что одной из причин таких результатов, вероятно, является и некорректное использование поперечно-срезовых подходов в рамках БПС-парадигмы).

Таким образом, если БПС-модель создавалась, прежде всего, как этиологическая система, то в силу расширительного ее толкования стала применяться и для оценки текущего состояния, и для прогноза течения заболевания и для планирования лечения. При этом рекомендации, полученные в ходе научных работ, как правило, определяются установками авторов и зачастую произвольно акцентируют значимость либо биологической, либо психологической, либо социальной составляющей. Дальнейшее использование этой модели, по нашему мнению, невозможно без решения следующих проблем:

1. Четкой расшифровки на основе научного анализа содержимого каждой из составляющих модели – биологической, психологической и социальной.

2. Разработки адекватных и надежных унифицированных (в том числе, и квантифицированных) инструментов для оценки по данным осям.

3. Признание примата в рамках патогенетических исследований только тех из них, которые выполнены на основе лонгитудинального обсервационного дизайна, позволяющего минимизировать искажение причинно-следственных связей.

4. Разработки решающих правил для этиологической и прогностической трактовки получаемых данных.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ VS СИСТЕМАТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ДЕВИАЦИЙ: В ПОИСКАХ УБЕДИТЕЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ

Менделевич В.Д.

Казань
Казанский ГМУ

Современная ситуация в сфере клинической психиатрии характеризуется нарастающим процессом психопатологизации феноменов обыденной жизни, переводом поведенческих девиаций в разряд классифицируемых по МКБ и ICD расстройств. На уровне симптоматологии наиболее явно эта тенденция обнаруживает себя в сфере наркологии (аддиктологии) и сексологии. Данный процесс сказывается как на результатах рутинной клинической практики психиатров, так и на обоснованности заключений судебно-психиатрических экспертиз, переводя тему психопатологизации из академической в сферу с опасными для пациентов социальными последствиями. Уже сегодня это приводит к стигматизации больных, поражению их в правах, включению в организационно-психиатрический процесс и необоснованному назначению психотропных средств. Следует признать, что нахождение в одной рубрике МКБ (F) психических (например, шизофрении) и поведенческих (к примеру, гемблинга или транссексуализма) расстройств фактически приравнивает их друг другу.

В связи с разработкой МКБ-11 психиатрия столкнулась с новым теоретико-методологическим вызовом, потребовавшим выработки четких критериев и категорий для дифференциации психических (психопатологических) и поведенческих расстройств между собой, обоснованному разграничению nosos и pathos. Известно, что при этих расстройствах существенно различаются как стратегии терапии (от преимущественного использования психофармактотерапии до психотерапии), так и медико-социальные последствия (например, диспансеризация и назначение группы инвалидности).

Следует признать принципиально важным нахождение между специалистами консенсуса по вопросу дефиниции поведенческих расстройств и разработке критериев их дифференциации с девиациями поведения, тем более что МКБ-10 и МКБ-11 не предоставляют такой возможности. Под психическим расстройством в классификации подразумевается – «болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов». Специального определения поведенческого расстройства в МКБ не приводится. Если не считать определением дефиницию, приведенную для диагностики расстройств личности и поведения в зрелом возрасте: «клинически значимые состояния, поведенческие типы, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик свойственного индивидууму стиля жизни и способа отношения к себе и другим». Однако известно, что оно по многим параметрам отличается от психического. В частности, для характеристики заболеваний (психопатологии) используются термины «рецидив/ремиссия», а для поведенческой патологии – «компенсация/декомпенсация».

Истинное психическое расстройство характеризуется наличием психопатологических симптомов и синдромов, имеет психопатологический (эндогенный, экзогенный, психогенный) механизм развития и формирования и предопределяет применение арсенала специфического психофармакотерапевтического лечения. Психическое расстройство не вытекает из преморбидной поведенческой патологии – даже в случае формирования, к примеру, шизофрении на базе «шизофренического диатеза». В этом отношении психопатология первична по отношению ко всем иным психическим состояниям и процессам.

Как показывает практика, поведенческие расстройства в отличие от психопатологических могут формироваться несколькими путями. Часть из них могут быть первичными, изолированными, самостоятельными, другие (вторичные) могут основываться на каком-либо психическом расстройстве. Поведенческие расстройства в обязательном порядке включают в себя стойкие и повторяющиеся патологические паттерны поведения, дезадаптирующие человека и/или нарушающие процесс самоактуализации личности. Основным механизмом формирования первичных поведенческих расстройств считаются искажения личностного развития под влиянием неправильных форм воспитания на базе темпераментальной несбалансированности, вторичных – деформация осмысленного поведения в связи с активной психопатологической симптоматикой, задающий строго определенный «поведенческий репертуар». Помимо перечисленных, в клинической практике наблюдается и третий механизм формирования поведенческой патологии. Он связан с нейробиологическими нарушениями, напрямую определяющими расстройства поведения без первичной психопатологии. Эту особую группу феноменов составляют физиологически обусловленные расстройства витальных влечений, в частности, аддиктивное влечение при химических зависимостях.

Таким образом, можно утверждать, что современные психиатрические классификации не учитывают сущностные различия между психопатологическими расстройствами и поведенческой патологией и склонны включать в классификации девиантные формы поведения. С нашей точки зрения, подобная «медикализация» поведенческих расстройств способна приводить к стигматизации лиц, которых нет оснований приравнивать к психически больным. Возможно, настало время вернуться к отдельной классификации психических расстройств, выведя за скобки классификации поведенческую патологию, предусмотрев для нее специальную диагностическую ось.

ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Пищикова Л.Е.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Увеличение числа пожилых людей, переживающих возраст повышенного риска развития психических расстройств, определяет актуализацию вопросов, связанных с оценкой их психического состояния в юридически-значимых ситуациях в рамках проведения судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ). Несмотря на работы, посвященные различным аспектам психической патологии позднего возраста, до сих пор в современных классификациях (DSM-V, МКБ-10) соответствующего раздела нет. В МКБ-10 рассматривается состояние R54 «Старость», но без сопряжения с рубрикой «Психические расстройства». Инновацией DSM-Y является лишь переименование деменций в нейрокогнитивные расстройства.

В историческом аспекте классификации психических расстройств позднего возраста основывались на различных подходах. Э.Крепелин (1900) размещал их в рубрике «Внутренние болезненные процессы в организме», подразделяя на «артериосклеротические», «пресенильные психозы возраста обратного развития» и «старческие душевные расстройства». E.Bleuler (1920) относил к разделу «Приобретенные психозы с грубыми мозговыми расстройствами. Органический синдром». Э.Я.Штернберг (1977) выделял функциональные, сосудистые и атрофические формы. Н.Ф.Шахматов (1996) считал, что классификация психических расстройств позднего возраста должна определяться фактом наличия или отсутствия слабо-

умия. При этом еще в МКБ-9 Н.Ф.Шахматовым, В.А.Концевым, С.И.Гавриловой (1983) описывались обусловленные инволюцией: изменения личности или познавательной способности (310.14); неврозоподобные (300.97) и психопатоподобные (301.97) состояния; непсихотические депрессивные расстройства (311.7); синдром лобной доли (310.03); меланхолия (296.13); параноид (297.21); поздняя (старческая) парафрения (297.29); бред сутяжничества (297.8); сенильная (290.0), пресенильная (290.1), атеросклеротическая (290.4) деменция, деменция при болезни Пика (290.12); с явлениями острой спутанности и сенильным бредом ущерба; Корсаковский (неалкогольный) синдром (294.0). В пилотном варианте кластера «Психические расстройства» МКБ-11 представлен раздел «Старческий возраст». При этом «полевые» исследования этой рубрики в ближайшее время не планируются.

Цель исследования. Обоснование предложений по формированию раздела, посвященного психическим расстройствам органической природы позднего возраста в МКБ-11. Создание клинической типологии психических расстройств органической природы позднего возраста, применительно к задачам судебно-психиатрической практики.

Материал исследования. Комплексно обследовано 235 пациентов позднего возраста (старше 60 лет) – 42,1%(99 чел.) мужчин и 57,9%(136 чел.) женщин, проходивших СПЭ по уголовным делам: 30,2%(71 чел.), из них 81,7%(59 чел.) обвиняемых лиц и 18,3%(12 чел.) потерпевших от преступных посягательств; по гражданским делам – для решения вопросов «сделкоспособности»: 22,6%(53 чел.); для определения дее- и недееспособности: 47,2%(111 чел.).

Результаты исследования. В результате анализа классификаций психических расстройств позднего возраста (исторических и существующих) выявлено отсутствие их современной унифицированной систематики, что оказалось значимым при оценке психической патологии позднего возраста в СПЭ. Крайне трудными в клинической оценке явились единичные, но специфичные для позднего возраста синдромы, такие как псевдопаралитический, парафренный, пресбиофренный (хроническая пресбиофрения Вернике), деменции Геккебуша–Гейера–Геймановича и лобного типа, синдром Берса–Конрада (тактильный галлюциноз, пресенильный дерматозойный бред Экбома), синдром Шарля Бонне (зрительные атрофии), галлюциноз педункулярный Лермитта, функциональные психозы и галлюцинозы позднего возраста гетерогенной природы, психическая спутанность (в МКБ-10 рассматривается в аспекте синдрома расстроенного сознания – делирия, без учета важной для дементирующего процесса формы – острой пресбиофрении Вернике), бредовые психозы позднего возраста, диагностика которых проводится с использованием рубрик F06.2 «Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство», допускающей различную вариативность их клинических проявлений в виде: шизофрении (F20.0–F20.3); хронического бредового расстройства (F22); инволюционного параноида (F22.01); поздней парафрении (F22.02); острого психотического расстройства (F23); бреда «преследования, метаморфоза, болезни, смерти, ревности (F06.2), величия, отношения, ипохондрического, сутяжного, персекуторного» (F22.0).

Проведенное исследование позволило получить ряд важных данных по широкому комплексу вопросов, связанных с общей и судебной психиатрией. Так, предложена типология психических расстройств органической природы позднего возраста специфичных для судебно-психиатрической практики. Выделены следующие клинические типы органических психических расстройств (F00-F09 МКБ-10):

Недементные психические расстройства – 45,5% (107 чел.): органическое эмоционально-лабильное расстройство (F06.6) – 28% (31 чел.), легкое когнитивное расстройство (F06.7) – 7,5% (8 чел.), органическое расстройство личности (F07.0) – 64,5% (69 чел.).

Психозы – 7,7% (18 чел.): органическое бредовое расстройство (F06.2) – 72,2% (13 чел.), делирий (F05) – 16,7% (3 чел.), тяжелый депрессивный эпизод с психотическими включениями (F32.3) – 11,1% (2 чел.) (включались острые и хронические психотические состояния, развившиеся на недементном фоне).

Деменции – 46,8% (110 чел.): деменция при болезни Альцгеймера с ранним и поздним началом (F00) – 16,5% (18 чел.); смешанная деменция (F00.2) – 39,4% (43 чел.); сосудистая деменция (F01) – 42,2% (46 чел.); амнестический синдром (F04) – 1,8% (2 чел.) (по критериям МКБ-10 включались состояния слабоумия, в том числе и с психотическими расстройствами).

Обосновано значение диагностических квалификаций специфических психических расстройств органической природы позднего возраста, эксклюзивных для судебно-психиатрической практики (деменция лобного типа, острая и хроническая пресбиофрения Вернике, состояния психической спутанности сознания, Корсаковский амнестический синдром, старческая парафрения), которые, в большинстве, не упоминаются в современных классификациях психических расстройств.

Выводы. Для определения нозологической специфичности, своевременного распознавания психических расстройств позднего возраста, их адекватной профессиональной диагностики актуальна интеграция в современную классификацию МКБ-11 раздела «Психические расстройства позднего возраста». По аналогии с дефинициями, применяемыми в МКБ-9, в МКБ-11 целесообразно использование следующих нозологических квалификаций: неврозоподобные и психопатоподобные состояния позднего возраста, депрессивные расстройства позднего возраста, когнитивные расстройства позднего возраста (легкие, умеренные, выраженные), синдром лобной доли позднего возраста, меланхолия позднего возраста (в т.ч. инволюционная меланхолия), спутанность позднего возраста (делирий и острая пресбиофрения), галлюцинозы позднего возраста (в т.ч. «функциональные»), параноид позднего возраста (в т.ч. инволюционный параноид), парафрения позднего возраста, сенильная, пресенильная, атеросклеротическая деменция, деменция при болезни Пика (лобного типа), хроническая пресбиофрения Вернике, амнестический синдром позднего

ЕДИНЫЙ НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Платонов Д.Г.

Кемерово
ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ

Цель исследования. Выявление общих определяющих закономерностей в клинической картине, структуре, динамике, патогенезе и патопсихологических механизмах расстройств невротического уровня, в клинической картине которых ведущую роль играют аффективные болезненные проявления.

Материал и методы исследования. Была исследована группа из 611 пациентов проходивших лечение в специализированном отделении неврозов Кемеровской областной клинической психиатрической больницы за период с 2007-2013 гг. Большая часть больных (440 пациент) была отобрана таким образом, что их клиническую картину определили тревожные и депрессивные проявления, причем в степени выраженности достаточной для использования их в качестве диагностических критериев. Эта группа нозологически (в соответствии с МКБ-10) была представлена: паническим расстройством, генерализованным тревожным расстройством, смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F-41.); пролонгированной депрессивной и смешанной тревожной и депрессивной реакцией

в рамках расстройства приспособительных реакций (F43.2.), соматоформными расстройствами (F-45.), а также диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F-44.). Оставшиеся пациенты подбирались, чтобы составить две контрольные группы: первая – больные с диагнозом «Неврастения» (F48.0), то есть страдающие расстройством невротического уровня, в клинической картине которого аффективная патология либо не была представлена вовсе, либо ее выраженность была крайне незначительной (41 пациент); и вторая – пациенты с аффективной патологией эндогенного уровня (депрессивный эпизод средней степени тяжести (F32.1) и дистимия (F-34.1 всего 30 больных).

В качестве основы методологии мы использовали клинико-психопатологический метод (оценка симптомов, синдромов и состояний больных в различные периоды течения заболевания); клинико-динамический метод (оценка динамики клинических и социальных характеристик заболевания); клинико-психологический метод (оценка преморбидно-личностных особенностей с помощью теста MMPI); методы количественной оценки выраженности тревоги, депрессии, враждебности, алекситимии с помощью оценочных шкал и опросников (шкала тревоги и депрессии Гамильтона, опросник состояния агрессии Басса-Дарки, Торонтской шкалы-опросника алекситимии), а также самоопросников (тревоги и депрессии Цунга).

В результате предпринятого нами исследования было установлено, что группа нозологически (согласно МКБ-10) разных расстройств, отобранных нами в основную группу исследования, имеют единые этиологические, патогенетические и патопсихологические механизмы, что вкупе с преморбидно-личностными особенностями позволило обнаружить статистически значимые отличия, в основных клинико-психопатологических компонентах, как от эндогенных аффективных болезненных состояний, так и от расстройств невротического уровня, для которых аффективные проявления не являются определяющими.

Нам представляется, что изученную нами группу расстройств можно рассматривать как единый патологический симптомокомплекс, имеющий общую этиологию, патогенез, клинико-психолого-динамические характеристики и вероятные исходы. То есть, своего рода «аффективную болезнь» – среди прочих расстройств невротического уровня.

Подобный «мононозологический» подход, как нам кажется, позволяет решить многие вопросы систематики пограничных нервно-психических расстройств, распределяя их на астенические, аффективные, личностные, а также имеющие упомянутые проявления, развившиеся на фоне и (или) в результате другой патологии (органических заболеваний головного мозга, процессуальных психических заболеваний и т.д.).

Возможность четкого выделения аффективной патологии невротического уровня позволило сформировать лечебно-реабилитационные программы и организационные подходы, ориентированные на ясное представление о патогенетических механизмах и клинико-динамических особенностях пациентов на каждом этапе лечения.

Особенно важным нам представляется это еще и потому, что недвусмысленное постулирование невротического уровня аффективных расстройств дает надежную патогенетически обусловленную основу для целенаправленного и осознанного использования психотерапии в лечении этой группы расстройств. Нами были разработаны поэтапные рекомендации о сочетании конкретных психотерапевтических методов с конкретными наборами психофармакотерапевтических средств в зависимости от типа течения «аффективной болезни».

Таким образом, нам представляется, что наше исследование позволяет добиться заметного прогресса в преодолении противоречий современных классификационных подходов, которые во все большей степени исключают патологию невротического уровня, которая является хорошо известной и понятной практическим психиатрам клинической реальностью, из диагностического и терапевтического поля. Это дает возможность сделать еще один шаг на пути создания всеобъемлющей картины пограничной нервно-психической патологии.

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ КАК РАССТРОЙСТВО МНОГОФАКТОРНОЙ ПРИРОДЫ

Хохлов Л.К., Григорьева Е.А.

Ярославль
Ярославский ГМУ

Нервная анорексия, по сравнению с другими психическими заболеваниями, имеет относительно четкие и, на первый взгляд, сравнительно простые клинические характеристики. Но реально у больных нервной анорексией клиника отличается большим многообразием и сложностью. Это определяется тем, что нервная анорексия (как и большинство других психических заболеваний) – расстройство многофакторной природы; возникающие тяжелые сомато-эндокринные нарушения вносят новое в психопатологию нервной анорексии; нервная анорексия – расстройство, по своей природе близкое к спектрам аффективных и тревожных, обсессивных расстройств. И в итоге – полиморбидность патологии. Нервная анорексия может перемежаться и сочетаться с приступами нервной булимии, так что клинические границы между этими формами патологии текуче изменчивы. Началу нервной анорексии часто предшествуют аффективные, тревожные, обсессивные картины. Эти нарушения могут также впервые появляться на фоне патологии пищевого поведения и иметь двоякий характер: сопряженные с основными проявлениями нервной анорексии, когда они становятся естественным продолжением основополагающей аноректической симптоматики; не сопряженные – тогда актуален вопрос о сочетании нозологически различных заболеваний. При этом, особенно при наличии аффективных расстройств, феноменология нервной анорексии может маскироваться, отступать на второй план, сглаживаться. Сложные отношения нервной анорексии и шизофрении, шизотипического расстройства. Синдром нервной анорексии может выступать вместе с другими характерными шизофреническими проявлениями, приобретая черты дискордантности. Но наблюдаются случаи, когда вначале обнаруживается картина типичной нервной анорексии, а далее повторяются шизофренические шубы, при отсутствии каких-либо характерных компонентов синдрома нервной анорексии. И возникает вопрос: это одно расстройство (шизофрения) или последовательная коморбидность разных заболеваний. При современном уровне развития психиатрии окончательный безапелляционный ответ здесь преждевременен. Пока нет доказательств, идентичны ли эти заболевания не только по клинике, но и по происхождению, биологическому субстрату. Нервной анорексии нередко также предшествует патология личности: расстройства личности (психопатии) и реже органические расстройства личности. При манифестации нервной анорексии, развитии сомато-эндокринных нарушений личностные изменения утяжеляются. Собственно аноректическое пищевое поведение во многом совпадает с психопатическим поведением. Кахексия может сопровождаться органической церебральной недостаточностью. И в результате вторично формируются не только органическое астеническое (эмоционально-лабильное), легкое когнитивное расстройство, но и органическое расстройство личности. Нередкие суицидальные попытки тоже могут быть причиной органической патологии. И, наконец, нервная анорексия в ряде случаев сочетается с аддиктивными расстройствами, и в частности, со злоупотреблением психоактивными веществами. Болезни зависимости становятся как бы параллельной патологией, но порою

наркологические симптомы тесно переплетаются, сопрягаются с пищевым поведением. Это в свою очередь усложняет, видоизменяет картину патологии, делает еще более запутанными отношения между функциональным и органическим, ставит под сомнение возможность подразделения болезней на чисто функциональные и чисто органические. Итак, и при рассмотрении нервной анорексии, этой сравнительно простой, строго очерченной патологии, обращает на себя внимание наличие клинического полиморфизма, полиморбидности с сочетанием самых различных расстройств – и эндогенных, и психогенных, и органических. Выступает клинический континуум, отражающий континуум во взаимодействии разнородных патогенных факторов, приводящих к болезни. В этих условиях МКБ – 11 не должна быть слишком жесткой. При современном уровне наших знаний она не может не быть эклектичной. Приходится исходить из того, что как и все предшествующие международные классификации, эта систематика временная, неокончательная, результат договоренности, на данном этапе, психиатров разных стран. Но нам нужно научиться в практической работе, для достижения большей воспроизводимости в диагностике, строго соблюдать достигнутый компромисс.

К ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ (ЭТИО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ)

Шевченко Ю.С.

Москва
РМАПО

Грядет МКБ-11 и наши врачи, насильственно приученные говорить на психиатрическом «эсперанто» МКБ-10 и думать его шифрами рискуют оказаться и без языка и без мышления. Тем более, что единственное безусловно прогрессивное предложение действующей номенклатуры – многоосевая диагностика, представляющая собой формализованный функциональный диагноз, так и не вошла ни в повседневную лечебную, ни в научную практику. Приходится признать сохраняющуюся актуальность афоризма Ц.Ломброзо, высказанного более ста лет назад: «Природа, как видите, смеется над нашими классификациями, и если бы мы вздумали строго держаться их, то наверное наделали бы массу ошибок». К сожалению, для многих специалистов МКБ-10 стала главным и единственным ориентиром в их врачебной и исследовательской деятельности. Настало время перестать быть «Иванами, не помнящими родства» и вернуться к традиционному для отечественной медицины этио-патогенетическому принципу систематизации болезней (именно болезней, а не «психических и поведенческих расстройств»), базирующемуся на взглядах наших ученых-классиков. Опираясь на «дифференцирующий» и «интегрирующий» законы патогенеза И.В.Давыдовского, учение о «nozos» и «pathos» А.В.Снежневского, эволюционно-биологическую концепцию психической болезни Г.Е.Сухаревой, теорию психического дизонтогенеза В.В.Ковалева мы предлагаем рассматривать весь спектр психической патологии в качестве синдромального «круга». Он пересекается диаметральными нозологическими осями, образованными радиусами-векторами, направленными к противоположным полюсам основного этиологического или ведущего патогенетического качества. Первая, патогенетическая ось – дизонтогенетическая, вдоль которой располагаются состояния первично-дизонтогенетической природы. Один вектор (эволютивно-дизонтогенетический) обозначает расстройства развития, характерные для детско-подросткового возраста, второй – его alter ego, (инволютивно-дизонтогенетический), вдоль которого располагаются состояния, определяемые дисгармоничным или ускоренным старением мозга и психики: деменция при болезни Альгеймера; сосудистая (атеросклеротическая) деменция; деменция при болезни Пика, хореи Гентингтона, болезни Паркинсона; пресенильные (инволюционные) и сенильные психозы. В свое время еще П.Б.Ганнушкин фактически обозначил эту ось, указав на то, что лица, перенесшие патологически протекающий пубертатный криз, в возрасте обратного развития стареют раньше и дисгармоничнее, чем лица без данного дизонтогенетического расстройства в анамнезе. Вторая, этиологическая ось соединяет соматогенный и противоположный ему социогенный полюс. К первому тяготеют психические расстройства, обусловленные телесной патологией инфекционной и неинфекционной природы (которая в МКБ имеет собственный шифр), ко второму – состояния химической и нехимической зависимости (континуальное единство этой оси иллюстрирует цирроз печени, который может иметь алкогольную (социогенную) этиологию, а в случае вирусной (соматогенной) природы – сам являться источником соматопсихических расстройств). Третья, также этиологическая ось, образована экзогенно-органическим вектором (отличающимся от соседнего сомато-психического тем, что обозначает расстройства, обусловленные непосредственным поражением мозгового субстрата при менингитах, энцефалитах, сотрясениях, опухолях, инсультах и т.п.) и противоположно расположенным психогенным полюсом (реактивные состояния, неврозы, психогенные психосоматические расстройства, патохарактерологические реакции и проч.). О континуальном единстве данной оси с наличием переходных и смешанных (функционально-органических) форм между «неврозами» и «псевдоневрозами» в свое время писал известный отечественный невролог А.М.Вейн. Наконец, четвертая, патогенетическая ось располагается между полюсами так называемых эндогенных заболеваний (шизофрения, МДП, генуинная эпилепсия) и непроцессуальных наследственно-конституциональных состояний (психопатии, расстройства личности). Представленная модель отражает суть этио-патогенетических взаимодействий, иллюстрируемую тем, что хорды пересеченного круга соединяют смежные полюса соответствующих векторов. Так, негативно- и продуктивно-дизонтогенетические расстройства возраста эволютивного развития (олигофрении, общие и парциальные задержки и аномалии психического развития, РДА, СДВГ, первичные формы энуреза, заикания, патологичных привычных действий, подростковой дисморфофобии, соматоформных расстройств и проч.) могут иметь как наследственно-конституциональную, так и соматогенную природу. Изучение эндогенных заболеваний обнаруживает все больше фактов структурно-церебральной обусловленности их проявлений, т.е. эндогенно-органической сущности. Отсюда следует логичность их соседства с экзогенно-органическими расстройствами. Сущность же инволютивно-дизонтогенетических расстройств, проявляющихся структурно-функциональным регрессом, идущим по тому же пути, по которому шло созревание, обусловлена внутренними факторами генного функционирования. Соседство социогенного и психогенного векторов вряд ли требует комментариев. Эпилептиформный синдром, как декомпенсация специфического диатеза, может сформироваться под влиянием различных факторов, что важно знать для прогноза и лечения «конкретной болезни у конкретного больного». В свою очередь, аномальная конституция в форме психопатии может быть не только наследственно обусловленным дизонтогенетическим образованием, но и результатом неблагоприятной динамики психогении. Постреактивные, патохарактерологические, невротические развития заканчиваются формированием «нажитой» психопатии (по О.В.Кербикову). При этом общий для всех «расстройств зрелой личности» шифр было бы весьма полезно дополнить знаками, уточняющими их природу. Точки пересечения рассмотренных осей в центре психопатологического «круга» иллюстрируют диалектическое взаимодействие этио-патогенетических механизмов внутри био-психо-социальной сущности человека

и возможность динамической смены ведущего фактора, что может потребовать изменения клинического диагноза: «ранний детский аутизм» как эволютивно-дизонтогенетический синдром может иметь наследственно-конституциональную, эндогенно-процессуальную (шизофреническую) либо экзогенно-органическую природу, а к зрелому возрасту соответствовать критериям шизоидной или органической психопатии, либо постпроцессуальной «псевдопсихопатии». Диагнозы задержки психического развития, синдрома дефицита внимания также носят временный характер и с возрастом должны либо сниматься, либо заменяться иными. В свою очередь, любое тяжелое и затяжное психическое заболевание, особенно возникшее в детстве, помимо собственного специфического дефекта, порождает вторично-дизонтогенетические симптомокомплексы (рано начавшаяся шизофрения с «олигофреническим плюсом», психоорганический синдром с недоразвитием интеллекта и т.п.). Такие случаи предполагают двойной шифр (как это предусмотрено при упомянутой выше многоосевой диагностике по МКБ-10). Также обстоит дело с хроническим алкоголизмом в случае развития алкогольной энцефалопатии и с постпсихотическим изменением личности. Представленная методология позволяет сохранять в практической и научно-исследовательской работе психиатра единый для всей медицины гносеологический принцип. Введение же в новую Международную классификацию дополнительных «национальных» этио-патогенетических шифров, к примеру, уточняющих синдромальный и динамический вариант шизофрении, либо указывающих на этиологическую (первично-дизонтогенетическую, невротическую или неврозоподобную) природу таких синдромов-болезней как «заикание», «энурез», «трихотилломания», «расстройство пищевого поведения» и проч., позволит сделать ее менее разрушительной, чем предыдущая, в отношении клинического мышления ныне работающих и будущих отечественных специалистов.

РАЗДЕЛ 13.
ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПСИХИАТРИИ

Бобров А.Е.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Ситуация в последипломном образовании сложная. Тем не менее, от прогресса в этой сфере будет зависеть судьба отечественной психиатрии как самостоятельной научно-практической отрасли медицины.

Проблемы современного образования по психиатрии сводятся к трем основным вопросам: «Кого, чему и как учить?»

Ответ на первый вопрос состоит в том, что учить следует не только молодых врачей, приобщающихся к психиатрии. Важно уделить больше внимания обучению опытных практикующих врачей. Изменения в психиатрии за последние годы настолько значительны, что требуют не только освоения новых компонентов профессиональной деятельности, но и трансформации всего профессионального мировоззрения врачей. Примерами этого являются внедрение в клиническую практику МКБ-10, атипичных антипсихотиков, антидепрессантов новых поколений, психотерапии, социальной терапии, полипрофессионального подхода. Коренные изменения произошли в представлениях о шизофрении, биполярном аффективном и стрессовых расстройствах, зависимостях, деменции. На повестке дня стоит новое понимание наследственности и нарушений психического развития, аномалий личности, психосоматики, нейропсихиатрии, изменение классификации психических расстройств и психотропных препаратов, формирование дистанционной психиатрии.

Необходимо создание осовремененных учебных курсов по психиатрии для медицинских работников среднего звена. Важной категорией обучающихся должны стать медицинские психологи и социальные работники. Сюда же необходимо отнести врачей общего профиля. Ключевое значение имеет обучение аспирантов и научных сотрудников.

При проведении профессионального образования важно учитывать потребности опекунов и родственников больных, а также самих пациентов. Это диктуется тем, что образование по психиатрии при всех различиях целевых аудиторий должно оставаться единым, динамично развивающимся и открытым для «потребителей» медицинской помощи.

Ответ на второй вопрос связан с содержанием обучения. Сюда, согласно современным требованиям, включаются знания, умения, навыки и компетенции. С учетом этого в психиатрии можно выделить несколько профессиональных сфер или субспециальностей. К ним относятся стационарная и внебольничная психиатрия, психотерапия, судебная психиатрия, аддиктология, социальная психиатрия, психосоматика, детская психиатрия и целый ряд других. Эти сферы в целом и определяют область необходимых компетенций, владение которыми позволяют врачу приобрести соответствующую специальность, субспециальность или допуск к профессиональной деятельности.

Однако этого не достаточно. Важнейшим элементом образования является совокупность базисных теоретических знаний или парадигм, определяющих специфику психиатрии как медицинской специальности. Необходимые психиатру знания касаются клинической методологии, пропедевтики, семиотики, синдромологии, нозографии, а также общих принципов классификации психических расстройств. Следует подчеркнуть важность знаний по профессиональной этике, правовому и организационному обеспечению деятельности отдельных специалистов, психиатрических учреждений и всей психиатрической службы. Наряду с этими общими для психиатрии знаниями большое место в профессиональном образовании занимают сведения, относящиеся к сфере частной психиатрии. Здесь надо указать на необходимость формулирования современных клинических концепций различных психопатологических состояний. Они включают основы этиологии, патогенеза, а также вариантов динамики психических расстройств. Сюда же входят представления об особенностях их диагностики и экспертной оценки, а также о терапии, методах лечения и механизмах лечебного эффекта. Важнейшим и недостаточно разработанным является раздел знаний о профилактике психических расстройств, а также о принципах взаимодействия психиатров с врачами других специальностей и социальным окружением.

В современном медицинском образовании особый упор делается на освоение врачами необходимых профессиональных навыков и умений. Профессиональные умения – это сложные критически осмысленные и планируемые действия, обычно выполняемые врачом под контролем или во взаимодействии с более опытными специалистами. Сюда относится проведение клинической беседы, выявление клинических признаков психических расстройств, описание психического статуса, диагностическая квалификация психопатологических симптомов, синдромов и расстройств. Среди важнейших умений врача-психиатра следует также указать на дифференциальную диагностику и оценку прогноза состояния пациента, его опасности для себя и других, умение охарактеризовать соматический и неврологический статус больного, производить назначение и интерпретацию результатов лабораторных и инструментальных обследований. Врач-психиатр должен уметь осуществлять различные виды психиатрического освидетельствования и экспертизы, определять показания к госпитализации, в том числе – недобровольной. Важнейший перечень умений связан с лечением психических расстройств при помощи лекарственных средств, методов биологической не-

лекарственной терапии, психотерапии и социальной терапии/ реабилитации. При этом имеется в виду, что врач-психиатр должен уметь не только назначать те или иные виды лечения, но и производить динамическую оценку состояния больного, предупреждать, выявлять и осуществлять коррекцию побочных эффектов и осложнений терапии. К умениям, которыми должен владеть психиатр, относятся также разнообразные профилактические и организационные мероприятия, а также обучение персонала. Особую важность приобретает работа с документацией, в особенности, с материалами, имеющими медико-правовое и медико-социальное значение.

Третий аспект обучения связан с освоением практических навыков, т.е. автоматизированных форм самостоятельной работы во основных областях профессиональной деятельности. Эта сфера определяется, с одной стороны, должностными обязанностями врача-психиатра и объемом его каждодневной практической работы. С другой стороны, практические навыки – это реализуемый в клинической работе врачебный опыт специалиста. Важнейшие практические навыки врача-психиатра состоят в способности соблюдать этические и правовые профессиональные стандарты, осуществлять клиническую и параклиническую диагностику психических расстройств, давать разностороннюю оценку состояния больного, применять релевантные коммуникативные подходы. К навыкам относятся также действия по подбору и осуществлению отдельных методов психофармакотерапии, психотерапии и реабилитационных мероприятий. Навыки, как и умения, включают профилактическую, образовательную и организационную деятельность. Они затрагивают конкретные, автоматизированные операции и должны осваиваться на основе алгоритмов, оптимальных с позиций экспертно-диагностических, лечебно-реабилитационных и профилактических технологий.

Заключительный вопрос, сформулированный в начале статьи, касается методов, средств и способов обучения психиатрии. Традиционное обучение «у постели больного» все больше дополняется и даже вытесняется интерпрофессиональными, модульными, сетевыми, симуляционными и дистанционными формами обучения, что открывает широкие перспективы в плане качественного преобразования дидактического сопровождения образовательного процесса. Новое звучание приобретает и концепция непрерывного образования. Вместе с тем, все эти новации заостряют и серьезные проблемы в психиатрическом образовании.

К проблем такого рода следует отнести ограниченность ресурсов, научно-методической и методологической базы, концептуальную разрозненность отечественных психиатров, серьезные кадровые и организационные упущения, отсутствие открытой и эффективной системы оценки профессионализма. Ведущими причинами такого положения дел, по всей видимости, являются недостаточная самостоятельность профессиональных сообществ, слабость научно-исследовательского компонента в их деятельности, неразвитость экономических отношений в сфере реализации знаний и интеллектуальной собственности, а также нарастающая бюрократизация последипломного образования.

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ИНТЕРНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПСИХИАТРИЯ»

Волгина Ф.М.

Казань
КГМА

В настоящее время вопросы совершенствования последипломного образования по психиатрии являются актуальными как в связи с ростом психической заболеваемости населения и дефицитом кадров, так и с возникновением новых направлений психиатрической науки и практики.

Обучение в интернатуре по специальности «Психиатрия» – это важнейший и уникальный этап в подготовке будущего врача. Основной целью подготовки интернов является совершенствование теоретических и практических умений, формирование клинического мышления и профессионализма, в навыках социального поведения, т.е. компетентности. Поэтому в последипломном образовании по психиатрии должны сочетаться высокий уровень классической клинической подготовки и ознакомление с новейшими достижениями науки, что заставляет искать новые обучающие технологии, позволяющие добиться максимальной эффективности учебного процесса.

Образовательная программа послевузовской профессиональной подготовки в интернатуре по специальности «Психиатрия» осуществляется с 2010 г. на кафедре психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы КГМА. В состав рабочей группы по разработке данной образовательной программы входят 3 доктора и 4 кандидата медицинских наук. Все специалисты являются высококвалифицированными преподавателями и специалистами-практиками, имеющие соответствующие квалификационные категории и государственные сертификаты на осуществление медицинской деятельности, владеющие современными методиками диагностики и лечения психических расстройств, а также ежегодно участвующие в региональных, общероссийских и международных конференциях, семинарах и съездах.

Для квалифицированного проведения учебного процесса по программе послевузовской профессиональной подготовки в интернатуре по специальности «Психиатрия» имеется достаточная клиническая база, отвечающая требованиям государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования. Учебными базами являются Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В. М. Бехтерева МЗ РТ и ООО «Инсайт». Здесь закрепляются и совершенствуются усвоенные ранее и приобретаются новые практические умения, в частности, навык самостоятельной работы с пациентами, знакомство с современными методами обследования, ведение медицинской документации. Для учебно-методической работы используются организационно-методический отдел с электронной и множительной техникой, лаборатории, диагностические кабинеты, учебная аудитория и лекционный зал, научная библиотека, музей.

Кафедрой разработана программа подготовки врачей-интернов, которая не только включает в себя существующие федеральные требования, но и значительно дополнена в соответствии с представлениями о разносторонней профессиональной подготовке специалистов. С первого дня обучения врачи-интерны закрепляются за преподавателем-практиком, который организует учебный процесс в соответствии с принципами самостоятельной деятельности и индивидуализации преподавания. Теоретическая подготовка интернов включает специальный лекционный курс, тематика которого предполагает рассмотрение клинически значимых проблем, не вошедших в программу до дипломного обучения. Преподаватели сосредотачиваются на проблемах дифференциальной диагностики сложных случаев, индивидуализации терапии, современных методах диагностики лечения. Еженедельно с интернами проводятся проблемно-ситуационные занятия, семинары-презентации с использованием информационных технологий. Также врачи-интерны принимают участие в клинических разборах и больничных конференциях, что помогает им получить разностороннюю теоретическую и практическую подготовку.

Практика в содержании основной образовательной программы послевузовского профессионального образования в интернатуре по специальности «Психиатрия» составляет 63% учебного времени. С каждым из интернов заведующий отделением, к которому прикрепляется каждый интерн, делает обход по отделению с освоением и контролем необходимых практи-

ческих умений, подробным обсуждением диагностического и лечебного процесса каждого пациента, проверкой качества ведения медицинской документации. Таким образом, параллельно с изучением теоретических вопросов врачи-интерны приобретают клинические навыки, участвуя в лечебной работе больницы.

Организация обучения в интернатуре по программе послевузовской профессиональной подготовки по специальности «Психиатрия» предполагает оценку текущей успеваемости путем промежуточного контроля, который включает устные опросы, тестовый контроль, выполнение индивидуальных заданий, выступления на семинарах с докладами-презентациями, сдача зачетов и экзаменов. В каждой из них можно выделить оценку теоретической и практической подготовки будущего врача-психиатра. Практические умения оцениваются по результатам работы в палатах, обходов с преподавателем, а также докладов на семинарах-презентациях. Оценка данного вида деятельности включает умение собрать анамнез, сформулировать и обосновать диагностическое заключение, осуществить планирование дополнительного обследования и лечения пациента, назначить терапию, оценить прогноз и сформулировать рекомендации при выписке из стационара, включающие рекомендации по дальнейшему врачебному наблюдению, грамотно изложить медицинскую информацию, правильно вести медицинскую документацию. К итоговой аттестации допускаются интерны, имеющие зачеты и экзамены по всем дисциплинам (модулям) обучения. Таким образом, аттестация интернов на кафедре предполагает многоплановую и комплексную оценку их готовности к сертификационному экзамену и к будущей врачебной работе.

Всего за 2010-2014 гг. интернатуру по программе послевузовской профессиональной подготовки по специальности «Психиатрия» на кафедре психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы КГМА прошли обучение 31 человек. Все специалисты после окончания интернатуры трудоустроены. Большинство наших выпускников трудятся на клинических базах кафедры – в Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В. М. Бехтерева МЗ РТ и ООО «Инсайт».

В заключении следует отметить следующее. Каждый пациент ожидает от лечащего врача таких качеств, как профессионализм, наблюдательность, умение выслушать, терпение, понимание и коммуникабельность, т.е. помимо высокой квалификации современный врач должен иметь достаточно высокий уровень социального поведения. Поэтому для подготовки будущего врача-психиатра большое значение имеет не только профессиональное образование и навыки, но и воспитание. Это осуществляется, прежде всего, участием в работе и жизни большого врачебного и кафедрального коллектива, где молодой специалист имеет возможность обучаться у старших коллег профессиональным навыкам, решению сложных проблем, где в процессе клинических разборов и обходов, участия в семинарах и конференциях прививаются определенные традиции и формируются качества личности. В связи с этим педагогический коллектив нашей кафедры постоянно развивает педагогическое мастерство, профессиональный и культурный уровень для максимально эффективного обучения будущих врачей-психиатров.

САНОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ ДЛЯ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Городнова М.Ю.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Введение. Распространенные признаки синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) среди специалистов психиатрического профиля оказывают непосредственное влияние на межличностные отношения, снижают профессиональные компетенции, разрушают рабочий альянса, что редуцирует приверженность к системе оказания медицинской помощи (Золотухина Л.В., 2011; Решетова Т.В., Мазурок В.А., Жигалова Т.Н., 2012; Городнова М.Ю., 2014). Эмпатия является фактором эффективного межличностного взаимодействия, динамическим, развивающимся навыком необходимым для специалиста, в руках которого она становится управляемым лечебным инструментом. Эмпатические способности обусловливают эмпатическую связь или терапевтический альянс — необходимое условие успешного лечения (Козин В.А. Агибалова Т.В., 2013). Учебный процесс может способствовать развитию эмпатических способностей, тем самым влияя и на выраженность СЭВ, предотвращая или корректируя его развитие (Александрова Н.В., Городнова М.Ю, 2010, Эйдемиллер Э.Г., Тарабанова В.А., 2010).

Цель работы — исследовать динамику синдрома эмоционального выгорания и его связь с эмпатическими способностями в ходе последипломного обучения у специалистов психиатрического профиля и выделить корректирующие факторы учебного процесса.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 270 слушателей циклов общего и тематического усовершенствования кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова (210 женщин и 60 мужчин). Разброс по возрасту от 21 до 68 лет, средний возраст – 35,79±0,61 лет. Стаж работы по специальности от 0 до 35 лет, средний стаж – 7,23±0,42 года. Исследование проводилось в первые три дня заезда на цикл и по завершении обучения. Критерием исключения служило наличие стрессов непрофессионального характера.

Выраженность синдрома эмоционального выгорания определяли с помощью опросника «Профессиональное выгорание вариант для медицинских работников» русскоязычная версия Н. Водопьянова, Е. Старченкова (2008), уровни эмпатии и ее каналы исследованы методикой «Диагностика уровня эмпатических способностей» В.В. Бойко (1999). Статистическая обработка проведена с помощью программы SPSS-20, с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты и их обсуждение. С учетом гендерных особенностей выявлена следующая значимая динамика средних значений шкал синдрома эмоционального выгорания, уровня эмпатии и ее шкал. Несмотря на нарастание среднего уровня деперсонализации среди 140 специалистов-женщин с 7,0±0,37 до 7,78±0,34 ($p<0,01$), у 25 специалистов, имеющих изначально высокое и очень высокое ее значение, отмечено снижение с 14,12±0,56 до 11,64±0,80 ($p<0,01$). У 20 специалистов-женщин с изначально высокими значениями эмоционального истощения (ЭИ) отмечено снижение с 30,1±0,91 до 26,2±1,19 ($p<0,05$). У 9 слушателей-мужчин с изначально высоким уровнем эмоционального истощения произошло его снижение с 29,11±1,16 до 22,22±2,72 ($p<0,01$). У специалистов-женщин (140 чел.) повысился уровень эмпатии с 21,36±0,37 до 21,93±0,37, что при округлении позволяет диагностировать средний, а не заниженный уровень эмпатии ($p<0,05$). В ходе обучения увеличились значения интуитивного канала (с 3,33±0,14 до 3,56±0,15, $p<0,05$) и идентификации в эмпатии (3,79±0,13 до 4,04±0,13, $p<0,05$). У мужчин (39 чел.) также произошло значимое нарастание уровня эмпатии (с 18,69±0,76 до 19,92±0,79, $p<0,001$), за счет роста ее рационального канала (с 2,72±0,23 до 3,08±0,24, $p<0,05$).

К факторам учебного процесса, имеющих возможное влияние на динамику СЭВ, эмпатии и ее каналов, мы отнесли: теоретические и практические знания, опыт личной и групповой супервизии, участие в группе личностного роста, стиль преподавания, межличностное взаимодействие и продолжительность обучения. Получены следующие достоверные наблюдения:

1. специалисты, получившие опыт групповой супервизии (n=56), имели более высокие начальные показатели деперсонализации (8,34±0,59 против 6,73±0,39, p<0,01) и ниже профессиональной успешности (33,95±0,64 против 35,72±0,49, p<0,05), чем не получившие подобного опыта (n=122), отмечен рост профессиональной успешности у специалистов, приобретших такой опыт. Специалисты, приобретшие опыт личной супервизии (n=54), имели более высокие значения интуитивного канала (3,94±0,22 против 3,23±0,15, p<0,05), проникающей способности (4,22±0,71 против 3,85±0,13, p<0,05) и общего значения эмпатии (21,49±0,31 против 20,9±0,37; p<0,001), чем не получившие такой опыт (n=154);

2. специалисты, приобретшие опыт личностного роста (n=129), имели достоверно более низкие показатели деперсонализации на выходе (6,78±0,5 против 8,52±0,35, p<0,05), что не было обнаружено на входе, а также достоверно более высокие значения установок, способствующих эмпатии (3,83±0,1 против 3,49±0,13; p<0,05), способности к идентификации (4,13±0,13 против 3,63±0,18; p<0,05) и общего уровня эмпатии (22,2±0,36 против 20,3±0,54; p<0,01), чем их коллеги без такого опыта (n=79).

3. начальные значения шкалы профессиональной успешности значимо выше у специалистов, указавших на приобретение теоретических знаний (35,38±0,39 против 30,56±2,33, p<0,05), при повторном исследовании данный результат не повторился. Специалисты, указавшие на недостаток приобретения теоретических знаний (n=26), имели более низкие значения эмоционального канала эмпатии, чем их коллеги (n=182), не указавшие данный параметр (2,38±0,24 против 3,44±0,12; p<0,001);

4. Специалисты, отметившие важность стиля преподавания (n=173) имели более высокие значения рационального канала эмпатии (3,68±0,24 против 3,08±0,10; p<0,05), чем не отметившие этот параметр (n=25).

Таким образом, участие в группах личностного роста и опыт личной супервизии позволяет корректировать уровень эмпатии, развивая способность к идентификации и эмпатические установки в первом случае, а проникающую способность и интуицию во втором. Рост профессиональной успешности сопутствует участию в групповой супервизии, а личная супервизия и участие в группах личностного роста корректирует деперсонализацию. Теоретические знания как ресурс в установлении контакта рассматривается специалистами, имеющими более низкие значения эмпатического канала, важность стиля в преподавании отмечают специалисты с более высоким спонтанным интересом к другому.

Выводы.

1. В ходе учебного процесса вырос общий средний показатель эмпатии, достигший у женщин среднего уровня. Нарастание эмпатических способностей у мужчин определяется усилением спонтанного интереса к другому, у женщин за счет усиления интуиции и способности идентифицироваться с пациентом, что при чрезмерном использовании может служить базисом для развития СЭВ.

2. Формирование СЭВ у специалистов имеет гендерные особенности, и сопровождается использованием разных эмпатических способностей мужчинами и женщинами.

3. Выделение группы слушателей с изначально высокими уровнями эмоционального истощения и деперсонализации и проведение с ними корректирующих мероприятий в рамках обучения позволит редуцировать их проявление и профилактировать нарастание СЭВ к концу обучения.

4. Для коррекции и профилактики СЭВ у специалистов в ходе последипломного обучения необходимо чаще использовать работу групп личностного роста и супервизии.

5. Учет теории параллельных процессов, позволяет использовать стиль взаимодействия в обучающей среде преподаватель-слушатель для развития рационального канала эмпатии, обеспечивающего важный профессиональный навык – спонтанный интерес к другому как субъекту диадных отношений.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ В СООТВЕТСТВИИ С СОВРЕМЕННЫМИ ТРЕБОВАНИЯМИ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПОДХОДАМ

Кузьмина С.В.

Казань
Казанский ГМУ

Психическое здоровье является неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровой личности. Поддержание его – это приоритетное направление, требующее особого образовательного подхода, направленного не только на выявление и диагностику, но, в первую очередь на профилактику нарушения психического здоровья. При постоянно растущем объеме научной, практической, теоретической информации, доступной и дополняющейся с учетом развития компьютерных технологий, требуются новые формы преподавания Психиатрии в ВУЗах.

Приказом Министерства образования и науки РФ от 19.12.2013 г. утвержден «Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры», который регулирует разработку и реализацию ОП (образовательной программы) на основании ФГОС.

В настоящее время в ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздрава РФ на кафедре Психиатрии с курсом наркологии разработаны ООП программы по ФГОС для студентов лечебного, педиатрического, стоматологического, медико-профилактического факультетов, отдельно разработаны программы для бакалавриата факультета социальной работы. Созданы программы для обучающихся в ординатуре и аспирантуре по специальности «Психитария».

Во всех программах нами выделены 4-7 компетенций, включающих, как общие, так и профессиональные, которые формируются в процессе освоения дисциплины обучающимися. Из общих компетенций, в программу «Психиатрия» вошли: способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

Профессиональные компетенции, формируемые в ходе изучения Психиатрии: ПК-5 Способность и готовностью проводить и интерпретировать психический статус, проводить физикальный осмотр, клинико-психиатрическое обследование, оценивать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного. ПК – 17 Способность и готовность выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы психических заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения психо-патологии по сферам психической деятельности, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных психических заболеваниях и психо-патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний. ПК-20 Способность и готовность назначать больным адекватное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с психопатологией.

Для каждой специальности по дисциплине «Психиатрия» были подготовлены:

Карта компетенций, компонентный состав по каждой теме. Указаны технологии формирования знаний, умений и навыков (различные виды занятий и самостоятельной работы), Определены по каждой компоненте средства и технологии оценки компетентности студента. Указан весовой коэффициент дисциплины в данной компетенции и объем ЗЕТ.

Из карт компетенций нами были составлены паспорта компетенций, сформированные по следующему принципу: наименование компетенции; индекс компетенции; компонентный состав компетенции (знает, умеет, владеет, сформированных из всех дисциплин поддерживающих данную компетенцию); технологии формирования, средства и технологии оценки.

По каждой компетенции были отражены уровни подготовки обучающихся: Первый уровень пороговый. Он формируется из компоненты знать. Оценивается как удовлетворительная оценка. Второй уровень, продвинутый, он формируется из требований к компоненте уметь. Третий уровень – высокий. Он формируется из компоненты владеть.

Согласно «Порядка…» от 19.12.2013 г., понятие «аудиторная работа» заменено определением «контактная работа»: «В учебном плане выделяется объем работы обучающихся во взаимодействии с преподавателем (далее – контактная работа обучающихся с преподавателем) (по видам учебных занятий) и самостоятельной работы обучающихся в академических или астрономических часах. При реализации образовательных программ используются различные образовательные технологии, в том числе дистанционные образовательные технологии, электронное обучение». Таким образом, дистанционное обучение становится технологией, которая может быть применена к контактной работе.

В пункте 54 «Порядка.» определено, что «Контактная работа обучающихся с преподавателем, в том числе с применением дистанционных образовательных технологий, включает в себя занятия лекционного типа, и (или) занятия семинарского типа, и (или) групповые консультации, и (или) индивидуальную работу обучающихся с преподавателем. Контактная работа обучающихся с преподавателем может быть как аудиторной, так и внеаудиторной.

Нами был создан курс дистанционного обучения на платформе Moodle – модульной объектно-ориентированной динамической средой обучения по специальности «Психиатрия». Курс дистанционного обучения в настоящее время работает в режиме тестирования. Каждый из студентов, обучающихся в КГМУ, имеет свой логин и пароль для входа в систему. Это позволяет персонализировать обращаемость к ресурсу. На каждого пользователя создается личный кабинет, куда архивируются результаты работы в программе.

Созданную ПДО мы рекомендуем для: Подготовки к аудиторным занятиям; Отработки пропущенных занятий и циклов; Самостоятельной работы; Заочного обучения; Последипломного образования (заочная часть подготовки в ординатуре и аспирантуре).

Курс дистанционного обучения удобен своей этапностью и открытостью для интерактивного контакта, и для возможности внесения новых данных.

Этапы формирования курса включают:

1. Разработку самой модели курса.
2. Перенос ее на платформу moodle.
3. Использование разработанной системы оценок.
4. Доступность для работы любыми зарегистрированными пользователями. Удобство в использовании.
5. Постоянная доработка и внесение новых ресурсов.

При разработке курса «Психитария», нами была создана структура модулей, внесены извлечения из утвержденных рабочих программ по дисциплине «Психиатрия». Каждый раздел наполнен ссылками на интернет ресурсы, включен блок методических разработок кафедрой по различным психическим нозологиям, обозначена и внесена форма контроля, который может быть использован дистанционно. Курс сопровождается единым глоссарием, при обращении к которому, одним кликом обучающийся может вернуться к интересующему его вопросу или теме.

Структура каждого модуля состоит из: Введения (мотивация и задачи) или плана занятия, закрепления материала путем контроля знаний изученного лекционного материала, изучения основного материала из доступного на ресурсе (либо подкрепленного ссылками), оценивания полученных знаний путем тестирования и системы отчета moodle, подведения итогов занятия путем обсуждения на форуме, а также анкетирование удовлетворенности.

Виды активности, доступные к закачиванию и использованию на платформе ресурса многообразны: Презентация по теме (реферат), История болезни, Сбор анамнеза больного, Обсуждение больного, Анализ истории болезни, Описание данных исследования ЭЭГ, КТ, Тестовый контроль, другое.

Таким образом, использование современных технологий обучения позволяет значительно расширить возможности и доступность в изучении теоретической части материала, самостоятельно, внеаудиторно, в процессе интерактивного общения разобрать и изучить тему и оставить больше времени при очных занятиях для анализа и клинического разбора больного в отделении.

ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ В ПОСЛЕВУЗОВСКОМ ОБРАЗОВАНИИ ПСИХИАТРОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Кунафина Е.Р., Марфина Н.А., Николаев Ю.М.

Уфа
Башкирский ГМУ

В истории развития психиатрии в Республике Башкортостан сочетаются классическая клиническая направленность исследований и инновационные веяния. Приверженность традиционной классической психиатрии связана с трудами основателя кафедры психиатрии Башкирского медицинского института И.Ф. Случевского. Одновременно он исполнял обязанности главного врача республиканской психиатрической больницы. Совмещение в течение 10 лет одновременно обязанностей зав. кафедрой и главного врача больницы в лице этого крупного ученого определило своеобразное научно-практическое направление деятельности коллектива кафедры, укрепило связь научной и практической психиатрии. В качестве первых преподавателей на кафедру были приглашены опытные практические врача, такие, как Е.Н. Маркова, А.М. Протасов, Л.В. Фишер. Первым клиническим ординатором в 1937 г. стала выпускница ММИ врач М.Н. Гайсина. Основанный в конце 1938 года и работающий в основном на базе областной психиатрической больницы филиал Всесоюзного общества невропатологов и психиатров развернул свою работу, в нем насчитывалось более 50 членов. Регулярно проводились пленарные заседания общества. При больнице и кафедре в 1937 г. была создана первая в Советском Союзе научно-исследовательская проблемная лаборатория (станция) по изучению эпилепсии. В организации этой лаборатории участвовали местные, партийные и советские органы, Наркомздрав РСФСР. Основными вопросами научно- исследовательской работы являлись изучение патогенеза и лечения эпилепсии. Помимо этого разрабатывались проблемы течения психических заболеваний, некоторых психопатологических симптомов – вот неполный перечень тематики их исследований, многие из которых актуальны и по сей день. Инновационные воззрения представлены в работах проф. А.Ю. Выясновского, который стал в 1954 году заведующим кафедрой

психиатрии Башкирского мединститута. Сочетание творческого теоретического поиска с неизменным интересом к клинической психиатрической практике позволило А.Ю. Выясновскому сделать большой вклад в клинику, терапию и профилактику ряда психических заболеваний. На протяжении многих лет Андрей Юлианович изучал психические изменения при инфекциях и заболеваниях внутренних органов. Ему принадлежит одна из первых советских работ по малярийным психозам, а также исследования по бруцеллезным, стафилококковым, ревматическим, вирусным и другим инфекционным и соматическим поражениям мозга.

За период 1960-1970 гг. в деле подготовки кадров, улучшения диагностической лечебной работы, повышения качества медицинского обслуживания значительный вклад внесла кафедра психиатрии во главе с заведующим проф. А.С. Познанским. Он продолжал научные изыскания в области общей психопатологии, патогенеза симптомов и синдромов, широко используя параклинические, клинико-патофизиологические и клинико-психофармакологические исследования. Особое внимание уделял апробации новых психотропных средств и установлению их влияния на доминирующие патодинамические структуры, продолжал научные изыскания в области общей психопатологии, патогенеза симптомов и синдромов, широко используя параклинические, клинико-патофизиологические и клинико-психофармакологические исследования. В 1970-1979 гг. кафедрой психиатрии Башкирского медицинского института заведовала проф. Марфуга Нуриевна Гайсина. Деятельность М.Н. Гайсиной неразрывно связана с кафедрой психиатрии Башкирского медицинского института, где она прошла путь от клинического ординатора до заведующего кафедрой. Она была одной из первых женщин-врачей и педагогов высшей школы коренной национальности, постоянно уделяла внимание формированию у врачей клинического мышления на принципах врачебной этике и медицинской деонтологии. Основное научное направление кафедры в эти годы клинико-патогенетическое изучение соматогенных и личностных факторов в этиопатогенезе психозов. Ей принадлежит изучение психических расстройств при заболеваниях почек. Отличаясь исключительной энергией и большими организаторскими способностями, М.Н. Гайсина внесла вклад в улучшение учебной методической работы на кафедре. Лекции проф. М.Н. Гайсиной отличались высоким теоретическим и клиническим уровнем, а клинические разборы больных – тонкостью и глубиной практических знаний, по ее инициативе при кафедре психиатрии создан музей истории психиатрии, который используется в учебно-воспитательной работе. С 1979 г. кафедрой психиатрии заведовала доктор медицинских наук проф. М.Н. Красильникова. В период руководства кафедрой профессор Красильниковой М.Н. определено основное научное направление «Клинико-биологические и патогенетические проблемы при психических заболеваниях». С 1995 года кафедрой заведует профессор В.Л. Юлдашев. Основные научные труды посвящены изучению формирования зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков. На сегодняшний день на кафедре работают 11 сотрудников, 5 докторов медицинских наук и 6 доцентов, с 1979 года при кафедре организован курс дополнительного послевузовского образования. В настоящее время заведует курсом профессор Р.Г. Валинуров. Основное научное направление посвящено посттравматическим и психосоматическим расстройствам, организации психиатрической помощи.

Существование традиций невозможно без внедрения инноваций. В течение тридцати лет в Башкирии проводится дополнительное послевузовское образование по психиатрии, наркологии, психотерапии. В учебном процессе кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ИПО используется богатейший опыт, накопленный предыдущими поколениями ученых, работавших на кафедре. Мы пытаемся сочетать в работе классическое психопатологическое направление с современными инновациями. На семинарах, клинических разборах проводится глубокий клинико-психопатологический анализ структуры и динамики психопатологического синдрома. Последовательно преодолевается, наблюдаемая в последние годы в психиатрии, тенденция к упрощенной подмене подлинно клинических знаний диагностическими критериями статистической системы МКБ-10, к сведению многообразной психопатологической феноменологии к дефинициям психометрических шкал. Вместе с тем постоянно ведется работа по структурированию лекционного курса по мультимедийному обеспечению лекций и семинаров, по использованию стандартов, алгоритмов в диагностическом и терапевтическом процессе, а также тестового контроля усвоения знаний, в том числе в компьютерном варианте. Много внимания уделяется самостоятельной работе слушателей. Проводится презентация новых лекарственных препаратов, новых технологий диагностики и лечения больных. Вся деятельность кафедры подчинена идее интеграции усилий коллектива кафедры и врачебного психиатрического сообщества по повышению уровня психиатрической помощи жителям Республики Башкортостан.

УСПЕШНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У СТУДЕНТОВ КУБГМУ

Мартусенко А.В., Павленко Е.А., Исаева Н.В.

Краснодар
Кубанский ГМУ

Цель: изучить закономерности между успешностью обучения и формированием копинг-стратегий у студентов КубГМУ.

Задачи: 1. Определить копинг-стратегии в различных группах студентов КубГМУ, сформированных по среднему баллу экзаменационных дисциплин. 2.Оценить степень зависимости между сформированными копинг-механизмами и успешностью обучения студентов КубГМУ.

Материалы и методы: исследование проводилось среди студентов 5 курса лечебного факультета КубГМУ, средний возраст которых составил 22 года. Студентам в количестве 115 человек, из них 78 женщин и 37 мужчин, был предложен тест, созданный американским психологом Ричардом Лазарусом, представляющий собой группу из 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Респондент должен был оценить, как часто данные варианты поведения проявляются у него. При этом выявлялись следующие копинг-стратегии: 1.Негативные:а) конфронтация; б) самоконтроль; в) дистанцирование; г) бегство-избегание. 2.Позитивные: а) поиск социальной поддержки; б) принятие ответственности; в) планирование решения проблемы; г) положительная переоценка. Обработка полученных данных проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования все респонденты были разделены на два массива по половому признаку (мужчины и женщины), в каждом массиве выделены группы по степени успешности сданных экзаменационных дисциплин за 4 года (средний балл): первая группа- 3,0-3,49 балла, вторая – 3,5-3,9, третья – 4,0-4,49, четвертая 4,5-5,0 баллов. В результате исследования было выявлено, что у всех опрошенных студентов преобладающей копинг-стратегией является «самоконтроль» (12,44±0,28). Однако при разделении на группы выявлены различия. В частности среди женщин в первой и третьей группе преобладает копинг-стратегия «бегство-избегание» (12,91±1,34 и 12,5±0,88), во второй и четвертой группе преобладает «самоконтроль» (12,59±0,56 и 13,4±0,81). У мужчин первой, второй и третьей групп преобладающей была выявлена копинг-страте-

гия «планирование решения проблем» (13,09±0,93, 11,73±1,11 и 12,78±1,34, соответственно), а в четвертой группе -«положительная переоценка» (14,17±1,28), причем в последней группе прослеживалась сильная положительная корреляционная связь (p<0,01r=0,95) между средним баллом зачетной книжки и полученными баллами по «положительной переоценке».

Наименее актуальной во всех группах, как среди мужчин, так и среди женщин, была выявлена копинг-стратегия «принятие ответственности», а также наблюдалась слабая положительная корреляционная связь (p<0,01, r=0,21) между возрастом респондентов и количеством баллов, набранных по данной копинг-стратегии.

Выводы: 1. Среди студентов КубГМУ женского пола преобладают негативные копинг-стратегии, причем наиболее успешные студентки (4 группа) выбирают «самоконтроль», а наименее успешные (1 группа) – «бегство-избегание». 2. У студентов КубГМУ мужского пола превалируют позитивные копинг-стратегии. Большинство (1,2,3 группы) предпочитают «планирование решения проблем», наиболее успешные (4 группа) – «положительную переоценку». 3. Наименьшее количество баллов получила копинг-стратегия «принятие ответственности». Учитывая слабую положительную корреляцию между возрастом опрошенных и количеством баллов, полученных по данной копинг-стратегии, предположено, что данный факт может быть связан с молодым возрастом респондентов.

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИК ПСИХИАТРИИ СОВЕТА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

Мартынихин И.А.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Повышение качества обучения студентов медицинских ВУЗов по дисциплине «Психиатрия и медицинская психология» является одной из первостепенных задач Российского общества психиатров (РОП), как крупнейшей профессиональной организации специалистов психиатрической службы России, ведь именно врачи-непсихиатры зачастую первыми сталкиваются с психическими расстройствами, развивающимися у своих пациентов, и от их грамотных действий зависит качество оказания первичной медицинской помощи и своевременность направления этих пациентов в психиатрическую службу. Для того, чтобы сделать доступной для студентов-медиков современную информацию о психических расстройствах, при разработке интернет-сайта РОП были созданы пользовательская роль «студент» и технические возможности для публикации на сайте электронных учебных пособий, что подготовило основу создания учебника психиатрии в современном электронном формате. Кроме того, предполагается, что базовые учебные материалы уровня «студент» создадут некую основу, «скелет» для дальнейшего накопления и структурирования на сайте РОП материалов для непрерывного образования врачей-психиатров (уровень «специалист») и для психообразования лиц с психическими расстройствами и их родных (уровень «неспециалист»).

Формат электронных учебных пособий имеет ряд преимуществ перед традиционным печатным форматом учебников. Опыт использования электронных учебных пособий в ходе обучения студентов на кафедре психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова (Телия К.К., Мартынихин И.А., 2009; сайт кафедры s-psy.ru) свидетельствует о том, что такой формат пособий:

a) Доступен. По данным опросов, проведенных среди студентов, проходящих обучение на курсе психиатрии, подавляющее большинство учащихся имеют доступ и регулярно используют сеть Интернет.

b) Удобен. Многие студенты предпочитают использовать электронные версии учебников на своих компьютерах, планшетах или смартфонах, а не брать в библиотеке или приобретать в магазине бумажные учебники. Однако в данном случае чаще используются либо пиратские версии обычных типографских изданий, либо общедоступные информационные ресурсы (например, Википедия) информация в которых не всегда является достоверной. Тогда как специализированных образовательных ресурсов, использующих все преимущества именно электронного формата учебных пособий, в нашей специальности нет.

c) Современен. Электронные учебные пособия, в отличие от печатных, позволяют быстро вносить необходимые обновления, изменения, делать новые редакции, в т.ч. основанные на анализе данных об использовании пособий пользователями, их интересе к тем или иным вопросам или, наоборот, затруднениях.

d) Нагляден. За счет возможности использования мультимедийных материалов.

На основе имеющегося опыта была выбрана следующая структура подразделов глав (отдельных веб-страниц), в которых раскрывается содержание отдельных рассматриваемых понятий, электронного учебника психиатрии сайта РОП:

- Слайд – изображение, на котором изложены основные положения, рассматриваемого понятия или вопроса, наподобие того, как лектор выносит основные идеи своего доклада на слайды презентации. Такой «слайд» занимает центральное место в подразделе главы учебника, остальные материалы выстраиваются вокруг него. С содержательной стороны слайды имеют только то, что студенты должны твердо запомнить.

- Текстовые комментарии к слайду – раскрывают содержание слайда, объясняют, облегчают понимание материала. Выделенными другим шрифтом, в таких комментариях могут содержаться клинические примеры, ссылки на знакомые всем художественные произведения, общественные явления и пр.

- Гиперссылки на другие разделы учебника, содержащиеся в тексте комментариев, должны помочь сделать рассматриваемые вопросы более ясными для учащихся и сократить объем учебника, позволив избежать ненужных повторений.

- Иллюстрации, таблицы и схемы на слайдах и в комментариях к ним должны повысить наглядность изучаемых материалов, облегчить их понимание и запоминание.

- Дополнительная информация (не входящая в программу изучения в ВУЗе) в случае необходимости может быть представлена в текстовых комментариях или в виде ссылок на внешние источники, но изначально должна быть скрыта от читателя под ссылкой, чтобы не отвлекать внимание учащихся, которые не заинтересованы в дополнительных материалах.

- Также на каждой странице предусмотрена возможность для пользователей оставлять свои комментарии, задавая вопросы, если что-либо покажется им непонятным или противоречивым.

Структура глав принята следующая:

- Не более 20 подразделов (веб-страниц) на одну главу при наличии оглавления внутри каждой из глав (в отдельном меню).

- В конце главы тест на усвоение материала для самоконтроля. Ответив на вопросы такого теста, учащийся может не только получить некие баллы (как элемент «геймификации» для повышения мотивации к учебе), но также просмотреть правильные ответы на вопросы.

- Дополнительно в каждой главе предусмотрен «конспект» (набор всех слайдов главы для вывода их учащимися на печать или просмотра материалов главы в сжатом, сокращенном виде) и словари терминов (содержат только определения рассматриваемых терминов).

Материалы для электронного учебника готовят члены совета молодых ученых РОП под руководством комиссии Правления РОП по работе с молодыми учеными (председатель комиссии профессор П.В.Морозов). Спонсорскую поддержку проекту оказала компания ОАО «Гедеон-Рихтер» (Венгрия).

О НЕКОТОРЫХ МОДЕЛЯХ ОБУЧЕНИЯ МОЛОДЫХ ПСИХИАТРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА

Морозов П.В.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Работа на посту представителя ВПА по Восточной Европе, а также посла Европейской коллегии нейропсихофармакологии предоставила мне дополнительные возможности по использованию новых методов и моделей обучения молодых психиатров. Являясь Председателем комиссии Российского общества психиатров (РОП) по работе с молодыми учеными и специалистами я, по возможности, старался воспользоваться сложившейся ситуацией. О своем опыте работы по внедрению некоторых моделей обучения я и хотел бы рассказать коллегам.

Подготовка обзорных статей (проект Академии ВПА-Сервье).

В рамках образовательной программы Всемирной психиатрической ассоциации в 2013 году была создана восточноевропейская образовательная Академия ВПА –Сервье (East European Educational WPA-Servier Academy). Предыстория создания такова. На 2-ой встрече президентов национальных психиатрических обществ восточноевропейского региона Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в Харькове (Украина) осенью 2012 года было решено создать «банк» журналов нашей 10-ой зоны ВПА с целью улучшения обмена научной информацией

На основе рекомендаций национальных обществ были отобраны 12 молодых исследователей из разных стран (Россия, Беларусь, Украина, Грузия, Армения, Азербайджан, Казахстан) одинаково хорошо владеющими русским и английским языками. Критериями для отбора являлись: интерес к научным исследованиям, практическая работа в психиатрии не менее 3 лет, равная и пропорциональная представленность стран региона в Академии

В течение двух лет члены этой группы молодые психиатры посещали крупные европейские конгрессы (Европейской психиатрической ассоциации- EPA и Европейской коллегии нейропсихофармакологии-ECNP) и составляли обзоры по наиболее интересным проблемам, обсуждавшимся на конгрессах. Эти обзоры передавались на регулярных встречах Президентов национальных обществ в «банк» главных редакторов психиатрических журналов Восточной Европы для последующих публикаций.

Основными направлениями работы Академии являлись:

Посещение основных европейских психиатрических съездов (EPA и ECNP) два раза в год;

Выбор наиболее интересных и актуальных тем для научных обзоров;

Подготовка для дальнейшего редактирования работ кураторами;

Редактирование и доработка обзоров после замечаний кураторов;

Одновременное распределение оконченных докладов среди национальных обществ психиатров 10-ой зоны ВПА (Восточная Европа);

Посещение ведущих психиатрических клиник (Мюнхен, Париж, Берлин, Барселона и т.д.), лекции руководителей клиник для членов Академии ;

Принципы публикаций. Возможность публиковать те же обзоры в психиатрических журналах в разных странах; – подготовка «сборных команд« авторов, участвующих в программе (в том числе авторов из разных стран); – подготовка отчетов-обзоров на русском языке, в качестве языка общения психиатров 10-ой зоны ВПА (Восточная Европа).

Первый подобный опыт был осуществлен на Конгрессе EPA в Ницце, 11 первых обзоров были переданы для публикации Президентам обществ на 3-ем совещании 6 июня 2013 года в Казахстане. Согласно договоренности, достигнутой на встрече Президентов психиатрических обществ, был согласован примерный текст заметки, предваряющей возможные публикации работ членов «ВПА-Сервье Академии», которые подготовили для наших журналов серию обзорных материалов по различным проблемам психиатрии:

«Данный обзор подготовлен по материалам Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (апрель 2013 года, Ницца) участниками проекта «Восточноевропейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компании «Сервье» специально для психиатрических журналов Зоны 10 ВПА (East European Educational WPA-Servier Academy- «EEE WPA-Servier Academy»)».

Доклады продолжают публиковать, многие приняты в печать. Работы опубликованы в журнале им. П.Б. Ганнушкина (Россия), в «Украинском вестнике психоневрологии» (Украина), газете «Дневник психиатра», журнале «Психиатрия» (Россия), журнале «Архив психиатрии» (Украина), «Азербайджанском журнале психиатрии» (Азербайджан), в журнале «Психиатрия, психотерапия и медицинская психология» (Беларусь), в «Сибирском вестнике психиатрии и наркологии», «»Уральском журнале психиатрии, наркологии и психотерапии» (Россия), «Трудном пациенте» (Россия). Сообщили о своих намерениях опубликовать Ваши статьи коллеги из Грузии и Армении. Число публикаций уже не поддается учету, но общее количество, похоже, перевалило за три десятка.И это менее, чем за 2 года, причем большинство публикаций-т.н. «ваковские».

На заключительном этапе обучения лучшие «академики» уже начали выступать в качестве лекторов на различных симпозиумах, в том числе и за рубежом.

Этот труд высоко оценили Президенты Европейской ассоциации психиатров и Европейской Коллегии нейропсихофармакологии, члены Исполкома Всемирной психиатрической ассоциации и Президенты психиатрических обществ, входящих в 10-ую зону ВПА.

Мы уверены, что регулярное распространение подобной научной информации среди психиатров стран бывшего Советского Союза послужит развитию образовательных программ на нашем континенте, повысит профессиональный уровень специалистов.)

Выработка навыков подготовки презентаций научных докладов в условиях многоступенчатого научного конкурса Школы молодых психиатров.

Данную модель мы позаимствовали (чуть видоизменив ее) в конкурсе, проводившемся в рамках Семинара ECNP в Суздале в 2013. На конкурс Школы молодых психиатров 2015 года поступило 122 научных работы. 8 членов комиссии тщательно изучили все работы, оценив их дважды перекрестным «слепым» методом по 5 критериям (актуальность, методология, изложение, результаты, оформление), и на основании суммы баллов определили 25 победителей (приз-грант на поездку в Суздаль). Далее в самом Суздале группа по 8 человек на специальном семинаре каждый день представляла свои работы в 5-минутном докладе. По итогам разбора и обсуждения 2-мя сопредседателями-менторами отбирались 2 лучшие работы для представления на пленарном заседании. И в последний день

Школы в финале Конкурса были представлены 6 лучших докладов, но уже в 10-минутном формате -так были определены 3 победителя конкурса.

Данная модель способствует выработке у молодых ученых навыков возможного улучшения представления собственных работ (стиль, свобода изложения, владение материалом, умение выделить главное, учесть замечания) в условиях многоступенчатого конкурса.

Дистанционное обучение психофармакологии («аспирантура» у профессора С.Сталя)

Подобная модель используется в пассивной форме: т.е. мы не в силах влиять или самим применять ее, однако получение значительного гранта от спонсора позволило включить в Программу Neuroscience Education Institute (США) более 70 молодых психиатров, готовых получить звание Master Degree in Psychopharmacology (условно: магистр рсихофармакологии). Все обучение происходит через Интернет (он- лайн), вначале проводится тестирование и далее в течение года необходимо выполнить 8 сложных заданий, пройдя которые, соискатель допускается к выпускному экзамену. Задания довольно сложные и, увы, отсев велик. Однако и привилегии выпускников достаточно высоки: бесплатное пользование научными библиотеками, редукция взносов на конгрессах по психофармакологии и др.

ДЕФИЦИТ ОБЩЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ: ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ОБЪЯСНЕНИЕ

Носачев Г.Н.

Самара
Самарский ГМУ

Психиатрия относится одновременно к медицинским, психологическим и социальным наукам, представители которых, а нередко и специалисты одной и той же специальности зачастую не всегда понимают друг друга и оказываются не способными найти общий язык, разработать или предложить общие правила игры. Трансдисциплинарные связи психиатрии, многообразие разделов, «осколки» разных школ привели к тому, что общение в научной среде обрело проблемный характер. Прибавьте сюда политизацию психиатрии в СССР, антипсихиатрический настрой в обществе, стигматизацию и дискриминацию и в постсоциалистический период, и картина еще больше утяжелится. Непопулярный в наши дни марксизм вообще видит основную задачу развития человеческого сообщества в преодолении искажений общения и необщительности людей. Задача данных – тезисов привлечь внимание к проблематике общения через специфику организации коммуникативных процессов собственно в академической и в университетской среде.

Среди базовых организационных форм (разновидностей) общения в научной среде, чаще всего выделяют две – «школа» и «кружок» (сразу оговорим, что в нашу задачу не входит собственно перечисление и описание этих разновидностей научного общения). Под школой понимается сообщество ученых, объединенных приверженностью одной теории, и, как правило, учившихся у одних учителей. В школе доминирует монологический принцип организации общения, когда общающиеся «приговорены» авторским сознанием, т.е. «одно сознание и одни уста совершенно достаточны для всей полноты сознания» (Бахтин,1979). Именно в школе осуществляется власть в науке. Психиатрам хорошо известен конфликт и сопровождающая его неприязнь между учителем З.Фрейдом и посмевшим его критиковать, учеником и последователем К.Юнгом. Неслучайно П. Бурдье считал главной заботой homo academicus сохранение и укрепление своей власти. Иначе говоря, чем больше в науке школ, тем больше укрепляется административный ресурс. Тогда на первых этапах формирования школы она может быть прогрессивной и развивать научное направление, а на поздних – даже тормозить развитие или «почивать на лаврах».

Кружок является общностью научных интересов, а не дисциплинарной принадлежностью участников и не имеет строгих концептуальных рамок. Кружок построен на диалоге, возможности интерпретировать, высказать свою идею, критиковать чужую и подвергать ее критике или даже на основе самокритики проецировать новую или скоррегированную идею. Диалог с Другим(и) и с другими идеями оказывается в центре внутренней напряженной работы ученого над своей идеей. Диалогический характер общения практически не позволяет возникнуть властным отношениям. Конечно, право контроля осуществляет или руководитель кружка, или докладчик, а еще лучше, когда есть ведущий данного заседания кружка, что создает истинную демократию для участников, т.е. каждый участник кружка имеет равные шансы стать Принципалом, получив при этом минимальные и временные властные полномочия. Тогда каждый член кружка заинтересован в слушателях и собеседниках, способных оценить, осмыслить, возразить, обосновать высказанную идею, стимулировать ее развитие и практическое применение. Член кружка «подобно гетевскому Прометею (стремиться к созданию) не безгласных рабов (как Зевс), а свободных людей, способных стать рядом со своим творцом, а не согласиться с ним и даже восстать на него» (Бахтин,1979).

По мнению А.Н.Олейник (2004), «сравнение стимулов к научной деятельности внутри школы и кружка позволяет утверждать, что школа воспроизводит лекторов или комментаторов написанных ранее текстов. Напротив, среда кружка благоприятна для появления аукторов, работающих с текстами (идеями), будь то печатное или устное слово, исключительно для достижения прогресса в знаниях, для обеспечения эволюции идей через их постоянное соотнесение. Иными словами, школа нацелена на сохранение идеи, тогда как кружок ее непременное изменение и развитие». Разновидностью кружка являются проводимые отдельными научными журналами «круглые столы» с их публикацией и повторным обсуждением.

Особое место в развитии науки занимают проблемные научные статьи, дискурсы и дискуссии (среди многообразия психиатрических журналов постоянный раздел есть только в журнале «Вопросы наркологии»). К сожалению, если иногда в наших профессиональных журналах и печатаются дискуссионные статьи, то предметом широкого обсуждения они бывают крайне редко.

В постсоветских медицинских журналах жанр научной статьи довольно стереотипен и почти в 100% случаев – с изложением позитивных результатах исследования. Отрицательные результаты исследования не публикуются и практически не считаются научными, хотя отрицательный результат, полученный при правильно поставленной цели, методах исследования и обоснованном исследуемом материале, тоже является результатом. А, соответственно, и темой для дискуссии, но с новыми методиками и новым исследованием и другими результатами.

Тексты статей чаще всего имеют четкую структуру: формулировка исследовательской проблемы, обсуждение известных подходов к ее решению, авторская идея (или формальным образом представленная модель), ее проверка и дискуссия полученных результатов. Основной интерес представляют обсуждение материалов на альтернативной основе, разбор альтернативного подхода к решению исследовательской проблемы, сопоставление с результатами других исследователей, в основе которых в идеале должны лежать – диалог с другими учеными. Не менее интересны отклонения от канонов жанра, например, критическое и дискуссионное обсуждение результатов или выводов другого автора. Но это должно быть обоснованной критикой с проверкой материала или четкое повторение исследования материала критикуемого автора. К сожалению, часто критика является критиканством, так как критика конструктивна, а критиканство – отрицание ради отрицания, а статья тогда

выглядит как «политический» памфлет или публицистический очерк. Не последнюю роль в этом случае играет стимуляция экспансии в научной среде и диктовка правил игры, перемещающих творческий потенциал на второе место.

Если исследователь решает придерживаться логики жанра научной статьи, то он обязан обсуждать все идеи, имеющие бульшее или мйньшее отношение к исследованию им проблеме, как бы далеки они не были. Он может быть с ними согласным или подвергать эти идеи критике, главное – ученый не имеет права их игнорировать, т.е. отказываться от общения. Построенная по такому типу научная статья многоголосна, т.е. помимо голоса автора слышатся голоса оппонентов и сторонников, а сама статья призывает к дискуссии. В клинической психиатрии отсутствует абсолютная истина, но по каждой проблеме существует целый ряд точек зрения, которые нуждаются в синкризе (сопоставлении). Тем более, что сама статья пишется с целью получения резонанса в дискуссии, тогда она призывает к отклику со стороны собеседника (анакризу).

Полифонический характер научной статьи важен и по другой причине. Автор как бы претендует на абсолютную истину, которую обосновывает «объективными» фактами, преимущественно статистическим методом. Но не менее важны правильно поставленная задача и соответствие ей метода сбора и получения информации, обработка и интерпретация, а выводы становятся весьма субъективным мнением или вообще весьма сомнительным (ошибочным). Например, «психические расстройства шизофренического спектра» как цель адекватна для монографии и мало обоснована для статьи. Или исследование психических расстройств у пациентов после аортокоронарного шунтирования с привлечением опросника MMSE с последующим выводом о наличии у 2/3 больных разных степеней деменции. Ученый, владеющий навыками работы с текстом, может реконструировать субъективную позицию автора. Список проблем написания научных статей можно продолжить.

Ясно одно: без активного дискуссионного общения невозможно представить себе дальнейшего институциональной организации и науки, и общества в целом.

ПРОГРАММА ПО ОБУЧЕНИЮ ПСИХИАТРИИ UEMS КАК МОДЕЛЬ ДЛЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ В РОССИИ

Павличенко А.В.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Длительность обучения по психиатрии в России, включающая обязательное прохождение интернатуры (1728 часов) или ординатуры (3456 часов), более, чем в 3 раза меньше, чем в странах Европейского Союза и США. По-видимому, увеличение времени подготовки врачей-психиатров в России приведет к неизбежном пересмотру и дополнению существующих программ с включением в нее новых разделов. В качестве отправной точки для пересмотра программы обучения в России можно взять рекомендации по обучению психиатрии, одобренные в 2003 году экспертами Секции по психиатрии Европейского союза медицинских работников (UEMS) (http://uemspsychiatry.org). Помимо общих статей, посвященных осуществлению контроля над обучением, требованиям к организациям, проводящим тренинг по психиатрии, самим обучающимся и их кураторам, программа содержит 9 основных разделов.

Первый раздел (теоретическая подготовка) включает проведение лекций и семинаров не менее четырех часов в неделю на протяжении четырех лет по традиционным разделам психопатологии и частной психиатрии и таким областям как культуральные и этические аспекты психиатрии, методология проведения научных исследований, медицинская информатика и телемедицина.

Второй раздел (обучение психотерапии) направлен как на обучение теориям психотерапии, так и таким прикладным аспектам нашей специальности, как правильное установление и поддержание контакта с пациентом, осознание собственных эмоций и чувств в процессе терапевтической работы и понимание психологических аспектов различных психических расстройств, в том числе психотических состояний. Кроме того, важным аспектом обучения психотерапии должна быть групповая и индивидуальная супервизия.

Третий раздел (консультативная психиатрия) направлен на овладение знаниями работы в мультидисциплинарной команде, а также особенностям оценки состояния пациента вне стен психиатрических больниц, включая поликлиническое звено медицинской сети и курирование больных в домашних условиях.

Четвертый раздел (основы биологической психиатрии) включает не только обучение психофармакологии, но и всему тому, что связаны с нейробиологическими основами психических заболеваний, то есть изучение основных концепций нейронаук.

Пятый раздел (психиатрия позднего возраста) подразумевает обучение исследованию когнитивной сферы, диагностики, лечению и профилактики наиболее распространенных геронтологических заболеваний, психологическим и этическим аспектам пожилого возраста и навыкам коммуникаций с родственниками больных.

Шестой раздел (обучение навыкам руководства и управления) включает обсуждение таких важных аспектов работы психиатра как мотивация пациентов к лечению, составление плана терапии, руководство и оценка терапевтического процесса во время совместных обходов и консилиумов.

Седьмой раздел (ведение журнала) включает следующие подразделы: а) общее описание работы учащегося; б) специальные «образовательные цели», где будущему психиатру предоставляется возможность получить дополнительное образование в соответствие со своими научными и практическим интересами.

Восьмой раздел (супервизия в психиатрии) включает клиническую супервизию, осуществляемую старшими коллегами во время обходов в отделении или совместных обсуждений больных, а также образовательную супервизию, которая, являясь важнейшим элементом психиатрического обучения, нацелена на обучение конкретным клиническим навыками и оценку куратором того, насколько хорошо ординатор усваивает учебный материал. Супервизия должна занимать не менее одного часа в неделю.

Девятый раздел (контроль за подготовкой специалистов в области психиатрии) означает, что любая программа обучения должна иметь четкую цель, в ней должны быть прописаны необходимые условия для осуществления процесса обучения и инструменты оценки знаний учащихся. Основной задачей обучения является достижение достаточных знаний и клинического опыта для последующей самостоятельной работы в области психиатрии, а программа обучения и дневник учащегося в конкретной стране должны соответствовать общим рекомендациям UEMS по психиатрии.

Несмотря на то, что содержание программ по психиатрии в разных европейских странах в целом соответствует общим рекомендациям UEMS, особенности самой подготовки имеют значительные различия в разных странах, а внедрении программ обучения в практику связано с определенными сложностями (Oakley C et al., 2010). Наиболее проблемными сферами обучения будущие врачи-психиатры назвали методологию научных исследований, а также подготовку по наркологии и психотерапии (Kuzman M. et al., 2012). Одним из возможных путей

улучшения и унификации тренинга по психотерапии в странах Европы стал запуск совместного проекта UEMS и Европейской психиатрической ассоциации «Psychotherapy to GO«. Первый пятидневный тренинг в рамках данного проекта успешно прошел в Хорватии в феврале 2015. Программа обучения включала обсуждение 5 разделов: 1) общие аспекты психотерапии, 2) психодинамическая психотерапия, 3) когнитивно-поведенческая психотерапия, 4) психотерапия в детской и подростковой психиатрии, 5) семейная и системная терапия. В дальнейшем планируется проведение данного тренинга в других странах Европы.

Сравнивая данные рекомендации по обучению психиатрии UEMS и в России можно сделать вывод, что многие аспекты обучения в той или иной степени у нас совпадают: теоретическая подготовка, основы биологической психиатрии, психиатрия позднего возраста, курирование учащихся старшими коллегами, контроль за подготовкой специалистов со стороны надзорных органов. Также важно отметить, что проблемы, с которыми сталкиваются российские и европейские ординаторы во многом схожи: недостаточная заработная плата, нехватка педагогов высшей школы, трудности в проведении научных исследований. В то же время, многие важные разделы, представленные в программе UEMS, практически отсутствуют в теории и практике обучения российских ординаторов: обучение психотерапии, консультативной психиатрии, навыкам руководства, личная супервизия, возможность получить дополнительную подготовку по конкретным темам. Кроме того, если обучение основным субспециальностям внутри психиатрии (психотерапия, судебная психиатрия, наркология, сексология) уже входит в общую программу UEMS, то российские психиатры нуждаются в получении дополнительного сертификата по данным дисциплинам. Таким образом, одним из путей усовершенствования подготовки специалистов в области психиатрии в России видится увеличение длительности обучения за счет включения в обязательную программу новых разделов и отмена необходимости получения дополнительной подготовки по отдельным психиатрическим субспециальностям. Однако, если имплементация в базовую программу теоретической подготовки и приобретения практических навыков по таким разделам как психотерапия, судебная психиатрия, наркология и сексология не должно встретить значительных сложностей, то разработка программ по консультативной психиатрии и внедрение супервизоров, особенно при обучении психотерапии, может сопровождаться определенными трудностями.

В настоящее время экспертами UEMS рассматривается возможность уменьшения обучения по психиатрии в Европе до 4 лет, что, в случае увеличения длительности обучения по специальности в России, может способствовать сближению программ по психиатрии в Европейском Союзе и в нашей стране. Также видится перспективным участие представителя от России в работе секции по психиатрии UEMS с последующим возможным полноценным членством в этой престижной европейской организации.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ И ДАЛЬНЕЙШЕГО НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

Панкова О.Ф., Усачева Е.Л., Безменов П.В.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
ГБУЗ НПЦПЗДиПим. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Успешность реализации национального проекта «Здоровье», объявленного с января 2006 г., во многом зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских кадров, являющихся главным ресурсом здравоохранения. Однако, как свидетельствуют многочисленные публикации в прессе и медицинской литературе, кадровый состав лечебных учреждений оставляет желать много лучшего. В настоящее время последипломное медицинское образование осуществляется в условиях модернизации систем образования и здравоохранения, введения федеральных государственных образовательных стандартов ВПО третьего поколения и федеральных государственных требований к формированию государственных образовательных программ ДПО, развития номенклатуры специальностей медицинских, фармацевтических работников, изменения квалификационных требований к персоналу лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), введения нового порядка допуска врачебных кадров к осуществлению ими профессиональной деятельности (аккредитация).

За основу профессиональных образовательных программ послевузовского обучения (ординатура и аспирантура) предлагаются принять требования, включая компетенции, изложенные в многочисленных приказах Минобрнауки России, разработчики которых остаются неизвестными. За Министерством здравоохранения РФ остались лишь номенклатура специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации (2014 г.) и Единый квалификационный справочник должностей работников в сфере здравоохранения (2010г.). Эффективность попытки МЗ РФ оказать влияние на образовательную деятельность в сфере медицины путем издания Приказа от 03.09.13 г. № 620н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования», была сразу же нивелирована Приказом Минобрнауки РФ от 19.11.13 г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры». Однако созданные в соответствии с данными приказами программы практически через год утратили свою актуальность в связи с принятием Министерством образования и науки Российской Федерации нового Приказа от 25.08.14 г № 1062 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.20 «Психиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)», потребовавшего создания новой программы. Исходя из требований приказа, преподаватели ВУЗов и научных учреждений, занимающиеся обучением врачей в ординатуре и аспирантуре, по-прежнему лишены возможности оказывать какое-либо влияние на разделы программы и количество часов, которые строго регламентированы в соответствии с рабочей программой ФГОС. plox.xls. Структура и содержание программ приближаются к западным стандартам специального образования, за исключением сроков обучения (в три с лишним раза короче), что в результате исключает возможность реализовать эти программы на практике в наших условиях.

С другой стороны, дефицит кадров врачей-психиатров, особенно детских, в практической сети здравоохранения достигает критического уровня. Так, даже в крупнейшей в России детской психиатрической больнице – ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы» (бывшая «Детская психиатрическая больница № 6») укомплектованность врачами по специальности «Психиатрия» не превышает 65,5%. В амбулаторной детской психиатрической службе города Москвы складывается аналогичная кадровая ситуация.

Несмотря на столь сложное положение с послевузовским и непрерывным профессиональным образованием и, принимая во внимание ограниченный спрос на специальность «Психиатрия» со стороны выпускников в связи со стигматизацией профессии, кафедра психиатрии и медицинской психо-

логии РНИМУ им.Н.И.Пирогова за последние годы достигла значительных успехов в подготовке кадров врачей – психиатров для детской психиатрической службы Департамента здравоохранения города Москвы. В основе системы подготовки молодых специалистов лежит понимание того, что компетентносная модель врача, заложенная в основу современного медицинского образования, невозможна без полноценной практической подготовки обучающегося на базе лечебно-профилактического учреждения, осуществляющего специализированную помощь населению в рамках современных протоколов и стандартов оказания медицинской помощи.

Данная система подготовки врачебных кадров исторически сложилась благодаря многолетнему (свыше 30 лет) гармоничному взаимно полезному сотрудничеству кафедры с клиникой ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы. Общее руководство процессом послевузовского обучения выпускников осуществляется сотрудником кафедры, ответственным за подготовку интернов и ординаторов. Вопросы соблюдения норм законодательства при допуске интернов и ординаторов к практике (контроль за предоставлением сведений медицинского и юридического характера об отсутствии противопоказаний к работе в детской психиатрической больнице, проведение инструктажей по охране труда, обязательства обучающихся о неразглашении тайны персональных данных и данных, составляющих врачебную тайну) возлагаются на администрацию больницы. Непосредственное руководство практической работой осуществляется заведующими подразделениями больницы, к которым прикреплены молодые врачи. Интерны и ординаторы изучают организационные основы психиатрической помощи, включая применение на практике положений «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», совместно с заведующими ведут больных, участвуют в обсуждении планов обследования и лечения и представляют пациентов на различных комиссиях (врачебной комиссии, лечебно-контрольной подкомиссии и пр.). Немаловажно, что за период обучения молодые специалисты знакомятся с требованиями ведения медицинской документации, с особенностями методов работы с детьми и подростками с психическими расстройствами.

Отбор молодых кадров врачей для работы в ЛПУ после завершения обучения и получения сертификата специалиста проводится руководством клиники с учетом представленных характеристик, как с кафедры, так и от заведующих отделениями, курирующих обучающихся в интернатуре и ординатуре. В результате такого подхода к формированию кадрового врачебного состава молодым специалистам, приступающим к лечебной деятельности в клинике, не требуется адаптационный период ознакомления с организационными и методическими требованиями к работе врача-психиатра в клинике или на амбулаторном приеме.

Молодые врачи активно занимаются научной работой, результаты которой публикуются в отечественных и зарубежных журналах и сборниках, докладываются на конференциях, в том числе зарубежных. Ряд работ планируется после завершения представить к защите в качестве кандидатских диссертаций. Необходимо отметить трудности с организацией защиты диссертации практическими врачами, так как в настоящее время в программе образования ликвидировано соискательство, преобразованное в так называемое прикрепление. Последнее возможно только в научных и учебных учреждениях, в которых имеются профильные ученые советы. Однако Минздрав и ВАК, как известно, резко сократили число диссертационных советов, что в значительной мере снижает возможности для роста научных кадров. Минздраву необходимо совместно с Министерством образования и науки найти оптимальное решение данной проблемы, иначе интерес к науке у молодых практических врачей может быть утрачен.

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Петрова Н.Н.

Санкт-Петербург
СПбГУ

Целью работы явился анализ подходов к подготовке врачей-интернистов по вопросам психического здоровья.

Частота психических, особенно аффективных, расстройств у больных, находящихся под наблюдением врачей – не психиатров высока и достигает 50% и более. В специально подготовленном Всемирной организацией здравоохранения Руководстве по психическим расстройствам в медицинской практике представлен большой перечень психических расстройств, в отношении которых предполагается не только диагностика, но и некоторые лечебно–профилактические действия специалистов первичной медицинской сети. Не исключается возможность проведения поддерживающей терапии шизофрении, ведение пациентов с первым психотическим эпизодом врачами общей практики. В версии МКБ–10 для первичной медицинской помощи выделен специальный раздел «Психические расстройства в общей медицинской практике». Вместе с тем отмечено, что врачи-соматологи используют нелинейный подход к диагностике психических расстройств у соматически больных. По нашим данным, даже при выявлении психического расстройства, в официальный диагноз оно выносится только в 1/3 случаев. Назначение психотропных препаратов нередко производится не в соответствии с рекомендованными «мишенями» терапии. Существуют объективные трудности расширения ролевых функций врачей общей практики. Наш опрос 32 психиатров в возрасте до 35 лет выявил потребность более углубленного рассмотрения в рамках основной образовательной программы «Психиатрия» на вузовском этапе вопросов психосоматических расстройств, дифференциальной диагностики соматоформных расстройств с соматическими заболеваниями, что отражает недостаточность подготовки будущих врачей в области психосоматики, как междисциплинарного раздела, интегрирующего психиатрию и общую медицину. Государственный стандарт специальности «Семейная медицина» постулирует, что «базовым показателем профессиональной компетентности семейного врача является реализация им биопсихосоциального подхода в лечении любого заболевания, что требует обязательной подготовки специалиста в области семейной и медицинской психологии, психотерапии». Подготовка семейного врача предполагает 72 часа на ведение пациентов с нарушениями психики, что недостаточно для формирования компетенции в виде диагностики и терапии психических расстройств. Особое значение подготовка врачей первичного звена медицинской помощи по психиатрии приобретает в связи с созданием Центров здоровья, ориентированных на раннее выявление заболеваний и доболезненных, субклинических проявлений. Ведение больных с ассоциированными психическими и соматическими расстройствами предполагает реализацию полипрофессионального подхода с тесным взаимодействием психиатра и интерниста, с распределением функций в соответствии с психопатологической структурой и тяжестью психических расстройств. Это обусловливает необходимость совершенствования у врачей первичного звена медицинской помощи знаний, навыков и установок в области психиатрии. Опыт зарубежных коллег свидетельствует, что обеспечение качества помощи больным с психическими расстройствами в общей медицинской практике требует формирования системы подготовки специалистов. Так, на основе обзора литературы путем поиска в базах данных MEDLINE и PsycLIT за 60 лет (более 400 научных работ) было показано, что ощутимый разрыв между первичной медицинской помощью и психиатрией является причиной проблем контекстуальной значимости в психиатрической подготовке практических врачей первичного звена

медицинской помощи. Методы подготовки врачей-интернистов по психиатрии не разработаны. Имеется несколько эмпирических исследований эффективности повышения квалификации специалистов различного профиля (не психиатров) в области психиатрии. Отмечено, что темы, чаще всего отбираемые врачами первичного звена для обучения, отличаются от тех, которые выбирают для них психиатры. Врачи-соматологи чаще хотели повысить уровень своих знаний о соматизации, психосексуальных проблемах, ведении трудных пациентов и методах устранения стресса, тогда как психиатры особое значение придавали диагностике шизофрении, биполярного аффективного расстройства и депрессии. Из практических навыков они уделяли особое внимание кризисному, индивидуальному и семейному психологическому консультированию и предупреждению профессионального выгорания. В свою очередь, психиатры акцентировали внимание на необходимости изучения психофармакотерапии. Интернисты полагают, что психиатрам необходимо более широкое образование в области общей медицины, чем врачам первичного звена медицинской помощи в области психиатрии. Расхождение целей оказывает существенное влияние на результат обучения, а одно из условий повышения эффективности психиатрической подготовки врачей-интернистов является учет потребностей обучающихся, организационных особенности их практической деятельности. Факторами, влияющими на эффективность обучения, считается также его форма и продолжительность. Сегодня это преимущественно дидактическая форма обучения. Существенные положительные результаты обучения могут быть достигнуты благодаря непрерывным лонгитудинальным образовательным программам с курсом практики, предусматривающим супервизию психиатра. Актуальность развития данного направления непрерывного профессионального образования не вызывает сомнений в связи с его значением для обеспечения здоровья нации: повышение доступности психиатрической помощи, своевременной диагностики и адекватной терапии психических расстройств с целью профилактики их хронизации и уменьшения бремени болезни, дестигматизация психически больных и психиатрии в целом. Предполагается, что в результате психиатрической подготовки врачи общей практики будут оказывать больший объем психиатрической помощи и применять более дифференцированное их лечение. Представляется целесообразным «перекрестное» образование психиатра и интерниста в области соматической медицины и психиатрии соответственно под эгидой профессионального сообщества – Российского общества психиатров, в задачи которого может входить разработка образовательных программ повышения квалификации в области психосоматической медицины; разработка научно обоснованных алгоритмов оказания комплексной помощи больным с ассоциированными психическими и соматическими расстройствами; участие в совершенствовании законодательной базы оказания психиатрической помощи в общей медицинской практике.

АТТЕСТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Портнова А.А., Серебровская О.В., Клименко Л.Д.

Москва
Экспертная группа по аттестации врачей по специальности Психиатрия, Психотерапия и Клиническая медицинская психология (детская)

Основные направления концепции развития системы здравоохранения предусматривают поиск путей повышения качества профессиональной деятельности. Перед современной психиатрической практикой стоит ряд задач, среди которых можно выделить задачу повышения эффективности работы и функциональной грамотности специалистов в области психического здоровья детей и подростков. Актуальность усиления заинтересованности врача, психолога, логопеда в повышении своей квалификации привела к необходимости переосмысления аттестации в указанном плане.

Целью исследования явилось создание эффективной модели проведения аттестационной процедуры, которая, с одной стороны, основывалась бы на объективных критериях роста профессиональной компетентности врача, психолога, логопеда, а с другой стороны, была бы гуманной и понятной самим специалистам.

Материалы и методы. Проведен анализ 655 аттестационных процедур, проведенных экспертной группой по аттестации врачей по специальностям «Психиатрия», «Психотерапия», «Медицинская (клиническая) психология» (детская), «Логопедия» за период с 1998 по 2015 годы. Методы: анализ документации, метод теоретического моделирования, метод экспертной оценки.

Результаты и их обсуждение. Процесс получения квалификационных категорий включает в себя несколько этапов, важнейшими из которых являются оценка соответствия профессиональных знаний и навыков специалистов требованиям, предъявляемым к соответствующим категориям, на основе представленной претендентом документации и очное собеседование. В первые годы существования экспертной группы при аттестации специалистов основным критерием выступал стаж работы по специальности. Аттестация представляла собой процедуру формализованной оценки соответствия деятельности конкретного специалиста стандарту выполнения работы на данном рабочем месте в данной должности за конкретный период. Постепенно задачами аттестации врачей, медицинских психологов стало не только обеспечение дифференциации уровня оплаты труда, но и стимулирование целенаправленного личностного профессионального роста, что отразилось на механизме оценки результатов работы. Среди документов, которые представляются в аттестационную комиссию, особую роль стал играть отчет о профессиональной деятельности врача или психолога. Если содержательный анализ отчетных работ аттестуемых ранее предполагал оценку умения продемонстрировать свои профессиональные возможности, то позднее, начиная с 2007 года, большое значение стало придаваться способности решать профессиональные проблемы в сотрудничестве со специалистами смежных областей, а также возможности анализировать и обобщать опыт проделанной работы. Экспертами стали учитываться творческое отношение специалиста к профессиональной деятельности, открытость инновациям, готовность внедрять в работу новые технологии оказания врачебной, психологической помощи. Изменились и отчеты специалистов: если отчеты, поданные в 1998-2008 годах, содержали данные в описании выполненных работ за последние три года работы, то после 2008 отчет приобрел аналитический характер и дополнился выводами специалиста о своей работе, предложениями по улучшению организации оказания и качества медицинской помощи, анализом основных проблем, по которым обращались к специалисту в соответствующее подразделение, а также обеспеченности их решения научными, методическими средствами. Нередко специалисты (психологи, логопеды) прилагают к отчету авторские программы и научно-практические материалы.

В рамках работы экспертной группы осуществляется письменное тестирование специалиста (теоретический экзамен) и очное собеседование. Тестирование предусматривает выбор варианта ответа на вопросы, соответствующие уровню требований к теоретической подготовке специалиста. До 2014 года тестирование признавалось пройденным при условии не менее 70% правильных ответов на тестовые задания; в 2014 году была введена дифференцированная система оценки ре-

зультатов (зависимость процента успешного выполнения от квалификационной категории, на которую претендует соискатель). Собеседование представляет собой опрос специалиста членами экспертной группы по теоретическим и практическим вопросам, соответствующим специальности, заявленной в квалификационной документации.

Высокая квалификация и компетентность членов экспертной группы позволяет организовать процесс таким образом, чтобы при оценке работы каждого специалиста были обеспечены независимость и объективность экспертных оценок, а также открытость квалификационных процедур.

Получение квалификационных категорий детскими психиатрами, психотерапевтами, клиническими (медицинскими) психологами и логопедами, осуществляемое на основании проверки их профессиональных знаний и навыков, стало преследовать цель стимулировать рост квалификации специалиста, повышая персональную ответственность за выполнение профессиональных и должностных обязанностей. Анализ отчетов специалистов, прошедших процедуру аттестации неоднократно (с поэтапным присвоением более высоких квалификационных категорий), свидетельствует о повышении уровня рефлексии собственной деятельности, росте профессионализма, планомерной реализации намеченных перспектив.

Выводы. Созданный механизм аттестации специалистов, работающих в области психического здоровья детей и подростков, позволил в корне изменить подход к целевой функции аттестации, превратив ее из способа диагностики актуального уровня профессиональной квалификации в способ, направленный на повышение профессиональной компетентности. Если вначале своего существования аттестация выступала в виде инструмента социальной защиты, дающего право на получение заработной платы в соответствии со стажем работы по специальности, то сегодня она превратилась в средство выявления профессиональных достижений специалистов и их вклада в детскую психиатрию, создающее условия профессионального роста.

ВОПРОСЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИИ

Руженская Е.В.

Иваново
ОБУЗ ОКПБ Богородское

Успешность процесса повышения профессиональной компетентности определяется потребностями персонала, их мотивацией, образовательной активностью и правильно подобранными образовательными технологиями.

С целью изучения профессиональной компетентности медицинского персонала нами изучено мнение 2503 сотрудников психиатрической службы по вопросам оценки уровня профессиональной подготовки, участия в образовательных мероприятиях и самообразования. Это специалисты с высшим и средним медицинским образованием, работающие во всех учреждениях психиатрического профиля 4 областей центральной России. В исследовании приняли участие 603 врача (из них 182 организатора здравоохранения и 421 врач-клиницист) и 1900 человек среднего медперсонала (237 организаторов сестринского дела и 1663 практические медсестры).

При анализе оценки медицинским персоналом психиатрии профессиональной подготовки кадров психиатрической службы выявлено, что только 37,5% сотрудников службы считают профессиональную подготовку достаточной. Негативно ее оценивают 4,8%, не в полной степени достаточной – 33,4% медицинского персонала, работающего в психиатрии, 24,3% не смогли оценить профессиональную подготовку своих коллег и свою собственную.

При аудите состояния непрерывного последипломного образования медиков, было отмечено их недостаточное участие в образовательных мероприятиях. Лишь половина сотрудников (54,4%) участвуют в них ежемесячно, четвертая часть (23,4%) раз в полгода, и 8,4% – раз в год, 13,7% не повышает свою квалификацию в течение года. Врачебный персонал реже повышает свою квалификацию – ежемесячно лишь 44,9% врачей при 57,4% у СМП ($p<0,001$, при $t=5,3750$), за счет смещения в сторону полугодичного привлечения к образовательным мероприятиям – 36,2% врачей при 19,4% у СМП ($p<0,001$, при $t=7,7577$). Причем эта тенденция сохраняется как среди руководящих кадров персонала психиатрической службы, так среди медиков практического уровня.

Ежемесячно участвуют в образовательных мероприятиях 74,7% организаторов сестринского дела (при 57,2% среди организаторов здравоохранения, $p<0,001$, $t=3,7888$) и 55% практических медсестер (при 39,7 среди практических врачей-психиатров, $p<0,001$, $t=5,7102$). Наша система непрерывного образования для специалистов среднего звена лежит не только на плечах организаторов сестринского дела, но и на врачебном персонале – заведующих отделениями, непосредственных руководителях службы. Потому общая структура непрерывного образования у среднего звена более насыщена, и во многом более структурирована.

Вопросы непрерывного образования врачебного персонала лежат на организаторах здравоохранения, а в клинических учреждениях на кафедрах психиатрии. К сожалению, в настоящее время эта работа требует активизации и большей организационной и клинической насыщенности

Нельзя не обратить внимание на ряд негативных тенденций. Во-первых, среди СМП больше специалистов, практически не участвующих в непрерывном образовании – 14,8% в сравнении с 10,1% у врачей-психиатров ($p<0,01$, $t=3,1716$). Среди практических медсестер этот показатель достигает 16,1% (по сравнению с 5,9% у организаторов сестринского дела, $p<0,001$ при $t=5,7127$ и 13,7% в целом по всей выборке медиков, $p<0,05$ при $t=2,1126$). Если сравнить результаты врачебно-сестринских групп, то участвуют в повышении квалификации хотя бы раз в полгода (раз в 6 месяцев и чаще) 81,1% врачей и лишь 76,8% СМП ($p<0,05$, при $t=2,2798$). В совокупности с показателем активно участвующих в образовательных мероприятиях, высоком числе лиц, не повышающих квалификацию вообще, это говорит о неравномерности работы с сестринским персоналом.

Во-вторых, при анализе обращает на себя внимание существенное различие образовательной активности врачей и медсестер сходных возрастных групп. Так, во врачебной среде в молодом возрасте, который обычно совпадает с началом профессиональной деятельности, становлением профессионализма, наблюдается пик образовательной активности. В возрастной группе до 30 лет 50% врачей участвуют в образовательных мероприятиях ежемесячно. Затем этот пик постепенно спадает, и возрастной группе от 60 лет и старше с такой частотой повышают свою квалификацию лишь 42,5% врачей. Совсем не повышают квалификацию в возрасте до 30 лет 13,1% врачей, затем этот показатель существенно падает, в следующих возрастных группах составляет 9,3-8,9 и 6,0% соответственно. Максимален показатель старшей возрастной группе врачей, при завершении профессиональной деятельности (15%). Среди среднего медперсонала в возрасте до 30 лет 52,9% персонала участвуют в образовательных программах ежемесячно, но постепенно активность персонала увеличивается и пик ее (70,7%) настает уже в пенсионном возрасте, в возрастной группе от 60 лет и старше. При этом явно просматривается образовательный ресурс, который включается медленно. В возрасте до 30 лет 20% медсестер отметили, что не участвуют в образовательных программах, затем этот показатель снижается и доходит до своего минимума 9,8% лишь в возрастной группе от 60 лет и старше.

По гендерному признаку – женщины-медики чаще участвуют в образовательных мероприятиях по специальности – ежемесячно 55,2% (при 48,0% в мужской когорте, p<0,01, при t=3,5750).

При выяснении причин 33,7% сообщили об отсутствии информации о проводимых образовательных мероприятиях, 37,2% указывают на невозможность присутствия вследствие производственной загруженности, 5% ссылаются на пассивное или активное нежелание администрации ЛПУ содействовать их участию в мероприятиях по повышению квалификации, у 9,9% сотрудников выявлена личная незаинтересованность в образовании. Больше сотрудников со столь низкой мотивацией к профессиональному совершенствованию среди среднего медперсонала (11,3% по сравнению с 5,5% среди врачей, p<0,001, t=4,9631). Мужчины достоверно чаще ссылаются на производственную занятость (46,9% при 36,0% у женщин, p<0,001, при t=3,4574), женщины – на отсутствие информации о мероприятиях (23,0% при 20,6%у мужчин, p<0,001, при t=4,3095).

Отсутствие информации о проводимых мероприятиях чаще является причиной отказа от участия в повышении квалификации у практических врачей (30,2% по сравнению с 17,6% у организаторов здравоохранения, p<0,01, t=3,4947) и практических медсестер (22,4% по сравнению с 14,8% у организаторов сестринского дела, p<0,01, t=3,0383). Кроме того, специалисты практического звена чаще ссылаются на невозможность присутствия вследствие производственной загруженности – как среди практических врачей (39,0% по сравнению с 37,% у организаторов здравоохранения), так и среди медсестер (37,8% по сравнению с 30,0% у организаторов сестринского дела, p<0,02, t=2,4360).

Вызывает обеспокоенность тот факт, что достаточно большая часть руководителей службы (как врачебного, так и сестринского звена) не смогли обозначить причину недостаточного своего участия в образовательных мероприятиях, хотя считали это целесообразным для повышения квалификации.

У организаторов здравоохранения этот показатель составляет 23,3%, что достоверно выше как показателя практических врачей (19,2%, p<0,01 при t=3,4498), так и врачей в целом (23,3%, p<0,02 при t=2,4653), и показателя всех респондентов целом по выборке (25,2%, p<0,05 при t=2,1602).

Среди организаторов сестринского дела этот показатель еще выше – 41,7% и также имеет достоверные отличия как показателей практических медсестер (23,5%, p<0,001 при t=5,4215), так и СМП в целом (25,8%, p<0,001 при t=4,7608), и показателя всех респондентов целом по выборке (25,2%, p<0,001 при t=4,9901)

Таким образом, медицинский персонал психиатрической службы в целом достаточно активен в повышении квалификации. Образовательная активность врачей ниже, чем у сестринского, имеется неравномерность данного показателя в разных профессиональных группах. При планировании и проведении образовательных программ необходимо рациональное включение их в рабочее время специалистов, информирование медиков об их проведении.

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Сиденкова А.П.

Екатеринбург
Уральский ГМУ

Современные социальные, демографические, историко-культуральные, экологические проблемы носят характер глобального антропологического кризиса, преодоление которого определяет появление новой культуры человечества, этологическими требованиями к которой является наличие определенных личностных особенностей. Формированию новой структуры личности с особой системой отношений к себе, окружающему миру, выбору референтной группы способствует система воспитания, реализуемая на разных этапах жизни человека, в том числе в период получения им профессионального образования и дальнейшего усовершенствования его. При этом соблюдается основной герменевтический дискурс понятия «воспитание» как процесса целенаправленного формирования личности в целях подготовки ее к участию в общественной и культурной жизни в соответствии с социокультурными нормативными моделями.

Цели воспитания – ожидаемые изменения в человеке, осуществленные под воздействием специально подготовленных и планомерно проведенных воспитательных мер, реализация которых должна иметь четкую цель, построение модели конечного (для данного социо-культурального и онтогенетического периодов) результата, с потенциалом дальнейшей динамики. Это определяет роль системы высшего образования в преодолении кризисных явлений: формирование новой генерации специалистов с высоким уровнем общей и профессиональной культуры, глобальным мышлением и высоконравственным сознанием, способных практически осуществлять идеи коэволюции природы и общества. Особую миссию при этом несут ВУЗы, готовящие медицинские кадры. Задачами системы воспитания являются направленность на развитие личности врача, обладающего высоким уровнем общей, профессиональной и гуманистической культуры, способного активно влиять на социум. Понятие воспитание неотделимо от понятий образование и профессионализация, оно коррелирует со значениями функций умения (знание, навык), планирования (организация, контроль) и т.д. В учебных заведениях взаимосвязь этих функций позволяет формировать методическое обеспечение в зависимости от специализации.

Изолированная постановка вопроса о воспитательной работе на ФПК является недостаточной, для ее эффективности и действительном выполнении ее целей необходим комплекс мер, реализуемых на протяжении всего процесса обучения в ВУЗе.

Непрерывность профессионального образовательного процесса дает возможность динамически модифицировать содержание воспитания, позволяя выстраивать его на основе комплексной модели, включающей в себя ценности, цели, методы, формы, средства, психолого-педагогический (механизмов освоения студентами и курсантами ФПК ценностей), менеджмент элементов воспитательной структуры и финансовое обеспечение.

Высокая эффективность воспитания студентов и курсантов в медицинском ВУЗе предполагает, что организация воспитания есть открытая система, управляемая гуманистическими целевыми установками, социальным заказом и личными, нравственно детерминированными интенциями воспитателей. Система воспитания накапливает культурные, организационно-технические, интеллектуальные и прочие ресурсы, обеспечивающие гуманитарную направленность воспитательного процесса на основе интеграции предметного, психолого-педагогического, нравственно-эстетического и философского знания. Для достижения таких комплексных целей необходимо глубокое взаимодействие всех сфер личности преподавателя, поэтому в систему подготовки преподавателей медицинских ВУЗов необходимо включать блок специальных дисциплин морально-этической, социально-психологической направленности. Необходимо на всех этапах взаимодействия со студентами и курсантами формировать престиж профессии, стремление к непрерывному личностному росту, социально-активную позицию с пониманием их социально-личностных целей в каждый отдельный период жизни.

Менеджмент качества воспитания, безусловно, различен при реализации воспитательных программ среди студентов и среди уже состоявшихся врачей. Оценка качества воспитательной работы включает в себя адекватный мониторинг особенностей личностного роста студентов:

- уровень психологической и общегуманистической культуры;
- понимание ценности здоровья и человеческой жизни;
- сформированность экзистенциальных ценностей и установок;
- умение планирования и организации собственной жизнедеятельности, лежащих в основе осмысленности жизни и др.;
- сформированность способности к осуществлению нравственного поведения – способность совершить поступок;
- сформированность гармонично развитых личностных качеств.

Мониторинг данных качеств, вероятно, позволит своевременно и адресно осуществлять коррекцию воспитательного процесса и оптимизировать процессы социализации-индивидуализации студента.

Менеджмент качества воспитательной работы ФПК, с учетом уже имеющихся личностных особенностей врачей, может быть ориентирован на оценку динамики в процессе воспитательного воздействия уровня эмоциональной и социальной компетентности, личностной зрелости, престижа профессии, стремления к личностному росту, осознания возрастных онтогенетических социальных задач развития и стремления к их реализации.

В рамках современного инновационного обучения, имеющего опережающий характер, работающее на будущее, происходит формированию личности нового типа, ориентированной на непрерывное саморазвитие, прогресс общества и приоритет универсальных ценностей, способной не только адаптироваться к быстроменяющимся цивилизационным условиям, но и своей деятельностью обеспечить дальнейшее устойчивое развитие общества. Это образование посредством воспитательной работы должно обучать активному участию в формировании новой культуры общества, нацеленной на становление новых отношений между обществом и индивидом. Оно должно формировать социально-профессиональную мобильность, отвечая современному социальному запросу: создание условий для саморазвития личности субъекта воспитания, с переходом от субъект-объектной модели воспитания к субъект-субъектной модели этого процесса.

ОБУЧАЮЩИЕ ТРЕНИНГИ ОБЩЕНИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ КАК ПЕРВЫЙ ШАГ К ПОСТРОЕНИЮ КОМПЛАЕНСА

Ситкина Е.В., Исаева Е.Р.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Современное общество характеризуется избытком всего: информации, товаров потребления, специалистов на рынке труда. Сегодня потребитель имеет достаточно информации, чтобы самостоятельно делать выбор, не прибегая к помощи консультантов. Такая же ситуация оказывается и в сфере медицинских услуг. Наши пациенты еще до того как пришли на прием обладают большим количеством информации как о конкретном враче, так и обо всем медицинском учреждении, в котором он работает. В интернете можно получить информацию об образовании врача, его опыте работы и что самое важное – отзывы о его работе от других пациентов.

Современному потребителю медицинских услуг важно не только как его лечат (есть ли результат от лечения), ему важно и то как с ним общаются, знают ли его по имени, узнают ли при встрече. Сегодня и сами врачи признают, что общение с пациентов выходит на первый план, а значит, что этому необходимо учиться.

Большинство практикующих врачей (80%) признают важность обучения общению с пациентом и эффективному разрешению конфликтов (Исаева Е.Р., Ситкина Е.В.; 2014). Во время обучения в университете студентов обучают техникам общения на первых курсах, еще до того как они столкнулись с реальными пациентами. К моменту начала практики студенты уже забывают все правила эффективного общения с пациентом. Поэтому важно проходить обучение в начале профессионального пути, когда уже есть реальное взаимодействие с пациентом.

Сегодня врачи все больше предпочитают активные методы обучения, такие как тренинги, мастер-классы и семинары, поскольку при данной форме обучения возможны отработка и закрепление навыков по общению, и разбор реальный ситуаций взаимодействия с пациентом.

Преимущество тренинга перед лекционным обучением заключается в том, что на тренинге участники могут «усвоить« теорию, иллюстрированную конкретными случаями и подкрепленную практическими навыками в достаточно короткие сроки. По своей сути, тренинг является безопасной тренировкой реальной жизни, он служит как бы «моделью« реальных жизненных отношений и взаимодействия с людьми, где каждый участник непроизвольно «включает« свои собственные представления, ценности, убеждения и способы решения проблем, и даже переживает реальные эмоции в процессе «игрового« взаимодействия с коллегами. На тренинге активное обучение происходит в момент работы над ошибками: слушатели «проигрывают» какую-либо трудную ситуацию (например, случай из клинической практики) до тех пор, пока не будет сформирован устойчивый навык поведения в данной ситуации.

К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НАУЧНЫХ РАБОТНИКОВ

Трущелев С.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Высокая динамичность современной медицинской науки, ее существенное влияние на развитие отрасли в целом и отдельных ее направлений, значительные капиталовложения ведут к необходимости разработки систем управления этим объектом, формированию количественных методов оценки потока научной продукции, созданию индикаторов отдачи инновационных внедрений. Однако организация научно-исследовательских работ, принципы планирования и финансирование медицинских научно-исследовательских работ в современных условиях требуют модернизации [Андреева И.Л., 2010; Стародубов В.И. и др., 2011]. Некоторые эксперты-науковеды в области медицинской науки отмечают, что современные исследования подвержены случайным и систематическим ошибкам, имеют погрешности научного обоснования [Кудрина В.Г. 1992; Бащинский С.Е., 2005]. Вред, приносимый ошибками такого рода, особенно очевиден в медицине: исследователь заявляет о «статистически достоверном» эффекте лечения, редактор помещает статью в журнал, а врач, не способный критически оценить публикацию, применяет неэффективный метод лечения. В конце этой цепи находится больной, который и расплачивается за все, подвергаясь ненужному риску и не получая действительно эффективного лечения. Не следует сбрасывать со счетов и ущерб от самого факта проведения бессмысленных

исследований. В этом случае деньги и подопытные животные необоснованно приносятся в жертву науке, а больные подвергаются риску ради сбора ошибочно интерпретируемых данных [Glantz S.A., 1994].

В Московском научно-исследовательском институте психиатрии к вопросам качества научных работ и совершенствования методологии научно-исследовательской деятельности обратились в 1990 г., когда на основе наукометрического подхода впервые было проанализировано состояние математизации в отечественных публикациях по психиатрии [Бесчасный А.А., Немцов А.В., 1990]. В последующем разработка этого направления была продолжена [Немцов А.В., Зорин Н.А., 1996; Немцов А.В., Покровская И.А., 1997, 1999; Зорин Н.А. и др., 2001; Трущелев С.А., 2010-2014]. Хотя спонтанные инициативы отдельных сотрудников не привели к существенному повышению качества научных публикаций, однако заострили внимание научного коллектива на этой области знания.

Результаты. опроса, проведенного автором, свидетельствуют о том, что 79% респондентов хотели бы пройти курс усовершенствования по науковедению. Самостоятельно совершенствуют свои знания в этой области 87,1% опрошеных, на курсах усовершенствования – 8,1%. Изучение системы дополнительного профессионального образования по совершенствованию знаний и развитию практических навыков ведения научно-исследовательской деятельности показало, что в этой области имеются значительные упущения в организации работ. В статье 6 Федерального закона от 23.08.1996 N 127-ФЗ (с изм. от 20.04.2015) «О науке и государственной научно-технической политике» отмечено, что научный работник имеет право на дополнительное профессиональное образование. По нашему мнению, это право должно обеспечиваться не только в рамках аспирантуры и докторантуры, но и краткосрочными тематическими курсами усовершенствования по актуальным вопросам науковедения. В современной научной среде повышаются требования к качеству результатов научно-исследовательской деятельности, особенно в области биоэтики клинических исследований, биостатистики, информационных технологий научного поиска, защиты интеллектуальной собственности и др.

Подготовка кадров – важнейший аспект развития науки, так как именно научные работники являются носителями передового знания, созидателями технологий. Именно в этой среде происходит обновление знаний, рождение идей и созревание концепций, которые в свою очередь формируют основу научно-технического прогресса и создают научную картину мира. В современной динамично развивающейся науке экспоненциально возрастает поток научной продукции, поэтому необходимо вести мониторинг развития научной специальности. Такой подход позволяет наблюдать зарождение научного направления и определять характер его дальнейшего развития по скорости роста числа публикаций, степени концентрации и рассеяния информации, по появлению новых терминов, фамилий авторов, числа рубрик, их наполнения и т.д.

Наблюдение за состоянием кадрового состава научных работников в области психиатрии вызывает обеспокоенность – идет сжатие круга высококвалифицированных научных специалистов [Трущелев С.А., 2009-2015]. Кроме того, увеличивается отток научных работников такого уровня в систему практического здравоохранения, коммерческие организации или фармацевтические компании. Предполагается, что вследствие этого снизится исследовательская активность научного сообщества и, следовательно, это проявится сокращением массива научной продукции и снижением ее качества. Перед научным сообществом стоит острейшая проблема «выживания» и сохранения научных кадров, передачи наработанных исследовательских технологий. «Российское общество психиатров» могло бы взять на себя роль монитора и координатора развития системы дополнительного профессионального образования научных работников.

ОПЫТ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО КРЕДИТНОЙ СИСТЕМЕ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ Г. МОСКВЫ

Цыганков Б.Д., Иванова Г.Р.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Образование специалиста в области психиатрии подразумевает глубокую многостороннюю подготовку. Так, врач-психиатр должен быть компетентен в вопросах психопатологии, диагностики психических заболеваний, психофармакотерапии, неотложной помощи, психотерапии, психосоциальной терапии и реабилитации, в этико-правовых вопросах, ориентироваться в возрастных аспектах психиатрии и многих других, а также владеть всеми соответствующими навыками. Базовая подготовка по специальности, полученная в интернатуре либо ординатуре, в дальнейшем дополняется последипломным профессиональным образованием. Оно становится одним из основных условий экономического и социального развития отрасли – в том случае, если в действительности оказывается глубоким, многосторонним, систематическим и непрерывным. Систематическое повышение квалификации выпускников медицинских вузов и специалистов психиатрических учреждений является залогом эффективного решения актуальных современной психиатрии в соответствии с условиями в сфере оказания психиатрической помощи населению.

К сожалению, современная, привычная для нас, система профессиональной последипломной подготовки врачей-психиатров обнаруживает многочисленные недостатки, она сложна и противоречива. Организованная в советский период, в настоящее время она не в полной мере соответствует изменяющимся требованиям к подготовке кадров для психиатрической службы. Так, например, большинство врачей ограничиваются посещением краткосрочных «курсов повышения квалификации» раз в пять лет с отрывам от работы, и этого оказывается недостаточно для подержания достаточно высокого уровня профессиональной компетентности в теоретической и практической области знаний. От результатов принятых в настоящее время «экзаменов на квалификационную категорию» напрямую зависят возможности карьерного роста, материальные перспективы и, в конечном итоге, мотивация самого специалиста. При этом на первый план выходят сложности с последовательным соотнесением реального уровня практической и теоретической компетентности специалистов и принципов оценки их квалификации. Для преодоления сложившейся практики необходима личная заинтересованность специалистов-психиатров в повышении своего профессионального уровня. Кроме того, чрезвычайно важным представляется смещение вектора на самостоятельное обучение врачей, на сочетание обязательных и дополнительных форм обучения и объективного контроля за подготовкой, знаниями и клинической подготовкой врачей.

На протяжении последних лет Президиум правления Российского общества психиатров внедряет технологию зачитывания результатов непрерывного образования врачей при оценке уровня их квалификации и принятии решения о присвоении либо подтверждении категории. Так называемая «кредитная система» является одним из основных элементов реформы профессиональной подготовки психиатров в России.

Она обладает высоким мотивирующим потенциалом, ориентирует врачей на постоянное, систематическое посещение образовательных мероприятий, позволяет передать ответственность за качество и широту спектра подготовки в руки самих специалистов. Имеется возможность вариативности, которая позволяет обучающимся самостоятельно организовывать непрерывный учебный процесс с минимальным отрывом от работы.

Подразумевается, что кредит – унифицированная единица измерения объема учебной работы обучающегося специалиста. Один кредит равен одному академическому часу аудиторной работы обучающегося в неделю на протяжении академического периода. Система кредитов («зачетных единиц») обеспечивает зачетную и накопительную функции. Путем начисления образовательных баллов она подтверждает пройденную в течение установленного срока теоретическую подготовку и участие в образовательных мероприятиях (семинарах, лекциях, мастер-классах, циклах повышения квалификации), научно-практических конференциях.

Кредитная система последипломного обучения врачей-психиатров пока еще не принята официально к использованию на территории РФ. Возможности ее повсеместного применения рассматриваются на уровне Правления Российского Общества Психиатров и ведущих медицинских ВУЗов страны, ведущих подготовку по данной специальности.

Москва стала площадкой для апробирования нового подхода к подготовке специалистов и оценке ее качества. На протяжении 4 лет психиатрической службой Департамента здравоохранения г. Москвы, кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО Московского государственного университета имени А.И. Евдокимова и Институтом психического здоровья и аддиктологии отрабатывалась модель систематического непрерывного обучения врачей-психиатров без отрыва от работы (кредитная система повышения квалификации врачей).

Она подразумевает проведение ежеквартальные образовательные программы, конференции, клинические разборы, участие в клинических исследованиях, лекции, школы молодых психиатров, в том числе с участием иностранных специалистов в области По окончании каждого из образовательных мероприятий слушателям вручается сертификат с проставленными «образовательными баллами», которые впоследствии складываются в сумму кредитов, набранных за 5 лет. Предполагается, что за указанный срок специалист набирает достаточное для подтверждения квалификации по специальности количество кредитов. На протяжении указанного срока специалистом самостоятельно заполняется анкета, соответствующая по назначению академической справке, содержащая информацию о его подготовке и пройденных им в течение 5 лет образовательных мероприятиях. Контроль образовательного процесса осуществляет отдел организации психиатрической помощи Департамента здравоохранения г. Москвы. Подготовка каждого специалиста производится соответственно с формируемыми ими индивидуальными графиками и оформляется в Университете в рамках системы очно-заочного образования.

При обращении специалистов за присвоением категории они обязаны сдать сертификационный экзамен с обязательным компьютерным тестированием на знание теоретических основ специальности.

Концепция непрерывного образования врачей-психиатров города Москвы подразумевает возможности постоянного повышения квалификации, обновления теоретической базы, знакомство с новейшими подходами в терапии психических расстройств и предусматривает различные формы научно-практической работы, ориентирующиеся на самые современные достижения в оказании психиатрической помощи населению. В их числе – систематическое проведение научно-практических конференций и тематических семинаров, публикация методических пособий, монографий и сборников статей, поездки для обмена опытом, конкурсы научных работ. Ежегодно кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова совместно с Департаментом здравоохранения г. Москвы проводит научно-образовательные конференции объемом 50 кредитов, доступные для посещения московских врачей-психиатров.

СПЕЦИФИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ ИНОСТРАННЫМ СТУДЕНТАМ В РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Шайдукова Л.К.

Казань
КазГМУ

Обучение иностранных студентов в медицинских Вузах страны стало реальностью современного учебного процесса. Высшая школа постепенно перестраивает свои программы в соответствии с этнокультуральными, национальными, когнитивными и даже религиозными особенностями учащихся. Наличие иностранных студентов в стенах Вуза – явление, несомненно, позитивное и прогрессивное, так как позволяет масштабировать и унифицировать учебные процессы в соответствии с международными стандартами, а также пересмотреть сугубо отечественные подходы. Дополнительным преимуществом «двойного преподавания» является более глубокое изучение предмета, широкое использование современных презентационных материалов, возможность проведения сравнительного анализа различных учебных программ, овладение иностранным языком. Вместе с тем, обучение иностранных студентов обладает рядом особенностей как с точки зрения методологического, так и содержательного аспектов.

Одной из трудно разрешимых проблем обучения является определенное расхождение содержания учебного материала, что вызвано спецификой самой отечественной психиатрии, стоящей несколько особняком от общемировых стандартов. Как известно, в нашей психиатрии превалирует описательно-феноменологический подход – в этом ее сила, так как это позволяет воспитать профессионалов с глубоким клиническим мышлением, способных интегративно применить все области знания при диагностике и лечении пациентов. Однако система международного тестирования не учитывает «интеллектуально-когнитивных изысков» специалистов-психиатров, а направлено, в основном, на накопление количественных характеристик знания. Несомненно, подобный подход к диагностике и лечению больных делает этот процесс механистическим, лишая его таких явлений как «профессиональная интуиция» и «творческое озарение», но имеет и преимущества в виде использования современных научных теорий и технологий.

Целью настоящей работы является выявление специфических особенностей преподавания дисциплины «психиатрия» иностранным студентам в российских ВУЗах.

В процессе преподавания психиатрии иностранным студентам (из стран Ближнего Востока, Африки, Индии, Пакистана) было выявлено определенное расхождение в содержании российских и иностранных учебников. Во-первых, в иностранной учебной литературе большое внимание уделяется методам исследования, лабораторному и психологическому тестированию, нейробиологическим основам заболеваний – этому посвящены отдельные (равноценные) главы. Во-вторых, в иностранных учебниках мы не найдем обширных материалов по общей психопатологии -они вкраплены в структуру самих заболеваний и рассматриваются в их контексте, клиническая часть дана авторами строго в соответствии с международной классификацией болезней и описана в ее рубриках. В третьих, учебники широко отображают дополнительный материал, что позволяет студенту расширить свои знания, это рубрики: «суицидальное поведение», «психиатрические аспекты синдрома иммунодефицита», «расстройство сна», «психопатология детства» и т.д. В четвертых, в иностранных учебниках особое внимание уделяется вопросам лечения и реабилитации, как медикаментозного, так и психотерапевтического. Отдельной главой выделены новейшие психотропные препараты – раздел «психофармакология» представлен довольно подробно. В-пятых, многие учебники имеют

приложения в виде шкал психологического тестирования, лабораторных нормативов и других облигатных информационных материалов. В-шестых, обучающий курс по данной дисциплине завершается тестом. Это облегчает задачу студентам, так как позволяет в процессе обучения заочно ответить на международно-стандартизированные тесты.

Таким образом, были выявлены специфические особенности преподавания курса психиатрии иностранным студентам в медицинских ВУЗах, что необходимо учитывать при подготовке учебных программ.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДР ПСИХИАТРИИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В СВЯЗИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ВРЕМЕНИ

Шмилович А.А.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Психиатрические школы нашей страны в лице кафедр медицинских вузов и факультетов на протяжении многих десятков лет определяли клиническое мировоззрение наших врачей. Взаимодействия между кафедрами и медицинскими учреждениями в большинстве регионов СССР и России строились на исторически сложившихся отношениях их руководителей и сотрудников: ректор – руководитель здравоохранения города, зав. кафедрой – главный врач, профессора и доценты – заведующие отделениями, ассистенты и преподаватели – врачи-ординаторы.

В последние годы эти отношения, к сожалению, утрачивают образ взаимовыгодного сотрудничества. Между тем, только такой тип взаимодействия науки и кузницы кадров с практическим здравоохранением может привести к реализации основополагающих принципов медицины, которые гласят, что каждый врач должен постоянно учиться и непрерывно образовываться, а также реализовывать свой научно-познавательный интерес. В противном случае, неизбежно происходит деквалификация врачей, которые становятся «ремесленниками на конвейере» и нередко профессионально «выгорают» и полностью утрачивают мотивацию к развитию.

Сегодня система постдипломного образования значительно формализована, а для реализации исследовательских интересов практикующих врачей существует множество бюрократических преград, связанных с оформлением научного статуса врача в вузе (заочная аспирантура, соискательство, «прикрепление»).

Научно-педагогические кадры, работающие на кафедрах, в свою очередь должны быть максимально интегрированы в лечебную и клиническую деятельность. В отсутствии этого в научных работах сегодня можно наблюдать уход в теоретизацию с отрывом исследований от клинической реальности. Учебники, монографии и диссертации превращаются в наукообразные конструкции, схемы и классификации, лишенные практической значимости, а лечебные рекомендации оказываются бесполезными, так как не выполнимы в связи с теми или иными организационными сложностями практического здравоохранения, о которых авторы этих рекомендаций не осведомлены.

Существенным препятствием для «возвращения науки к больным» сегодня является тяжелое законодательное противоречие. Врачебная лицензия предусматривает разрешение на лечебную деятельность в конкретном помещении. Поэтому, если вуз не является правообладательным собственником клиники, он не может лицензировать врачебную деятельность кафедральных сотрудников, которые работают на базе этой клиники.

Пути преодоления этих проблем:

- со стороны вузов

a. расширение системы постдипломного образования с организацией «реальных» обучающих лекций, семинаров и клинических разборов, организация на регулярной основе внутрибольничных научно-практических конференций

b. упрощение оформления врачей в статус соискателя ученой степени и дополнительное мотивирование сотрудников вуза, в сопровождении научных проектов практических врачей (научное руководство, консультирование, рецензирование, оппонирование, публикации, выступления на конгрессах и проч.)

c. юридическое преодоление законодательного коллапса в части лицензирования врачебной деятельности сотрудников вуза. В случае, если это не возможно, создание собственных научно-практических центров, организация внутри клинических баз т.н. «кафедрально-больничных» отделений, оформление совместительства кафедральных сотрудников в учреждениях здравоохранения

d. повышение консультативной активности доцентов и профессоров, дежурства ассистентов, обязательная собственная клиническая курация больных ассистентами

- со стороны учреждений здравоохранения

a. движение на встречу нуждам кафедр в отношении предоставления им помещений и иных материально-технических возможностей для работы

b. широкое и подробное оповещение кафедр о конкретных нуждах городского здравоохранения с формированием для них своеобразного «госзаказа», что позволит направить научно-исследовательскую деятельность кафедр в русло реальной практической значимости

c. дополнительное мотивирование врачей на профессиональный рост и поощрение их научной деятельности

d. оформление совместительства отдельных сотрудников мед. учреждения на кафедре

Мировая, а вместе с ней и национальная психиатрия первой половины XXI века претерпевает революционные перемены, среди которых наиболее значимы:

a. Социализация психиатрии (крен в сторону социально-гуманитарного направления)

b. Размывание диагностических границ, создание дименсиональных классификаций, уход от жестких нозологических критериев в сторону переходных микстовых состояний

c. Расширение внимания психосоматической медицине с тенденцией к интеграции психиатрии в обще-медицинские области

d. Деинституализация психиатрии

e. Оптимизация психиатрической службы РФ в новых экономических условиях (слияние и сокращение психиатрических учреждений)

Кафедральная деятельность в этот период ключевых и глобальных перемен также должна быть реорганизована, дабы не отставать и идти нога в ногу с практическим здравоохранением.

Пути реорганизации кафедральной деятельности с учетом общемировых и национальных трендов развития психиатрии:

- научная работа

a. Расширение научно-исследовательских интересов в сторону социальной психиатрии с активным привлечением к этой деятельности социальных институтов. Реализация совместных научных проектов со специалистами смежных областей (клинические психологи, специалисты по социальной работе)

b. Клинико-феноменологические исследования «переходных состояний» (эндореактивные синдромы, эндогенно-органическая патология, шизоаффективные расстройства, дистимии, психотические нарушения при расстройствах личности, реактивные, инволюционные, послеродовые психозы и пр.)

c. Организация мультицентровых и мультидисциплинарных эпидемиологических исследований в области психосоматической медицины с внедрением их результатов в деятельность непсихиатрических медицинских учреждений

d. Изучение феномена социального госпитализма и поиск путей его преодоления, определение факторов регоспитализации психически больных и научное обоснование инновационных технологий внебольничной помощи (психообразование, семейная терапия, преодоление нонкомплайнса, «стационар на дому», профессиональная реабилитация, социальная интеграция инвалидов и др.)

- педагогическая работа

a. Оптимизация образовательной программы по психиатрии и медицинской психологии для студентов медицинских вузов – увеличение количества часов на преподавание психосоматической медицины, наркологии, суицидологии, пограничной психиатрии и аффективных нарушений

b. Акцент на развитие практических навыков путем увеличения времени общения студентов с пациентами, организации динамической курации последних, написание промежуточных психических статусов, академической истории болезни

c. Пересмотр программы постдипломного образования (ординатура и интернатура) с увеличением его общей продолжительности на один год с целью значительного расширения количества часов на преподавание психотерапии и наркологии, социальной и профессиональной реабилитации и психообразования

d. Рассмотрение вопроса о расширении постдипломного психиатрического сертификата с фактическим слиянием трех специальностей – психиатрии, психотерапии и наркологии

e. Расширение кафедральных клинических баз в сторону внебольничных психиатрических учреждений с целью активного вовлечения интернов и ординаторов в мероприятия противорецидивной и реабилитационной направленности

Таким образом, основные направления развития психиатрии создают необходимость своевременного, гибкого и компромиссного изменения многих аспектов деятельности кафедр психиатрии медицинских вузов с широким внедрением в работу современных образовательных технологий, активной интеграцией науки и образования в клиническую «среду» и пересмотром направлений научно-исследовательской деятельности в сторону удовлетворения насущных нужд практического здравоохранения.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В КАЗАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Яхин К.К., Калмыков Ю.А.

Казань
Казанский ГМУ

Одной из заметных тенденций в развитии современной российской медицины является все более активное внедрение психологической помощи в деятельность учреждений здравоохранения. Исследователи объясняют эту тенденцию различными причинами: значительным увеличением распространенности пограничных психических расстройств и стрессогенно обусловленных заболеваний внутренних органов и систем, популярностью в медицине биопсихосоциального подхода, проблемами соматической медицины в связи с «деперсонализацией» лечебно-диагностического процесса (Карвасарский Б.Д., 2004; Вассерман Л. И. с соавт., 2011). Признанием важной роли психологов в медицине является включение Минздравом России должности медицинского психолога в порядки оказания медицинской помощи при многих заболеваниях. Можно предположить, что по мере реализации новой концепции здравоохранения в России, закрепленной в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011) потребность учреждений здравоохранения в медицинских психологах будет возрастать.

На факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Казанского государственного медицинского университета (далее – ФПК и ППС КГМУ) последипломная подготовка клинических психологов проводится с 1998 года. За 17 лет профессиональную переподготовку по клинической психологии прошли 902 специалиста (42% из них – на внебюджетной основе). Большая часть слушателей (82%) – из Республики Татарстан, по 6% из Республики Мари Эл и Ульяновской области, 2% – из Удмуртской Республики, 4% – из других регионов Приволжского федерального округа. Первые выпуски слушателей практически на сто процентов состояли из лиц, работающих на момент обучения психологами в медицинских учреждениях, но не имеющих последипломной подготовки по клинической психологии. Постепенно ситуация изменилась и на сегодняшний день на момент обучения лишь 63% слушателей работают психологами, в том числе 30% – в учреждениях здравоохранения, остальные – в учреждениях социального обеспечения, в образовательных учреждениях и в иных ведомствах. Знание основ клинической психологии крайне полезно для специалистов, работающих в учреждениях различного профиля.

В последние годы в научной литературе активно обсуждаются проблемы, связанные с местом медицинских психологов в отечественной медицине, а также их подготовкой (Зверева Н.В. с соавт., 2009; Селезнев С. Б., 2009; Кремлева О.В., 2012; Беребин М.А. с соавт., 2012, 2014; Русина Н.А., 2012, 2015). Высказывается мнение, что подготовка клинических психологов в классических университетах страдает отсутствием возможности получать полноценную практику на клинических базах, а в медицинских вузах обучение психологов берут на себя психиатры, которые не имеют психологического образования и проводят учебный процесс исключительно на базе психиатрической клиники. Далеко не во всех случаях подобное мнение соответствует реальности. Так, например, на курсе клинической психологии ФПК и ППС КГМУ преподают 8 клинических психологов, 2 врача-психотерапевта и 2 врача-психиатра. Учебные занятия проводятся на базе Республиканской клинической психиатрической больницы, но кроме того также на базе Детской республиканской клинической больницы, круглосуточной медицинской психологической службы «Сердэш 129», Межрегионального клинико-диагностического центра, Центра восстановительной медицины и реабилитации, Семейного центра нейропсихологической диагностики и коррекции «Казаныш» и других учреждений.

Главной особенностью последипломного обучения является, на наш взгляд, необходимость активного обучения практическому применению теоретических знаний. Еще более важным, чем наличие клинических баз, нам представляется возможность привлечения к преподаванию на этом этапе обучения сильных специалистов-практиков. С этой целью мы приглашаем преподавать наиболее авторитетных, квалифицированных специалистов ведущих клиник и психологических лабораторий Казани на условиях совместительства или почасовой оплаты.

При проведении последипломной подготовки медицинских психологов и врачей-психиатров недостаточно внимания уделяется изучению клинических проявлений соматических и неврологических заболеваний. Особенно актуальными эти вопросы являются для обучения медицинских психологов, имеющих небольшой опыт наблюдения пациентов в клинике на этапе дипломной подготовки. В связи с выше изложенным все практические занятия мы проводим на базе крупных учреждений здравоохранения. Активно применяют-

ся демонстрации больных на лекциях, участие слушателей в клинических разборах, самостоятельное патопсихологическое обследование больных, супервизия психодиагностической работы и психологической помощи. При анкетировании наиболее часто в качестве положительных сторон организации учебного процесса наши слушатели отмечают сильный состав опытных преподавателей и большое количество практических занятий.

В связи с особой актуальностью в последние годы таких проблем как суицидальное поведение несовершеннолетних, а также оказание психологической помощи при чрезвычайных ситуациях, на циклах профессиональной переподготовки мы уделяем особое внимание кризисной медико-психологической помощи. Кроме того, начиная с 2012 года, нами ежегодно проводится двухнедельный цикл тематического усовершенствования «Кризисная медико-психологическая помощь» для психологов различных ведомств.

За последние пять лет в процессе подготовки медицинских психологов мы также стали уделять больше внимания таким разделам как «Аддиктология», «Экспертная работа психолога» и «Психология больного». В 2010-2015 годах на нашем курсе были подготовлены для слушателей следующие учебно-методические пособия: «Тревожные расстройства», «Психологическая помощь лицам с соматическими и неврологическими расстройствами», «Сексуальная дисфункция», «Психологическая помощь лицам с психическими расстройствами», «Психотерапия зависимостей», «Детская психопатология», «Кризисная медико-психологическая помощь», «Клиническая психодиагностика», «Общие аспекты клинической психологии», «Методы психотерапии».

Таким образом, мы можем констатировать востребованность циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов по клинической психологии, важность их проведения не только для нужд учреждений здравоохранения, но также и для специалистов других ведомств.

РАЗДЕЛ 14.
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНВЕРСИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Абдуллаева В.К., Туйчиев Ш.Т.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Конверсионные расстройства представляют собой сложную и разноликую форму пограничных нервно-психических расстройств, через призму которых преломляются многие теоретические и практические проблемы современной медицины, психологии, психотерапии, социологии и других смежных наук (Обидин И.Ю., 2007). Ведущую роль приобретает тревожно-фобическая симптоматика, наблюдается смещение нарушений в аффективную сферу (Абабков В.А., 2005; Карвасарский Б.Д., 2010, и др.).

Цель исследования: изучение клинических особенностей психопатологических нарушений больных с конверсионными расстройствами.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 18 женщин в возрасте от 20 до 45 лет, которые обследовались и лечились в городском психоневрологическом диспансере Ташкента с конверсионными расстройствами.

В работе использовался клинико-психопатологический метод исследования.

Результаты исследования. В клинике конверсионных расстройств у пациентов наблюдались истероастенические, истеродистимические и истерофобические расстройства. Так, помимо ведущих диссоциативных расстройств, 94,5% случаев выявлялся астенический синдром; ипохондрические расстройства – 66,7%; депрессивные состояния различной степени выраженности – 94,5%.

Астения носит тотальный характер и проявляется повышенной утомляемостью (94,5%), раздражительностью (83,0%), неустойчивостью настроения (94,5%) и слезливостью (72,2%). На первый план выступает истощаемость нервных процессов, расстройство внимания (88,9%) и в связи с этим трудности в выполнении служебных обязанностей.

В подавляющем большинстве встречались алгические расстройства в виде головных болей (77,8%), которые имели давящий, сжимающий характер. Довольно часто (72,2%) встречался такой специфический симптом как оссалгии – боли по ходу костей, усиливающиеся в покое и в ночное время, нередко метеозависимого характера.

Выводы. Таким образом, ведущими клиническими признаками диссоциативных расстройств явились истероастенические, истеродистимические и истерофобические расстройства, в клинике астенического синдрома на первый план выступали истощаемость нервных процессов и расстройства внимания, что создавало трудности в выполнении служебных обязанностей.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ

Александрова М.М., Старостина Е.Г., Бобров А.Е., Древаль А.В.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Актуальность. Акромегалия – тяжелое нейроэндокринное заболевание, связанное с длительной гиперсекрецией соматотропного гормона (далее СТГ) аденомой гипофиза у лиц с завершенным ростом. Избыток СТГ и активируемого им инсулиноподобного ростового фактора (ИРФ-1) приводит к дефектам внешности, нарушениям функций органов и систем, повышению смертности в 2-3 раза (A. Ben-Shlomo et al., 2011). Помимо соматических эффектов, у больных акромегалией, в сравнении со здоровыми, увеличен объем серого и белого вещества головного мозга, что, возможно, приводит к появлению когнитивных нарушений при этом заболевании (Sievers et al., 2008). Данные о состоянии когнитивных функций при акромегалии противоречивы. Так, Leon-Carrion et al. (2010) сообщают о когнитивных нарушениях, прежде всего – памяти, зависящих от уровня СТГ и ИРФ-1, другие авторы отмечают либо незначительно выраженное нейрокогнитивное снижение (Psaras T., 2011), либо его отсутствие (S. Richert, 1987; J. Tiemensma, 2010). Кроме того, в литературе имеются сведения о нейротрофическом и антиапоптозном действии СТГ и ИРФ-1 на ЦНС (V.C. Russo, 2005).

Цель: изучить когнитивные функции у больных акромегалией и их зависимость от гормональных и соматических факторов.

Материалы и методы: обследовано 115 пациентов, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении: 95 женщин, 20 мужчин, в возрасте от 21 до 78 лет (средний возраст 55,1+13 лет). В исследование включались пациенты с верифицированным диагнозом акромегалии, из них 24 (20%) больных с контролируемой акромегалией (группа 1, достигнуты нормальные уровни СТГ и ИРФ-1, средний возраст 52,5+13,4 лет) и 91 (80%) пациент с неконтролируемой акромегалией (группа 2, средний возраст 55,7+13,4 лет). У всех больных оценивали уровень СТГ и ИРФ-1 в крови, наличие соматических осложнений, выполняли МРТ головного мозга, Для оценки нейроког-

нитивного статуса использовали тест MMSE (Mini-mental State Examenation), тест «Рисование часов», шкалу Рощиной–Корсаковой – экспресс-методику для оценки мнестико-интеллектуальной сферы в позднем возрасте (Корсакова Н.К. и соавт., 2009), а также разработанный нами опросник для оценки проявлений психоорганического синдрома (ПОС).

Результаты и обсуждение. Выявлено отсутствие различий между группами по результатам нейрокогнитивных тестов и по выраженности проявлений психо-органического синдрома. Средние результаты для первой и второй групп соответственно составляли: сумма баллов по опроснику ПОС 14+9,9 и 15,5+8,1; MMSE 28,4+1,6 и 28,5+1,5, тест «Часы» 6,3+1,1 и 6,4+1,2, суммарный балл по шкале Рощиной-Корсаковой 13,6+5,9 и 13,5+5,5.

Распределение результатов по тесту MMSE: нет нарушений когнитивных функций (28-30 баллов) у 93 пациентов (80,9%); легкие (преддементные) когнитивные нарушения (24-27 баллов) – у 20 (17,4%); деменция легкой степени выраженности (19-23 балла) – у 2 пациентов (1,7%), что, с учетом среднего возраста больных, сопоставимо с распространенностью когнитивных нарушений среди здоровых лиц, по данным литературы.

При анализе данных в целом по обеим группам значимых корреляционных связей между текущим уровнем гормонов и результатами нейрокогнитивных проб выявлено не было, однако отмечалась слабая статистически значимая ($r=0,3$, $p<0,05$) корреляция между уровнем ИРФ-1 до лечения и суммой баллов по шкале Рощиной-Корсаковой, а также субтестом на запоминание 10 слов.

В группе неконтролируемой акромегалии отмечались множественные статистически значимые взаимосвязи ($p<0,05$) между различными интеллектуально-мнестическими нарушениями и соматическими факторами. В частности, наибольшее влияние на выраженность когнитивных нарушений по шкале Рощиной оказывали возраст ($r=0,55$) и количество соматических заболеваний ($r=0,46$), статистически значимая зависимость выявлялась почти во всех субтестах шкалы (по доменам слухо-речевой и зрительной памяти, зрительно-моторной координации, мышления, речевой беглости), кроме долговременной и ассоциативной памяти и отсроченного воспроизведения 9 слов. Также отмечалась корреляция возраста с суммой баллов по опроснику ПОС ($r=0,39$), MMSE ($r=-0,27$), тестом «Часы» ($r=-0,29$). Остальные соматические факторы давали слабые значимые ($r=0,22$-$0,36$, $p<0,05$) корреляции с отдельными когнитивными нарушениями: ЧСС с тестом «Часы», индекс массы тела с долговременной и краткосрочной слухоречевой памятью, артериальное давление со зрительной памятью. Отмечалась слабая значимая корреляция злоупотребления алкоголем с ассоциативной и долговременной памятью ($r=0,29$ и $0,22$ соответственно). При оценке влияния гормонального статуса не отмечалось корреляций когнитивных нарушений с уровнем СТГ на момент обследования. Уровень ИРФ-1 на момент обследования коррелировал с оценкой по тесту «Часы» ($r=-0,23$) и ухудшением вербальной беглости ($r=0,24$). Для уровня ИРФ-1 до лечения отмечались корреляции с тестом «Часы» ($r=-0,44$), суммарным балом по шкале Рощиной ($r=0,25$) и ее субтестами: слухоречевая память (непосредственное воспроизведение), счет и вербальная беглость.

В группе контролируемой акромегалии связей между нарушениями когнитивных функций, интеллектуальной сохранностью и возрастом, а также соматической отягощенностью не отмечалось. При этом имела место умеренно выраженная, прямая значимая корреляция ($r=0,53$, $p<0,05$) между уровнем ИРФ-1 до лечения и суммарным баллом по шкале Рощиной.

Таким образом, в группе неконтролируемой акромегалии, в отличие от контролируемой, выявляется связь когнитивных нарушений с известными факторами, повышающими риск когнитивных нарушений: возрастом, длительностью заболевания, соматической отягощенностью, артериальным давлением, индексом массы тела, злоупотреблением алкоголем. Взаимосвязь уровня ИРФ-1 до начала лечения акромегалии с когнитивными нарушениями, возможно, обусловлена влиянием выраженности гормональных нарушений в начале заболевания на развитие соматических осложнений в дальнейшем.

Выводы. Избыточная секреция СТГ не оказывает существенного влияния непосредственно на когнитивные функции, повышенный уровень ИРФ-1 имеет ограниченное влияние. В большей степени возникновению когнитивных нарушений способствуют общие возрастные и соматические факторы, как связанные косвенно с акромегалией (соматические осложнения, длительность заболевания), так и не связанные с ней (возраст, алкоголизм). Полученные данные также свидетельствуют о том, что нормализация уровня СТГ и ИРФ-1, достигаемая при контролируемой акромегалии, способствует уменьшению влияния возрастного и соматогенного факторов.

ФОБИИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С «ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ« КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П.

Томск
НИИПЗ,
СибГМУ

Страх – физически воспринимаемое переживание необычного и угрожающего, может рассматриваться как предупредительный сигнал для «Я», когда конфликт непреодолим или отвергается потребность человека в чем-либо или стремление к чему-либо. Невротический страх, направленный на определенный объект или ситуацию (фобия), часто сопровождает возникающие при конфликтных ситуациях и невротических состояниях сенсации со стороны сердца. Так называемые «функциональные» кардиоваскулярные расстройства проявляются жалобами на давление или колющие боли в области сердца, ощущения перебоев в сердечном ритме. Первому кардиофобическому приступу чаще предшествуют острый конфликт и перенапряжение, разлука, разочарование, ситуация одиночества и покинутость, а также переживание в случае смерти от заболевания сердца кого-либо из близких. Ситуационные переживания могут возникнуть на фоне длительного невротического развития.

Психоаналитически ориентированные исследователи утверждают, что прежде всего подобные расстройства могут возникнуть у с детства избалованных и несамостоятельных людей с выраженной зависимостью от матери, отличающихся амбивалентными установками: с одной стороны, ожидание любви, и с другой – желание самостоятельности с агрессивными порывами, с противоречивыми фантазиями привязанности и расставания. Такие установки особенно опасны при обрыве связей, разлуках и разочарованиях. «Кардиофобик живет в страхе перед разлукой, прежде чем поймет, что он ее хочет и ее же боится» (Р. Телле, 1999).

Целью исследования являлось изучение сопряженности кардиофобических расстройств с другими клиническими проявлениями у больных с синдромом дисфункции вегетативной нервной системы.

Материалы и методы. Было обследовано 519 больных (151 мужчина, 368 женщин), предъявлявших в течение длительного времени стойкие и разнообразные жалобы на нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Предшествующее лечение на амбулаторном этапе было неэффективным, у больных сохранялся длительный сердечно-болевой синдром, который нередко сопровождался головокружением, нарушением ритма сердца. Пациентам, имевшим синдром кардиалгии или вероятной стенокардии, для уточнения диагноза проводились в

амбулаторных или стационарных условиях нагрузочные пробы по общепринятым критериям (велоэргометрия, дипиридамоловый тест, чреспищеводная стимуляция предсердий), в ряде случаев стресс – эхокардиография (по стандартному протоколу для каждого нагрузочного теста), исследование липидов, глюкозы в крови и реовазография. После тщательного обследования кардиологами был определен «функциональный» характер наблюдавшихся расстройств, несмотря на явную неоднородность, укладывающийся в синдром дисфункции вегетативной нервной системы. Использовались клинический, биографический, экспериментально-психологические, катамнестический методы. Учитывались возраст возникновения и давность «функциональных» кардиоваскулярных расстройств; особенности наблюдаемого симптомокомплекса (наличие кардиалгий и других телесных сенсаций, в том числе носящих пароксизмальный характер, их фобического сопровождения; ипохондрической фиксации; присутствие и выраженность тревоги, депрессивного настроения и связанных с ними расстройств сна, аппетита и т.д.). Диагностическая оценка текущего психического состояния осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10 и оценивалась с учетом выявляемых коморбидных связей. Основные категории наблюдаемых расстройств были представлены «Невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами» и «Аффективными расстройствами».

Средний возраст мужчин на момент обследования составил 36,62±11.17 лет, женщин – 40,19±11,21 лет. По возрасту на момент возникновения функциональных кардиоваскулярных расстройств и текущего психического расстройства женщины (36,39±11,59; 38,45±11,05) были достоверно старше мужчин (33,62±11,14; 35,15±11,11). Кардиофобии были выявлены у 43,0% мужчин и 33,7% женщин с «функциональными» кардиоваскулярными расстройствами.

Результаты и их обсуждение. Анализ сопряженности кардиофобических расстройств с клиническими проявлениями текущего психопатологического расстройства показал, что у мужчин, страдающих кардиофобией, достоверно чаще отмечались признаки вегетативной дисфункции, пароксизмальные состояния страха, сопровождаемые чувством тревоги и приводящие к развитию невротической ипохондрии. В группе женщин данные расстройства были взаимосвязаны с конверсионными проявлениями. При этом кардиалгии, астенические расстройства, сниженное настроение и раздражительность достоверно чаще отмечались у пациентов без кардиофобического синдрома. У женщин отмечалась большая, по сравнению с мужчинами, частота астенических проявлений, плаксивости, колебаний настроения и тревоги. У мужчин с кардиофобическим синдромом наблюдалась более высокая частота формирования сверхценной ипохондрии, по сравнению с женщинами.

Среди мужчин, страдающих кардиофобией, начало функциональных кардиоваскулярных расстройств чаще отмечалось в возрасте 36-45 лет. В тех случаях, когда появление кардиоваскулярных нарушений у мужчин происходило до 25 лет или в возрасте 46-55 лет, в последующем достоверно реже наблюдалось формирование кардиофобий. К моменту обследования наибольшая длительность текущего психического расстройства (два года и более) отмечалась в группе мужчин с кардиофобическими расстройствами, а в случаях отсутствия последних давность психопатологических нарушений составляла от 3 месяцев до одного года. В группе женщин аналогичные взаимосвязи достигали лишь уровня тенденции. При этом в 61,5% случаев у мужчин и 67,0% случаев у женщин с кардиофобиями возникновению текущего психического расстройства предшествовали психогении.

В анамнезе женщин, страдающих кардиофобиями, была отмечена большая частота интоксикаций и отравлений (солнечный удар, отравление угарным газом, описторхозная инвазия и терапия хлоксилом и т.д.). Была выявлена достоверная взаимосвязь кардиофобических расстройств и вегетативных пароксизмов, в 91,0% случаев у мужчин и в 68,1% случаев у женщин сопровождавшихся формированием кардиофобий (в остальных случаях наблюдались инсультофобия, алиенофобия и танатофобия). У пациентов с лабильной артериальной гипертензией с достоверной частотой отсутствовали кардиофобические расстройства, но наблюдалась выраженная тревога.

Было обнаружено, что злоупотребляли алкоголем 33,8% мужчин с кардиофобическими расстройствами. У 16,1% женщин с кардиофобиями выявлялась патология желудочно-кишечного тракта (хронический холецистит, язвенная болезнь) вне обострения на момент обследования. В группе мужчин кардиофобический синдром, как правило, был сопряжен с ипохондрической фиксацией, что соответствовало критериям «Ипохондрического расстройства» (F45.2). В группе женщин доля кардиофобий, выявляемых в рамках «Соматоформной вегетативной дисфункции» (F45.3) была достоверно выше. У женщин с кардиофобиями чаще регистрировались единичные суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы на ЭКГ, в то время как у пациенток без кардиофобий нарушений на ЭКГ не было зафиксировано. Было отмечено, что фобии реже формировались при ограниченной только расстройствами сердечно-сосудистой системы форме функциональных нарушений. Часто сопровождающий кардиоваскулярные расстройства гипервентиляционный компонент, ассоциированный с тревогой, усугублял субъективные переживания, способствуя закреплению страха.

Таким образом, на синдромальном уровне коморбидные взаимосвязи определяют феноменологическое многообразие психических расстройств с «функциональными» кардиоваскулярными нарушениями: у мужчин выявлена большая частота кардиофобий, которые чаще возникают при появлении функциональных расстройств в возрасте 36-45 лет; пароксизмов страха и сверхценной ипохондрии; у женщин наиболее представлены гипотимия, аффективная неустойчивость и астенические расстройства; кардиофобии у женщин чаще сочетаются с астеническими и тревожными расстройствами.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИММУНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: РОЛЬ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ И ВОСПАЛЕНИЯ

Вельтищев Д.Ю., Лисицына Т.А., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф., Дрождина Е.Н., Зелтынь А.Е., Краснов В.Н., Насонов Е.Л.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского, НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой

Целью сообщения является этапный анализ результатов междисциплинарной научно-практической программы «Стрессовые факторы и психические расстройства у больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями».

Цель программы: установление клинико-патогенетических взаимосвязей иммуновоспалительных ревматических заболеваний (ИРЗ) – ревматоидный артрит (РА), системная красная волчанка (СКВ), болезнь Бехчета, болезнь Шегрена (БШ), системная склеродермия, ювенильный артрит (ЮА) и психи-ческих расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС). Исследование основано на аффективно-стрессовой модели (Вельтищев Д.Ю. и др., 2009, 2015), являющейся разработкой диатез-стрессовой парадигмы (Monroe S.M., Simons A.D.,1991), акцентирующей роль предрасположения и дистрессовых механизмов в патогенезе как РТДС, так и ИРЗ.

Методы. Междисциплинарное комплексное исследование проводится с применением клинико-психопатологического, клинико-психологического, катамнестического и статистического методов. В динамике клинико-психопатологическими и клинико-психологическими методами обследовано более 500 больных различными ревматическими заболеваниями. Проведен анализ клинических показателей, динамики и выраженности ИРЗ с сопутствующими РТДС и без психических расстройств. Концентрация провоспалительных цитокинов – ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6 с использованием технологии «xMAP« (27-plex) на анализаторе BioPlex-200 (Bio-Rad, США) определена у 45 больных РА.

Результаты. Установлена высокая частота (78,8% – 97,5%) встречаемости психических расстройств, преимущественно тревожно-депрессивного спектра во всех нозологических группах ИРЗ. Выявлено доминирование хронических, провоцированных стрессовыми факторами, депрессивных расстройств (рекуррентных депрессивных эпизодов и дистимии) с существенной представленностью тревожного синдрома в структуре депрессии. Определены не-которые специфические клинико-психопатологические особенности РТДС при разных ИРЗ, в частности, значимые различия в соотношении отдельных вариантов когнитивных нарушений, а также тревожных, тоскливых и апатических синдромов.

Средняя длительность хронических депрессий значимо превышала продолжительность ревматических заболеваний, что свидетельствует о преимущественном развитии ревматических заболеваний на фоне депрессии.

Установлена значимая роль хронических стрессовых факторов в провокации РТДС, ИРЗ и их обострений. Определена высокая частота (48,8% – 78,7%) детских психических травм (преимущественно родительской депривации и насилия) у больных ИРЗ. Установлена значимость психологических особен-ностей больных, в частности, типа аффективности (тревожной, тоскливой и апатической) в индивидуальном реагировании на различные варианты стрессовых факторов с формированием различной психопатологической структуры РТДС и некоторых клинико-динамических особенностей ИРЗ.

Статистически обосновано значимое влияние РТДС на частоту и выраженность когнитивных нарушений у больных различными ИРЗ.

Установлена взаимосвязь между выраженностью боли и наличием РТДС у всех пациентов с ИРЗ. Вероятность выявления депрессивного расстройства была в 6,4 раза выше при РА и в 1,4 раза при СКВ, тревожного расстройства в 1,91 раза при РА и 1,68 раз при СКВ выше среди больных с максимально выраженной болью при сравнении с группой с минимальной болью.

Выявлена ассоциация хронической усталости и РТДС у больных различными ИРЗ: среди пациентов с ИРЗ и РТДС клинически значимая хроническая усталость была выявлена в 3,5-5,75 раза чаще по сравнению с больными без РТДС. Кроме того отмечена связь нарушений сна с РТДС при ИРЗ: среди пациентов с нарушениями сна в 2,5-4 раза чаще диагностировали РТДС.

Высокая воспалительная активность ассоциировалась с умеренной и выраженной депрессией как при РА, так и при СКВ. Уровень всех провоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6) был также значимо выше у пациентов с РА и различными РТДС при сравнении с больными без РТДС.

У пациентов с РТДС в течение трех лет до включения в исследование наблюдалось значимо большее ($p<0,05$) число обострений РА и СКВ по сравнению с пациентами без психических расстройств. В результате многофакторного анализа показано, что хроническая депрессия является фактором риска, негативно влияющим на выживаемость пациентов с СКВ.

Заключение. Междисциплинарное исследование установило наличие клинико-патогенетической взаимосвязи РТДС и ИРЗ обусловленной влиянием дистрессовых факторов и сходных звеньев патогенеза. Эта взаимосвязь проявляется в высокой частоте встречаемости РТДС у больных ИРЗ, наличии общих клинических проявлений, системном характере заболеваний, а также в существенном негативном влиянии РТДС на клинические проявления и прогноз ИРЗ. Результаты исследования определяют необходимость внедрения скрининга, психопатологической и психологической диагностики, а также комплексной терапии и профилактики психических расстройств у больных, страдающих иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями.

ВЫЯВЛЕНИЕ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Володина О.В., Володина О.П.

Воронеж
БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница №1

Цель работы: установление клинико-психопатологических проявлений расстройств адаптации (РА) у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и разработка методов их коррекции.

Материалы и методы исследования: пациенты в возрасте от 30 до 60 лет, находившиеся на стационарном лечении в кардиологическом отделении БУЗ ВО «Воронежской областной клинической больницы №1»: 93 мужчины и 112 женщин с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии со степенью артериальной гипертонии 1-3, риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО) не более 3, недостаточностью кровообращения (НК) не более НIIА, а также 128 мужчин и 113 женщин с ишемической болезнью сердца в виде стабильной стенокардии напряжении я (ССН) ФК I-III с НК не более НIIА без инфаркта миокарда в анамнезе, с установленным диагнозом РА, без сопутствующих соматоневрологических заболеваний, с применением клинико-психопатологического, статистико-математического методов.

Результаты и их обсуждение: результате психопатологического обследования пациентов с РА определена непосредственная этиопатогенетическая роль психотравмирующих факторов умеренно или значительно выраженных: провоцирующая на начальных этапах развития РА, затем патогенетическая – определяющая особенности клиники и течения, а также участие в процессе становления РА вторичных травмирующих факторов. У пациентов с ГБ вторичное психотравмирующее влияние при РА оказывают учащение и утяжеление гипертонических кризов и сопровождающей их вегетативной симптоматики, у пациентов с ССН – увеличение частоты и интенсивности загрудинных болей, снижение объема и интенсивности физических нагрузок, переносимых без приступов, у всех пациентов имелись переживания по поводу необходимости регулярной госпитализации и длительного контролируемого приема препаратов.

Установлены клинико-психопатологические особенности РА у пациентов с ГБ и ССН:

1) аффективные проявления при РА отличались неспецифичностью, не соответствуя клинике и не достигая уровня, типичного для других расстройств (аффективный компонент колебался от субпорогового до легко выраженного (для депрессивного компонента) и до умеренно выраженного (для тревожного компонента));

2) психопатологическая симптоматика в целом определялась непостоянством, лабильностью и напрямую зависела от динамики спровоцировавшего РА психотравмирующего фактора;

3) содержание повторяющихся пессимистических или тревожных переживаний (мыслей, чувств, сновидений), направленных в прошлое или будущее, связано непосредственно с данной психотравмирующей ситуацией и не выходит за рамки реальных событий;

4) психомоторное возбуждение при актуализации стрессовой ситуации и избегание травмирующих переживаний, вызывающих ухудшение психического состояния;

5) эмоциональная лабильность (повышенная тревожность, слезливость, слабодушие);

6) ощущение внутреннего напряжения с неспособностью к релаксации, сопровождающееся нетерпеливостью, раздражительностью;

7) повышенная реактивность вегетативной нервной системы, которая в дебюте РА в наибольшей степени обеспечивалась сердечно-сосудистой и дыхательной системами, при длительном течении характеризовалась нестабильными и полиморфными симптомами;

8) умеренно выраженная астения (увеличение интенсивности физической и в большей степени психической истощаемости, утомляемости или появление стабильной усталости);

9) возможна частичная смена ведущего переживания с психотравмирующего на соматическое заболевание с элементами ипохондрической фиксации на соматическом неблагополучии и уверенностью в его чрезмерной тяжести и серьезности, однако при этом сохраняется актуальность неразрешенной ситуации;

10) нарушения сна;

11) нарушение социальной или служебной адаптации легкой или умеренной степени выраженности (снижение продуктивности в повседневных делах, затруднения в межличностных отношениях).

Установлены факторы, позволяющие заподозрить наличие РА: связь начала или обострения ССЗ со стрессовыми факторами, несоответствие субъективно предъявляемой и объективно выявляемой симптоматики, отсутствие или низкая эффективность соматотропных препаратов

В сотрудничестве с кардиологами и основываясь на собственном многолетнем опыте лечения пациентов кардиологического стационара, страдавших РА, была разработана схема терапии данных расстройств.

В терапии РА применяются различные способы. Одним из наиболее высокоэффективных является психотерапия, в том числе рациональная (доступная врачам всех специальностей), различные варианты психорелаксации (комнаты психологической разгрузки), а также школы пациентов с ССЗ. Выбор препарата осуществляется в зависимости от преобладающего аффекта (тревога и/или депрессия), их степени выраженности, а также выраженности сомато-вегетативных проявлений РА.

При небольшой выраженности и продолжительности клинических проявлений (субклинически или легко клинически выраженная тревога и/или появление единичных симптомов депрессии) эффективность показали следующие группы препаратов: фитотранквилизаторы (валериана, настойки пустырника, боярышника, успокоительный сбор №3, ново-пассит, корвалол и др.), фитоантидепрессанты (общетонизирующие: настойки женьшеня, лимонника, жидкие экстракты левзеи, родиолы, элеутерококка, пантокрин, фитоантидепрессанты на основе зверобоя (негрустин)), гомеопатические препараты (тенотен), при доминировании в симптоматике нарушений сна гипнотики коротким курсом (10-14 дней) (ивадал, имован, мелаксен, донормил)).

При умеренно выраженной тревоге и/или субдепрессии или легкой депрессии применяются на выбор следующие группы препаратов: транквилизаторы коротким курсом предпочтительнее небензодиазепиновые (атаракс, афобазол), при необходимости возможно применение бензодиазепиновых («дневные» – мезапам, грандаксин, транксен, мексидол, адаптол,«классические»: феназепам, сибазон, лоразепам, алпразолам), и/или антидепрессанты (лучше атипичные) (с преобладанием седативного – тианептин, тразодон, азафен, с преобладанием активирующего – флуоксетин, сбалансированные – пиразидол, пароксетин, сертралин, циталопрам, гептрал). Следует помнить, что транквилизаторы потенцируют действие антигипертензивных препаратов, и их не применяют у больных с имевшейся в прошлом зависимостью от алкоголя и медикаментов (лучше малые дозы нейролептиков: сульпирид, алимемазин, труксал).

Во всех случаях применяется физиотерапия (иглорефлексотерапия, статический душ, горный воздух, дарсонваль волосистой части головы, массаж), общеукрепляющая (поливитамины) и метаболическая терапия (актовегин, танакан, магне-В6 и др.), ноотропы (при тревожной симптоматике – фезам, пикамилон, пантогам, фенибут, при смешанной – фенибут, ноотропил, при депрессивной – энцефабол, пикамилон, при всех видах – глицин).

Выводы: полученные результаты позволяют повысить информированность об особенностях клинических проявлений и терапии РА кардиологов и врачей общей практики, квалификация которых вполне позволяет лечить РА самостоятельно. Консультация психиатра или психотерапевта нужна лишь в случае отсутствия достаточного эффекта от проводимого лечения с тенденцией к затяжному течению, либо при наличии выраженной депрессивной реакции с риском суицидального поведения.

ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РОССИИ/ СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ)

Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Панов Д.О., Есипенко О.В.

Новосибирск
НИИ терапии и профилактической медицины, Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний

Цель исследования: Определить гендерные различия распространенности личностной тревожности (ЛТ) в открытой популяции 25-64 лет и риск развития АГ у населения с высоким уровнем тревожности (ВУТ) России/Сибири (г.Новосибирск).

Материалы и методы: В рамках III скрининга программы ВОЗ «MONICA-psychosocial« обследована случайная репрезентативная выборка населения обоего пола 25-64 лет г. Новосибирска в 1994 г. (мужчины n=657, 44,3±0,4 года, респонс – 82,1%; женщины n=870, 45,4±0,4 года, респонс- 72,5%). Проведена: регистрация социально – демографических данных, определение ЛТ. В течение 16- летнего периода (1994-2010 гг.) были определены все впервые возникшие случаи артериальной гипертензии (АГ) в когорте. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS версия 11,5. Использовали: критерий «хи-квадрат, регрессионную модель Кокса. Достоверность во всех видах анализа была принята при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. В открытой популяции среди населения 25-64 лет у 59,9% женщин и 50,9% мужчин была ВУТ ($\chi 2=15,937$ $\upsilon=2$ P=0,0001). В однофакторной модели Кокса через 5 лет риск АГ в возрасте 25-64 лет был выше у мужчин (HR= 5), чем у женщин (HR=2,3) при наличии ВУТ. В течение 10-летнего периода женщины 55-64 лет с ВУТ имели более высокий риск развития

АГ – в 10 раз, чем мужчины – в 7,9 раз. Многофакторный анализ Кокса выявил у женщин влияние ВУТ на риск АГ в 55-64 лет (HR=7,9); у мужчин влияние ВУТ на риск АГ было выше у разведенных (HR=4,3) и овдовевших мужчин (HR=4,8) и в 55-64 лет (HR=5,5).

Заключение. Высокий уровень тревожности является фактором риска развития АГ среди обеих половых групп, причем он выше у женщин. В тоже время риск АГ выше у мужчин в течение первых 5 лет, а у женщин в течение первых 10 лет в старшей возрастной группе.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ КАК ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО УРОВНЯ НОЗОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

Глушкова В.П.

Курск
ОБУЗ Областной перинатальный центр,
Курский ГМУ

В настоящее время большое внимание исследователей уделяется психологическому состоянию женщин в период беременности (Филиппова Г.Г., 1999; Еникопов С.Н., 2000; Хломов К.Д., 2005; Земзюлина И.Н., 2009; Василенко Т.Д., 2011), так как происходят не только физиологические изменения в организме, но и психоэмоциональные изменения состояния женщины. При этом недостаточно изученными остаются вопросы психосоматического состояния, а именно психологические реакции женщин с осложненной беременностью. Железодефицитная анемия, согласно данным ВОЗ, является наиболее часто встречающимся осложнением беременности с высокой степенью распространенности 50-80%, сопровождающееся сниженным настроением, быстрой утомляемостью, общей слабостью и другими негативными состояниями. Обозначившаяся тенденция приводит нас к необходимости анализа проблемы, связанной с изучением психологического уровня нозогенных реакций у беременных с анемией. Под нозогенными реакциями понимаются психогенные расстройства, обусловленные влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием. Проявления нозогений зависят от психологических, социальных, конституциональных (характерологических) и биологических (объективные проявления болезни) факторов (Смулевич А.Б., 1994).

В связи с этим целесообразно изучить уровень тревожности как проявление психологического уровня нозогенных реакций у беременных с анемией.

Целью **данного исследования** является исследование уровня тревожности как проявления психологического уровня нозогенных реакций у беременных с анемией. Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областного Перинатального Центра» г. Курска в отделении патологии беременных. Экспериментальную группу составили 30 беременных женщин в III триместре с анемией. В контрольную группу вошли 30 беременных женщин с нормальным физиологическим протеканием беременности, находящихся на дородовой госпитализации. Исследование проявлений тревожности осуществлялось с использованием методики Спилбергера-Ханина. Математическая обработка полученного материала проводилась с помощью программы «Statistika 6.0». Для проверки статистических гипотез использовался непараметрический критерий Манна-Уитни – U.

В ходе исследования уровня тревожности как проявления психологического уровня нозогенных реакций были получены следующие результаты. Показатели средних тенденций при исследовании уровня тревожности по методике Спилбергера И.Д. в адаптации Ханина Ю.Л. в группах испытуемых составили: по ситуативной тревожности у беременных с анемией (52,17±12,70), у беременных без анемии (39,00±9,00); по личностной тревожности у беременных с анемией (50,10±11,70), у беременных без анемии (39,50±7,23). Для выявления различий в уровне исследуемого признака (личностная и ситуативная тревожность) использовался U-критерий Манна-Уитни ($p<0,05$)

На основании оценки значимости различий показателей тревожности у беременных с анемией преобладает личностная тревожность (Uэмп=199,5; U кр=1010) и ситуативная тревожность (Uэмп=187;U кр=1010).

Таким образом, высокие показатели личностной и ситуативной тревожности у беременных с анемией свидетельствуют об устойчивой склонности воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие. При этом у беременных с анемией часто проявляется напряжение и беспокойство, отмечается низкий уровень самочувствия и настроения, что говорит о психологическом дискомфорте и сниженном эмоциональном фоне женщин с осложненной беременностью. Полученные результаты могут быть использованы в дальнейшем для построения коррекционной программы с целью оптимизации психологического состояния женщин с осложненной беременностью.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Горчакова А.А., Бочарова Е.А.

Архангельск
Северный ГМУ

Возникновение заболевания является сильным стресс-фактором, затяжное течение которого создает длительное психоэмоциональное напряжение (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис, 2008). Низкая стрессоустойчивость лиц с язвенной болезнью, как психическая составляющая, имеет важное значение в развитии заболевания при сочетании с иммунными, генетическими и средовыми факторами (Ф.Б. Березин с соавт., 1998; Оганезова И.А. с соавт., 2005). Склонность к рецидивированию является дополнительным фактором, усугубляющим состояние хронического стресса. Вместе с тем, хроническое заболевание может как снижать общий уровень поведенческой активности в процессе совладания со стрессом, так и активизировать человека для преодоления недуга.

Целью исследования было изучение копинг-поведения лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Изучались стрессоустойчивость, личностные особенности, копинг-стратегии, взаимосвязи между ними.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе городской клинической больницы. Обследовано 50 мужчин в возрасте от 30 до 55 лет (25 – с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и 25 – с язвенной болезнью желудка) без сопутствующих заболеваний. Средний стаж заболевания – 7,7 лет. Выборка формировалась сплошным методом. Проведение исследования включало в себя: анкетирование; «Методику для определения вероятности развития стресса» Т.А. Немчин; методику «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхан (Куприянов Р.В., Кузьмина Ю.М., 2012); Фрайбургский личностный опросник, FBI (модифицированная форма В) (Крылов Р.В., Маничев С.А., 2003). Статистическая обработка данных проведена с помощью программы STATA 12.0, критериев Шапиро– Уилка, Манна–Уитни, углового преобразования Фишера, коэффициента корреляции r-Спирмена. Критический уровень значимости – $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Показатели стрессоустойчивости лиц с язвенной болезнью различались в зависимости от локализации дефекта. Стрессоустойчивость лиц с язвенной болезнью желудка была выше (p=0,025), ее высокий уровень наблюдался у этих лиц значительно чаще. Они чаще использовали стратегии «разрешение проблем» (p=0,003) и «поиск социальной поддержки» (p=0,025). Напротив, у лиц с дуоденальной язвой преобладал высокий уровень стратегии «избегания» (p=0,005). В этой группе отмечался низкий уровень копинг-стратегий «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки» (p<0,01), что может говорить о склонности отрицать заболевание и нежелании признавать свою роль в его развитии.

Личности пациентов в целом были свойственны депрессивность, застенчивость, неуравновешенность. При этом лица с дуоденальной язвой имели более низкие значения уравновешенности (p=0,000), реактивной агрессивности (p=0,034), открытости (p=0,001) и более высокие – депрессивности (p=0,000). Низкое значение показателя по шкале «уравновешенность» отражает тревожность, которая сочетаясь с низкой «реактивной агрессивностью» может приводить к повышенной конформности и уступчивости, трудностям в социальных контактах (Яргина О.А., 2009). Стрессовое реагирование таких лиц может протекать по пассивно-оборонительному типу, следствием которого является нарастание психоэмоционального напряжения. Интровертированность может усилить возможность развития декомпенсации при высоком уровне стресса (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2008). Лица с желудочной язвой имели более высокие значения этих показателей, за исключением депрессивности. Для обследуемых лиц данной группы также были характерны тревожность, неуверенность, внутренняя скованность, сочетающиеся при этом с проявлениями активности и стремлением к открытости. Последние свидетельствуют о тенденции к активной жизненной позиции, что значительно повышает устойчивость к стрессу и может быть использовано в качестве ресурса при проведении психотерапии и профилактике рецидива заболевания.

Независимо от нозологической формы у лиц с язвенной болезнью выявлены устойчивые взаимосвязи, свидетельствующие о том, что чем выше уровень стрессоустойчивости, более выражены черты эмоциональной лабильности, реактивной агрессивности, экстравертированности и менее выражены черты застенчивости, тем чаще преобладают конструктивные копинг-стратегии решения проблем и поиска социальной поддержки. Лица с высокой стрессоустойчивостью, обладая достаточными социальными и личностными ресурсами, более способны к преодолению трудностей, в том числе, касающихся проблем здоровья.

Выводы. Копинг-поведение лиц с язвенной болезнью имеет особенности в зависимости от нозологической формы. Лица с желудочной язвой более стрессоустойчивы и чаще используют конструктивные копинг-стратегии, в то время как лица с дуоденальной язвой наиболее склонны к выбору дезадаптивных копинг-стратегий.

Личность пациентов с язвенной болезнью характеризуется высокими показателями депрессивности, застенчивости и низкими показателями уравновешенности и реактивной агрессивности. При этом пациенты с дуоденальной язвой обладают более низким уровнем реактивной агрессивности, уравновешенности, открытости.

Выявленные взаимосвязи между стрессоустойчивостью, реактивной агрессивностью, экстравертированностью, эмоциональной лабильностью и конструктивными копинг-стратегиями лиц с язвенной болезнью необходимо учитывать при разработке психокоррекционных, психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий, требующих от пациента осознания необходимости получения медико-психологической помощи, потребности в социальной и эмоциональной поддержке.

КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Грибова О.М.

Санкт-Петербург
СПбГУ

Введение. В современных исследованиях описывается значительная распространенность психопатологии среди пациентов отделений реконструктивной хирургии. Уточнение клинико-феноменологических особенностей данных пациентов может оптимизировать не только тактику лечения, но и повысить эффективность оказания им медицинской помощи в целом.

Цель исследования: выявление клинических особенностей течения психических расстройств, выявляемых среди пациентов, перенесших пластические реконструктивные операции.

Материал и методы. Обследовано 18 пациентов, перенесших пластические реконструктивные операции в области лица (88,9%) и туловища (11,1%). 66,7% составили женщины, 33,3% – мужчины, средний возраст пациентов 41,1±13,9 лет. В исследовании использовались катамнестический метод и метод клинико-шкальной оценки (шкала депрессии Гамильтона, ВАШ). Статистическая обработка данных (для малых выборок) произведена с помощью IBM SPSS Statistics v.22.

Результаты и обсуждение. В 22,2% случаев причиной операций явились внезапные состояния (травма), в 87,8% – длительно развивавшиеся процессы (опухоли, врожденные дефекты). В 50,0% случаев поражение оценивалось как неглубокое, размеры дефекта не превышали 6*6 см, затрагивали кожу и прилегающие мягкие ткани, значимого влияния на функции пораженного органа не отмечалось, косметический дефект устранялся за 1-2 хирургические операции. В остальных случаях имело место поражение глубоких мягких тканей и костных структур с нарушением жизненно важных функций (дыхание, глотание), что, как правило, требовало серии восстановительных операций. Все пациенты имели поддержку со стороны семьи и близких. 50,0% пациентов имели законченное высшее образование. 33,3% пациентов на момент обследования не работали (из них только один пациент – в связи с выходом на пенсию по возрасту).

В 94,4% случаев при предложении консультации психолога-психотерапевта пациенты ответили отказом. Психопатологическая симптоматика, достигавшая клинически значимого уровня, выявлялась в 61,1% случаев. Однако пациенты обычно не обращались к специалистам в области душевного здоровья, несмотря на формально сохранную критику к имеющимся жалобам (в основном, тревожно-депрессивного круга). На момент обследования только один пациент получал специфическую психофармакотерапию (антидепрессант, назначенный неврологом).

В большинстве случаев пациенты интересовались разнообразными медицинскими аспектами касательно физического недуга, в 33,3% случаев выявлялись ипохондрические тенденции (сосредоточенность на телесных ощущениях, поглощенность вопросами здоровья и/или здорового образа жизни). В 16,7% случаев обнаруживалась диссоциативная реакция на болезнь по типу компартмент-диссоциации (нарочито хорошее настроение при тяжелом деформирующем поражении тканей лица).

Характерологические особенности исследовались в соответствии с клинической классификацией А.Е.Личко (1982). В 22,2% случаев зарегистрирована психастеническая акцентуация характера, в 16,7% – истероидная; сенситивная и смешанная встречались в 11,1% случаев каждая, эпилептоидная – в 5,6%. В 22,2% случаев характерологические особенности не достигали уровня акцентуации. В 11,1% случаев личностные особенности достигали уровня психопатологических (в соответствии с критериями МКБ-10; в рамках шизоидного расстройства личности, невротического развития).

Выводы. Для пациентов, перенесших реконструктивные пластические операции, характерна низкая обращаемость с жалобами психиатрического регистра при широкой распространенности психопатологической симптоматики. Треть пациентов обнаруживает ипохондрические тенденции, 16,7% – диссоциативные реакции на болезнь. С учетом характерологических и клинических особенностей может быть рекомендован гуманистический подход в беседе с раскрытием переживаний пациента, краткосрочные курсы когнитивно-бихевиоральной терапии (в рамках мультидисциплинарного подхода к ведению данных пациентов).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

Давыдова Э.В., Маммаев С.Н., Моллаева Н.Р.

Махачкала
Дагестанская ГМА

Введение. Одним из важнейших показателей здоровья населения в настоящее время является качество жизни (КЖ), оценка которого представляет собой важный аспект современных медицинских исследований (Chin Y.R., 2014). Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и депрессивные расстройства, оказывают негативное влияние на качество жизни (КЖ), физическое, социальное и психическое функционирование больных (Вологдина И.В., 2009; O'Neil A., Stevenson C.E., Williams E.D. et al., 2013). Некоторые авторы даже утверждают, что депрессия является одним из наиболее мощных факторов, определяющих снижение общего КЖ (Hsu N.W., 2014). Существует разнообразные методики, позволяющие проводить оценку КЖ, самым распространенным и широко используемым из которых является опросник SF-36, позволяющий оценить состояние пациента по 8 подшкалам (физическое и социальное функционирование, ограничение ролей вследствие эмоциональных проблем, психическое здоровье, энергия и живость, боль и общее восприятие собственного здоровья).

При ССЗ исследования КЖ проводят для оценки степени тяжести и прогноза заболевания, а также эффективности проводимого лечения (Драпкина О.М., Дадаева В.А., 2014; Савченко М.А., 2011). Достижение ремиссии при депрессивном расстройстве само является значимой целью лечения, так как это способствует снижению сердечно-сосудистых осложнений, а также летальности у пациентов с ССЗ.

Цель: оценка качества жизни у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и коморбидными депрессивными расстройствами на фоне терапии антидепрессантами.

Материалы и методы. Обследовано 142 пациентов с различными ССЗ в возрасте от 18 до 65 лет и депрессивными расстройствами, оцененными с использованием шкалы Бека. В первую группу пациентов были включены лица с установленным диагнозом артериальная гипертензия (АГ) – 39 (27,5%) больных. Во вторую группу были включены пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе -53 (37,3%) и в третью – пациенты с ИБС с ИМ – 50 (35,2%) человек.

Легкая депрессия (10-15 баллов) была диагностирована у 18 (26,5%), 11 (15,3%) и 9 (12,7%) пациентов 1,2 и 3 групп соответственно. Умеренная (16-19 баллов) – у 13 (19,1%), 19 (26,4%), 14 (19,7%), выраженная (20-29 баллов) – у 8 (11,8%), 17 (23,6%) и 20 (28,3%) пациентов 1,2 и 3 групп соответственно. У пациентов с АГ случаев тяжелой депрессии (>30 баллов) выявлено не было. Во второй группе тяжелая депрессия наблюдалась у 6 (8,3%) пациентов, а в третьей – у 7 (9,9%) пациентов.

Все больные проходили стандартное общеклиническое обследование, которое включало в себя оценку жалоб, анамнеза, физикальное и лабораторно-инструментальные обследования. Пациентам, включенным в исследование, был назначен селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС) пароксетин начиная с 10 мг/сут при однократном приеме, с наращиванием дозировки до 20 мг/сут через неделю. В ходе исследования проведено углубленное изучение отдельных параметров интегрального показателя КЖ с использованием шкалы SF-36 до начала лечения и через 3 месяца.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием Microsoft Excel и статистического программного обеспечения SPSS 15.0. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Проводя анализ уровня КЖ, выявлено, что у пациентов всех групп были затронуты такие сферы, как физическая активность, жизнедеятельность, отношение к здоровью, психическое здоровье и эмоциональная лабильность. Все показатели КЖ по всем шкалам опросника SF-36 у больных с ССЗ были снижены.

После курса проведенного лечения у пациентов 1 группы КЖ улучшилось практически по всем показателям. Так, физическая активность до начала лечения была 55,37±4,21, а через 3 месяца увеличилась на 18% и составила 65,52±4,87 ($p<0,05$). Роль физических проблем в обеспечении жизнедеятельности возросла на 26% и составила 62,87±5,27 ($p<0,05$). Общее восприятие здоровья до начала лечения составило 46,63±5,32 балла, а после – 57,81±5,98, что на 25% больше ($p<0,05$). Максимальное улучшение наблюдалось при оценке показателя жизнеспособности, который возрос на 45% и составил после курса лечения 55,36±4,84 балла, и роли эмоциональных проблем в обеспечении жизнедеятельности – улучшение на 71% ($p<0,05$). Показатель психического здоровья также улучшился на 43% и составил 65,73±7,52 балла по сравнению с 45,78±6,83 баллами до начала терапии ($p<0,05$). По показателям социальной активности и физической боли не было выявлено статистически значимых различий ($p>0,05$).

У пациентов 2 группы также наблюдалось значительное улучшение показателей КЖ. Статистически значимые различия наблюдались по таким показателям как физическая активность, которая возросла на 31% (до лечения – 51,23±4,27, после – 67,39±5,28 баллов); роль физических проблем в обеспечении жизнедеятельности на 28% (до лечения – 42,40±3,12, после – 53,96±4,29 баллов); общее восприятие здоровья, которое улучшилось на 20% (до лечения – 43,61±4,87, после – 52,78±5,58 баллов); жизнеспособность – на 32% (до лечения – 33,65±4,89, после – 45,08±5,62 баллов), а также роль эмоциональных проблем в обеспечении жизнедеятельности и психическое здоровье – улучшения на 60% и (до лечения – 40,48±5,37, после – 63,76±5,82 балла) и 54% (до лечения – 41,19±5,36, после – 62,62±6,18 балла) соответственно ($p<0,05$).

У пациентов 3 группы динамика улучшения КЖ была менее выражена. Значимые улучшения наблюдались лишь по показателям общее восприятие здоровья на 40% (до лечения – 40,37±3,48, после – 55,56±4,20 баллов), жизнеспособности на 40% (до лечения – 51,23±4,27, после – 67,39±5,28 баллов), ролевое эмоциональное функционирование на 62% (до лечения – 39,57±5,61, после – 64,79±6,51 балла) и психическое здоровье на 67% (до лечения – 36,32±4,38, после – 59,87±5,02 балла) ($p<0,05$).

При оценке критериев эффективности и исходов лечения выявлено, что полная ремиссия наблюдалась у 25 (64,1%) пациентов первой группы, 22 (41,5%) – второй и 16 (32,0%) – третьей, что в 2,0 и 1,3 раза меньше, чем в первой и второй группах соответственно ($p<0,05$). Кроме того, незначительные

улучшения у пациентов третьей группы наблюдались в 4,3 и 1,7 раза чаще, чем у пациентов первой и второй групп соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, лечение СИОЗС приводит в статистически значимому улучшению КЖ больных с различными ССЗ, особенно по показателям жизнеспособности, ролевому эмоциональному функционированию и психическому здоровью. Наибольшая эффективность лечения наблюдается у пациентов с АГ, тогда как наличие ИМ в анамнезе преимущественно способствует незначительным улучшениям.

Выводы. Коморбидные депрессивные расстройства приводит к значительному снижению КЖ у пациентов с ССЗ. Терапия СИОЗС приводит к улучшению всех показателей КЖ (SF-36).

КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Давыдова Э.В., Маммаев С.Н., Моллаева Н.Р.

Махачкала
Дагестанская ГМА

Введение. Распространенность депрессии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) по данным различных исследований варьирует в широких пределах (Colquhoun D.M., Bunker S.J., Clarke D.M., 2013, Cooney M.T., Kotseva K., Dudina A., 2013). Так, легкие формы депрессивных расстройств обнаружены почти у двух третей пациентов, находящихся в стационаре после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) (Cay E.L., Vetter N., Philip A.E., 1972), в то время как большая депрессия обнаруживается примерно у 15% пациентов с ССЗ (Colquhoun D.M., Bunker S.J., Clarke D.M., 2013). Эти показатели почти в 2-3 раза превышают обнаруживаемые в общей популяции, хотя они и сопоставимы с распространенностью депрессии в течение жизни (Kessler R.C., Berglund P., Demler O. et al., 2003).

Учитывая более высокую распространенность депрессии у пациентов с ССЗ, можно предполагать, что либо депрессия предрасполагает к развитию ССЗ, либо ССЗ приводят к развитию депрессии (Hare D.L., 2011). В настоящее время предложено несколько механизмов, которые позволяют объяснить наблюдаемую взаимосвязь. К ним относят изменения функционирования автономной нервной системы (de Jonge P., Mangano D., Whooley M.A., 2007), активности тромбоцитов (Ziegelstein R.C., Parakh K., Sakhuja A., 2007), факторов свертываемости крови, включая ингибитор активатора плазминогена-1 и фибриноген, провоспалительные цитокины (Brouwers C., Mommersteeg P.M.C., Nyklэгc̆ek I., 2013), эндотелиальную дисфункцию, нейрогуморальные факторы и генетические факторы, включая механизм серотонинового транспортера (Parissis J.T., Fountoulaki K., Filippatos G. et al., 2007, de Jonge P., Rosmalen J.G.M., Kema I.P. et al., 2010).

Несмотря на высокую распространенность большого депрессивного расстройства и легких депрессивных состояний у пациентов с ССЗ, а также негативное влияние депрессии на прогноз и выживаемость, лишь небольшой процент таких пациентов получают соответствующее лечение (Александров А.А., 2009, Довженко Т.В., Васюк Ю.А., Семиглазова М.В. и др., 2009, Симуткин Г.Г., 2013). Это связано, преимущественно, с низкой долей распознавания депрессивных состояний вследствие частичного совпадения симптомов с последствиями пребывания в стационаре (нарушения сна, утомляемость, потеря аппетита, ощущение вины, тревога) и атипичных проявлений депрессии. Кроме того, врачи-терапевты могут опасаться назначать лечение соответствующее лечение по соображениям безопасности антидепрессантов, учитывая потенциальные лекарственные взаимодействия или нежелательное влияние на сердечно-сосудистую систему (ССС) (Van den Brink R.H., Van Melle J.P., Honig A., et al., 2002).

Цель: оценка эффективности селективного ингибитора обратного захвата серотонина (СИОЗС) в коррекции депрессивных расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Материалы и методы: Проведено обследование 211 пациентов с такими ССЗ как артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) без ИМ в анамнезе и ИБС с ИМ в возрасте от 18 до 65 лет, из которых у 142 (67,3%) человек были выявлены признаки депрессивных расстройств по шкале Бека.

Оценка состояния пациентов проводилась на основе комплекса клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования (изучение жалоб и анамнеза; общий осмотр; мониторинг соматического состояния; эхокардиография). Пациентам с признаками депрессии был назначен СИОЗС пароксетин начиная с 10 мг/сут при однократном приеме, с наращиванием дозировки до 20 мг/сут через неделю. Оценку эффективности терапии проводили на 1-й и 3-й месяц от начала лечения с использованием шкалы Бека и оценки ситуативной тревожности по методике Спилбергера-Ханина. Выраженность побочных эффектов оценивали с использованием шкалы UKU «Udvald for Kliniske Undersogelser Scale».

Результаты. Легкая/умеренная депрессия (10-19 баллов) была диагностирована у 84 пациентов, из них у 31 (36,9%) пациента с АГ, 30 (35,7%) с ИБС и ИМ, 23 (27,4%) с ИМ. Выраженная/тяжелая (>20 баллов) выявлена у 58 человек – у 8 (13,8%), 23 (39,7%), 27 (46,5%) при АГ, ИБС без ИМ, ИБС с ИМ соответственно.

На фоне терапии пароксетином у всех пациентов значимо снизилась выраженность депрессивной симптоматики. Так, у пациентов с АГ выраженность легкой/умеренной депрессии уменьшилась в 3,24 раза через 1 месяц после начала терапии и через 3 месяца лечения отсутствовала ($p<0,05$), а частота выраженной/тяжелой депрессии сократилась в 2,57 раза через 1 месяц и в 6,9 раза через 3 месяца ($p<0,05$).

У пациентов с ИБС без ИМ через месяц после начала лечения частота выраженной/тяжелой и легкой/умеренной депрессии снизилась в 2,87 и 2,72 раза соответственно ($p<0,05$), а через 3 месяца лишь у 1,4% и 2,8% пациентов отмечены признаки выраженной/тяжелой и легкой/умеренной депрессии, что в 7,93 и 5,46 раза меньше по сравнению со значениями, полученными через 1 месяц после начала лечения.

У пациентов с ИБС и ИМ в анамнезе частота выраженной/тяжелой депрессии уменьшилась в 2,45 раза через 1 месяц терапии и еще в 3,69 раза через 3 месяца ($p<0,05$), а выраженность легкой/умеренной депрессии – в 2,55 и 2, 27 через 1 и 3 месяца лечения соответственно ($p<0,05$).

До начала терапии пароксетином низкая ситуативная тревожность (<30 баллов) отмечена у 32 (22,5%), умеренная (31-45 баллов) – у 59 (41,5%) и высокая (>45 баллов) – 51 (36,0%) человека. Через 3 месяца после начала лечения отмечено значимое увеличение числа пациентов со средней ситуативной тревожностью до 127 (89,4%), что характеризовало наличие умеренной тревожности, тогда как низкая и высокая тревожности были отмечены лишь у 7 (4,9%) и 8 (5,7%) пациентов соответственно ($p<0,05$).

Выявлены легкие или умеренно выраженные нежелательные явления (слабость, нарушение сна, нарушение концентрации внимания, головокружение, головная боль, сухость во рту, тошнота, запор, задержка мочеиспускания, ощущение сердцебиения), которые не требовали отмены терапии и к 3-му месяцу терапии нивелировались у большинства пациентов.

Выводы: лечение СИОЗС пароксетином способствует значимому снижению депрессивной симптоматики и нормализации уровня ситуативной тревожности.

ПРОБЛЕМА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ)

Данелия И.В., Погосов А.В.

Курск
Курский ГМУ

Заболеваемость нервной анорексией постоянно растет, причем преимущественно среди девушек 15-19 лет (Каданцева Т.Ю., Петров В.Г., 2004; Брюхин А.Е., 2011).

Целью исследования являлось изучение клинических и психологических особенностей инициального периода нервной анорексии.

Материалы и методы. Нами проведено комплексное исследование 42-х лиц женского пола в возрасте от 15 до 23 лет. В контрольную группу вошла 21 девушка с установленным диагнозом нервная анорексия. Основную группу составила 21 девушка с проявлениями инициального периода нервной анорексии. Клиника нервной анорексии изучалась при помощи анкеты, в которую были внесены критерии диагностики заболевания, предложенные МКБ-10 и DSM-IV. В нее включены: вес (по данным индекса массы тела Квателета – ИМТ), страх перед увеличением массы тела, дисморфомания в виде убежденности в «излишней полноте», избегание приемов пищи, использование различных подходов для снижения веса, нарушения менструального цикла и критичность в отношении веса.

Для анализа психологических особенностей использовались следующие методики: тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана, методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн, тест-опросник измерения мотивации достижения А. Мехрабиана в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета STATISTICA 6.0. Использовались критерий U Манна-Уитни и φ* Фишера.

Результаты и их обсуждение. Сравнительная оценка распределения клинических проявлений инициального и аноректического периодов нервной анорексии показала преобладание в основной группе лиц, индекс массы тела которых находился в пределах нормы – 16 человек (76,2%) и лишь у 2-х был ниже (9,5%); у 3-х – выше (14,3%) нормы. В контрольной группе во всех случаях (100%) ИМТ зафиксирован ниже нормы.

Как в основной (19 человек, 90,5%), так и в контрольной (20 человек, 95,2%) группах значительное число обследованных отмечали у себя страх перед увеличением массы тела.

В инициальном периоде преобладало количество больных (10 человек, 47,6%), считавших «излишне полным» все тело, в контрольной группе (аноректический период) была заметна дифференциация по частям тела, которые больные считали наиболее «полными». Она касалась ног (15 человек, 71,4%), живота, бедер, лица-щеки, скулы (по 9 человек, 42,9%).

Стойкое избегание приемов пищи в основной группе было обнаружено только в 1-м случае (4,8%), преобладало непостоянное избегание приемов пищи (в 18 случаях – 85,7%) и лишь 2 человека (9,5%) признали это несвойственным для себя. В контрольной группе: 7 обследованных (33,3%) признались, что стараются постоянно избегать любых приемов пищи, и 14 (66,7%) отметили, что избегают приемов пищи иногда.

Среди подходов для снижения веса в основной группе на первом месте по частоте было «использование средств, понижающих аппетит» (10 человек, 47,6%), на втором – «чрезмерные гимнастические упражнения» (9 человек, 42,9%), с наименьшей частотой встречался вариант «прием диуретиков» (2 человека, 9,5%). В контрольной группе на первом месте были «чрезмерные гимнастические упражнения» (12 человек, 57,1%), на втором – «использование средств, понижающих аппетит» (11 человек, 52,4%), с наименьшей частотой наблюдалось «отсутствие способов снижения веса» – 3 человека (14,3%).

Нарушения менструального цикла в основной группе регистрировалось в 15 случаях (71,4%), из которых отсутствие месячных в течении 3-х месяцев и более отметили у себя 4 человека (19,1%), 2-х месяцев – 2 человека (9,5%), 1 месяца – 9 человек (42,8%). Не указывали на нарушения менструального цикла 6 человек (28,6%). В контрольной группе отсутствие месячных в течении 3-х месяцев имело наибольшее число обследованных – 13 человек (62%), остальные 8 человек наблюдали нарушение менструального цикла в течении 2-х месяцев (38%).

Отсутствие критичности в отношении собственного веса и в контрольной и в основной группах имело наибольший удельный вес: в основной группе – у 12 человек (57,1%), в контрольной – у 17 (80,9%). Критичность сохранялось в основной группе у 9 человек (42,9%), в контрольной группе – у 4-х (19,1%).

Сравнительная характеристика клинических симптомов свидетельствует о том, что лиц в инициальном периоде нервной анорексии будут отличать: отсутствие критически сниженного веса, а именно распределение веса в пределах нормы; более редкое избегание приемов пищи; отсутствие стойких нарушений менструального цикла; наличие в боӏльших случаях критичности в отношении веса. Страх перед увеличением массы тела выражен в обеих группах примерно одинаково.

Данные, полученные клиническим методом, подтверждались и статистически. При анализе клинических проявлений заболевания установлены значимые статистические различия по параметрам стойкое избегание приемов пищи и нарушения менструального цикла в течении 3-х месяцев и более; различия на уровне статистической тенденции обнаружены по параметрам критичность в отношении веса, дисморфомания (в области ног и лица-щеки, скулы) и нарушения менструального цикла в течении 2-х месяцев.

В сравнительном аспекте были изучены психологические особенности больных нервной анорексией в инициальном и аноректическом периодах заболевания.

Выявлены различия в методике «Исследование волевой саморегуляции» в основной и контрольной группах, которые свидетельствуют о более низких показателях волевой саморегуляции (p-level – 0,00003), настойчивости (p-level – 0,000012) и самообладания (p-level – 0,07) в группе девушек с инициальным периодом нервной анорексии.

При анализе результатов методики исследования самооценки Дембо-Рубинштейн получены следующие результаты: уровень самооценки, выявленный в группе лиц с инициальным периодом нервной анорексии, выше аналогичного показателя в контрольной группе (p-level – 0,03). Уровень притязаний был высок в обеих группах (p-level – 0,2).

Результаты исследования мотивации достижения с помощью теста-опросника для измерения мотивации достижения свидетельствуют о наличии в обеих группах одинакового уровня мотивации – мотивации избегания неудач, поскольку баллы в обеих группах не превышали 164 (p-level – 0,1).

Как видно, по данным экспериментально-психологического исследования в психологическом профиле для лиц с инициальным периодом нервной анорексии характерен более высокий уровень самооценки и низкий уровень волевой саморегуляции, настойчивости и самообладания, нежели для лиц с аноректическим периодом заболевания. Исходя из результатов проведенного исследования, уровень притязаний и мотивации избегания неудач одинаков у лиц обеих выборок.

Выводы. Результаты комплексного обследования лиц с инициальным периодом нервной анорексии показали, что среди диагностических критериев, предложенных МКБ-10 и DSM-IV, отсутствуют критерии специфические для диагностики ранних проявлений нервной анорексии. При наличии выраженной дисморфомании у этих девушек в большинстве случаев вес еще находится в пределах нормы, не наблюдается стойкого избегания

приемов пищи, нет длительных нарушений менструального цикла, остается сохранной критика к собственному весу. Между тем, психологическими показателями специфичными для раннего этапа нервной анорексии можно считать низкий уровень волевой саморегуляции, мотивацию к избеганию неудач, самооценку ниже среднего уровня и высокий уровень притязаний.

Полученные данные могут быть использованы для скрининга нервной анорексии на ранних этапах течения заболевания и своевременной психологической коррекции.

УЛУЧШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭСЦИТАЛОПРАМА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Данилин И.Е., Невозинская З.А., Артемьева М.С., Корсунская И.М., Соболев В.В.

Москва
РУДН,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Псориаз является распространенным хроническим дерматозом, которым, по данным различных авторов, в среднем страдает от 2 до 7% населения планеты. Его этиология остается в настоящее время до конца не изученной. Большинство исследователей относят псориаз к мультифакторным заболеваниям, обусловленным как генетическими, так и средовыми факторами. Насчитывается более 100 триггерных механизмов, способных привести к манифестации или ухудшению течения уже имеющегося заболевания. К ним относятся физические и химические повреждения кожи, нарушения и даже физиологические изменения обмена веществ, инфекции, интоксикации и многие другие. Психогенные факторы, по мнению и лечащих врачей, и самих пациентов, нередко занимают в этом списке ведущее место (до 46% по данным литературы). Как и в случае с другими психосоматическими заболеваниями, расстройства эмоциональной сферы способны выступать попеременно то в качестве причины, то в качестве следствия обострения хронического процесса, формируя своеобразный «порочный круг». Сопутствующие психические расстройства нередко способствуют дезадаптации пациентов с псориазом и могут существенно снижать ответ на дерматологическую терапию. По данным И.Ю. Дороженка, наиболее частой коморбидной хроническим дерматозам психической патологией являются аффективные расстройства различной психопатологической структуры (27%; из них половина – рекуррентные депрессии), а также нозогенные реакции (36,6%) и ипохондрические развития (19,4%). Таким образом, проведение психокоррекционных мероприятий у больных хроническими дерматозами представляется очевидным. В литературе встречаются данные об эффективности трициклических антидепрессантов (из-за антигистаминного эффекта). Относительно самого широко используемого класса СИОЗС информация во многом противоречива. Имеются сведения о том, что пароксетин и флуоксетин могут вызывать обострение течения псориаза, в том числе не поддающееся лечению традиционными средствами, такими, как циклоспорин, и проходящие только после отмены препарата, вызвавшего обострение. В то же время, по данным И.Б. Трофимовой, Л.М. Барденштейна, Я.Ю. Ворониной, использование сертралина в схеме лечения больных псориазом приводило не только к улучшению психического состояния, но и положительно сказывалось на дерматологическом статусе. Нам бы хотелось привести клинические наблюдения двух пациентов в возрасте 24 и 27 лет с распространенным вульгарным псориазом в стационарной стадии, наблюдавшихся амбулаторно совместно с врачом-дерматологом. Длительность заболевания в обоих случаях не превышала 5 лет. На момент обследования обострение наблюдалось в течение 3 месяцев. Патологический процесс был представлен множественными папулами и бляшками розового цвета с четкой границей, возвышающимися над поверхностью неизмененной кожи, покрытыми серебристыми чешуйками. Процесс был локализован на коже туловища, конечностей и волосистой части головы. Дерматологом было назначено лечение, включавшее в себя антигистаминные и десенсибилизирующие препараты в форме инъекций, гепатопротекторы, а также местную терапию (глюкокортикостероиды и салициловая мазь). На фоне проводимой терапии отмечалось незначительное уменьшение гиперемии и шелушения. В беседе с психиатром оба пациента предъявляли схожие жалобы на временами возникающие периоды сниженного настроения, как правило, сопровождающие обострение кожного процесса. Выраженность аффективных расстройств не достигала уровня клинической депрессии и самими больными субъективно оценивалась как естественная реакция на болезнь. Пациенты отмечали раздражительность, быструю физическую и психическую утомляемость, потерю интереса к ранее любимым занятиям, трудности засыпания, ранние утренние пробуждения, частые мучительные размышления о собственной непривлекательности из-за высыпаний на открытых участках тела. Больным с их согласия был назначен один из препаратов эсциталопрама в дозировке 5 мг в сутки с последующим, в течение 3-х недель, увеличением дозы до 15 мг. У одного пациента отмечалось кратковременное усиление тревоги в начале лечения, а также появление единичных новых высыпаний на коже. Решение продолжить лечение было принято им после длительной психотерапевтической беседы. У второго пациента побочные эффекты не отмечались. К концу 3-й недели у обоих больных наблюдалось повышение настроения, увеличение общей активности, улучшение сна. На 5-й неделе терапии было отмечено улучшение дерматологического статуса: значительное уменьшение гиперемии, шелушения, а также инфильтрации, чего не удавалось добиться на фоне стандартной терапии. Эти изменения способствовали значительному улучшению психического статуса, появлению уверенности в себе. К 9 неделе лечения у обоих пациентов практически полностью редуцировались мучительные навязчивые переживания собственной неполноценности в связи с основным заболеванием. На момент написания тезисов лечение продолжается в течение 5 месяцев. В настоящее время кожные покровы свободны от высыпаний у обоих пациентов. Хотелось бы обратить внимание коллег на большой терапевтический потенциал использования антидепрессивной терапии при психосоматических, а, возможно, и многих соматических заболеваниях. Вполне вероятно, что это связано не только со способностью антидепрессантов улучшать эмоциональный фон. В настоящее время широко обсуждается способность серотонина оказывать модулирующее влияние на работу иммунной, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем, что свидетельствует о широких перспективах дальнейшего междисциплинарного сотрудничества врачей.

АНАЛИЗ ПОГРАНИЧНОЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ЖЕНЩИН С АНАТОМИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ К ПЛАСТИЧЕСКОМУ ХИРУРГУ

Дюрягина Т.А., Сергеев В.А.

Челябинск
ГБУЗ ОКСПНБ №1,
Южно-Уральский ГМУ

Актуальность исследования. Женская грудь, естественным образом, считается важнейшим символом материнства и сексуальности [Druss R.G., 1973]. Деформация ее, как и любое несоответствие существующему самоопределению о том, какой

ей надлежит быть, приводят в значительном числе к невротическим реакциям и личностным расстройствам не в меньшей, а то и в большей степени, чем дефекты других отделов лица и тела.

Цель исследования – изучение распространенности и структуры пограничной нервно-психической симптоматики у женщин с различными анатомическими особенностями (амастия, гипомастия, асимметрия, изменение формы) молочных желез, обратившихся к пластическому хирургу.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки с помощью клинических методов исследования (клинико-психопатологического и клинико-анамнестического) обследовано 170 женщин, в возрасте от 20 до 47 лет, самостоятельно обратившихся для проведения косметической (увеличивающей) маммопластики.

Результаты исследования и их обсуждение. 130 (76,5%) обследуемых выявили относительно стойкую (не менее года) пограничную психопатологическую симптоматику клинически проявляющуюся одним из пяти синдромов: три из них составили эмоционально-аффективные нарушения (80 человек 61,5%) с синдромами – депрессивным 43 человека (33,1%), тревожно-депрессивным 25 (19,2%) и стойким расстройством адаптации с депрессивной симптоматикой 12 (9,2%); дисморфофобическим синдромом – 30 человек (23,1%); сексуальными расстройствами – 20 человек (15,4%). Еще у 30 (17,6%) женщин фиксировались кратковременные расстройства адаптации с относительно непродолжительным (до 1 месяца) снижением настроения, тревогой и снижением продуктивности, а в 10 (5,9%) случаях какие-либо психопатологические нарушения отсутствовали.

Частотный анализ сопряженности пограничной психопатологической симптоматики с особенностями форм и размеров молочных желез показал, что эмоционально-аффективные расстройства примерно с равной частотой отмечались при всех вариантах анатомических особенностей молочных желез, в незначительной степени (без статистически значимых различий) преобладая у женщин с амастией – 25 человек (31,3%). Дисморфофобические расстройства отсутствуя при амастии (0%) и сравнительно редко фиксируясь при гипомастии (10%), статистически значимо ($p<0,05$) преобладали у пациенток с асимметрией молочных желез (56,7%) и несколько реже при изменениях формы (33,3%). Сексуальные расстройства также доминировали у лиц с изменениями формы молочных желез и их асимметрией (по 35% в каждой подгруппе), несколько реже выявляясь при амастии (20%) и гипомастии (10%), что на статистически значимом уровне различало их между собой ($p<0,05$). В целом пограничные психические расстройства чаще обнаруживали женщины с асимметрией молочных желез 44 человек (33,9%). Далее по частоте выявления следовали психические расстройства у пациенток с изменением формы молочных желез 33 (25,4%), затем с амастией 29 (22,3%) и с гипомастией – 24 (18,5%), что статистически значимо различало последнюю группу с первой ($p<0,05$).

При анализе частоты клинических вариантов внутри каждой подгруппы пациенток с учетом анатомических особенностей молочных желез было получено следующее распределение. При амастии чаще выявлялись эмоционально-аффективные расстройства – у 25 человек (86,2%) и заметно реже сексуальные расстройства – у 4 человек (13,8%), тогда как дисморфофобический синдром не был обнаружен ни у одной из женщин, входящих в данную подгруппу. С близкой частотой пограничная эмоционально-аффективная патология была представлена у женщин с гипомастией – 19 (79,2%), при относительной редкости дисморфофобического варианта и сексуальных расстройств – 3 (12,5%) и 2 (8,3%) случая соответственно ($p<0,05$).

В подгруппе пациенток, имевших асимметрию молочных желез, эмоционально-аффективные нарушения отмечались значительно реже, чем в первых двух подгруппах – у 20 человек (45,5%), что статистически значимо различило их между собой ($p<0,01$). Дисморфофобический же вариант здесь фиксировался значительно чаще – у 17 человек (38,6%), что также со статистической достоверностью различило их между собой ($p<0,05$). Сексуальные расстройства, обнаруженные у 7 человек (15,9%), по частоте выявления существенно не отличали эти подгруппы друг от друга.

У женщин с изменением формы молочных желез эмоционально-аффективный вариант пограничной патологии встречался с той же частотой, что и в предыдущей группе – у 16 человек (48,5%), достоверно отличаясь по этому параметру от женщин с амастией и гипомастией ($p<0,05$). Дисморфофобический вариант, отмечаясь у 10 человек (30,3%), по частоте своего выявления также сближал эту группу с предыдущей, существенно различаясь с двумя первыми, но без достижения статистически значимых различий. Сексуальные расстройства фиксировались в данной группе у 7 человек (21,2%), несколько чаще, чем в любой другой, но без достижения статистически значимых различий.

Анализ частоты каждого клинического синдрома в отдельности при различных анатомических особенностях молочных желез обнаружил определенные различия в частотном выявлении того или иного синдрома. Так при амастии диагностированы 4 синдрома: расстройство адаптации наблюдалось у 10-и женщин (34,5%); тревожно-депрессивный синдром – у 8-и (27,6%); депрессивный – у 7-и (24,1%); сексуальные расстройства – у 4-х (13,8%); дисморфофобический – не выявлялся. У пациенток с гипомастией было выявлено все 5 клинических синдромов: депрессивный синдром обнаруживали – 15 (62,5%); тревожно-депрессивный – 3 (12,5%); расстройство адаптации – 1 (4,2%); дисморфофобический синдром – 3 (12,5%); сексуальные расстройства – 2 (8,3%). При асимметрии молочных желез также фиксировались все 5 синдромов: депрессивный синдром наблюдался у 12-и женщин (27,3%); тревожно-депрессивный – у 7-и (15,9%); расстройство адаптации – у 1-й (2,3%); дисмофофобический – у 17-и (38,6%); расстройства сексуального спектра – у 7-и (15,9%). У женщин с изменением формы молочных желез наблюдалось 4 синдрома: тревожно-депрессивный – в 7-и случаях (21,2%); депрессивный – 9-и (27,3%); дисморфофобический – 10-и (30,3%); сексуальные расстройства – 7-и (21,2%).

Выводы. Изучение пограничной нервно-психической симптоматики у женщин, обращающихся на увеличивающую маммопластику, обнаружило высокую распространенность, клинический полиморфизм и стойкость данных нарушений у выделенного контингента. Отмечена относительная взаимосвязь между анатомическими особенностями молочных желез и клиническими проявлениями пограничной нервно-психической симптоматики. Наибольшая сопряженность частоты выявления и выраженности пограничных психических расстройств зафиксированы у пациенток с асимметрией молочных желез. Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости медико-психологического обследования и динамического наблюдения данной категории женщин с оказанием им психокоррекционной и реабилитационной помощи, с учетом выявленных структурных групповых особенностей пограничной психопатологической симптоматики.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ШАХТЕРОВ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

Евдокимова Т.Е.

Москва
МГСМУ им. А.И. Евдокимова,
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Особенности труда на производстве, физические и психические перегрузки, влияние неблагоприятных социально-экономических факторов у шахтеров являются группой повышенного риска развития психических расстройств.

Исследование не изученных в достаточной мере аспектов индустриальной психиатрии необходимо для оптимизации профилактики и выявления психической патологии на ранних этапах ее формирования, оказания адекватной медико-психологической помощи, сокращения распространенности психических заболеваний среди шахтеров и потери трудовых ресурсов, за счет лиц с психическими, в том числе невротическими и соматоформными, расстройствами.

Цель исследования: выявление клинико-динамических особенностей невротических и соматоформных расстройств у шахтеров и социально-психологические факторов риска их формирования, и на этой основе разработка и научное обоснование системы комплексных профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий по охране и укреплению психического здоровья данного контингента.

Сплошным методом были обследованы 943 шахтера, работающих в подземных условиях, мужского пола, трудоспособного возраста, не зарегистрированных психиатрической службой. Из этого числа у 353 (37,4%) были диагностированы те или иные невротические и соматоформные методом и психотерапевтам, в связи с невротическими и соматоформными расстройствами, сопоставимых по возрастной структуре с основной группой

Методы: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический, клинико-эпидемиологический (в том числе сравнительно-эпидемиологический), экспериментально-психологический, математико-статистический. В качестве основного инструмента исследования использовалась «Базисная карта для клинико-эпидемиологических исследований», разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Для изучения отношения к болезни использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), созданная в ПНИ им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И. с соавт.,1987). Методика представляет собой опросник по 12 разделам (темам, подсистемам, сферам отношения к личности, связанных с болезнью. Анализ экспериментальных данных позволил определить психотерапевтические «мишени» (по В.Д. Виду) профилактики и терапии невротических расстройств.

Анализ характерологических особенностей больных производился объединенным тестом Леонгарда-Шмишека, который позволил выявить как «чистые» так и смешанные типы акцентуированных личностей. Для изучения отношения к болезни использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). Для изучения локуса контроля использовался опросник уровня субъективного контроля – УСК.

Результаты. Распространенность невротических и соматоформных расстройств среди шахтеров, работающих в подземных условиях, составила 344,9 случаев на 1 тыс. шахтеров, среди работающих мужчин из общей популяции в полтора раза меньше – 210,0 случаев на 1 тыс. мужчин. При этом расстройства адаптации у шахтеров (67,5 на 1 тыс. шахтеров) выявлялись чаще в 4,2 раза, соматоформные расстройства (133,3 на 1 тыс. шахтеров) – 2,1 раза, а неврастения (72,8 на 1 тыс. шахтеров) – чаще на 29,1%, чем у работающих мужчин в общей популяции.

Сравнительный анализ клинико-динамических характеристик невротических и соматоформных расстройств у шахтеров и работающих мужчин из общей популяции выявил, что для больных обеих групп характерно: отягощенность наследственности психическими заболеваниями – у 35,7% и 39,0% больных обеих групп, соответственно; психодезаптационные эпизоды в детстве выявлены у 43,6% и 39,0% больных обеих групп, соответственно; ситуативно-возникающая тревожность наблюдалась у 60,4% больных шахтеров и у 58,0% больных из группы сравнения, постоянное присутствие тревожности отмечалось у 30,7% и 30,5% больных соответственно.

Умеренное снижение трудовой адаптации в период заболевания наблюдалось у 59,0% больных основной группы и 62,2% (p=0,05) больных группы сравнения, резкое снижение трудовой адаптации отмечается чаще у больных группы шахтеров (29,9), по сравнению с больными из группы сравнения (11,0%) (p=0,01). Наблюдались определенные статистически достоверные различия: у шахтеров достоверно чаще отмечались брак и ошибки в работе, нарушения трудовой дисциплины. Неспособность работать в разные смены, выдержать темп работы до конца смены, недовыполнение нормы преобладали у больных группы сравнения.

Полная социальная адаптация в период заболевания сохранялась у 33,4%больных основной группы и 25% (p=0,02), больных группы сравнения. Агрессивность и конфликтность, как проявления социальной адаптации были характерны для 17,3% больных шахтеров и 26,0% (p=0,05) больных группы сравнения. Больные были сгруппированы в 4 основные подгруппы на основе общности этиопатогенеза: 18% – тревожно-фобические расстройства; 19,5% – расстройства адаптации; 41,6% – соматоформные расстройства; 21% – невротические расстройства. Из всего многообразия изученных признаков статистически достоверным оказалось влияние на развитие невротических и соматоформных расстройств у шахтеров – 45 факторов, у работающих мужчин из общей популяции – 35. При этом, на возникновение невротических и соматоформных расстройств у шахтеров преимущественное влияние оказывают семейно-психологические факторы, у мужчин из общей популяции – производственно-психологические. Как для больных основной, так и для группы сравнения характерен высокий удельный вес биологических факторов. Факторами риска возникновения невротических и соматоформных расстройств определены (смена места работы в последние полгода – соответственно 2,6% и 0,7%, неудовлетворительность работой – 0,6% и 4,7%, болезнь или смерть близких в последнее время – 4,0% и 2,6%) и т.д. Удельный вес собственно производственных факторов (профессия, вредности производства, равномерность нагрузки и др.) более чем в 1,5 раза выше в основной группе, чем в группе сравнения. В результате проведенного лечения выздоровление наступило у 51,3% больных из группы шахтеров и 68% больных группы сравнения; клиническое улучшение (ремиссия) отмечалось у 43,3% и 28% больных обеих сравниваемых групп, соответственно. Динамика состояния психического здоровья как «без перемен« отмечалась у 4,8% больных основной группы и у 4% больных группы сравнения; лишь у 0,6% больных основной группы отмечалось клиническое ухудшение состояния.

В течение года после внедрения лечебно-реабилитационных программ число случаев заболеваемости у данного контингента снизилось по сравнению с предыдущим периодом на 22%, а число дней на 23,5%. Экономический эффект внедрения лечебно-реабилитационных программ в 2008-2009 годах составил 4.286.480 рублей за 1 год работы. Показатель экономической эффективности на 100 работающих – 1.253.230 рублей (в стоимостной величине рубля в 2009 году).

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ И АГРЕССИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Загоруйко Е.Н., Золотова А.А., Пушкина Т.П.

Новосибирск
Новосибирский национальный исследовательский государственный университет (НГУ), НИИТПМ

Целью данной работы являлось исследование психологических защитные механизмов у пациентов, страдающих психосоматическими (артериальная гипертензия, ИБС) и невротическими (соматоформное расстройство с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы) расстройствами, оценка их эффективности и их сравнительный анализ.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 45 пациентов (32 женщины и 13 мужчин) в возрасте от 21 до 65 лет. Виды психологических защитных механизмов исследовались по тестовой методике Е.Туник (Е.Е.Туник, 2010) – адаптированный вариант опросника, созданный американским психологом М.Бондом (M.Bond, 1992). Данная диагностическая методика отражает типы психологических защит, характеризующихся разной степенью эффективности и адаптивности.

Результаты и их обсуждение. По результатам сравнительного и качественного анализа психологических защитных механизмов выявлено, что психосоматическим пациентам в большей степени свойственно использовать эффективные механизмы защиты, чем пациентам с соматоформным расстройством. В целом психосоматические кардиобольные используют эффективные механизмы защиты чаще, чем другие группы защит. Среди них наиболее часто используемые механизмы это подавление и сублимация. Сублимация представляет собой смещение импульса от социально неприемлемого к социально приемлемому. Например, вместо агрессии – игра, соревнование, спорт. В отличие от невротических защит – здесь инстинкты и желания могут быть свободно выражены и реализованы, а не скрыты и искажены.

Другой группой защитных механизмов, к которой часто прибегали психосоматические кардиобольные являлись самопринижающие психологические защиты. Для первой группы с диагнозом ИБС было свойственно использовать чаще такие защитные механизмы как отрицание и формирование реакции, а для второй группы с диагнозом артериальной гипертензии – отрицание и псевдоальтруизм. Отрицание у обеих групп было связано с тенденцией не замечать никаких намеков на внутриличностный конфликт, больные как правило считали, что у них нет никаких проблем и все в жизни хорошо. Эти пациенты демонстрировали искаженный идеализированный образ себя, они не видят плохих сторон реальности, их якобы не существует. Продолжая «лгать» себе с помощью данного защитного механизма, они опять-таки до последнего не замечали, что ухудшающаяся ситуация в реальности приводит к тяжелому заболеванию. Формирование реакции представляет собой поведение от противного, подмена собственных неприемлемых мыслей, чувств, поведение на диаметрально противоположные. У больных ИБС этот механизм напрямую связан с отрицанием внутриличностного конфликта, и в противоположность этому все время нарастающей активности в работе и других социальных достижениях. Псевдоальтруизм, свойственный больным артериальной гипертензией, связан со стремлением делать то, что не нравиться, любить и хорошо относится к тому, кого не любишь. Эта тенденция принижения себя с целью соответствовать нормам, которые запрещают проявлять гипертоникам первоначально высокую враждебность. Это так же является поведением «от противного», искажающим образ больных для самих себя. Желание на фоне невыраженной агрессии выглядеть наиболее социально-адаптированным.

В сравнении с психосоматическими кардиобольными, соматоформные пациенты наиболее часто использую группы неэффективных защит. Среди них самые высокие значения имели следующие психологические защиты: ипохондрия (66,6%), сдерживание (60%), соматизация (53,3%), регрессия (53,3%). Ипохондрия является трансформацией упреков другим людям – возникающих в результате тяжелых утрат, одиночества, неприемлемых агрессивных импульсов – в самоупреки и жалобы на боли, болезнь, неврастению. Существующие болезни могут быть преувеличены. Таким образом, больные стремятся избежать ответственности – с помощью попытки «нагрузить» других своими проблемами вместо того, чтобы что-то напрямую требовать от них, или жаловаться, что окружающие игнорируют его желания (часто невыраженные) быть зависимым. Ипохондрия связана с дальнейшей индифферентностью ко всему, что соответствует пассивной жизненной позиции у личностей с высокими показателями дефицитарного типа агрессии. Склонность обращать негативные импульсы по отношению к окружающим в симптомы зачастую ведут к проявлению определенных вегетативных изменений в тревожных, или угрожающих ситуациях. Об этом говорит наличие такого типа защит, как соматизация. Третий вид защит – сдерживание – представляет собой класс невротических защит. Больные стараются вести себя робко, застенчиво, даже заторможено. Подсознательно ограничивают Эго-функции, чтобы избежать напряжения, возникающего в конфликте Эго с инстинктивными импульсами, Супер-Эго, окружающими силами. Таким образом, больные соматоформные пациенты пытаются уйти от конфликтов с внешним миром и социальной средой. Регрессия как один из видов примитивных защит так же связана с желанием снять с себя ответственность и привлечь к себе внимание путем демонстрации детского поведения. В конечном счете, поведение больных с соматоформным расстройством является неадаптивным, так как межличностные связи не налаживаются, а наоборот разрушаются ввиду того, что больные сильно фиксированы на своем внутриличностном конфликте.

Заключение и выводы. Таким образом, пациенты с психосоматическими и соматоформными расстройствами отличались по типу преобладания защитных механизмов. Соматоформные пациенты, фиксированые на внутриличностном конфликте, использовали в большей степени неадаптивные защитные механизмы, направленные на уход от внешних конфликтов посредством фиксации на соматических симптомах. С помощью этих симптомов они косвенно выражали свою подавленную агрессию. Такими неадаптивными защитами, демонстрировавшимися ими, были ипохондрия, регрессия, сдерживание и пассивная агрессия.

Психосоматические пациенты с кардиологическими расстройствами демонстрировали эффективные защитные механизмы, направленные на сохранение адаптации в окружающем мире и сохранение межличностных связей. В целом, психосоматические кардиобольные использовали эффективные механизмы защиты чаще, чем другие группы защит. Выявлено дифференцированное использование психосоматическими пациентами самопринижающих защитных механизмов (АГ – 4,8, ИБС – 4,6), среди которых ведущими у кардиобольных с диагнозом ИБС являлись отрицание (60%) и формирование реакции (53,3%), а у пациентов с диагнозом артериальная гипертензия – отрицание (66,6%) и псевдоальтруизм (46,6%). Данные защитные механизмы являлись в большей степени адаптивными, однако, связанными с отрицанием внутриличностного конфликта, таким образом, у больных с психосоматическими расстройством были представлены адаптивные защитные механизмы поддерживающие идеализированное представление о себе (направленные на отреагирование эмоций и отрицание проблем). Уровень конструктивной агрессии оказался выше у психосоматических пациентов, по сравнению с соматоформными, демонстрирующими дефицитарную агрессию. Однако, в случаях дефицитарности агрессии, гипертоники тяготели к неэффективным психологическим защитам. Выявлена корреляция между тенденцией гипертоников к гиперсоциабельности и подавлению агрессии и более деструктивным клиническим течением гипертензии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Зыбайло В.С., Филимоненкова В.Ю., Копытов А.В.

Минск, Белорусь
Белорусский ГМУ

Актуальность. По данным статистики Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах 25% – 30%

всех супружеских пар страдают бесплодием [3]. В таких условиях депопуляции современного общества проблема бесплодия становится одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем [2]. Однако не все случаи бесплодия можно разрешить при помощи активных медицинских вмешательств и методом экстракорпорального оплодотворения. Выделяют группу пациентов с так называемым «идиопатическим» бесплодием, когда не удается выявить явных причин нарушения репродуктивного здоровья, а традиционные методы лечения являются неэффективными. По мнению многих авторов, данные случаи можно трактовать как бесплодие психогенного характера. В связи с этим все большую актуальность приобретает проблема психоэмоциональных реакций у пациентов с бесплодием и теория бесплодия, как следствие нервно-психических нарушений[1].

Цель исследования: установить социально-психологические паттерны, выступающие в качестве вероятностных патогенетических факторов у лиц страдающих бесплодием, для оптимизации и повышения эффективности терапии инфертильности.

Материалы и методы. В ходе работы было обследовано 90 женщин, обратившихся в «Центр репродуктивной медицины» г. Минска. Основную группу (ОГ) составили 60 женщин, страдающих бесплодием, имеющие в анамнезе неоднократные безуспешные попытки забеременеть (средний возраст – 33, 0±5,1; длительность брака – 7,2±3,9). В контрольную группу (КГ) вошли 30 беременных женщин, находящихся на разных сроках беременности (средний возраст – 27,8±3,7; длительность брака – 4,9±2,6). Из исследования были исключены субъекты с наличием органических причин бесплодия.

Для обследования использовались следующие методики: личная анкета, пятифакторный опросник личности, опросник удовлетворенности браком, тест-опросник сексуального профиля, шкала депрессии Бека, шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина. Все пациентки дали добровольное согласие на участие в исследовании. Для анализа и обработки полученных данных использовалась программа SPSS 17.0.

Результаты и их обсуждение. Проанализировав полученные в ходе исследования данные, было выявлено, что женщины, страдающие бесплодием, достоверно чаще оценивают собственный брак и брак своих родителей как неудавшийся – 41, 7%; КГ – 26,7% (χ^2=8,038; p<0,05). При обработке результатов тест-опросника Столина выявлено, что степень удовлетворенности браком у лиц ОГ, в сравнении с КГ, достоверно ниже (37,0±0,90 баллов в ОГ и 44,0±0,61 баллов в КГ, p<0,05).

Проведена оценка ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина. В ОГ выявлен умеренный уровень ситуативной тревожности (41,3±0,67 баллов, p<0,05) и повышенный уровень личностной тревожности (49,2±0,81баллов, p<0,05). В КГ ситуативная тревожность отсутствует (25,1±0,99 баллов, p<0,05), личностная тревожность выражена умеренно (33,7±1,17 баллов, p<0,05).

Общий уровень депрессии, при оценке по шкале Бэка, в группе бесплодных женщин оценивается как умеренный (18,3±0,60 баллов, p<0,05), в контрольной группе депрессивные симптомы отсутствуют (5,1±0,50 баллов, p<0,05).

Исходя из данных, полученных при обработке опросника сексуального профиля, у женщин с бесплодием, в отличие от женщин из КГ, в сексуальных отношениях более выражены такие качества, как «корысть» (ОГ – 3,3±0,28; КГ – 1,3±0,33; p<0,05), «ревность» (ОГ – 5,3±0,40; КГ – 3,9±0, 30; p<0,05), «избирательность» (ОГ – 7,2±0,21; КГ – 5,5±0,39; p<0,05) и «щепетильность» (ОГ – 7,1±0,26; КГ -4,8±0,34; p<0,05), которые усугубляются с увеличением стажа брака. Для женщин из КГ в большей степени характерна выраженность таких качеств, как «нежность» (ОГ – 6,3±0,19; КГ – 7,6±0,26; p<0,05), «экспрессивность» (ОГ – 5,2±0,29; КГ – 7,5±0,32; p<0,05) и «сексуальность» (ОГ -2,4±0,28; КГ -5,4±0,51; p<0,05).

С помощью опросника сексуального профиля так же были выявлены следующие достоверные данные: в ОГ достоверно больше лиц не способных испытывать сильные страдания от неразделенной любви или потери любимого человека – 86,7%, КГ – 56,7% (χ^2=18,720; p<0,05); женщины ОГ более склонны к потребности быть любимой, нежели любить самой – 50%, КГ – 10% (χ^2=13,780; p<0,05); показатель удовлетворенности сексуальной жизнью в ОГ составил 63,3%, в КГ – 86,7% (χ^2=5,300; p<0,05).

Результаты, полученные при оценке особенностей личностного статуса по пятифакторному опроснику личности свидетельствуют о том, что для бесплодных женщин достоверно более характерны индивидуально-психологические особенности проявляющиеся в виде следующих личностных факторов:

- вторичных – отделенность (по паре «привязанность – отделенность» ОГ – 48,6±1,37; КГ – 62,0±2,13; p<0,05), сдержанность (по паре «эмоциональность – сдержанность» ОГ – 55,0±1,15; КГ – 44,9±2,15; p<0,05) и практичность (по паре «игривость – практичность» ОГ – 46,1±1,10; КГ – 56,0±0,96; p<0,05).

- первичных – доминирование (по паре «доминирование – подчиненность» ОГ – 11,5±0,33; КГ – 10,1±0,58; p<0,05), замкнутость (по паре «общительность – замкнутость» ОГ – 8,9±0,38; КГ – 10,6±0,67; p<0,05), равнодушие (по паре «теплота – равнодушие» ОГ – 10,7±0,36; КГ – 13,5±0,43; p<0,05), соперничество (по паре «сотрудничество – соперничество» ОГ – 10,0±0,42; КГ – 12,2±0,50; p<0,05), подозрительность (по паре «доверчивость – подозрительность» ОГ – 7,9±0,32; КГ – 11,9±0,56; p<0,05), самоуважение (по паре «уважение других – самоуважение» ОГ – 10,1±0,39; КГ – 12,5±0,56; p<0,05), безответственность (по паре «ответственность – безответственность» ОГ – 10,8±0,35; КГ – 12,4±0,39; p<0,05), тревожность (по паре «тревожность – беззаботность» ОГ – 11,9±0,30; КГ – 10,3±0,59; p<0,05), нечувствительность (по паре «сенситивность – нечувствительность» ОГ – 9,6±0,34; КГ – 12,6±0,40; p<0,05), напряженность (по паре «напряженность – расслабленность» ОГ – 11,5±0,29; КГ – 8,2±0,60; p<0,05), депрессивность (по паре «депрессивность – эмоциональный комфорт» ОГ – 11,0±0,30; КГ – 7,9±0,60; p<0,05), консерватизм (по паре «любопытство – консерватизм» ОГ – 9,0±0,32; КГ – 11,4±0,28; p<0,05) и ригидность (по паре «пластичность – ригидность» ОГ – 8,3±0,21; КГ – 9,7±0,49; p<0,05).

Заключение. На основании полученных данных можно сделать вывод, что у лиц, страдающих бесплодием, значительно повышен уровень ситуативной и личностной тревожности, депрессии, имеются личностно-психологические и межличностные семейные особенности, которые могут выступать в роли психогенных факторов влияющих на инфертильность и являться базой для формирования патологических тревожных переживаний по поводу будущей беременности. Результаты данного исследования свидетельствуют о целесообразности организации специализированной психологической помощи в центрах ЭКО и реализации профессионального подхода к ведению таких пациенток, что будет способствовать повышению эффективности лечения бесплодия в программах ВРТ.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОНКОЛОГИИ: ПСИХОПАТОЛОГИЯ, АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Иванов С.В., Ильина Н.А., Петелин Д.С.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность. Диссоциативные расстройства занимают значимое место среди нозогенных (связанных с обстоятельствами болезни) реакций в онкологии, обнаруживая высокую распространенность 30% по данным зарубежных авторов [Kangas M. et al., 2007] и 19,7% по результатам эпидемиологического исследования «СИНТЕЗ» [Смулевич А. Б. и др., 2009] и сопряженность со снижением уровня комплаенса.

До настоящего времени нозогенные диссоциативные расстройства изучались преимущественно в контексте психологических (отрицание) или поведенческих (откладывание обращения за медицинской помощью) парадигм и не получили должной психопатологической и нозологической оценки.

Цель. Клинический анализ провоцированных нозогенным стрессом диссоциативных расстройств, а также конституциональных аномалий, составляющих «почву» для их формирования у онкологических пациентов.

Материалы и методы. Настоящее исследование выполнено на базе ФГБНУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина (директор – академик РАН М.И.Давыдов). В исследовании использовались клинический и психологический (психометрический) методы. Включались пациенты любого пола в возрасте 18–75 лет с онкологической патологией, верифицированной в процессе стационарного/амбулаторного обследования в ФГБНУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина. Облигатным условием отбора было наличие стойких диссоциативных расстройств (F44 по МКБ-10), манифестирующих в ответ на стресс, связанный с процессом диагностирования злокачественного новообразования (F43 по МКБ-10). В ряду критериев исключения учитывались другие формы расстройств сознания (делирий, сумерки и др.), тяжелые энцефалопатии и другие формы органического поражения нервной системы с выраженной деменцией; прогредиентно протекающие эндогенные заболевания; терминальные состояния онкологических и других соматических заболеваний; злоупотребление и зависимость от психоактивных веществ.

Результаты. В соответствии с бинарной моделью диссоциативных расстройств (Holmes E. A. et al., 2005) было выделено два варианта диссоциативных реакций: с диссоциацией по типу детачмента (сепарирующая диссоциация) и по типу компартмента (изолирующая диссоциация).

На первый план в клинической картине диссоциативных реакций по типу компартмент-диссоциации выступают бравада и демонстративное отрицание беспокойства по поводу исхода онкологического заболевания, наигранный оптимизм. Однако за внешней бравадой выявляются признаки латентной тревоги, реализующиеся в первую очередь лабильностью аффекта. При обсуждении результатов диагностических мероприятий или клинического прогноза в ходе психиатрического обследования выявляются дисфорические реакции с раздражением, плаксивостью. Сходные реакции регистрируются и медицинским персоналом: эпизоды гневливости или плаксивости после диагностических и лечебных процедур, обсуждений с лечащим врачом дальнейших перспектив лечения, предстоящих ограничений в бытовой и профессиональной активности и пр. К признакам латентной тревоги следует отнести и эпизодические нарушения сна и снижение аппетита, как правило, вслед за дисфорическими реакциями. Больные с изолирующей диссоциацией выполняют рекомендации онкологов, соблюдают режим терапии, аккуратно посещают плановые обследования.

Диссоциативные расстройства, формирующиеся по детачмент-механизму возникают на этапе ранних, чаще не верифицированных на уровне специализированного онкологического учреждения предположений о наличии злокачественного новообразования (обнаружение болезненного узла в молочной железе, растущей под кожей опухоли и т. д.). Вслед за кратковременным периодом тревожных опасений наступает сдвиг в осознании реальности и снижается способность к критической оценке создавшейся ситуации.

В развертывающихся процессах диссоциации/сепарации выделяется две фазы – аберрантной ипохондрии и сверхценных образований.

Фаза аберрантной ипохондрии проявляется нивелировкой соматических симптомов злокачественного новообразования и отчуждением как самого факта онкологического заболевания, так и связанной с ним угрозы существованию.

На следующем этапе динамики диссоциативных процессов (фаза сверхценных образований) отчуждение симптомов заболевания – дополняется кататимно окрашенным (гипертимия) комплексом здоровья, занимающим доминирующее положение в клинической картине и определяющим поведение пациентов на всем протяжении нозогенной реакции.

В ситуации диагностики злокачественного новообразования пациенты занимают позицию, не допускающую сомнений в собственном соматическом благополучии. Дистанцируясь от реально существующих медицинских фактов, они сохраняют спокойствие, не обнаруживая страхов или тревожных опасений – пребывают в хорошем расположении духа, выглядят бодрыми, даже веселыми. Доминирующими становятся представления, что тревога была ложной.

Диссоциативные процессы в большинстве случаев реализуются в рамках синдрома откладывания обращения за медицинской помощью. Комплаентность в этих случаях в плане сотрудничества со специалистами онкологической службы отсутствует. Пациенты продолжают жить привычной жизнью.

При детачмент-диссоциации отмечается значительно более длительное откладывание (39,2±35,5 мес. по сравнению с 2,41±2,07 мес при компартмент-диссоциации).

Диссоциативные реакции по типу компартмент-диссоциации обнаруживали сродство к расстройствам личности драматического кластера. К формированию диссоциативных реакций по типу детачмент-диссоциации предрасполагало шизотипическое расстройство личности типа фершробен.

Выводы. Диссоциативные расстройства выступают с психопатологической точки зрения в качестве эпифеномена, формирующегося на базе первичных психопатологических образований. В основе диссоциативных расстройств, формирующихся по механизму детачмент-диссоциации, лежат стойкие, кататимно заряженные монотематические комплексы (сверхценных образований) с доминирующими идеями соматического благополучия либо полной излечимости злокачественного новообразования. Сверхценные образования создают ситуацию диссоциированности доминирующих идей полного здоровья от остальных проявлений психической жизни и дальнейшего персистирования этих идей в полном отрыве от обусловленных соматическим стрессом реальных обстоятельств.

Диссоциативные реакции по типу компартмент-диссоциации формируются на базе психогенных комплексов бинарной структуры, определяющихся, с одной стороны, идеями полного здоровья, выступающими в регистре патологии воображения (синдромы «бравого солдата», «прекрасного равнодушия» и др.), а с другой – сохраняющейся на уровне «молчаливой» ипохондрии тревогой о реально существующем заболевании.

При обсуждении конституциональных особенностей, обусловливающих формирование диссоциативных расстройств по типу детачмент диссоциации следует указать на неустойчивость в сфере самосознания, свойственная шизоидным личностям типа фершробен, и составляет основу

конституциональной предуготованности к диссоциации, фенотипическая реализация которой выступает в стресс-провоцированных ситуациях

В качестве еще одной из патохарактерологических дименсий, облигатных для всей группы рассматриваемых наблюдений, также предрасполагающих к формированию диссоциативных реакций выступает свойственная пациентам гипертимия. Отрыву от реальности при таком типе аффективной акцентуации способствует свойственная этим лицам некритичность – неточность как самооценки, так и оценки ближайших и отдаленных перспектив, включающих иллюзорные надежды на выздоровление.

Коррекция психопатологических расстройств особенно актуальна в отношение детачмент-диссоциации. Речь прежде всего идет о своевременном выявлении пациентов, относящихся к группе высокого риска развития подобных диссоциативных реакций. Что касается пациентов с сепарирующей диссоциацией с частичным отчуждением угрозы последствий заболевания (обращение за помощью, но неполное выполнение врачебных рекомендаций), то после поступления в онкологический стационар им, как и пациентам с изолирующей диссоциацией (КД), может быть оказана соответствующая психологическая и психиатрическая помощь.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТИРЕОИДИТЕ ХАШИМОТО НА СТАДИИ ЭУТИРЕОЗА

Иванова Г.П., Горобец Л.Н.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Патофизиологические аспекты формирования аффективных нарушений связаны с определением роли стресса, как психического, так и физиологического (Ветлугина Т.П., 2008). В этой связи существенный интерес для современной науки и практики приобретает выяснение особенностей и закономерностей взаимодействия иммунной, нервной и эндокринной систем при стрессе, инициированным воздействием иммунострессора. Эффект изменения в этих системах проявляется в развитии не только иммунных и других соматических дисфункций, но и в нарушении психической сферы деятельности (Александровский Ю.А., 2000; Мороз И.Н, 2003).

Цель: изучение сопряженности иммунологических дисфункций с психическим статусом больных АИТ на стадии эутиреоза.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-психологический, иммунологический, клинико-эндокринологический, УЗИ щитовидной железы (ЩЖ), статистический.

Материалы исследования: изучено 319 больных с гипертрофической формой аутоиммунного тиреоидита (зоб Хашимото) в фазе эутиреоза. Из них 242 (75,9%) женщины репродуктивного возраста и 77 (24,1%) мужчин. С диффузной формой ЩЖ –157 (49,2%) пациентов, с диффузно-узловым зобом – 162 (50,8%). Средний возраст – 31,8±0,5 лет.

Результаты: клиническая оценка психического состояния больных АИТ выявила наличие психопатологических расстройств непсихотического уровня, представленных двумя основными синдромами: астеническим и депрессивным.

В соответствии с МКБ-10 установленные психические нарушения квалифицировались нами в двух диагностических рубриках: другие невротические расстройства (F48) – 126 (52,1%) наблюдений; другие депрессивные эпизоды (F32.8) – 116 (47,9%).

Дифференцированная оценка астенических проявлений по пяти субшкалам шкалы MFI-20 показала, что наиболее выраженные проявления астении регистрировались по субшкале «общая астения»; астения умеренной степени выраженности – по субшкале «физическая астения», а легкая степень астенизации – по субшкалам «психическая астения» и «снижение активности»; астенические нарушения отсутствовали по субшкале «снижение мотивации». Расстройства астенического круга были представлены чаще гиперстеническим вариантом течения астении (61%, 99 пациентов), чем гипостеническим (39%, 64 пациента) ($p<0,001$).

Аффективные расстройства проявлялись в виде трех вариантов депрессивного синдрома: тревожно-депрессивного (53%, 83 пациента), астено-депрессивного (31%, 48 пациентов) и депрессивно-ипохондрического (16%, 25 пациентов).

Дифференцированная оценка психопатологических изменений с учетом структуры ЩЖ показала, что при диффузной форме зоба достоверно чаще ($p<0,01$) отмечался изолированный синдром астении гиперстенического типа, не достигающий степени клинически оформленных состояний и ограничивающийся уровнем синдромально неразвернутых проявлений. Нарушения аффективного круга были представлены незначительно выраженными гипотимическими состояниями, в структуре которых доминировал тревожный аффект, который носил дисгармоничный характер с ведущим аффективным и слабовыраженными моторным и идеаторным компонентами аффективной триады. У больных с диффузно-узловой структурой ЩЖ достоверно ($p<0,01$) чаще преобладали развернутые формы астенических расстройств в виде сочетания астении гиперстенического типа и психопатологических синдромов, центральное место в структуре которых занимали тревожно-психогенные реакции с ипохондрическими и субдепрессивными включениями, соматовегетативными эквивалентами, а также умеренно выраженные формы депрессивных нарушений дисгармоничного характера: с ведущим – аффективным, умеренно выраженным – моторным и слабо выраженным – идеаторным компонентами аффективной триады.

В ходе анализа профилей цитокинов, с учетом выявленных вариантов психических нарушений, были определены статистически значимые расхождения среднего уровня цитокинов со средними в популяции, с повышением значений их показателей для IL-1, IL-2, a-TNF, a-INF ($p<0,01$) у субъектов с астеническими проявлениями; для IL-1, IL-2, IL-3, IL-6, a-TNF, a-INF ($p<0,01$) – с аффективными расстройствами. По результатам сопоставления иммунных показателей с учетом нозологической принадлежности нами показано, что астенические и аффективные расстройства различаются не только по психопатологическому синдрому, но и по качественным и количественным изменениям в спектре цитокинов, на что указывают достоверные ($p<0,01$) различия по всем изучаемым цитокинам (IL-1, IL-2, IL-3, IL-6, a-TNF), кроме интерферона-а, в большей степени выраженные у субъектов с аффективной патологией.

Анализ сопряженности психопатологических явлений и биологических параметров выявил положительную корреляционную связь между уровнем астении (шкала MFI-20) и цитокинами IL-1 ($rs= 0,50$, $p<0,01$), IL-2 ($rs=0,49$, $p<0,01$) и α-INF ($rs=0,52$, $p<0,001$); показателем тревоги, определяемой по трем шкалам и значением уровня IL-2 (шкала HAMA: $rs= 0,507$, $p<0,005$; SCL ANX: $rs=0,492$, $p<0,005$ и шкала STAI-I: $rs=0,527$, $p<0,005$); между показателями депрессии по двум шкалам и значением уровня IL-6 (шкала HAMD: $rs=0,517$, $p<0,01$; шкала SCL DEPR: $rs=0,627$, $p<0,005$), а также, отрицательную корреляцию между a-TNF и тяжестью депрессивной симптоматики (шкала HAMD: $rs= – 0,447$; $p<0,05$; SCL DEPR: $rs= -0, 396$; $p<0,05$).

Многофакторный анализ показал, что прогностическое значение для развития астенических расстройств имеют выраженность невротизма; повышение числа лимфоцитов с фенотипом CD3+, основных регуляторных субпопуляций Т-клеток,

преимущественно за счет циркулирующих хелперов/индукторов (CD4+), продукции цитокинов – IL – 1, 3, а –INF и количества В-лимфоцитов (CD20+), а также, повышение в сыворотке крови уровня CORT и снижение уровня DHEA-S. Формирование депрессивной симптоматики определяется: высоким уровнем алекситимии, ригидности и интерперсональной сензитивности; активацией показателей клеточного звена иммунитета – повышением уровня концентрации натуральных киллеров (CD16+), продукции цитокинов – IL- 1, 6, α-TNF и активацией гуморального звена иммунитета – увеличением количества CIC и содержания антител к TPO, а также, повышением уровней гормонов – Tst, CORT и снижением в сыворотке крови уровня PRL.

Вывод. По результатам анализа данных можно заключить, что у больных АИТ еще на стадии сохранной гормонопродуцирующей функции ЩЖ формируются психические расстройства непсихотического уровня, соответствующие нарушениям как астенического, так и депрессивного спектра, и протекающим с аффектом тревоги. Клинико-психопатологический анализ позволил утверждать, что психические расстройства, формирующиеся в структуре АИТ на стадии эутиреоза, не достигают нозологической завершенности, а проявляются на синдромальном уровне, что согласуется с представлениями М. Блейлера о психоэндокринном синдроме, рассматривающим психические нарушения в структуре легких форм иммуноэндокринной патологии (Bleuler M., 1954).

В ходе настоящего исследования была установлена сопряженность между такими психопатологическими симптомами как астения, тревога и депрессия, и отдельными показателями цитокинового профиля. Выявлена взаимосвязь состояния психического статуса и изменения активности иммунной системы: нарастание показателей провоспалительных цитокинов сопровождалось усложнением психопатологической картины преимущественно при диффузно-узловой структуре щитовидной железы, что, очевидно, может отражать патогенетический механизм их формирования.

Психические дисфункции у пациентов с диффузной структурой железы расценивались нами как неспецифические психические проявления в рамках гомеостатического баланса при АИТ, а психопатологическую симптоматику при диффузно-узловом зобе, вероятно, следует рассматривать в качестве проявлений психической дезадаптации на фоне хронического аутоиммунного процесса, опосредованного изменением иммунных показателей.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Ильина Н.А., Довженко Т.В., Гродницкая Е.Э.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
ГБУЗ г. Москвы Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – широко распространенное, сопряженное с бесплодием хроническое заболевание, также связанное с повышением онкологических, метаболических, сердечно-сосудистых рисков. Наибольшее распространение на сегодняшний день получили утвержденные ESHRE/ASRM (Европейским обществом репродукции и эмбриологии человека и Американским обществом репродуктивной медицины) в 2003 г. в Роттердаме (Нидерланды) критерии СПКЯ: дисменорея, повышение как минимум одного андрогена сыворотки крови, а также эхографическая картина поликистозных яичников. Диагноз СПКЯ предполагает наличие как минимум 2х из 3х признаков. Соответственно, выделяют 4 фенотипа СПКЯ: классический фенотип (имеются все 3 признака) и три неполных (сформированы из дуплетов признаков).

По данным зарубежных авторов, женщины с СПКЯ больше подвержены целому ряду психических нарушений. Приводятся доказательства существенно большей в сравнении со здоровыми женщинами распространенности у пациенток с СПКЯ тревоги и депрессии. Ряд исследований демонстрирует существенное снижение качества жизни у пациенток с СПКЯ. Предпринимаются попытки проследить взаимосвязь психического состояния и качества жизни пациенток, а также физиологических проявлений СПКЯ, однако представленные данные весьма неоднородны.

В нашей стране до настоящего времени комплексных патопсихологических обследований пациенток с СПКЯ не проводилось.

Целью настоящего исследования стало определение частоты выявления тревоги и депрессии у пациенток с СПКЯ, проходящих лечение в учреждении общесоматического профиля, оценка качества жизни этих пациенток, а также сравнение по данным показателям групп классического и неполных фенотипов.

Методы. Всем пациенткам после комплексного гинекологического обследования, включавшего осмотр, оценку антропометрических данных, УЗИ органов малого таза, биохимические исследования, а также определение концентрации гормонов в сыворотке крови, было проведено клинико-патопсихологическое обследование с использованием краткого международного нейропсихиатрического опросника MINI-6, госпитальной шкалы тревоги/депрессии HADS, индекса общего (хорошего) самочувствия/ВОЗ (вариант 1999 г.) WHO-5.

Материал. В исследовании участвовали 74 женщины в возрасте 18-39 лет (медианный возраст 26 лет) с верифицированным диагнозом синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Все пациентки проходили амбулаторное лечение в ГБУЗ города Москвы «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы» в период 2013-2014 гг. Диагноз СПКЯ был установлен врачом-гинекологом в соответствии с критериями ESHRE/ASRM. В зависимости от фенотипа СПКЯ, пациентки были разделены на 2 группы: группа классического фенотипа (27 пациенток) и группа неполных фенотипов (47 женщин).

Результаты. В соответствии с критериями MINI-6 к моменту осмотра 31 пациентка (41,89%) хотя бы раз в жизни переносила депрессивный эпизод : состояние 13 пациенток (17,57%) соответствовало категории текущего депрессивного эпизода, 29 пациенток (39,19%) – прошлого депрессивного эпизода, а 11 испытуемых (14,86%) получили положительные оценки в обеих категориях. 18 женщин (24,32%) имели признаки генерализованной тревоги. Достоверных различий между группами классического и неполных фенотипов в оценках по категориям MINI-6 обнаружено не было (использовался U-критерий Манна-Уитни).

Медианные баллы по субшкале депрессии HADS составили 2,00 (межквартильный диапазон 1,00-5,00), а по субшкале тревоги 7,00 (межквартильный диапазон 4,00-9,00). Клинически значимые (≥11 баллов) признаки депрессии обнаруживались у 3 пациенток (4,05%), тревоги – у 12 пациенток (16,21%), а 6 (8,11%) и 15 пациенток (20,27%) демонстрировали значения (8-10 баллов), соответствующие субклиническим проявлениям соответственно депрессии и тревоги. Таким образом, отличные от нормы результаты по субшкалам депрессии и тревоги HADS имели соответственно 12,16% и 36,48% испытуемых.

Между группами неполных и классического фенотипов достоверные различия были выявлены только по показателям уровня тревоги ($p<0,05$). При этом медианные баллы в группе неполных фенотипов оказались существенно выше, чем в группе классического фенотипа (7,00 и 4,00 соответственно). Клинически значимые признаки тревоги обнаруживались у 19,15%

пациенток с неполными фенотипами СПКЯ, и у 11,11% женщин с классическим фенотипом. Субклиническим проявлениям соответствовали баллы 23,40% пациенток из группы неполных фенотипов и 14,81% женщин из группы классического фенотипа. Таким образом, отличные от нормы результаты по субшкале тревоги в группах неполных и классического фенотипов имели соответственно 42,55% и 25,92% испытуемых.

Качество жизни (WHO-5) было исследовано у 65 пациенток. Полученное медианное значение составило 14,00 (межквартильный диапазон 11,00-18,00). Результаты, свидетельствующие о высокой степени вероятности наличия каких-либо психических нарушений (<13 баллов), продемонстрировали 25 пациенток (38,46%). Достоверных различий (при помощи U-критерия Манна-Уитни) между группами выявить не удалось.

При проведении корреляционного анализа методом Спирмена, выявлена умеренная отрицательная корреляционная связь показателя качества жизни WHO-5 с баллами по субшкалам HADS: тревоги (Rs=-0,39 p<0,05) и депрессии (Rs=-0,32 p<0,05). Для депрессии (HADS) в группе неполных фенотипов обнаружена умеренная положительная корреляционная связь с уровнем ТТГ сыворотки (Rs=0,32 p<0,05) в его диапазоне значений 0,4-3,9 мкМЕ/мл, а в группе классического фенотипа обнаружена умеренная положительная корреляционная связь с ИМТ (Rs=0,51 p<0,05) и уровнем инсулина (Rs=0,51 p<0,05), а также умеренная отрицательная корреляционная связь с уровнем ЛПВП (Rs=-0,59 p<0,05). Для тревоги (HADS) в группе неполных фенотипов обнаружена умеренная положительная корреляционная связь с уровнем ТТГ сыворотки (Rs=0,50 p<0,05) в его диапазоне значений 0,4-3,9 мкМЕ/мл, а в группе классического фенотипа обнаружена сильная положительная корреляционная связь с уровнем АТкТПО сыворотки (Rs=0,76 p<0,05).

Обсуждение. Полученные в исследовании данные позволяют говорить о высокой распространенности тревоги и депрессии среди женщин репродуктивного возраста, страдающих СПКЯ. При медианном возрасте 26,00 лет на момент исследования 41,89% испытуемых перенесли не менее одного депрессивного эпизода (в соответствии с критериями MINI-6).

Нам также удалось подтвердить данные зарубежных ученых о том, что СПКЯ существенно снижает качество жизни пациенток. Клинически значимые низкие баллы по WHO-5 продемонстрировали более трети женщин. Выявлено влияние психического состояния на качество жизни пациенток с СПКЯ.

Необходимо отметить, что оценки по субшкалам HADS в нашем исследовании существенно отличались от зарубежных данных, в частности опубликованных немецкими исследователями. Это могло быть связано с меньшим размером или демографическими отличиями выборки, однако, наиболее вероятно, что госпитальная шкала тревоги/депрессии HADS является не достаточно чувствительным методом в нашей популяции. Так при учете всех отличных от нормы результатов (≥8 баллов) полученные данные оказались сопоставимы с зарубежными. Это предположение подтверждается также результатами обследования пациенток с использованием MINI-6.

Представляет интерес и требует дальнейшей проработки выявленная большая распространенность тревоги в группе неполных фенотипов, в сравнении с группой классического фенотипа, а проведенный корреляционный анализ демонстрирует перспективность изучения взаимосвязей между психическим состоянием и клинико-лабораторными показателями.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С САЛЬПИНГООФОРИТАМИ И ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Камплицкая О.В., Ляшенко Е.Н., Овсянников М.В.

Ростов-на-Дону
РостГМУ

Цель исследования: изучение распространенности и клинической структуры психических расстройств у женщин с хроническими заболеваниями органов малого таза (ХЗОМТ) с учетом их влияния на состояние иммунной системы. Разработка дифференцированного подхода к ведению больных с сальпингоофоритами(ХЗОМТ) в зависимости от уровня психических и иммунологических расстройств по результатам комплексного клинико-психопатологического и клинико-имммунологического исследования (по активности ЛЭ, a1-ПИ, уровню антител к провоспалительным цитокинам в комплексе с самими цитокинами, аутоантител к основным нейроантигенам) и оценка возможности использования этих иммунологических показателей в качестве диагностических и прогностических параметров у женщин репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Обследована сплошная выборка женщин репродуктивного возраста страдающие ХЗОМТ- 100 женщин в возрасте от 15 до 45 лет. Условно разделенные на две группы: группа женщин репродуктивного возраста страдающие ХЗОМТ, без психических расстройств 73(63%). Вторая группа женщины репродуктивного возраста страдающие ХЗОМТ имеющие сопутствующие психические расстройства невротического уровня 27(37%). Вторая группа делилась на две подгруппы. Первая подгруппа получала только базисную терапию, вторая, наряду с базисной, терапию с применением антидепрессантов, транквилизаторы бензодиазепинового ряда, ноотропов (фенибут). Проводилась краткосрочная психотерапия с применением ассоциативно-диссоциативных техник нейролингвистического программирования и гештальттерапии, с последующей оценкой эффективности проводимой терапии. Были проведены современные методы диагностики, используемых в гинекологии (УЗИ, ПЦР, гормональный фон).Комплексное иммунологическое исследование, факторы неспецифической защиты – уровень лейкоцитарной эластазы и активность a1-протеазного ингибитора – в крови у женщин с ХЗОМТ, уровни идиотипических аутоантител к нейроантигенам (белку S-100, основному белку миелина, глиофибриллярному кислому белку и фактору роста нервов), а также их идиотип-антиидиотипическое соотношение у больных с сальпингоофоритами.Использование современных методик для оценки психологического статуса у обследуемой категории пациенток (Шкала Гамильтона для оценки уровня тревоги, шкала депрессии Монтгомери-Асберг).

Таким образом, своевременное выявление, правильная квалификация особенностей психических нарушений, с учетом иммунного статуса у изучаемой категории больных, позволяет улучшить качество лечения основного заболевания и уменьшить количество обострений.

ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ХРОНИЧЕСКОМУ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Кантина Т.Э., Буртовая Е.Ю., Чебан А.Ю., Литвинчук Е.А., Аклеев А.В.

Челябинск
Уральский научно-практический центр радиационной медицины ФМБА России

Деятельность производственного объединения «Маяк» на Южном Урале в течение ряда лет сопровождалась катастрофическими по своим масштабам радиационными инцидентами и авариями. В период с 1949 по 1956 гг. в речную систему Теча-Исеть-Тобол-Иртыш-Обь осуществлялся санкционированный сброс жидких радиоактивных отходов. В результате взрыва емкости с высокоактивными отходами в 1957 г. и ветрового разноса радионуклидов в 1967 г. произошло массовое облучение населения преимущественно Челябинской и Свердловской областей. Воздействию радиации подверглось более 500 тыс. человек. Спустя многие десятилетия после радиационных инцидентов, уровень радиационного фона продолжает оставаться повышенным в целом ряде районов как на территории Восточно-Уральского радиационного следа (ВУРС), так и в бассейне реки Теча. По-прежнему сохраняется потенциальная опасность повторного радиоактивного загрязнения речной системы (Буртовая Е.Ю. Аффективные расстройства у облученного населения Южного Урала в отдаленные периоды после радиационных инцидентов: Автореф. дисс. канд. мед. наук /Е.Ю. Буртовая. Оренбург, 2006.).

Большую часть жителей пострадавших районов не переселяли, и в настоящее время на радиоактивно загрязненной территории компактно проживает третье-четвертое поколение облученных и их потомков. Сформировалась уникальная, многочисленная когорта лиц, проживающих в условиях хронического радиационного воздействия.(А.В. Аклеев, В.П. Гриценко, Т.А. Марченко / Социально-психологические последствия аварийного облучения населения Уральского региона Москва: РАДЭКОН, 2008 – 351с.; А.В. Аклеев, М.Ф. Киселев / Экологические и медицинские последствия радиационной аварии 1957 года на ПО «Маяк» / под ред. А.В. Аклеева, М.Ф. Киселева – Москва, 2001). В большинстве литературных источников указывается на то, что у людей, подвергшихся радиационному воздействию, в различных ситуациях довольно часто наблюдаются психические расстройства, но до настоящего времени недостаточно изучены клинические особенности психопатологии у населения, проживающего в бассейне реки Теча и на территории ВУРСа. Отсутствует единое мнение об основных факторах риска формирования психопатологии у лиц, пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале в отдаленном периоде. Таким образом, изучение психопатологических проявлений у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале в отдаленные периоды, является актуальным и практически необходимым для решения социальных, трудовых и медицинских вопросов.

Настоящее исследование осуществлялось в условиях клинического отделения ФГБУН УНПЦ РМ ФМБА России. Объектом исследования явились лица, подвергшиеся хроническому воздействию ионизирующего излучения в пределах малых доз. Из числа обследованных были сформированы две группы: группа I – население бассейна реки Теча – составила 376 человек, 109 мужчин (29% от общего числа) и 267 женщин (71% от общего числа), средний возраст обследуемых 56,9±7,4. Группа II – население, проживающее на территории ВУРСа, составила 350 человек, 103 мужчины (29,4%) и 247 женщин (70,5%), средний возраст обследуемых 55,76±8 лет.

Проводился анализ социально-гигиенических и психогенных факторов, экзогенных вредностей, анамнестических данных. При исследовании социально-гигиенических факторов производилось сравнение групп по национальному составу, полученному образованию, трудоустройству, семейному положению, наследственной отягощенности психическими и соматическими заболеваниями, наличию в роду суицидов, алкоголизации, курения. Кроме того, оценивалась та или иная симптоматика, выявленная в течение последнего года и анализировалась структура выявленной психопатологии.

По результатам обследования было установлено, что в обеих группах достоверно преобладали люди пенсионного возраста, со средне-специальным образованием, состоящие в браке, с наследственностью, не отягощенной психическими заболеваниями.Наследственная отягощенность психосоматическими заболеваниями, такими, как артериальная гипертензия и ИБС выявлялась в высоком проценте случаев и преобладала в обеих группах. Однако среди населения I группы достоверно преобладали лица с наследственной отягощенностью онкологическими заболеваниями, язвенной болезнью желудка и 12п. к., сахарным диабетом и бронхиальной астмой, тогда как среди населения ll группы выявлено достоверное преобладание лиц с наследственной отягощенностью по ожирению.

В I группе достоверно большее число людей, не злоупотребляющих алкоголем, во II группе преобладало бытовое пьянство.

При анализе сопутствующей соматической патологии выявлено, что в обеих группах очень высок процент пациентов с артериальной гипертензией и ИБС без достоверных отличий между группами. Однако во II группе установлено преобладание лиц с онкозаболеваниями.

При анализе структуры выявленной психопатологии можно было заметить следующее: количество психически здоровых (F0000) пациентов в I группе достоверно больше, чем во II группе. В этой же группе достоверно чаще встречались пациенты с дистимией F 34.1 – выявлена у 2,6% в I группе и не выявлена во II группе; с хроническими аффективными расстройствами F 34.8 – выявлены у 1,9% в I и не выявлены во II группе.

Во II группе достоверно чаще выявлялись органическое непсихотическое депрессивное расстройство F06.36, органическое тревожное расстройство F06.4, органическое легкое когнитивное расстройство F06.7, органическое расстройство личности F07.9, пролонгированная депрессивная реакция F43.21 и неврастения F48.0.

Таким образом, по результатам осмотра населения, было установлено, что большее количество психически здоровых лиц проживает на территории бассейна реки Теча. Для этой же группы населения характерно преобладание пациентов с астеническими расстройствами (органическое астеническое расстройство F06.6 и неврастения F48.0 суммарно составляют 19,1%) и депрессивной психопатологией (органическое непсихотическое депрессивное расстройство F06.36, пролонгированная депрессивная реакция F43.21, дистимия F 34.1 суммарно составляют 10,9%). В этой группе у пациентов с психопатологией, преобладают такие симптомы, как головокружения, шум в ушах, метеочувствительность, плохая переносимость жары и духоты, чувство нехватки воздуха, потливость, сердцебиение, повышенная утомляемость, вспыльчивость, забывчивость, трудности сосредоточения внимания, суицидальные мысли.

У пациентов территории ВУРСа, как и у первой группы населения, характерным является преобладание астенических (суммарно составляют 21,7%) и депрессивных расстройств (суммарно составляют 17,7%) над другими нозологиями, при этом имеет место достоверное преобладание данных расстройств на территории ВУРСа. Ведущей является такая симптоматика, как слабость, вялость, упадок сил, сниженное настроение, апатия, злоупотребление алкоголем, изменение веса, снижение памяти

на текущие события. Характерно, что данные состояния обусловлены не только внешними психотравмирующими ситуациями, как в случаях пролонгированных депрессивных реакций, но и рядом причин, вызывающих непосредственное поражение головного мозга (случаи органических депрессий, органических астенических расстройств), так как в этой группе высок процент лиц с синдромом легких когнитивных нарушений.

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Карнозов В.Л., Линева Т.Ю., Кирсанова Г.Ф.

Москва
РУДН

Цель исследования. В формировании эмоциональных расстройств при соматических заболеваниях участвуют психогенные, соматические и личностные факторы, каждый из которых приобретает на определенных этапах болезни ведущее значение, обуславливая особенности клинических проявлений аффективных нарушений.

Целью исследования был анализ вариантов депрессивных расстройств при некоторых соматических заболеваниях, их динамики как в рамках одной нозологической единицы, так и путtм сравнения депрессивных расстройств в двух группах заболеваний, отличающихся по степени тяжести и генерализованности соматической патологии.

Материал и методы. Данное сообщение основано на результатах комплексного динамического изучения таких различных по тяжести и прогнозу заболеваний, как почечная недостаточность, первичный билиарный цирроз, первичный гипогонадизм. Всего было обследовано 523 соматических больных. Из них с почечной патологией (терминальная стадия хронической почечной недостаточности) – 310 больных, с первичным билиарным циррозом – 133, первичным гипогонадизмом – 80. Все больные находились на стационарном лечении.

Результаты и их обсуждение. При анализе динамики психических нарушений, выявленных у больных, удалось проследить некоторые принципиальные закономерности формирования депрессивной симптоматики. Характер депрессивных расстройств при изучаемых соматических заболеваниях, развивающихся в структуре астенического синдрома, зависел от особенности астении, что, в свою очередь, было связано с тяжестью основного заболевания, этапом его течения и методами лечения. По мере утяжеления соматической патологии депрессивные расстройства, вначале близкие по своей структуре к невротическим и сочетающиеся, как правило, с другими невротическими жалобами, затем приобретали психопатическую, а в дальнейшем психоорганическую окраску. Так, при тяжелой недостаточности паренхиматозных органов в период осознания болезни, адаптации к ней и к методам лечения имели место пониженное настроение с преобладанием выраженной тревоги за свое состояние, за будущее, страх перед новыми методами лечения, раздражительность, нарушение сна, вегетативные расстройства. Тревожно-депрессивные нарушения в структуре астенического синдрома приводили к трудностям адаптации больных на всех этапах лечения. Если при относительно благоприятном соматическом состоянии депрессия характеризовалась подавленностью, плаксивостью, тревогой за будущее, самообвинениями за неправильное отношение к своему здоровью ранее, то при более тяжелом состоянии обращали на себя внимание брутальность аффекта на фоне выраженной астении с резкой истощаемостью, тенденция к игнорированию болезни, категорический отказ от лечения, что быстро приводило к летальному исходу.

При прогрессировании патологии паренхиматозных органов (1-я группа больных), длительном течении болезни, постепенном формировании хронической энцефалопатии угнетенность сочеталась с дисфорическим оттенком настроения, ворчливостью, недовольством окружающими, придирчивостью, требовательностью, капризностью. В отличие от более раннего этапа тревога не была постоянной, она возникала обычно в периоды реальной угрозы (после неудачного гемодиализа, при кризе отторжения, после операции пересадки яичка, при повторных кровотечениях у больных с портальной гипертензией и т.п.). На отдаленных этапах тяжелого соматического заболевания при выраженных явлениях энцефалопатии астенический синдром с преобладанием адинамии включал в себя угнетенность с преобладанием апатии, безучастности к окружающему. Однако при этом дисфорический оттенок настроения сохранялся, как и склонность к возникновению примитивных реакций с гневливостью, рыданиями. В период значительного ухудшения соматического состояния возникали приступы тревожно-тоскливого возбуждения, при которых могли наблюдаться суицидальные действия.

У больных второй группы клиническая картина депрессивной симптоматики ограничивалась только невротическим уровнем. Роль личностного, возрастного и психогенного (связанного со спецификой заболевания) факторов наиболее отчетливо была выявлена у больных первичным гипогонадизмом. Затяжная депрессивная (с паранойяльными включениями) реакция на болезнь, формирующаяся в пубертатном возрасте, являлась в дальнейшем основой патологического формирования личности.

На определенных этапах соматической болезни депрессивные расстройства усиливались по сути определяя клиническую картину психических расстройств, приобретали синдромальную очерченность. К таким этапам относятся следующие периоды: период осознания тяжести болезни, особенно, если факт наличия тяжелого заболевания явился для больного неожиданным, принятие решения при оперативном лечении, период острой реакции отторжения при пересадке органов.

Изучение условий формирования, особенностей клиники и динамики выраженных депрессивных расстройств дает основание отнести их к варианту атипичных реактивных депрессий. Обращает на себя внимание тот факт, что чем тяжелее было соматическое заболевание, тем атипичнее протекало депрессивное состояние.

Выводы. У соматически больных депрессивные расстройства имеются почти постоянно и входят в структуру ведущего при соматической патологии астенического синдрома. Собственно депрессивный синдром развивается только на определенных этапах болезни, преимущественно в виде атипичной (за счет соматогенных воздействий) реактивной депрессии, чаще при наличии характерологических сдвигов. В условиях сложного переплетения соматогенных, психогенных и личностных факторов в генезе депрессивной симптоматики удельный вес каждого из них значительно колеблется в зависимости от характера и этапа соматического заболевания. Соматогенные факторы, как правило, обусловливают атипизм психогенных расстройств, однако на определенных этапах болезни приобретают самостоятельное значение в генезе депрессивной симптоматики.

В заключении следует подчеркнуть, что депрессивные расстройства при тяжелой и генерализованной соматической патологии занимают особое место среди эндогенной, экзогенной и психогенной симптоматики. Это становится особенно очевидно с развитием медицины, использованием новых методов лечения хронических соматических заболеваний, и прежде всего органозамещающей терапии, пересадки органов, сосудистой хирургии. Все чаще возникают трудности в квалификации тех или иных психических нарушений. Это обусловливает необходимость дальнейших клинических исследований с целью изучения и классификации психопатологии соматопсихиатрии.

ПАЦИЕНТЫ СТАЦИОНАРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА С ИНТЕНСИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ КАК ОТДЕЛЬНАЯ ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Коноркина Е.А., Купцова Т.В., Коломиец В.М.

Орел, Курск
ФКУ Орловская ПБСТИН,
Курский ГМУ

Туберкулез легких, поражая неблагополучные слои населения, является маркером социального, материального и культурного образа жизни населения. Пациенты психиатрического стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН) социально дезадаптированы, имеют опыт тюремного заключения, злоупотребления алкоголем, никотином, наркотическими средствами. У таких больных имеется сочетание одновременно нескольких медико – социальных факторов риска развития туберкулеза легких.

Материалы и методы. Исследования проводились в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением (ОПБСТИН) на протяжении 2010 г – 2014 г. В течение года в стационаре по решению суда находилось на лечении до 1100 пациентов с различной психической патологией. Как контрольные использовались показатели заболеваемости туберкулезом среди психически больных в Орловской области за тот же период. Цель работы. Проводилось изучение заболеваемости туберкулезом легких среди контингента ОПБСТИН (на 100000 населения). Результаты и обсуждение. При анализе эпидситуации установлено, что в изучаемых контингентах отмечается стабилизация основного показателя – заболеваемости на 100000 населения с тенденцией медленного снижения. В ОПБСТИН заболеваемость туберкулезом имела волнообразный характер со снижением с 674,16 в 2010 году до 126, 26 в 2014 году. Заболеваемость туберкулезом психически больных Орловской области так же снизилась с 54,47 до 10,86. Среди новых случаев туберкулеза в ОПБСТИН в 50% – 100% регистрировался очаговый туберкулез легких. Второе по частоте выявления место занимает инфильтративный туберкулез (33,3%). Диссеминированный туберкулез легких выявлялся в 16,7% случаев. У психически больных Орловской области с приблизительно одинаковой частотой регистрировались очаговый и инфильтративный туберкулез (40% – 60%). Так же выявлялись другие формы туберкулеза (экссудативный плеврит, эмпиема плевры, туберкулез бронхов, цирротический туберкулез). В структуре психопатологии у пациентов ОПБСТИН с впервые выявленным туберкулезом больные шизофренией составляли 50% – 100%, органическим расстройством личности и умственной отсталостью – 16,7% – 25%. В Орловской области среди новых случаев туберкулеза доля больных шизофренией составляла 33% – 60%, умственной отсталостью – 25% – 50%, органическим расстройством личности – 12,5% – 40%. Заболеваемость туберкулезом среди пациентов ОПБСТИН, страдающих шизофренией, снизилась с 769,23 до 285,71. У больных с органическим расстройством личности и умственной отсталостью заболеваемость туберкулезом увеличилась с 2702,7 до 3703,7 и с 574,7 до 680,3 соответственно. По Орловской области отмечено снижение заболеваемости во всех группах: у больных шизофренией с 103,07 до 29,5; умственной отсталостью – с 34,45 до 20,36.

Выводы.

1. При одинаковых тенденциях формирования эпидситуации, заболеваемость туберкулезом среди пациентов ПБСТИН в десятки раз превышает показатели по области.

2. Преобладание очаговых форм среди новых случаев туберкулеза в ОПБСТИН свидетельствует о своевременности диагностики.

3. Пациенты с шизофренией, органическим расстройством личности и умственной отсталостью формируют контингент с наиболее высоким риском развития туберкулеза легких.

4. Выявленные различия в некоторых показателях позволяют выделить пациентов ПБСТИН в отдельную группу повышенного риска развития туберкулеза легких.

РОЛЬ СЕМЬИ В ГЕНЕЗЕ И ДИНАМИКЕ ПАТТЕРНОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Костин А.К.

Томск
НИИПЗ

Роль семейных факторов в генезе и динамике психических, психосоматических расстройств подчеркивалась многими исследователями (Мясищев В.В., 1960; Ушаков Г. К., 1987; Захаров А.И., 1995; Авдеенок Л.Н., 1996; Семке В.Я.,1988; Семке В.Я., Белокрылова М.Ф., 2001). В нашем исследовании мы решили уделить им существенное внимание, поскольку психосоматический процесс возникает, протекает и видоизменяется в тесной взаимосвязи с личностью пациента, влияние на которую бесспорно оказывают факторы семейного окружения.

Цель исследования: изучить особенности влияния семейных и тесно связанных с ними психологических факторов на формирование психосоматических соотношений при коморбидном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и/или язвенной болезни желудка и синдрома раздраженной толстой кишки у больных с непсихотическими психическими расстройствами.

Материал и методы: На базе отделения пограничных состояний обследовано 150 больных (53 мужчины, 97 женщин), средний возраст 40,4±4,5 года, наблюдавшихся у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки. Использовались клинический, клинико-психопатологический методы исследования. Верификация диагноза язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки основывалась на данных эндоскопического обследования, синдрома раздраженной толстой кишки – согласно Римских критериев II. Квалификация пограничных психических расстройств проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ 10.

Результаты. Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее значение имели психотравмирующие факторы внутри семьи. Следует подчеркнуть значимость психогенных ятрогенных воздействий, которые встречаются значительно реже, чем семейные психогении, но зачастую приобретают катастрофический характер, провоцируя возникновение или обострение психического расстройства, препятствуя формированию комплаенса. Характерным являлся высокий уровень семейной дезадаптации во всех патогенетических подгруппах психосоматических расстройств пищеварительного тракта. Статистически достоверные различия ($P<0,05$) по сравнению с полной и неполной семейной адаптацией отмечены в третьей подгруппе (ЯБ+СРТК). При язвенной болезни также отмечен высокий уровень семейной дезадаптации.

Рассмотрение копинг-механизмов с помощью тесту E. Hein (1988) в модификации И.Я.Стояновой выявило следующие параллели: – сфера контактов недостаточно развита – пациенты чаще выбирали отвлечение и активное избегание, а 44,0% отрицали сотрудничество как таковое; -озлобленность, гнев и протест не выражаются открыто – подавление эмоций выходит на первое место, отвергаются – агрессивность и протест; -недоста-

точная психическая гибкость отражается как в сфере общения, так и в эмоциональной и когнитивной сферах. Оценив влияние отдельных сфер функционирования личности больного, было отмечено, что неадаптивные стратегии чаще встречались в когнитивной сфере (диссимуляция в 52,7%, игнорирование в 44,3%), однако в сфере эмоций на 2-е место выносился наиболее распространенный механизм, ассоциировавшийся с психосоматическими заболеваниями гастроинтестинальной системы (подавление эмоций 84,3%).Одним из распространенных психологических качеств пациентов с психосоматическими расстройствами системы пищеварения являлась алекситимичность. В нашем исследовании она исследовалось с помощью Торонтской шкалы алекситимии. Среди обследованных пациентов алекситимией не страдали 13,4%; 41,3% относились к пограничной группе; у 45,3% была обнаружена собственно алекситимия. Во второй (ЯБ) и третьей (ЯБ+СРТК) группе больных отмечено преобладание алекситимии (20,0% и 17,3%), в третьей группе отсутствовали лица, не имевшие признаков алекситимии, что соотносилось с худшим прогнозом в плане течения и терапии психосоматических заболеваний данной локализации. Значение данных факторов сложно переоценить так как они отражают как особенности формирования личности пациента в нуклеарной семье, так и являются предикторами качества его функционирования в различных сферах, при создании собственной семьи и формирования болезненного состояния как способа патологической адаптации.

Среди пациентов отмечался феномен семейного накопления, при котором несколько членов семьи страдают от одного и того же заболевания, он был отмечен у пациентов с СРК, что согласуется с данными Levy RL, Jones KR, Whitehead WE (2001), Pace F, Zuin G, Di Giacomo S (2006). По данным зарубежных исследователей (Mohammed I, Cherkas LF, Riley SA, 2005) это социально детерминированное обучение гастроинтестинальным симптомам под давлением внешних обстоятельств, передача патологических паттернов поведения от родителей к их детям. В семьях отмечается повышенный уровень тревоги, алекситимии, накопление патохарактерологическтих черт.

Особое внимание необходимо обратить на формирование симбиотических отношений в нуклеарной семье пациента, мифологизацию, идеализацию и интроекцию образа родителя, формирующие психосоматические, зависимые паттерны поведения, где болезнь зачастую являлась единственным «разрешенным» способом снятия внутреннего напряжения, конфликта, а пациенты были беззащитными перед лицом агрессии со стороны родителей.

Необходимо подчеркнуть значение семейного окружения при формировании комплаентных отношений с пациентом, особенно на этапе поддерживающей терапии, когда родственники пациента, зачастую получающие определенную вторичную выгоду от его болезненного состояния, инициируют прекращение лечения, конкурируя с врачом за «власть» над пациентом.

Важным для формирования клинической картины является получение пациентом вторичной выгоды от своего болезненного состояния. Особенно ярко это можно проследить у пациентов, участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. С течением времени фактор экспозиции ионизирующему излучению теряет свою значимость, преломляясь сквозь призму индивидуальных и социальных представлений и мифов и на первый план выходят психогенные и социальные воздействия, приводящие к формированию психосоматической и соматоформной симптоматики и далее к деформации личности в сторону ипохондризации с формированием стойких рентных установок (Рудницкий В.А., 2001, 2009). Данная ситуация усугубляется мощным социальным прессингом, когда получаемые льготы и выгода от них (выплаты по пособиям значительно превышали уровень средней заработной платы) способствуют формированию характерных паттернов поведения. Исходя из концепции душевных кризисов, разработанной В.Я. Семке, и разрабатываемой нами в отношении пациентов с сочетанным воздействием экологических и психосоматических факторов, можно говорить о формировании у данных пациентов как экологического, так и психосоматического кризиса. Сформировавшееся и нарастающее социально-медицинское неблагополучие, обусловленное сложной сочетанной психической и соматической патологией, явилось основой массивного социального стресса, накладывающегося на экологический стресс.Выводы: В генезе психосоматических расстройств гастроинтестинальной системы преобладают эмоционально значимые внутрисемейные конфликты, важным патогенетическим моментом является неправильное воспитание в «ядерной» семье, структура семьи и искаженные внутрисемейные отношения вносят существенный вклад в психическую дезадаптацию. Наличие подобных данных в анамнезе соотносится с ранним началом психосоматического процесса, выраженностью клинической картины и затяжным течением. Особенности структуры и воспитания в ядерной семье оказывают существенное влияние на формирование личности пациентов, психосоматической предиспозиции, паттернов психосоматического реагирования на психогении, клинической картины и определяют показания для комплексного применения соматотропных, психотропных препаратов, лечебной физкультуры и психотерапии. Необходима разработка превентивных мероприятий, направленных на предотвращение «передачи по наследству» паттернов психосоматического реагирования, которые приводят к тому, что болезненный симптом становится предпочтительным способом адаптации.

СОМАТОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Коцюбинский А.П.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

В клинике непсихотических психических расстройств, как отмечает Ю. А. Александровский (2006), также «имеется множество переходных симптоматических и синдромологических образований, которые представлены широкой палитрой специфических клинических картин, составляющих в целом особую группу состояний, которые, с одной стороны, имеют признаки, сходные с конституциональными расстройствами личности, а с другой – с аутохтонными психическими расстройствами. Не случайно различные авторы справедливо обращают внимание на наличие некоторых личностных аномалий, которые имеют весьма существенную «близость» к формированию в дальнейшем психических заболеваний.

Вместе с тем в отношении такого рода состояний M. H. Stone (2001) отмечал следующую важную особенность: критериями расстройств личности в этом случае скорее являются симптомы, а не черты характера.

Проведенный анализ таких клинических феноменов позволяет рассматривать их как различные проявления (варианты) самостоятельного переходного непсихотического симптомокомплекса, который включает: а) шизотипический симптомокомплекс (обозначаемый в литературе как «шизотипическое личностное расстройство»); б) аффектотипический симптомокомплекс (обозначаемый в литературе как «пограничное личностное расстройство»). в) пограничный соматотипический симптомокомплекс (или иначе – соматотипическое расстройство личности).

В литературе достаточно подробно описаны состояния, относимые к «шизотипическому личностному расстройству» и «пограничному личностному расстройству». При этом А. Б. Смулевич и Б. А. Волель [2004] отмечают, что именно шизотипическому и пограничному расстройствам личности

«свойственны повышенная готовность к манифестации психопатологических симптомокомплексов и широкий спектр временных, обратимых расстройств как психогенного, так и эндогеноморфного (шизотипического и аффективного) круга».

В то же время описаниям соматотипического расстройства личности – соматопсихической конституциональной аномалии, определяющей врожденную склонность к различным соматически окрашенным реакциям – посвящены лишь отдельные публикации. Можно выделить два варианта такого рода конституциональной предрасположенности: соматотонию и соматопатию (Смулевич А. Б., Фильц А. О., Гусейнов И. Г. [и др.]. 1992).

1. Соматотония (Sheldon W. H., Stevens S. S., 1942), соматотоническая конституция – характеризуется синдромально завершенной картиной особого отношения индивида к своему телу. Представляет собой соматопсихические патохарактерологические нарушения стенического, экспансивного типа с латентной ипохондрической стигматизацией в форме сверхценной или ригидной ипохондрии. В этом случае состояние пациентов, отличающихся изначально высокоразвитыми физическими способностями, характеризуется наличием стенически гипертрофированного и экспансивно окрашенного сознания телесного «Я». К проявлениям соматотонии относятся:

- гедонистическое ощущение физической мощи, повышенного телесного тонуса (чрезмерное внимание к занятиям спортом, потребность в физических упражнениях и способность получать от них наслаждение);

- толерантность к высоким нагрузкам (энергичность, экстремальные условия труда, стремление к видам деятельности, характерным для молодежи, хорошая переносимость экологически неблагоприятных факторов);

- «культ тела» со стремлением к физическому совершенству, подержанию «безупречной» физической формы (здоровый образ жизни, заимствованный из популярных стереотипов), сочетающийся с такими нарцистическими чертами, как любование собственной «телесной формой», довольство своей ловкостью и подвижностью.

2. Соматопатия (вариант астенической конституции) (Schneider K., 1992), невропатическая конституция (Смулевич А. Б., 2006), церебротония (Sheldon W., Stevens S., 1942), «соматическая гиперперсонализация» (как отмечает А. Б. Смулевич, 2007, термин предложен Э. Б. Дубницкой) – также отличается синдромально завершенной картиной соматопсихических патохарактерологической девиации с латентной ипохондрической стигматизацией в форме «невротической ипохондрии». Характеризуется гипертрофированной чувствительностью к сенсациям со стороны телесной сферы, явлениями гиперсенестезии в сфере телесной перцепции (гиперпатии, алгии, псевдомигрени), склонностью к выявлению патологических телесных ощущений и вазовегетативных расстройств. Лицам с соматопатией свойственна стойкая деформация соматопсихической сферы с доминированием в сознании «образа соматического Я» (Гиляровский В.А., 1973), склонностью к ипохондрическому самоконтролю и боязливому самонаблюдению. Характерен также «преувеличенный соматический стиль» (Barsky A., Klerman G., 1983), предполагающий не только тщательный контроль за различными функциями организма, но и тревожные реакции с дурными предчувствиями и готовностью при первом малейшем телесном дискомфорте считать себя тяжелобольным. Эти особенности сочетаются с врожденной неполноценностью вегетативных функций на фоне гипостении (повышенная утомляемость, ситуационно и соматогенно провоцированные астенические реакции, непереносимость длительных физических нагрузок, продолжительный период реконвалесценции после интеркуррентных заболеваний).

Соматопсихические конституциональные патохарактерологические девиации, относимые А. Б. Смулевичем (2009) к особому личностному расстройству, характеризуются непредсказуемостью вектора (психопатологического или соматического) направления своей последующей динамики (Краснов В. Н., 2012), а также наличием подверженности этих пациентов аутохтонным (эндогенным) заболеваниям. При этом в одних случаях, как свидетельствует наш опыт, при доминировании вегетативных феноменов, характерные для пациентов соматопсихические нарушения нередко оказываются аффилированными в дальнейшем с психическими расстройствами аффективного спектра, когда на разных этапах течения могут преобладать либо аффективные нарушения, перекрывающие слабо выраженные соматические проявления, либо более грубые соматические нарушения, перекрывающие аффективное сопровождение. В других же случаях, при превалировании гиперсенестезии, можно отметить сродство соматотипического расстройства личности с развитием в дальнейшем психических заболеваний шизофренического спектра.

Резюмируя изложенное выше, можно сказать, что в целом переходный непсихотический симптомокомплекс представляют собой латентную форму эндогенной психической патологии (когда свойство объектов или процессов находиться в скрытом состоянии, не проявляя себя явным образом); в данном случае – в отличие от продромальных признаков заболевания, – оказываясь относительно «монолитным» и не характеризуясь динамикой, специфичной при развития аутохтонного заболевания.

Представляется оправданным рассматривать переходный непсихотический симптомокомплекс как латентную форму эндогенной психической патологи. При этом: а) шизотипический симптомокомплекс лежит у истоков широкого круга явлений, относимых к расстройствам шизофренического спектра («шизотаксия» по P. E. Meehl, 1962) ; б)) аффектотипический симптомокомплекс – у истоков расстройств аффективного спектра («циклотаксия» по R. L. Findling [et al.], 2000); в) соматотипический симптомокомплекс (своеобразная «соматотаксия») – у истоков психосоматических/соматопсихических проявлений психических расстройств.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ

Кошелев В.В., Наркевич Е.М.

Москва
ГКУЗ ПКБ №12 ДЗМ,
Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, ГКБ N 40

По данным исследования КОМПАС депрессии отмечены у 49,9% амбулаторных пациентов терапевтического, кардиологического и неврологического профилей. С целью выяснения соотношений, взаимного влияния и особенностей клинического течения психосоматических заболеваний нами начато исследование пациентов кардиологического и гастроэнтерологического профиля в филиале «Арбатский« Национального клинико – хирургического центра им. Н.И. Пирогова, ГКБ N 40, клинике неврозов N 12 города Москвы. В настоящее время обследовано 36 пациентов (23 женщины, 13 мужчин) в возрасте 46 – 74 лет с сердечно – сосудистыми заболеваниям (ИБС, стенокардия напряжения I-III ФК, постинфарктный кардиосклероз, аритмии – 21 человек, гипертоническая болезнь I-III стадии – 15 человек). И 44 пациента (32 женщины, 12 мужчин) в возрасте 37-64 года гастроэнтерологического профиля (синдром раздраженного кишечника -26 человек, дискинезия желчевыводящих путей – 14, синдром функциональной диспепсии – 4 пациента). Поводом обращения к психотерапевту, психиатру стало наличие субъективных и объективных аффективных и астено – невротических расстройств, низкая эффективность соматотропного лечения, несоответсвие клинических и параклинических показателей выраженности субъективных

жалоб, наличие множественных жалоб, выходящих за рамки компетенций посещаемого специалиста. Также у пациентов обнаружены признаки тромбацитоза и воспалительных реакций. Психометрический раздел исследования осуществлялся тестированием по шкалам Спилберга, шкалой самоотчета SCL, шкалой Зунге. В исследование включались пациенты со значительными показателями реактивной и личностной тревожности (шкала Спилберга),высокими показателями соматизации, фобической тревоги и обсессий по шкале SCL-90 и маркерами депрессии по шкале Зунге. В ходе исследования у 60 пациентов (75%) аффективные расстройства разной степени выраженности предшествовали соматической патологии, у большинства прослеживались психотравмы и длительные конфликтные ситуации. 6 человек (7,5%) лечились по поводу биполярных расстройств. У 15 пациентов (19%) обнаружены истеро – ипохондрические и астенические акцентуации характера. У 20 пациентов (25%) аффективные расстройства проявились на фоне соматического заболевания и находились в прямой зависимости от его течения, соответсвуя критериям нозогенной депрессии. У этой группы пациентов сформированный болезненный стереотип приводил к психологической дезадаптации, значительно снижая комплаенс и терапевтический ответ. Назначение анксиолитических и антидепрессивных препаратов существенно улучшили психологическое и соматическое состояние у 55 пациентов (69%), 10 человек (12,5%) отказались от лечения у психиатра. 15 пациентов (18%) оказались резистентны к психотропной терапии. Психосоматические соотношения носили вариабельный характер в подгруппах. Медикаментозная ремиссия эндогенных психических расстройств, коморбидных соматической патологии, не имела существенного влияния на течение соматической патологии, которая отличалась толерантностью к терапии и наличию пародоксальных терапевтических реакций. Лечение нозогенной депрессии антидепрессантами приводила к значительной стабилизации соматического статуса. Преморбидные аффективные расстройства в большинстве случае поддавались лечению лучше, чем симптомы нозогенной депресии. В любом случае включение в курацию пациента психотерапевта, психиатра приводило к поиску новых алгоритмов лечения в рамках медико – экономических стандартов. В продолжении начатой работы предстоит ответить на множество вопросов о причинно – следственных связях психосоматических ассоциаций и коморбидных состояниях, о своевременном выявлении соматических имитаций психических расстройств, о значение своевременной коррекции соматических расстройств с учетом выявленного аффективного сопровождения. Результатом текущего этапа исследование стало понимание интернистами значения аффективных расстройств и существенного влияния психосоматических ассоциаций на течение заболевания в целом и значительное снижение медико – экономического бремени при мультипрофессиональной курации «трудных пациентов«.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

Краля О.В., Дроздовский Ю.В.

Омск
Омский ГМУ

Введение. Одной из актуальных современных медицинских и социальных проблем является сочетанная травма, при этом в настоящее время сочетанные травмы являются одной из трех основных причин смертности населения, причем у пострадавших в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место (Ермолов А.С., Абакумов М.М., Соколов В.А. и др., 2003). Необходимо подчеркнуть, что течение политравмы сопровождается тяжелым болевым синдромом. Базисом развития пограничных психических нарушений при сочетанной травме является соматогенный фактор: объем и степень тяжести травматического поражения, при котором получают свое ведущее значение такие факторы, как болевой и астенический синдром; гиподинамия, приводящая к дестабилизации работы дыхательной и сердечно – сосудистой систем. Имеют свое значение и другие клинико-патогенетические факторы, а также интрапсихическая переработка пациентами соматогенных воздействий. В свою очередь, развитие и усиление пограничных нервно-психических расстройств ухудшает течение политравмы и ее осложнений, создавая различные соматовегетативные симптомы (Семке В.Я., Семке А.В., Аксенов М.М., 2002; Смулевич А.Б., 2005; Дробижев М.Ю. и др., 2006).

Материалы и методы. Нами было обследовано 139 больных с политравмой в подостром периоде травматической болезни, у которых обнаруживались проявления психических расстройств, среди которых преобладали астенические и депрессивные расстройства также фобические и ипохондрические состояния. Основными методами являлись клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический и статистический.

Цель исследования. Целью настоящего исследования являлось выявление закономерностей влияния половозрастных особенностей на формирование психопатологических синдромов пограничного регистра у обследованных больных.

Результаты исследования. Для решения целей и задач исследования обследованные пациенты были объединены в 4 группы в зависимости от характера полученной травмы на основании типологии повреждений и их локализации: 1. повреждения опорно-двигательного аппарата и травмы груди, 2. повреждения опорно-двигательного аппарата и травмы груди в сочетании с ЧМТ, 3. повреждения опорно-двигательного аппарата и травмы груди, а также травмы внутренних органов, 4. повреждения опорно-двигательного аппарата и травмы груди, а также травмы внутренних органов и ЧМТ. В первой группе пациентов наиболее частым проявлением НППР был астенический синдром (18,1% от общей частоты), реже встречались депрессивный и ипохондрический синдромы (14,9% и 11,8%), фобический синдром в 9,6%. Во второй группе преобладали депрессии (50, 8%), астенический синдром занимал второе место (48,6%), ипохондрические расстройства составили 41,1%, фобические -22,6%. Третья и четвертая группа обнаружила наиболее значительным фобический синдром (32,2% и 35,6% соответственно). Соотношение других НППР в этих группах также было схожим: астенический синдром – 11,4% и 21,9%, депрессивный 13,4% и 20,9%; ипохондрический синдром – 17,7% и 29,4% соответственно по группам. В результате исследования выявилось, что 100% пациентов переживали болевой синдром, при этом НППР выявлялись не только как моносиндромы, но и в сочетании друг с другом. Следует подчеркнуть, что наличие таких факторов, как болевой синдром, постгеморрагическая анемия, приводили к нарушению витальных процессов, еще в большей степени усугубляло проявления НППР, что приводило к выраженной слабости и утомляемости пациентов, а также к снижению когнитивных способностей и развитию депрессивных проявлений (у 44,8% больных).

Выводы. Таким образом, следует указать, что в развитии НППР у пациентов с сочетанной травмой ведущее значение имеют соматогенные воздействия и экзогенно-органические влияния, в том числе и болевой синдром, в совокупности с интрапсихической обработки данного заболевания в комбинации с социально – психологическими воздействиями и преморбидным фоном психики.

КЛИНИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ САМОПОРАЖАЮЩЕГО ЛИЧНОСТНОГО СТИЛЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кремлева О.В.

Екатеринбург
Уральский ГМУ

Исследования анамнеза жизни пациенток, страдающих ревматоидным артритом (РА) (Кремлева О.В., 2007) показали поражающий драматизм судьбы этих женщин, отличавший их иногда задолго до дебюта РА. Накопление неблагоприятных жизненных событий было обусловлено специфическим личностным стилем, который более всего соответствовал понятию «самопоражающего», включенного в качестве Самопоражающего расстройства личности (СРЛ) в DSM-III-R, но исключенного из DSM-IV в силу «опасности стигматизации» женщин (Caplan P.J., 1984) синонимичным наименованием Мазохистского расстройства личности. Тем не менее, терминология, характеризующая «самопоражение, self-defeating» как поведенческий паттерн, личностные черты и расстройство личности широко используется для описания повторяющегося, дезадаптивного стиля жизни, способствующего неудачам, провалам и самосаботажу успеха.

Целью настоящего исследования было исследование распространенности самопоражающих черт личности / СРЛ и описание их клинических проявлений.

Материал и методы. В идеографическом кросс-секционном сплошном исследовании участвовали 82 женщины 46.51±1.54 г., страдающие достоверным РА, диагностированным в стационаре по критериям АРА. Все пациентки были исследованы клинически с использованием полуструктурированного интервью в процессе установления позитивного терапевтического альянса при психосоциальной реабилитации. Одновременно проводился анализ записей поведенческих дневников и автобиографий, которые пациентки выполняли дома по заданию врача, следуя специально разработанной инструкции. Интервьюирование, проводимое на протяжении 2-х и более встреч протяженностью до 1 часа, позволяло наблюдать пациенток во взаимодействии с врачом-психотерапевтом, допускало попутные отметки, отражающие особенности эмоциональной экспрессии, жизненные события и темы, причиняющие наибольший дистресс, формы вербальной и невербальной коммуникации, реакции пациенток на врача и субъективные впечатления, возникающие у врача при межличностном взаимодействии в динамике встречи и от сессии к сессии. Особое внимание уделялось самоописаниям пациенток с акцентом на тех качествах личности и межличностного поведения, которые они хотели бы изменить. Использовались также сообщения других информантов (члены семьи пациенток с РА, согласившиеся принять участие в исследовании). Полученные данные формализовались и кодировались в соответствии с общими диагностическими критериями Специфических расстройств личности и частными диагностическими критериями СРЛ (Marmar C.R., 1992).

Результаты и обсуждение: Общие диагностические критерии Специфического расстройства личности были выявлены у 77 из 82 исследованных (93,9%), однако лишь 22 пациентки (26,8%) набрали 5-6 общих критериев, необходимых для диагностики какого-либо типа личностного расстройства, в соответствии со списком диагностических критериев для каждого. У всех 22 пациенток в анамнезе имелись данные о том, что выявленные общие диагностические критерии существуют стабильно с возраста 9 – 16 лет и возникли до начала заболевания РА. Все эти больные часто вовлекались в повторяющиеся поведенческие паттерны, которые привносили стрессы в их межличностные отношения и практически не осознавались больными. Наиболее вариабельным критерием оказалось наличие личностного дистресса или неблагоприятного воздействия на социальное окружение. Этот критерий выполнялся лишь у 6 пациенток, возможно, в связи с тем, что наблюдаемые больные склонны были объяснять свой дистресс реакцией на обстоятельства, а после начала у них РА – реакцией на свое соматическое заболевание.

27 больных (32,9%) набрали 5 и более необходимых для определения данного расстройства специфических диагностических критериев СРЛ, однако с учетом выполнения общих диагностических критериев личностного расстройства, СРЛ было диагностировано лишь у 11 больных (13,4%). Далее неподтвержденные в качестве критериев «расстройства» эти диагностические признаки рассматривались как «личностные черты».

Практически все специфические диагностические критерии СРЛ в разных сочетаниях были зафиксированы в исследуемой группе больных РА. В качестве «самопоражающих» критериев (по убывающей частоте) выявлялись:

- выбор людей и ситуаций, которые ведут к разочарованию, неудаче или плохому обращению, даже если явно имелись лучшие варианты (например, несколько повторных браков с алкоголиками);

- склонность проявлять чрезмерное самопожертвование, несмотря на то, что те, ради кого «жертва» приносится, не просят о ней (например, чрезмерная, назойливая забота о повзрослевших детях, о других родственниках, которые в этом не нуждаются);

- отвержение любой возможности получить удовольствие или упорствование в недовольстве собой, несмотря на необходимые социальные навыки и способность получать удовольствие (избегание встреч с любимым человеком, замужество «в пику ему» с нелюбимым);

- отсутствие интереса к людям, которые последовательно хорошо относятся к индивидууму или их отвержение (например, не привлекают заботливые супруги или сексуальные партнеры);

- отвержение или неэффективное использование попыток других людей помочь индивидууму (особенно ярко проявляющиеся в феномене нонкомплайенса);

- возбуждение в других злости или реакции отторжения, сопровождающееся последующим убеждением субъекта, что ему причинили боль, унизили, или он понес поражение и чувством опустошенности (например, выводит из себя мужа и детей бесконечными придирками, вызывая у них раздражение);

- неудачи при выполнении задач, имеющих решающее значение для достижения личных целей, несмотря на явную способность сделать это (например, помогает подруге ухаживать за огородом, но не способна сделать уборку в своей квартире; без конца устраивает судьбу своих племянниц, но отказывает себе в необходимом отдыхе).

Подобные способы психологического и поведенческого реагирования были ригидны, дезадаптивны и обнаруживались в достаточно широком наборе личностных и социальных ситуаций. Проявлениями СРЛ в мотивационной сфере было повторяющееся поведение, ведущее к проигрышам, неудачам и разочарованиям в жизни, начавшееся у многих задолго до заболевания РА. Типичными были неоднократные неудачные браки с нелюбимыми и ненавистными партнерами, бесчисленные препятствия при соединении с партнерами, подходящими в эмоциональном отношении (заботливыми, любящими). Распространенными были и неудачные выборы на профессиональном пути: многие годами работали в неблагоприятных условиях, недоброжелательном окружении, выполняя ненавистную и скучную работу. Они чувствовали себя неудовлетворенными, но не пытались поменять условия труда, специальность или окружение. Некоторые больные с самопоражающим паттерном поведения говорили, что никогда не думают о своей выгоде, стараясь все делать для других в ущерб себе самой.

Для всех пациенток с СРЛ было характерно избегание или препятствование возможности получить удовольствие, испытать приятные переживания. Обычно они отвергали предложения родных или приятелей развлечься, отдохнуть, аргументируя это занятостью или материальной необходимостью. Например, некоторые не использовали положенного им перерыва в работе или отпуска, а после работы сразу принимались за домашние дела. Даже, соглашаясь принять участие в совместном празднике, вечеринке, обычно отрицали, что получили удовольствие, старались отыскать в поведении окружающих, в ходе событий что-то негативное, неприятное.

Склонность к самопожертвованию часто декларировалась больными как жизненная позиция, которой они не изменили, даже тяжело болея. В то же время, родственники этих пациенток утверждали, что такое «жертвенное» поведение заставляет их трактовать его как безмолвный упрек, постоянно чувствовать себя виноватыми, раздражаться и подавлять свое раздражение.

Заключение. Самопоражающий жизненный стиль пациенток с РА является поведенческим продуктом самопоражающих черт личности / Самопоражающего расстройств (соотношение распространенности 1,5:1), представляющих собой клинически значимые феномены, требующие дальнейшей валидизации.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Куклина А.М., Менделевич Б.Д.

Набережные Челны, Москва
Набережно-Челнинский ПНД
филиал ГАУЗ РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ,
Департамент Управления Президента РФ
по внутренней политике

Одним из важнейших требований, предъявляемых к организации медицинской службы, является доступность оказываемой помощи и обеспечение высокого качества диагностики. Основная часть психически больных, в связи с наличием психического расстройства, а также вследствие экзацербации психического заболевания не проявляют ни малейшей заинтересованности в поддержании своего физического здоровья, не посещают специалистов первичной медико-санитарной помощи, что приводит к поздней их диагностике и оказанию своевременной медицинской помощи. Следует отметить, что даже в случае оказания медицинской помощи, нередко ее качество остается ниже, чем у больных без психических заболеваний (Frayne S.M., Halanych J.N., Miler D.R. et al., 2005; Hennekens C.H., 2007). Потребности в амбулаторно-поликлинической помощи данной популяции, как правило, игнорируются, а психиатры в основном сосредоточены на эффективности лечения психотических симптомов (Sartorius N., 2007).

По данным литературы, организация медицинской помощи по наблюдению за пациентами с психическими расстройствами с сопутствующей соматической патологией в России мало изучена, остается нерешенной и актуальной проблемой в сфере здравоохранения, что требует разработки мероприятий по оптимизации организации первичной медико-санитарной помощи данной категории больных, направленные на повышение уровня как медицинской, так и социальной стороны жизни психически больных с соматической патологией.

Целью исследования явилось оптимизация мероприятий по оказанию первичной медико-санитарной помощи пациентам с психическими расстройствами с сопутствующей соматической патологией в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Материалы и методы исследования. На основании приказа Управления здравоохранения города Набережные Челны от 09.07.2012 г. № 277 «О динамическом наблюдении и поддержании соматического здоровья лиц с психическими расстройствами», было проведено медицинское обследование всех психически больных, находящихся под диспансерным наблюдением в Набережно-Челнинском психоневрологическом диспансере (n=4085). Контрольная группа (КГ) – диспансеризация работающего населения города Набережные Челны за 2013 г. (n=20 335). Исследование проводилось на основании разработанного алгоритма взаимодействия врачей первичной медико-санитарной помощи, врачей-психиатров, пациентов с психическими расстройствами и их родственниками, направленного на повышение уровня как медицинской, так и социальной стороны жизни у психически больных с сопутствующей соматической патологией.

Результаты. Из 4085 приглашенных психически больных – медицинское обследование прошло 1018 пациентов (21,1%). В КГ диспансеризацию прошли 100% работающего населения. На всех этапах медицинского обследования пациенты проходили в сопровождении родственников. На первом этапе была проведена оценка психического состояния пациентов районным психиатром. Основную категорию психически больных составили больные с органическим поражением головного мозга (49,6%, n=505), с шизофренией (34,1%, n=347), с умственной отсталостью (12,9%, n=131), а также страдающие сосудистой деменцией (3,4%, n=35). В последующем пациенты вместе с родственниками были направлены на обследование к врачам первичной медико-санитарной помощи для оценки их физического здоровья. Из 1018 психически больных – 26,6% были признаны терапевтически здоровыми (n=271), в КГ – 22,3% ($p<0,01$). Значительным отличием явилась классификация выявленных соматических заболеваний среди исследуемых групп. Из, наиболее, распространенных соматических заболеваний у психически больных были диагностированы болезни системы кровообращения (29,9%, против 24,1% психически здоровых, $p<0,01$) среди которых: гипертоническая болезнь (78,3%), хроническая недостаточность мозгового кровообращения (11,5%) и ишемическая болезнь сердца (9,6%). Следующей группой составили пациенты с болезнями нервной системы (23,2%, n=236, $p<0,01$), где зарегистрированы остеохондроз (45,3%), вегето-сосудистая дистония (32,6%), последствия травм головного мозга (9,8%), эпилепсия (4,2%) и прочие. Третье место занимают пациенты, с болезнями органов пищеварения (8,0%, n=82, $p<0,01$), из них: гастрит (36,6%), гастродуоденит (32,9%) и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (15,9%), которые были установлены в хронической форме.

При диагностировании соматической патологии 747 психически больных были взяты под наблюдение врачами первичной медико-санитарной помощи. Была проведена беседа с пациентами и их родственниками о соматическом здоровье пациентов, даны рекомендации по обследованию, лечению и наблюдению. При проведении медицинского обследования в 2013 г. у психически больных определено, что первая группа здоровья возросла с 20,8% в 2012г. до 26,6% в 2013 г.; снизилось число психически больных с третьей группой здоровья с 68,6% в 2012 г. до 66,9% в 2013 г. Установлено, что 61,7% психически больных в сопровождении родственников стали регулярно посещать специалистов соматического профиля; отмечалось усиление наблюдения за соматическим здоровьем со стороны врачей-психиатров с 36,4% до 100%. На фоне регулярного лечения и наблюдения со стороны врачей психиатрического и соматического профилей у 63,6% пациентов с психическими расстройствами отмечалась длительная эмоциональная адекватность, повысилась волевая активность.

Выводы. Разработанные мероприятия по оптимизации первичной медико-санитарной помощи психически больным с соматической патологией доказали свою эффективность в поддержании соматического здоровья у психически больных на фоне взаимопреемственности между специалистами амбулаторно-поликлинических служб и специализированного диспансера, способствовали уменьшению стигматизации в отношении данной категории пациентов. Знание о состоянии соматического здоровья у пациентов с психическими расстройствами, своевременное проведение лабораторно-инструментальных обследований, получение регулярного лечения как по поводу психического, так и соматического заболевания, а также понимание родственников в необходимости наблюдения со стороны не только врачей-психиатров, но и специалистов первичной медико-санитарной помощи, все это будет оказывать положительное влияние не только на соматическое здоровье пациентов, но и на социальную сторону их жизни.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА НА ОСНОВЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ЛЕЧЕНИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КОМОРБИДНОЙ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лобачев А.В., Сорокин В.Н., Рыжков А.И.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Тесную связь между психическим и соматическим состоянием выделяли еще Гиппократ и Аристотель. В настоящее время актуальность изучения психосоматических корреляций между сердечно-сосудистыми заболеваниями и психическим состоянием пациентов очевидна, так как сохраняются неблагоприятные тенденции в распространенности данных расстройств. Часто именно психотравмирующее воздействие является пусковым фактором в формировании многих кардиологических заболеваний (Дробижев М.Ю., 2000; Медведев В.Э., 2013; Евтушенко П.П., 2013). При этом доля больных с артериальной гипертензией в том числе в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами по-прежнему высока, что резко увеличивает риск развития ишемической болезни сердца у данной категории (DiMatteo M., Lepper H., Croghan T., 2000). Медикаментозная терапия, направленная на достижение целевого уровня артериального давления, коррекцию уровня липидов, оптимизацию уровня глюкозы и других факторов риска, позволяет значительным образом снизить уровень развития неблагоприятных сердечнососудистых нарушений, но не дает возможности полностью предупредить их развитие. Указанные обстоятельства диктуют необходимость поиска иных, в том числе нелекарственных, подходов к лечению, среди которых, наряду с психотерапией, стали широко использоваться методики адаптивной саморегуляции, в основе которых лежит принцип биологической обратной связи. Так методика успешно применялась при лечении и реабилитации больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами у раненых (Лямин М.В., 1999; Ярошенко В.П., 2006), у больных с тревожно-депрессивными расстройствами (Константинов К.В., 2000; Святогор И.А., 2002; Низова А.В., 2006). Накапливаются данные по использованию методики в программах кардиореабилитации у больных ИБС, в том числе с неполной реваскуляризацией и на ранних стадиях инфаркта миокарда (Суворов Н.Б., Ярмош И.В., Болдуева С.А., 2011), однако возможности этого метода при лечении кардиологических больных с коморбидной патологией практически не изучены.

Цель работы: оценить эффективность применения аппаратно-программного комплекса на основе биологической обратной связи для коррекции артериальной гипертензии и тревожно-депрессивных расстройств.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 30 военнослужащих (из них женщины – 9 чел., мужчины – 21 чел.). В процессе исследования применялись шкала тревоги Гамильтона (HARS), шкалы оценки астении (FAS–10), шкалы опросника оценки депрессии (CES-D), оценивалось качество жизни (MOS SF-36). Осуществлялся анализ служебной деятельности обследуемых, выявлялись факторы риска. Проводилось суточное мониторирование артериального давление (СМАД) и его анализ. После проведения первичного обследования было проведено разделение обследуемых на группы: группа исследования (n=16) получала фармакотерапию и тренинги на основе биологической обратной связи, контрольная группа (n=14) получала исключительно фармакотерапию.

Тренинги проводились в течение месяца (АПК «Реакор) и включали в себя не менее 8 процедур (тестирование кардиореспираторных свойств дыхательной системы, ступенчатое увеличение амплитуды дыхания, релаксация по температуре). Физиологические характеристики обследуемых в процессе тренингов регистрировались аппаратно-программным комплексом «Реакор».

Критерием эффективности проведенного курса тренингов являлись положительная динамика при контрольном проведении СМАД и редукция тревожно-депрессивной симптоматики по оценочным шкалам повторно предъявляемых опросников.

Результаты. Основными этиологическими факторами артериальной гипертензии у исследуемого контингента являлись: наследственный (64%), профессиональные вредности и вредные привычки (20%), психоэмоциональная стрессовая ситуация (20%). Клинически выраженная депрессия была выявлена у 11,7%, а тревога – у 18,4% пациентов. Субклинически выраженная депрессия имела место у 31,7%, а тревога – у 43,3% больных.

После проведения тренингов произошло достоверное ($p<0,05$) снижение среднесуточного артериального давления в группе исследования по сравнению с группой контроля. При этом происходило как снижение систолического артериального давления (до 6,0 мм рт.ст.), так и диастолического (до 4,1 мм рт.ст.). Кроме того, происходило достоверное ($p<0,05$) снижение индекса времени систолического (9%) и диастолического артериального давления (11%) в группе исследования.

Наблюдалось и достоверные изменения в психическом состоянии пациентов после проведения тренингов. Так, в основной группе, отмечалось достоверное снижение уровня тревоги на 6,6%, депрессии 1,6%, улучшение качества жизни на 5,7%, уменьшение выраженности астении на 7,6% (при $p<0,05$).

Полученные данные позволяют сделать вывод, что дополнение стандартной медикаментозной терапии тренингами на основе биологической обратной связи ведет к коррекции хронобиологических показателей артериального давления и редукции тревожно-депрессивной симптоматики, и повышает эффективность терапии артериальной гипертензии.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Луговой В.Э.

Краснодар
Кубанский ГМУ

Цель исследования – изучение медико-социальных и клинических причинно-следственных факторов в становлении и распространенности невротических и соматоформных расстройств в трудовых коллективах медицинских работников стоматологических учреждений в зависимости от места проживания (село, город), пола, профессии и формы собственности медицинской организации.

Материал и методы. В абсолютных и процентных соотношениях исследуемая выборка представлена 342 пациентами, в том числе по профессиональным категориям: стоматологи-терапевты – 122 человека (48,2%), стоматологи-хирурги – 44 человека (17,4%), стоматологи-ортодонты – 38 человек (15,1%), стоматологи-ортопеды – 49 человек (19,3%), зубные врачи – 52 человека (15,2%), зубные техники – 37 человек (10,8%). Их них проживающих и работающих в стоматологических учреждениях сельской местности – 146 человек (42,7%), в городской местности – 196 человек (57,3%). Мужчины составили 181 человек (52,9%), женщины – 161 человек (41,1%). В государственных стоматологических учреждениях трудились 242 человека (70,7%), в частных – 100 человек (29,3%).

Результаты и их обсуждение. В исследуемой выборке лица с невротическими и соматоформными расстройствами распределились следующим образом. На первом месте – лица с соматоформными расстройствами 47,3% (±2,2), сюда вошли преимущественно женщины, работающие в государственных медицинских учреждениях городской местности (стоматологи-хирурги – 16,4%, ортопеды – 11,9%, терапевты – 10,7%, зубные врачи – 8,3%). На втором месте – лица с фобическими и тревожными расстройствами − 34,8% (±1,04). Статистически доминировали по этому виду патологии женщины, ортопеды – 8,9% (в сельской местности – 3,9%, городской – 5,0%), мужчины этой специальности – 5,1% (в сельской и городской местности соответственно 2,2% и 2,9%). Стоматологи-терапевты – 8,2% (в сельской местности – 3,8%, городской – 4,4%), среди мужчин стоматологов-терапевтов – 5,3% (соответственно 3,0% и 2,3%). Среди других стоматологических специальностей: хирургов, ортодонтов, зубных врачей и зубных техников данный вид патологии встречается среди женщин с частотой – 4,4%, среди мужчин – 2,9%.

Наиболее редко среди медицинских работников стоматологических учреждений, как городской, так и сельской местности, встречались обсессивно-компульсивные расстройства (1,2%,±0,4), диссоциативные и конверсионные расстройства (0,6%) – с некоторой доминирующей частотой среди специалистов женского пола.

Лица с соматоформными расстройствами в нашем случае, без их детализации, нозологически распределились: соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – 81,7% (±2,6), в том числе: сердечно-сосудистой системы – 34,7%, органов дыхания – 29, 1%, верхней части желудочно-кишечного тракта – 14,2%, нижней части желудочно-кишечного тракта – 9,2%, мочеполовой системы – 8,5%, других органов – 4,3%; недифференцированное и другие соматоформные расстройства – 4,9%; устойчивое болевое расстройство – 3,1%; соматизированное расстройство – 2,5%; ипохондрическое расстройство – 1,8%.

Распространенность невротических и соматоформных расстройств среди медицинских работников стоматологических учреждений, вне зависимости от пола, места жительства и профессии, составила от 17,8% до 23,5% (±1,7) меньше в учреждениях, относящихся к негосударственной форме собственности.

Выводы. Невротические и соматоформные расстройства достоверно чаще от 2,5% до 6,0% (±0,6%) выявляются среди женщин всех стоматологических профессий. У лиц, проживающих в сельской местности, и работающих в частных медицинских стоматологических организациях, соматоформные расстройства встречались на 20,6% (±1,2) реже.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ, ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ИНФИЦИРОВАНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Максимова М.Ю., Поддубная Т.В., Ениколопов С.Н.

Москва
НЦПЗ

В последние десятилетия возрастает интерес к изучению личностных характеристик, и психологических реакций пациентов, страдающих тяжелой соматической патологией [Николаева В. В.,1992 г.,Смулевич А. Б., Тхостов А. Ш., 1997]. Становится очевидным влияние этих факторов на развитие, течении и исход соматического заболевания, а также на комплайенс пациента и его стиль взаимодействия с представителями медицинских учреждений. В настоящее время отмечают непрерывный рост заболеваемости парентеральными формами вирусных гепатитов, в первую очередь гепатитом С. Инфекция вирусом гепатита С у 60-80% больных приводит к развитию хронического гепатита С (ХГС), характеризующегося скудной соматической симптоматикой на ранних стадиях и при этом нередко прогрессирующим течением с формированием цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы [Богомолов П. О., Буеверов А. О., 2013]

Одной из актуальных и малоизученных проблем, связанных с ХГС, является взаимосвязь между такими параметрами, как преморбидные личностные характеристики, с одной стороны, и адаптация к заболеванию, формирование приверженности к лечению – с другой. Терапия ХГС тесно связана с проблемой комплаентности пациентов, страдающих этим заболеванием [Данилов Д. С., 2008, Еналеева Д. Ш., 2003, Zickmund S., Hillis S. E., 2004]. Актуальность изучения данной проблемы определяется необходимостью оказания помощи пациентам, и предупреждения распространения ХГС среди различных групп населения.

Цель исследования: изучение личностных характеристик пациентов, страдающих ХГС, анализ влияния этих параметров на отношение к болезни, приверженность к лечению и определение их связи с путем инфицирования.

Материал исследования. В исследование включены 89 больных ХГС (41 мужчина и 48 женщин; возраст – от 25 до 55 лет), находившихся на амбулаторном лечении в отделении гепатологии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Методы исследования: клинический, клинико-психологический и психодиагностический. Качественный анализ личностных характеристик, внутренней картины болезни и приверженности к лечению.

Результаты. На основании полученных данных установлено, что 62 человека (69,66%) имели выраженные личностные девиации, устойчиво распределявшиеся на три основных спектра.

В первую группу, обозначенную как «спектр эмоциональной нестабильности», вошли 28 пациентов (45,16% от об-

щего числа обследованных, имевших личностные аномалии). У данных пациентов преобладали проявления эмоциональной и аффективной неустойчивости, выражающиеся в импульсивности, склонности к деструктивному и аутодеструктивному поведению, снижении социальной адаптации. По степени выраженности указанные девиации варьировали от уровня акцентуации до расстройства личности (РЛ). 42,85% этой группы соответствовали критериям, эмоционально-неустойчивого РЛ (F60.3), 28,57% – диссоциального (F-60.4), а 10,7% истерического РЛ (F60.2 по МКБ-10). У 17,87% пациентов личностные аномалии не превышали уровня акцентуации.

Эту группу составили пациенты молодого возраста (28–35 лет), 19 мужчин и 9 женщин, в анамнезе большинства из которых имели место эпизоды злоупотребления алкоголем и ПАВ, а также периоды лечения от наркотической и алкогольной зависимостей. 30% обследованных этой группы сообщали об опыте пребывания в местах лишения свободы. Инфицирование вирусом гепатита С зачастую происходило при внутривенном введении ПАВ (75%), нанесении татуировок, пирсинге (3,57%). Для пациентов этой группы характерны серьезные затруднения в формировании терапевтического альянса, низкий уровень приверженности к лечению, выражавшийся в пропусках очередных визитов в клинику, конфликтах с медицинским персоналом, несоблюдении режима приема препаратов.

Вторая группа больных, по превалирующим личностным характеристикам пациентов обозначенная как «тревожный спектр», включала 21 чел., (33,87%), 17 женщин и 4 мужчины, преимущественно зрелого возраста с преобладанием психастенических, тревожных и ананкастных характерологических черт. Выраженность личностных девиаций у большинства больных данной группы (66,7%) соответствовала уровню акцентуаций. В группе диагностированы тревожное (14,28%), зависимое (9,52%) и ананкастное (9,52%) РЛ по МКБ-10 (F-60.6; F-60.7; F60.5). Инфицирование в большинстве случаев (90,46%) происходило в медицинских учреждениях при полостных хирургических операциях, стоматологических манипуляциях, гематрансфузиях. Пациенты данной группы характеризуются высоким и амбивалентным комплаенсом.

В третью группу вошли больные с преобладанием личностных характеристик шизоидного спектра (13 чел., (20,97%)). Глубина личностных девиаций варьировала в диапазоне от акцентуаций (61,53%) до расстройств личности (38,47%). У 23,07% больных этой группы диагностировано шизоидное, у 15,38 – шизотипическое РЛ по МКБ-10 (F-21.0; F-60.1 соответственно). Инфицирование пациентов произошло в медицинских учреждениях. Больные данной группы демонстрировали амбивалентный комплайенс.

Остальные 31,33% пациентов, не имеющие выраженных личностных девиаций, составили четвертую группу. Больные ХГС этой группы характеризовались относительно гармоничной структурой внутренней картиной болезни (ВКБ) и преобладанием высокой приверженности к лечению на этапе прохождения противовирусной терапии. Инфицирование вирусом гепатита С в данной группе обычно происходило при медицинских манипуляциях.

В результате проведенного исследования установлено, что 69,66% обследованных пациентов ХГС имеют выраженные личностные девиации, в 39,3% случаев достигающие уровня РЛ, а у 30,33% больных соответствующие уровню акцентуаций. Отмечена гетерогенность личностных особенностей больных ХГС, демонстрирующих личностные девиации, с тенденцией к преобладанию характеристик спектров эмоциональной нестабильности, тревоги и шизоидии. Установлены значимые различия типов отношения к болезни в зависимости от личностных характеристик пациентов с ХГС в соответствии с данным методики ТОБОЛ. Для пациентов спектра эмоциональной нестабильности характерны анозогнозический, эгоцентрический и дисфорический варианты отношения к болезни, у больных ХГС тревожного спектра преобладают тревожный, ипохондрический и неврастенический типы, а пациентам шизоидного спектра в большей степени свойственны апатический и паранояльный варианты.

Данные, полученные в ходе исследования свидетельствуют о взаимосвязи личностных характеристик и обстоятельств инфицирования вирусом. Так, пациенты, соответствующие спектру эмоциональной нестабильности в подавляющем большинстве были инфицированы в результате внутривенного введения ПАВ. Инфицирование при полостных оперативных вмешательствах, стоматологических манипуляциях и гемотрансфузиях отмечено у больных ХГС без личностных девиаций и у пациентов тревожного спектра. Инфицирование больные ХГС с шизоидными характеристиками в основном произошло в медицинских учреждениях, при этом часть пациентов этой группы были заражены вирусом гепатита С в результате введения ПАВ, нанесения татуировок, пирсинга.

Установлена взаимосвязь между личностными характеристиками и уровнем приверженности к лечению. Так, пациенты спектра эмоциональной нестабильности в большинстве случаев демонстрировали низкий комплайенс, в группе больных ХГС тревожного спектра преобладали пациенты с высоким уровнем приверженности к лечению. У больных шизоидного спектра превалировал амбивалентный комплайенс.

В результате проведенного исследования установлено, что личностные характеристики – важные предикторы комплайенса больных ХГС. Оценка влияния личностных характеристик пациентов на отношение к болезни и степень приверженности к лечению необходима для разработки адекватных психокоррекционных и реабилитационных программ, являющихся важной составляющей комплексного подхода, позволяющего повысить эффективность лечения ХГС, который в настоящее время представляет собой серьезную медицинскую и социальную проблему.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ САРКОИДОЗЕ ЛЕГКИХ

Макух Е.А., Волель Б.А.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность исследования. Для пациентов, страдающих саркоидозом легких, характерен относительно высокий уровень коморбидных психических – астенических (80%) [Drent M. et al., 2012], депрессивных (до 66%) [Chang, B. et al., 2001] и тревожно-невротических (до 38%) [de Boer S. et al., 2014] расстройств. Все это подтверждает необходимость проведения больным саркоидозом психокоррекции даже в тех случаях, когда не требуется медикаментозного лечения [Klonoff E.A., Kleinhenz M.E., 1993]. В России, судя по доступным публикациям, исследования по изучению психических расстройств при саркоидозе легких практически не проводились. Оценка структуры коморбидных саркоидозу психических\психосоматических расстройств представляет собой междисциплинарную проблему и актуальна как для психиатров и пульмонологов, так и для врачей других специальностей.

Цель исследования: клинический анализ структуры психосоматических расстройств у пациентов с саркоидозом.

Материалы и методы. В исследование включались мужчины и женщины в возрасте от 25 до 75 лет с подтвержденным (на основании данных КТ и/или биопсии легких) диагнозом саркоидоз легких и ВГЛУ и выявленными на момент обследования психосоматическими расстройствами. Каждый пациент был обследован психиатром и пульмонологом. В исследовании также использовались психометрические методы: шкалы оцен-

ки астении MFI-20 [Smets E.M. et al., 1995] и VAS-A. При соматическом обследовании проводился сбор анамнеза с учетом социо-демографических характеристик, характера течения саркоидоза (МСКТ органов грудной клетки, ФВД, стандартное лабораторное обследование). От каждого больного было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты исследования. Выборка составила 40 наблюдений пациентов с саркоидозом (средний возраст 50,1±9,7 лет). Средний возраст начала заболевания 46.6±7,6 лет. Гендерные различия характеризовались значительным преобладанием женщин – 72,5% выборки (29 жен., 11 муж.). 50% пациентов не участвует в трудовой деятельности. Примечательно, что среди неработающих довольно большую группу составляют безработные по тем или иным причинам пациенты, не достигшие пенсионного возраста. В то же время, процент пациентов, получивших инвалидность, низкий – 7,5% набл., что может косвенно свидетельствовать о недооценке роли астенических расстройств при экспертизе нетрудоспособности. Формы саркоидоза в выборке распределились следующим образом: саркоидоз с преобладанием внутригрудных (легочных) поражений (32 набл.); саркоидозом с преобладанием внелегочных поражений – 8 набл. У всех пациентов воспалительный процесс соответствовал II рентгенологической стадии заболевания. В результате исследования у пациентов были выявлены 3 основные группы коморбидных психосоматических расстройств: астенические, депрессивные и соматоформные (ГВС). При оценке личностных характеристик пациентов в каждой из указанных групп не было выявлено достоверного преобладания той или иной категории РЛ (возможно в силу малочисленности выборки). Первая группа – астенические расстройства (62,5% наблюдений, 20 жен., 5 муж., ср.возраст – 52,3±4,5 года). Частота встречаемости астенических нарушений (62.5% наблюдений) в изученной выборке в целом соответствует данным зарубежных авторов. При этом необходимо сразу отметить, что выраженность астении в изученных случаях соотносилась с активностью воспалительного процесса лишь в 57% наблюдений, что также соответствует показателям других исследований [Drent M. et al., 1998, Попова Е.Н., Лебедева М.В. с соавт., 2011, 2013]. В соответствии с имеющейся классификацией астении при саркоидозе [Sharma O.P., 1999] астенические расстройства в изученной выборке представлены интермиттирующей (перемежающейся) (79% набл.) и ранней утренней (21% набл.) астенией. Анализ астенических нарушений при саркоидозе выявил их неоднородность не только в ритмологическом аспекте, но и в отношении психопатологических проявлений, что и позволило выделить два основных варианта астении: I – гипостеническая – 19 набл. (76%). II – гиперестетическая – 6 набл. (24%). В большинстве наблюдений астенические расстройства у пациентов с саркоидозом легких были квалифицированы в рамках гипостенического синдрома [Иванов-Смоленский А.Г., 1949]. Состояние больных определялось нарастающей слабостью, вялостью, длительным (2,3±4,8 лет) общим недомоганием и истощением, необходимостью в отдыхе после незначительных физических и умственных нагрузок. По результатам обследования показатели шкалы MFI-20 у пациентов гипостенической группы – 40-65 баллов (среднее значение 51, 3±6,2 балла), а по шкале VAS-A – 3-10 баллов (в среднем 6,3±3,2 балла). Для пациентов с гипостеническим синдромом были характерны телесные ощущения, квалифицируемых в рамках категории соматоформных расстройств: мигрирующая мышечная боль по типу фибромиалгии, боль в суставах без признаков воспаления (припухлость и покраснение), сдавливающая по типу «обруча» головная боль, болезненность лимфатических узлов в области шеи или подмышек, алгии в горле и пр. Из 25 пациентов с астеническими расстройствами в 6 наблюдениях (24%) психопатологические нарушения рассматривались в рамках противоположного гипостении синдрома гиперестетической астении [Соколовская Л.В., 1991]. В данной группе психопатологические расстройства в первую очередь выражались повышенной чувствительностью к внешним звуковым, зрительным и эмоциональным раздражителям. Длительность периода психопатологических проявлений в этой группе значительно меньше по сравнению с гипостеническим вариантом астении: средняя продолжительность гиперестезии составила 7, 6±2,1 мес. По результатам обследования показатели шкалы астении MFI-20 у пациентов с гиперестетической астенией составляли 35-50 баллов (ср. знач. 39, 5±4,1 балла), а по шкале VAS-A – 2-8 баллов (в среднем 4,3±2,9 балла), что достоверно ниже ($p \leq 0,001$) чем в группе пациентов с гипостенией. На первый план в клинической картине астении наряду с сенсибилизацией выступали ирритативные симптомы (раздражительность, повышенная возбудимость и пр.). Вторая группа – депрессивные расстройства – 14 пациентов (35% набл., 11 жен., 3 муж., ср. возр. 48,2±8,9 лет). Полученные данные о распространенности в целом соответствуют выводам современных исследований, но не достигают максимальных описанных значений регистрируемых лишь с учетом данных психометрических шкал (до 66%) [Chang B. et al., 2001]. Синдромальная структура депрессивных расстройств представлена следующим образом: в 6 случаях – ТФР (F 41.2), в 4 – БАР (F31.0), в остальных 4 наблюдениях – депрессивной эпизод (F32.0) (что соответствовало клинически нозогенной и психогенной депрессии). Третья группа – ГВС – 16 пациентов (40% набл., 16 жен., ср.возр. 54±6,7 лет). СФР, также как и астенические проявления, лишь в 50% наблюдениях развивались на фоне обострения саркоидоза и совпадали с выраженностью и остротой воспалительного процесса в легких. В 87,5% набл. наличие ГВС в изученной выборке коррелировало с наличием астенических расстройств.

Обсуждение и выводы. Представленные в статье клинические данные подтверждают проблему накопления астенических расстройств и мультифакторный характер (совпадение с активностью саркоидного воспаления регистрируется лишь в 57% наблюдений) астении у пациентов с саркоидозом, что соответствует показателям других исследований [Drent M. et al., 1998, Попова Е.Н., Лебедева М.В. с соавт., 2011, 2013]. Полученные результаты не соотносятся с данными исследователей, квалифицирующих депрессии как наиболее частый и значимый психосоматический синдром при саркоидозе. Депрессии при саркоидозе встречаются в незначительном проценте случаев (1\6 части наблюдений), а уровень симптоматики аффективных нарушений не превышает невротического\дистимического. Диагноз «саркоидоз» не ассоциируется в сознании людей с угрозой для жизни и\или инвалидизацией, что, возможно, и объясняет отсутствие каких-либо верифицированных клиническим методом значимых тревожных, панических расстройств у пациентов с саркоидозом.

ТИПЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОРЫ ПАТОГЕНЕЗА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Марфина Н.А., Кунафина Е.Р., Николаев Ю.М.

Уфа

Башкирский ГМУ

Цель исследования: выделить типы внутренней (интрапсихической) картины беременности (ИКБ) для изучения психосоматических соотношений гестационного периода.

Материалы и методы. В проведенном исследовании на базе женской консультации и отделений патологии беременности обследованы пациентки с акушерской патологией (n=213), в том числе с верифицированным диагнозом «Поздний гестоз» (n=152), «Угроза прерывания беременности» (n=61), и 58 женщин с физиологическим течением беременности. Было

выделено 2 подгруппы беременных с акушерской патологией: с непсихотическими психическими расстройствами (n=156) и без психических расстройств (n=48). Возраст беременных составил от 17 до 43 лет, средний возраст – 26,3±0,5 лет. Для установления диагноза были использованы критерии МКБ-10, оценка состояния пациенток производилась с помощью клинико-психопатологического и психометрического методов.

Результаты и их обсуждение. На основании сочетания двух признаков внутренней картины беременности, таких как психологическая готовность к беременности и социальная адаптация выделено 4 типа ИКБ: гармонический (I тип), психофизиологической самоактуализации (II тип), инфантильно-эгоцентрический (III тип), негативный (IV тип).

I тип ИКБ «гармонический« характеризовался гармоничной концепцией готовности к материнству, сбалансированной самооценкой по типу «хочу и могу«. Беременные были удовлетворены своей социальной ролью, отсутствовали признаки дезадаптирующего социального конфликта, условия жизни соответствовали их потребностям и стремлениям, не обнаруживалось признаков социального и феноменологического стресса. Преобладающей была мотивация «материнство«, выявлялся личностный смысл беременности по типу «состоюсь наряду с беременностью«, а системообразующий фактор – самоактуализация проявлялся как гармоничное раскрытие потенциальных возможностей данной личности в материнстве.

II тип ИКБ «психофизиологическая самоактуализация« содержал противоречивую самооценку готовности к материнству («могу и хочу, но..«). У беременных выявлялись признаки социально-психологической фрустрации и дезадаптации. Они не были удовлетворены собственной судьбой, тем как она складывалась на протяжении их жизни, оценивали семейную поддержку как недостаточную, но запланировали беременность. Среди мотивов беременности отмечены «укрепление семьи», «предотвращение развода с мужем», «одиночество», «последний шанс материнства», «создание семьи». Беременность, таким образом, являлась способом исправить значимые отношения личности, нередко имела сверхценное значение и сопровождалась повышенным уровнем тревоги. Личностный смысл беременности был обозначен как «состоюсь благодаря беременности«.

III тип ИКБ «инфантильно-эгоцентрический« выявляли более молодые пациентки ($p<0,05$), удовлетворенные своей судьбой и социальной поддержкой, которые не планировали беременность и столкнулись с проблемой репродуктивного выбора в начале беременности. Отмечалась психологическая неготовность к материнству, обусловленная некоторой незрелостью этих лиц, и запаздывающая динамика формирования мотивации материнства. Решение о сохранении беременности принималось, как правило, под влиянием членов семьи.

IV тип ИКБ «негативный« отмечался у беременных со случайной или незапланированной беременностью, отсроченным решением о ее сохранении, поздней постановкой на учет в женской консультации, признаками социальной дезадаптации, с неудовлетворенностью семейной поддержкой и материальным положением.

Среди обследованных беременных с акушерской патологией чаще, чем в контрольной группе, был выявлен II тип ИКБ, этот тип ИКБ чаще встретился у беременных с поздним гестозом ($p<0,05$).

В подгруппе беременных с акушерской патологией и непсихотическими психическими расстройствами чаще встретились дисгармонические типы ИКБ по сравнению с подгруппой без психических нарушений ($p<0,05$). В группе беременнных с поздним гестозом и непсихотическими психическими расстройствами чаще обнаружен IV тип ИКБ ($p<0,01$).

Изучение распределения типов ИКБ в основной группе и ее подгруппах показало, что наиболее уязвимы для развития непсихотических психических расстройств и акушерской психосоматической патологии в нашем исследовании были пациентки с признаками социально-психологической неготовности к беременности, включая недостаточную семейную поддержку, социальную фрустрацию, материально-бытовые трудности, признаки семейной и социальной дезадаптации.

Выводы. Полученные данные указывают на обоснованность предложенного подхода к типологии ИКБ, необходимость ее дальнейшего более глубокого изучения, что позволит получить новые научные данные в области психосоматического акушерства с возможностью использовать их в профилактической и психотерапевтической работе.

К ВОПРОСУ КОМОРБИДНОСТИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ И НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Махортова И.С., Цыганков Б.Д., Ширяев О.Ю.

Воронеж, Москва
ВГМУ им. Н.Н. Бурденко,
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Расстройства пищевого поведения являются распространенным нарушением, ассоциированным с выраженными медицинскими и социальными последствиями (Stunkard A. et al, 2012). В последние годы интерес к данному кластеру расстройств повышается. В МКБ-10 среди нарушений пищевого поведения выделены нервная анорексия, нервная булимия, их атипичные формы и группа неуточненных расстройств (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 1995). В DSM-V к перечисленным пунктам добавлено расстройство «пищевых кутежей» (Binge Eating Disorder), а также в разделе Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) перечислены критерии диагностики синдрома ночной еды (Night Eating Syndrome) (American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition; DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013). С практической точки зрения целесообразно выделение всех перечисленных типов нарушений вследствие их клинических особенностей и выраженности их влияния на психическое и физическое состояние пациентов (Ширяев О.Ю., Махортова И.С., Цыганков Б.Д., 2014).

Исследования свидетельствуют о высокой частоте коморбидности данных расстройств с другими видами психической патологии. У пациентов с расстройствами пищевого поведения достоверно чаще диагностируются большой депрессивный эпизод, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройства и др (Robinson P., et al, 2014). Особый интерес представляет сочетание расстройств пищевого поведения с расстройствами личности. По данным исследований подобное сочетание значительно ухудшает прогноз пищевого расстройства и, соответственно, повышает вероятность развития соматических осложнений, характерных для данного типа нарушений (Kessler R.C. et al, 2013).

Цель. Целью данного исследования является анализ частоты встречаемости и типов расстройств личности у пациентов с расстройствами пищевого поведения и высоким ИМТ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ООО «ЛИОН-МЕД«. Были обследованы пациенты с расстройствами пищевого поведения и ИМТ более 25 баллов (n=47; 12 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 23 до 52 лет (средний возраст 34,57±5,63 года), проходящие амбулаторное лечение. В исследуемой группе преобладали расстройство по типу «пищевых кутежей« (19,15%) и синдром ночной еды (31, 91%), реже была диагностирована нервная булимия (19,15%). Пациенты с нервной анорексией не были включены в исследование, так как не соответствовали по критерию ИМТ. Обследование про-

водилось при первичном обращении пациентов с жалобами, касающимися пищевой сферы. Основными жалобами были: ощущение отсутствия контроля за частотой и количеством приемов пищи, чувство вины, повышение веса, сниженное настроение, нарушения сна. Всем пациентам проводилось клинико-психопатологическое обследование, в ходе которого были поставлены диагнозы нарушений пищевого поведения, а также определены наличие или отсутствие расстройства личности.

Результаты. В ходе исследования было установлено, что у 55,2% пациентов были диагностированы различные типы расстройств личности. Из них специфические типы удалось установить у 53,8%. Среди них были: пограничное расстройство личности (11,54%), зависимое расстройство личности (19,23%), нарциссическое расстройство личности (15,38%), обсессивно-компульсивное расстройство личности (7,69%). Остальные виды расстройств личности носили смешанный характер, что определило необходимость сведения их к одному из трех кластеров, выделяемых в DSM-V. В исследованной выборке не были представлены пациенты, относящиеся к кластеру А. Кластеры В и С были представлены по 15,38% и 30,77% соответственно.

Нами также были выявлены достоверные отличия по частоте встречаемости зависимого расстройства личности, которое значимо чаще встречалось у пациентов с расстройством «пищевых кутежей» ($p<0,05$). Статистически достоверных отличий по частоте встречаемости других типов личностных расстройств при различных пищевых нарушениях установлено не было.

Выводы.

1. Частота встречаемости расстройств личности в выборке пациентов с нарушениями пищевого поведения и высоким ИМТ составляет 55,2%.

2. Среди выявленных расстройств личности преобладали расстройства, относящиеся к «тревожному» кластеру.

3. У пациентов с расстройством «пищевых кутежей» достоверно чаще встречается зависимое расстройство личности.

КОМОРБИДНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Новикова И.А.

Архангельск
Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

Проблемы психических расстройств, сопряженных с соматической патологией, в настоящее время актуальны как в теоретическом, так и в практическом отношении. Это обусловлено тем, что распространенность психических расстройств в общесоматической сети составляет 30-45% (Корнетов А.Н., Караваева Е.В., Корнетов Н.А., 2005; Симаненков В.И., 2008; Шафигуллин М.Р., 2008). Имеются данные о том, что клинически очерченные формы психических расстройств в выборке пациентов общесоматического профиля составляют 51%, но с учетом субсиндромальных форм (36%) – 87% (Андрющенко А.В., 2011). Согласно установленным тенденциям до 2020 года прогнозируется их дальнейший рост (Шафигуллин М.Р., 2008). Психические нарушения, выявляемые в общемедицинской сети, представлены широким спектром психопатологических регистров. Среди которых наиболее часто встречаются депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства, составляющие до 20-30% от общего числа психических расстройств (Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г., 2013).

Среди пациентов, страдающих соматическими заболеваниями, распространенность депрессивных расстройств составляет до 33% Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А., 2006; Смулевич А.Б., 2011). Депрессия ухудшает общее самочувствие, затрудняет социально-трудовую деятельность, осложняет течение соматических заболеваний, снижает продолжительность и качество жизни (Смулевич А.Б., 2011).

Психические нарушения у пациентов с соматическими заболеваниями оказывают крайне негативное воздействие, по степени инвалидизации сопоставимое с психотическими расстройствами, что в значительной степени увеличивает расходы на здравоохранение. Сочетание соматической патологии с депрессией является предиктором повышенной смертности (Назаренко Г.И., Коркина М.В., Елфимова Е.В., 2004).

Под коморбидностью понимают наличие у пациента не менее двух расстройств, каждое из которых может считаться самостоятельным и диагностироваться независимо от другого (Ястребов В.С., Митихина И.А., Митихин Г.Т. и др., 2012). К разновидностям коморбидной патологии относятся общемедицинская (сочетание психического расстройства с соматическим, неврологическим заболеванием), психиатрическая (сочетание двух и более психических расстройств) и смешанная патологии (психическое расстройство сочетается и с психической и соматической патологией) (Scott K.M., Von Korff M., Alonso J. et al.).

Проблема коморбидности психической патологии в общесоматической клинике до сих пор является не достаточно изученной.

Целью исследования явилось выявление особенностей коморбидности психической патологии в общесоматической клинике.

Материал исследования. Нами были обследованы 314 пациентов (219 − женского, 95 − мужского пола), проходившие стационарное лечение в общесоматической клинике г. Архангельска, и обратившиеся за психотерапевтической помощью (в возрасте от 27 до 60 лет). Пациенты имели психосоматические заболевания: ишемическую болезнь сердца (ИБС), гипертоническую болезнь (ГБ), сахарный диабет 2 типа (СД2), бронхиальную астму, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ частоты встречаемости непсихотических психических расстройств (в оценке по МКБ-10) у больных с психосоматическими заболеваниями, обратившихся за психотерапевтической помощью, показало, что в общей структуре чаще всего отмечались невротические расстройства(F04), которые составили 2/3 всех непсихотических психических расстройств (76,6%), реже встречались органические психические расстройства (F0) (15,5%) и расстройства настроения (F3) (6,1%). Самыми редкими нарушениями были расстройства пищевого поведения (F50) (0,6%) и специфические расстройства личности (F6) (1,2%).

Сравнительный анализ отдельных нозологических форм показал, что из невротических расстройств первое место занимали соматоформные расстройства (F45) (40,2%), далее следовали реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) (13,5%), неврастения (F48.0) (12,8%) и тревожные расстройства (F41) (8,9%), а реже всего отмечались конверсионные расстройства (F44.0) (1,2%). Следовательно, для пациентов с психосоматическими заболеваниями характерно наличие соматоформных расстройств (F45), из которых чаще всего соматизированного расстройства (F45.0) (16,8%), соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.3) (9,9%) и ипохондрического расстройства (F45.2) (7,2%), что можно объяснить обострением психосоматического заболевания в связи с психотравмирующей ситуацией.

Из органических психических расстройств (F0) при психосоматической патологии наиболее часто отмечались явления сосудистой деменции (F01) (4,8%) и деменции при других заболеваниях (F02) (3,9%). В то же время, среди расстройств настроения (аффективные расстройства) (F3) чаще наблюдался депрессивный эпизод (F32) (3,7%).

Рассмотрение частоты встречаемости нозогенных реакций у больных с психосоматической патологией, обратившихся за психотерапевтической помощью показало, что среди всех нозогенных реакций чаще всего встречались невротические (тревожно-фобические) и аффективные нозогенные реакции (тревожно-депрессивные и депрессивные), то есть наиболее частым вариантом реакции на болезнь является тревожная и депрессивная реакция.

При разных нозологических формах психосоматической патологии отмечались неодинаковые нозогенные реакции: ИБС – тревожно-фобические; ГБ – депрессивные и депрессивно-ипохондрические; СД2 – синдром «ипохондрии здоровья» и депрессивно-ипохондрические; бронхиальной астме – тревожно-депрессивные; ревматоидном артрите – депрессивные; неспецифическом язвенном колите – депрессивно-ипохондрические реакции.

Таким образом, в общесоматической клинике при психосоматической патологии характерна коморбидность психической и соматической патологии (сочетание соматического заболевания, непсихотического психического расстройства и нозогенных реакций). Выявленные особенности коморбидности психосоматических заболеваний, подчеркивают необходимость их учета при организации диагностики, психофармакотерапии и психотерапии у психосоматических больных.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ К ПСИХИАТРАМ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПОГРАНИЧНЫМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОХОДИВШИЕ ЛЕЧЕНИЕ У ВРАЧЕЙ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ

Обеснюк О.А., Платонов Д.Г., Платонова С.В.

Кемерово
ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ,
ГБУЗ КО Областной клинический госпиталь
для ветеранов войн

В последнее время активно высказывается мнение (Сыркин А.Л., Смулевич А.Б., Львов А.Н. 2010, Дробижев М.Ю., Кикта С.В. 2011, Яхно Н.Н., Смулевич А.Б., Терлуин Б. с соавт. 2014) о необходимости лечения пациентов, страдающих аффективной патологией невротического уровня и другими пограничными нервно-психическими расстройствами силами врачей общесоматической сети.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинико-динамических проявлений у лиц с пограничными нервно-психическими расстройствами, которые обратились за помощью в отделение неврозов по направлению врача-невролога, который предпринимал попытки лечения этих пациентов, прежде чем направить к психиатрам.

Критериями отбора больных явилось наличие направления и сведений о лечении у врачей-неврологов до обращения в стационар.

Нами было проанализировано 357 историй болезней пациентов, пролеченных в течение 2014 года в специализированном отделении для оказания помощи пациентам, страдающими непсихотическими психическими расстройствами.

Основную группу (77 человек – 21,6%) составили больные, которые были направлены в отделение врачами-неврологами общей соматической сети. Группу сравнения (95 человек) составили пациенты со схожими диагнозами, обратившиеся в отделение для получения помощи самостоятельно.

У всех пациентов диагностированы невротические (истерические, ипохондрические) и неврозоподобные состояния, развившиеся на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга, соответствующие критериям рубрик МКБ-10 F44, F45, F60.4, F06.370, F06.371, F06.67. В выборку обследования вошли лица в возрасте от 25 до 64 лет (средний возраст составил 39,8 лет).

Распределение больных основной группы по длительности наблюдения их, по поводу настоящего заболевания, неврологами и другими специалистами общесоматической сети выявило преобладание пациентов с длительностью такого наблюдения и лечения от 1 до 3 лет (66%). До 1 года наблюдались и лечились 21% больных, и более 3 лет – 13%.

Пациенты поступали в отделение, пройдя по меньшей мере один курс амбулаторного или стационарного лечения у врачей-неврологов.

Основными жалобами пациентов основной группы при обращении к неврологу, были необоснованная усталость, упадок сил, упорные головные боли различной локализации, боли в шейном, грудном или поясничном отделах позвоночника, мышечные боли, боли в верхних или нижних конечностях. Эти состояния, как правило, сопровождались нарушениями сна, протекали на фоне пониженного настроения, тревоги, не всегда осознаваемые больными и преподносимые как «сопутствующие» в связи с отсутствием эффекта от лечения. При выяснении анамнеза, выявлялась психотравмирующая ситуация, которая предшествовала возникновению «псевдоневрологической» симптоматики. Как правило, при объективном обследовании неврологическая патология не подтверждалась, а предъявляемые жалобы не соответствовали клинической картине заболевания и не купировались приемом анальгетиков, спазмолитиков или НПВС. Во всех выявленных нами случаях неврологами были назначены антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (иногда можно было отметить до трех препаратов этой группы, последовательно сменявших друг друга), а также курсы метаболической, ноотропной и «сосудистой» терапии. Назначались, как правило, вазоактивные препараты, и другие средства, которые обычно оказываются эффективными для воздействия на общемозговые симптомы у пациентов с метаболическими изменениями.

Если в начале лечения у неврологов положительную роль играл психологический фактор, то затем наступала фаза усиления тревожной симптоматики, ощущение беспомощности и подавленности. Однако, получая удовлетворяющие разъяснения со стороны врача, пациенты продолжали посещать общесоматическое учреждение. В дальнейшем у большинства больных наблюдалось стойкое ухудшение самочувствия, и в связи с этим они направлялись неврологом на консультацию к врачу-психотерапевту.

Эти пациенты попадали к психотерапевту нередко очень поздно, часто имея длительное освобождение от работы и потерю надежды на выздоровление. Ухудшение самочувствия было связано с усилением у них депрессивной и тревожной симптоматики.

В отделении положительная динамика в виде уменьшения интенсивности или прекращения алгий разнообразной локализации наблюдалась на фоне приема транквилизаторов бензодиазепинового ряда, антидепрессантов и «малых» нейролептиков. При исчезновении болезненных ощущений улучшалось и эмоциональное состояние наших больных. Следует отметить, что средний срок лечения таких пациентов в стационаре составил 35,6 дня, что связано с недоверчивым отношением больных к назначенной терапии и отсутствием уверенности в эффективности лечения и выздоровлении. Малую эффективность показывала и психотерапевтическая работа с такими больными, они были пассивны и плохо мотивированы к совместной работе с психотерапевтом.

У пациентов группы сравнения, напротив, на первый план выступали аффективные нарушения в виде подавленного фона настроения, апатии, слезливости, что нередко сопровождалось тревожными и фобическими расстройствами. Клини-

ческая картина невротических и неврозоподобных расстройств у пациентов этой группы характеризовалась наличием многочисленных «соматических» проявлений, сочетающихся с вегетативной дисфункцией.

Пациенты группы сравнения, обратившись в отделение самостоятельно, как правило, не получали никакого лечения до своего обращения, и хорошо поддавались психотерапевтической и медикаментозной коррекции. Средний срок лечения в условиях отделения составил 18,4 дня, что статистически значимо ниже срока лечения пациентов, которые до обращения в стационар получали лечение у невролога.

Выводы. Проведенное исследование показало, что эффективность лечения пациентов с невротическими и неврозоподобными расстройствами, обратившихся за помощью в отделение неврозов самостоятельно, выше, чем у больных, которые изначально получали лечение у врачей-неврологов.

Мало того, можно высказать обоснованное предположение, что попытки оказания помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами врачами общесоматической сети оказываются не только малоэффективными, но и снижают последующую эффективность оказания специализированной помощи в специализированном психиатрическом учреждении.

К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Парпара М.А., Бобров А.Е.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Соматоформные расстройства (СФР) остаются одной из наиболее сложных и спорных диагностических категорий в современной психиатрии, так как для дифференциации отдельных видов СФР в МКБ-10 используются не достаточно четкие критерии. Между тем повышение надежности клинической квалификации указанных состояний может быть достигнуто за счет применения помимо клинических подходов объективированных психодиагностических методов.

Целью исследования явилось изучение психопатологической структуры и особенностей когнитивных нарушений у больных с соматоформными синдромами на основании клинико-психологических сопоставлений.

Методы. Клиническая квалификация состояния больных осуществлялась на основании критериев МКБ-10. Все пациенты тестировались с помощью Методики многостороннего исследования личности (ММИЛ) [Ф.Б., Березин и соавт., 2011]. Им также проводилось краткое нейропсихологическое обследование по Модифицированной Адденбрукской когнитивной шкале (ACE-R) [J. Hodges, 2007], Батарее лобной дисфункции (FAB) [B. Dubois et al., 2000], а также методике «Заучивание 10 слов» [А.Р.Лурия, 1962]. Кроме того, больные обследовались с помощью Шкалы соматосенсорной амплификации (SSAS) [A. Barsky., et al., 1990], Торонтской шкалы алекситимии (TAS-20) [Е.Г.Старостина и соавт., 2011] и Шкалы диссоциации (DES) [В.А. Агарков, Н. В. Тарабрина, 1999].

Материал. Было обследовано 93 пациентов (57 женщин и мужчин 36), средний возраст – средний возраст – 46,0±15,3 лет) с соматоформными расстройствами. Больные отбирались на базе психиатрической клиники (48 чел.) и соматического стационара (45 чел.). Результаты. Достоверные по ММИЛ профили были обработаны по алгоритмам факторного анализа с варимакс вращением. Было получено 5-факторное решение. Усреднение данных ММИЛ по выделенным факторам позволило описать пять соматоформных синдромов, характеризующихся следующими чертами.

Состояние первой группы – 33 больных (13 мужчин и 20 женщин в возрасте 43,3±13,4 лет), определялось выраженным своеобразием оценок окружающего, аморфностью мышления, наличием сверхценных образований и идей отношения, импульсивностью и дисфорическим фоном настроения. Соматические жалобы у этой группы больных носили необычный характер и включали элементы деперсонализации и нарушений схемы тела. Этот вариант синдрома соответствовал сенестопатическому шизотипическому синдрому.

Второй вариант-18 больных (10 женщин и 8 мужчин), средний возраст составил 58,9±10,0- лет характеризовался пониженным фоном настроения с апатией, ангедонией, тревогой и подавленностью и социальной изоляцией. Соматические жалобы у этой категории пациентов обычно имели ограниченный характер и напоминали неприятные ощущения при соматических заболеваниях, хотя признаков указанных заболеваний у них не отмечалось. В целом клиническая картина этих состояний соответствовала соматизированным (замаскированным) депрессиям.

Для третьего варианта- 16 пациентов (7 мужчин и 9 женщин в возрасте 46,9±27,7 лет) характерным было большое количество жалоб на соматическое неблагополучие, а также диссоциативные и демонстративные проявления. Фон настроения был снижен, однако депрессия не сопровождалась устойчивой апатией, ангедонией и замкнутостью. Преобладала тревожность и напряженность. В целом ряде случаев наблюдалась дереализация, сочетавшаяся с паническими приступами. Клинические особенности этих пациентов соответствовали диагностическим критериям расстройства соматизации по МКБ-10.

Четвертый вариант – 11 пациентов (3 мужчин и 8 женщин в возрасте 52,0±15,8 лет) отличался небольшим количеством соматических жалоб, которые сочетались с ипохондрической концептуализации в виде сверхценных идей о наличии хронического соматического заболевания или нозофобий. Настроение у этих пациентов было неустойчивым, в некоторых случаях отмечались гипертимные проявления. Указанный вариант практически полностью соответствовал клиническому описанию ипохондрического расстройства.

Клинические проявления у больных с пятым вариантом СФР – 15 пациентов (6 мужчин и 9 женщин в возрасте 43,8±13,9 лет) определялись ограниченным количеством соматических жалоб, которые относились к определенным физиологическим системам. В таких случаях наблюдалась лишь ситуационная тревога, настроение существенно не изменялось. Пациенты этой подгруппы расценивались как страдающие соматоформной психовегетативной дисфункцией.

Сопоставление данных психологического тестирования с результатами, полученными при использовании других психологических методов, показало следующее.

Дефицит когнитивных операций при использовании нейропсихологических проб был обнаружен у 10 больных с расстройством соматизации (общее снижение уровня когнитивных операций, замедление ассоциативного процесса, снижение отсроченного воспроизведения запомненных слов). У 7 пациентов с ипохондрическим расстройством наблюдали когнитивные затруднения, связанные с переоценкой смысла понятий.

Когнитивно-стилевые нарушения, характеризующиеся алекситимией и диссоциацией, отмечались в группе ипохондрического расстройства, а также у больных с расстройством соматизации. У 8 пациентов с сенестопатическим шизотипическим синдромом также отмечалось повышение суммарного балла по шкале алекситимии, однако отчетливых диссоциативных нарушений у них не имелось.

В отличие от собственно СФР, у пациентов с сенестопатическим шизотипическим синдромом и особенно при соматизированной депрессии имело место существенное увеличение соматосенсорной амплификации, которая определяется как обостренное субъективное восприятие телесных раздражителей.

Обсуждение. Таким образом, в психопатологических проявлениях СФР немаловажную роль играют когнитивные нарушения. Указанные нарушения определяются: дефицитом когнитивных операций, обусловленным дисфункциональным развитием и органическим поражением центральной нервной системы; когнитивно-стилевыми аномалиями, связанными с особенностями функциональной организации психики в целом; и установочно-смысловыми искажениями.

1. Для синдрома множественных псевдосоматических жалоб характерен общий дефицит когнитивных операций с преобладанием речевых и мнестических нарушений, склонность к диссоциативным состояниям с нарушением самоосознавания, а также установочно-смысловые искажения, связанные с потребностью в признании и близости.

2. Для синдрома концептуальной ипохондрии характерен существенный когнитивный дефицит с преобладанием нарушений исполнительных функций и зрительно-пространственного гнозиса. У этих пациентов отмечаются также нарушения аналитико-синтетических функций мышления с формированием сверхценных образований, выраженной алекситимией, а также установочно-смысловыми искажениями, которые связаны с потребностью в безопасности и достижении.

3. При синдроме психовегетативной дисфункции нарушения в когнитивной сфере сравнительно незначительны. Для них характерны легкие диссоциативные состояния, а также установочно-смысловые искажения, связанные с высокой субъективной значимостью физического здоровья как условия социальных достижений.

4. При синдроме соматизированной депрессии отмечается неглубокое общее когнитивное снижение. Ведущим механизмом когнитивных нарушений у них является соматосенсорная амплификация, а также когнитивные установочно-смысловые искажения, обусловленные блокадой мотивов достижения, безопасности и близости.

5. Для сенестопатического шизотипического синдрома характерно неглубокое общее когнитивное снижение, сочетающееся с аморфностью мышления, алекситимией, а также склонностью к амплификации. При этом отмечается общее замедление когнитивных процессов и установочно-смысловые когнитивные искажения, связанные с блокадой коммуникативных потребностей.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Пашинина И.Ю., Ретюнский К.Ю.

Екатеринбург
Уральский ГМУ

Пониманию центральных мозговых механизмов психосоматических нарушений у детей может служить нейропсихологическая диагностика. Следующим шагом может быть нейропсихологическая коррекция и реабилитация. Одной из наиболее актуальных проблем психосоматической медицины в детском возрасте является атопический дерматит (АД).

Нейропсихологическое исследование 97 детей с АД обоего пола в возрасте 5-9 лет позволило установить первичную функциональную дефицитарность подкорково-стволовых образований мозга и недостаточную сформированность корково-подкорковых связей, что согласуется с результатами клинических методов исследования (признаки резидуально-органического психосиндрома). Было естественным предположить, что одним из факторов, влияющих на возникновение и течение соматических расстройств, в частности АД, являются дисфункция ЦНС, возникающая вследствие нарушений внутриутробного и раннего постнатального развития.

В ходе исследования на основании клинико-анамнестических сведений удалось установить у большинства детей (91%) признаки АД в первые месяцы жизни.

Известно, что в развитии психических процессов и функций непосредственно участвуют патогенные соматопсихические влияния. Дискомфорт и особенности ухода за ребенком с АД искажают нормальное восприятие схемы тела за счет усиленной интерорецепции, которая подкрепляется избыточным вниманием к больному органу (кожным покровам) со стороны взрослых.

Первый год жизни является сенситивным периодом для формирования сенсомоторной базы последующего развития. В этот период осуществляется развитие моторных и кинестетических зон, формируется их связь со зрительно-осязательными процессами. Сенсорная депривация в этот период приводит к запаздыванию в функциональном развитии первичных и вторичных зон мозга, что является причиной отставания сенсомоторного развития ребенка.

Таким образом, искаженный в условиях хронического кожного процесса соматогнозис лежит в основе недостаточной сформированности двигательных функций (динамический, кинестетический праксис и реципрокная координация движений), пространственных и квазипространственных представлений, которые были выявлены в нейропсихологическом исследовании детей с АД.

Возможно предположить, что дисфункции подкорковых структур мозга являются первичными по отношению к возникновению АД. В то же время мозговые механизмы включаются в обеспечение и реализацию психосоматических взаимосвязей.

Наиболее адекватным подходом, позволяющим функционально стабилизировать и активизировать подкорковые образования головного мозга, является воздействие на сенсомоторный уровень ребенка. Этот подход успешно реализуется в методе замещающего онтогенеза (Б.А. Архипов, А.В. Семенович, и др.), включая в себя следующие базовые моменты:

1. Нейропсихологический, включающий в себя дефектологические, логопедические и другие методы;

2. Телесно-ориентированный;

3. Немедикаментозная иммунопрофилактика и коррекция психосоматического онтогенеза (детская Йога и Цигун, массаж, акупунктура, и т.д.).

Тем не менее, терапевтический эффект сенсомоторной коррекции при атопическом дерматите у детей обусловлен не только улучшением деятельности мозга. Коррекционное воздействие связано с развитием телесности, становлением психосоматических связей в онтогенезе.

С помощью сенсомоторной коррекции можно воздействовать на ряд факторов, которые могут выступать в качестве причин нарушения психосоматического развития (задержка развития представлений о собственном теле, наличие субъективной слитости эмоциональных и телесных процессов и др.). Сенсомоторная коррекция способствует формированию более полной категориальной структуры телесного опыта, интеграции в нее соматических ощущений. Особое внимание уделяется становлению схемы тела и образа физического Я, конструируемых под влиянием различных сенсорных впечатлений, повышения телесной рефлексии, накопления соматоперцептивного опыта получения обратной связи от участников коррекционного процесса.

Параллельно с работой по стабилизации и улучшению функционирования подкорковых структур, нормализации активационных процессов идет коррекция динамического, кинестетического праксиса и реципрокной координации, развитие пространственных и квазипространственных представлений.

Метод сенсомоторной коррекции успешно апробировался нами в реабилитационной работе с детьми, страдающими АД. Во всех случаях отмечалось существенное улучшение соматического состояния ребенка, увеличении времени ремиссии.

Таким образом, своевременное включение нейропсихологической коррекции и абилитации в комплексную терапию и реабилитационные мероприятия АД способствует локализации процесса, наступлению длительной ремиссии за счет элиминации дефекта и функциональной активации подкорковых образований ГМ, что в конечном итоге создает основу для оптимального статуса подкорково-корковых интеграций, меж- и внутриполушарных взаимодействий и их динамических перестроек.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Пашинина И.Ю., Ретюнский К.Ю.

Екатеринбург
Уральский ГМУ

Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез атопического дерматита (АД), как психосоматического заболевания, недостаточно изучены. Современные исследования подтверждают мультифакториальный характер этиологии атопического дерматита, но интегративной модели АД на сегодняшний день нет.

Среди множества гипотез патогенеза атопического дерматита есть и концепция дисфункции центральной нервной системы. Во многих работах, посвященных изучению АД у детей, присутствуют указания на нарушения в функционировании ЦНС, берущие свое начало в антенатальном периоде. Психологами также активно обсуждаются вопросы взаимоотношений между кожными и психическими расстройствами при хронических кожных заболеваниях. Отражением данной закономерности является возникновение психодерматологии.

Одним из векторов исследований в области психодерматологии является изучение и оценка взаимных влияний кожи и психики, формируемых в процессе онтогенеза. Тот факт, что состояние кожи тесно связано с психической сферой, подтверждается многочисленными исследованиями психического и соматического развития детей (Смирнова Г.И., 1998; Panconesi E., 1996). Тем не менее, сегодня отсутствуют исследования, уточняющие специфику дисфункций ЦНС при атопическом дерматите у детей.

Нейропсихологическая диагностика позволяет установить механизмы отклоняющегося психического развития и разработать адекватные коррекционные меры.

Представленное исследование направлено на уточнение нейропсихологических закономерностей нарушения ВПФ детей дошкольного возраста, имеющих диагноз атопический дерматит. Так, нейропсихологическому исследованию были подвергнуты 61 ребенок в возрасте от 5 лет 1 мес до 6 лет 11 мес с подтвержденным диагнозом атопического дерматита умеренной или тяжелой степени, проживающие в Екатеринбурге или городах Свердловской области. Все дети, принимавшие участие в исследовании, были обследованы с помощью модифицированной для детского возраста методики нейропсихологической диагностики А.Р. Лурия, разработанной и апробированной сотрудниками лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ под рук. Т.В. Ахутиной (Ахутина, с соавт., 1996; Ахутина, 1999; Ахутина, Пылаева 2003; Полонская, 2007). Путем сбора анамнестических данных в беседе с мамой анализировались факторы перинатального риска, история развития ребенка в младенчестве и раннем детстве.

У большинства детей, страдающих атопическим дерматитом, в ходе нейропсихологического исследования выявлены функциональная дефицитарность подкорково-стволовых структур мозга, недостаточная сформированность корково-подкорковых связей, межполушарного взаимодействия, дисфункций правого полушария и признаки задержки функционального созревания лобных долей мозга. В деятельности это проявляется как инертность психических процессов, быстрая истощаемость, колебания внимания, нарушения восприятия собственного тела и пространственных и квазипространственных представлений, наблюдаются симптомы недостаточной сформированности двигательных функций. Подтверждением нейропсихологических отклонений являлись нарушения резидуально-органического круга, наличием измененной биоэлектрической активности головного мозга, установленные с помощью ЭЭГ.

Достоверность органической дисфункции мозга при атопическом дерматите у детей верифицирована данными клинико-функциональных методов исследования (электрофизиологического, нейропсихологического и ультразвуковой допплерографии) ($P \leq 0,05$).

Результаты. нейропсихологического исследования детей с атопическим дерматитом, первые признаки которого появились на первом году жизни у 72% обследуемых, подтвердили гипотезу о том, что в происхождении атопического дерматита важную роль играют как биологические, так и средовые факторы. Но на первый план выступает препатологическое состояние наиболее рано созревающих – подкорковых и стволовых – систем головного мозга. Тех систем, которые по большей части морфологически и функционально формируются внутриутробно, предопределяют течение пренатального периода, закладывают основу для всего последующего онтогенеза, и обеспечивают взаимодействие между нейробиологическими, соматическими и психическими процессами.

Возникающий у детей с ранним органическим дефицитом стволовых образований мозга дисгенетический синдром наряду с целым рядом соматических и нейробиологических дисфункций (в частности АД) характеризуется системно-динамической задержкой и дезинтеграцией формирования подкорково-корковых и межполушарных функциональных взаимодействий, что актуализируется на всех уровнях онтогенеза эмоциональных, познавательных, ауторегуляторных, психосоматических процессов.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ, ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Перчаткина О.Э., Аксенов М.М.

Томск
НИИПЗ

Актуальность данного исследования объясняется все большим распространением в последнее время невротических, социально-стрессовых расстройств и возникающей необходимостью изучения индивидуальных реакций на психический стресс. Истерические расстройства, которые являлись предметом исследования врачей с древнейших времен, не утратили своей актуальности до настоящего момента из-за отсутствия единой точки зрения на их этиологию и патогенез, из-за их постоянного патоморфоза, а также в связи с недостаточной эффективностью имеющихся диагностических и терапевтических методов. Однако, до настоящего времени не решен вопрос, почему в ответ на сходные психотравмирующие ситуации различные индивидуумы отвечают различным в клиническом, биологическом и психологическом аспектах уходом в расстройство адаптации с преобладанием депрессивных реакций или в диссоциативное (конверсионное) расстройство.

Цель. Изучить на модели диссоциативных расстройств онтогенетические, клинико-динамические и патогенетические закономерности формирования индивидуальной устойчивости к стрессогенным факторам с последующей разработкой методов их прогнозирования и профилактики.

Объект исследования – 350 пациентов (мужчины и женщины в возрасте 18-70 лет) с различными уровнями проявления диссоциативного типа реагирования, госпитализированные в отделение пограничных состояний НИИПЗ СО РАМН. Среди лиц, госпитализированных в отделение пограничных состояний НИИПЗ СО РАМН и прошедших стандартное общеклиническое исследование, отобраны пациенты с различными уровнями проявления диссоциативного типа реагирования. Затем сформированы группы больных в зависимости от глубины расстройства (отдельные истерические симптомы при общей диагностики другого вида пограничных расстройств, диссоциативно-соматоформные невротические расстройства, истерические расстройства личности, истериформные органические расстройства).

Исследования, проведенные в рамках комплексных тем НИР: «Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах» за период 2009-2012 гг. и «Клинико-биологические и социально-психологические закономерности формирования непсихотических психических расстройств в условиях Сибири (онтогенетический и реабилитационный аспекты) за период 2013-2015 гг. позволили проследить особенности личностного (в том числе, диссоциативного) реагирования пациентов на стрессовые ситуации, приводящие к возникновению пограничных психических расстройств, и оценить вклад конституционально-биологических и социально-психологических факторов в их формирование. Ранее нами проведены исследования интранозоморфоза истерии (с установлением общих закономерностей ее эволюции) и интрасиндромального патоморфоза (в отдельных клинических подгруппах заболевания). Существенная роль в происходящем стойком видоизменении клинике истерии принадлежит социальным факторам. Важное значение имеет изменение общества к истерической патологии: в современных условиях становится «невыгодно« выглядеть обузой, «инвалидом«, что и определяет появление более сложных форм «психологической защиты«. Среди основных ситуационных вредностей последнего десятилетия возросла роль внутрисемейных (в том числе сексуальных) конфликтов, вызванных чрезмерными претензиями истерика, неудачами в попытках выдвинуться на передний план и диктовать свои условия. Также возрастает число случаев истерических проявлений в картине посттравматического стрессового расстройства и соматоформных расстройств. Проявления психической дезадаптации в основе своей являются комплексом гомеостатических и адаптационных реакций и имеют под собой материальную основу, никогда не протекая на чисто функциональном уровне. Невротические расстройства, как срыв адаптации, развиваются по механизмам адаптации биологической системы к изменившимся условиям внешней или внутренней среды. Проводимое исследование направлено на выявление фундаментальных закономерностей взаимосвязи разноуровневых признаков при соматоформно-диссоциативных расстройствах – от донозологических проявлений до сформировавшихся форм невротической и личностной психической патологии. Установление типовых вариантов истерического реагирования позволяет прогнозировать переход донозологических психодезадаптационных проявлений у лиц, перенесших стрессовые события, в невротические расстройства и хроническое течение последних. По результатам исследования получено 2 патента: «Способ прогнозирования течения невротических расстройств» и «Способ прогнозирования течения пограничных психических расстройств с преобладанием диссоциативной симптоматики», а также внедрена в практику новая медицинская технология «Метод диагностики течения невротических расстройств на основе определения гормональных показателей»

Создание прогностической модели перехода непатологических психодезадаптационных диссоциативных проявлений в психические расстройства и их затяжное течение позволит осуществлять профилактику на более ранних этапах и существенно уменьшить тяжесть последствий соматоформно-диссоциативных расстройств. Таким образом, наше исследование показало, что адаптационные возможности больных с диссоциативно-соматоформными расстройствами определяются типологической структурой личности и реабилитационные мероприятия для них должны строится с учетом типологии, что позволяет в существенной степени оптимизировать терапевтические мероприятия и повысить их эффективность.

КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И УРОВЕНЬ НЕЙРОМАРКЕРОВ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Петрова Н.Н., Ковальцова Р.С., Дорофейков В.В.

Санкт-Петербург
СПбГУ,
Северо-Западный медицинский исследовательский центр,
НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии
им. Д.О. Отта

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи когнитивного функционирования и уровня нейромаркеров у пациентов, перенесших кардиохирургическую операцию с длительным периодом искусственного кровообращения.

Обследовано 33 пациента (возраст 63,4±3,3 года) в динамике планового кардиохирургического лечения с использованием аппарата искусственного кровообращения. Обследование включало катамнестический метод и клинико-шкальную оценку в предоперационном периоде, на 7 и 15 сутки после операции. Определение уровня маркеров повреждения головного мозга проводили до операции и через 6,12, 24 и 48 часов после операции. Статистическую обработку материала выполняли с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 6.0).

Уровень когнитивного функционирования в среднем по группе до операции находился на границе нормативных показателей и составил 28,6±0,3 балла по шкале MMSE и 26,4±0,5 балла по шкале MOCA. Клинически легкое когнитивное расстройство и органическое астеническое расстройство были выявлены в 22 и 11% случаев, соответственно. Наблюдалось некоторое ухудшение когнитивного функционирования в целом в ближайшем послеоперационном периоде с восстановлением его исходного уровня через 2 недели после операции (по MMSE). Результаты MOCA демонстрируют улучшение когнитивного функционирования пациентов по сравнению с исходным уровнем на 7 сутки после кардиохирургического вмешательства, с сохранением дальнейшей позитивной динамики и превышением предоперационного показателя. Дооперационный уровень NSE и протеина S100b соответствовал нормальному уровню референсной группы здоровых лиц. В раннем послеоперационном периоде отмечено повышение уровня нейромаркеров: NSE в среднем по группе повысился почти в два раза и достиг максимума через 12 часов после операции и, несмотря на последующее снижение, через 48 часов оставался выше дооперационного уровня. У 52% пациентов через 48 часов уровень NSE вернулся к норме. В 20% случаев концентрация NSE не выходила за границы референсных значений, хотя через 12 часов после операции у этих пациентов повышение достигало 50% от исходных значений. Критическое снижение уровня NSE наблюдалось преимущественно в период с 12 до 24 часов после операции. Уровень протеина S100b через 6 часов после операции повысился более чем в два раза и в дальнейшем не изменялся в период до 24 часов, затем появилась тенденция к снижению

его концентрации, однако показатель за период наблюдения не достиг дооперационного уровня.

Результаты свидетельствуют о наличии повреждения ЦНС и неполном его восстановлении в раннем послеоперационном периоде при кардиохирургическом лечении с применением АИК. Быстрое восстановление нормального уровня NSE является прогностически благоприятным в отношении когнитивного функционирования пациентов. На 15 сутки после операции обнаруживается положительное влияние кардиохирургического лечения на когнитивную сферу пациентов.

БОЛЬ И ДЕПРЕССИЯ КАК УСУГУБЛЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

Платонова П.Г., Чубаров Т.В., Ширяев О.Ю., Ткачева Е.В.

Воронеж
Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко

Изучением этиологии, механизма формирования и новых методов лечения боли занимаются специалисты разных областей медицины. [Данилов Ан.Б., Данилов Ал.Б.] По данным различных исследований в России постоянно страдают болями в шее и спине примерно от 42,4 до 80% взрослых людей. [Кукушкин М.Л., Хитров Н.К.] Наиболее частые причины болей спины – это прежде всего дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (остеохондроз, деформирующий спондилез) и перенапряжение мышц спины [Манвелов Л.С., Тюрников В.М.] По данным экспертов ВОЗ остеопороз занимает четвертое место среди неинфекционных заболеваний после болезней сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарного диабета. Однако психический статус данной категории пациентов не изучен полностью. Коморбидность болевого синдрома и депрессии безусловно усугубляет течение основного патологического процесса заметно снижая эффективность терапии и увеличивая сроки лечения, а также ухудшает качество жизни данной категории больных [Ширяев О.Ю., Шаповалов Д.Л., Самусева Э.В.]

Цель работы. Выявление коморбидности, степени выраженности и характера взаимодействий между депрессивными и болевыми проявлениями у больных с остеопорозом.

Материал и методы. Обследованы больные с выявленным остеопорозом (n=62). В исследовании участвовали пациенты с уровнем Т-критерия ниже -2,5(по оценке минеральной плотности костной ткани). Для выявления депрессивных расстройств использовалась Шкала Гамильтона (HDRS). Для оценки болевых ощущений использовалась визуальная аналоговая шкала субъективной оценки боли. Для выявления связи с психоэмоциональными стрессовыми ситуациями проведено анкетирование о событиях последних лет жизни.

Результаты и обсуждение. Из числа всех обследованных симптомы депрессии были выявлены у 74,1% исследуемых (46 человек), при этом результаты распределились следующим образом: 26 пациентов – с легким депрессивным расстройством (от 8 до 13 баллов по HDRS) – 41.9%, 8 пациентов – с депрессивным расстройством ср.ст.тяж. (от 14 до 18 баллов по HDRS) – 12,9%, 3 пациента – с депрессивным расстройством тяж.ст. (от 19 до 22 баллов по HDRS) – 4,8% и 9 человек выявили показатели крайне тяжелой депрессии (более 23 баллов по HDRS) – 14,5%. Нормальный эмоциональный фон определялся у 25,8% пациентов, а именно 16 человек (от 0 до 7 баллов по HDRS).

Болевые ощущения отмечались у 96,7% испытуемых, которые появлялись в разные периоды времени и с разной давностью. По шкале субъективной оценки боли их интенсивность варьировала от 25 до 100 баллов. Причем большая часть пациентов (74,1%) «терпели боль» и по разным причинам часто не применяли НПВС для купирования болевого синдрома, что отрицательно сказывалось на эмоциональном состоянии больных и уровне качества жизни.

Сочетание депрессивных расстройств и хронического болевого синдрома (ХБС) выявлено у 51,6% из числа обследованных, у этой же категории пациентов отмечались различные психотравмирующие ситуации в анамнезе (конфликты на работе или в семье, развод с мужем, взросление детей и чувство неизбежного одиночества, болезнь или смерть близкого, финансовые проблемы). Остальные испытуемые с ХБС о подобных проблемах не сообщали или отмечали их как краткосрочные.

Выводы. В ходе проведенного исследования была выявлена тесная связь остеопороза с депрессивной симптоматикой (74, 1% испытуемых) и проявлением ХБС (96, 7% пациентов). Сочетание названных патологических процессов у больных с остеопорозом отмечается в половине случаев (51,6%). Важно отметить тот факт, что наличие переживания картины заболевания, особенно отягощенное болевым синдромом способствует возникновению депрессивных расстройств. С другой стороны само по себе наличие депрессивного эмоционального фона с его классическими проявлениями (гиподинамия, замедление мыслительных процессов и снижение настроения) влечет усугубление дегенеративно–дистрофических изменений костной ткани как за счет хронических процессов деминерализации, так и за счет повышенного риска острой патологии: падений и переломов в силу снижения концентрации внимания, повышенной утомляемости. Наличие тяжелых стрессовых ситуаций, негативных эмоциональных переживаний повышает риск возникновения депрессивных расстройств и проявлений ХБС, что усугубляет течение остеопороза и снижает эффективность терапии.

ЛИЧНОСТНЫЕ УСТАНОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА КАК МИШЕНИ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Плотникова Н.С., Раева Т.В., Ишутина Н.П.

Тюмень
Тюменский ГМУ

Пациенты, страдающие ишемической болезнью сердца (ИБС), которым проводится аортокоронарное шунтирование (АКШ), чаще всего являются людьми трудоспособного возраста, для них вопрос восстановления трудоспособности имеет огромное значение. К сожалению, в настоящее время клиническая эффективность АКШ значительно превосходит частоту возвращения в труд. 25-40% пациентов, перенесших оперативное вмешательство, оценивают качество своей жизни как неудовлетворительное, несмотря на то, что их функциональное состояние после операции значительно улучшилось. Несомненно, важную роль в лечении и реабилитации пациентов, перенесших АКШ, играет психотерапевтическое воздействие. Разработка мишеней для психотерапии позволит повысить эффективность реабилитации этой группы больных. Было обследовано 110 пациентов кардиохирургического отделения, поступивших в плановом порядке для реваскуляризации миокарда. Средний возраст больных – 52,68±6,34 лет. Мужчин было 63,6%, женщин – 36,4%. Обследование проводилось за сутки до операции. У большей части обследованных пациентов (66,0%) диагноз ИБС был официально установлен в течение последних 3 лет, а у 36,0% больных – менее года перед операцией. Клинико-психопатологический метод исследования дополнялся данными психологических методик цветовых метафор И.Л. Соломина и «Незаконченных предложений» Сакса-Леви. В результате обследования депрессивные нарушения в период подготовки к

операции у пациентов с ИБС были обнаружены в 66,4% случаев. В дооперационном периоде АКШ были выявлены тревожно-депрессивный (41,8%), астено-депрессивный (28,2%), а также депрессивно-ипохондрический (13,6%) и тревожно-фобический (10,0%) синдромы. Проведенное исследование установило наличие у пациентов с ИБС в дооперационном периоде АКШ депрессогенных установок, которые определяли почву для поддержания и развития депрессии в раннем послеоперационном периоде. Базовые потребности, обозначаемые самым приятным цветом, включали у большинства больных (86,7%) такие понятия как «здоровье», «безопасность», «надежность», «материальное благополучие». У многих пациентов (73,3%) базовые потребности не удовлетворялись в настоящее время и существовали сомнения в их удовлетворении в ближайшем будущем. Все пациенты «здоровое сердце» включали в группу понятий, обозначающих приятные эмоции («радость», «любовь») и слова, обозначающие «уверенность», «стабильность», «выполнение долга» или «заработок», «хорошую память». Некоторые больные (48,9%) объединяли понятие «лечение», «операция», «наркоз» в группу, обозначенную наиболее привлекательным цветом, что может быть связано с их восприятием предстоящей операции как средства достижения здоровья и разрешения жизненных трудностей. Отмечалось и наличие вытесненных эмоций в виде тревоги и страха, но они не доходили до степени выраженной дезадаптации, и могли быть выявлены только с помощью применения специальной методики. «Болезнь», «боль» наряду с понятиями «мое прошлое» и «мое будущее» находились в тесной взаимосвязи, что показывало недостаточную уверенность пациентов в результатах лечения и негативных ожиданиях послеоперационного периода. При анализе системы отношений пациентов с ИБС в дооперационном периоде была выявлена конфликтность, неоднозначность отношения к предстоящему оперативному вмешательству на сердце. С одной стороны, пациенты декларировали желательность радикального лечения, и это подтверждалось значимостью здорового сердца для будущего, радости и жизни, но, с другой стороны понятие «операция» располагалось в ряду соморазрушительной эмоции – «обида». Кроме того, такие понятия как «наркоз», «лечение», «больница» наряду с ангедонией и другими отрицательными переживаниями находились в едином негативном полюсе. Тогда как «врач» и «здоровое сердце» наряду с другими положительными понятиями располагались на позитивном полюсе. Отношение к себе и другим людям было представлено в большинстве случаев в виде идентификации с другими людьми, отмечалась значительная неудовлетворенность собой и наличие болезненных переживаний в связи с этим. При этом пациенты достаточно ярко проявляли стремление к социализации, придавали большое значение браку. Отличительной особенностью пациентов в дооперационном периоде АКШ был выбор наиболее привлекательных цветов. Больные перед вмешательством на сердце часто ставили на первые места серый, коричневый или фиолетовый цвета. Для больных было характерно перфекционистское отношение к своему здоровью и самочувствию, наличие завышенных ожиданий от результатов лечения. Ведущими установками у пациентов с ИБС являлись ориентация на абсолютное здоровье: «Я должен быть здоровым, тогда я смогу быть счастливым», «Я должен быть здоровым, чтобы жить так, как мне хочется». Были выявлены особые отношения между осознаваемой пациентами сферой отношений и их неосознаваемыми мотивами в виде страха перед будущим, неоднозначного отношения к предстоящему вмешательству на сердце, конфликта между стремлением стать здоровым после операции и реальными возможностями, завышенными ожиданиями от АКШ, как способа решения всех жизненных трудностей. В результате анализа методики «Незаконченных предложений» отмечено формальное отношение пациентов к выполнению задания по заполнению бланков, частый пропуск предложений, касающихся важных сфер жизни пациентов (например, сексуальной и семейной, будущего и страхов). Некоторые больные выявляли нарушения в способности концентрации внимания при выполнении задания, так как пропускали предлоги, отвечали не в плане заданного вопроса. При завершении предложений, касающихся страхов и опасений, многие указывали что-то не связанное с предстоящим оперативным вмешательством, либо игнорировали предложение, что может свидетельствовать о выраженной психологической защитной реакции и еще раз доказывает расхождение между имеющимися переживаниями на бессознательном уровне и представлениями пациентов о социальной приемлемости в выражении негативных эмоций. Также установлено преобладание у обследованных пациентов негативного отношения к будущему. Оно казалось им далеким, воспринималось с оговорками и условием успешного исхода оперативного лечения, планы на будущее, как правило, отсутствовали. Отмечалось отношение к прошлому как более благополучному периоду в сравнении с настоящим состоянием. Возникающие у пациентов в предоперационном периоде трудности с представлением своего будущего, нежелание говорить о нем, несомненно, являлось частью переживаний депрессивного характера. Стремление к недостижимому состоянию здоровья пациенты остаются разочарованными результатами проведенного оперативного вмешательства, неудовлетворенны значительным улучшением функционального состояния после реваскуляризации миокарда. Кроме того, в свете вышеперечисленных особенностей именно ранний послеоперационный период являлся кризисным для больных, поскольку достаточно часто они оказывались не готовы к тяготам восстановительного периода после операции и более восприимчивы к психотерапевтическому вмешательству. Депрессогенные установки пациентов с ИБС являлись крайне устойчивыми когнитивными образованиями, требовали особого внимания и применения когнитивной психотерапии в условиях восстановительного периода. Выявленные в дооперационном периоде АКШ у обследованных больных установки «Я должен быть здоровым, тогда я смогу быть счастливым», «Я должен быть здоровым, чтобы жить так, как мне хочется» были «мишенями» для работы в рамках когнитивно-поведенческого подхода, которая была направлена на осознание и изменение имеющихся иррациональных установок на более адекватные и рациональные. Таким образом, необходимо учитывать особенности депрессии и мотивационной сферы у пациентов кардиохирургических отделений, проводить раннюю диагностику подобных нарушений с целью их эффективного лечения.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Погосов А.В., Николаевская А.О.

Курск
Курский ГМУ

Данные специальной литературы свидетельствуют о трудностях диагностики психических расстройств, проявляющихся соматическими симптомами, особенно на начальных этапах их течения. Целью нашего исследования являлось изучение ранних клинических проявлений соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями. Это позволило сформулировать следующие задачи: 1) обозначить группы соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями в поликлиническом звене; 2) выделить критерии их ранней диагностики.

В 2011-2015 гг. в соответствии с поставленными задачами было обследовано 100 больных соматизированными

психическими расстройствами с сердечно-сосудистыми проявлениями на донозологическом этапе течения заболевания. Они были разделены на три клинические группы в соответствии с выделенными нами группами соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями. Диагностика осуществлялась с помощью указаний МКБ-10, DSM-III-R. Они включали: F 45.0 − соматизированное расстройство; F 32.01 − депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами (соматизированная депрессия); F 41.0 − паническое расстройство.

Наиболее часто такие больные обращаются за медицинской помощью в поликлиническое звено. Их многочисленные, меняющиеся жалобы становятся причиной необоснованных обследований, неэффективного лечения. Трудность диагностики указанных состояний обусловлена различными причинами: обилием вегетативных жалоб, субсиндромальной выраженностью клинических проявлений, отсутствием преемственности между специалистами поликлиники. Существует необходимость в разработке действий, направленных на своевременную диагностику соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники.

Подход к ранней диагностике и лечению соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники должен быть комплексным, включать в себя психофармакологические, психотерапевтические, психопрофилактические мероприятия, строиться на взаимодействии таких специалистов, как участковый терапевт, кардиолог, невролог, эндокринолог, медицинский психолог и психотерапевт. Обилие соматических жалоб, не имеющих под собой органической основы, нуждается в четком структурировании, а выявленные в ходе клинической беседы данные – в подтверждении их результатами экспериментально-психологического исследования.

В случаях, когда жалобы больного не соотносятся с данными результатов обследования и заключениями специалистов, следует направлять таких больных к медицинскому психологу, в задачу которого входит сбор психологического анамнеза болезни, диагностическая беседа, проведение психологического тестирования.

Для специалистов первичной медицинской сети (терапевт, кардиолог, невролог, эндокринолог, медицинский психолог, психотерапевт) был разработан алгоритм ранней диагностики, который отражает особенности клиники донозологического этапа заболевания. Используя данные рекомендации в своей практической деятельности, указанные специалисты смогут своевременно выявлять соматизированные психические расстройства с сердечно-сосудистыми проявлениями и проводить психокоррекционные мероприятия.

У больных соматизированным расстройством были выделены следующие клинические критерии ранней диагностики: нацеленность на обследование у врачей общего профиля, настороженное отношение к психиатрам из-за стигматизации, длительность заболевания до 1 года, небольшое количество симптомов в клинике: не более 6 симптомов из четырех диагностических групп.

Нарушения со стороны сердца и дыхательной системы: поверхностное дыхание, сердцебиение, боли в грудной клетке, головокружение; Желудочно-кишечные симптомы: рвота, боли в животе, тошнота, вздутие живота (газы), понос, непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи; Болевые симптомы: боли в конечностях, боли в спине, боли в суставах, боли во время мочеиспускания, другие боли (за исключением головных болей); Псевдоневрологические симптомы: амнезия, затрудненное глотание, потеря голоса, глухота, двойственность зрительного образа, нечеткость зрения, слепота, обмороки или потери сознания, припадки или конвульсии, пошатывание при ходьбе, паралич или мышечная слабость, задержка мочи или трудности мочеиспускания.

К клинико-психологическим критериям ранней диагностики соматизированного расстройства относятся: неудачи в общественной и личной жизни, проблемы сексуального характера как вариант стрессовой нагрузки в преморбиде больных; высокая степень сопротивляемости стрессу (172,47±11,97); истерическая акцентуации характера в преморбиде; умеренные уровни личностной (38,75±4,71) и реактивной тревожности (31,6±7,28); состояние без депрессии по шкале дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Цунга в адаптации Т.И. Балашовой (36,36±9,18); благоприятные уровни самочувствия (6,25±0,55), активности (5,96±0,71), настроения (6,14±0,66).

Клинические критерии ранней диагностики соматизированной депрессии в первичном звене здравоохранения: нацеленность на обследование у врачей общего профиля, настороженное отношение к психиатрам из-за стигматизации, длительность заболевания до полугода; преобладание в клинической картине сомато-вегетативных симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы, которые носят сенестопатический оттенок; не более 4-х симптомов для диагностики заболевания.

Диагностические симптомы: уныние, печаль, угнетенность, разочарование, замедленность мышления, пессимизм, размышления о плохих сторонах жизни, снижение энергии, утомляемость, уменьшение активности, снижение аппетита, снижение либидо, отсутствие чувства комфорта, потеря массы тела, ангедония, нарушение сна, неприятные ощущения в груди, ощущение нехватки воздуха, «перебои» в работе сердца, ощущение «остановки сердца», перепады кровяного давления, лабильность пульса, суточная ритмика состояния с его улучшением во второй половине дня.

Клинико-психологические критерии ранней диагностики донозологического этапа соматизированной депрессии: неудачи в общественной жизни как вариант стрессовой нагрузки в преморбиде больных; пороговая степень сопротивляемости стрессу (233,31±17,38); дистимная акцентуации характера в преморбиде; умеренный уровень личностной (41,8±4,77) и высокий уровень реактивной тревожности (62,47±10,81); значительно сниженное настроение (субдепрессия/маскированная депрессия) по шкале дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Цунга в адаптации Т.И. Балашовой (62,78±2,98); благоприятный уровень активности (5,25±0,85), неблагоприятные уровни самочувствия (4,86±1) и настроения (4,44±0,96).

Опираясь на предложенные критерии ранней диагностики донозологического этапа панического расстройства, специалисты поликлиники смогут своевременно его выявлять.

Клинические критерии ранней диагностики донозологического этапа панического расстройства: нацеленность на обследование у врачей общего профиля, настороженное отношение к психиатрам из-за стигматизации,3.длительность заболевания до 1 года; не более 3-х диагностических симптомов в клинике панической атаки; единичные психические симптомы; отсутствие тревоги предвосхищения, навязчивой ипохондрии, сверхценных ипохондрических идей; невысокая частота панических атак (менее 1 раза в неделю).

Клинико-психологические критерии ранней диагностики донозологического этапа панического расстройства: смерть родственника/знакомого от сердечно-сосудистой патологии, тяжелое заболевание близких как вариант стрессовой нагрузки в преморбиде больных; низкая степень сопротивляемости стрессу (320,05±11,36); тревожная, циклотимная, ананкастная акцентуации характера в преморбиде; высокие уровни личностной (60,32±8,38) и реактивной тревожности (62,47±10,81); состояние без депрессии по шкале дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Цунга в адаптации Т.И. Балашовой (42,22±6,51); благоприятные уровни самочувствия (5,5±0,8), активности (5,2±0,93) и настроения (5,3±0,51).

К ПРОБЛЕМЕ МАЛЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КЛИМАКТЕРИЯ: ИНВОЛЮЦИОННАЯ ИСТЕРИЯ (ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ, ТИПОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ)

Поляковская Т.П.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования – клиническое изучение статики, динамики и типологическая дифференциация состояний, объединяемых понятием «инволюционная истерия».

Материал и методы исследования. Изученная выборка включает 85 женщин (средний возраст – 49,1±5.22 лет). Несмотря на длительное существование изученных состояний (от полугода до 22 лет; в среднем – 6,41±5,81 лет), выраженной дезадаптации у пациенток не регистрируется: большинство (63,7%) продолжает работать, сохраняет стабильный брачный статус (72,5%).

Критерии включения:

I. Соответствие наблюдаемого расстройства картине инволюционной истерии:

- манифестация в климактерическом (по критериям IMS – International Meno-pause Society, 1999) возрасте – 40 – 60 лет;
- признаки функциональной и/или органической соматической патологии, связанной с инволюцией;
- соматизированные психопатологические нарушения (полиморфные коэнестезиопатические феномены – алгопатии, конверсии, телесные фантазии);
- признаки гипотимии немеланхолического уровня и/или дисфории;
- истерический характер жалоб и поведения (демонстративность, манипулятивность).

II. Продолжительность расстройства ≥ 6 месяцев.

III. Получение информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения: признаки манифестного психоза, органического поражения ЦНС, зависимости от психоактивных веществ, тяжелого соматического заболевания в стадии декомпенсации.

Результаты исследования и обсуждение. В качестве соматогенных триггеров, провоцирующих и поддерживающих психопатологические проявления инволюционной истерии, наиболее значимыми оказались гормонально-зависимые гинекологические заболевания – 62 набл. (73%) (миома матки, эндометриоз, кисты яичников, фиброзно-кистозная мастопатия, рак молочной железы) и сердечно-сосудистая патология – 45 набл (53%) (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). При этом во всех случаях наблюдались психогенная провокация гипертонических кризов, эмоциогенные приступы стенокардии. Почти у трети пациенток (28 набл.- 33%) обнаружена патология щитовидной железы (узловой зоб, хронический аутоиммунный тиреоидит). В 21 наблюдении (24,7%) зарегистрированы обменные нарушения (метаболический синдром).

В половине наблюдений (42 пациентки) лечение заболеваний репродуктивной системы потребовало хирургического вмешательства. Гинекологические операции у большинства этих больных (35 набл.) приходились на пременопаузальный период; у 29 пациенток (24,7%) – индуцированная/искусственная менопауза: экстирпация матки с придатками – 19 (16,5%) наблюдений, гистерэктомия без придатков – 10 (8,2%).

На основании психопатологической гетерогенности в настоящем исследовании выделены два типа изученных состояний, обозначенные как соматизированная истерия (I тип) и истероидная дисфория (II тип).

I тип – соматизированная истерия (55 набл.) Клиническая картина соматизированной истерии (Иванов С.В., 2002) определяется следующими проявлениями. Доминирует полиморфная конверсионная симптоматика (психалгии, нарушения чувствительности, астазия-абазия, globus hystericus, тремор, телесные фантазии), амплифицирующая проявления коморбидной соматической патологии (мультисоматоформное расстройство по J.L.Jackson, K.Kroenke, 2008). Пациенткам свойственна тревога о здоровье (health anxiety – Abramowitz J.S., Braddock A.E., 2008) с формированием «конверсионных кризов» (Вейн А.М. и соавт., 2000) – атипичных панических атак, органоневротической симптоматики, истерических фобий ипохондрического содержания (красочные, изменчивые по фабуле нозофобии с образными представлениями сцен телесной катастрофы, агонии, похорон).

В конституциональном складе пациенток, отнесенных к этому типу, в большей части случаев (62%) гистрионные черты сочетаются с высокой активностью и приподнятым настроением (гипертимные, «оживленные» истерики по Millon Th., 1996). Личностный склад остальных (38%) оценен как истероипохондрический (конверсионный тип истерического РЛ по А.О.Фильцу, 1987).

Предпочтительные триггеры при I типе инволюционной истерии – стрессогенные события, субъективно воспринимаемые как угроза собственному здоровью, материальному благополучию.

Соматизированная истерия характеризуется тенденций к хронификации. Постепенно происходит персонификация симптоматики истерической ипохондрии с акцентуацией черт «угнетенных мазохистов» (oppressed masochists по Millon Th., 1996) – сетования на невнимание и черствость окружающих, не отвечающих благодарностью на их самопожертвование, потребность «вымогать заботу» с условной желательностью болезни и принятием роли страдальца. Соответственно, по мере формирования невротического (истеро-ипохондрического) развития реализуется амальгамирование телесных сенсаций с характерологическими девиациями.

II тип – истероидная дисфория (30 набл.) Клиническая картина истероидной дисфории (Leibowitz M., Klein D., 1979) определяется гипотимией с истерическими чертами. Депрессивные жалобы излагаются с театральным пафосом («невыносимое отчаяние», «душевная мука»), эмоциональной гиперэкспрессией (демонстративные рыдания, заламывания рук). Выявляется манипулятивное поведение вплоть до суицидального шантажа, а также вспышки озлобленности, агрессии, чередующиеся с приступами слабости (конверсионная астения – Соколовская Л.В., 1991).Содержательный комплекс депрессии (сознание оскорбленного самолюбия, неспособности смириться с «непростительным предательством» – изменой мужа, возлюбленного), свойственный «реакциям разочарования» (Reich W., 1933), неотделим от диссоциативного симптомокомплекса (кататимно заряженных, насыщенных фантазией образных представлений, отражающих «ключевое переживание»).

Конституциональная предиспозиция при этом типе определяется чертами «слепо преданных» («devoted») с признаками «маркетинговой ориентации» (E.Fromm,1947): за «фасадом» самопожертвования скрываются эго-центризм, стремление добиться материальных благ с помощью манипуляций.

В отличие от соматизированной истерии, для манифестации истероидной дисфории предпочтительны стрессогенные события, субъективно воспринимаемые пациентками как «отвержение» (супружеская измена, развод).

Если соматизированная истерия сопровождается ипохондрической озабоченностью, то для истероидной дисфории, напротив, характерно демонстративно-пренебрежительное отношение к проблемам собственного здоровья вплоть до «прекрасного равнодушия» («la belle indefferance» J.E Breuer., S.Freud,1895), что контрастирует с «инволюционными» размышлениями об утрате женственности, грядущей старости, беспомощности, одиночестве.

В отличие от соматизированной истерии, динамика состояний II типа, несмотря на возможность затяжного течения (длительность фазы от 6 месяцев до 3-х лет), характеризуется постепенной редукцией всех психопатологических проявлений.

Заключение. Клиническая картина инволюционной истерии определяется комплексом психопатологических расстройств, включающим истерически окрашенные соматизированные нарушения (конверсии, психалгии, телесные фантазии), ассоциированные с патохарактерологическими проявлениями (склонность к преувеличениям, драматизации), а также легкими /умеренно выраженными расстройствами депрессивного спектра. В структуре инволюционной истерии психопатологические проявления коморбидны свойственной репродуктивному старению функциональной и/или органической соматической (сердечно-сосудистой, гинекологической, обменно-эндокринной) патологии.

На основании клинической гетерогенности изученных состояний выде-лено два типа инволюционной истерии. I тип (55 набл.) – соматизированная истерия – определяется преобладанием конверсионных, органоневротических и ипохондрических расстройств. Основная тенденция динамики – хронификация состояния с формированием истеро-ипохондрического развития. II тип (30 набл.) – истероидная дисфория – определяется истерической депрессией с картиной «реакции разочарования» (Reich W., 1933). Динамика – психогенно провоцированные затяжные депрессивные фазы с постепенной редукцией психопатологических проявлений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕГАБАЛИНА И ФЛУВОКСАМИНА В ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Прибытков А.А.

Пенза

Пензенский институт усовершенствования врачей

Введение. Соматоформные расстройства (СФР) занимают одно из ведущих мест в структуре психических нарушений непсихотического уровня. В странах Европы годовая распространенность СФР достигает 6,3%, уступая лишь тревожным, инсомническим и депрессивным расстройствам (Wittchen H.U. et al., 2011). В то же время возможности терапевтических вмешательств при СФР изучены недостаточно, имеющиеся доказательства эффективности терапии получены в исследованиях невысокого качества (Kleinstduber M et al., 2011).

Прегабалин продемонстрировал положительное влияние при синдроме раздраженной толстой кишки (Houghton L.A. et al., 2007), препарат обнаружил высокую эффективность и рекомендован для терапии фибромиалгии (Choy E. et al., 2011; Nьesch E. et al., 2013). Критерии фибромиалгии и устойчивого соматоформного болевого расстройства в значительной мере совпадают и можно утверждать, что фактор соматизации играет важную роль в развитии функциональных болевых синдромов (Winfield J.B., 2001; Hduser W. et al., 2013). Представляет интерес и сравнение прегабалина с антидепрессантами – классом препаратов, в наибольшей степени подтвердившим эффективность в фармакотерапии СФР (Kroenke K., 2007; Sumathipala A., 2007; Somashekar B. et al., 2013).

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности прегабалина и флувоксамина в терапии соматоформных расстройств.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное рандомизированное исследование длительностью шесть недель. Выборка включала 64 пациента. Критерии включения: возраст 18 лет и старше; наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании; диагностическая оценка – соматоформное расстройство (за исключением ипохондрического расстройства). Критерии исключения: сопутствующие декомпенсированные соматические заболевания, беременность и период лактации, злоупотребление психоактивными веществами, аффективные расстройства, шизофрения, органические психические расстройства.

Для оценки тяжести состояния пациентов использовалась шкала общего клинического впечатления (CGI). Выраженность тревожных расстройств определялась при помощи шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS). С целью оценки выраженности соматоформных симптомов, а также их динамики в процессе лечения использовался опросник выявления соматоформных симптомов SOMS-7.

Включенные в исследование больные были разделены на две группы (рандомизация с использование генератора случайных чисел). Пациенты первой группы (32 человека) получали терапию флувоксамином. Стартовая доза составляла 50 мг/сут (однократно вечером), на 4 день терапии доза препарата повышалась до 100 мг/сут. При недостаточной эффективности терапии суточная доза могла повышаться еженедельно на 50 мг/сут (не превышая максимальную суточную дозу 300 мг). Препарат в дозе 100 мг/сут на протяжении всего исследования получали 22 пациента (68,8% наблюдений), повышение дозы до 150 мг/сут выполнено у 7 пациентов (21,9%), до 200 мг/сут – у 3 пациентов (9,4%).

Во второй группе (32 человека) проводилась терапия прегабалином. Препарат назначался в дозе 150 мг/сут (по 75 мг два раза в день). В случае недостаточного эффекта с 8 дня терапии суточная доза повышалась до 300 мг/сут. Допускалось дальнейшее повышение дозы препарата на 150 мг/сут еженедельно до 600 мг/сут. Суточная доза 150 мг на протяжении всего исследования использовалась у 18 пациентов (56,3%), до 300 мг в сутки доза повышена у 10 больных (31,3%), до 450 мг – у 4 пациентов (12,5%).

Для оценки статистической значимости различий между группами использовался критерий Манна-Уитни. С целью оценки статистической значимости динамики показателей внутри группы применялся критерий Уилкоксона. Для анализа таблиц сопряженности использовался точный тест Фишера. Анализ показателей проводился с помощью программы Statistica 6.1.

Полученные результаты. Возраст пациентов составил от 20 до 64 лет (средний возраст 39±8,3). Преобладали женщины: 46 женщин (71,9%) и 18 мужчин (28,1%). Диагностическая оценка пациентов: соматизированное расстройство (F45.0) – 28 человек (43,8%), недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1) – 10 человек (15,6%), соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3) – 20 человек (31,3%), устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.4) – 6 человек (9,4%).

Полностью завершили курс терапии 59 человек (92,2%). В группе пациентов, получавших терапию флувоксамином нежелательные лекарственные реакции отмечены в 7 наблюдений (21,9%). У больных отмечались нарушения в виде тошноты и дискомфорта в эпигастральной области (15,6%), усиление тревоги (12,5%), сексуальная дисфункция (6,3%), нарушения сна (6,3%). В 3 наблюдениях (9,4%) побочные эффекты оценены как значительные, эти пациенты выбыли из исследования. Степень выраженности побочных эффектов была умеренной в 1 наблюдении, легкой – в 2 наблюдениях и незначительной – в 1 наблюдении.

Среди пациентов, получавших терапию прегабалином нежелательные лекарственные реакции наблюдались у 8 больных (25%). Имели место нарушения в виде головокружения (5 человек – 15,6%), сонливости (4 человека – 12,5%), сухости во рту (2 человека – 6,3%), атаксии (1 человек – 3,1%). В двух наблюдениях выраженность побочных эффектов была значитель-

ной и привела к выбыванию из исследования. Нежелательные лекарственные явления оценены как умеренные у 2 пациентов, легкие – у 3 пациентов и незначительные – у 1 пациента.

В обеих группах отмечено относительно равномерное снижение тяжести состояния (оценка по шкале общего клинического впечатления CGI-S) с достижением статистической значимости по сравнению с исходными показателями на второй неделе терапии (критерий Уилкоксона $p<0,05$). Сравнение показателей групп по шкале CGI не выявило статистически значимых различий как на момент включения, так и в процессе терапии (критерий Манна-Уитни $p>0,05$).

Статистически значимое снижение симптомов тревоги (оценка по шкале тревоги Гамильтона) по сравнению с исходными показателями в группе терапии флувоксамином отмечено на второй неделе лечения (критерий Уилкоксона $p<0,05$). В группе терапии прегабалином статистически значимое снижение тревоги отмечено на первой недели терапии (критерий Уилкоксона $p<0,01$).

Сравнение показателей двух групп продемонстрировало более выраженное снижение тревожных расстройств во второй группе (терапия прегабалином) с первой по третью неделю терапии (критерий Манна-Уитни $p<0,05$). В дальнейшем (с четвертой по шестую недели) выраженность тревоги в обеих группах статистически не различалась (критерий Манна-Уитни $p>0,05$).

В процессе терапии в обеих группах установлено статистически значимое снижение показателей шкалы SOMS-7 в конце исследования по сравнению с исходной оценкой (критерий Уилкоксона $p<0,0001$). Различия между группами не достигали статистической значимости (критерий Манна-Уитни $p>0,05$).

К респондерам отнесены больные с редукцией суммы баллов по шкале HARS на 50% и более и оценкой по шкале CGI-I 2 балла – «значительное улучшение» или 1 балл – «очень значительное улучшение». В соответствии с указанными критериями, ответ на терапию отмечался с 3 недели лечения. К концу лечения количество респондеров в группе терапии флувоксамином составило 72,4%, в группе терапии прегабалином – 73,3%. Различия между группами по количеству пациентов, ответивших на терапию, не являются статистически значимыми (точный тест Фишера $p>0,05$).

Выводы. Проведенное исследование обнаружило эффективность флувоксамина и прегабалина в терапии соматоформных расстройств. Статистически значимое улучшение состояния пациентов в процессе лечения отмечалось в обеих группах на второй неделе терапии (оценка по шкале CGI). Выявлена значимая редукция проявлений функциональных соматических симптомов в конце исследования по сравнению с исходными данными (оценка по опроснику SOMS-7). К концу исследования количество респондеров в группе пациентов, получавших терапию флувоксамином, составило 72,4%, в группе терапии прегабалином – 73,3% (различия не имеют статистической значимости).

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ

Романов Д.В., Жук В.А., Романчук Н.П., Черняев В.И., Юшин Д.В.

Самара
Самарский ГМУ

Когнитивные расстройства представляют собой психопатологический симптомокомплекс, выступающий частью клинической картины большинства психических заболеваний (Носачев Г.Н., Романов Д.В., 2001). Когнитивные нарушения (КН) также представляют собой междисциплинарную проблему, в решение которой вовлечены как психиатры, так и врачи других специальностей – неврологи, кардиологи, терапевты, гериатры. Распространенность тяжелых форм КН у лиц старше 65 лет достигает 20% (Дамулин И.В., 2002). Большая часть пациентов, страдающих КН, не попадает в фокус психиатрической службы, находясь под наблюдением врачей общесоматической сети. С учетом данных, свидетельствующих об эффективности применения ряда нейропротективных средств при лечении КН (Rosler M. et al., 1999), задача раннего распознавания КН в общемедицинской сети представляется особенно актуальной. Актуальной задачей является и создание алгоритмов ведения таких пациентов в общемедицинской сети совместно с врачом-психиатром.

Целью работы было построение алгоритма ведения больных с когнитивными расстройствами в общесоматической сети. Изучалась распространенность и структура КН у пациентов старше трудоспособного возраста, находящихся на лечении в терапевтическом стационаре. В исследование вошли 105 пациентов старше 55 лет, средний возраст обследованных составил 67,6±8,4 лет. Для проведения исследования было разработано психиатрическое интервью (Романов Д.В., Романчук Н.П., 2014), направленное на выявление КН, а также методика скрининга КН MoCA. Использование применяемого подхода позволило выявить КН различной степени глубины у 78% исследуемых пациентов. Дополнительное применение параклинических методов исследования позволило уточнить характер и выраженность болезненного процесса. Первостепенное значение при уточнении глубины и структуры КН при этом имело патопсихологическое исследование.

Был предложен поэтапный алгоритм диагностики и ведения пациентов с КН в общемедицинской сети.

Этап 1. Информация о нарушениях когнитивной сферы, полученная от пациента и/или его родственников. Способность пациента достоверно представить информацию об имеющихся нарушениях страдает в связи с нарушениями сложных форм мышления. В качестве наиболее значимых жалоб пациента с КН выступают нарушения памяти и интеллектуальной продуктивности. Нарушения интеллектуальной продуктивности и памяти, а также колебания активности внимания, могут быть отмечены родственниками пациента.

Этап 2. Скрининг КН. Может осуществляться интернистом самостоятельно при наличии предшествующей подготовки. Целесообразно использование скрининговых шкал, наиболее чувствительной из которых является MoCA (Gauthier S., Ballard C., 2009). Регистрация снижения по шкале MoCA менее 26 баллов говорит о необходимости последующих шагов.

Этап 3. Проведение инструментального исследования функций мозга. Надежное распознавание КН предусматривает оценку состояния и функционирования мозга на структурном, структурно-динамическом, биоэлектрическом и патопсихологическом уровнях и соотнесения данных с клиническими показателями. Необходимыми исследованиями являются КТ (МРТ), электроэнцефалография и патопсихологическое исследование. Реализацию патопсихологических исследований обеспечивает включение в штат медицинского учреждения медицинских психологов. Выявление при патопсихологическом исследовании органического патопсихологического симптомокомплекса подтверждает диагноз КН органического профиля, и предусматривает возможность дальнейшего ведения пациента интернистом совместно с психиатром и неврологом; выявление других видов патопсихологического синдрома предусматривает передачу пациента психиатрической службе.

Этап 4. Уточнение природы патологического процесса. Появление объективных данных, свидетельствующих о наличии когнитивного дефицита и предположений о его возможной природе может потребовать дополнительных дифференциально-диагностических шагов для уточнения природы болезненного процесса. Дополнительное исследование может включать

общий анализ крови и мочи; биохимическое исследование крови с определением концентрации креатинина, мочевины, глюкозы, активности печеночных ферментов, содержания витамина B12 и фолиевой кислоты, гомоцистеина, уровня электролитов; лабораторное исследование функций щитовидной железы (содержание трийодтиронина, тироксина, тиреотропного гормона, антител к тиреоглобулину), серологические тесты на сифилис и ВИЧ. МРТ – исследование и исследование содержания тау-протеина и амилоида в спинномозговой жидкости могут помочь в раннем распознавании КН при болезни Альцгеймера.

Этап 5. Консультация психиатра. Установление диагноза психического расстройства, в частности, рубрик «Легкое когнитивное расстройство» и «Деменция» является, в соответствии с действующим законодательством, прерогативой врача-психиатра (ФЗ РФ 02.07.92 N 3185-I). Возможно дальнейшее совместное ведение пациента с КН, обусловленными различными видами органической патологии мозга, врачом-интернистом и психиатром. Полезной практикой выступает совместное ведение пациента с КН органического профиля неврологом и психиатром.

Этап 6. Получение согласия пациента на лечение и беседа с родственниками. Лечение КН представляет собой длительный, часто пожизненный процесс, о чем должны быть информированы как пациент, так, с его согласия, и его ближайшие родственники. Необходимо заручиться поддержкой родственников пациента в целях создания для больного поддерживающей социальной среды и получения от родственников текущей объективной информации о состоянии когнитивной сферы больного. Установление комплаентных отношений с пациентом и его семьей в случае терапии КН выступает неотъемлемой частью общего процесса лечения. После получения согласия пациента на лечение назначается терапия антихолинэстеразными средствами или другими препаратами, показавшими свою эффективность при лечении КН.

Этап 7. Промежуточная оценка динамики. Может производиться интернистом самостоятельно или совместно с психиатром. Используется оценка динамики клинических показателей и скрининговых методик (МоСА). В случае наличия установленного диагноза заболевания, позитивной динамики и наличия мотивации со стороны пациента, можно рекомендовать участие в программах когнитивного тренинга.

Этап 8. Направление пациента на когнитивный тренинг. Необходимость комплексной реабилитации пациентов с КН и деменцией предусматривает включение больного в программы тренингов когнитивных функций (Moller H.J., 2010).

Этап 9. Оценка эффективности терапии. Производится раз в 6 месяцев или чаще при изменении клинической картины расстройства. Наряду с оценкой клинических показателей, целесообразно проведение повторного патопсихологического исследования. Позитивная динамика подтверждает необходимость продолжения выбранной стратегии терапии, негативная – модификации лечения (наращивания доз, комбинирования препаратов или смены психофармакологических средств).

Применение алгоритма ведения пациентов с КН в общесоматической сети позволяет врачу-интернисту выявлять когнитивные нарушения на ранних этапах развития болезненного процесса, когда симптоматика заболевания носит потенциально обратимый характер. Таким образом, расширяются возможности диагностики и терапии КН на этапе, предшествующем этапу оказания специализированной психиатрической помощи. Делегирование лечения мягких психических расстройств врачам-интернистам соответствует одной из главных стратегий развития современной психиатрии (Краснов В.Н. и др., 2010). Предлагаемая схема выстраивает потенциальное взаимодействие интерниста и врача-психиатра, а также более четко разграничивает их полномочия. Оказание помощи больным с мягкими психическими расстройствами непосредственно в участковой поликлинике или соматическом стационаре позволяет снизить риски стигматизации и отказов от лечения в учреждениях психоневрологического профиля. Требуются нормативные и организационные условия, позволяющие оптимизировать взаимодействие интернистов и психиатров при лечении непсихотической психической патологии.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ВААРТ

Рыбалко В.О., Ясникова Е.Е.

Иркутск
Иркутский ГМУ

На современном этапе развития медицины ВИЧ-инфекция является неизлечимым, но потенциально компенсируемым заболеванием: при строгом соблюдении схемы приема высокоактивной антиретровирусной терапии пациент может остановить прогрессирование заболевания, восстановить иммунитет и стать незаразным. Однако приверженность к ВААРТ в популяции ВИЧ-инфицированных часто оказывается недостаточной, в том числе в силу значительной распространенности среди них психических расстройств непсихотического спектра. В отечественной литературе данный вопрос был освещен недостаточно, в связи с чем и было предпринято настоящее исследование.

Все пациенты имели основной диагноз ВИЧ-инфекция, стадия 4А по В.И. Покровскому.

Общий объем выборки составил 110 человек. 52 пациента – 47,3% – были мужчинами, 58 – 52,7% – женщинами. Никто из обследованных не сообщил о своей гомо- или бисексуальной ориентации. Среди пациентов был отмечен невысокий образовательный уровень: 6 пациентов (5,5%) не имели законченного среднего образования, 28 человек (25,5%) имели законченное среднее образование, 48 (43,6%) – средне-специальное, четверо (3,6%) – незаконченное высшее и 24 человека (21,8%) – полное высшее образование. Таким образом, в выборке преобладали пациенты со средне-специальным образованием.

Уровень иммунокомпетентных клеток колебался от 2 до 485 кл/мл, в среднем составлял 180 кл/мл. 69 пациентов (62,7%) имели уровень CD4+ менее 200 кл/мл, остальные 41 (73,3%) – от 200 до 500 кл/мл.

Вирусная нагрузка колебалась от 50 до 1700000 копий/мл крови, в среднем 94300 копий/мл.

Было выявлено три основных пути заражения ВИЧ:

1. Парентеральный, связанный с внутривенным употреблением наркотиков (у потребителей инъекционных наркотиков) – 47 человек (42,7%)

2. Парентеральный, не связанный с внутривенным употреблением наркотиков (переливание крови, незащищенные медицинские манипуляции, профессиональное заражение у медработников) – 17 человек (15,4%)

3. Половой путь заражения – 46 человек (41,9%)

При опросе пациентов выборки о практике безопасного секса 45 человек (40,9%) сообщили о том, что практикуют только безопасный секс, из них 16 человек – при случайных связях (не имеющие постоянного партнера) и 29 – с постоянным партнером. Остальные же – 65 человек (59,1%) практиковали незащищенный секс, несмотря на информированность о своем ВИЧ(+) статусе, из них – 33 человека, не имевших постоянного партнера и 32 – с постоянным партнером. Из этих 65 человек 9 (13,8%) сообщили о том, что заразили своего полового партнера ВИЧ-инфекцией.

На момент осмотра 33 пациента (30%) предъявляли жалобы к психиатру на симптомы невротического спектра, такие как тревожность, раздражительность, нарушения сна, не-

устойчивое и/или сниженное настроение. Из них 17 пациентов ранее обращались к врачу-психиатру. При этом хотя бы один психиатрический диагноз был выставлен 78 пациентам (70,9% выборки), что подтверждает необходимость активного выявления психических расстройств у ВИЧ-инфицированных.

Из 110 пациентов выборки 18 (16,4%) был выставлен диагноз категории F3 (эндогенные аффективные расстройства). Мы выяснили, что среди этих пациентов достоверно чаще встречался низкий уровень иммунокомпетентных клеток (менее 200 CD4+/мл, односторонний критерий Фишера=0,0395; OR=3,5, S=0,66). Кроме того, эти пациенты чаще сообщали о заражении своего партнера половым путем (односторонний критерий Фишера=0,038; OR=4,9; S=0,73), что согласуется с литературными данными о низком иммунном статусе и половом пути распространения ВИЧ-инфекции в субпопуляции больных эндогенными аффективными расстройствами.

Из 110 пациентов выборки 61 (55,45%) был поставлен диагноз расстройства личности. Из них 24 – расстройство личности кластера В (нарциссическое, истерическое, эмоционально-неустойчивое), а 37 – расстройство личности кластера С (зависимое или избегающее). Выяснилось, что пациенты с расстройством личности кластера С достоверно реже проходят стадию анозогнозии (c2=10,7; p=0,0022; OR=3,88; S=0,425) и достоверно чаще – «магического» мышления (c2=9,5; p=0,0085; OR=3,65; S=0,439), а также достоверно чаще предъявляют жалобы к врачу-психиатру (c2=4,23, p=0,039, OR=2,6; S=0,477) и совершали суицидальные попытки (c2=10,97; p=0,0041; OR=5,1; S=0,526).

49 пациентов (44,5%) на момент осмотра не состояли в стабильных отношениях, в то время как о наличии постоянного партнера в жизни сообщили 61 человек (55,5%). 20 человек (18,2%) на момент осмотра никогда не состояли в стабильных отношениях, 8 (7,2%) – состояли в гражданском браке, 53 (48,2%) состояли в официальном браке, 20 (18,2%) были разведены и 9 (8,2%) являлись вдовцами/вдовами, не вступившими в новые отношения. Таким образом, все пациенты были разделены на две почти равные группы по признаку наличия/отсутствия постоянного партнера в жизни. Среди них наблюдались достоверно более высокие показатели по шкалам F (70,84 против 63,96; p=0,125) и Pa (63,63 против 57,49; p=0,02), что может свидетельствовать о выраженном нервно-психическом напряжении, способном легко найти выход в аффективной реакции, что следует учитывать при построении контакта с этими пациентами.

Из 110 человек 40 пациентов (36,36%) воспитывались в неполных семьях – с отсутствием отца или матери (2 были сиротами, 9 человек воспитывались без матери, 30 – без отца). Было установлено, что пациенты, выросшие без матери, почти в десять раз чаще практиковали безопасный секс, несмотря на информированность о своем ВИЧ-статусе (c2=6,59; p=0,0103; OR=9,8; S=1,066). У 58 человек (52,7%) наследственность была отягощена алкоголизмом одного из родителей (у 16 – алкоголизмом матери, у 50 – алкоголизмом отца, в том числе у 8 человек – алкоголизмом обоих родителей). 4 человек (3,63%) сообщили о наличии у их отцов наркотической (опиатной) зависимости, во всех случаях сочетавшейся с алкогольной. В результате данных особенностей бульшая часть выборки характеризовалась неадекватными типами воспитания в родительской семье. 56 человек (50,5%) воспитывались в условиях гипоопеки со стороны родителей, которая характеризовалась игнорированием потребностей ребенка, эмоциональной депривацией, малым количеством контроля за поведением, отсутствием чувства привязанности. 47 человек (42,7%) воспитывались в условиях гиперопеки, которая характеризовалась чрезмерным контролем со стороны родителей, наличием ригидной семейной структуры и распорядка жизни семьи, подавлением проявлений самостоятельности ребенка, гипертрофированным чувством привязанности к родителям. Только у 7 пациентов (6,36%) был отмечен адекватный тип воспитания. Из 103 человек с неадекватным типом воспитания все 103 в детстве подвергались эмоциональной депривации со стороны хотя бы одного родителя (отсутствие эмоционального контакта, холодность во взаимоотношениях, формальное внутрисемейные отношения), 63 человека (61,2%) также сообщили о физической депривации со стороны родителей (отсутствие объятий, поглаживаний, совместных активных игр), 34 человека (33%) в детстве регулярно подвергались физическому насилию со стороны родителей, а 12 человек (11,65%) в подростковом возрасте подвергались сексуальному насилию (все подвергшиеся сексуальному насилию были женщинами). Таким образом, значительная часть нашей выборки имела множественные неблагоприятные микросоциальные влияния в детском и подростковом возрасте.

Таким образом, выявленные микросоциальные, психологические, поведенческие и клинические характеристики ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в ВААРТ дают представление о субпопуляциях больных и клинико-терапевтических мишенях лечения психических расстройств, повышения качества жизни и приверженности к ВААРТ.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сачук В.С.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Целью проведенного исследования явилось изучение эмоционально-личностных особенностей мужчин и женщин больных геморроем (I 84.0 по МКБ-10) и больных с варикозным расширением вен нижних конечностей (I 83.0 по МКБ-10) в ходе хирургического лечения.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 79 испытуемых, из них 57 – больных геморроем (40-женщин и 17-мужчин) и 22 – больные с варикозным расширением вен нижних конечностей (13-женщин и 9-мужчин). Для изучения эмоционально-личностных особенностей больных данных нозологических групп в предоперационном периоде хирургического лечения использовались следующие психодиагностические методики: 1) Диагностика самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера; 2) Диагностика показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки; 3) Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга; 4) Опросник психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ).

Результаты и их обсуждение. В соответствии с целью исследования проведен анализ значимых различий между женщинами и мужчинами в обеих исследуемых группах. Значимые различия, полученные в ходе исследования между группами больных геморроем и больных с варикозным расширением вен нижних конечностей в предоперационном периоде хирургического лечения проанализированы по всем названным выше методикам исследования.

Достоверные различия обнаружены по показателю личностная тревожность (r=50,28 женщины, r=44,76 мужчины – больные геморроем); (r=42,08 женщины, r=35,67 мужчины – больные с варикозным расширением вен нижних конечностей) различия статистически достоверны; $p<0,05$. Наличие тревожности как личностной характеристики у женщин в обеих исследуемых группах выше, чем у мужчин, что обуславливает повышенные показатели сенситивного типа отношения к болезни (r=23,93 – больные геморроем, r=23,15 – больные с варикозным расширением вен нижних конечностей; $p<0,05$), что может свидетельствовать о чрезмерной ранимости, уязвимости

и озабоченности возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения об их болезни, склонности к сокрытию своих переживаний, и тревожного типа отношения к болезни (r=13,23 –больные геморроем, r=6,15 – больные с варикозным расширением вен нижних конечностей; p<0,05), что свидетельствует о переживании пациентами выраженного эмоционального напряжения, страха в ситуации предстоящего оперативного вмешательства, оказывая астенизирующее воздействие на психику проявляясь в разнообразных нарушениях вегетативной регуляции.

Также обнаружены достоверные различия у женщин обеих нозологических групп по показателям ипохондрического типа отношения к болезни (r=11,55 – больные геморроем, r=10,46 – больные с варикозным расширением вен нижних конечностей; p<0,05), эгоцентрического типа отношения к болезни (r=10,15 – больные геморроем, r= 10,62 – больные с варикозным расширением вен нижних конечностей; p<0,05) и паранойяльного типа отношения к болезни (r=8,23 – больные геморроем, r=6,08 – больные с варикозным расширением вен нижних конечностей; p<0,05), которые указывают на чрезмерную интровертированность и сосредоточенность на себе; в то время как у мужчин обеих исследуемых групп достоверно выражена анозогнозическая направленность (r=26,71 – больные геморроем, r=40,89 – больные с варикозным расширением вен нижних конечностей; p<0,05) причем у мужчин больных с варикозным расширением вен нижних конечностей она выше, чем у мужчин больных геморроем, наличие анозогнозии говорит об отсутствии должного внимания к своему здоровью, игнорировании симптомов болезни, недооценке плохого самочувствия, стремлении к уходу в работу, позднем обращении за помощью, что ставит задачу преодоления анозогнозических тенденций как у мужчин с варикозным расширением вен нижних конечностей, так и у мужчин больных геморроем.

Достоверные различия обнаружены по показателю физической агрессии у мужчин в обеих группах (r=4,82 – больные геморроем; r=4,00 – больные с варикозным расширением вен нижних конечностей; p<0,05) состояние эмоционального и физического напряжения, отсутствие уверенности в благополучном исходе операции возможно вызывают раздражительность, а иногда и агрессивность, в частности физическую, которая в большей степени характерна больным геморроем, кроме этого достоверные различия обнаружены по показателю обиды у женщин обеих групп (r=4,25 – больные геморроем, r=4,23 – больные с варикозным расширением вен нижних конечностей; p<0,05), которая является ключевым переживанием, формирующим клиническую картину депрессии, в свою очередь по показателю уровень депрессии в исследуемых нозологических группах обнаружены достоверные различия у больных геморроем (r=38,95 женщины, r=36,12 мужчины) степень выраженности различий выше, чем у больных с варикозным расширением вен нижних конечностей (r=31,46 женщины, r=30,78 мужчины) различия статистически достоверны; p<0,05, тревожно-депрессивные переживания снижают психическую и социальную адаптацию, что проявляется в беспокойстве и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнениях после оперативного вмешательства, тревожном, подавленном и угнетенном настроении.

По результатам настоящего исследования было установлено, что для женщин обеих групп характерен высокий уровень личностной тревожности и обиды, также тревожный, сенситивный, ипохондрический, эгоцентрический, паранойяльный тип отношения к болезни; для мужчин физическая агрессия и анозогнозический тип отношения к болезни; тревожно-депрессивные переживания характерны для обеих нозологических групп, в большей степени для больных геморроем, как женщин, так и мужчин.

Результаты исследования, следует учитывать в ходе лечения и реабилитации данных больных, в частности, в рамках дифференцированного психологического сопровождения.

БЕЗОПАСНОСТЬ РЕБЕНКА ПРИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ МАТЕРИ – ИННОВАЦИОННАЯ ПАРАДИГМА НА ОСНОВАНИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Соловьев А.Г., Харькова О.А., Чумакова Г.Н., Киселева Л.Г., Грызунова Е.М.

Архангельск
Северный ГМУ

Беременность является физиологическим состоянием женщины, однако абсолютно здоровых женщин в гестационном периоде практически не встречается, так как женщины имеют большой перечень хронических заболеваний, в том числе и никотиновую зависимость (НЗ). Чуть более половины женщин отказываются от курения по факту установления беременности, около четверти – снижают активность курения, но столько же – продолжают курить в том же объеме в течение всей беременности.

Последствия курения для беременной женщины заключаются в развитии предлежания плаценты, внематочноой беременности, отслойки плаценты и др. Влияние табакокурения на плод проявляется задержкой внутриутробного развития, ростом частоты перинатальной смертности, врожденными аномалиями плода. Влияние табакокурения на ребенка в постнатальном периоде рассматривается в качестве фактора риска внезапной смерти, приводит к заболеваниям дыхательной и центральной нервной системы. Лечение перечисленных последствий – малорезультативно, пассивная профилактика – малоэффективна.

Целью работы явилось обоснование комплекса медико-психологических профилактических мер при курении женщины во время беременности.

В Северном государственном медицинском университете (Архангельск, Россия) разработан комплекс инновационных мероприятий на основе методов доказательной психологии и медицины, который внедрен в работу родильных домов и амбулаторных женских консультаций.

Правило 5 А – Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange – является точкой отсчета усилий специалистов, но оно эффективно только при первоначальном выявлением степени и клинической формы НЗ.

Мы обнаружили, что курение во время беременности тесно коррелирует с социально-экономическими характеристиками женщин, выявлена связь с психологическим стрессом, повышенной агрессивностью и экстренальным локус-контролем, соответственно, наличие интернального локус-контоля способствует более успешному отказу от табака. Результаты исследования позволили нам разработать детерминанты курения во время беременности: психофизиологические, психологические и социальные, а также модель прогноза продолжения курения, включающую методику комплексной оценки социально-психологических и физиологических особенностей беременных женщин с НЗ.

Выявление групп повышенного риска женщин по развитию табачного синдрома плода важно для проведения целенаправленной вторичной профилактики. Психологическое сопровождение беременных женщин с НЗ должно включать работу по преодолению психоэмоционального стресса, депрессивного и тревожного состояния, формированию адекватного стиля переживания беременности, а также помощь в изменении ответственности за события в семейной жизни и межличностных отношениях, в повышении уровня самоуважения и развитии волевых сторон личности. Убедительным доводом для прекращения курения для будущей матери является информация о специфическом наборе изменений в развитии плода во время ультразвукового исследования, что дало возможность внедрить дополнительные «табачные» ультразвуковые критерии в практику обследования беременных женщин

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ (ПО ДАННЫМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА)

Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Пашковский В.Э., Тявокина Е.Ю.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Цель и задачи исследования. Установить частоту и причины госпитализаций больных шизофренией, осложненной химической зависимостью в многопрофильный стационар; Оценить влияние химической зависимости на течение соматической патологии у больных шизофренией.

Материалы и методы. На первом этапе сплошным методом были изучены все пациенты (807 человек), поступающие на лечение в течение 5 суток в многопрофильный стационар (НИИ СП им. И.И. Джанелидзе). В дальнейшем: в течение года обследовано 440 пациентов обоего пола с «двойным» диагнозом «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F 2) в сочетании с «Психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ» (F 1); госпитализированных в многопрофильный стационар. Заключение о наличие «двойного» диагноза выносилось на основании феноменологической оценки состояния пациента, также учитывались результаты лабораторных анализов крови на наличие в крови этанола, барбитуратов, метадона и других ПАВ.

Результаты исследования. Больные, страдающие расстройствами шизофренического спектра, составляют 2,0% от числа всех поступающих в многопрофильный стационар. Почти половина этих больных (47,7%) имеют сопутствующий наркологический диагноз (пагубное употребление или зависимость от различных видов ПАВ. Наибольшую группу составили больные шизофренией, злоупотребляющие алкоголем (65,2%), вторую по численности группу образовали полинаркотизирующиеся пациенты с расстройствами шизофренического круга (27,8%), и 7% больных шизофренией страдали монозависимостью от других ПАВ (преимущественно опийного ряда). Большая часть больных с «двойным диагнозом» (76,9%) кумулируется в специализированных соматопсихиатрическом и токсикологическом отделениях многопрофильного стационара. Причинами госпитализации являлись отравления в результате передозировки (50,0%), суициды (44,0%), экзоформные психозы и соматическая патология (14,0%).

В отделения реанимации и интенсивной терапии, травматологии и на ургентные хирургические койки поступает из приемного покоя и переводами из других отделений 23,1% от общего количества поступивших в стационар коморбидных пациентов.

Соматическая патология среди больных шизофренией, злоупотребляющих ПАВ, представлена различными расстройствами. Наиболее распространены отравления (29,3%), заболевания центральной и периферической нервной системы (26,7%), ожоги (22,3%), черепно-мозговые травмы (20,3%), инфекции (15,9%), в основном – социально значимые: гемоконтактные и туберкулез, с меньшей частотой встречались сердечно-сосудистые заболевания, диабет и патология желудочно-кишечного тракта.

Больные с расстройствами шизофренического спектра, зависимые от ПАВ чаще поступают в стационар без сознания, достоверно дольше находятся на лечении в стационаре по сравнению с больными шизофренией без сопутствующего наркологического расстройства (средний койко/день 12,1 против 7,2; $p<0,05$).

Обсуждение. Отмечается нехватка систематических исследований, направленных на изучение соматической патологии, сопровождающей шизофрению, ассоциированную с зависимостью от ПАВ (Dickey B. et al., 2002; Batki S. et al., 2009). Для пациентов с «двойным диагнозом» характерно «двойное пренебрежение» к имеющимся соматическим проблемам, как со стороны самих пациентов, так и со стороны медицинских специалистов (Batki S.L. et al., 2009). По данным зарубежных исследователей, наиболее частыми соматическими нарушениями у больных с «двойным диагнозом» являются некорригированная гипертензия, гастроэзофагеальный рефлюкс, обструктивные заболевания легких и дислипидемия (Chwastiak L. et al., 2006; Batki S.L. et al., 2009). Выявляемые нарушения обмена связаны, в том числе с перманентным приемом нейролептиков, преимущественно атипичных антипсихотиков. Высокая частота гипертензии коррелирует с широким распространением приема кокаина (до 30% больных шизофренией, по данным авторов, злоупотребляли этим наркотиком). Наше исследование показало совершенно иную картину. При поступлении в многопрофильный стационар больных шизофренией, злоупотребляющих ПАВ наиболее частой соматической патологией являются ургентные состояния: отравления, травмы, ожоги. В силу низкого комплайнса и асоциальности большинство коморбидных пациентов не принимали регулярно поддерживающую нейролептическую терапию, в связи с чем проблема ятрогенных нарушений обмена у этих больных не актуальна, также как и гипертензия, обусловленная интоксикацией кокаином. Прием кокаина является казуистикой, больные с расстройствами шизофренического спектра употребляют чаще всего алкоголь, каннабис и парентеральные препараты опийной группы, в связи с чем, помимо ургентной патологии, широко распространены гемоконтактные инфекции. Наличие у пациента, страдающего расстройствами шизофренического спектра химической аддикции повышает риск развития и ухудшает течение соматических расстройств.

ДИНАМИКА АДАПТАЦИОННОГО ОБРАЗА БОЛЕЗНИ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ В СТРУКТУРЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сулайманова М.Р.

Кыргызстан, Бишкек
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина

В многочисленных научных публикациях сообщается о сопряженности аффективных расстройств амбулаторного уровня и бронхолегочных заболеваний (БЛЗ), общая распространенность которых по данным различных исследователей колеблется в широких пределах: от 9 до 88% (Спринц А.М. с соавт., 2007; Ким А.С., 2007; Краснов В.Н. с соавт., 2008; Соложенкин В.В., 2011; Сулайманова М.Р., 2012; Abelson J.L. et al., 1996; Centanni S. et al., 2000; Donath F.et al., 2000; Homnick D.N. et al., 2000), причем большинство исследований проводятся преимущественно специалистами в области пульмонологии в рамках соматоцентрического направления (Батурин К.А. с соавт., 2001; Вишневская О.В., 2002; Овчаренко С.И. с соавт., 2002; Yellowiees P.M. et al., 2001; Homnick D.N. et al., 2000; Davies S. et al., 2001; Keeley D. et al., 2001; Wagena E.J. et al., 2001). Работ по изучению клинико-психологических особенностей адаптационного образа болезни (АОБ) в процессе течения БЛЗ нами не обнаружено. Таким образом, теоретической основой нашего исследования стала концепция личностно-средового взаимодействия (ЛСВ), разработанная профессором В.В. Соложенкиным (Соложенкин В.В., 1989), в рамках которой изучался АОБ – адаптационный

характер личностной реакции и формирование соответствующего стереотипа поведения пациентов с коморбидными состояниями в условиях хронического БЛЗ.

Цель исследования – изучение динамики блоков АОБ пациентов с коморбидными состояниями при заболеваниях бронхолегочной системы как фактора, способствующего хронизации и резистентности к терапии, для дальнейшей оптимизации дифференцированных подходов диагностики и лечения.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 250 пациентов общесоматической сети с коморбидными состояниями при ассоциированных тревожно-депрессивных и хронических соматических расстройствах в возрасте от 18 до 55 лет. В операциональных целях пациенты разделены на три группы респондентов, при этом идентифицированы блоки АОБ у 39 респондентов с БЛЗ (далее: «I-я группа») по сравнению с группами пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы («II-я группа») и желудочно-кишечного тракта («III-я группа»). Методы исследования: полуформализованное интервью; стандартизованные шкалы по определению уровня аффекта Спилбергера-Ханина, Цунга, Гамильтона; опросник АОБ, адаптированный для обследования пациентов с коморбидными состояниями при ассоциированных аффективных и соматических заболеваниях, состоящий из трех блоков: 1-й блок включал субъективное мнение о причине заболевания, направленность обвинительной позиции, маршрут пациента в начале заболевания; 2-й – жалобы первого и второго порядков, субъективный образ источника выздоровления и симптомы, от которых пациент хотел бы избавиться в первую и вторую очередь; 3-й – идентификацию образа специалиста, несущего выздоровление, социальные последствия и прогноз течения заболевания. Также проведен ретроспективный анализ продолжительности заболевания и частоты госпитализаций по данным амбулаторных карт и выписок из историй болезни. Данные подвергались обработке методом вариационной статистики с помощью компьютерных программных пакетов Statlab и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Изучение уровня аффекта у пациентов с коморбидными состояниями при БЛЗ в зависимости от продолжительности расстройства выявило рост уровня тревоги: ситуативной – от 51,4±1,8 (в период от 1 до 3 лет) до 56,79±2,6 (свыше 5 лет), личностной – от 53,09±2,6 (от 1-го до 3-х лет) до 53,71±2,01 (более 5 лет), превышающий показатели пациентов II-й и III-й групп (I-II, I-III: P<0,001); уровень депрессии повышался от 45,7±1,9 (от 1-го до 3-х лет) до 51,4±2,7 (свыше 5 лет), но был ниже уровня депрессии пациентов II и III групп (P<0,001). Частота госпитализаций пациентов с БЛЗ составляла от 1 до 3 раз в год. На фоне аффективных сдвигов в процессе течения расстройства наиболее динамичным оказался 1-й блок АОБ пациентов с коморбидными состояниями при БЛЗ, большинство из которых занимали экстернальную позицию, объясняя причину заболевания стрессами в 41,0% (P<0,01): с длительностью патологического процесса определялся рост экстрапунитивной позиции от 85,7% (в период от 1 до 3 лет) до 90,9% (от 5 лет и выше) и уменьшение инпунитивной позиции (от 14,3% до 9,1%; I-II, I-Ш:P<0,01, r=0,3) с трансформированием в общеобвинительную. Неспецифические психовегетативные проявления коморбидных состояний пациенты часто относили к области мистики – «сглаза», «околдования», влияния «албарсты» (с кыргызского языка переводится как «нечистая сила»), и обращение пациентов в 15,4% случаев к «молдо» (представителям духовенства), «коз ачык» (ясновидящим) отражает выраженность оккультно-бытовой картины мира пациентов в изучаемой группе. Исследование 2-го блока АОБ выявило реестр признаков, от которых пациенты хотели бы избавиться, в котором на первое место выходят неспецифические симптомы и проявления аффективных нарушений такие как: головные боли (20,5%), «ощущение «кома» в горле« (12,8%), «чувство нервозности и беспокойства» (12,6%), «чувство измененности окружающего« (10,3%), «ощущение затрудненного дыхания« (10,2%), «нарушенный ночной сон» (7,7%) (I-II, I-III: P<0,01, r=0,7). Результаты изучения оптимальной терапевтической модели отражают ориентированность пациентов на лечение в основном соматической болезни в 64,1% случаев (I-II, I-III: P<0,01), несмотря на преобладание неспецифической симптоматики. Несмотря на преобладание объяснений причины заболевания стрессами, выбора для терапии преимущественно неспецифических и аффективных признаков коморбидных состояний, в 3-м блоке большинство ответов отражало доминирование размытого соматоцентрированного образа болезни при сформированной оккультно-бытовой картине мира, обуславливая ориентированность на помощь интерниста в 84,6% случаев, а также народного целителя в 10,3% (I-II, I-III: P<0,001; r=0,8). Между продолжительностью, типом заболевания и направленностью обвинительной позиции выявлены сильные корреляционные связи (I-II: P<0,001, r=0,3; I-III: P<0,001, r= -0,2).

Таким образом, продолжительность коморбидного расстройства и его аффективная насыщенность являются взаимообусловливающими механизмами, влияющими на особенности АОБ пациентов с коморбидными состояниями в структуре БЛЗ и его клинико-психологические характеристики. АОБ является одним из инструментов, способствующих выделению наиболее выраженных клинико-психологических характеристик для каждой идентифицированной группы пациентов с коморбидными состояниями. АОБ отражает особенности преимущественно тревожного реагирования на хроническую патологию БЛЗ и является одним из факторов, включенных в формирование патологического круга феномена коморбидности, имеющего сложную структуру, и оказывающего прямое негативное влияние на течение БЛЗ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГИНГИВИТОМ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШАЛФЕЙНОГО ЭФИРНОГО МАСЛА

Тимофеев И.Ю., Бобрик Ю.В., Кулинченко А.В.

Симферополь
ГБУЗ РККПБ №1,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ГАОУ ВО Крымский федеральный университет

Несмотря на прогрессивное развитие медицинской науки и практики, заболеваемость хроническим гингивитом продолжает держаться на довольно высоком уровне не только в группе пациентов пожилого и зрелого возраста, но и отмечается тенденция к ее росту в молодом возрасте. Данные ВОЗ, касающиеся 35 стран, свидетельствуют об очень высокой распространенности заболеваний пародонта, так, например, среди лиц в возрасте 35-44 лет она составляет свыше 75%. В исследованиях ряда авторов было продемонстрировано, что течение заболеваний пародонта тесно взаимосвязано с психосоматическими расстройствами. Доказано влияние психологических факторов на тяжесть клинических проявлений патологического процесса в тканях пародонта.

Для лечения гингивита предложено много медикаментозных средств, которые не всегда эффективны и, кроме того, могут оказывать побочные неблагоприятные действия в виде аллергических реакций, угнетения кроветворения, нефро-, нейро- и гепатотоксичности, обусловленных биологическим действием антибиотиков и других лекарственных средств. Поэтому в последние годы в клинической медицине ведутся поиски новых медикаментозных препаратов и немедикаментозных

средств лечения и реабилитации, которые оказывают выраженный терапевтический эффект без побочных явлений – обладают бактерицидным и бактериостатическим действием, улучшают обмен веществ, стимулируют иммунологические защитные реакции и процессы регенерации. В значительной степени вышепредставленным требованиям отвечают переформированные природные факторы – эфирные масла (ЭМ).

Однако малоизученными остаются вопросы, касающиеся роли использования физиотерапевтических методов коррекции нарушений психосоматических расстройств у пациентов с хроническим гингивитом при комплексной терапии и реабилитации.

Цель исследования. Изучение эффективности использования эфирного масла шалфея в комбинации с ультрафиолетовым облучением (УФО) для коррекции нарушений психоэмоционального состояния, когнитивных функций пациентов с хроническим гингивитом при комплексной терапии и реабилитации.

Материалы и методы. Обследовано 40 человек, которые подверглись клиническому, и нейропсихологическому обследованию. Возраст обследуемых был 20-44 лет. 40 пациентов страдали хроническим катаральным генерализованным гингивитом легкой и средней степени тяжести. Все больные разделены на две группы. Первую группу составили 20 человек, которые получали стандартное лечение согласно канонам лечения хронического катарального гингивита – контрольная группа. Вторую группу составили 20 человек, которые получали наряду с базисной терапией и лечение с применением шалфейного эфирного масла и УФО – основная группа

Обследуемым пациентам до и после восстановительной терапии проводилось нейропсихологическое тестирование: для оценки когнитивных функций – корректурная проба (тест Бурдона); для определения уровня личностной и реактивной тревоги – методика Спилберга-Ханина. Результаты исследования подвергли математическому анализу с использованием методов вариационной статистики. Достоверность определяли по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. После проведенной восстановительной терапии уровень реактивной тревоги достоверно снизился как в основной, так и в контрольной группах, соответственно на 13,3% ($p<0,05$) и на 9,5% ($p<0,05$). При этом в основной группе после лечения реактивная тревога уменьшилась на 28,1% ($p<0,05$) более выражено, чем в контрольной группе в сравнении с показателями до начала восстановительной терапии. Уровень личностной тревоги существенно не изменился под влиянием реабилитационного лечения в сопоставлении с показателями до начала восстановительной терапии как в основной, так и в контрольной группах. В основной и в контрольной группах отмечалась положительная динамика исследуемых показателей, но только в основной группе эти изменения были достоверными: умственной работоспособности (объем внимания) на 16,2% ($p<0,05$); концентрации на 11,4% ($p<0,05$) и устойчивости внимания (индекса безошибочности) на 25,5% ($p<0,001$). Проведенный сравнительный статистический анализ результатов реабилитационного лечения выявил: у пациентов основной группы достоверно более выраженное повышение уровня умственной работоспособности (объем внимания) в 4,7 раз ($p<0,01$), концентрации в 4 раза ($p<0,01$) и устойчивости внимания в 4,1 раз ($p<0,01$), чем у больных в контрольной группе.

Выводы. На основании полученных результатов можно сделать вывод, что использование эфирного масла шалфея в комбинации с ультрафиолетовым облучением, существенным образом повышает эффективность восстановительного лечения хронического гингивита и приводит к достоверно более выраженному уменьшению уровня тревожности и улучшение когнитивных функций у больных хроническим гингивитом.

МОНИТОРИНГ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ С ОПАСНЫМИ ТОКСИЧНЫМИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ КАК ОСНОВА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФИНТОКСИКАЦИЙ

Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В., Рембовский В.Р.

Санкт-Петербург
ФГУП НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека ФМБА России

Исследование влияния химических факторов на здоровье людей относится к наиболее сложным проблемам современной медицины, имеющих как научно-теоретическое, так и практическое значение. Воздействие химических соединений на человека определяется их структурой, физическими и химическими свойствами, особенностями механизма действия, путей поступления в организм и превращениями в нем, а также концентрацией и длительностью воздействия. В настоящее время человека окружает около 10 млн. наименований химических соединений – ксенобиотиков, представляющих потенциальную опасность для здоровья. Более 60 тыс. химических соединений используется непосредственно в быту в виде пищевых добавок (более 6 тыс. наименований), лекарственных средств (более 4 тыс. наименований), пестицидов (более 1,5 тыс. наименований), а также препаратов бытовой химии, косметических средств и т.д.

По данным ВОЗ сохраняется стойкая тенденция к увеличению острых отравлений среди населения. При острых отравлениях летальность составляет 2-3%, но в связи с большим числом умерших на догоспитальном этапе (при отравлении алкоголем, например – до 80%). Необходимо отметить высокую смертность, значительно превышающую летальность при инфекционных заболеваниях, включая туберкулез, а также при автокатастрофах, например – до 35 тыс. ежегодно. При работе с опасными токсичными химическими веществами (ОТХВ) существует риск интоксикаций, что обуславливает необходимость мониторинга психического состояния, являющегося маркером интоксикации вследствие наибольшей чувствительности ЦНС к токсическому химическому фактору. Острые и хронические интоксикации (отравления) рассматриваются как особый вид заболеваний, причиной которых являются химические соединения (В.Л. Филиппов, Ю.В. Филиппова, 2002).

По материалам доклада МОТ к Всемирному дню охраны труда 28.04.2013 г. «Профилактика профессиональных заболеваний» ежегодно от связанных с работой несчастных случаев и заболеваний гибнет 2,34 млн. человек, из них: около 2,02 млн. (86%) умирает от различных профессиональных заболеваний. Число случаев профессиональных заболеваний, не приводящих к смертельному исходу, составляет 160 млн. в год. Из-за несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний ежегодно теряется 4% глобального ВВП.

Цель исследования. Обоснование мониторинга психического здоровья у лиц, работающих с ОТХВ, как основы ранней диагностики и профилактики профинтоксикаций.

Материал и методы. Проведено сплошное клинико-эпидемиологическое исследование психического здоровья у лиц, работающих с ОТХВ. Использованы клинико-психопатологический, и математико-статистический методы. Среди обследованного контингента отсутствовали лица с эндогенной психической патологией. Исследованные группы были стандартизированы.

Результаты и их обсуждение. Развитие пограничных психических расстройств (ППР) у лиц, работающих с ОТХВ, являются моделью экзогенно-органического поражения ЦНС. Формирующаяся модель поражения имеет динамические ха-

рактеристики, движущиеся от нормы к предболезненным ППР; далее к нозологически очерченной патологии, когда еще сохранность функций достаточно высокая, и, наконец, к изменениям нервно-психической сферы, проявляющихся в виде неврозоподобных и психоорганических расстройств различной степени выраженности.

Распространенность ППР у мужчин, работающих с ОТХВ в наиболее вредных условиях (I и II группы вредности), была практически одинаковой, но была выше в сравнении с III группой (менее вредные условия труда) в 4,5 и 4,2 раза, соответственно ($p<0,001$). Среди женщин показатель распространенности ППР в I группе был такой же, как и у мужчин I группы, а показатели распространенности у женщин, отнесенных к II и III группам, были практически равными между собой и уступали таковой лицам I группы в 2,4 и 3,1 раза ($p<0,001$).

Анализ отношения реализованных рисков развития ППР у работающих с ОТХВ показал, что имеются принципиальные различия в зависимости от степени контакта с профессиональными вредностями и стажа контакта. В связи с этим, для оценки уровней распространенности ППР среди изучаемых групп использована методика объединенного риска (Robins L.N., 1978, 1986). По этой методике определяется отношение рисков развития ППР в сопоставляемых выборках на основе отношений рисков в каждой возрастно-половой группе (страте). Прежде всего, оцениваются относительные риски изучаемого заболевания в одной выборке по отношению к другой в каждой страте.

Структура ППР у мужчин и женщин, работающих в различных условиях профессиональной вредности, имеет выраженные различия ($p<0,001$).

Выводы. В представленных научных данных показана необходимость мониторинга состояния психического здоровья у лиц, работающих на предприятиях спецхимии. ППР чаще встречались среди лиц, отнесенных к первой (с наиболее вредными условиями труда) и второй группам вредности, а затем к третьей ($p<0,001$, $p<0,01$, $p<0,05$ соответственно). Распространенность ППР среди работающих имела четкую тенденцию к росту в зависимости от степени контакта с ОТХВ. Среди представителей стажевой группы от 10 лет и более было больше лиц с ППР, чем здоровых ($p<0,001$). В результате исследование распространенности и структуры ППР среди лиц, работающих с ОТХВ, выявлены клинические особенности патологии экзогенного происхождения. Чаще всего встречались астено-депрессивный и тревожно-депрессивный синдромы. Установлены закономерности токсического поражения ЦНС, особенности изменений нервно-психической сферы у лиц, длительно работающих с ОТХВ. Доказано влияние стажа контакта и степени вредности на состояние психического здоровья.

Таким образом, для ранней диагностики хронической профинтоксикации у лиц, работающих с ОТХВ, проявляющейся психической и физической астенией, эмоциональными и вегетативно-висцеральными расстройствами, необходимо внедрение мониторинга психического здоровья. Состояние психического здоровья у лиц, работающих с ОТХВ, служит маркером интоксикации.

ДИНАМИКА ПРОТЕКТИВНЫХ СТРУКТУР И АДАПТАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Харина Е.А., Антохин Е.Ю.

Оренбург
Оренбургский ГМУ,
ГБУЗ Оренбургская областная КПБ №1

По прогнозам различных исследований в ближайшие десятилетия проблема депрессивных расстройств в ряду остальных заболеваний, приводящих к трудовой дезадаптации, выйдет на первое место. Имеет место и отчетливый рост числа пациентов с нарушением пищевого поведения (НПП) с избыточной массой тела, сочетающегося с аффективными нарушениями (Дробижев М.Ю., 2010; Егоров А.Ю., 2014). Такой прирост составляет 10% от прежнего количества за каждые 10 лет. Подсчитано, что если данная тенденция сохранится, то к середине следующего столетия практически все население экономически развитых стран будет болеть ожирением (Раков А.Л., 2009; Kisler I.A. et al., 2009).

В ходе наших предыдущих исследований был сделан вывод о большей деструктивности адаптационного потенциала личности больных эндогенной депрессией (ЭД) с НПП в отличие от больных ЭД без нарушения пищевого поведения (Антохин Е.Ю. с соавт., 2008, 2014; Харина Е.А. с соавт. 2015) Также нами были сделаны предположения об эффективности включения в комплексную терапию больных с НПП психотерапевтических мероприятий, направленных на проработку ситуаций, связанных с потреблением пищи и осознанием причинной зависимости «стресс-заедание» (Антохин Е.Ю. с соавт., 2008; Antokhin E.Yu. et al., 2009).

Цель исследования: изучение динамики протективных структур и адаптационных возможностей личности у больных ЭД с НПП при комплексной терапии.

Обследовано 40 больных с текущим депрессивным эпизодом легкой, средней и тяжелой степени без психотических симптомов в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (F 33.0, F 33.1, F 33.2) и биполярного аффективного расстройства (F 31.3, F 31.4), индекс массы тела которых составил больше 25 (избыточный вес – НПП), проходивших стационарное лечение в отделении неврозов и психотерапии ООКПБ №1 (главный врач Шлафер М.И.). Далее выборка больных ЭД была разделена на две группы. Основную группу (ОГ) составили 20 человек в возрасте от 25 до 48 лет (средний 33,08±7,34 лет), проходившие комплексную терапию, включающую психофармакотерапию и психотерапию (групповые занятия в рамках когнитивной психотерапии, индивидуальные консультации лечащего врача и клинического психолога). В группу сравнения (ГС) были включены 20 человек в возрасте от 28 до 53 лет (средний 31,15±8,49 лет), получавшие преимущественно медикаментозное лечение, а также еженедельную психотерапевтическую беседу с лечащим врачом без четкой структурированности. Методы: клинико-анамнестический, экспериментально-психологический (многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность»; изучение копинг-стратегий опросником SVF; голландский опросник пищевого поведения (DEBQ); клинико-психопатологический с использованием опросника SCL-90R), статистический метод (методы описательной статистики, U-критерий Манна-Уитни).

В ходе анализа данных статистически достоверных различий по уровню психопатологической симптоматики и КС у больных с ЭД обеих групп при поступлении в стационар не выявляется, что свидетельствует о сопоставимости выборок на начальном этапе исследования. Показатели неадаптивных КС

преобладают над показателями адаптивных КС, что свидетельствует о дезадаптивности структуры психологической адаптации больных ЭД. Кроме того, в обеих группах имеет место снижение уровня адаптационных возможностей без статистически значимых различий. При исследовании НПП до лечения достоверных различий между двумя группами также выявлено не было.

В результате лечения в обеих группах произошло статистически достоверное снижение выраженности клинической симптоматики ($p<0,05$). В ОГ – снижение соматизации (с 1,73 до 0,88), депрессивности (с 1,79 до 0,98), межличностной сензитивности (1,74 до 1,14), тревожности (с 1,75 до 0,03), враждебности (с 1,09 до 0,6), паранойяльности (с 1,16 до 0,7), психотизма (с 1,06 до 0,39). В ГС достоверно снижение только по шкалам соматизации (с 1,79 до 1,24) и депрессии (с 1,84 до 1,17).

В структуре копинг-поведения в обеих группах отмечена положительная динамика с укреплением позиций конструктивных модальностей и снижением частоты использования неконструктивных способов совладания, что особенно выражено в ОГ. В обеих группах выявлен рост показателей адаптивных КС: «попытка контролировать ситуацию», «подбадривание себя», «попытки умерить свои реакции». В ОГ наблюдается снижение показателей неадаптивных КС «тенденция бегства», «тенденция избегания», «социальная инкапсуляция», «сострадание к себе», «отчаяние», «самообвинение». У пациентов ГС имеет место достоверное снижение «самообвинения», а также повышение показателей относительно-адаптивной КС «заместительное удовольствие». По копингу «обращение к лекарствам» в ОГ наблюдается снижение, напротив пациенты ГС обнаруживают повышение по данной стратегии.

В результате лечения произошло повышение уровня адаптационных возможностей пациентов обеих исследуемых групп. Тем не менее по шкале «поведенческая регуляция» у пациентов ГС наблюдается меньшая положительную динамику в отличие от ОГ, достигая статистических различий (32,3+9,37; $p<0,05$). Это свидетельствует о том, что у больных, прошедших комплексную терапию (основная группа) в большей степени снизилась склонность к нервно-психическим срывам, возросла адекватность самооценки и адекватность восприятия действительности. В группе комплексной терапии отмечается снижение по шкалам «моральная гипернормативность», «коммуникативный потенциал» «астенические реакции и состояния». Параметр «астенические реакции и состояния» отражает уровень ситуационной тревожности, расстройства сна, истощаемость, слабость, резкое снижение способности к продолжительному физическому или умственному напряжению. Шкала «коммуникативный потенциал» показывает уровень коммуникативных способностей, затруднение в построении контактов с окружающими, проявление агрессивности, которая в данном случае связывается с низким уровнем социализации, неадекватной оценкой своего места и роли в коллективе.

При анализе полученных данных в обеих группах выявлена положительная динамика показателей НПП без статистически значимых различий, тем не менее, имеет место более выраженная тенденция к улучшению показателей по параметрам «эмоциогенное пищевое поведение» и «экстернальное пищевое поведение». Соответственно, больные, прошедшие комплексную терапию, испытывают несколько меньшие трудности в сфере самоконтроля, обладают лучшей способностью к различению чувства голода и состояния тревоги.

Комплексная модель терапии, включающая сочетание психофармакотерапии и когнитивную психотерапию, продемонстрировала большую эффективность в сравнении с лечением с преимущественным использованием психотропных препаратов. Предложенная модель позволяет не только улучшить клиническое состояние пациента, но и повысить адаптивную направленность свойств личности. В ОГ наблюдается позитивная динамика протективных структур и адаптационных возможностей личности: снизились показатели неадаптивных КС, повысился адаптационный личностный потенциал, уменьшилась выраженность всех параметров НПП. В ГС наблюдается не только слабая позитивная, но и по ряду показателей отрицательная динамика: повысились показатели относительно-адаптивных КС, адаптивные КС остаются относительно постоянными, без значимых изменений, также как в большинстве неадаптивные КС. Кроме того, в ГС менее выражена положительная динамика в структуре адаптивности личности и НПП.

Опираясь на полученные результаты, можно рекомендовать комплексную терапию при лечении больных эндогенной депрессией в нарушениями пищевого поведения. В этой группе пациентов следует увеличить продолжительность занятий когнитивной терапии, направленной на формирование адаптивного поведения – обучение выявлению автоматических мыслей и работы с ними, стратегиям решения межличностных проблем, отработка навыков социального поведения с последующей проработкой глубинных убеждений личности.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН

Чайкина А.Е., Ульянов И.Г.

Владивосток
Тихоокеанский ГМУ

В современных исследованиях психического здоровья населения особое место занимает вопрос изучения психического здоровья беременных женщин, которое оказывает значительное влияние как на течение гестации, так и на физическое и психическое здоровье новорожденного (Малыгина Г.Б., 2003; Захаров Р.И., Ефанова Т.С., 2011; Васильева В.В., Авруцкая В.В., 2008). Тяжесть течения патологии репродуктивной системы во многом определяется психическим состоянием пациентки до наступления беременности. Женщины, как никогда прежде, активно участвуют во всех сферах деятельности современного общества, испытывая огромный прессинг экономических, политических, общественных, семейных проблем, экологических влияний. У женщин с нормально протекающей беременностью состояние психоэмоционального напряжения с наличием тревожности различного уровня отмечается у 40% (Александровский Ю.А., 2004). Тревожные расстройства по МКБ-10 регистрируются в 9% случаев беременности (Балашов П.П., 2011). Однако, врачи – гинекологи уделяют недостаточное внимание диагностике и терапии психической патологии у обратившихся за их помощью женщин (Корнетов Н.А., 2003; Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С., 2011). Низкий уровень медицинской грамотности, особенно в области психического здоровья, приводит к тому, что самостоятельно женщины не обращаются за специализированной помощью. Для изучения внутренней картины проблемы была создана скрининг – анкета (Чайкина А.Е., Ульянов И.Г.). Для нас важно субъективное «видение« женщины: что мешает им психологически получить долгожданную беременность. Проводя такую работу, мы понимали, что это субъективный срез человека, находящегося внутри психологической проблемы и имеющего нередко невротические расстройства, и он в ряде случаев существенно отличается от реальной картины.

Целью исследования явилось изучение субъективной оценки влияния тревожных расстройств на репродуктивную функцию женщин.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись 820 гинекологически здоровых женщин, проходящих обследование у гинеколога перед планированием беременности в период с

2009 г. по 2013 г. в Женской консультации КГБУЗ «Владивостокская поликлиника №4«, МЦ «Парацельс«, МПЦ «Счастливая семья«, ГАУЗ «Краевой клинический центр охраны материнства и детства«. Исследование проводилось с помощью разработанной нами скрининг – анкеты «Субъективное отношение к предстоящей беременности« (Чайкина А.Е., Ульянов И.Г.), для выявления невротических расстройств использовались диагностические шкалы: тест диагностики реактивной и личностной тревожности (Спилбергера Ч.Д., Ханиной Ю.Л., 1972) и клинический опросник для выявления оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1998), для контроля проводимой психотерапии – шкала оценки эффективности терапии пациентов с пограничными состояниями (Семке В.Я.,1981).

Результаты и обсуждение. Результаты обследования по скрининговой анкете показали, что наибольшую возрастную группу составляли женщины 24 -34 лет, что составляло 80,49%. Имели высшее образование – 58,05%, работали – 58,91%, не работали (и не учились) – 41,09%. Наемные работники – 50,98%, имели собственный бизнес – 5,98%, были руководителями – 1,95%. Материальное положение оценили как отличное и хорошее – 40,24%, среднее – 6,95%, низкое и нестабильное – 10%. Жилищные условия: отличные и хорошие у 52,07%, недостаточные для увеличения семьи у 47,93%. Семейное положение: состояли в браке (в том числе гражданском) – 79,15%, разведены – 13,78%, в браке не состояли – 7,07%. Среди тех, кто состоял в браке: первый брак был у 26,95%, второй – у 34,04%, третий – у 31,95%. Продолжительность брака до 5 лет – 52,32%, до 10 лет- 28,78%, 15 лет и более – 10,01%. Отношения в семье характеризовали как хорошие – 43,05%, нестабильные и конфликтные – 36,1%. Детей в браке не было у 79%, у 13% дети были от первого брака, у 9% от предыдущих. Основные причины, не позволяющие планировать беременность в данный момент, анкетируемые определили как опасения по поводу течения беременности, наличие стрессовых ситуаций на работе и в семье, потеря прежнего образа жизни (социального статуса, карьеры), низкий уровень материального обеспечения, недостаточные жилищные условия, потеря прежней привлекательности. Анализ клинического обследования и результатов анкетирования позволил выделить группу здоровых -30,1% 247 женщин, группу с преневротическими расстройствами (ПАС, ПДАС) 46,6% – 382 женщины и группу с невротическими расстройствами 23,3% – 191 женщина. В течении года беременность наступила у 91,5% здоровых женщин, в 57,35% случаев при ПАС без психотерапевтической коррекции и в 92,77% на фоне применения методов психотерапии (пролонгированная гипносуггестивная психотерапия по профессору Яцкову Л.П., личностно-ориентированная психотерапия по профессору КарвасарскомуБ.Д.), соответсвенно при ПДАС – 39,02% без коррекции и 75,7% на фоне лечения; в группе с невротическими расстройствами: невротические реакции соответственно – 29,41% и 64,56%; невротические состояния соответственно – 11,11% и 53,06%; при невротическом развитии беременность не наступила ни в контрольной группе, ни на фоне лечения. При обследовании женщин, незабеременевших через год, выявлено нарастание тревожности в связи с несостоявшейся беременностью и изменение указанных в анкете причин, не позволяющих в данный момент планировать беременность больше материального характера: низкий уровень материального обеспечения, неблагополучные жилищные условия, карьерный рост, а также незарегистрированные брачные отношения, нежелание мужа иметь детей. Субъективно эти женщины фиксируются на бытовых сложностях,оправдывая отсутствие беременности, и отрицают проблемы в психической сфере.

Выводы. Таким образом, в результате исследования установлено, что высокий уровень тревожности ведет к снижению репродуктивной функции женщин. А фрустрация в репродуктивной сфере вторично повышает уровень тревоги у этих женщин (что самими женщинами не осознается) и способствует развитию порочного психологического круга, в результате чего возможность забеременеть снижается еще больше, и это требует разработки алгоритма, направленного на выявление и лечение тревожных расстройств у женщин с целью повышения их репродуктивной функции.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА (БВК)

Черешнева О.С., Кинкулькина М.А., Волков А.В.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Болезнь Вильсона-Коновалова (БВК) (гепатоцеребральная дистрофия, гепатолентикулярная дегенерация, псевдосклероз Вестфаля) – генетически обусловленное нарушение метаболизма меди в печени, ведущее к снижению ее экскреции в желчь и избыточному накоплению в головном мозге, печени, почках, глазах и других органах-мишенях, приводя к их повреждению. Основные проявления определяются сочетанием цирроза печени и распространенных дегенеративных изменений в головном мозге, в первую очередь в чечевичных ядрах. Что в свою очередь приводит к полиморфной соматической, неврологической и психической симптоматике. БВК наследуется по аутосомно-рецессивному механизму и встречается повсеместно. Распространенность БВК невелика, по данным различных авторов, она колеблется от 0,5 до 2,9 на 100 000 человек в зависимости от этнической сообщности. В регионах, где распространены близкородственные браки, частота заболевания возрастает. В отличии от многих других наследственных заболеваний при БВК целенаправленное лечение приводит к полному регрессу основных клинических проявлений со стороны пораженных органов, даже на далеко зашедшей стадии болезни. Однако затруднять реализацию лечения могут не только серьезные побочные эффекты препаратов, но и возникающие в ходе заболевания психические расстройства. Последние существенно ухудшают качество жизни больных, заметно снижают комплаенс. Следовательно, их купирование является важным не только само по себе, но и способствует реализации лечения в полном объеме, т.е. влияет на результаты проводимой терапии. Все это диктует необходимость теоретического и практического изучения психических расстройств у пациентов с БВК. Однако изучению данных расстройств в отечественной литературе в последнее время не уделялось специального внимания. Сведения о частоте психических нарушений противоречивы: Н.В. Коновалов (1948) и H. Stutte (1960) считают, что они наблюдаются практически во всех случаях. W. Runge (1928) подчеркивал, что у некоторых больных они могут отсутствовать. По мнению T. Benhamla и соавт. психические нарушения могут быть первой манифестацией заболевания у 10% пациентов с БВК. Таки образом, в настоящее время нет точных данных о частоте развития психических расстройств у пациентов с БВК, их типологической дифференциации, не разработаны единые принципы лечения психических расстройств, возникающих при данном заболевании. Этим определяется высокая актуальность настоящего исследования.

Цель. Комплексное клинико-психопатологическое изучение аффективных расстройств у больных страдающих БВК.

Материалы и методы. Клинико-психопатогический метод дополнялся психометрической оценкой с помощью: шкалы оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), шкалы самооценки депрессии Бека, шкалы тревоги Кови, шкалы мании Янга, а также шкалы оценки когнитивных функций (Mini-Mental State Examination – MMSE)

Обследовано 44 больных в возрасте от 18 до 68 лет, 32 женщины и 12 мужчин, проходивших лечение в отделении гепатологии клиники нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний им. Е.М. Тареева УКБ №3 ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова. В исследование были включены больные страдающие болезнью Вильсона-Коновалова с аффективной патологией. Больные шизофренией, шизоаффективным психозом, болезнями зависимости, грубым органическим поражением ЦНС, с тяжелой сочетанной соматической патологией в исследования не включались.

Результаты. Из 44 обследованных больных, аффективная патология была выявлена у 26 пациентов (60%). У 23 больных (88%) клиническая картина аффективных расстройств больных БВК представлена атипичной депрессивной симптоматикой невротического уровня легкой и умеренной степени, в виде подавлено-раздражительного настроения с отдельными, нерезко выраженными ипохондрическими симптомами. Раздражительность носила эпизодический характер, как правило, возникала в ситуациях нарушающих привычный стереотип жизни этих пациентов. Ипохондрическая симптоматика выражалась опасениями больных за дальнейшее развитие и течение основного заболевания – БВК. У 3-х обследованных больных (12%) аффективные расстройства характеризовались атипичной гипоманиакальной симптоматикой невротического уровня в виде энергичности, деятельности, повышенного настроения с сохранением продуктивности и привычного уклада жизни больных. Симптоматика повышенного настроения сопровождалась нерезко выраженными симптомами анозогнозии, чередующихся, при ухудшении течения основного заболевания, симптомами астенического круга с дисфорическим оттенком. Анозогнозия носила незавершенный характер, при заниженной оценки тяжести своего заболевания больные эпизодически нарушали прием терапии, незначительное ухудшение в соматическом состоянии сопровождалось возобновлением больными регулярного приема терапии. Синдромально клиническая картина была представлена гипоманиакальным синдромокомплексом с симптомами анозогнозии или астенической симптоматикой.

Выводы. У 60% больных БВК выявлены аффективные расстройства. Аффективная патология была представлена двумя основными аффективными синдромокомплексами, в первом случае депрессивным, во втором гипоманиакальным. В обоих случаях аффективные расстройства носят невротический уровень. Депрессивной симптоматике характерна атипичность: подавленность с эпизодами раздражительности. Ипохондрическая симптоматика представлена стойкими опасениями больных за дальнейшее развитие и течение болезни. Гипоманиакальная симптоматика сопровождалась анозогнозией и симптомами астенического круга с дисфорическим оттенком.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шаманова Н.В., Карпюк Ю.В.

Иркутск
ОГКУЗ Иркутская ОПБ№2

Наибольший уровень заболеваемости туберкулезом и смертности от него отмечается у социально дезадаптированных групп населения, в том числе имеющих психические расстройства, что связывают с наличием у данного контингента иммуносупрессии, авитаминозов, различных фоновых заболеваний и неадекватного отношения к лечению. При сочетании туберкулеза и психической патологии происходит взаимное утяжеление течения этих заболеваний и их исходов: с одной стороны возникновение хронических, распространенных форм туберкулеза, с другой – более тяжелое течение психического заболевания. Сочетание туберкулеза и психического расстройства повышает угрозу распространения возбудителя туберкулезной инфекции, так как психические больные не могут в полной мере соблюдать лечебно-охранительный режим и санитарно-гигиенические нормы поведения, а так же адекватно выполнять врачебные рекомендации при амбулаторном лечении.

Цель исследования: уточнение факторов риска развития и неблагоприятного течения туберкулеза легких у больных шизофренией.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Иркутской областной психиатрической больницы №2 (с. Сосновый бор, Иркутский район), Иркутской областной клинической противотуберкулезной больницы. Диагностика шизофрении и туберкулеза легких осуществлялась в соответствие с критериями МКБ-10.

Для установления факторов риска развития и неблагоприятного течения туберкулеза легких проведено сравнительное исследование основной группы и двух сравнения: основная группа – пациенты с шизофренией и выявленным туберкулезом легких (n=112); группы сравнения – с туберкулезом легких без сопутствующей психической патологии (n=109) и с шизофренией без сопутствующего туберкулеза (n=100).

Статистическая обработка материала проводилась с помощью расчета Т-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. В группе больных шизофренией с сопутствующим туберкулезом легких мужчины в возрасте 35-44 года встречались значимо чаще ($p<0,05$) относительно групп сравнения (30,1% против 19,6% и 20,0% соответственно). Удельный вес женщин старше 55 лет был значимо выше ($p<0,05$) в основной группе по сравнению с мужчинами (36,8% и 10,7% соответственно), а так же по сравнению с женщинами из двух групп сравнения (36,8% против 7,32% и 13,0% соответственно).

Длительность течения психического заболевания у больных с шизофренией и сопутствующим туберкулезом была прямо пропорциональна частоте развития туберкулеза легких у данных пациентов. Среди основной группы число пациентов с давностью психического заболевания более 10 лет значимо превышало число пациентов с давностью шизофрении менее 10 лет (82,1% и 17,9% соответственно).

В большинстве случаев туберкулез легких у больных шизофренией был выявлен в психиатрическом стационаре, при этом 64 (57,2%) пациента с шизофренией до выявления у них туберкулеза легких более года непрерывно находились на лечении в психиатрических стационарах, из них у 35 (54,7%) – туберкулез был выявлен впервые; у 29 (45,3%) – наблюдался рецидив.

Количество пациентов с длительностью непрерывного лечения в психиатрическом стационаре более 1 года у пациентов с шизофренией и туберкулезом легких было меньше, чем среди пациентов с шизофренией без туберкулеза (57,2% и 88% соответственно). Однако обострение психотической симптоматики в период выявления туберкулеза легких у пациентов основной группы наблюдалось более чем в половине случаев – 62 (55,4%), что значимо больше ($p<0,01$) числа периодических обострений психотической симптоматики у пациентов с шизофренией без туберкулеза – 23 (23,0%). Таким образом, риск развития туберкулеза у больных шизофренией зависит не от длительности непрерывного лечения в психиатрическом стационаре, а от условий нахождения и частоты обострений шизофрении.

У пациентов с шизофренией и сопутствующим туберкулезом легких, пациентов с шизофренией без туберкулеза значительно реже ($p<0,01$) был установлен контакт с больным туберкулезом по сравнению с группой пациентов с туберкулезом без психической патологии (9,0%, 1,0% против 31,2%). Несмотря на то, что у пациентов с шизофренией и сопутствующим туберкулезом наличие контакта (бытового, семейного) было выявлено в небольшом проценте случаев, этот показатель

значимо превышал число контактов у пациентов с шизофренией без сопутствующего туберкулеза. Небольшой процент достоверно установленного контакта у больных шизофренией и сопутствующим туберкулезом легких можно объяснить трудностью сбора анамнеза у данной группы пациентов.

Среди пациентов с шизофренией и туберкулезом легких выявлено значимо большее число ($p<0,05$) больных, находившихся в местах лишения свободы, по сравнению с пациентами с шизофренией без сопутствующего туберкулеза (22,3% и 12,0% соответственно).

Выводы. К факторам риска развития туберкулеза легких у больных шизофренией можно отнести: возраст для мужчин 35-44 лет; возраст для женщин 55 лет и старше; длительность течения шизофрении 10 и более лет; длительное нахождение в психиатрическом стационаре в условиях высокой скученности больных; обострения психотической симптоматики; нахождение в местах заключения в анамнезе.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ, ИХ СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Шереметьева И.И., Картавых К.В.

Барнаул
АГМУ

Цель исследования: в настоящее время увеличилось число больных гемофилией, сопровождающейся психическими расстройствами. К факторам способствующим развитию психических расстройств у больных гемофилией можно отнести: раннюю инвалидизацию, ограничение двигательной активности, гиперопека родителей. Больному гемофилией предоставляется минимум самостоятельности. Родители стремятся окружать ребенка повышенным вниманием, защищать даже при отсутствии реальной опасности, постоянно удерживать около себя, «привязывать» к своему настроению и чувствам, обязывать их поступать определенным, наиболее безопасным для родителей способом. При этом ребенок избавлен от необходимости разрешения проблемных ситуаций, поскольку решения либо предлагаются ему готовыми, либо достигаются без его участия. В результате, ребенок лишается возможности не только самостоятельно преодолевать трудности, но даже их трезво оценить. Он теряет способность к мобилизации своей энергии в трудных ситуациях, он ждет помощи от взрослых, прежде всего от родителей; развивается так называемая выученная беспомощность – условно-рефлекторная реакция на любое препятствие как на непреодолимое.

Отсутствие полноценного общения со сверстниками (детям с гемофилией приходится ограничиваться в физических играх, так как существует постоянная угроза кровотечений при ничтожных травмах, ранняя инвалидизация), частые и длительные госпитализации отрывают ребенка от обучения в школе, создавая дополнительные трудности, а необходимость лечения в специализированных клиниках вдали от дома резко изменяет условия жизни больного: отрыв от семьи, явление госпитализма, отрицательные психогенные факторы, связанные с продолжительным лечением. (Багаев В.И.,1991).

Все эти факторы могут вести к нарушению социальной адаптации.

Исходя из понятия, гемофилия – наследственное заболевание, связанное с нарушением коагуляции; при этом заболевании возникают кровоизлияния в суставы, мышцы и внутренние органы, как спонтанные, так и в результате травмы или хирургического вмешательства. При гемофилии резко возрастает опасность гибели пациента от кровоизлияния в мозг и другие жизненно важные органы, даже при незначительной травме. Больные с тяжелой формой гемофилии подвергаются инвалидизации вследствие частых кровоизлияний в суставы и мышечные ткани. Гемофилия относится к геморрагическим диатезам, обусловленным нарушением плазменного звена гемостаза (коагулопатия). Актуальность данной темы так же связана с недостаточной освещенностью данного вопроса в современной медицинской литературе.

Материалы и методы. На базе поликлинического отделения КГБУЗ Алтайской краевой клинической больницы, с участием сотрудников кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО АГМУ, проводится обследование больных гемофилией с целью установления клинико-динамических особенностей течения заболевания в зависимости от наличия психических расстройств. Во время обследования ведется осмотр пациента и наблюдение, заполнение карты обследования. Исследование пациентов было дополнено психологическими тестовыми методиками: оценка состояния тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Все обследуемые являлись жителями Алтайского края и других регионов России, находящимися на «домашнем» лечении – трансфузионно-заместительной терапией концентратами факторов свертывания. При клиническом осмотре пациенты предъявляли жалобы на выраженные ограничения двигательной активности, боли в суставах, слабость, усталость, легко возникающую раздражительность, быструю утомляемость при нагрузке, нарушения сна, головные боли, головокружение, неудовлетворенность собой, чувство тревоги и страха за свой социальный статус, приступы потери сознания, злоупотребление спиртными напитками.

Количество обследованных больных с разными видами патологии: общее количество больных гемофилией–47. Гемофилия А: 37 человек. Гемофилия В: 10 человек. Из общего числа больных гемофилией с диагнозом: экзогенно- -органическое заболевание головного мозга, психоорганический синдром выявлено 16 человек. Один случай шизофрении и олигофрении. 4 случая эпилептических пароксизмов. 4 случая психопатии. 32 случая ситуационной депрессии. Обследуемые дети активно жалоб не предъявляли. Со слов родителей превалирует в клинической картине психопатические черты характера. Из объективных данных отчетливо выделялась гиперопека ребенка со стороны матери. Состояние гиперопеки усиливалось вместе с развитием ребенка. Мать больного гемофилией боялась его первых шагов, а затем падений и ударов. Во время взросления оберегала от многих видов спорта, различных хобби, которые сопровождались повышенным травматизмом. В подростковом возрасте ребенок становился не контролируемым, попадал в асоциальные компании, наносил себе татуировки, встречались случаи занятия экстремальными видами спорта (прыжки с парашютом, мотоспорт). В семейном анамнезе ребенок воспитывается одним из родителей (в основном это мама или бабушка больного гемофилией). Личностные характеристики матери: выраженные тревожно-мнительные черты, неустойчивая личность.

Был проведен анализ социального статуса и трудовой адаптации больных гемофилией: к квалифицированному труду подготовлены 58,6%, обучаются в средних и высших учебных заведениях – 26,8%, не имеют работы по различным причинам около 14,6%. Из них 78% проживают в городских условиях. 61% не состояли и не состоят в браке. Исследуемые больные имеют инвалидность 2 группы или инвалид-детства.

Выводы.

1. Проблема гемофилии выходит за рамки компетенции гематологов и ортопедов. Высокое интеллектуальное развитие и низкая трудовая адаптация являются одной из особенностей данной группы больных. Представляет интерес повышенная тревожность больных и их родителей, субдепрессивная и депрессивная симптоматика.

Система реабилитационных мероприятий для больных гемофилией на протяжении возрастных этапов должна включать психологическую, психотерапевтическую, социальную помощь в период стационарного и амбулаторного лечения, с учетом особенностей воспитания, микро- и макро-социального окружения, личностных характеристик, отношения к болезни и степени выраженности соматопсихических и психосоматических расстройств.

2. Необходимы рациональная профессиональная ориентация школьников с учетом их способностей, психотерапия и медикаментозная коррекция для профилактики невротических расстройств. На основании выше сказанного, можно предположить, что лица, страдающие данной патологией, нуждаются в комплексном лечении и наблюдении узкими специалистами, консультировании у психотерапевтов и при необходимости лечению у психиатра.

3. Ранняя активизация, после устранений тяжелых осложнений на ранних стадиях развития, улучшает психоэмоциональную адаптацию больных гемофилией к жизни. Переход на профилактическое и домашнее лечение помогли избежать инвалидизацию пациентов. Дети, страдающие гемофилией, ограниченны в своих возможностях, таких как физическая нагрузка (различные виды спорта, связанные с повышенным травматизмом), выборе будущей профессии.

4. При тяжелом течении наследственного заболевания крови и рецидивов данной патологии, снижается порог стрессоустойчивости пациента, его реакция на болезнь, повышаются уровень тревоги, раздражительности, вследствие чего возможно возникновение психической патологии.

5. При проведении комплексной терапии, наряду с гемостазиологической терапией, необходимо кратковременное назначение психофармакологической терапии, с учетом ведущего психопатологического синдрома, (транквилизаторы, корректоры поведения, антидепрессанты, с учетом их влияния на систему гемостаза).

ИДЕИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЕДИНСТВА – НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ ПРОФ. Б.А. ЛЕБЕДЕВА

Щеглова И.Ю.

Санкт-Петербург

«К идее о психосоматическом единстве философы и медики в здоровье и болезни приближались давно. Мысль становилась все более приемлемой, и в настоящее время утверждение о влиянии психических факторов на размеры соматической заболеваемости, на течение и исход соматических болезней не кажется ни странным, ни тем более еретическим», – так в 1991 году в своей последней, незаконченной статье писал проф. Б.А.Лебедев.

Бориса Алексеевича Лебедева по праву можно назвать одним из создателей психосоматической школы в России. При чем основная его заслуга была как разработке методологии изучения вопросов пограничной психиатрии, так и в решении конкретных задач по организации соматопсихиатрической и психосоматической помощи. Психические нарушения, особенности личности и отношения к болезни при ишемической болезни сердца, желудочно-кишечных заболеваниях, хронической почечной недостаточности, гемодиализе, онкостоматологической патологии – вот далеко не полный перечень направлений исследований, научным руководителем и вдохновителем которых стал Борис Алексеевич, начиная с 70-х годов прошлого века.

Предвидя все возрастающую актуальность психотерапии в клинике акушерства и гинекологии, проф. Б.А.Лебедев предложил мне изучать пограничные психические расстройства у пациенток с невынашиванием беременности, поскольку ни одно из психотропных средств нельзя считать полностью безвредным для плода.

Ранее в отечественной практике применялись методы внушения, которые позволяли снизить боль, артериальное давление, выраженность аффективных реакций в родах, но они носили, как правило, краткосрочный эффект. Борис Алексеевич предположил, что успех психотерапевтического метода может принести не симптоматический подход, а глубинный, ориентированный на внутриличностный конфликт, установки личности беременной.

В процессе нашей работы (Щеглова И.Ю. Особенности психического состояния и психотерапевтическая помощь беременным при угрожающем самопроизвольном аборте. // Автореф. дис.канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 1992.-16с.) изучались мотивации деторождения у беременных с неосложненной беременностью и с угрозой невынашивания. Оказалось, что женщины с неосложненным течением беременности достоверно чаще мотивируют деторождение потребностью в материнстве. В случае угрозы самопроизвольного аборта мотивации деторождения, призванные исправить нарушенные отношения личности, способствовали развитию невротических нарушений. Это происходило за счет высокой заинтересованности в беременности. Было показано прогностическое значение мотивации деторождения для исхода беременности и психического здоровья женщины. Значимыми факторами риска развития психических нарушений при угрозе прерывания являлись желание компенсировать смерть ребенка, одиночество, последний шанс материнства, самоутверждение. Были разработаны психотерапевтические методы коррекции невротических расстройств.

Защита этой диссертационной работы состоялась через 2 месяца после безвременного ухода научного руководителя – проф. Б.А.Лебедева.

С той поры прошла почти четверь века. Но идеи, которые сформулировал известный ученый и мудрый учитель Борис Алексеевич Лебедев живут и развиваются. Мнение о том, что психические расстройства в период беременности пагубно влияют на ее течение и исход стало общепринятым в отечественной медицине, в том числе и благодаря нашей работе. Для изучения проблем беременности все шире используется междисциплинарный подход. Объединение усилий различных специалистов привело к возникновению целой области – перинатальной психологии и медицины.

ОСОБЕННОСТЬ ВЗАИМОСВЯЗИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ, ЛИЧНОСТНОЙ И СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Юсупова А.М., Ершов В.И.

Оренбург
ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: изучить особенность взаимосвязи копинг-стратегий, личностной и ситуативной тревожности у пациентов с впервые возникшим Ишемическим инсультом.

Материал и методы: в группу исследования вошли 14 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу. Из них десять женщин и четверо мужчин. Средний возраст пациентов 56 лет.

В исследовании применялись следующие методы: клинико-психологический метод (расспрос, интервьюирование); экспериментально-психологический метод (методика E. Heim «Способы преодоления критических ситуаций», копинг тест SVF, шкала личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина); статистический метод (R-критерий Спирмена).

Результаты и обсуждение: средние значения личностной и ситуативной тревожности в группе (45,0 при стд.откл. 9,30 и 38,5 при стд.откл. 12,54, соответсвенно). Преобладают по усредненным данным в поведенческой сфере адаптивные копинги (1,92 при стд.отлк. 0,87) к которым относятся («альтруизм», «сотрудничество», «обращение»). В когнитивной сфере на первый план выходят адаптивные стратегии (2,61 (стд.откл. 0,78)), такие как: «сохранение самообладания», «проблемный анализ», «установка собственной ценности». В эмоциональной сфере также преобладают адаптивные копинги (2,03 (стд.откл. 0,84)) – «протест», «оптимизм». По данным опросниа SVF, наиболее превалирующие значения по следующим копингам (относительно адаптивный копинг «снижение масштаба переживаний, непринятие всерьез» 57,64, стд.откл. 10,72; адаптивный копинг «поиск альтернативного самоутверждения» 56, 21, стд.откл. 11,26; адаптивный копинг «попытки умерить свои реакции» 55,92, стд.отк. 14,10; относительно адаптивный копинг «снижение остроты проблемы за счет сравнения с другими» 55,85, стд. откл. 9,01 и неадаптивный копинг «тенденций бегства» 55,07 при стд.откл. 19,10). По этим данным можно сказать, что в целом структура копинг-поведения у лиц, с впервые возникшим инсультом адаптивна. Это свидетельствует о достаточно хорошем адаптационном ресурсе, данной категории пациентов, что поможет в проведении реабилитационной работе в период восстановления после болезни. Возможно, наличие более адаптивных копинг-стратегий связано с тем, что у пациентов впервые возникла такая болезнь, не смотря на тяжелый диагноз, большинство пациентов, нацелены на выздоровление. Подтверждение этому – умеренная ситуативная тревожность у данной категории пациентов.

При проведении корреляционного анализа личностной, ситуативной тревожности и копинг-стратегий, выявляется следующее: личностная тревожность отрицательно коррелирует с относительно адаптивными копингами в поведенческой сфере (-.622), а также наблюдается положительная взаимосвязь с неадаптивным копингом «отступление» (.576). В когнитивной сфере личностная тревожность положительно коррелирует с неадаптивным копингом «растерянность» (.682). В эмоциональной сфере личностная тревожность положительно взаимосвязана с такими неадаптивными копинг-стратегиями, как «покорность» (.734) и «агрессивность» (.609). Касаемо копинг-стратегий по методике SVF, здесь личностная тревожность отрицательно коррелирует с адаптивными копингами «поиск альтернативного самоутверждения» (-.810), «попытки умерить свои реакции (-.570). При этом отмечается положительная корреляция с недаптивными копинг-стратегиями «социальная инкапсуляция» (.547) и «отчаяние» (.807). Также ситуативная тревожность, в свою очередь отрицательно взаимосвязана с относительно адаптивными копингами «снижение масштаба переживаний, непринятие всерьез» (-.561), «снижение остроты проблемы за счет сравнения с другими» (-.571). Все полученные данные при корреляционном анализе указывают на то, что высокий уровень тревожности преимущественно напрямую взаимосвязан с использованием неадаптивных форм совладания со стрессом. Снижение уровня тревоги актуализует применение более адаптивных копинг-стратегий.

Выводы: в целом для пациентов, в первый раз перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, характерно использование адаптивных форм борьбы с болезнью. Нарушения в эмоциональной сфере (наличие депрессии, тревоги) снижает потенциал личности в реабилитационном процессе, что отрицательно сказывается на эффективности проводимых мероприятий (Домашенко М.А., Максимова М.Ю., Орлов С.В., Щукина Е.П., 2011). При активизации адаптационной стороны личности (копинг-поведение) в ситуации стресса, человек явно испытывает чувство тревоги. На примере этого небольшого исследования, можно сказать, что для пациентов с инсультов характерна, преимущественна личностная тревожность. Она в свою очередь уменьшает вероятность того, что пациент будет использовать более адаптивные формы совладания со стрессом, например, такие как «альтруизм», «сотрудничество», «проблемный анализ», «оптимизм». Обязательно, необходима консультация врачей психиатров, психотерпевтов при нарушении в эмоциональной сфере, инсультных больных. Исследование совладания с ситуацией болезни, является актуальным для построения дальнейшей психологической помощи пациентам, с целью повышения их адаптационных возможностей и улучшения качества жизни (ВишневаА.Е.,2013).

СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Ялтонский В.М., Абросимов И.Н.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Представлены результаты проведенного исследования внутренней картины болезни (ВКБ) и совладающего поведения у взрослых пациентов с муковисцидозом.

В ходе исследования было обследовано 86 взрослых больных муковисцидозом (шифр по МКБ-10 Е 84.0) мужского (38 человек, 44,18%) и женского (48 человек, 55,82%) полов, проходящие плановое стационарное (61 человек, 70,93%) и амбулаторное (25 человек, 29,07%) лечение, в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст – 23,7±4,8 года).

Группами сравнения являлись участники одной выборки, но различающиеся на основании клинических показателей (ФЖЕЛ, ОФВ1, ИМТ, тип возбудителя, уровень сатурации крови – SPO2) по тяжести течения заболевания: группа А (27 человек, 31,4% от общей выборки) – пациенты с умеренным течением муковисцидоза, группа Б (59 человек, 68,6% от общей выборки) – пациенты с тяжелым течением муковисцидоза; и по показателю субъективного восприятия болезни как угрозы жизни и благополучию: группа 1 (46 человек, 53,5% от общей выборки) – пациенты, воспринимающие муковисцидоз как умеренную угрозу жизни и здоровью, группа 2 (40 человек, 46,5% от общей выборки) – пациенты, воспринимающие муковисцидоз как выраженную угрозу жизни и здоровью.

Чувственный уровень ВКБ взрослых пациентов с муковисцидозом характеризуется расширением «общего» словаря интрацептивных ощущений, словаря важных и значимых, угрожающих здоровью и связанных с заболеванием внутренних телесных ощущений по сравнению с нормативными данными (приведенными авторами методики). Это указывает на нарушение или снижение у данных больных вербализации, различения и использования слов, относящихся к внутренним телесным ощущениям, эмоциям и переживаниям, а также адекватного понимания их значения. Стоит отметить, что муковисцидоз, как заболевание, заключающееся в нарушении функционирования многих систем организма, проявляется в большом количестве интенсивных, неприятных и болезненных ощущений, что и обуславливает высокую диффузность интрацептивных словарей данных пациентов.

Когнитивный уровень ВКБ взрослых пациентов с муковисцидозом, представленный субъективным восприятием своего заболевания характеризуется наличием в его структуре двух тенденций: пониманием своего заболевания, осознанием его продолжительности и неизлечимости с одной стороны и оценкой имеющегося лечения как инструмента для контролирования симптомов – с другой. При этом обращает на себя внимание сниженные показатели озабоченности и эмоционального реагирования на болезнь, которые могут указывать на подавление

имеющихся аффективных реакций связанных с заболеванием, их вытеснение, недостаточную осознанность.

Структура эмоционального уровня ВКБ взрослых пациентов с муковисцидозом характеризуется наличием амбивалентных форм эмоционального реагирования, на фоне повышенной личностной тревожности. Также было установлено, что распределение показателей эмоционального уровня ВКБ, возможно, обусловлено выбором стратегий совладающего поведения пациента, и спецификой его восприятия болезни. Данное положение подтверждается тем фактом, что в группах с различным восприятием болезни, и, соответственно, с разными репертуарами совладающего поведения отмечаются также различные показатели эмоционального компонента ВКБ (личностной тревожности, ситуативной тревоги, эмоционального реагирования на болезнь).

Мотивационный уровень ВКБ взрослых пациентов с муковисцидозом характеризуется наличием амбивалентности, как в структуре личностных смыслов болезни, так и в структуре совладающего с трудными жизненными ситуациями и с заболеванием поведения. Несмотря на это, в отношении своего заболевания и совладания с ним взрослые пациенты с муковисцидозом чаще принимают свое заболевание и с оптимизмом смотрят в будущее; они ориентированы на проблему и полны решимости не допустить того, чтобы муковисцидоз сломил их. Однако наличие позитивных смыслов заболевания «Вызов», «Опыт», а также негативных – «Потеря», «Угроза», сочетание малоадаптивных копинг-стратегий «Дистанцирование», «Конфронтация», «Бегство-избегание» с адаптивными стратегиями «Поиск социальной поддержки», «Планирование решения проблем», «Оптимистическое принятие» указывают на несогласованность и конфликтность данного компонента внутренней картины болезни взрослых пациентов с муковисцидозом.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наряду с объективной степенью тяжести течения заболевания возможно описание субъективных представлений пациента о своем заболевании, как об угрозе жизни и здоровью. При этом уровень субъективного восприятия болезни как угрозы (обусловленный восприятием пациента течения, идентификации, понимания, озабоченности, эмоционального реагирования на имеющееся заболевание) в большей степени соотносится с формированием той или иной структуры ВКБ, чем показатели объективных параметров течения заболевания (ОФВ1, ФЖЕЛ, ИМТ, уровень сатурации SPO2 и т.д.).

Было установлено, что взрослые пациенты с муковисцидозом, воспринимающие свое заболевание как умеренную угрозу жизни и здоровью, имеют специфическую структуру ВКБ: их словарь внутреннего опыта согласован и менее диффузен (для описания ощущений используются конкретные слова, существительные, слова, описывающие имеющийся телесный опыт, но не в большом количестве); эмоциональное реагирование на болезнь, на фоне нормативных показателей личностной тревожности и ситуативной тревоги, отличается преобладанием позитивных форм (удивление, спокойствие, чувство радости от преодоленных трудностей); часто приписываемыми своему заболеванию являются позитивные смыслы (вызов, опыт), а проблеморазрешающее и совладающее с заболеванием поведение характеризуется применением наиболее эффективных стратегий (планирование решения проблем, оптимистическое принятие); приверженность фармакотерапии и немедикаментозным формам лечения у данных пациентов высокая по большинству показателей. Иная картина в структуре ВКБ наблюдается у пациентов, воспринимающих муковисцидоз как выраженную угрозу жизни и здоровью: интрацептивный словарь отличается диффузностью и меньшей согласованностью (общий словарь расширен и содержит больше наречий и прилагательных для описания психических ощущений и телесных через метафору); эмоциональное реагирование на болезнь отличается наличием амбивалентных форм (негативных – гнев, презрение к себе и позитивных – спокойствие, облегчение) и обусловлено повышенной тревожностью, как чертой личности; заболеванию приписываются негативные смыслы (угроза, потеря), а копинг-поведение характеризуется частым использованием малоадаптивных стратегий (дистанцирование, избегание); уровень приверженности некоторым формам лечения (прием пищевых добавок, ингаляции при помощи небулайзера, кинезиотерапия) снижен.

Полученные в ходе корреляционного анализа данные подтверждают полученные на предшествующих этапах исследования результаты и также указывают на наличие прямых и обратных связей между уровнем субъективного восприятия болезни как угрозы жизни и здоровью и составляющих его показателей, структурой ВКБ, выбором стратегий совладающего поведения, и уровнем приверженности лечению у взрослых пациентов с муковисцидозом.

Таким образом, были получены новые данные, впервые описывающие структурные особенности внутренней картины болезни, выбора стратегий совладающего поведения и приверженности лечению с учетом уровня субъективного восприятия болезни как угрозы жизни и здоровью у взрослых пациентов с муковисцидозом. Полученные результаты отражают практическую значимость работы и указывают на необходимость разработки и внедрения программ клинико-психологического сопровождения и реабилитации взрослых пациентов с муковисцидозом с учетом не только объективных показателей клинических параметров течения заболевания, но и субъективного параметра – уровня восприятия болезни как угрозы жизни и здоровью, которые будут направлены на формирование согласованной картины болезни, выбор адаптивных стратегий совладающего поведения и повышение уровня приверженности лечению у данной категории пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ КОНТИНГЕНТА ЛИЦ С ОСНОВНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ИЛИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СИМПТОМАТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ В БЮРО МСЭ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Ярков А.А., Запарий С.П., Рыжук Г.Н.

Омск
ФКУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области

Проблема сопутствующей психиатрической патологии непсихотического регистра в общесоматической практике изучена достаточно подробно, однако существуют лишь единичные работы, посвященные изучению контингента таких лиц в практике бюро медико-социальной экспертизы общего профиля.

В 2012-2015 гг. на базе ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России проведено исследование, целью которого было выделение и описание контингента освидетельствованных в бюро МСЭ общего профиля лиц с основными соматическими или неврологическими заболеваниями и симптоматическими нарушениями психических функций экзогенно-органической природы. Исследование показало, что квалификация нарушений психических функций осуществлялась в среднем в 13,5% экспертиз за год. Спектр диагнозов основного заболевания (по классам МКБ-10) в данных экспертизах выглядел следующим образом: класс IX (болезни системы кровообращения) – у 54,9%, VI (болезни нервной системы) – у 18,8%, XIX (травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин) – у 14,0%, II (новообразования) – у 5,9%, I (некоторые инфекционные и паразитарные заболевания) – у 2,7%, другие

классы – у 2,7% освидетельствованных за год. Нарушение психических функций квалифицировалось у 70,5% освидетельствованных при основном заболевании класса I, у 47,0% – класса VI, у 27,9% – класса XI, у 17,9% – класса XIX, у 7,1% – класса XVII, у 5,3% – класса III, у 3,7% – класса II и менее 3,0% – у освидетельствованных со всеми остальными классами заболеваний. В изучаемом контингенте статистически значимо выше была доля лиц с заболеваниями классов IX, VI, XIX, I ($p<0,001$). Контингент лиц с симптоматическими психическими нарушениями был подробно изучен и описан, выявлены особенности установления у них инвалидности. Так, наиболее часто кроме психических функций квалифицировалась степень выраженности нарушений статодинамических функций (92,1%), функций кровообращения (67,3%), сенсорных (31,7%), языковых и речевых (20,3%), функций выделения (13,9%). При этом в 34,7% случаев устанавливалась рангово более низкая степень выраженности нарушений психических функций, чем максимально выраженная степень выраженности нарушений любых других функций, 50,4% – равная, в 14,9% –более высокая. Исследование показало, что установление той или иной группы инвалидности в изучаемом контингенте зависело от вынесенного в бюро заключения о степени выраженности нарушений психических функций. Так, В 14,9% случаев установленная степень выраженности нарушений психических функций являлась ключевым параметром, определившим факт установления 3 группы (в 19,5% от всех освидетельствований, в которых была установлена 3 группа инвалидности), а также 2 (14,1%) и 1 (15,0%) групп инвалидности. В 11,9% наблюдений отмечалось следующее: гипотетическая возможность квалификации нарушений психических функций выше на 1 и более ранг могла дать основание для признания освидетельствованного лица инвалидом, а в 43,8% – могла дать возможность установления более высокой группы инвалидности.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Яхин К.К., Абдулганеева Д.И.

Казань
Казанский ГМУ

Распространенность воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), таких как неспецифический язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), непрерывно возрастает, в среднем ежегодно выявляют от 4 до 15 новых случаев ВЗК (Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., 2008; Воробьев Г.И., Халиф И.Л., 2008

Особенности клинических проявлений ВЗК приводят к изменениям в психической сфере больных (Голышева С.В., Григорьева Г.А., 2008; Ghosh S., Mitchell R., 2007). Как и в случае с большинством хронических заболеваний, при ВЗК существует более высокий уровень тревожности и депрессивных расстройств, чем среди населения в целом (Graff L.A., Walker J.R., Bernstein C.N., 2009

Материалы и методы. Было обследовано 180 пациентов с ВЗК, Среди них диагноз ЯК был у 107 (59,4%) человек, БК – у 73 (40,6%) человек.

Средний возраст начала заболевания у больных ЯК составил 39,2±1,3 лет, у пациентов с БК – 35,1±1,5 лет. Среднее время продолжительности болезни до постановки диагноза при ЯК – 1,6±0,3 года, при БК – 2,1±0,6 лет. Активность ЯК оценивалась по классификации Mayo (Schroeder K.W., Tremaine W.J., Ilstrup D.M., 1987): пациенты в ремиссии составили 15 (14,0%) человек, легкое течение – 16 (14,9%), средней тяжести – 54 (50,5%), тяжелое течение – 22 (20,6%). Активность БК определялась с помощью индекса клинической активности по Best (Best W.R., Becktel J.M., Singleton J.W. et al., 1976): ремиссия – 21 (28,8%), легкое течение – 19 (26,0%), средней тяжести – 21 (28,8%), тяжелое течение – 12 (16,4%) пациентов. Внекишечные проявления ЯК (артропатии, снижение МПК, анкилозирующий спондилит, поражения печени) наблюдались в 48 (44,9%) случаях, БК – в 35 (47,9%) случаях. Осложнения встречались у 28 (26,2%) пациентов ЯК и 16 (21,9%) пациентов БК. Инвалидность была выявлена у 20 (18,7%) больных ЯК и 16 (21,9%) больных БК.

Для выявления и оценки психических расстройств применялся клинико-психопатологический метод исследования, для количественной оценки выявленных расстройств использовались опросники: 1. Шкала тревоги и депрессии HAD (Hospital anxiety and depression scale); 2. Клинический опросник Яхина-Менделевича (Яхин К.К. и др., 1978,1985).

Цель работы: выявить биологические и социально-психологические предикторы формирования психических.

Результаты. По опроснику HAD уровень тревоги у пациентов с ЯК был 7,3±0,5 баллов, уровень депрессии – 6,5±0,4 баллов. Пограничные расстройства – уровень тревоги выше 7 баллов имелся у 23 (21,5%), депрессии – у 25 (23,4%) пациентов. Достоверный диагноз тревожного расстройства (уровень тревоги 11 баллов и более) был определен у 23 (21,5%) пациентов ЯК, достоверный диагноз депрессивного расстройства имели 11 (10,3%) больных, 7 (6,5%) пациентов имели сочетание тревожного и депрессивного расстройств.

Психические расстройства у больных с болезнью Крона выявлены у 46 (63,0%) больных БК. При оценке психического статуса пациентов БК по опроснику HAD уровень тревоги у больных составил 9,2±0,4 баллов, уровень депрессии – 7,8±0,3 баллов, что достоверно выше чем при болезни Крона. Достоверный диагноз тревожного расстройства был определен у 15 (20,5%) пациентов БК, достоверный диагноз депрессивного расстройства имели 9 (12,3%) больных, 6 (8,2%) пациентов имели сочетание тревожного и депрессивного расстройств.

Результаты факторного анализа свидетельствуют о том, что психические расстройства при ЯК ограничиваются неспецифическим астеническим синдромом в рамках соматогенной астении с гиперестезией (повышенная чувствительность к внешним раздражителям, эмоциональная неустойчивость, слезливость) и тревожно-фобическим синдромом как нозогенной реакцией на заболевание, опасением за здоровье и будущее, обусловленное болезнью. В том время как при БК психические расстройства представлены более глубоким регистром, а именно наличием депрессивных расстройств в форме тревожной депрессии и адинамической (астенической) депрессии, неспецифическими астеническими расстройствами в форме астенического синдрома и эмоциональной неустойчивости. Факторный анализ подтверждает не только более высокую частоту депрессивных и тревожных расстройств при БК, но и показывает более сложную структуру этих психических расстройств.

Данная тенденция сохранялась при сравнительной оценке отдельных социальных характеристик пациентов ЯК и БК. К примеру, при разделении пациентов по полу наблюдалась боìльшая невротизация у больных БК по перечисленным шкалам как для мужчин, так и для женщин. Конфликтные взаимоотношения с супругом и/или детьми повышали распространенность невротизации среди пациентов с БК по сравнению с ЯК по всем шкалам. По результатам анализа семейного статуса больных выяснилось, что среди неженатых и разведенных/вдовствующих пациентов выраженность ПРР была выше у больных БК, тогда как среди больных ЯК именно женатые пациенты имели более выраженные степени невротизации по шкалам тревоги, истерического типа реагирования (конверсионных расстройств) и вегетативных нарушений.

Полученные результаты необходимо учитывать при проведении лечебно-организационных мероприятий этой категории лиц.

РАЗДЕЛ 15.
ПСИХОТЕРАПИЯ

DYNAMIC PSYCHIATRY AN INTEGRATIVE THEORETICAL AND PRACTICAL MULTIDISCIPLINARY TREATMENT CONCEPT

Ammon M.

Berlin, Munich

The integrative model for psychiatric-psychotherapeutic treatment in Dynamic Psychiatry comprises multidisciplinary features and approaches: The integrative centre is the holistic view of a person as an individual human being, influenced by the dynamics of the surrounded groups. The author will present the theoretical conception of human development and the therapeutic conception and intervention methods of Dynamic Psychiatry as an integrative treatment concept.

ABANDONMENT PSYCHOTHERAPY FOR ACUTELY SUICIDAL BORDERLINE PATIENTS

Andreoli A., Burnand Y., Frambati L., Canuto A.

Geneva, Switzerland
International Association for Emergency Psychiatry (IAEP)

Background/Aims. Psychotherapy was reported to reduce suicidality among borderline patients, but no studies investigated suicidal borderlines recruited at the emergency room (ER). Abandonment psychotherapy (AP), a psychodynamic program focusing on traumatic mourning of abandonment from a romantic partner, may respond the present need for valuable treatment and better mental health policies for severe suicidal crises. **Methods.** To determine whether AP is cost-effective, 170 patients referred to ER with Borderline Personality Disorder, Major Depression and suicide attempt were randomly assigned to outpatient AP and to treatment as usual in a psychiatric crisis center (TAU). AP was delivered at random from boarded psychotherapists and well experienced nurses. Results. At the end of acute treatment (3-month), those patients assigned to AP had less suicidal relapse, fewer hospitalization and decreased depression, as well as better global function compared to patients assigned to TAU. Furthermore, a 3-year naturalistic follow-up indicated that assignment to 3-month AP was associated with sustained advantage on suicidality, service consume, global functioning and adjustment to work. No advantage was associated with type of therapist delivering AP. **Conclusions.** The study confirmed that AP is cost-effective compared to intensive usual treatment meeting good quality standards. Simple specialized outpatient psychotherapy is feasible in the immediate aftermath of ER discharge and should be further implemented to replace usual institutional treatment.

RESOURCES ORIENTED GROUP PSYCHOTHERAPY

Burbiel I., Schmolke M.

Munich
Vortrag LFI Berlin,

In the literature and in clinical practice we often find only descriptions of individual psychotherapy when we look for “resources oriented psychotherapy”. But often clinicians cannot do clinical work without group psychotherapy for the healing process of patients with early attachment disorders, development arrestment, family induced extremely and/or complex trauma disorders, or “archaic identity disorders” (as Gьnter Ammon called it). The group indeed provides a suitable “container” for the necessary psychic-mental and social demands for repair with the variety of mirror, reflection, resonance and mentalization processes and the multiple transference and counter-transference phenomena in order to enable emotionally corrective and development facilitating processes for the patients. It is the aim of the authors to describe the variety of these processes and the therapeutic methods and to explain why the group with its specific resources represents an essential therapeutic developmental space for those patients.

РОЛЬ ТЕЛЕФОНА «ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ« В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УЛУЧШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Алкеева-Костычева Е.А., Бедина И.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В последние годы масштабные изменения в политической, экономической, социальной и культурной жизни общества создают целый ряд принципиально новых условий, оказывающих влияние как на психику отдельного человека, так и на психосоматическое здоровье отдельных групп населения, приводя к росту психической напряженности в обществе. Дестабилизирующее влияние на психическое состояние людей оказывают чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера, террористические акты, кризисные ситуации, в том числе экономическая нестабильность. Растущее количество суицидов, депрессий и стрессовых расстройств диктует настоятельную необходимость поиска и разработки дополнительных видов помощи – психиатрической и психотерапевтической, одной из ко-

торых является медико-психологическая помощь по телефону доверия «Горячая линия». Основной задачей службы «Горячая линия» является оказание по телефону экстренной помощи людям, находящимся в субъективно напряженной ситуации.

Высокая потребность в психолого-психиатрической помощи по телефону подтверждается в том числе многолетней (более 10 лет) практикой работы «Горячей линии» ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Особенно высока обращаемость на «Горячую линию» в период общественно значимых ЧС, которые охватывают значительное количество людей. Вне периодов общественно значимых ЧС по телефону «Горячей линии» обращаются при различных кризисных ситуациях, как в службу доверия. Уникальное отличие состоит в том, что на телефоне работают врачи-психиатры, чего нет ни на одной другой подобной службе.

Тактика взаимодействия с людьми, звонящими по телефону «Горячая линия», различна в зависимости от запроса: проведение психотерапевтической беседы, переадресация на профильные службы, в т.ч. на службу скорой психиатрической помощи, обсуждение с обратившимся лицом вопросов лечения, предоставление информации о государственных и негосударственных учреждениях, которые могут оказать психологическую и психиатрическую помощь, рекомендация обращения в государственные либо негосударственные лечебные учреждения, уточнение организации и порядка оказания психиатрической помощи в РФ, разъяснение правовых основ оказания психиатрической помощи, консультирование по общемедицинским вопросам.

Следует отметить, что психотерапевтическая работа по телефону имеет свои преимущества: доступность, бесплатность, конфиденциальность, анонимность, возможность контролировать разговор. Ограничение средств коммуникации вербальным способом вынуждает звонящего четче и конкретнее описать переживания, помогает осмыслить свою проблему и снизить эмоциональную напряженность. Из недостатков психотерапевтической работы по телефону чаще всего выделяют: ограниченные диагностические возможности, отсутствие обратной связи, ограничение средств коммуникации вербальным способом, затрудняющее работу консультанта, вынужденного определять изменение эмоционального состояния обратившегося на слух.

Анализ работы службы «Горячая линия» ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в период с января 2012 г. по декабрь 2014 г. позволил выявить тенденцию к росту числа обращений на телефон «Горячая линия» во время социально значимых кризисных ситуаций: стрельба подростка в школе в г. Москве в феврале 2014 г (количества звонков за февраль 2014 г увеличилось в 2 раза), крушение поезда в московском метрополитене в июле 2014г. (рост звонков в июле 2014 г на 70%). В период социально-экономической нестабильности с марта 2014 года отмечается рост напряжения в обществе (количество звонков увеличилось в определенные отрезки времени на 15-35%). Из общего числа звонивших в этот период лишь 4-10% составляют обращения непосредственно связанные с проблемами экономического кризиса (потеря работы, угроза увольнения и т.д.). Отмечается общая тенденция к увеличению числа обращений на «Горячую линию» лиц с жалобами тревожно-депрессивного, тревожно-фобического, депрессивного спектра (11% от общего количества звонков в 2012 г., 12% в 2013 и 17% в 2014 г. соответственно). Количество звонков, связанных проблемами психического здоровья обратившихся лиц или их родственников остается примерно одинаковым (70,8% в 2012 г., 69% в 2013 г., 66,7% в 2014 г.). Отмечается увеличение числа информационных звонков (18% в 2012 г., 30% в 2013 г., 32% в 2014 г. от общего числа звонков соответственно). За текущий период (2012-2014 г г.) меняется количественное соотношение между звонками от женщин и мужчин. Так, в 2012 г. доля обратившихся мужчин была 22,5%, в 2013 – 31,3%, в 2014 – 43,8%, что говорит об увеличении обращаемости и высокой потребности в консультировании по телефону «Горячая линия» у мужского населения в период экономического кризиса. Следует отметить, что динамика социально-экономического напряжения в обществе прямо пропорциональна числу обращений на «Горячую линию». Кроме того, частота обращений заметно увеличивается после выступлений ведущих специалистов в области психиатрии в СМИ: активного обсуждения вопросов психического здоровья, необходимости своевременного обращения в медико-психологическую службу.

Таким образом, работу службы психолого-психиатрической помощи по телефону можно рассматривать как одно из звеньев оказания медицинской помощи, активизацию ранней обращаемости населения к специалистам, оптимизацию лечебной, профилактической работы и повышение уровня информированности, грамотности населения в вопросах психического здоровья.

БЫСТРАЯ И ОТСРОЧЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ЧС

Аппенянский А.И., Бойко Ю.П.

Москва
РМАПО

В начале своего развития аффективное расстройство при ЧС в большей степени «виртуально», оно еще «не хронизировалось» не «угнездилось» в психике, а локализировано больше в воспоминаниях, обидах, инфантильных образах стокгольмского синдрома.

Как превратить-переключить эти еще эфемерные защитные построения-обиды в позитивный опыт взрослой, самостоятельной личности?

Вот несколько эффективных приемов, позволяющих добиться этих целей в психотерапии при ЧС.

Во-первых, продленный внушенный сон-отдых на фоне разъяснительной, рациональной и седативной психотерапии, телесно-ориентированная смехотерапия, виртуальная (в суггестии) трансформация образа психотравмирующей реальности и др. Задачи этой методики:

- убрать страх пострадавшего за свою виннесостоятельность,
- организовать его успешную деятельность, чтобы он почувствовал свою реальную работу-пользу,
- обеспечить занятость, чтобы отчаянные мысли, которые усиливаются от безделья, заменить мыслями о его задачах-результатах,
- помочь заменить дрожь от страхов физической нагрузкой, а также питанием согревающей пищей и так прервать цепь – холод – дрожь – страх – дрожь – паническая атака,
- снять мышечные панцири по В.Райху, например, упражнениями, «Сурья Намаскар» – «Приветствие Солнцу», по йогу Патанджали (2 век до н.э.)
- использовать приемы профанации-карнавализации (масленица, томатные бои, победные крики и т.п.), сделать привычными-приемлемыми для самых «серьезных» случаев вышучивающие переживания, ритмы – ритуалы – гештальты, и др.

Все это поможет в развитии мудрости-покоя перспективности личности и ее индивидуации.

Пример. Больная А., 36 лет, попала в ЧС в московском метро. Жалобы на пробуждающие сновидения, где она мучается от волн запаха горелых волос, гари и нехватки воздуха. Подобные же приступы и наяву. Объективно – ожоги кожи лица и волосистой части головы.

Введена в легкий транс, виртуально возвращена в психотравмирующую ситуацию – темнота, всполохи огня, запахи взрыва и горения, ощущение нехватки кислорода. Суггестивное изменение виртуальности: появляется освещение, по ходу суг-

гестии оно превращается в приятное освещение с качествами дневного солнечного света. Внушается изменение вида дыма в легкий утренний туман, несущий прохладу и свежесть. За окнами начавшего мягко двигаться вагона метро, который постепенно становится совершенно целым и невредимым, расстилаются сначала скрытые туманом, а затем отчетливо выступающие луга и леса радостных пастельных цветов. Окна раскрываются, вот поезд уже мягко движется по весеннему яблоневому саду… бело-розовые цветы … яблоневый цвет… ароматы …«яблони в цвету… какое диво…». Лицо больной становится мягким, расслабленным, счастливым… Несколько минут самостоятельного пребывания в трансе с раппортом с врачом… Вывод из транса. Основные мотивы продолжавшейся психотерапии

– «Я выдержала и преодолела, угрозы жизни нет»;

– «Жизнь продолжается… надо учиться (работать, воспитывать детей, помогать родителям)…»

Ближайший катамнез – сон спокоен, тревожащие флэшбеки отсутствуют.

Несколько примеров лечения подростков, попавших в теракт в Каспийске на празднике 9 мая в 2002 году (взрыв мин, зарытых в газон вдоль Главной площади).

Пример. Подросток 15 лет, школьник. Переломы конечностей, ранение в живот с повреждением кишечника, инородные тела мягких тканей в области живота и поясницы. Жалобы на плохой сон, боли в местах травм, «одеревенение в спине и пояснице» (залежался на кровати), отсутствие аппетита, сниженное настроение. Серия психотерапевтических встреч с телесно-ориентированными виртуальными приключениями (прогулки на пляж, в кафе с вкусной едой и др.), суггестивной аналгезией и «активацией автосаногенеза», с вызванными приятными ощущениями (суггестия, приемы массажа), двигательной активизацией. Состояние значительно улучшилось, выписан домой на 16 день после травмы. В катамнезе (по телефону, однажды приезжал к своему психотерапевту в Москву) некоторые рентные проявления, беспокойство о собственной половой потенции, якобы нарушенной из-за облучений при рентгенографии в больнице. Беспокойство эффективно снято телесно-ориентированным приемом. Поступил в ВУЗ, женился, чувствует себя хорошо.

Пример. Юноша 18 лет, студент военно-музыкального учебного заведения. Повреждение мягких тканей шеи справа с нарушением двигательных и чувствительных функций руки. При первом осмотре движения в правой руке отсутствуют. Из-за этого настроение резко снижено. Аналогичная первичная психотерапевтическая модель. На одной из встреч за счет разгрузки (вывешивание) руки удалось добиться от пациента минимальных самостоятельных движений в этой руке, что значительно улучшило оценку больным перспектив реабилитационного процесса.

Пример. Подросток 14 лет, школьник. Жалобы – повторяющиеся флэшбеки и кошмары «с пролетающими над ним в багровом небе страшными вертолетами». В легком трансе визуализированы тревожащие образы, проведена их трансформация (небо – голубое, вертолеты – воздушные шарики чистых цветов, на которых спокойно летят Винни Пух и другие персонажи сказки А.Милна, а на четвертом или пятом шарике с удовольствием согласился «полететь» наш пациент). Тревожащие сны и флэшбеки (тревожные наплывы из прошлого, от англ. flash – вспышка, озарение; back – назад), в период наблюдения (до 17 дня после травмы) не повторялись.

Пример. Мальчик 11 лет, в анамнезе – психотравма вследствие взрыва, годом ранее, жилого дома, в котором он проживал. Данная психотравма – повторная. Выраженные расстройство сна из-за навязчивых устрашающих образов «взрыва» и при закрытых глазах, гипотимия, плаксивость, страхом «перед улицей». В течение первых 3-х дней психотерапии по типу НЛП, седативного внушения и т.п. положительной динамики не наблюдалось. На очередной встрече после болезненной акупунктуры предложено выполнить задачу «Собери слезы в бутылочку», проведена активная психотерапевтическая процедура телесно-этологического плана «Кто кого» из трех элементов: «… «перещекочет», «… «переборет (лбом)», «… перекричит». Начавшись в палате, процедура завершилась в парке (персонал не вытерпел наших криков в палате). Процедура сопровождалась счастливым смехом и криками (т. наз. победный крик) мальчика. Состояние резко улучшилось уже в ходе процедуры. Ночь спал крепко, без пробуждений. Наутро, на обычный вопрос психотерапевта «Как спалось?», на который раньше отвечал страдальческой гримасой и жалобами, ответил с выражением удивления на лице «Нормально». Весь последующий период наблюдения страхи не беспокоили. Позитивному прогнозу могло бы способствовать изменение воспитательной позиции его матери, а мать его завуч школы (мальчик из неполной семьи – dictum sapienti sat est), имевшей на момент окончания психотерапии тревожно-гиперопечное содержание.

Вслед за М.Е.Бурно предлагаем психотерапевту целебное мифотворчество. Здесь может быть использовано рисование целебных мифических картин или написание мифических литературных опусы в духе фэнтези. Фэíнтези (от англ. fantasy – «фантазия») – жанр фантастической литературы, основанный на использовании мифологических и сказочных мотивов. В современном виде сформировался в начале XX века. Здесь можно в оптимистическом ключе «перестроить» реальность, некий прием, который может помочь самопониманию, самооправданию и т.д. Картинки, поскольку они сделаны мной – значит, они принадлежат мне и мне вреда принести не смогут.

Универсальным целителем страха вообще является смех, высмеивание, телесные радость и удовольствие, когда радость так велика, что любой страх «клин клином выбивается» из памяти, в том числе и телесной – важно добиться массивного выброса в кровь эндорфинов. Это и проводы масленицы, и карнавал, и томатные бои… И фильм «Знакомство с Факерами» (2000 г. Джея Роуча со Стиллером и Де Ниро). Нами с А.А.Корниловым разработана телесно-ориентированная «щекоткотерапия». Вообще, важным качеством индивидуированного является способность к спокойной самоиронии.

УРГЕНТНАЯ ПОМОЩЬ: ФАКТЫ И АРТЕФАКТЫ

Арпентьева М.Р.

Калуга
Калужский ГУ

Ургентная помощь – сфера многочисленных дискуссий о возможностях и ограничениях психотерапии, ее фактах и «артефактах«. Ургентная помощь наряду с обычной психотерапией включает мероприятия по обеспечению безопасности больного и окружающих. При выборе методов помощи важно учитывать особенности клиники психического заболевания, его этап (дебют, рецидив, обострение хронического заболевания) и индивидуальные особенности пациента. В традиционном взгляде на психотерапию превалирует идея о том, что их успех основан на отношениях доверия, искренности и партнерства. Однако, реальная практика и ее исследования говорят о том, что психотерапия содержит значительную долю манипуляции, в том числе, в процессе трансляции клиенту психотерапевтических мифов каждой из моделей консультирования, что оно есть «оздоровление заблуждением», мистификациями и мистическими интерпретациями, объединяющими в себе «трансинформационные» (обращенные к истинному) и дезинформационные (обращенные к ложному) интенции. При этом есть две возможности. Первая – критика консультирования, психотерапии и психиатрии в рамках «антипсихиатрии» и «антипсихотерапии». Вторая – ис-

пользование манипулятивных приемов, их встраивание в психотерапевтические подходы, например, в парадоксальной или манипуляционной психотерапии, либо исследование смежных практик типа шаманизма, целительства, религиозной исповеди, молитвы и медитации, мистерии и т.д., а также парадоксов психотерапевтического взаимодействия. В некоторых случаях ситуация столь конфликтна, что для ее разрешения привлекается общество в целом, как это случилось, например, с дианетикой, моделью В.Эрхарда и другими подходами «ургентного» (неотложного) решения проблем, опирающиеся на веру в то, что есть один метод, действенный для всех (golden hammer fallacy) и требующий от клиента «стать как все». Интересным моментом этих исследований являются тенденции психосемиотического и метапсихотехнического анализа консультирования, попытки 1) выявления и освоения «слепых пятен» и зон, кажущихся неподвластными изменению в консультативном взаимодействии, 2) выявления и трансформации зон более или менее намеренной деструктивности субъектов, противодействующих пониманию, изменениям, отношениям, 3) выявления наиболее общих, метаисторических и метакультурных, транстеоретических или трансмодульных или хотя бы эклектических для психологического консультирования феноменов, метатехнологий, позволяющих сделать любое взаимодействие с клиентом успешным.

Особенно распространены исследования шаманизма как «экзотической психотерапии», предтечи и аналога консультирования – как «возрожденного шаманизма», как «заклинание неправильным словоупотреблением», а также «духовных аналогов» консультирования и его феноменов. При рассмотрении шаманизма как феномена, существующего внутри той или иной религиозной практики, а также иных феноменов и «психотехнологий» духовного исцеления (медитации, молитвы, т.д.) исследователи указывают что консультирование и психотерапия, обращенные на раскрытие тайн человеческой души, являются практиками духовного взаимодействия и развития человека. В психотерапии как духовной «ментальной» практике, как и в других практиках духовного развития, присутствуют откровения и столкновения с тайнами, ритуалы перехода – возрождения, предполагающие вхождение в медитативное состояние, синхронизмы, сиддхи «яснознания», телепатического общения, волшебные исцеления, особое, сакральное, переживание времени консультации как места встречи любящих друг друга и/или связанных обще кармической (обучения) или дхармической (предназначения) задачей или «матрицей» (родовой и т.д.) душ. В религиозно-ориентированной психотерапии отмечается исцеляющая сила молитвы, исповеди, медитаций. Возникновение «очищающей исповеди» – довольно редкое явление в обычной жизни, которое предполагает полную погруженность специалиста во взаимодействие с собеседником, максимальную искренность и честность. В рамках этого представления психотерапевтическая помощь выступает как помощь человеку, группе людей, семье в переходе из статического состояния в состояние постоянного преобразования. Во время и в месте психотерапии как встречного раскрытия душ, как отмечают исследователи транстерапевтических и транскультурных практик, трансперсонального общения в рамках экзистениально-гуманистического подхода, таких его ветвей как гештальт-психотерапия, трансперсональная и религиозно-ориентированная, очень важно то, насколько клиент решился «принять правду» своего бытия и того, что он может понять в психотерапии – из того что сказал или не сказал, на что намекнул или просто умолчал психотерапевт или сам клиент. Или, в терминах манипулятивного подхода, насколько предлагаемый ему психотерапевтический миф, содержащий вымыслы того или иного типа, подходит для того, чтобы «оправдать» бытие клиента. В связи с проблематикой психотерапевтических вымыслов современные исследователи отмечают, что современное время – постмодерн – можно назвать магической эпохой, в которой «расколдовывание» мира привело к усложнению социокультурной действительности, стерлась грань между рациональным и иррациональным, взаимодействие человека с миром приобрело магический характер. Это проявляется и в популярности герменевтических и феноменологических моделей исследования реальности и ее реорганизации, включая психотерапию.

Еще один важный ракурс исследования проблемы помощи – наличие эффекта плацебо, «фиктивного лечения» и/или преодоление ситуации и проблем взаимоотношений их развития человеком без помощи специалистов. Подчеркнем важность со стороны клиента, пациента веры социальному работнику, консультанту, психотерапевту, врачу. Изучая в разной мере успешные и неуспешные случаи помощи, они отмечают, что клиент в состоянии помочь, исцелить себя сам, а также то, что плацебо изменяет измененное поведение клиента, который выздоравливает благодаря тому, что перестает играть роль «больного». Существование эффекта плацебо, связанного с усвоением клиентом «идеи медицины» или «идеи психотерапии» и «бифуркационной эффективностью» плацебо, открывает путь к шарлатанству и «плацебофобии», отражающей сомнения клиента как в самом психотерапевте, так и в предлагаемой им помощи, готовность и неготовность клиента к диалогу и принятию помощи.

Исследователи отмечают, что различные виды лжепомощи могут быть рассмотрены в связи с проблемой агента (agency problem) – выполнения специалистом деятельности в интересах общества, клиента, самого себя, или третьих лиц, а также в связи с проблемой моральной угрозы, риска (moral hazard): нежеланием и неспособностью специалиста работать с ценностно-смысловыми коллизиями и противоречиями, включая более или менее выраженные противоречия интересов клиента, консультанта, общества. Так помогая клиенту, активизируя и фасилитируя его изменения, психотерапевт сталкивается с тем, что его работа не исчерпывается оказанием помощи людям, попавшим в беду, но представляет собой инструмент общественной власти: сферой столкновения интересов клиента и общества, психиатрической клиники и государства. Часто речь идет о возможности насильственного вмешательства в жизнь клиента, деформациях в развитии и деятельности работников психиатрических клиник или государства, возникновения состояния типа «психологического сгорания», профессиональных деформаций.

Поэтому, как бы ни были популярны манипулятивные походы, трансформация жизненных ценностей и жизнедеятельности субъекта осуществляется в условиях:

1) обмена и согласования, конфронтации и исследования, со-творчества смыслов жизнедеятельности субъектов, стремящихся понять и быть понятыми;

2) в психологически безопасной (принимающей, подтверждающей, фасилитирующей самораскрытие и направленной на взаимное раскрытие) атмосфере помощи;

3) как партнерского, направленного на сотрудничество по поводу изучения и решения конкретных вопросов, фрустрирующего повседневные шаблоны жизнедеятельности, общения

4) со значимым (реальным, искренним и аутентичным, включенным в отношения) другим.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО МЕТОДА ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Ахмедов С.А., Сафарбаев Б.Б.

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема психосоматических соотношений – одна из наиболее сложных проблем современной ме-

дицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического замечена и изучается на протяжении многих веков, со времен Гиппократа и Аристотеля. В первое время в психосоматической медицине преобладали психоаналитические концепции, согласно которым соматическое здоровье обусловлено состоянием психики (депрессивный аффект может способствовать телесному заболеванию у предрасположенной к этому личности, а чувство удовольствия – оказывать омолаживающее действие на тело). Существует большое количество теорий, описывающих причины и механизмы возникновения и развития психосоматических заболеваний с позиций различных научных школ (D.Friedman, 2002).

Цель исследования – изучение эффективности лечения психосоматических расстройств рациональным методом психотерапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 больных с психосоматическими расстройствами в возрасте от 35-55 лет. Из методов исследования использованы клинико-психопатологический; экспериментально-психологический методы исследования (опросник Шмишека-Леонгарда, Гиссенский опросник).

Результаты исследования. В современной психиатрии данные расстройства объединены в большую группу психосоматических расстройств, т.е. связанных со стрессом дисфункций (по МКБ-10 – F-32; F-42-48), что объясняет их связь с концепцией невроза. При всех формах психосоматических расстройств наблюдаются расстройства в психической сфере, чаще всего эмоционального регистра. Эмоциональные расстройства были выявлены у 87% больных. Среди них больные с соматизированными депрессиями составляли 31%. Такой вариант психосоматических расстройств как психалгия встречался до 13% случаев. Больные были поделены на 2 группы: первой группе больных проводилась только медикаментозная терапия, а второй группе с применением рациональной психотерапии. В первой группе отмечалась улучшение состояния через 21 дней, во второй группе через 14 дней, что показывает укорочение продолжительности лечения на 34%.

Выводы. При параллельном применении рациональной психотерапии в лечении психосоматических расстройств наблюдается заметное укорочение длительности лечения и улучшение состояния больных.

ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Бабин С.М., Случевская С.Ф.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Можно выделить концептуальные и организационные проблемы российской психотерапии. Вначале коротко охарактеризуем первые. В настоящее время следует различать психотерапию как специальность, профессию и психотерапию как область деятельности. И если первая, согласно действующему российскому законодательству, относится к области здравоохранения, квалификации врача, и более узко к специальностям психиатрического пула, т.е. речь идет именно о враче-психотерапевте, то психотерапия как область деятельности значительно более широкое понятие, на пространстве которого, мы встречаем профессиональных и успешно работающих представителей разнообразных специальностей – врачей, клинических психологов, «практических» психологов, педагогов-психологов, специалистов по социальной работе, реабилитологов и др. Даже в рамках медицинской модели психотерапии (Карвасарский Б.Д., 1985) деятельность врача-психотерапевта и клинического психолога теснейшим образом связана, поэтому мы не разделяем радость моих коллег, от того, что на съезде Российского общества психиатров впервые проводятся отдельно секции психотерапии и клинической психологии. На наш взгляд, для современной психиатрии особенно важен междисциплинарный подход к душевному расстройству и способам его терапии, и как раз совместная дискуссия всех заинтересованных специалистов была бы весьма полезной, в том числе и для развития всеми декларируемого, но малореализуемого на практике полипрофессионального (бригадного) подхода к оказанию психиатрической помощи.

В современных условиях настаивать на том, что психотерапия – это исключительно прерогатива врачей-психотерапевтов, а всем остальным (качественно подготовленным клиническим психологам и другим профессионалам) предлагать заниматься т.н. психологической коррекцией означает отрицать очевидное. Предлагаемые многими, в том числе и Б.Д. Карвасарским, понятия врачебная и не врачебная психотерапия могли бы снять часть противоречий между специалистами.

Психотерапия (как специальность) в РФ законодательно отнесена к сфере медицинской деятельности, но мировая практика более разнообразна. Так широко известна позиция, сформулированная в «Страссбурской декларацией о психотерапии» 1990 г. и наиболее последовательно отраженная в австрийском законе «Об осуществлении деятельности по психотерапии» от 7.06.1990, в которых психотерапия понимается как самостоятельная научная дисциплина и независимая свободная профессия, с предпочтительным предшествующим базовым высшим образованием в области гуманитарных и общественных наук вне обязательного медицинского и/или психологического образования (Ромек Е.А., 2005). Важно отметить, что в самой Европе нет единства в этом вопросе. Лишь в 9 европейских странах психотерапия считается отдельной профессией, 3 страны признают психотерапию самостоятельной и независимой профессией, а в 4 – она рассматривается в контексте медицины или психологии (Макарова Е.В., 2013). При этом следует особо подчеркнуть, что требования к длительности и объему подготовки психотерапевта, в большинстве европейских стран весьма велики (и в этом то как раз наблюдается завидное единство), значительно превышают отечественные нормативы, а кроме того существенно отличаются по содержанию (личная терапия, супервизия, смежные дисциплины). В этом нам видится одна из главных проблем государственной системы подготовки специалистов.

Возможно, в отдаленном будущем психотерапия может стать полностью независимой профессией, базирующейся преимущественно на гуманитарном и/или общественном высшем образовании. Но в настоящее время в России это абсолютно не реально. Признавая внутреннюю логику «Страссбурской декларации» следует отметить, что ее основы полностью противоречат как историческому развитию отечественной психотерапии (так и большей части европейской), что в принципе преодолимо, но, главным образом, требуют кардинального изменения всей российской законодательной базы, как в области образования, так и здравоохранения. Многолетние неудачные попытки принятия Закона «о психотерапии» демонстрируют, в том числе, устойчивость системы нормативных актов к любым попыткам ее, даже минимального изменения. С этой точки зрения, переход на т.н. «австрйискую» модель психотерапии кажется весьма проблематичным, а соответсвующие усилия следует обратить на более реальные и достижимые цели. В качестве таковых могут быть предложены специальные законодательные акты (при условии преодаления разногласий между врачебным и психологическим сообществами), а также постепенное увеличение длительности и качества подготовки отечественных психотерапевтов.

В рамках государственного образования увеличение длительности подготовки психотерапевта, в частности врача-психотерапевта, и существенное изменение ее содержания (обязательная личная терапия в процессе обучения, индивидуальная супервизия и т.п.) представляются малореализуемыми

как в ходе профессиональной переподготовки и сертификации, так и в процессе предстоящей аккредитации. Здесь существенную роль могли бы сыграть профессиональные общественные объединения, как «общепсихотерапевтические», например, Российская Психотерапевтическая Ассоциация (РПА), так и работающие в рамках отдельных направлений психотерапии – Европейская Конфедерации Психоаналитической Психотерапии (ЕКПП-Россия), Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии, Восточно-Европейская Ассоциация экзистенциальной терапии. (ВЕАЭТ) и др. Однако слабость институтов гражданского общества в стране и жесткая властная вертикаль противоречат самой идее профессионального самоуправления и привлечения общественных структур к процедуре оценки специалистов. А раздробленность профессионального поля и «лидерскоцентрированная» структура большинства организаций вызывают явное недоверие профессионалов, как к существующим общественным объединениям, так и к властным институтам, что четко проявилось в негативном отношении сообщества к проектам законов о психотерапии и психологической помощи (Бабин С.М., Случевская С.Ф., 2014).

Популярной идей в российской психотерапии (В.В. Макаров, М.Е. Бурно, Р.К. Назыров) является модель «Клинической психотерапии», в качестве особого отечественного направления. При этом указанные авторы несколько расходятся в обосновании данной идеи, и мы можем видеть скорее несколько таких моделей. На наш взгляд, признание за клинической психотерапией некого особого изолированного направления (модальности), а не просто специфической области приложения психотерапии, может привести лишь к дезориентации молодых специалистов, вызовет дальнейшую изоляцию крайне узкопонимаемой медицинской модели психотерапии (а скорее одного из ее частных аспектов) и противопоставления ее другим направлениям, а также усугубит разрыв в подготовке между отечественными и мировыми психотерапевтами.

В заключении перечислим основные организационные проблемы российской психотерапии, на наш взгляд вторичные по отношению к ее концептуальным проблемам. Психотерапия развивается преимущественно в крупных городах, областных центрах. Переход здравоохранения на одноканальное финансирование (система ОМС) привел к вымыванию психотерапии из соматической медицины и первичного звена. Психотерапевтическая служба сохраняется преимущественно в рамках специализированной помощи (психиатрия, наркология и ряд других). Развитие частной психотерапевтической помощи не компенсирует эти изменения в государственной системе, так как контингент пациентов, обращающихся за лечением к врачу-психотерапевту территориальной поликлиники, и контингент пациентов на приеме у того же самого врача в частной практике существенно отличается. Разрыв между государственной системой здравоохранения и узкопонимаемой медицинской моделью психотерапии (между которыми фактически ставится знак равенства) и расширяющейся частной практикой приводит к формированию специфических почти изолированных друг от друга групп пациентов, что неизбежно усиливает дистанцирование и внутри профессионального сообщества.

В мегаполисах (Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск и др.) мы видим в целом весьма разобщенное психотерапевтическое сообщество, частично объединенное по принципу принадлежности к той или иной школе (психоаналитики, гештальт-терапевты и т.п.) и/или к определенному учреждению (государственная структура, учебный институт и т.п.). Ведомственные ограничения, частные интересы отдельных лечебных учреждений, отсутствие преемственности и взаимодействия, как между отдельными учреждениями, так и между государственной и частной системой оказания психотерапевтической помощи (если здесь вообще уместно говорить о системе) только усиливают взаимную изоляцию. Часто отсутствует даже единое информационное пространство.

К психотерапии в полной мере относится известная шутка о том, что есть журнал «Вопросы психологии», но нет журнала «Ответы психологии». Так и в психотерапии в настоящее время значительно больше вопросов – проблем, чем ответов – путей их решения. Мы отдаем себе отчет в том, что положения, изложенные в настоящем сообщении, во многом являются спорными, но только дискуссия в кругу профессионалов даст возможность приблизиться к истине.

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Байков И.Р.

Уфа
Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

Суицид – самодеструктивное поведение человека, направленное на намеренное лишение себя жизни, а также отказ от реальных возможностей избежать смерти в критической ситуации.

Отличительная особенность таких явлений, как завершенный суицид, суицидальные попытки, демонстрации и имитации суицида, а также суицидальных замыслов, высказываний, угроз – идея смерти, которая в одних случаях только декларируется, а в других является подлинным регулятором поведения субъекта.

Причина суицидального поведения – понятие глубокое и сложное. Оно уходит своими корнями в социально-психиатрический анализ проблемы. Причина – это все то, что вызывает и обусловливает суицид. А.Г. Амбрумова основной причиной суицидальных действий считает социально-психологическую дезадаптацию личности, которая в одних случаях приводит к формированию суицидальных тенденций и реализации суицида, а в других является потенциально суицидоопасной. Помимо главной причины могут быть еще и второстепенные (болезнь, семейно-бытовые трудности и т.д.). От причины следует отличать условия и повод.

Под условиями понимают такой комплекс явлений, который хотя и не порождает конкретные следствия, но выступает необходимой предпосылкой их становления и развития. Нет причин и следствий без определенных условий. Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям. Анализируя причины суицидов, приходится повсеместно встречаться с зависимостью их от условий.

Повод – это событие, которое выступает толчком для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Поэтому анализ поводов самоубийств не выявляет их причин.

Чтобы адекватно понять суицидальное поведение необходимо в каждом конкретном случае ответить на два вопроса: почему человек совершает или намеревается совершить суицидальное действие и зачем он хочет это сделать?

По разным данным, от 33 до 90% самоубийц – люди с теми или иными психическими расстройствами и именно душевное расстройство заставляет их покончить с собой. А уж причины этого расстройства могут быть самыми разными, от неразделенной любви до наркозависимости и тяжелой болезни. Как подсчитала Всемирная организация здравоохранения, всего существует 800 мотиваций суицида. Из них: 41% – неизвестны; 19% – страх перед наказанием; 18% – душевная болезнь; 18% – домашние огорчения; 6% – страсть; 3% – финансовые потери; 1,4% – пресыщенность жизнью; 1,2% – физические болезни.

По мнению известного отечественного суицидолога Амбрумовой А.Г., система мотивов при суицидальном поведении всегда находится в напряженной динамике. В ней происходит борьба витальных и антивитальных, деструктивных

мотивов, воплощенных в пессимистической личностной установке. Это борьба с непредсказуемыми последствиями.

Если активен витальный мотив (например, чувство долга), тогда процесс развития суицидального поведения приостанавливается. Иногда какое-то событие может сыграть роль детонатора, последнего толчка и подтолкнет суицидента к конечной фазе – суицидальному акту. Один из указанных мотивов суицида обычно выступает в качестве ведущего, другие могут к нему присоединяться или отсутствовать. Тот или иной тип суицидального поведения проявляется в зависимости от возраста, типа личности суицидента, а также ситуации, провоцирующей суицид. Рассматривают пять типов суицидального поведения, т.е. пять типов ведущих мотивов:

1. Суицидальное поведение по типу «протеста« – возникает в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл суицида заключается в отрицательном воздействии на объективное звено. Месть – это конкретная форма протеста, нанесение конкретного ущерба враждебному окружению. Данные формы поведения предполагают наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности. Встречается чаще у мужчин молодого возраста (от 18 до 30 лет), мотивируется интерперсонально, конфликты чаще в бытовой сфере и носят острый характер. Пресуицидальный период короткий, попытка совершается в виде самопорезов на глазах окружающих, причем до 80% случаев в состоянии алкогольного опьянения. Суицид чаще совершают лица, злоупотребляющие алкоголем или страдающие органическими заболеваниями ЦНС.

2. Суицидальное поведение по типу «призыва« – смысл суицидного поведения состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности менее активна. Также встречается чаще у молодых людей от 18 до 30 лет, но преобладают женщины. Суицид обычно совершается в вечерние часы, чаще способом самоотравления. Возникает остро или подостро, психический статус суицидента определяется как реактивная депрессия с переживанием обиды, жалости к себе, отчаянием. Как и протестное, призывное суицидальное поведение обычно характерно для лиц с инфантильным личностным складом, которому присущи эгоцентризм, негативизм, эмоциональная неустойчивость.

3. Суицидальное поведение по типу «избегания« – проявляется в ситуациях угрозы наказания, угрозы личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность, а смысл суицида заключается в попытках избегания угрозы или при ожидании психического или физического страдания путем самоустранения. Характерен для более старших возрастных групп, суицид совершают мужчины и женщины старше 30 лет – обычно инвалиды, разведенные и вдовые, чаще в трезвом состоянии в утренние часы путем самоповешения, самоотравления. Если алкоголь и принимается, то после решения о суициде. Пресуицидальный период более растянут во времени.

4. Суицидальное поведение по типу «самонаказания« – определяется переживаниями вины реальной, или патологической вины. Самонаказание можно обозначить как протест во внутреннем плане личности при своеобразном расщеплении «Я», где есть «Я» подсудимый и «Я» судья. Причем смысл суицидов самонаказания имеет несколько разные оттенки в случаях «уничтожения в себе врага» (так сказать, «от судьи», «сверху») и «искупления вины» («от подсудимого», «снизу»). Среди суицидентов преобладают женщины с достаточно высоким образовательным и общественно-социальным уровнем, состоящие в браке. Суицид совершается чаще в утренние часы и совсем редко в опьянении. Пресуицидальный период длительный, а само самоубийство совершается жестоким способом.

5. Суицидальное поведение по типу «отказа« от жизни – при данном виде поведения цель и мотивы деятельности полностью совпадают. Мотивом является отказ от существования, а целью является лишение себя жизни: «Я умираю, чтобы умереть«. Этот тип суицида связан с потерей личностного смысла своего существования (например, в связи с потерей значимого близкого человека, в связи с тяжелым заболеванием, особенно неизлечимым) и невозможностью исполнять прежние, высоко значимые роли. Такой мотив, как отказ, часто характерен для весьма зрелых, глубоких личностей и может выражать не только отношение к лично невыносимой ситуации, но и философски пессимистическое отношение к миру в целом. Такой суицид чаще совершают мужчины старше 40 лет, в трезвом состоянии, в ранние утренние часы.

Таким образом, суицидальное поведение, как и любое другое, социально детерминировано, следовательно, имеет под собой определенную социальную почву. Психологические и культурологические факторы являются условиями, в которых проявляются те или иные формы, или модели суицидального поведения. Адаптированность личности к социальной среде характеризуется успешностью ее социализации, формированием в соответствии с требованиями среди установок, системы мотивации, ценностных ориентаций, включенностью в социальные и профессиональные группы и т.д.

Существует множество теорий, объясняющих причины суицидального поведения, приводящих классификацию самоубийств, но все они, в конечном итоге, должны быть направлены на устранение этих факторов. Также важную роль играет формирование жизнестойкости личности: развитие волевых качеств, постоянное стремление к саморазвитию, развитые навыки целеполагания и целедостижения, адекватный уровень самооценки, личностной тревожности, агрессивности, высокий уровень самоконтроля, способности к саморефлексии, развитые коммуникативные способности, отсутствие барьеров общения.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Белокрылов И.В.

Москва
РУДН

Представителями клинической науки и организаторами здравоохранения утверждается, что психотерапия является важнейшим звеном лечебно-реабилитационного процесса в наркологии. Однако за данной декларацией открывается реальная картина второстепенного, факультативного места этой специальности среди других, задействованных в наркологическом лечебно-реабилитационном процессе как в научном, так и в практическом аспектах. Ответственность за данное положение должны разделить как представители традиционной клинической наркологии, в том числе руководители службы, так и сами психотерапевты, работающие в данной области.

Анализ собственно психотерапевтических проблем показывает, что в период, когда наркологическая служба только начинала развиваться как самостоятельная научно-практическая дисциплина, психотерапия могла предложить фактически только технологии гипно-суггестивного характера. Они безраздельно господствовали тогда на фоне утраты традиций и школы психоаналитической и гуманистической психотерапии. Это обстоятельство породило двойственное отношение психиатров-наркологов к психотерапии. С одной стороны, врачам приходилось принимать или хотя бы терпеть такую психотерапию, поскольку она все же могла реально обеспечивать сколько-нибудь длительное поддержание ремиссий. С другой, – достижения суггестивной психотерапии, как известно, не стойкие, и они легко обесцениваются как больными, так и клиницистами в силу поверхностно-симптоматического характера ее воздействия.

Внедрение в отечественную наркологическую науку и практику психодинамических и других традиционных научно обоснованных психотерапевтических методов на современном этапе позволило существенно уточнить и систематизировать теоретические представления о психогенезе аддикций, а также оптимизировать программы психологической реабилитации больных. Так, исследования показали, что использование современных систематик личностной патологии, учитывающих психодинамические параметры пациентов, позволяет существенно сузить круг диагностических единиц этой патологии, наблюдающейся среди больных с зависимостью от ПАВ. Обнаружено, что они примерно поровну распределяются между пограничным, нарциссическим и зависимым типами расстройства личности; другие варианты личностных аномалий сопутствуют не более 15% всей аддиктивной казуистики. Данное обстоятельство позволило более целенаправленно вести поиск личностных факторов, предрасполагающих к развитию наркологических заболеваний. Такой поиск, в частности, привел к установлению особой роли в патогенезе аддикций расстройств самосознания, в основном – единства и границ Я, а также ассоциированной с ними аффективной патологии, в структуре которой выявляются признаки эмоционального отчуждения («негативная аффективность»).

Психодинамические исследования также существенно продвинули представления об особенностях поведенческих стилей наркологических больных. Так, существенно более точно были описаны паттерны, объединяемые понятием «поиска новизны». Такой «поиск», как правило, сопровождается у аддиктов признаками «стремления к разрушению успеха», т.е. такого бессознательно детерминируемого поведения, при котором они непроизвольно отказываются от собственных достижений и попустительствуют развитию личностно значимых тяжелых фрустрирующих ситуаций. Именно такие поведенческие стигмы сопровождаются рецидивированием либо усилением патологического влечения к ПАВ.

Существенный вклад психодинамические исследования внесли в изучение межличностных отношений аддиктов с представителями их значимого окружения. Осевой чертой таких отношений является амбивалентность коммуникативных стилей, отражающаяся неустойчивой пропорцией между стремлениями к аффилиациии и независимости (индивидуации). У одной категории аддиктов превалирует какой-либо один из указанных векторов, у другой, наиболее многочисленной когорты аддиктов обе эти тенденции находятся в непрерывном «перевешивании» одна-другой, что определяет особую дезадаптивность их коммуникативного поведения и его аддиктогенную роль.

Результаты. всех этих исследований в совокупности позволили расширить представления о мотивационных процессах, актуальных в плане понимания психологических механизмов динамики патологического влечения к ПАВ. При этом использование методов глубинной психологии (главным образом психодинамического направления) позволяет рассматривать не только осознаваемый, доступный клиническому и патопсихологическому анализу уровень актуальных мотивационных процессов, но и бессознательный, базисный.

Глубинные слои мотиваций в рамках психодинамического подхода были рассмотрены в контексте внутреннего конфликта, в содержание которого включено и само участие больного в лечебно-реабилитационном процессе. Более высокий уровень мотивированности на лечение подразумевает способность сохранять ситуацию внутреннего конфликта, то есть сохранять контакт с противоборствующими сторонами этого конфликта. Низкая мотивация связана с недостатком способности выдерживать напряжение интрапсихического конфликта, с тенденцией разрешать его в пользу более интенсивных патологических стимулов влечений. Анализ психотерапевтического процесса позволил описать в качестве важнейшего бессознательного аспекта этого конфликта «ненадежность хорошего внутреннего объекта», с которым ассоциируются мотивы выздоровления. Установленные грубые нарушения в сфере объектных отношений у аддиктов преломляются в психотерапевтическом процессе комплексом когнитивных, эмоциональных и поведенческих проявлений, общей характеристикой которых выступает расщепление, а в случаях наибольшей выраженности явления – диссоциированность психической деятельности пациентов.

Таким образом, анализ бессознательной динамики, лежащей в основе «борьбы мотивов», позволяет уточнить механизмы, ведущие к прерыванию участия наркологического больного в лечебной программе и усилению патологического влечения. Представленный теоретический анализ был положен в основу разработки ряда психотерапевтических технологий, направленных на усиление лечебной мотивации, повышение комплаентности в лечебно-реабилитационном процессе, увеличение эффективности лечения зависимости от ПАВ в целом. Задачей психотерапии, в конечном счете, является увеличение степени интегрированности психической жизни пациента, преодоление диссоциации до такого уровня расщепления, при котором возможно хотя бы кратковременное удержание в сознании плохих и хороших сторон объекта. В такой ситуации от терапевта требуется искусство «перевода» работы с симптомами в работу с конфликтами, объектными отношениями, защитами и другими базисными процессами, лежащими в их основе. Взамен эгодистонного отношения к патологическому влечению и к другой симптоматике зависимости от ПАВ больным предлагается рассмотреть эти феномены в качестве символического выражения их внутри- и межличностных проблем, понять их как «продолжение» своего Я. Признание повышения психической интегрированности в качестве важнейшей цели лечения наркологического больного придает особое значение групповой психотерапии.

На основании проведенных исследований, а также по данным сравнительного анализа зарубежной и отечественной практики психотерапии, можно утверждать, что в российской наркологии необходимо провести существенные преобразования, направленные на смещение пропорции между ее биологической и психологической составляющими в сторону усиления последней. Речь не идет, естественно, об ущемлении, ограничении внимания к биологической наркологии, а только об активизации развития психологии аддикции и личностно ориентированной психотерапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Богушевская Ю.В., Погосова И.А., Феоктистова Е.В., Казьмина Н.А.

Курск
Курский ГМУ

В профессиональной литературе описаны трудности терапии психических расстройств, проявляющихся соматическими симптомами. Базисным направлением ведения таких больных является использование широкого спектра методов психотерапии (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1996; Кузнецов А.Н., Тукаев Р.Д., 2008; Arnold I.A., 2004; Tazaki M.et al., 2006; Janca A. et al., 2006; Hollon S.D. et al., 2006). Некоторые авторы предлагают сочетать психотерапевтические методы с фармакологическими (Корнетов А.Н., 2004; Медведев В.Э. с соавт., 2006; Egle U.T., 2005).

Целью работы являлось изучение эффективности поведенческой психотерапии у больных с соматизированными психическими расстройствами на фоне традиционного медикаментозного лечения.

В 2014-2015 гг. комплексному обследованию были подвергнуты 60 больных соматизированными психическими расстройствами, находящихся на стационарном лечении в психосоматическом отделении ОГУЗ «Курская областная наркологическая больница», дневных стационарах Курской областной психиатрической больницы. В исследовании использовано широкое понимание термина соматизированные психические расстройства (СПР); включались пациенты с установленными в соответствии с МКБ-10 диагнозами: соматизированное расстройство (F 45.0), рекуррентное депрессивное расстройство с соматическими симптомами в текущем эпизоде (F 33.11), генерализованное тревожное расстройство (F 41.1).

В основную группу вошли 30 больных, получавших поведенческую психотерапию в сочетании с медикаментозным лечением в соответствии с принятыми стандартами. Контрольную группу составили 30 больных СПР, которые получали только психофармакотерапию. Социально-демографические характеристики в основной и контрольной группах достоверно не отличались. Использовались следующие методы исследования: клинико-психопатологический; клинико-динамический; психодиагностический (методика диагностики копинг-стратегий Э. Хайма, методика диагностики самочувствия, активности и настроения; шкала оценки личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина); статистические методы (описательная статистика и расчет показателей по критериям Вилкоксона и Манна-Уитни). Программа поведенческой психотерапии ставила следующие задачи: выявить неапдаптивные копинг-стратегии и продемонстрировать их негативное влияние на больного; сформировать мотивацию на изменение неадаптивных способов мышления на адаптивные; изменить неадаптивные способы поведения на адаптивные; оценить результаты изменений.

Проведена сравнительная оценка динамики показателей самочувствия, активности и настроения, уровня ситуативной тревожности у больных СПР в результате медикаментозного лечения и сочетанного применения психофармакотерапии и поведенческой психотерапии, изучены когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии. Психоэмоциональное состояние в начале лечения у больных основной и контрольной групп характеризовалось плохим самочувствием, пониженным настроением, низким уровнем активности и высоким уровнем ситуативной тревожности; когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии больных в обеих группах характеризовались непродуктивностью. Находясь в начале лечения в тяжелой стрессовой ситуации, обследуемые не могли ее самостоятельно преодолеть, непродуктивные копинг-стратегии усугубляли состояние. Неадаптивные когнитивные копинг-механизмы являлись пассивными формами поведения, характеризовались отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы. Непродуктивные эмоциональные варианты копинга проявлялись подавленным эмоциональным состоянием, чувством безнадежности и покорности, подавленностью, возложением вины за неприятности на себя. Неадаптивные поведенческие стратегии совладания со стрессом выражались поведением с избегающими мыслями о неприятностях, пассивной позицией, изоляцией от социума, отказом от решения проблем. При таких способах переживания стресса, личность не способна адекватно переработать сложившуюся ситуацию и найти из нее выход, что провоцирует вытеснение негативных переживаний в бессознательное и трансформацию их на телесном уровне в соматические симптомы.

Традиционные схемы лечения, которое получали больные СПР в соответствии со стандартами, отражали положительную динамику психического статуса в основной и контрольной группах. В результате психофармакотерапии отмечались преимущественно средние показатели самочувствия, активности и настроения, а уровень ситуативной тревожности в пределах верхней границы нормы. Положительные динамические изменения подтверждались достоверными статистическими различиями. В отношении неадаптивных коппинг-стратегий у больных СПР, получающих медикаментозную терапию, значительных изменений не произошло, они оценивались как непродуктивные.

Результаты исследования копинг-механизмов у больных основной группы обнаруживали значительные изменения: произошла замена непродуктивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий на относительно продуктивные и продуктивные. Известно, что продуктивные копинг-стратегии позволяют справляться с выраженным стрессом в широком диапазоне ситуаций и обеспечивают практически полное совладение. Относительно продуктивные копинг-стратегии дают возможность справляться со стрессом небольшой и средней интенсивности. Наиболее значимые сдвиги произошли в изменении эмоциональных способов реагирования. Эмоциональные копинг-стратегии в основной группе были преимущественно продуктивные, в то время как в контрольной группе преобладали непродуктивные варианты копинга (1,63 в контрольной и 2,57 в основной группе). Это значит, что больные, прошедшие поведенческую психотерапию, активно эмоционально реагируют на трудности, но при этом уверены, что из любой тяжелой ситуации всегда можно найти выход. Они настроены оптимистично по отношению к себе и окружающему, активно ищут пути разрешения проблем. Адаптивные копинг-стратегии направлены на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самосознания, они предполагают наличие веры в собственные ресурсы и ценностное отношение к собственной личности.

Больные, прошедшие поведенческую психотерапию также демонстрировали преобладание адаптивных и относительно адаптивных поведенческих механизмов совладания (2,23) по сравнению с контрольной группой, в которой наблюдались в основном неадаптивные поведенческие копинг-стратегии (1,77). Наличие продуктивных поведенческих копинг-механизмов предполагает сотрудничество со значимыми и более опытными людьми, поиск социальной поддержки и предложение ее близким, которые в ней нуждаются. Таким путем снижается риск социальной изоляции, что способствует эффективному преодолению стрессовых ситуаций, более выраженному улучшению психоэмоционального состояния.

Таким образом, об эффективности поведенческой психотерапии у больных, получающих сочетанное лечение, свидетельствуют различия на высоком уровне статистической значимости по всем показателям – самочувствие, активность, настроение, ситуативная тревожность; замена неадаптивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий на адаптивные и относительно адаптивные.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Бузик О.Ж., Гуревич Г.Л., Агибалова Т.В., Рычкова О.В.

Москва
1МНПЦ наркологии ДЗМ,
НИИН – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель настоящего исследования: разработка дифференцированных методов психотерапии в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью с параноидной шизофренией. В исследование включались больные алкогольной зави-

симостью средней стадии в сочетании с параноидной формой шизофрении (бредовый или галлюцинаторный варианты) с приступообразным типом течения (эпизодический со стабильным дефектом; эпизодический ремиттирующий; МКБ-10 – F20.0 (20.02; 20.03)). 154 больных с зависимостью от алкоголя в сочетании с шизофренией были рандомизированы на подгруппу 1а – больных, проходящих специализированную психотерапевтическую программу (71 человек), и подгруппа 1б – больных, получавших консультации врача-психиатра (83 человека). Рандомизация проходила после подтверждения включения пациента в исследование в соответствии с критериями включения и исключения. В экспериментальной подгруппе применялся разработанный метод психотерапии. В контрольной подгруппе применяли «консультирование по вопросам зависимости от алкоголя».

Все пациенты получали психофармакотерапию, дозировка которых соответствовала терапевтической: рисперидон 6-8 мг в сутки, ламотриджин 200-300 мг в сутки.

Психотерапия больных с зависимостью от алкоголя, осложненной коморбидным эндогенным заболеванием. В связи с учетом наличия значительно выраженного клинического неблагополучия больных исследованной группы, в клиническом интервью проверялась связь между симптоматикой психического заболевания и приемом спиртного. По имеющимся данным интервьюирования обследованных пациентов установлено, что потребление спиртного в значительной части случаев является особым способом совладания не только с психологическими неприятными переживаниями (чувствами скуки, пустоты, безрадостности, отчаяния, злобы, подавленности и т.д.), но и способом совладания с симптомами психического расстройства. Это важнейшей наблюдение позволило обосновать в качестве главной цели интервенции преодоления подобного особого «копинга с симптомами» – неконструктивного, разрушительного по своим действиям, усугубляющего психическое неблагополучие, утяжеляющего картину как наркологического, так и психического расстройства у больных исследованной группы. Данный вариант мотивации потребления спиртного был определен нами как «деструктивный алкогольный копинг» – ДАК. В каждом клиническом случае подобного рода «деструктивный алкогольный копинг» должен был быть расшифрован для самого пациента, его существование должно было быть доказано – наглядно, с примерами, желательно также с использованием письменной или наглядной фиксации. Для «расшифровки» указанного механизма или ДАК необходимо было использовать процедуры, позволяющие объективно оценить, в очевидной для самих пациентов форме, те связи, которые существуют между симптомами психического неблагополучия и приемом алкоголя. Предлагаемая психотерапия построена на основе психодинамической и когнитивно-поведенческой традиций, и сочетает в себе приемы поддерживающей психотерапии, показанной пациентам с психотическими симптомами и тяжелыми депрессивными состояниями, приемы работы с иррациональными когнициями, а также оригинальные и высоко значимые для выбранного контингента больных приемы проблемно-разрешающей, стресс-совладающей психотерапии, построенной не только применительно к внешним стрессам и жизненным обстоятельствам, но и с учетом актуальной симптоматики психического расстройства, также требующей «совладания» с нею (с конкретными симптомами, в числе которых проявления продуктивные, негативные, аффективные расстройства). Предлагаемая психотерапия предназначена для лечения пациентов с зависимостью от алкоголя, сочетающейся с параноидной шизофренией.

Основные мишени предложенного варианта психотерапии: нарушения нозогнозии в части, связанной с осознанием проявлений наркологической болезни, и в части, связанной с психическим расстройством, и в том числе – научение опознания признаков ситуативно или эндогенно-обусловленного ухудшения состояния и экзацербации симптомов (психического расстройства); дефициты совладающих стратегий (копинг-стратегий) и пассивно-страдательная позиция больных в отношении симптомов («выученная беспомощность»); нарушения самооценки у пациентов, включая оценку ими собственного состояния, с отказом от переживаний самостигматизации, безнадежности своего состояния; изменение взгляда на симптомы и на поведенческие нарушения, в том числе – связанные с приемом спиртного, с отказом их оценки как «не зависящих от моей воли», полностью неконтролируемых; способность распознавания собственного ПВА на ранних стадиях, с последующей квалификацией симптомов, и поиском альтернативных вариантов поведения; слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния (что есть основа саморегуляции и совладания с симптомом), нарушения способности установления контакта – в рамках терапевтического альянса, и способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста; нарушения коплаентности.

Последовательность выполнения психотерапии. Первый этап психотерапии – этап формирования мотивации на прохождение психотерапевтической программы. Второй этап – усвоение базовых принципов оценки собственного состояния и поведения пациентами.

Третий этап – групповой работы – предполагает закрепление способности больного анализировать свое состояние, отслеживать его динамику и осознанно выбирать стратегии совладания с симптомами.

На четвертом этапе подводятся итоги проведенной работы, формируются «образ желательного будущего», планы и цели пациента. Начальный диагностический и мотивирующий этап – 3 встречи длительностью 1-1,5 часа (всего от 1,5 до 5 часов), индивидуально. Этап индивидуальной работы в объеме 7-10 сессий для формирования новых адаптивных стратегий совладания с микрострессорами и симптомами. Групповой этап – 10 основных занятий по 3-4 часа в малой открытой группе до 7 человек, частотой 2 раза в неделю. На четвертом этапе (динамического наблюдения) – индивидуальные встречи по инициативе больного или врача, при наличии показаний (частотой от 1 раза в неделю до 1 раза в один-два месяца).

Оценка эффективности разработанной психотерапии. Проверялось предположение о различии в динамике показателя патологического влечения к алкоголю (ПВА) (измерен визуально-аналоговой шкалой) в исследованных подгруппах. Статистические гипотезы следующие: Гипотеза Н0: Степень выраженности ПВА идентична у больных шизофренией и наркологическим заболеванием в обеих подгруппах. Гипотеза Н1: Степень выраженности ПВА у больных шизофренией и наркологическим заболеванием в подгруппе 1а выше, нежели в подгруппе 1б. Статистическая гипотеза Н0 не может быть отвергнута для первого тестирования, но уверенно опровергается при тестировании через полгода от начала лечения. Содержательно это свидетельствует о том, что при значительном сходстве социально-демографических характеристик и клинических характеристик больных обеих подгрупп, все пациенты имеют сопоставимый уровень ПВА. Пациенты обеих подгрупп демонстрируют снижение ПВА при проводимой терапии, но динамика состояния значимо различается. Так, пациенты подгруппы 1а, ставшие участниками специализированной психотерапевтической программы, обнаруживают значимо более отчетливое снижение уровня ПВА. Заключение. Предложенная психотерапевтическая программа, основанная на сочетанном воздействии на симптомы зависимости от алкоголя и на способы копинга с симптомами психического расстройства, используемые больными (и всегда недостаточные) является пригодной для изученной группы больных. Участие в такой специализированной программе позволило уменьшить проявления ПВА у больных с зависимостью от алкоголя в сочетании с шизофренией, и это позволяет утверждать эффективность психоте-

рапевтической программы. Наблюдения свидетельствуют об укреплении альянса, росте комплаентности, формировании навыков саморегуляции, стратегий совладания со стрессом, с постепенным возрастанием роли поддерживающей среды для пациента, восстанавливающегося после обострения психического расстройства.

ПРОБЛЕМЫ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НАВЯЗЧИВЫХ РАССТРОЙСТВ

Бутылин Д.Ю.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

В литературе, посвященной психотерапии навязчивых состояний, большинство авторов придерживается точки зрения, что наиболее эффективным оказывается подход, сочетающий в себе методики когнитивного реструктурирования в комбинации с поведенческой психотерапией, посредством чего достигаются клинически значимые улучшения при лечении обсессивно-фобических расстройств (Ladouceur 1993, 1995; O'Kearney 1993; Clark 2000; Wilhelm 2000). Недостаточно изученным представляется вопрос подбора когнитивно-поведенческих методик для определенных вариантов обсессивно-фобических расстройств. В частности, отсутствуют специфические психотерапевтические методы для лечения сложных полиморфных навязчивостей, таких как навязчивости экстракорпоральной угрозы и контрастные навязчивости. Совершенствование и оптимизация существующих психотерапевтических техник, возможность поиска новых эффективных когнитивно-поведенческих направлений, а также разработка детальных руководств для проведения психотерапии указанных навязчивых расстройств является приоритетной задачей.

В одном из обширных обзоров, посвященных эффективности психотерапевтического лечения обсессивно-фобических расстройств, James и Blackburn (1995) указали на отсутствие достаточного количества данных, которые позволили бы судить об эффективности когнитивных психотерапевтических методик. Отсутствие этих данных обусловлено тем, что большинство исследований эффективности когнитивной психотерапии при навязчивостях включало в себя как использование когнитивного реконструирования, так и поведенческие практики, основанные на теории научения (Abramowitz 1996,1998; Foa и др. 1998). В современной литературе сравнительно небольшое количество исследований посвящено способам лечения, содержащим четко выраженный компонент когнитивного вмешательства. В отсутствии достаточного количества подобных исследований трудно определить степень, до которой когнитивный компонент способствует улучшению состояния пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами. При этом важно отметить, что когнитивные техники имеют первостепенное значение для пациентов с тяжелыми вариантами обсессивно-фобических расстройств и для пациентов, которые отказываются от поведенческих методик, основанных на непосредственном столкновении со стимулом (Freeston и др. 1997; Clark 2000).

С точки зрения когнитивной терапии, эмоциональные и поведенческие реакции не находятся в прямой взаимосвязи с воздействующими извне стимулами. По мнению одного из основоположников когнитивной терапии A.Beck (1991), реакция индивида на любого рода событие основана на приписываемом этим событиям определенном смысле. Только по результатам когнитивной проработки и интерпретации возникает ответ на представленный стимул. В случае возникновения значительного диссонанса между внешними стимулами и внутренней когнитивной проработкой происходит формирование невротических нарушений. Отсутствие ясного осознания данного конфликта мешает его рациональному разрешению, т.е. личность неспособна использовать собственные ресурсы для преодоления данной ситуации (A.Beck, 1991). Несмотря на то, что болезненные симптомы причиняют существенный дискомфорт, они же ведут к ослаблению конфликта, посредством того, что ведут к временному уменьшению интенсивности невротического страдания.

Процесс когнитивной проработки между воздействующим стимулом и последующей реакцией оказывается подконтрольным «автоматическим мыслям», которые носят отрывочный характер, возникают непроизвольно и в достаточной степени автономны (Beck & Weishaar, 1989). Это приводит к тому, что обсессивно-фобическая симптоматика формируется посредством уникального набора иррациональных «автоматизированных» убеждений.

Иррациональными идеями в когнитивной психотерапии принято считать такие мысли или убеждения, которые полны суеверия либо бессмысленны, однако имеют широкое распространение в определенном обществе и приводят к формированию невроза (Ellis, 1962). Так, мысли пациента с обсессивно-фобическими переживаниями сконцентрированы вокруг определенного набора убеждений (схемы убеждений), формирующих индивидуальную клиническую картину заболевания.

Ellis (1962) впервые описал ряд базовых иррациональных идей, которые ввиду своей патологической бессмысленности, как правило, приводят к формированию невроза. Steketee (1993) выделил базовые типы иррациональных мыслей и убеждений, которые лежат в основе определенных вариантов навязчивых нарушений. Самой общей и наиболее распространенной группой являются иррациональные убеждения, связанные с переоценкой степени угрозы или потенциального вреда. Следующая группа включает в себя патологические убеждения в сверхважности своих мыслей и необходимости контроля над ними. Иррациональные мысли, связанные с сомнениями, неуверенностью, виной и завышенной самооценкой образуют еще одну группу. И, наконец, автор выделил патологические убеждения, основанные на жестокости, агрессии и вопросах морали.

Все перечисленные варианты иррациональных мыслей и убеждений у пациентов с навязчивыми расстройствами включают в себя различные типы когнитивных ошибок. Среди наиболее типичных можно выделить патологическую фиксацию пациента на определенных деталях ситуации с игнорированием всех ее особенностей в общем. Данная когнитивная ошибка приводит к необоснованным, противоречащим действительности выводам. Так, пациент с навязчивостями экстракорпоральной угрозы, будучи осведомлен о том, что капля чужой крови, которая попала к нему на кожные покровы, не несет никакой прямой угрозы, фиксируется на самом этом факте, признавая при этом необоснованность своих переживаний. Быстро обработанное дезинфицирующими средствами место попадания крови, увещевания врача о том, что заражение таким образом произойти не может, информация, полученная из дополнительных источников, остаются проигнорированными.

Еще один вариант когнитивной ошибки заключается в том, что иррациональные убеждения могут основываться на единичной ситуации, которая в последующем вызовет их генерализацию. Данная когнитивная ошибка постепенно может привести к тому, что каждый внешний стимул будет восприниматься в качестве потенциально угрожающего (например, тяжелые варианты навязчивостей экстракорпоральной угрозы, когда объекты потенциального заражения/загрязнения распространены повсеместно).

Формирование набора иррациональных мыслей, сопряженных с переоценкой степени угрозы или вреда, происходит на фоне одновременного преуменьшения своих собственных возможностей, что является еще одним вариантом когнитивной

ошибки. Пациенты, как с навязчивостями экстракорпоральной угрозы, так и с контрастными навязчивостями, в силу стойкости и интенсивности симптоматики склонны к снижению волевого контроля и способностей к борьбе с обсессивно-фобическими переживаниями. Т.о., по мере прогрессирования навязчивых расстройств, нарушается не только способность адекватной оценки окружающей действительности, но и своих собственных возможностей.

Когнитивная психотерапия, направленная на идентификацию иррациональных убеждений, формирование способности адекватно оценивать степень опасности, переставая при этом переоценивать угрозу и завышать свою личную ответственность, была предложена 24 пациентам с невротическим (обсессивным) развитием личности. Достижение клинического улучшения регистрировалось при редукции обсессивно-фобических расстройств не менее, чем на 25% по шкале Йеля-Брауна. Достижение критериев клинической эффективности происходило к 25-30 сессии (что превышает аналогичные показатели для простых фобий и депрессивных расстройств). Положительный эффект был достигнут у 19 пациентов из 24 (8 с навязчивостями экстракорпоральной угрозы, 11 с контрастными навязчивостями).

Таким образом, когнитивная психотерапия, направленная на выявление схемы дисфункциональных убеждений и пусковых факторов, вступающих во взаимодействие с личностью пациента и приводящих к формированию навязчивых расстройств, у пациентов с контрастными навязчивостями и навязчивостями экстракорпоральной угрозы обнаруживала достоверно значимые клинические улучшения.

МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ, ОСНОВАННЫЙ НА КУПИРОВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ

Вальчук Д.С., Агибалова Т.В., Рычкова О.В.

Москва
НИИН – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского
Московский городской психолого-педагогический университет

Учитывая сложный, мультифакторный этиопатогенез зависимости от алкоголя, недостаточную до настоящего времени эффективность традиционных медицинских мероприятий, остается по-прежнему актуальной проблема поиска новых способов помощи больным. Такая помощь должна опираться на комплексный подход к лечению, где наряду с психофармакологическим воздействием важную роль играют психотерапевтические программы. Особо актуальной является задача создания краткосрочных и хорошо алгоритмизированных форм работы, дающих возможность широкого внедрения, экономичных с точки зрения затрат и реальных ресурсов наркологической помощи. Разработка и исследование эффективности программ терапии для больных алкогольной зависимостью должны проводиться с учетом развития специфического симптомокомплекса – патологического влечения к алкоголю (ПВА), значимость проявлений которого для течения наркологического заболевания неоднократно аргументировалась. Цель исследования: изучение структуры, клинических проявлений, психологических и психопатологических механизмов, предопределяющих динамику патологического влечения к алкоголю, разработка и апробация на основе феноменологии ПВА конкретного пациента, находящегося на стационарном этапе лечения, специализированной комплексной психотерапевтической и медико-социальной реабилитационной программы, обеспечивающей дифференцированный, индивидуализированный подход к лечению больных с алкогольной зависимостью. Проведено рандомизированное контролируемое исследование с использованием «attention placebo control group». В исследуемую группу включались больные алкогольной зависимостью во II стадии заболевания, либо переходной II – III стадии (F10.2. по МКБ-10), неоднократно проходившие лечение с использованием психофармакотерапии, психотерапевтических, методов предметно-опосредованной психотерапии. Критерии исключения – острые психотические состояния, коморбидная патология. В группу были включены 130 больных, средний возраст составил 40 + 6,4 года, мужчины. Был разработан специальный формат психотерапии больных с зависимостью от алкоголя, основанного на купировании ПВА («метод купирования ПВА»). Для регистрации полученных данных использовались следующие тесты и шкалы: Карта эпидемиологического исследования – «Анкета больного»; шкала ПВА (В.Б. Альтшулер), визуально-аналоговая шкала, шкала депрессии А.Бека, опросник SCID-II, тест аддиктивных установок Мак-Маллана-Гейлхар (МакМаллин Р., 2001). Основным методом исследования эффективности психотерапии стал эксперимент, который проводился по плану для двух неэквивалентных групп с предварительным и итоговым тестированием. В качестве независимой переменной выступает терапевтическая интервенция и особая тактика ведения больного, обеспечивающая влияние на ПВА. В качестве зависимых переменных выступает особенности клинического состояния больного, качество терапевтического альянса, аддиктивные установки, ПВА, поведение больного (в форме посещений психотерапевта и отказа от потребления спиртного). Были систематизированы и апробированы основные приемы психотерапии, вошедшие в комплексную программу с упором на купировании ПВА: мотивационное интервью, когнитивная психотерапия для работы с убеждениями и ожиданиями пациентов, телесно-ориентированная психотерапия, релаксационные технологии, включая медитацию, немедикаментозные методы регуляции физиологического состояния, методики «наводнения». В результате исследования было выявлено, что уровень ПВА не зависит от динамических характеристик алкогольной зависимости (включая длительность заболевания и длительность заболевания алкоголизмом). Уровень ПВА не коррелирует прямо с вероятностью повторной алкоголизации, и его влияние на решение принять спиртное опосредуется иными факторами (личностными, средовыми), включая установки и убеждения, противодействующие ПВА. Наличие в начальный период лечения установки на трезвость и избегание употребления спиртного, или возможность создания и закрепления данной установки являются значимыми предикторами длительной ремиссии. Для лиц, злоупотребляющих алкоголем, характерна высокая степень включенности психопатологических симптомов (невротических, неврозоподобных, психопатических, личностно-аномальных, аффективных), влияющих на переживание ПВА, и требующих учета при проведении лечебных мероприятий. Клинические особенности алкогольной зависимости у больных с высоким уровнем психопатологических проявлений предполагают особую тактику лечения данной группы больных. Тесная связь психопатологических проявлений ПВА и алкогольной деградации личности или иного имеющегося психического дефекта, усложняющие дифференциально-диагностическую оценку, могут быть точнее оценены в процессе проведения психотерапии, что позволяет оптимизировать лечения больных с зависимостью от алкоголя.

СМЫСЛОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ ИХ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Болезнь как событие жизни, благодаря собственной активности пациента, оказывается встроенной в сложную иерархическую систему смысловой сферы личности. Онкологическое заболевание существенно изменяет всю экзистенциальную ситуацию развития человека. Оно предъявляет особые требования к психическим возможностям осуществления деятельности, может приводить к ограничению контактов с окружающими людьми, меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а также его «внутреннюю позицию» по отношению ко всем обстоятельствам жизни. Новая социальная ситуация развития становится предметом активной внутренней «работы» самого больного, вследствие чего формируется новая внутренняя позиция человека, содержание и динамика которой отражает основные смысловые изменения в структуре личности. Таким образом, наличие онкологического заболевания может рассматриваться как ситуация, провоцирующая кризис психического развития и идентичности индивида. Суть основного психологического конфликта заключается в предполагаемом крахе жизненных ожиданий и возникновении в связи с болезнью реальной угрозы для жизни.

При этом, в экзистенциальном направлении принято считать, что столкновение с опытом смерти может стать тем толчком, который влияет на жизнь до смерти, перестраивает взгляды человека на существование и способствует экзистенциальной исполненности. Представители экзистенциального направления В. Франкл, И.Ялом, Дж. Бьюдженталь, А. Лэнгле и другие рассматривают конфронтацию со смертью как источник личностного изменения, так как осознавая конечность своей жизни, человек признает необходимость «наслаждаться будущем в непосредственном настоящем», используя свою кризисную ситуацию как стимул к внутренним переменам.

В психологической литературе имеется немало работ, посвященных проблеме смерти и ее влияния на человека. Можно выделить несколько направлений исследований: психология смертельно больных, раненых и умирающих, а также пути психологической помощи им; воспоминания людей, имеющих опыт близкого столкновения со смертью в результате чрезвычайных ситуаций; отношение и восприятие смерти в разные возрастные периоды онтогенеза. Однако в научной психологической литературе крайне мало работ, посвященных исследованию экзистенциально обусловленных индивидуальных особенностей людей, столкнувшихся с конечностью жизни вследствие тяжелого физического заболевания. Подобные исследования могли бы способствовать как более глубокому пониманию субъективного качества жизни онкологических пациентов с точки зрения ценностей и смыслов, так и разработке более дифференцированных подходов к оказанию психологической помощи и психологического сопровождения таких пациентов.

Таким образом, целью данного исследования явилось сравнительное изучение экзистенциальной исполненности, смысложизненных ориентаций и особенностей мотивационной сферы у больных с онкологическими заболеваниями крови, пациентов с личностными расстройствами и здоровых людей.

В экспериментальную группу вошли 19 человек с онкологическими заболеваниями крови, проходившие лечение в клинике «НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой«, в возрасте от 18 до 55 лет, среди них 6 мужчин и 13 женщин. Испытуемые были подобраны методом доступного случая. Первую контрольную группу составили 24 человека, страдающие личностными расстройствами, проходящие лечение в СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 имени академика И.П.Павлова» в возрасте от 19 до 55 лет, среди них 11 мужчин и 13 женщин. Во вторую контрольную группу вошли 20 здоровых человек, подобранные в соответствии с поло-возрастными характеристиками экспериментальных групп, среди них 5 мужчин и 15 женщин в возрасте от 20 до 55 лет.

Для решения поставленных задач в исследовании использовались следующие методы: психологическое интервью, опросники, проективные методики, качественные и количественные методы (сравнительный, корреляционный, дисперсионный анализы). Были использованы следующие методики: шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Орглер (адаптация И.Н. (адаптация И.Н. Майниной); тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева; метод Мотивационной индукции (ММИ) Ж.Нюттена; опросник выраженности психопатологической симптоматики (SLC-90- R); многофакторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла, форма С – 105 вопросов; шкала самооценки тревожности Спилбергера – Ханина.

Анализ результатов проведенного исследования позволяет сформировать представление о личностных и мотивационных особенностях, присущих лицам с онкологическими заболеваниями крови. Среди личностных характеристик, в наибольшей степени отличающих лиц с онкологическими заболеваниями крови от лиц, страдающих личностными расстройствами, ведущей, для данной выборки является экзистенциальная исполненность, проявляющиеся в таких личностных чертах, как открытость, восприимчивость, решительность, аутентичность, готовность к действиям и чувство долга. Данные показатели у лиц с заболеваниями крови статистически достоверно выше, чем у лиц с личностными расстройствами.

Следует отметить, что во всех трех группах экзистенциальная исполненность статистически значимо взаимосвязана с уровнем выраженности психопатологической симптоматики. Следовательно, чем больше осмысленного в жизни пациентов, чем чаще они живут с внутренним согласием, чем более аутентичны их решения и поступки, тем менее их беспокоят симптомы психопатологического дистресса.

Пациенты онкологической клиники демонстрируют более высокую целенаправленность, решительность, ответственность и осмысленность жизни в сравнении с лицами с личностными расстройствами. Также для них характерна более высокая оценка прожитой части жизни и уровня своих достижений в сравнении со здоровыми людьми. Следует отметить, что данный показатель в группе лиц с онкологическими заболеваниями крови положительно коррелирует на высоком уровне значимости с уровнем психопатологического дистресса. Таким образом, осмысление прожитой части жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть, существенно влияет на проявления психопатологической симптоматики.

Несмотря на тяжелый соматический дистресс, для испытуемых с онкологическими заболеваниями крови, в сравнении с лицами с личностными расстройствами, более характерны такие характеристики личности, как когнитивная и эмоциональная доступность для себя и для мира, способность приходить к решениям и ответственно воплощать их в жизнь, способность пойти на внутренние и внешние требования, соотнося их с собственными ценностями. Также для испытуемых с заболеваниями крови характерно положительное осмысление своего прошлого опыта и уровня своих достижений в сравне-

нии со здоровыми людьми. При этом, говоря о мотивационной сфере онкологических больных, следует в первую очередь указать ограниченность временных рамок желаемых целей. Испытуемые высказывают желания, связанные либо с ближайшим промежутком времени – месяц или год, либо с размытыми временными границами – неопределенно в течение всей жизни или «сейчас и всегда». На наш взгляд, такая специфика временной перспективы будущего может быть обусловлена тем, что пациенты, столкнувшись с осознанием возможности летального исхода заболевания, испытывают трудности в формулировании целей на отдаленные временные периоды.

Прохождение опасного для жизни лечения в условиях стационара, который сопровождается ограничением свободы, социального общения и возможности деятельности, оказывает существенное влияние на смысловую сферу больного, заставляя человека обратить свой внутренний взор на себя и свою жизнь. Онкологические больные, в связи с осознанием риска летального исхода при данном лечении, сталкиваются с невозможностью увидеть будущее и ставить цели на отдаленные периоды, их мотивационная сфера сужается до прошлого и настоящего процесса жизни, позволяя им более глубоко переосмыслить свой прошлый опыт и полноценно проживать свою жизнь «здесь и сейчас».

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Газизова М.Ф.

Уфа

Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

Лечение больных пограничными психическими расстройствами в условиях круглосуточного психотерапевтического стационара, как правило, рекомендуется при необходимости снижения интенсивности аффективных переживаний посредством «изъятия» пациента из психотравмирующей среды ближайшего окружения, что невозможно осуществить при амбулаторном консультировании. Вместе с тем данная терапия характеризуется рядом особенностей: врач-психотерапевт ведет 15-18 больных; длительность пребывания на койке – 14-30 дней; пациенты страдают разными заболеваниями, проявляющиеся различными симптомокомплексами, и фиксированы на выраженном дискомфорте, при разрешении которого – выписываются; весомая часть пациентов недостаточно мотивированы или не готовы признать ответственность за свое состояние; возможность подбора терапевтом больных минимальна; пациент одновременно получает несколько видов терапии (помимо медикаментозного лечения обязательно применяются разные методы психотерапии, а также физиотерапевтические процедуры), мало времени для установления доверительного контакта. В связи с этим врач-психотерапевт не может ежедневно проводить индивидуальные занятия с каждым курируемым пациентом. Необходимость же в интенсивной работе с каждым из них стоит остро. Выходом из сложившейся ситуации являются групповые методы психотерапии, широко используемые нами в психотерапевтических стационарах. Они позволяют купировать состояние, потребовавшее госпитализации, ускорить редукцию патологических симптомов и снизить риск рецидива болезненных проявлении.

Автором этой статьи проанализирован опыт использования в групповых занятиях аутотренинга по Шульцу и дыхательных упражнений из практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан» в условиях стационарного психотерапевтического отделения (СПО) ГАУЗ «Республиканский клинический психотерапевтический центр» МЗ РБ. Эти методы были выбраны в связи с тем, что их можно проводить с группой пациентов, они являются неспецифичными и могут применяться в терапии всех пограничных психических расстройств, не требуют раскрытия пациентом переживаний. Частая смена состава группы на эффективность и методику влияет минимально, отмечается быстрый, при повторении – стойкий, эффект. Является важным условием возможность применения у пациентов с различными психическими расстройствами (весь спектр пограничной патологии) и типами личности. Так, например в стационаре ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ наблюдается следующая структура заболеваний: 44,9% – органические расстройства, ведущим симптомом которых являются нарушения настроения (F06,3-F06,8), 42,3% – невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48), 10,3% – расстройства настроения (F30-F39, без психотических симптомов, легкое и умеренное течение), 2,6% – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

Целью настоящего исследования явился анализ эффективности дыхательных упражнений в терапии пограничных психических расстройств.

Материал и методы. В исследовании участвовали 62 пациента отделения, из них на этапе сбора материалов исключены 11. Исследуемые были поделены на 2 группы, с членами первой группы (24 человека), которая является основной, – проведено занятие по обучению дыхательным упражнениям практики «Океан» (ДУ), вторая – контрольная (23 человека), были на занятиях обучения аутотренингу по Шульцу (АТ). Учитывая мировой опыт и отдельные научные работы, метод аутотренинга в данном исследовании взят как эффективный, для сравнения и контроля результатов основной группы. Использовались шкалы самооценки самочувствия и активности. Достоверность различий оценивалась по методу вариационной статистики критерия Уилкоксона для парных случаев непараметрических распределений. Различия считались достоверными при значениях $p<0,05$.

Результаты. Оценка эффективности лечения производилась на основе подсчета в обеих группах удельного веса пациентов, продемонстрировавших изменение состояние на фоне лечения – т.н. «респондеров». Критерием стало изменение показателя по шкале самооценки самочувствия и активности. По итогам анализа динамики было установлено, что в группе ДУ удельный вес респондеров составил 58,33%, в группе АТ – 54,55%. Следовательно полученные данные дают основание говорить о сопоставимости эффективности в обеих группах. Дальнейшее изучение эффективности ДУ у пациентов СПО производилось путем выявления изменений, достигнутых к концу занятия, для чего был произведен поиск арифметического среднего сдвигов в значениях шкал самооценки после проведения сессии по сравнению с фоновыми значениями до занятия в обеих группах. Средняя арифметическая изменения оценки самочувствия после дыхательных упражнений составила 6%, по шкале активности – 6,83%, и после аутотренинга – 7,73% и 9,32% соответственно, что свидетельствует об улучшении самочувствия и повышении активности. Оценка статистической значимости сдвигов осуществлялась с помощью непараметрического критерия Вилкоксона. Все полученные данные соответствуют $p<0,05$, что подтверждает достоверность изменений.

Таким образом, доказана эффективность обучения дыхательным техникам практики «Океан», как психотерапевтического метода, направленного на обучение саморегуляции, сравнимого с эффективностью аутотренинга по Шульцу, с возможностью применения в групповой стационарной терапии.

ПСИХОМОТОРИКА КАК ЧАСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Гайворонская Е.Б., Ширяев О.Ю., Алексеева Д.Н., Цыпченко О.В.

Воронеж
Воронежский ГМУ им. Н.Н. Бурденко

В свете меняющейся парадигмы в медицине и психиатрии, продолжающегося и набирающего темпы взаимопроникновения медицины и смежных наук, таких как психология, социология, философия, усилия ученых всего мира направлены на решение задачи максимальной индивидуализации медицинской, в том числе психиатрической помощи. Рассмотрение пациента как личности, представителя определенной социальной группы и культурной среды, с полным контекстом его отношений и условий жизни отражено в теории личностно-ориентированной медицины (Mezzich J.E, 2010.). Данный подход значительно обогащает терапевтический процесс и способствует творческому развитию методов реабилитации в психиатрии (Ширяев О.Ю., Ляпина Е.С., Махортова И.С., 2007). Психотерапия в комплексном процессе восстановления здоровья пациента играет важную роль. Существующие методы психотерапии способны обеспечить достаточную эффективность психотерапевтического лечения. В настоящее время эти методы имеют тенденцию к интеграции. В этой связи особое значение уделяется психотерапевтической стратегии, как стержню, без которого методы могут даже терять свою ценность. Задача стратегии психотерапии – обеспечить целостность психотерапевтического процесса, в котором психическое и соматическое звенья проявляются в едином жизненном цикле, неотъемлемой частью которого является психомоторика человека (Gayvoronskaya E., 2014).

Целью исследования было изучение роли психомоторных влияний при проведении психотерапевтического курса в комплексной терапии тревожно-депрессивных расстройств.

Материал и методы. В данное исследование вошли 60 пациентов амбулаторного приема с тревожными и депрессивными расстройствами, которые были разделены на 2 группы (по 30 пациентов в каждой группе). Все пациенты получали однотипную терапию антидепрессантами группы СИОЗС и курс интегративной психотерапии, состоящий из 15 сессий, продолжительностью по 1,5 часа. Пациенты 2-й группы, в отличие от пациентов 1-й группы, прошли курс психотерапии, в общую стратегию которой была внесена психомоторная терапия. Данная терапия предусматривала: а) мышечную активацию посредством двигательной активности, б) двигательное сопровождение психотерапевтических техник, ведущими терапевтическими факторами которых были когнитивные процессы, в) специфическая двигательная активность, такая как работа с ритмом, эквилибриум, элементы танца.

Экспериментально-психологическое исследование, включающее госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), опросник SF-36, методику незаконченных предложений Сакса-Леви, было проведено дважды: перед началом комплексной терапии и через 1 месяц после ее окончания.

Все пациенты были информированы о целях и задачах исследования и подписали форму информированного согласия.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования покали, что во 2-й группе пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами редукция показателей тревоги и депрессии достоверно выше ($p<0,05$), чем в 1-й группе (на 18% – тревоги и на 20% – депрессии).

Интегральные показатели качества жизни возросли в 1-й группе на 39% (психологический компонент здоровья) и на 13% (физический компонент здоровья); во 2-й группе – на 55% и 27% соответственно, т.е. разница составила 16% (по психологическому компоненту здоровья) и 14% (по физическому компоненту здоровья).

Отмечены также различия в системах отношений пациентов. В результате терапевтического курса у больных повысилась самооценка, уменьшилось количество страхов, в особенности, в отношении будущего. У лиц 2-й группы после терапевтического курса адекватная самооценка встречалась на 30% чаще, а страхи – на 25% реже, по сравнению с лицами 1-й группы.

Эти данные свидетельствуют о преимуществах психотерапевтического процесса с активным использованием психомоторики человека по сравнению с психотерапевтическим курсом, основным терапевтическим фактором которого являются только когнитивные компоненты психики человека. Психотерапевтическая стратегия, обогащенная психомоторными влияниями, приводит к наиболее полной редукции тревожно-депрессивной симптоматики, улучшению качества жизни и картины мира пациентов.

Выводы.

1. Использование психомоторных влияний при проведении психотерапевтического курса в комплексной терапии больных с тревожными и депрессивными расстройствами способствует наиболее полной редукции тревожной и депрессивной симптоматики по сравнению с психотерапевтической стратегией, направленной на использование только когнитивных компонентов психики.

2. Применение психомоторной терапии в общей психотерапевтической стратегии способствует увеличению интегральных показателей качества жизни – физического и психологического компонентов здоровья, а также максимальной редукции страхов в системе отношений пациентов.

3. Психомоторные влияния являются необходимым элементом в осуществлении полного психосоматического цикла и переводят функционирование психических процессов человека на поведенческий уровень для эффективного осуществления психологической трансформации.

ПОДРОСТКОВЫЕ СУИЦИДЫ КАК ОДНА ИЗ РАЗНОВИДНОСТЕЙ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Галиуллина Н.В., Евтушенко Е.М.

Уфа
Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

Актуальность суицидального поведения несовершеннолетних в России, как и в большинстве западных стран, возрастает. В анамнезе подростков, совершивших суицидальные действия, часто встречаются поведенческие нарушения, злоупотребление ПАВ, а также семейные, социальные и психологические проблемы.

Нами было проанализировано 79 случаев подросткового суицида. Из них 27 случаев завершенного суицида и 52 попытки суицида. При анализе полученных данных выявлены следующие особенности:

Из завершенных суицидов только один подросток страдал умственной отсталостью в легкой степени дебильности. Из попыток суицида в 6 случаях из 52 в материалах дела имеются сведения о психической патологии у подростков. В общей сложности у 7 подростков из 79 выявлена психическая патология, что составляет всего 9% от общего количества исследованных случаев. Во всех остальных случаях психической патологии у подростков выявлено не было.

Из завершенных 27 суицидов 17 совершили подростки мужского пола, но суицидальные попытки в основном демонстративного характера в 42 случаях из 52 совершали девочки.

Наибольшее количество суицидальных действий (завершенных и попыток суицида) приходится на подростков старше 15 лет: 22 из 27 завершенных суицидов и 47 из 52 попыток. Это объясняет особенностями психического развития детей. До 10 лет дети обычно не могут понять необратимость смерти и следовательно не могут совершать истинные суицидальные действия, поэтому риск истинного суицидального поведения возрастает в подростковом возрасте.

Суициды и суицидальные попытки совершают преимущественно подростки из неполных и неблагополучных семей. Из 78 подростков в 33 случаях семьи – полные и характеризуются формально положительно. В 46 случаях (что составляет 58% от общего числа) подростки воспитывались либо в неполных и неблагополучных семьях, приемных семьях и детских домах.

В 4 случаях из 27 (завершенные суициды) были очевидны ситуационные индикаторы: подростки скучали по умершей матери, умершей сестре, высказывали желание воссоединиться с ними, были в подавленном настроении. Нарушение структуры семьи один их сильнейших стимуляторов подростковых суицидов.

В анамнезе поведенческие нарушения отмечаются у 27 подростков от общего количества рассмотренных случаев, что составляет 34%.

Употребление ПАВ зафиксировано в одном случае из рассмотренных, когда девушка, не будучи в состоянии преодолеть эту пагубную привычку, после расставания с молодым человеком, совершила законченный суицид.

Связь между суицидальным поведением и приверженностью подростковой субкультуре наблюдается в 3 случаях из рассмотренных 79, при этом все 3 закончились истинным суицидом. Необходимо отметить, что после смерти подростков, многие свидетели говорили о том, что подростки посещали сайты готов, «челкастых», фэнтази, искали способы ухода их жизни. Но ни родители, ни учителя не обратили внимание на это, никто не предотвратил готовящиеся суициды подростков.

Несмотря на то, что психические расстройства документально зафиксированы только в 7 случаях из 79, депрессию, импульсивность, повышенную эмоциональность родители, учителя, друзья отмечают в 71 случае. Другими словами, в 90% случаев очевидны эмоциональные и поведенческие индикаторы суицидального настроения подростков. Свидетели отмечают подавленное настроение, замкнутость, раздражительность у подростков. Из этого следует, что эмоционально-волевые изменения, личностные особенности могут считаться предиктами суицидального поведения подростков и должны рассматриваться психологами, социальными педагогами, при необходимости психотерапевтами в качестве терапевтической мишени для мероприятий по снижению риска суицида.

Подростки впечатлительны, склонны к колебаниям настроения, способны ярко чувствовать и переживать, для них характерна эгоцентрическая устремленность, слабость критики. Характерны также повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке себя и окружающих. В 63 случаях из 79 (что составляет 80% от общего числа рассмотренных случаев) причиной завершенных суицидов и попыток были: ощущение одиночества, своей ненужности, отсутствие будущего, страх перед предстоящими экзаменами, судебными разбирательствами, осуждением родителей, страх перед поступлением в учебные учреждения, ссоры с родными, друзьями и т.д. Другими словами, причиной 79% случаев суицида и суицидальных попыток была эмоциональная нестабильность, характерная для подросткового возраста.

Основными мотивами суицидального поведения, которые озвучивали подростки являются: переживание обиды, одиночества, непонимания со стороны родителей, неразделенные чувства, ревность, переживания, связанные с конфликтными отношениями между родителями или между родителями и подростками, чувство стыда (ровесники смеялись над мальчиком, у которого был больной дядя), боязнь наказания (суицидальная попытка и завершенный суицид перед предстоящим судом), чувство протеста в ответ на наказание родителей, уход любимого человека. Факторами, которые подталкивают ребенка к суициду, являются внутрисемейные конфликты, возникающие из-за требований родителей к ребенку (как ему кажется завышенных), ссоры между родителями.

В 35% (28 эпизодов) случаев наблюдается взаимосвязь суицидов и шантажных попыток с отклоняющимся поведением: низкой успеваемостью, пропусками занятий, опозданием на них, употреблением алкоголя и ПАВ, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями.

В 27% случаев (22 эпизода) причиной суицидального поведения являются любовные переживания. Стандартная ситуация: девушка сообщает мальчику о разрыве, он режет вены в знак протеста и наоборот. Часто подростки угрожают суицидом в случае расставания, совершают его в присутствии любимого человека, пытаясь, таким образом, его удержать.

Почти в 80% случаев из рассмотренных наблюдались поведенческие индикаторы суицидального риска: изменения настроения, прощальные записки, высказывания, поиски способов ухода из жизни в интернете, выбор тем для разговора, связанных с уходом из жизни, снижение активности и т.д. Это прямые коммуникативные индикаторы (сообщения о готовящемся суициде) и эмоциональные индикаторы (изменения настроения, стремление к уединению). Эти индикаторы являются призывом о помощи и задача родителей, педагогов, психологов, социальных педагогов увидеть и отреагировать на них.

Способы ухода из жизни при завершенных суицидах: самоповешение, падение с высоты, прием большого количества лекарств. Они свидетельствуют об аффективном состоянии подростков и их стремлении уйти из жизни. Для случаев суицидальных попыток характерны в основном нанесение неглубоких самопорезов, что указывает на демонстративный и шантажный характер суицидальных попыток.

Обобщая полученные данные можно говорить о том, что:

- распространенность суицидального поведения выше среди подростков, воспитывающихся в неполных, неблагополучных семьях или в детских домах, т. е там, где отсутствуют прочные семейные связи, которые служат защитным фактором;

- процент завершенных суицидов выше среди подростков мужского пола, а суицидальные действия шантажного, демонстративного плана в большей степени отмечаются среди девочек-подростков;

- несмотря на то, что формально подростки не имеют психиатрического диагноза, анализ личностных особенностей выявляет формирование патологических черт (повышенную лабильность, поведенческие нарушения, возбудимость, демонстративные тенденции, импульсивность, депрессии, замкнутость), т.е. личностные особенности могут считаться предиктами суицидального поведения подростков и должны рассматриваться психологами, социальными педагогами, при необходимости психотерапевтами в качестве терапевтической мишени для мероприятий по снижению риска суицида;

- практически во всех случаях наблюдались ситуационные, эмоциональные, поведенческие индикаторы суицидального риска и своевременная реакция на них родителей, педагогов, психологов, социальных педагогов могла предотвратить суицидальные действия.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Джангильдин Ю.Т., Баранов М.Л.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
Центр восстановительной медицины ГВКГ ВВМВД России

По данным ВОЗ гипертоническая болезнь является одной из самых распространенных среди болезней сердечно-сосудистой системы. При этом заболевании наблюдается очень высокий уровень частоты коморбидных тревожно-депрессивных расстройств (по некоторым данным достигающий 70%). Они являются одной из ведущих причин временной потери трудоспособности при ГБ и могут значительно увеличивать тяжесть протекания и прогноз данного заболевания, а также повышать уровень смертности у таких больных.

Целью настоящего исследования явилась разработка когнитивно-поведенческой модели психотерапии, адаптированной для применения в стационарных условиях для больных гипертонической болезнью.

Для достижения указанной цели обследовано 102 пациента с диагнозом гипертоническая болезнь и обнаруживающих нарушения аффективного спектра в виде различных тревожных и депрессивных расстройств непсихотического уровня. Все включенные в исследование больные были рандомизированно разделены на 2 однородные группы. Основная группа – 62 человек, пациенты, получавшие терапию методом когнитивной психотерапии и когнитивной гипнотерапии в сочетании с психофармакотерапией. Контрольная группа – 40 человек, лечение которых проводилось в соответствии с лечебными стандартами и применением психофармакотерапии. В работе использовались клинико-психопатологический и психометрический методы исследования с применением следующих тестовых методик: шкала тревоги Спилбергера-Ханина, Торронтская шкала алекситимии, госпитальная шкала тревоги и депрессии, копинг-тест Лазаруса, SF-36 Health Status Survey (опросник качества жизни SF-36).

Психотерапевтическое вмешательство проводилось методом специально адаптированной когнитивной терапии, дополненной техниками когнитивной гипнотерапии, по одинаковой схеме в индивидуальном и групповом форматах. Мишенями психотерапевтического воздействия были когнитивные дисфункциональные схемы, составляющие основу избыточно используемых стратегий совладания со стрессом, а так же аффективных расстройств у пациентов с различной личностно-типологической картиной. Разработка дифференцированной когнитивной психотерапии основывалась на выявлении базовых личностно-типологических свойств, влияющих на тот или иной выбор стратегий преодоления.

Результатом психотерапии было формирование у пациентов навыков осознавания дисфункциональных автоматических мыслей и убеждений, их оценки и конфронтации с ними, с последующей трансформацией в более конструктивные, способствующие появлению более адаптивных поведенческих стратегий.

Критерием эффективности разработанного варианта когнитивно-поведенческой терапии в комплексном лечении больных с гипертонической болезнью в условиях стационара для исследуемой группы больных явилась более значимая в сравнении с контрольной группой положительная динамика показателей частоты встречаемости жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, алекситимии, тревожности (реактивной и личностной), а также показателей стратегий совладания со стрессом и качества жизни, отражающих психоэмоциональный и физический компоненты здоровья.

Таким образом, использование адаптированного варианта когнитивной терапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств при гипертонической болезни, позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении психосоматического компонента гипертонической болезни, а также коморбидно текущей аффективной патологии, сократить восстановительный период и улучшить прогноз данной категории больных, проходящих лечение в условиях многопрофильного стационара.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАФОРИЧЕСКИХ АССОЦИАТИВНЫХ КАРТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ

Динкель О.Л., Соркина Л.А.

Прокопьевск
ГБУЗ КО Прокопьевская психиатрическая больница

Проблемы адаптации (приспособления) человека к окружающей среде, образу жизни, профессиональной деятельности всегда являлись актуальными (Карауш И.С. Куприянова И.Е., 2006). Расстройство адаптации широко распространено как в общей медицинской (до 10%), так и в амбулаторной психиатрической практике (23-27%). и является дезадаптивной реакцией на отчетливо обнаруживаемый психосоциальный стресс или стрессы, проявляющейся через 3 месяца после начала действия психотравмирующего фактора. Реакция является дезадаптивной и приводит к нарушениям функционирования в социальной или профессиональной деятельности, а клинические эмоциональные расстройства выходят за рамки нормальных, обычных, ожидаемых реакций на подобный стресс. Диагностические критерии этой нозологии представлены в МКБ-10 в рубрике Р43.2. Стресс – это состояние напряжения адаптационных механизмов. Критические ситуации вызывают дистресс, который восприниматься и переживается субъектом как горе, личное несчастье, сопровождается снижением контроля, истощением сил и нарушением адаптации, препятствует самоактуализации личности.

Под нашим амбулаторным наблюдением находились 18 пациентов с расстройством адаптации (Р43.21 и Р43.22) в течение от трех до шести месяцев. Из них 13 женщин и 5 мужчин. Средний возраст составил 43+-0,47лет. Все пациенты дали информированное согласие на комплексное лечение, включающее психотерапию и психофармакотерапию с применением антидепрессанта «агомелатин». Психотерапевтические сессии проводились 1 раз в неделю, продолжительностью 1 час. Катамнез отслеживался в течение 6 месяцев.

Пациенты были разделены на две группы: у 11 человек применялась интегративная психотерапия, включающая гешгальт-терапию, рациональную психотерапию, нейролингвистическое программирование; в психотерапии 7 человек, как основной метод терапии, применялась работа с метафорическими ассоциативными картами.

Метафорические ассоциативные карты – это психотерапевтический и психологический инструмент, который относится к группе проективных методик, и используется в психотерапевтической практике в 25 странах мира, в качестве диагностической и терапевтической процедуры. Метафорические ассоциативные карты («Ох-карты», «ОН-cards», «проективные карты», «терапевтические карты») представляют собой набор разных по количеству, цвету и содержанию картин карточного формата, разработанных при совместим участии художников и психотерапевтов. Первая колода метафорических ассоциативных карт была создана в 1975 году канадским профессором искусствоведения Эли Раманом. Его колода карт получила название «ОН» (междометие, в англий-

ском языке выражающее «удивление»). Им, совместно с психотерапевтом Джо Шлихтером, были разработаны правила и принципы использования карт как психотерапевтического инструмента. Позднее, благодаря немецкому психотерапевту Моритцу Эгетмейеру и его издательству «OH-Verlag» карты распространились по всему миру и дали развитие нового направления психотерапии. Ряд других специалистов созданы другие, собственные метафорические карточные колоды. Изображения на картах включают процессы проекции и свободных ассоциаций. При работе со зрительными образами у пациента отсутствует или значительно снижена сознательная цензура, и это облегчает работу с его подсознательными конфликтами, вытесненным материалом.

Психотерапия проводилась в индивидуальной форме. Длительность курса психотерапии с использованием метафорических ассоциативных карт длилась в среднем 1.7 месяцев; с применением интегративной психотерапии – 4.2 месяца. Об эффективности проводимой терапии мы судили на основании динамики эмоционального состояния пациентов, результатов психологических тестов, положительных отзывов пациентов о своем состоянии, о своих переживаниях, связанных с проводимой психотерапией, динамики в профессиональных и семейных межличностных отношениях.

Использовались наборы «OH», «Core», «Habitat» самостоятельно или в различном сочетании. При проведении психотерапии OH-карты создавали атмосферу безопасности и доверия, поощряли людей к рефлексии, самопознанию, открытию собственной креативности и улучшению коммуникации с окружающими. Они очень быстро помогали пациентам прояснить и осознать актуальные переживания и потребности, их незавершенные внутренние процессы, вытесненные травматичные переживания; помогали разобраться в причинах происходящих с человеком событий и найти решение для сложных ситуаций. Использование OH-карт позволяет получить доступ к целостной картине собственного «Я» пациента, его личностному мифу о мире и о себе в нем. а также о его субъективном образе ситуации. Использование OH-карт для обращения к психотравмирующей ситуации через метафору, позволяет избежать дополнительной ретравматизации и создает безопасный контекст для поиска и моделирования решения. Карты запускают внутренние процессы самоисцеления и поиска своего уникального пути выхода из кризиса, восстанавливая нарушенную адаптацию, повышая стрессоустойчивость.

Клинически положительный эффект от проводимого лечения проявлялся в уменьшении или исчезновении чувства тревоги, внутреннего напряжения, раздражительности, повышении общего фона настроения, оживлении эмоциональной реакции, интересов, исчезновении инверсии и улучшения качества сна, улучшении ситуации на работе и в семье.

По данным катамнеза, длительностью шесть месяцев, у всех пациентов группы, в терапии, которой использовались метафорические ассоциативные карты, курс лечения был достоверно короче, на всем протяжении наблюдения сохранялась достигнутая профессиональная, семейная адаптация, отсутствовали вегетативные и аффективные нарушения, пациентами отмечалась стрессоустойчивость. В группе, которой применялась интегративная психотерапия курс лечения был дольше. 4 человека вновь обращались за помощью при возникновении стрессовой ситуации в семье или на работе.

Таким образом, вполне очевидна необходимость дальнейшего применения метафорических ассоциативных карт в комплексном лечении пациентов с расстройством адаптации, которые существенно расширяют терапевтический арсенал психотерапевта. Введение новых методов и форм психотерапевтического, психологического и психиатрического сервиса, нацеленных на укрепление здоровья населения позволяет решать одну из важнейших задач по повышению качества жизни современного человека (Куприянова И.Е., Семке В.Я. 2004).

ДИНАМИКА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ, ОСНОВАННОЙ НА ПРОАКТИВНОСТИ

Ерзин А.И.

Оренбург
Оренбургский ГМУ

Введение. Главной целью психотерапевтической и психокоррекционной работы явилось создание условий для формирования предикторов проактивного поведения у больных шизофренией. Проактивность рассматривается как компонент ядра здоровой личности, включающий в себя постановку личностно-значимых целей, прогнозирование и превенцию будущих событий, воздействие на условия существования в противоположность пассивной адаптации. Структуру проактивности, по нашим представлениям, составляют саморефлексия и самоконтроль, самодетерминация, прогнозирование и антиципация, автономия в принятии решений, спонтанность, интернальный локус контроля и метамотивация. Программа клинико-психологической интервенции преследовала целью инициацию ресурсов личности, направленных на постановку жизненно-важных целей, формирование конструктивных намерений, выработку стратегических планов деятельности, обеспечение произвольной саморегуляции, проактивное преодоление трудных жизненных ситуаций и, наконец, достижение поставленных целей и оптимального функционирования личности.

Материалы и методы. Было отобрано 15 больных параноидной шизофренией (Группа 1), давших свое согласие на проведение психокоррекционных мероприятий. Все участники коррекционной программы были осведомлены о целях и средствах коррекционной работы, которая проходила в форме групповых занятий. Коррекционная программа основывалась на конструкте проактивности и преследовала своей целью улучшение показателей социально-психологической адаптации больных. Другие 15 больных (Группа 2) с показателями социального функционирования, сопоставимыми с первой группой, проходили стандартное лечение (психофармакотерапия в сочетании с психообразованием). В последующем сравнивались результаты динамики общего состояния и социального функционирования в обеих группах пациентов.

С целью оценки эффективности клинико-психологической интервенции использовалась Шкала общего клинического впечатления об улучшении состояния, которая предъявлялась пациентам и их родственникам, а также лечащим врачам-психиатрам, чтобы они смогли констатировать возможные изменения в функционировании больных. Кроме того, применялась Шкала глобальной оценки социального функционирования.

Результаты. Социальное функционирование участников исследования, измеренное с помощью шкалы GAF, у лиц, проходивших авторскую программу групповой психокоррекции, в большинстве своем было относительно компенсированным. После проведения групповых занятий отмечалось существенное повышение показателей социального функционирования, что было подтверждено статистически. У контрольной группы пациентов, проходящих стандартную терапию, также отмечались незначительные изменения социального функционирования в сторону его улучшения, однако, эти изменения не столь выражены и не были подтверждены статистическими методами.

Анализ данных, полученных от психиатров, наблюдавших пациентов, показал, что у 5 участников Группы 1 (33.3%) наблюдалось существенное улучшение состояния по сравнению с первоначальным. 6 пациентов (40%) демонстрировали минимальное улучшение. У 3 участников (20%) не было констатировано улучшение. Состояние 1 пациента (6.7%) после

психологической коррекции, основанной на проактивности, изменилось в сторону его ухудшения.

Согласно экспертной оценке, в Группе 2 (стандартное лечение антипсихотиками плюс психообразование) только у одного больного наблюдалось улучшение состояния. 26.7% участников показали минимальное улучшение. У 4 пациентов не наблюдалось существенных изменений в функционировании. Остальные участники демонстрировали ухудшение состояния после терапии.

Результаты U-теста показали, что между двумя группами пациентов, походивших различную психотерапию, были выявлены достоверные различия. В Группе 2 показатели общего состояния и социального функционирования оказались хуже, что подтверждено статистически.

Субъективная оценка пациентами изменения собственного состояния также указывает на высокую эффективность разработанной нами программы психологической коррекции. 20% участников тренинга обнаруживали значительное улучшение состояния. 53.3% пациентов отметили свое состояние как минимальное улучшившееся. 4 пациента посчитали, что их состояние не изменилось.

В группе больных, подвергавшихся стандартному психофармакотерапевтическому лечению, у 5 участников групповых занятия отмечалось минимальное улучшение. 4 пациента сочли свое состояние не изменившемся. Остальные пациенты этой группы отмечали ухудшение своего состояния.

Статистический анализ, как и в случае с экспертной оценкой психиатрами, выявил значимые различия между обеими группами больных по параметру «Изменение состояния после терапии»: в группе пациентов, участвующих в авторской программе психологической коррекции, отмечалось больше позитивных сдвигов в психопатологическом состоянии и функционировании.

Заключение. В целом на основании полученных результатов можно утверждать, что разработанная нами психокоррекционная программа положительно отразилась на показателях социального функционирования у обследованных пациентов. Учитывая положительные результаты проведенной нами коррекционной работы, необходимо рекомендовать данную программу для применения в стационарных и амбулаторных отделениях психиатрических клиник с целью улучшения показателей психосоциальной реабилитации. Психокоррекционные мероприятия при этом должны быть направлены не на пассивное приспособление больных к социуму, а преследовать своей целью усиление проактивности, способности ставить долгосрочные цели, конструктивно справляться с жизненными трудностями, адекватно выстраивать межличностное взаимодействие.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

Еричев А.Н., Коцюбинский А.П.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП) при шизофрении впервые описана Аароном Беком в 1952 г., который использовал в этом случае построение нарратива или формирование понятной, согласованной личной истории об опыте человека как объяснительную конструкцию для создания гипотез о развитии, поддержании различных проблем человека и существующих между ними взаимосвязях. Представляется очевидным, что формирование и развитие у пациента подобного нарратива является существенной частью восстановления. Переходя к конкретике использования КПП у психически больных, Аарон Бек уточнил, как именно мысли и убеждения больных можно «проверить» на истинность при помощи вопросов и продемонстрировал пользу техники «сократовского диалога», которая способствует тестированию убеждений имеющейся реальностью, их проверке на резонность и рациональность (например, пациента, убежденного в том, что за ним следят, целесообразно попросить дать рациональное обоснование его представлениям).

В последующем когнитивно-поведенческая психотерапия психически больных получила серьезное развитие и усовершенствование. Вместе с тем в отечественной литературе имеются лишь единичные работы, посвященные использованию когнитивно-поведенческого подхода при реабилитации больных шизофренией [Холмогорова А.Б. с соавт., 1993, 2007; Еричев А.Н. с соавт., 2011; Софронов А.Г. с соавт., 2012, Вид В.Д. 2003, 2010; Лутова Н.Б., 2013], хотя налицо высокая практическая потребность в его использовании различными медицинскими учреждениями.

Особо важно использование КПП в клинике непсихотических эндогенных расстройств. Как показывает наш опыт, в процессе работы с пациентами, страдающими непсихотическими эндогенными расстройствами, используются классические поведенческие и когнитивные техники: составление распорядка дня, оценка мастерства и удовольствия, техника градуированных заданий, модификация убеждений, способствующих снижению мотивации к деятельности и изменениям.

Вместе с тем собственный опыт, а также анализ имеющейся в настоящее время литературы, посвященных использованию КПП при расстройствах шизофренического спектра, позволяет прийти к следующим суммарным умозаключениям, необходимым для оптимизации работы с этим контингентом пациентов.

Выбор и использование стандартных поведенческих техник должны быть основаны на тщательной оценке готовности пациента к изменениям, степени расстройств мышления, уровня когнитивного функционирования. Критичным является решение о том, какое «давление» оказывать на пациента. При качественных терапевтических отношениях, обеспечивающих пациенту ощущение того, что терапевт на его стороне, тщательно разработанных вмешательствах, соответствующих потребностям и возможностям пациента, использование классических когнитивно-поведенческих техник может привести к уменьшению выраженности даже негативных симптомов (преимущественно вторичных негативных расстройств). Когнитивно-поведенческая психотерапия в этом случае не заменяет психофармакотерапию, а лишь дополняет ее.

При этом клиническая диагностика и лечение эндогенных больных с использованием КПП может быть разделено на два этапа: подготовительный и терапевтический.

Подготовительный этап объединяет различные аспекты диагностики, представляющие собой включение (выработка мотивации к психотерапевтическим формам работы), психообразование, коррекцию нейрокогнитивного дефицита, составление когнитивной концептуализации случая и, в итоге, составление лечебного соглашения с пациентом. В этом случае исследовательский подход комбинируется с эмпатическим, сотрудничающим стилем взаимоотношений врача и пациента. Отдельные составляющие подготовительного этапа оказываются следующими:

1) Включение – знакомство, работа по созданию доверительных отношений.

2) Психообразование.

3) Составление когнитивной концептуализации (КК).

4) Финальный аспект – достижение с пациентом соглашения, касающегося специфических приоритетных целей лечения.

Терапевтический (основной) этап направлен на лечение продуктивных расстройств. Целью использования КПП при продуктивных расстройствах эндогенных больных является модификация (трансформация) патологической связи между болезненными симптомами (обсессивно-фобическими, дисморфофобически-аноректическими, тревожно-ипохондрическими, конверсионно-диссоциативными, деперсонализационно-депрессивными) и искаженными убеждениями пациента [Beck A.T. etal., 2009]. Во многом эта работа проводится и с пациентами, характеризующимися депрессивно-деперсонализационными или астено-депрессивными переживаниями, протекающими в рамках шизотипических расстройств. Отдельные составляющие терапевтического (основного) этапа оказываются следующими:

1) Техника АВС.

2) Модификация типичных дисфункциональных мыслей (когнитивных искажений).

3) Подбор доказательств «за» и «против».

4) Поведенческие эксперименты.

5) Постановка другой перспективы.

В отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева осуществляется как индивидуальный, так и групповой варианты когнитивно-поведенческой психотерапии. Инновационным является разработка психотерапевтического подхода, ориентированного для использования в работе с пациентами, страдающими параноидной шизофренией (КПП при бредовых идеях), а также использование у больных эндогенными психическими заболеваниями схемафокусированного подхода и техник осознанности (внимательности).

Заключение. Когнитивно-поведенческая психотерапия помогает улучшить лекарственный комплайенс, не противостоящий психофармакотерапии, а гибко дополняющий ее использование. Данное направление психотерапии, благодаря своей четкости, структурированности, выработки рабочей гипотезы и плана психотерапии хорошо сочетается с использованием бригадных форм помощи. КПП может с успехом применяться как при продуктивной, так и негативной симптоматике. Наконец, когнитивно-поведенческая психотерапия наиболее близка медицинской модели психотерапии и заслуживает более широкого внедрения в работу разных звеньев психиатрической службы.

ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ

Караваева Т.А.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Развитие современной отечественной психотерапии как практической специальности невозможно не только без ее организационного совершенствования, но и без разработки новых научных направлений, исследований в теоретическом, методологическом, прикладном плане на базе принципов доказательной медицины с учетом достижений зарубежных школ.

Также как и в организационных вопросах, в настоящее время имеются определенные трудности в формулировании самих научных современных концепций. Во многом эта ситуация является отражением двойственного положения психотерапии, поскольку отсутствие «Психотерапии» в перечне научных специальностей, приводит к тому, что исследования проводятся в рамках «Психиатрии» и грешат в этом случае излишней ортодоксальностью, или «Медицинской психологии», и отрываются от клинической оценки пациента и происходящих с ним изменений. В оптимальном варианте эти научные работы (кандидатские и докторские диссертации) защищаются по двум специальностям, что дает возможность обеспечить сочетание необходимого клинического мышления с пониманием психологических механизмов, выделением мишеней психотерапевтического воздействия, оценкой состояния с учетом биопсихосоциального единства.

Настоящий кризис научных исследований в психотерапии обусловлен рядом причин. Во-первых, недостаточным знанием специалистов предыдущего научного опыта, накопленного в нашей стране за последние 50 лет. Среди обширной литературы по вопросам психотерапии, издающейся в последнее время, очень незначительная часть имеет научное обоснование и ссылки на результаты, полученные в исследований. Преимущественно эти труды посвящены применению психофармакотерапии при пограничных психических расстройствах, и соответственно, больше тяготеют к психиатрии. Информация о современных научных исследованиях также мало представлена во многих программах обучения (по данным наших исследований всего около в 28%).

Во-вторых, особенностью подготовки кадров по этой специальности. Обучение врача-психотерапевта вместе с общим медицинским образованием, включая интернатуру по психиатрии, ординатуру по психотерапии занимает минимум 9 лет. Далеко не многие специалисты могут себе позволить еще три года учиться в аспирантуре, чтобы иметь возможность защитить диссертационную работу. Не последнее место занимают трудности с поиском научного руководителя и учреждения, в котором можно не только выполнить работу (собрать и обработать необходимый материал), но и защитить.

В-третьих, в тех сложностях, которые возникают в исследованиях, посвященных доказательной эффективности того или иного метода психотерапии. В научных отечественных и зарубежных журналах давно ведется спор о самой возможности использования принципов доказательной медицины в научных работах, посвященных психотерапии. Соблюдение этих требований предполагает выполнение целого ряда условий, обеспечение которых в реальной практической деятельности не всегда бывает возможным.

В настоящее время распространено большое количество методов психотерапии, которые отличаются друг от друга степенью научной обоснованности, глубиной разработки, широтой воздействия на организм человека. Сравнительные исследования трудны, а зачастую просто невозможны.

В нашей стране также проводились исследования, посвященные изучению как эффективности психотерапии (психотерапевтических методов и техник), так и анализу самих научных исследований в области психотерапии – их удельный вес в общей науке, содержание, сферы изучаемых вопросов, научную обоснованность, доказательность. В одной из таких экспертных работ были проанализированы 813 публикаций в материалах общероссийских конференций по проблемам психотерапии с позиций современного науковедения. Авторы рассматривали психотерапию как формирующуюся междисциплинарную научную область, где наряду со специфичными исследованиями, отражающими сущность психотерапии как области медицины, большую роль играли научные парадигмы интегрирующихся наук. В этом исследовании были выявлены существенные недостатки научного развития психотерапии: большое количество работ, содержащих непроверенные идеи и гипотезы, предпочтительное изучение частной психотерапии (психотерапевтических методов) в ущерб научным исследованиям в общей и клинической психотерапии в связи со сложностью их методологического обоснования и необходимостью реализации принципов доказательной медицины.

В ходе нашего исследований было изучено проанализировано 1256 авторефератов диссертаций, посвященных психотерапии и защищенных в период с 1980 по 2012 гг. в России.

Использовались базы данных ведущих библиотек, банки авторефератов, библиографические обзоры.

Прослеживая динамику количества диссертационных работ, посвященных вопросам психотерапии, за весь изучаемый период, можно отметить их значительное увеличение. Так, например, за период с 1985 по 2004 годы количество защищенных диссертаций увеличилось в 8 раз.

В структуре отраслей защищенных диссертаций, содержащих вопросы психотерапии наибольший удельный вес имеют медицинские науки (72%), и психологические (21%). Наиболее часто эти исследования выполняются в рамках специальностей «Психиатрия» – 51% и «Медицинская психология» – 21%, реже «Нервные болезни» -14%, «Наркология» – 9%, «Восстановительная медицина, спортивная медицина, курортология и физиотерапия» -3%.

Среди выполненных работ в рамках двух специальностей (одна из специальностей 14.00.18 «Психиатрия») наиболее часто встречаются – «Медицинская психология» – 38%, «Наркология» – 21%«Внутренние болезни», «Нервные болезни», «Общественное здоровье и здравоохранение» по 4%. В тех диссертациях, где одна из специальностей – 19.00.04 «Медицинская психология», в качестве второй присоединяются – «Психиатрия» – 56%, «Нервные болезни» – 7%, «Кардиология» – 5%.

Всего 28% авторефератов включали оценку эффективности применяемой психотерапии. Надо отметить, что многие из них в значительной степени не соответствуют критериям доказательной медицины, особенно это касается периода с 1980 по 1998 гг., когда требования к исследованиям не соответствовали в полной мере принципам доказательности. Среди методов, при применении которых изучалась эффективность наиболее часто встречались релаксационные методы, гипноз, когнитивно-поведенческая терапия, различные групповые методики.

При оценке различных параметров, влияющих на качество оценки эффективности оценивались полнота описания выборок и их репрезентативность и гомогенность, использование оценочных методик, экспериментально-психологических тестов, клинических шкал, адекватность выбора статистического аппарата, наличие этапных и катамнестических оценок и многое другое. Подавляющая часть исследований, проведенная в России за рассматриваемый период времени не соответствует достаточному уровню доказательности чаще по нескольким критериям.

Выводы. Критерии эффективности психотерапии в целом должны удовлетворять следующим условиям. Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики: 1) клинической, 2) психологической и 3) социальной. Во-вторых, они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента. В-третьих, исследования необходимо проводить в несколько этапов: до лечения, после окончания лечения и в отдаленном периоде. В-четвертых, изучаемые группы необходимо формировать на основании четких и обоснованных критериев, обеспечивая их гомогенность, достаточный объем, возможность контрольных сравнений.

Методы исследования эффективности психотерапии должны давать возможность получения численных показателей рассматриваемых критериев, регистрации изменений, происходящих в процессе лечения, по каждому из них, статистического анализа полученных с их помощью результатов. Объем и уровень статистической обработки и ее интерпретации должен соответствовать задачам исследования, быть адекватным, основываться на современных методах и доказательных подходах.

Очевидно, что необходимость учета отмеченных выше предпосылок, критериев и аспектов создает существенные трудности при решении проблем оценки эффективности психотерапии, поэтому дальнейшая разработка теоретических и практических подходов в этой области является важной и актуальной задачей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ СТРУКТУРЫ ЧЕЛОВЕКА В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ ПРИ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Карпов А.М., Шмакова М.А.

Казань
КГМА

Стресс оказывает деструктивное воздействие на психику и поведение. Человек осознает, что есть мощная угроза его биологической жизни, социальному положению и (или) личностно-моральному статусу. Разрушается организм, разрываются связи и отношения со значимыми людьми, теряют значимость деньги, собственность, должность, срываются все жизненные планы. Появляются опасения о конце собственной жизни и конце света. Никто и ничто не поможет и не спасет. Что будет дальше с ним? С его семьей?.. Стресс является тяжелейшим испытанием для людей, создает безнадежные ситуации и ставит невыполнимые задачи.

После купирования острых стрессовых расстройств появляется возможность для оказания психотерапевтической помощи потерпевшим.

С учетом биопсихосоциальных концепций структуры человека, сначала на уровне биологических потребностей пациентам нужно обеспечить медикаментозную коррекцию имеющихся нарушений адаптогенами, витаминами, транквилизаторами, антидепрессантами, снотворными и др.

На уровне социальных потребностей – возможность установления контактов с родственниками и сотрудниками, получения полной информации о пережитом событии. Для восстановления социального статуса необходима помощь в восстановлении утраченных документов – паспорта, водительских прав, дипломов, сберегательных книжек, ордера на квартиру и т.д. Необходима финансовая поддержка для восстановления бытового и социального статуса, чтобы пострадавшие не стали бомжами, нищими, голодающими, безработными и т.д.

На уровне духовных потребностей отмечается существенное увеличение их масштаба и гармонизация личности. Именно в этом направлении пациенты развиваются самостоятельно в порядке самопомощи. Часто люди, оставшиеся живыми в безнадежной ситуации, осознают это как помощь свыше. Бог спас и сохранил. Становится очевидным, что Он есть. Спасшиеся сами, без чьих либо советов, по своему собственному влечению идут в храмы, совершают обряд крещения, искренне благодарят Бога за спасение. У кого есть средства, строят новые церкви или мечети. Такой вектор реализации самопомощи обнаруживает запрос у людей на духовную составляющую в их жизни. Это подсказка психотерапевтам на выбор психотерапевтических стратегий и техник. Пациенты откликаются на религиозные толкования пережитых потрясений.

Психотерапия людей с посттравматическими стрессовыми расстройствами и расстройствами адаптации направлена на восстановление целостности и идентичности личности и ее ресоциализации. Пациенты сами пытаются решить эти задачи с использованием бессознательных психологических защит и сознательных стратегий совладания (копингов).

Представления о психологической защите формировались в рамках психоанализа и рассматриваются как бессознательные, приобретенные в процессе развития личности способы достижения компромисса между противоборствующими осознаваемыми и неосознаваемыми потребностями. Они направлены на уменьшение тревоги, вызванной внутриличностным конфликтом, и представляют собой специфические бессознательные процессы, с помощью которых «Я» пытается сохранить единство и адаптивность личности, соответствие между

имеющимися у человека представлениями об окружающем, о себе и поступающей информацией.

В отечественной личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии Б.В. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова психологическая защита понимается как система приспособительных реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дезадаптирующих компонентов отношений – когнитивных, эмоциональных, поведенческих – с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на Я-концепцию.

Сутью психологических защит является минимизация или даже полное вытеснение неприятных для нормативной сознательной личности чувств, мыслей и представлений.

Психологические защиты бессознательны, но их нужно научиться осознавать, чтобы понимать причины своих и чужих слов и поступков, скрытые механизмы поведения и помогать людям расти и развиваться.

Положительное влияние психологических защит состоит в том, что они ограждают сознание от информации, которая может нарушить цельность представлений о себе, разрушить целенаправленность мышления, оказать деструктивное и дестабилизирующее влияние на личность. В этом их защитный, адаптивный смысл в дезадаптирующих ситуациях.

Отрицательным аспектом психологических защит является то, что они не способствуют разрешению конфликтов и личностному росту. Конфликт искусственно упрощается или устраняется. Человек отказывается от деятельности, необходимой для продуктивного разрешения ситуации или проблемы, вызвавшей неприятные переживания, остается инфантильным, повторяет прежний опыт в ущерб саморазвитию и самореализации.

Устойчивость, частое использование, ригидность, тесная связь с дезадаптивными стереотипами мышления, переживаний и поведения, включение в систему противодействия лечению часто делают такие защитные механизмы патологическими, препятствующими лечению, например, у больных алкоголизмом, наркоманиями, игровыми и другими зависимостями.

Как относится к психологическим защитам? Крупнейшие отечественные психотерапевты Б.Д. Карвасарский (1998), И.С. Павлов (1980, 2002) и другие считают, важнейшим правилом психотерапевтической тактики при работе с защитными механизмами признания их положительного значения. Они играют центральную роль в системе психологической адаптации людей и люди на них и за них «держатся». Их неожиданное разрушение способствует появлению деструктивного, близкого к стрессовому состоянию. Адекватной считается постепенная, пошаговая работа с выявлением, осознанием и истолкованием способа защиты, признанием факта их наличия и влияния на поведение человека

Психотерапевтическое воздействие на «защищающегося» может осуществляться на разных уровнях: конструктивное изменение психотравмирующей ситуации, симптоматическое уменьшение тревоги, укрепление «Я», осознание и раскрытие собственных ресурсов организма и личности, повышение самооценки, коррекция жизненных целей, задач и способов их достижения. Эмпатическое общение, сопереживание и эмоциональная поддержка человека способствуют уменьшению защитного сопротивления. При целенаправленной работе с механизмами психологической защиты происходит изменение нарушенных отношений личности, осознание в разрешении конфликта.

В ходе психотерапии рекомендуется стремиться к замене примитивных, незрелых защитных реакций, трансформации их в более сознательные, конструктивные, адаптивные способы совладания, изменяется и тактика психотерапии для коррекции этих защит.

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК АВАНГАРДНАЯ НАУКА И АКТУАЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПРАКТИКА

Катков А.Л.

Санкт-Петербург

Международный институт социальной психотерапии

Цель исследования: разработка общей теории, обоснование статуса профессиональной психотерапии как самостоятельного научного направления и актуальной социальной практики.

Материалы и методы. Основным методом исследования является эпистемологический анализ с такими компонентами как метод культурно-исторической реконструкции и гипотетико-конструктивный метод. В качестве основных материалов исследования были использованы тексты с описанием различных аспектов теории психотерапии (свыше 1800 источников), а так же репрезентативные, полученные с использование доказательной исследовательской практики, аналитические данные 17-ти самостоятельных исследовательских фрагментов трех научно-технических программ, реализованных в период 2002-2012 гг., тематика которых прямо или косвенно касалась разработки интегративно-эклектического направления профессиональной психотерапии.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования, в частности комплексный анализ проблематики распространения деструктивных социальных эпидемий, показали, что важнейшей задачей в сфере индивидуального и социального психического здоровья является выявление качественных характеристик этой сложной категории, а так же разработка технологий форсированного развития соответствующих характеристик – мишеней до таких уровней, которые обеспечивают эффективную самоорганизацию, устойчивость и безопасность человека в агрессивной среде.

На предварительных этапах комплексного исследования искомые характеристики индивидуального и социального психического здоровья были надежно идентифицированы. Были разработаны компьютерные программы по определению уровней психического здоровья-устойчивости к агрессивному воздействию среды во всех возрастных категориях, которые использовались, наряду с другими инструментами, на всех последующих этапах исследовательского процесса.

Далее было показано, что наиболее адекватной – в смысле выполнения технологического компонента вышеприведенной актуальной задачи – профессиональной практикой является психотерапия, реализуемая в экспресс-форматах и обеспечивающая наиболее востребуемый эффект: возможность достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов (пациентов) в ограниченные временные периоды.

В ходе дальнейших этапов комплексного исследования были проработаны главные дисциплинарные характеристики современной психотерапии: универсальная модель адаптивно-креативного цикла, демонстрирующая алгоритмы конструктивного варианта прохождения данного цикла с помощью ресурсного потенциала профессиональной психотерапии; модель трехуровневой терапевтической коммуникации, в полной мере раскрывающая универсальный потенциал психотерапии; система макро- и метамишеней, макро- и метатехнологий, конкретизирующая механизмы трехуровневой терапевтической коммуникации и являющаяся необходимой базой для понимания функционального смысла общетерапевтических факторов; системой параметров и индикаторов, определяющих скорость продвижения субъекта по этапам и фазам адаптивно-креативного цикла. Была разработана базисная исследовательская программа (в понимании И. Лакатос, 1977), являющаяся системообразующим методологическим стержнем психотерапии как самостоятельной дисциплины.

Сформированная таким образом теоретическая конструкция, с возможностью перевода концептуализированных рядов и соответствующих рабочих гипотез в параметрические ряды предметной сферы профессиональной психотерапии, возможностью адекватной проработки всех идентифицированных векторов дифференциации-интеграции (культурно-исторического; внешнего – с современным корпусом науки и сопредельными направлениями философии, медицины, педагогики, психологии; внутреннего – между различными направлениями и модальностями психотерапии; междисциплинарного – с другими помогающими и развивающими практиками: образованием, воспитанием, социально-психологическими тренингами и пр.) – с полным основанием может претендовать на статус общей теории психотерапии, адекватно проясняющей и преодолевающей сложности и ограничения предшествующего этапа развития профессиональной психотерапии. Такого рода теория с одной стороны ясно демонстрирует соответствие профессиональной психотерапии основным критериям принадлежности к системе кодифицированных научных знаний, с другой – близость психотерапии к авангардным эпистемологическим концепциям, рассматривающим категорию реальности с позиции биоцентризма и субъектоцентризма. В этом и заключается сущностное отличие психотерапии от смежных дисциплин.

По результатам проведенных исследований была определена универсальная формула успеха психотерапевтического вмешательства: актуализация (за счет используемых макро и метатехнологических подходов) эволюционно заложенных механизмов скорости-гиперпластики адаптивных изменений + умножение (за счет множества используемых вариантов структурно-технологического оформления методов психотерапии) числа конструктивных альтернатив кризисного развития субъекта. Эти базисные стратегии полностью соответствуют основным тезисам синергетического внедисциплинарного научного подхода и дополнительно характеризует психотерапию как наиболее эффективную практику кризисного развития субъекта или группы. Существенным в данной формуле представляется то обстоятельство, что первое слагаемое здесь обеспечивается универсальными, а второе – уникальными характеристиками предметной сферы профессиональной психотерапии. Эти взаимодополняющие характеристики, преобразованные в соответствующие универсальные и специфические индикаторы эффективности, становятся доступны для измерения и последующего анализа.

Одной из главных задач в проведенном исследовании являлась разработка и экспериментальная реализация метамодели социальной психотерапии. В связи с чем, в ходе внедрения соответствующего исследовательского фрагмента была продемонстрирована возможность эффективного трансферта определенных психотерапевтических технологий на уровень специалистов – школьных психологов, социальных педагогов, психологов – консультантов, а так же – возможность организации этапа первичной психотерапевтической помощи с максимальным охватом нуждающегося населения.

Перспектива дальнейшего становления профессиональной психотерапии в РФ в статусе научно обоснованной, актуальной и масштабной социальной практики, способствующей форсированному развитию важнейших качественных характеристик психического здоровья населения, была проработана в соответствующем законопроекте (третья редакция настоящего законопроекта в настоящее время готовится для передачи на рассмотрение в Государственную Думу Российской Федерации).

Выводы. Психотерапия, с учетом последних достижений, может быть определена как становящаяся научно-практическая дисциплина, по своим сущностным характеристикам близкая к авангардным направлениям современной эпистемологии; но так же и как наиболее эффективная социальная практика с весьма широким профилем функциональной активности – помогающим, развивающим, саногенным, социально-стабилизирующим – наиболее востребованным в условиях переживаемых глобальных и локальных кризисов.

Основной вектор развития современной психотерапии заключается в движении по этим двум направлениям развития профессии с понятными и весьма обнадеживающими перспективами для общества в целом.

Процесс необходимой модернизации института профессиональной психотерапии в РФ может и должен быть ускорен за счет введения стимулирующих законодательных норм.

МОТИВАЦИОННАЯ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кирюхина М.В., Набиуллина Р.Р., Хасанова А.И., Нестеров Ю.В.

Казань
КГМА

Постановка диагноза и диагностика онкопатологии является серьезной психогенией, как для самой пациентки, так и для ее семьи. Нарушается привычный образ жизни, уклад. Человек сталкивается сразу с несколькими непривычными для него факторами жизни: «неизлечимая болезнь», постоянные обследования и различные медицинские манипуляции, связанные с развитием болезни, отношение окружения. Все, что было важно, теряет смысл. Все вокруг требует изменений и перемен во всех сферах деятельности.

Современная стратегия лечения рака молочной железы включает химиотерапию, оперативное лечение, лучевую терапию, таргетную терапию, сопроводительное лечение, предупреждающее развитие осложнений.

Разработка и внедрение в практику единых клинических рекомендаций, организация многоцентровых клинических исследований по оптимизации лечения больных раком молочной железы, привели в Российской Федерации к достижению 70-95% выживаемости. Признание специалистами значимости субъективной оценки больными своего физического, психологического и социального благополучия подчеркивает важность междисциплинарного подхода в оценки эффективности методов лечения, а также изучению психопатологических нарушений, психогенных реакций и психосоциальных факторов адаптации к болезни при онкологической патологии. Данный факт, в свою очередь, ставит новую задачу – разработка и внедрение в медицинскую практику реабилитационно-адаптационной программы, обеспечивающей адекватную социальную, а также физическую адаптацию пациентов к жизни «после рака».

Исследования последних лет показывают, что медицинский прогноз при онкологической патологии тесно связан с качеством жизни и характером психологической адаптации к болезни. Пациентки, проходят через все стадии расстройства адаптации. Стадии: шока, отрицания, аффективных расстройств, примирения, адаптации. Первая реакция шока отражает личностную защиту на болезнь. При своевременной и быстрой диагностике врача-онколога и оперативных вмешательствах, женщина может сохранить свое эмоциональное состояние и отреагировать в виде пролонгированной депрессивной, тревожной, фобической реакции уже после операции. И это является показанием для участия в реабилитации и терапии психолога и/или психотерапевта. Психотравмирующим является и факт оперативного вмешательства и возможного «непринятия себя» в новом образе. При работе с женщинами необходимо нивелировать все новые травмирующие моменты, найти формы психотерапевтической коррекции для продолжения лечения и

подготовки пациентки к химиотерапии. Целесообразно формулировать перспективные цели лечения, включая промежуточные, пошаговые и даже временные этапы достижения цели. Делегировать «ответственность» в достижении результатов, рекомендаций по режиму с пациенткой – важный психотерапевтический шаг в совместной работе.

Стигматизация химиотерапии продолжает быть актуальной и вызывает реакцию негативизма и в настоящее время. Без правильной мотивации, постановки цели на этот период лечения, женщине сложно преодолеть страх, апатию, скорректировать эмоциональное состояние. До начала химиотерапии при индивидуальной психотерапевтической работе, важно использовать все ресурсы настоящего момента и окружения, учитывать ценностные представления каждой пациентки. Способами эффективной психотерапевтической поддержки является обучение релаксации, составление индивидуальных мотивационных программ, которые можно прослушивать во время прохождения химиотерапии. Стадия отрицания часто сопровождается реакциями гнева и аутоагрессией. Подавление негативных эмоций ведет к ухудшению соматического состояния, особенного у пациенток с высоким уровнем тревожности. Способность к выражению эмоций, особенно негативных, в доверительных условиях взаимодействия с психотерапевтом является ресурсным для пациенток. Для решения эмоциональных и межличностных проблем, совладания с мыслями, связанными со страхом рецидива заболевания, можно использовать краткосрочную системную семейную или когнитивно-поведенческую терапию.

Одним из основных направлений в реабилитации является работа с семьей пациентки: с мужем, детьми и родителями. Многие проблемы, которые возникают у членов семьи во время болезни – эмоциональное выгорание, депрессия, конфликты – влияют на жизнь пациентки и ее поведенческие реакции. Страх, причинить боль своим близким останавливает в просьбе адекватной эмоциональной поддержки, особенно в семьях с алекситимическим радикалом, где проявления эмоций очень сдержаны и табуированы.

Важным аспектом в реабилитации является взаимодействие врача-онколога и психотерапевта, которое включает в себя следующие этапы: 1.информирование об онкологическом диагнозе; 2. Предоставление информации о видах хирургического вмешательства, возможности протезирования имплантов и т.д.; 3.подготовка к химиолучевой терапии.; 4. социореабилитация.

Анализ совместного сотрудничества онколога и психотерапевта позволяет создать условия для эффективной терапии в системы комплексной медико-психологической социальной реабилитации больных раком молочной железы.

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ СОЦИАЛЬНОЙ ФРУСТРИРОВАННОСТИ В КАТАМНЕЗЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Колов С.А., Остапенко А.В.

Москва

ФГБУН Государственный научный центр РФ – Институт медико-биологических проблем РАН

Одной из проблемных областей психотерапии является оценка ее эффективности и соответствие проводимых исследований существующим современным методологическим подходам. Изменение качества жизни после проведенного психотерапевтического воздействия является с точки зрения доминирующей сейчас методологии доказательной медицины (evidence based medicine) одним из клинически значимых исходов. Для комбатантов, которые реадаптируются к мирной жизни после перенесенного боевого стресса, важным вопросом является определение наиболее действенных способов психотерапии и психологической коррекции. Также важным аспектом представляется оценка результативности применяемых методов психотерапии, т.к. в литературе освещается широкий набор психотерапевтических методов лечения боевого посттравматического стрессового расстройства: поведенческая, семейная, групповая, гипно- и гештальт-терапия и т.д, но их эффективность при этом расстройстве оказывается ограниченной.

Целью настоящего исследования был анализ изменений параметров социальной фрустрированности (которая степень удовлетворенности различными жизненными проявлениями, уровень качества жизни) у ветеранов войн непосредственно после курса психотерапевтического лечения и через год.

Материалы и методы. С их добровольного согласия было проведено изучение 47 человек (средний возраст 38,96±1,06 лет), проходивших групповую модифицированную личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию в ПТО, до (тест), непосредственно после окончания курса терапии (ретест) и в катамнезе.

Для оценки выраженности социальной фрустрированности комбатантов применялась методика УСФ (уровень социальной фрустрированности) Л.И. Вассермана (1995).

Результаты и их обсуждение. До лечения показатели по методике УФС – Общий уровень социальной удовлетворенности участников боевых действий, попадал в зону повышенного риска. При этом социальная фрустрированность (от умеренной до сильной) отмечалась по всем шкалам. К наиболее личностно-значимым факторам для ветеранов относились «неудовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью» (3,5±0,9) и «неудовлетворенность своим социально-экономическим положением» (3,0±0,9). В наименьшей степени их стрессировали взаимоотношения с родными и близкими, особенно с родителями. Таким образом, полученные данные позволили обнаружить у комбатантов различную степень выраженности социальной дезадаптации (социальной фрустрированности) в отдаленном периоде боевого стресса. Наибольшее отрицательное влияние на качество жизни участников войн (по данным теста УСФ) оказывала именно неудовлетворенность своим здоровьем. Этот стресс являлся более «сильным» по сравнению с другими.

После проведенного психотерапевтического лечения ветераны боевых действий изменили свое отношение к важным сферам их жизни: удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими (тест -2,2±0,9, ретест 1,6±0,1 $p<0,05$), удовлетворенность ближайшим социальным окружением (тест -2,3±0,8, ретест 1,8±0,1 $p<0,05$), удовлетворенность своим социальным статусом (тест -2,4±0,9, ретест 2,0±0,2 $p<0,05$). Значительно уменьшились параметры неудовлетворенности своим здоровьем и экономическим положением.

Анализ полученных результатов показал, что через год после прохождения групповой психотерапии у комбатантов не ухудшались параметры, отражающие уровень социальной фрустрированности (удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими, ближайшим социальным окружением, социальным статусом, не было обнаружено статистически значимых изменений между ретестом и катамнезом). А два основных стрессирующих фактора, (удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью (ретест – 3,0±0,1, катамнез 2,5±0,1, $p<0,05$) и удовлетворенность своим социально-экономическим положением (ретест – 2,7±0,1, катамнез – 2,3±0,1, $p<0,05$) достоверно уменьшились за год.

Динамика этих даннных означает, что ветераны за счет личностных изменений в результате психотерапии не просто улучшили качество своей жизни, а приобрели новые высокоэффективные, самонастраивающиеся паттерны адаптивного поведения в окружающей их среде. Стабильность показателей свидетельствует, что и через длительное время сохранялись эффекты специфических факторов психотерапевтического воздействия. Участники войн приобрели устойчивые внутрипсихические механизмы, которые позволяли им успешно справ-

ляться с состоянием внутренней дисгармонии, напряжения, конфликта, они перестали использовать болезнь в качестве одного из проявлений «психологической защиты» для снятия с себя ответственности за межличностные отношения. Отказ от этого варианта самозащиты означает, что обследуемые научились использовать более адекватные способы реализации своих возможностей и желаний, конструктивно взаимодействовать с социальным окружением, успешно разрешать конфликтные ситуации.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РАННЕГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Костина Н.В.

Самара
ОАО Санаторий им. В.П. Чкалова

В клинической картине инфаркта миокарда часто встречаются психические нарушения, представленные преимущественно аффективными расстройствами. Данные нарушения утяжеляют прогноз основного заболевания и снижают эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий. (Оганов Р.Г.,2004; Смулевич А.Б. 1994; M.C. Taylor 2001). В связи с этим большое значение приобретает своевременная диагностика аффективных нарушений и организация соответствующей терапии. Особое значение при этом имеет этап ранней реабилитации, проводимый в условиях специализированного кардиологического санатория. В рамках текущего исследования была проанализирована распространенность и клинико-статистические характеристики аффективных нарушений у больных с инфарктом миокарда (ИМ), и выявлен высокий удельный вес данных расстройств среди обследуемых (31,9% всех случаев).

Цель настоящего исследования – произвести оценку эффективности психотерапии тревожно-депрессивных расстройств у больных инфарктом миокарда и дать качественный анализ психотерапевтических факторов для оптимизации психотерапевтического лечения на санаторном этапе.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами. Из них мужчин 97 человек, женщин – 23 человека. Средний возраст пациентов составил 51,1±12,7 лет. Было сформировано три группы больных – получающих лечение стандартными дозами СИОЗС (40 пациентов), психотерапевтическое лечение (40 пациентов), и группа больных, получавших комбинированную терапию (40 человек). Разработанная программа психотерапии включала два блока: психообразовательный и релаксационный, продолжалась 24 дня, и была интегрирована в общую программу кардиологической реабилитации. Оценку эффективности терапии проводили с помощью шкал депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS) и опросника депрессии А.Бека (BDI).

Проведенное сравнение эффективности показало, что комбинированная терапия была более эффективной по сравнению с монотерапией антидепрессантами или психотерапией. Конечные результаты в группе комбинированной терапии по всем трем шкалам были достоверно ниже ($p<0,001$) аналогичных показателей в группе пациентов, получавших монотерапию антидепрессантами. Эффективность психотерапии и психофармакотерапии антидепрессантами оказалась приблизительно равной.

Структура психотерапевтических мероприятий в санатории представлена двумя этапами.

1 этап психотерапевтической помощи – неспециализированная психотерапия. Начинается с момента помещения пациента в санаторную среду, организованную с учетом психотерапевтических факторов. Анализ психотерапевтических факторов системы кардиологической реабилитации показал, что среда кардиологического санатория комплементарна малоосознанным ожиданиям пациентов. Санаторное пространство и его охранительный режим можно рассматривать как своего рода неспецифическое лечебное воздействие, уменьшающее выраженность аффектов тревоги и страха. Логически выстроенный, упорядоченный и предсказуемый формат реабилитационного режима выступает самостоятельным психотерапевтическим фоновым фактором. Оптимальная ролевая позиция врачей кардиологического санатория должна соответствовать не столько отношениям патернализма, сколько стратегии «холдинга» в понимании Д.Винникота. Для пациента, перенесшего инфаркт миокарда, необходим спокойный, принимающий и понимающий врач, который своей доступностью и эмоциональной адекватностью нормализует эмоциональное состояние пациента. В связи с важностью создания для пациентов атмосферы психологической поддержки целесообразно проведение регулярных образовательных психотерапевтических семинаров с врачами и средним медицинским персоналом санатория. Психотерапевт санатория проводит обучение медицинского персонала основам психиатрических и психологических знаний. При этом основные психиатрические понятия представляются клиницистам понятным, общемедицинским языком. Образовательные программы также нацелены на установление партнерских отношений между медицинским персоналом санатория.

II этап психотерапевтической помощи – специализированная психотерапия. Специализированная психотерапия начинается с момента первой встречи врача-психотерапевта с пациентом в психотерапевтическом кабинете. Базовая стратегия психотерапевта, лежащая в основе реализуемой психотерапевтической программы, представляет собой готовность к принятию пациента и уменьшению его тревоги. Психотерапевтически оправданно не быть отстраненным, равнодушным или же чрезмерно беспокойным, неуверенным и тревожным; необходимо поддерживать внимание к пациенту и его чувствам, представлять ему обратную связь в виде вербальных сообщений о переживаемом и содействовать поддержанию охранительного режима, выступающего в качестве психотерапевтического фактора («реабилитационный сеттинг»). По результатам первичного интервью формируются группы пациентов, нуждающихся в психотерапевтической помощи. Критериями назначения психотерапевтической помощи являются любые эмоциональные состояния от расстройств адаптации с тревожно-депрессивными проявлениями до клинически оформленных аффективных состояний. Психотерапевтическая программа для пациентов с ИМ включает два блока: психообразовательный и релаксационный. Психотерапевтический курс включает ежедневные групповые психотерапевтические занятия. Они проводятся в форме лекций в первой его части и обучения методикам психической саморегуляции (модифицированные методики телесно-ориентированных методов релаксации, прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону, дыхательных методик релаксации). Продолжительность одной встречи составляет 50 минут. Курс включает 15-20 встреч. Предлагаемая тематика лекций следующая: 1) формирование психики, особенности взаимодействия с внешним миром и телом; 2) механизмы соматизации; 3) личностные особенности пациентов с ИБС; 4) роль эмоций в здоровье и в болезни; 5) способы психической регуляции (виды психотерапевтической помощи, место медикаментозных методов в регулировании эмоционального и физического состояния). Продолжительность лекционных занятий 30 минут, материал излагается доступным для пациента языком, с предоставлением возможности задавать проясняющие вопросы. Обучение упражнениям психической саморегуляции проводится во вто-

рой части занятия, с освоением одного упражнения в день, с последующим объединением их в комплекс. Отдельные приемы могут использоваться изолированно или в структуре релаксационного тренинга. Продолжительность этой части занятия составляет 20-30 минут. Сознание пациентов, перенесших ИМ, преимущественно наполнено болезненными прошлыми воспоминаниями, либо тревогами будущего. Задачами упражнений, ведущим элементом которых является чувственное осознание, служит возвращение человеку проживания настоящего момента из состояния «там и тогда» в состояние «здесь и теперь».

Заключение. Психотерапия является облигатным компонентом санаторной реабилитации больных инфарктом миокарда. Проведенное исследование показало, что наибольшую эффективность при лечении тревожно-депрессивных нарушений у больных инфарктом миокарда имеет сочетание психотерапии и СИОЗС. Выделены психотерапевтические факторы реабилитационной среды кардиологического санатория, дано обоснование представленному алгоритму психотерапевтического ведения пациентов. Разработана программа психотерапии, рассчитанная на 24 дня пребывания пациентов. Предложенная модель психотерапии больных с инфарктом миокарда, психотерапевтическая организация реабилитационной среды повышает эффективность лечебно- реабилитационных мероприятий данной группы пациентов.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКЦИИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ФЕНОМЕНОМ ОДИНОЧЕСТВА

Култышев Д.В., Чурсина Ю.С., Авхимович С.А., Уразбахтина А.О., Уманская П.С.

Тюмень

Научно-исследовательский институт психического здоровья Превенции и профилактики кризисных состояний

Актуальность. Состояние психического здоровья подростков было и остается актуальной проблемой, так как здоровье подрастающего поколения определяет будущее здоровье нации (Семке В. Я., 2006). Подростковый возраст является периодом особой концентрации стрессов и конфликтов на фоне несформированных адаптационных механизмов, низкого уровня стрессоустойчивости, часто приводящих к различным поведенческим отклонениям (Култышев Д. В., Иванова И. Н., Уманский С.М.). В условиях хронического дистресса и ослабления групповых связей отклоняющееся от норм поведение становится широко распространенным способом социально-психологической адаптацией отдельных индивидов и социальных групп к фрустрирующей жизненной ситуации (Бохан Н. А., 1999).

Одним из наиболее многообещающих, и в то же время удобных для использования методов, направленных на разрешение первопричины этих заболеваний, является инновационный подход в реконструкции стрессоустойчивости у подростков с феноменом одиночества (Абатурова Ю. С., 2014).

В основе данной методики был применен авторский метод визуализации по Х. Сильва, который позволяет сформировать высокий уровень мотивации для реконструкции уровня стрессоустойчивости, а также позволяющий раскрыть доступ к скрытым ресурсам организма и личностному потенциалу подростка с феноменом одиночества (Сильва Х., 1997).

Цель – разработать комплексную методику реконструкции уровня стрессоустойчивости у подростков с феноменом одиночества.

Материалы и методы исследований: в основу данной работы вошли результаты комплексного исследования 200 подростков за период с 2011 по 2014 гг. Возраст обследуемых варьировался от 14 до 17 лет (из них -119 юношей и 81 девушка). Исследование проводилось в детско-подростковом отделении психотерапии на базе амбулаторно-поликлинической службы ГБУЗ ТО «ОКПБ». Для настоящего исследования выбирались подростки с диагнозами: острая реакция на стресс (F43.0) – 2%; посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) – 63%; расстройство приспособительных реакций (F43.2) – 21%; кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20) – 1%; пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.21) – 1%; смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22) – 2%; расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23) – 1%; расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения (F43.24) – 2%; смешанные расстройства эмоций и поведения, обусловленные расстройством адаптации (F43.25) – 1%; другие специфические преобладающие симптомы, обусловленные расстройством адаптации (F43.28) – 3%; другая реакция на тяжелый стресс (F43.8) – 1%; реакция на тяжелый стресс неуточненная (F43.9) – 2%. Стрессовые расстройства у подростков сочетались с принятием ПАВ – в 12% случаев, с зависимым пищевым поведением в 46%, с компьютерной зависимостью- 74%. Подростки обращались самостоятельно – 83% и по направлению смежных специалистов- 17%.

Применялись клинико-патопсихологический, экспериментально-психологический, клинико-катамнестический методы и анализ статистической обработки данных. Для подтверждения полученных клиническим методом данных и в целях психометрической оценки личностных характеристик, был использован специально составленный нами комплекс тестов, включающий методику для диагностики механизмов психологической защиты «Индекса жизненного стиля», коппинг-стратегий, ММИЛ.

Применялась комплексная лечебно-реабилитационная модель для повышения стрессоустойчивости у подростков, которая включает в себя набор психотехник (когнитивно-поведенческая, личностно-ориентированная, телесно-ориентированная, методика визуализации по Х.Сильва).

Результаты исследования. При проведении клинико-психологического исследования 200 подростков с феноменом одиночества было обнаружено, что наиболее часто используемыми механизмами психологической защиты у подростков с низким уровнем стрессоустойчивости (по тесту «Индекс жизненного стиля») являлись отрицание ($p<0,01$) и регрессия ($p<0,01$). Способы совладания со стрессовой ситуацией у подростков с низким уровнем стрессоустойчивости: бегство- избегание (47%), поиск социальной поддержки (19%), самоконтроль (34%). По результатам теста ММИЛ выявлено: увеличение показателя по шкале паранойяльности (Ра) ($p<0,05$), ипохондрии (Hs) ($p<0,001$), истерии (Ну) ($p<0,05$), что необходимо учитывать при осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий, без изменения или коррекции которых невозможно достичь стойкого продолжительного результата. Фармакотерапия позволяла снизить остроту пограничных нервно-психических расстройств и подготовить подростков с феноменом одиночества для первого этапа психотерапии.

Комплексная методика реконструкции стрессоустойчивости у подростков.

Этап 1. Поведенческая психотерапия подростков с феноменом одиночества.

Основная задача – последовательное расширение границ сознания у подростков с феноменом одиночества имеющейся проблематики путем последовательной проработки невротического конфликта на различных уровнях.

Этап 2. Личностно-ориентированная психотерапия.

Подросткам с феноменом одиночества предоставлялись условия проанализировать неразрешимые противоречия между чувством долга, целесообразным поведением и желаниями,

выявить и рассмотреть различные психологические защиты, использующиеся ими в условиях эмоционального напряжения и тревоги. Кроме того, в процессе работы с личностью, подросткам давалась возможность осознать механизм развития собственного жизненного сценария.

Этап 3. Телесно-ориентированная психотерапия.

Работа с телом позволила подросткам с феноменом одиночества осознать психологический конфликт в системе «личность – тело». Психотерапевтическая проработка невротических проблем этого уровня оказалась наиболее эффективной в процессе телесно-ориентированной психотерапии.

Этап 4. Техника визуализации по методу Х. Сильва.

Использование этой методики позволяет сформировать высокий уровень мотивации для реконструкции уровня стрессоустойчивости, а так же позволяет раскрыть доступ к скрытым ресурсам организма и личностному потенциалу подростка с феноменом одиночества.

Выводы. При анализе результатов экспериментально-психологического исследования 200 подростков с феноменом одиночества до проведения комплексной методики были выявлены наиболее часто используемые механизмы психологических защит у подростков с низким уровнем стрессоустойчивости – отрицание ($p<0,01$) и регрессия ($p<0,01$); способы совладания со стрессовой ситуацией: бегство- избегание (47%), поиск социальной поддержки (19%), самоконтроль (34%); по результатам теста ММИЛ обнаружено: увеличение показателя по шкале паранойяльности (Ра) ($p<0,05$), ипохондрии (Hs) ($p<0,001$), истерии (Ну) ($p<0,05$). Более эффективной, на наш взгляд, является комплексная психотерапевтическая методика реконструкции стрессоустойчивости у подростков с феноменом одиночества. Данный комплекс психотерапевтических мер позволяет наиболее эффективно и качественно подойти к разрешению внутриличностных проблем, возникших у подростка с феноменом одиночества и реконструировать уровень стрессоустойчивости. Это способствует поиску удовлетворяющего направления в жизни подростка с феноменом одиночества, дает возможность сформулировать его намерения, цели и общую установку по отношению к жизни, определяет выбор собственного варианта самоактуализации.

МОДЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Курпатов В.И., Гладышенко А.В.

Санкт-Петербург
СПбГБУ ГПНД №7 (со стационаром)

В медицинской модели психотерапии основной упор делается на знание нозологии, клиники расстройств, биологическую терапию и психотерапевтические и психокоррекционные методы воздействия. Основной «мишенью» такой модели являются психические и психосоматические расстройства, которыми занимается врач-психотерапевт.

Современные представления о биопсихосоциальной сущности болезни диктуют холистический (целостный) подход к больному, который предполагает сотрудничество разных специалистов в единой бригаде на всех этапах лечебно-диагностического процесса. Современные исследования подтверждают необходимость биопсихосоциаль-ного подхода к решению, как проблемы психического здоровья, так и внедрение данного подхода в лечебную практику в виде бригадной полипрофессиональной модели. Этот подход реализуется с момента объединения усилий специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе (врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, медицинской сестры) в виде полипрофессиональных бригад.

Полипрофессиональная бригада психотерапевтического центра (кабинета, отделения) – это группа специалистов, взаимодействующая и участвующая в психотерапевтическом процессе, состоящая из врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, медицинской сестры и обеспечивающая биологическую, психотерапевтическую, социально-психологическую помощь пациенту с психическими расстройствами, с целью достижения улучшения, выздоровления или ремиссии имеющегося заболевания.

Работа полипрофессиональной бригады позволяет:

- обеспечить краткосрочность психотерапевтической помощи: одновременно начать работу на поведенческом, когнитивном и эмоциональном уровнях, совместить групповые и индивидуальные формы работы, которые позволяют в более короткие сроки создать разнообразные модели поведения и общения и работать с ними;

- обеспечить эффективность психотерапевтической помощи: подключение четырех специалистов позволяет увидеть пациента с разных сторон, собрать клиническую, психодиагностическую, динамическую информацию, а также создать минимум три модели отношений с пациентом, раскрыть и проработать его внутренние конфликты;

- обеспечить экономичность психотерапевтической помощи: подготовка и работа врача-психотерапевта более дорогостоящая, чем медицинского психолога и специалиста по социальной работе и медицинской сестры, в связи с чем, включение данных специалистов в работу с пациентом позволяет снизить количество часов работы врача, сделать экономические затраты на лечение ниже. Групповые формы работы позволяют обслужить большее число пациентов в единицу времени.

Таким образом, медицинская модель в виде четко структурированной полипрофессиональной бригады является необходимым условием современной эффективной психотерапевтической помощи.

ПСИХОТЕРАПИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ДОСТИЖЕНИЯ, АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Курпатов В.И., Гладышенко А.В.

Санкт-Петербург
СПбГБУ ГПНД №7 (со стационаром)

31 мая 1985 г., приказом Министерства здравоохранения СССР № 750, в номенклатуру врачебных специальностей была включена специальность «61. Психотерапевт», а в номенклатуру врачебных должностей – должность «88.Врач-пихотерапевт». Официально с этого времени психотерапия стала отдельным видом лечебной деятельности. В этом и последующих приказах (№ 294 от 30 октября 1995 года, №438 от 16 сентября 2003 года) основополагающей является медицинская модель оказания психотерапевтической помощи в рамках полипрофессиональной бригады: структурированного взаимодействия врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе и медицинской сестры.

Для развития психотерапии в Санкт-Петербурге Комитетом по здравоохранению был введен институт внештатного главного психотерапевта. Эту должность длительное время занимала Кашкарова О.Е, главный врач СПб ГБУЗ ПБ№7 им. академика И.П.Павлова. С 2009 год психотерапевтической службой города руководит профессор Курпатов В.И. По опыту работы Психотерапевтического центра СПб ГБУЗ ГПНДС№7 (Канонерская 12), открытого в 2012 году, психотерапевтическая помощь очень востребована жителями города. Отмечается положительная тенденция в виде внедрения полипрофессиональных бригад специалистов, которые стали неотъемлемой

составляющей эффективной психотерапевтической помощи. Активно разрабатываются и внедряются стационарзамещающие технологии.

На протяжении 2014 года внедрена стационарзамещающая форма оказания краткосрочной психотерапевтической помощи, которая включает в себя амбулаторное лечение пациента без отрыва от трудовой деятельности, консультативно-лечебную помощь Длительность лечения в среднем составляет около 4 месяцев для невротических расстройств, расстройств адаптации, аффективных расстройств и 6 месяцев для эндогенных психических нарушений. Психотерапевтическая помощь оказывается бригадным методом. В бригаду входит врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и медицинская сестра. У каждого из специалистов своя зона ответственности. Врач-психотерапевт руководит бригадой, проводит клиническую диагностику, биологическую терапию, индивидуальную и групповую психодинамическую психотерапию. Медицинский психолог проводит психодиагностику, психологическое консультирование и психокоррекцию, как правило в одном из направлений: психодинамическом, когнитивно-поведенческом, экзистенциальном. Специалист по социальной работе проводит поведенческие техники: тренинг стрессоустойчивости, коммуникативный тренинг, тренинг преодоления созависимых отношений и др. Медицинские сестры проводят групповые занятия по саморегуляции и аутогенной тренировке. В процессе лечения пациент получает активную биологическую терапию и психотерапевтическую помощь – от 2 до 16 посещений к каждому из специалистов (до 48 индивидуальных посещений за период лечения) имеет возможность посещать 5 открытых и 2-3 закрытых групп.

По завершению лечения, при необходимости, организуется динамическое наблюдение за пациентом, дальнейшая поддерживающая терапия, которые осуществляются в психотерапевтическом кабинете или ПНД по месту жительства.

В тоже время недостаточно активно развиваются бюджетная и частная психотерапевтическая служба. Невысоки темпы роста мощности психотерапевтической помощи.

Организационные изменения в психотерапевтической службе, развитие медицинской психологии и социальной работы привели к появлению многих общественных объединений, ассоциаций, союзов, как по профессиональному признаку, так и по различным направлениям психотерапевтической деятельности. Набрали силу профессиональные психотерапевтические сообщества, такие как Санкт-Петербургское региональное отделение РПА (СПб РПА), Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП), Санкт-Петербургское Региональное отделение Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги, Гильдия психологов, психотерапевтов и тренеров имени В. А. Ананьева, Гильдия психотерапии и тренинга, научная секция психологического консультирования и психотерапии Российского Психологического Общества и др.

Однако есть и такая особенность современного этапа – попытка отрыва психотерапевтического сообщества от психиатрии, а психотерапии от психических больных, подмены понятия психотерапии, как медицинского метода лечения психических расстройств, психокоррекцией и психологическим консультированием в связи с активным внедрением во врачебное мышление и менталитет философско-психологических моделей психотерапии, в которых нет места больным с психическими расстройствами и биологическим методам лечения. Видимо поэтому врач-психотерапевт часто воспринимается не как врач, имеющий опыт и полноценную подготовку по психиатрии, методам и средствам биологической терапии психических расстройств, а как «вожатый» клуба пациентов по интересам, врач-психолог, что полностью противоречит нормативным документам и задачам по сохранению психического здоровья населения, стоящим перед психотерапевтической службой.

В 2014 году в Санкт-Петербурге сложилась ситуация, когда из необходимых 306 врачей психотерапевтов для амбулаторно – поликлинической сети (центры, поликлиники, ПНД) в наличии 98,25 врачей, по занятым должностям – 1 психотерапевт на 43491 чел.(0,23 на 10 тыс.)

Можно выделить следующие основные проблемы психотерапевтической службы Санкт-Петербурга:

- затрудненное структурирование психотерапевтической службы
- отсутствие регулярного мониторинга показателей деятельности службы.
- недостаточная работа по профилактике профессионального выгорания специалистов.

Приоритетные направления развития и реформирования психотерапевтической службы:

- смещение акцента на развитие амбулаторного звена
- развитие сети психотерапевтических кабинетов, межрайонных психотерапевтических центров
- интеграция психотерапии с соматической медициной
- раннее выявление и активная терапия болезненных расстройств, для предотвращения их хронизации, уменьшения трудопотерь и инвалидизации.

Основной перспективой развития службы является создание организационной структуры Психотерапевтической службы Санкт-Петербурга (городского ПТЦ с организационно-методическим отделом, межрайонных ПТЦ, сети психотерапевтических кабинетов).

ИСЛЕДОВАНИЕ ВЫБОРА ВРАЧАМИ-ПСИХОТЕРАПЕВТАМИ РАЗЛИЧНЫХ МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ С ПАЦИЕНТАМИ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ляшковская С.В.

Санкт-Петербург
СПБНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Задачами нашего исследования были изучение понятия «мишень психотерапии», разработка классификации мишеней психотерапии при проведении краткосрочной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии пациентов с невротическими расстройствами, изучение выбора тех или иных мишеней в практической деятельности врачами-психотерапевтами и влияния его на результаты лечения.

При планировании исследования мы руководствовались следующими гипотезами: 1) возможно выделить и сформулировать конвенциональные определения мишеней психотерапии; 2) существует ограниченный набор мишеней, которые можно применить в процессе психотерапии; 3) выбор тех или иных мишеней на разных этапах психотерапии влияет на эффективность психотерапии.

Достижение поставленной цели предполагало решение следующих задач:

1. теоретико-методологический анализ существующих подходов к определению мишеней психотерапии; 2. формулирование рабочего определения «мишеней психотерапии»; 3. теоретическое обоснование рабочей классификации психотерапевтических мишеней; 4. изучение практики определения психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами; 5. анализ полученного материала методом экспертных оценок, получение содержания общих и частных формулировок психотерапевтических мишеней, коррекция и выделение ограниченного количества категорий этих понятий; 6. анализ эффективности выбора тех или иных мишеней на разных этапах психотерапии.

Материал и методы. В исследуемую группу были включены случаи психотерапии 150 пациентов в возрасте от 19 до 50 лет с установленными диагнозами из группы невротических расстройств, проходивших психотерапевтическое лечение в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Эффективность психотерапевтического лечения определяли при помощи психодиагностического обследования. В частности, для измерения симптоматической динамики в процессе психотерапии, использовали опросник SCL-90-R, для оценки личностных изменений применялись Гиссенский опросник, методика «Личностный дифференциал», тест Лазаруса.

Результаты и их анализ. На основании предварительной работы с помощью группы экспертов было получено рабочее определение понятия «психотерапевтическая мишень»: это проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психотерапевтический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия.

Разработанная рабочая классификация включила в себя 5 основных групп психотерапевтических мишеней:

1-я группа – мишени, специфичные для клинической группы (клинические проявления невротических расстройств);

2-я группа – специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента (личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющих на возникновение и динамику расстройства);

3-я группа – специфичные для психотерапевтического процесса (изменяемые параметры психотерапевтического взаимодействия);

4-я группа – специфичные для клинической ситуации (условия жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенные и патопластическое влияние на расстройство, а также на возможности и условия лечения);

5-я группа – специфичные для психотерапевтического метода (гипотетические конструкты психотерапевтических методов).

Всего врачами-психотерапевтами при проведении психотерапии 150 психотерапевтических случаев лечения пациентов с невротическими расстройствами, выделялись 96 психотерапевтических мишеней. Все мишени были распределены другим составом экспертов по 5 предложенным на предварительном этапе группам психотерапевтических мишеней. Выделение других (дополнительных) групп психотерапевтических мишеней не потребовалось.

Выбор психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами имел свою специфику и определялся этапом психотерапевтического процесса.

На 1-м этапе наиболее часто врачи выбирали такие мишени: неудовлетворительный контакт с пациентом (97 (64,7%)), недостаток доверия к психотерапевту (83 (55,3%)), недостаточная мотивация к психотерапии (64 (42,7%)), непонимание пациентом причин и механизмов болезни (48 (32,0%)), некорректные ожидания от психотерапии (43 (28,7%)), недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе (36 (24,0%)), психотравмирующие переживания (35 (23,3%)), эмоциональное напряжение во время психотерапевтической встречи (31 (20,7%)).

На 2-м этапе наиболее часто врачи выбирали такие мишени: низкая способность (недостаточность) к рефлексии (93 (62,0)), внутриличностный невротический конфликт (79 (52,7)), трудности в близких отношениях (62 (41,3)), нарушение самоотношения (61 (40,7)), недостаток осознания характера своих отношений с людьми (56 (37,3)), эмоциональное напряжение во время сессий (55 (36,7)), невротические защитные механизмы (50 (33,3)), подавленные чувства (49 (32,7)), неосознавание связи симптомов с особенностями собственной личности и характером отношений с людьми (44 (29,3)).

На 3-м этапе наиболее часто врачи выбирали такие мишени: недостаточная интеграция нового опыта (59 (39,3)), зависимость от психотерапевта и психотерапии (53 (35,3)), недостатки поведенческих моделей (30 (20,0)), отношения с психотерапевтом (22 (14,7)).

Анализ эффективности выбора и проработки мишеней на разных этапах психотерапии проводился путем сравнения данных психодиагностических методик в начале и в конце лечения. В частности, для оценки клинической (симптоматической) эффективности проводимого лечения применялся симптоматический опросник SCL-90-R. После получения и статистической обработки данных, исследуемая группа была разделена на 2 подгруппы, на основании характера изменения индекса GSI методики SCL-90-R, показывающего объективную выраженность невротической симптоматики. В 1-ю подгруппу включены пациенты с отрицательной динамикой показателя (снижение интенсивности симптомов), в нее вошли 68,7% исследуемых, во 2-ю – пациенты с положительной и нулевой динамикой индекса GSI (отсутствие позитивного симптоматического эффекта), в нее были включены 31,3% обследуемых. В результате математической обработки данных оказалось, что клиническая динамика имеет с выбором психотерапевтических мишеней прямую и обратную связь. С симптоматическим улучшением связан выбор на первом этапе психотерапии мишеней из 1-й (нозоспецифической) группы. Из феноменов, связанных с взаимодействием в диаде врач-пациент, значимым стал недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе. А вот выбор на первом этапе психотерапии в качестве мишеней проблем с саморегуляцией, контрактных аспектов, а также вопросов взаимоотношения с психотерапевтом не коррелирует с симптоматическим улучшением.

На втором этапе психотерапии эффективным выбором, связанным с симптоматическим улучшением также становятся симптомоцентрированные и проблемно-решающие векторы при выборе мишеней: психотравмирующие переживания, трудности при решении актуальных проблем, отсутствие жизненных планов, актуальная психотравмирующая ситуация, социальная изоляция, а также проблемы осознания этиопатогенеза расстройства.

И на третьем этапе эффективным выбором является восполнение недостатков поведенческих моделей, недостатка интеграции психотерапевтического опыта и преодоление манипулятивного поведения со стороны пациента. Неэффективным выбором являются мишени 5-й группы, как преимущественно личностно-центрированные и имеющие отношение к основному, а не завершающему этапу психотерапии. Следует продолжить изучение закономерностей и связей между выбираемыми мишенями психотерапии и другими изменяющимися параметрами – в частности, личностными изменениями в процессе психотерапии.

СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Макаров В.В.

Москва
РМАПО,
Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига (ОППЛ)

Клиническая психотерапия является достижением и достоянием современной отечественной медицины. Есть два пути развития психотерапии. Первый из них идет из Западной Европы – родины психотерапии. Там психотерапией занимаются специально подготовленные психотерапевты, т.е. узкие специалисты в области психотерапии. Второй путь развития принят в США. Там психотерапией больше заняты клинические пси-

хологи и социальные работники. Наряду с психотерапией они выполняют и другую работу согласно своим компетенциям.

В нашей стране развитие психотерапии вначале шло по европейскому пути, причем в этой области работали сначала только врачи, затем – только врачи-психиатры. Впоследствии этот путь был дополнен подходом, принятым в США.

В контексте всей отечественной психотерапии клиническая психотерапия занимает почетное место. Согласно экспертным данным, численность психотерапевтов, занимающихся клинической психотерапией, составляет от 8 до 10% от общего числа профессионалов в области психотерапии, и это – самый большой отряд профессионалов в нашей сфере деятельности, ведь общее число признанных в Российской Федерации методов психотерапии – 44, а распространенных методов – более 50. Поэтому клинические психотерапевты сегодня составляют численное большинство в рядах отечественных психотерапевтов, и клиническая парадигма психотерапии является наиболее принятой, хотя в последние десятилетия все более серьезную конкуренцию ей составляет психоаналитическая.

Сама же психотерапия в контексте помогающих врачебных и близких специальностей занимает все более определенную роль. Психотерапевтическую помощь, которую осуществляют специально подготовленные профессиональные психотерапевты, можно относить к большой психотерапии, тогда как психотерапевтическую поддержку, проводимую другими профессионалами: психиатрами, неврологами, психиатрами-наркологами, психиатрами-сексологами, а так же психологами и социальными работниками без специального углубленного образования в области психотерапии, можно отнести к малой психотерапии.

Таким образом, психотерапия в нашей стране продолжает свое бурное развитие и, несомненно, нуждается в отдельном законодательном регулировании.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПОЗДНИХ ВОЗРАСТАХ

Мелехин А.И.

Москва
ФГБУН Институт психологии РАН

По сей день самым обсуждаемым вопросом является как адаптировать существующие протоколы (программы) когнитивно-поведенческой психотерапии (далее – сокр. КПП), так чтобы они учитывали закономерности возрастных изменений и отличия в стилях мышления в пожилом и старческом возрасте (Koder, 1996; Evans, 2007; Kiosses, Ravdin, 2015).

Ранние работы по когнитивно-поведенческой терапии А. Бека и его коллег (1978) не содержали ссылки на возраст пациентов. Это может быть истолковано как то, что данных подход может быть использован независимо от возраста пациента. Равным образом, можно также утверждать, что отсутствие таких ссылок на вопросы возраста показывает неявное согласие с преобладающей точки зрения психоанализа. З. Фрейд утверждал, что пожилые люди не имеют психической пластичности и не могут извлекать пользы из психотерапии (Lovestone, 1983). Стоит отметить, что в представленных результатах психотерапии А. Бека (1979) самому старшему пациенту было 53-54 года. В его работах того времени КПП не часто применялась с пациентами пожилого и старческого возраста. Вскоре начали появляться первые исследования по когнитивно-поведенческой психотерапии депрессий (1980-е) и тревожных расстройств (1990-е) в поздних возрастах.

Исследования применения психотерапии у пожилых людей с психическими расстройствами и психосоциальным дискомфортом существенно возросли в последние годы (Satre, 2006). Они затрагивают применение КПП при рекуррентных, постинсультных депрессиях, тревожных расстройствах, нарушениях сна, профилактике суицида реабилитации после психотических эпизодов, лечении нейродегенеративных расстройств, химической зависимости, болевого синдрома (паллиативная помощь), а также при решении психосоциальных проблем в пожилом и старческом возрасте (Gallagher-Thompson, 2008; Laidlaw, 2003; Sorocco, Lauderdale, 2011).

Начиная с 1991 г. большинство исследований по психотерапии пожилых людей было сосредоточено на депрессивном спектре расстройств. Первые исследования показывали сниженную эффективность психотерапии в поздних возрастах относительно молодых людей. С этого времени многочисленные исследования показывают результативность различных типов психотерапии для депрессий и тревожных расстройств позднего возраста (Kitsumban, 2013). Было признано, что психосоциальные методы лечения в поздних возрастах заслуживают большего внимания и депрессивное расстройства успешнее лечить психотерапией с учетом фармакотерапии (Gum, Arean, 2004). В предисловии к книге под редакцией K. Laidlaw Cognitive Behaviour Therapy with Older People A. Бек (2003) пишет, что «наконец-то спустя 20 лет состоялась интеграция геронтологии и когнитивно-поведенческой психотерапии«. В центре этой интеграции Бек выделяет два аспекта. Первый – это понимание специалистами нормального старения и закономерных возрастных изменений в поздних возрастах. Второй – это доработка когнитивной модели психопатологии (cognitive model of psychopathology), в которую были включены дополнительные аспекты с целью детальной концептуализации проблемных реакций в поздних возрастах. Когнитивная модель дополнилась новыми элементами (групповыми убеждениями, социальной ролью, наличием семейной поддержки, учетом состояния здоровья и социокультурным контекстом жизнедеятельности пожилого человека), которые обогатили ее, что позволило развеять заблуждение о неэффективности КПП при работе с пожилыми людьми. В нашей переписке с А. Беком он предостерегает, что нужно осторожно относиться к когнитивной терапии в отношении депрессии и сопутствующей психической медицинской патологии в пожилом возрасте, обязательно учитывать механизмы старения и консультироваться с геронтологом.

В многочисленных исследованиях показано, что несколько видов психотерапии особенно эффективны в поздних возрастах. Поведенческая, когнитивно-поведенческая психотерапия, терапия решения проблем (problem-solving), когнитивная терапия, основанная на осознанности (MBCT). Данные виды терапии опираются на обучение пожилого пациента копинг-навыкам с целью совладания с психосоциальными проблемами. Morris и Morris (1991) выделили причины, по которым КПП особенно эффективна в пожилом и старческом возрасте:

- Ориентация на ситуацию «здесь и сейчас«.
- Освоение копинг-навыков, их обогащение. Терапия через практику.
- Структурированный и организованный характер терапии.
- Самоконтроль.
- Обучение через кооперацию.
- Целенаправленность (Миф – «Вы не сможете научить старую собаку новым трюкам«).

Ряд рандомизированных исследований показали, что КПП более эффективна, чем просто обычное фармакологическое лечение в поздних возрастах. Происходит увеличение самооценки при депрессии, увеличивается субъективное благополучие. Некоторые клинические руководства (Яцемирская, 2001) рекомендуют психотерапию в рамках легкой и умеренной степени депрессии поздних возрастов, но назначение фармакотерапия необходимо для более тяжелых форм депрессий, хотя есть несколько эмпирических исследований которые решают

этот вопрос в рамках психотерапии. Большинство исследований, сравнивающие варианты лечения с помощью фармакотерапии и психотерапии, как правило, предполагают, что сочетание этих двух способов терапии, что снижает риск рецидива.

В нашем докладе мы осветим вопрос о фармакотерапии и КПП в поздних возрастах. Упомянем, что одно исследование, показало, что КПП улучшает динамику депрессии, больше чем прием трициклического антидепрессанта – дезипрамина. Комбинация ТЦА и КПП не показала никаких дополнительных преимуществ в лечении. Zeiss и Breckenridge (1997) пришли к выводу, что прием антидепрессантов в поздних возрастах может ускорить восстановление, но психотерапия способствует долгосрочному результату. Часть исследователей считают, что эффективные психологические вмешательства составляют необходимое дополнение к антидепрессантам для лечения депрессий позднего возраста (Fournier, 2009).

Есть ряд причин, почему пожилые пациенты не всегда получают психотерапевтическую помощь для решения психосоциальных и эмоциональных проблем. В частности, в России не достаточно подготовленных специалистов по психическому здоровью в области гериатрии и геронтологии. Часто предполагается, что депрессии в поздних возрастах является естественным следствием потери социальной роли, эмоциональных привязанностей, физической независимости и социально-экономических трудностей. Феномены «Понятность явления» (Blanchard, 1992) и «Ошибки при идентификации уважительных причин» (Unutzer et al., 1999) способствуют пониманию, что депрессия и тревога у пожилых людей является нормальной частью старения. В результате врач-терапевт приходит к выводу о безнадежности психотерапевтических методов лечения (Иванец, Авдеева, 2014). Нам представляется важным ознакомить психиатров и психотерапевтов с эффективностью применения когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении пациентов пожилого и старческого возраста с учетом мультикоморбидности этой группы пациентов. Собственный опыт применения КПП с пожилыми людьми показывает, что «старые собаки могут научиться новым трюкам». КПП является эффективным методом лечения и гибко адаптируется к пожилому и старческому возрасту, а также способствует обогащению ресурсов пожилого человека, что позитивно влияет на субъективное благополучие и качество жизни.

ПРИМЕНЕНИЕ КАТАТИМНЫХ ОБРАЗОВ СИМВОЛДРАМЫ В АНАЛИЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Мурашкина А.И., Баранов В.С., Стрельник С.Н.

Самара
Самарский ГМУ

Никотиновая зависимость является одной из самых распространенных наркологических проблем. Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака распространение курения по темпам роста расценено как эпидемия, признанная угрозой для здоровья населения всего мира (Вартанян Ф.Е., 2003). Наибольшую актуальность представляет распространенность табакокурения в молодежной среде. Именно на подростковый возраст приходится начало курения и формирования никотиновой зависимости. Основными психологическими причинами курения у молодых женщин являются: стремление к эмансипации (протест против родительских «правил» и доминирующего статуса мужчины в обществе); реализация амбициозности; налаживание взаимоотношений либо поиски общения с окружающими (сверстниками), привлечение внимания юношей; попытка преодоления субдепрессий (Аграновский М.Л., 2003, Нужный В.П., 2006).

Целью собственного исследования являлся анализ бессознательного материала в структуре кататимных образов символдрамы у женщин молодого возраста с клиническими признаками табачной зависимости и изучение перспектив применения имаготерапии в ее лечении.

Материал и методы. Материалом для исследования явились результаты психопатологического и психотерапевтического изучения 30 молодых женщин в возрасте 18-35 лет (средний возраст – 22,1 года). Среди них 20 человек – страдающих табачной зависимостью, 10 человек – контрольная группа (некурящие). Основным психотерапевтическим подходом в изучении и проработке бессознательного материала являлась работа с ведущими мотивами (образы «луга», «ручья» «горы») основной ступени символдрамы, с последующим созданием рисунка имагообразов. Использовались клинико-диагностические шкалы и опросники (опросник Кеттела, шкала депрессии Гамильтона) и элементы экспериментально-психологического метода (рисуночный тест «Рисунок семьи»).

Результаты и их обсуждение. При проведении сеансов символдрамы в группе девушек с табачной зависимостью, среди ведущих мотивов нами было выявлено доминирование таких девиантных вариантов символов, как – «бескрайний» луг, «мутная» вода, «низкая» гора. Это указывает на иллюзорные ожидания относительно своего будущего, нарушение ранних симбиотических отношений в системе мать-ребенок, заниженный уровень притязаний и самооценки. После психотерапевтического сеанса наблюдались изменения эмоционального состояния большинства девушек исследуемой группы (улучшение фона настроения), осознание («инсайт») возможных причин зависимости, настроенность на отказ от курения.

При создании рисунка имагообразов в исследуемой группе более половины девушек (55%) не использовали красный и фиолетовый цвета. Игнорирование красного, цвета оказывающего самое сильное эмоциональное воздействие и одновременно самого теплого цвета, говорит о символическом отвержении у курящих девушек таких переживаний как любовь, страсть, эротическое начало, вдохновение, а так же отсутствие тенденции к самореализации. Отсутствие фиолетового указывает на проблемы в сфере сдержанности и соответствия, меры, выравнивания, равновесия.

Большинство лиц контрольной группы отвергали серый цвет, что подтверждает отсутствие у некурящих девушек депрессивного состояния в большинстве случаев (60%).

По данным теста шкала Гамильтона нами установлено, что у 10% девушек, страдающих табачной зависимостью отсутствует депрессия, 75% испытывают легкое депрессивное состояние, а 15% – депрессивное состояние. В группе контроля у 50% депрессия отсутствует, легкое депрессивное состояние – у 50% девушек.

При анализе результатов эмоционально-волевого блока опросника Кеттела, было установлено, что в контрольной группе девушки имеют тенденцию к сильному контролю своих эмоций и общего поведения. Они социально внимательны и тщательны; проявляют то, что обычно называют «самоуважением», и заботу о социальной репутации. В исследуемой группе девушек согласно значимым стенам преобладают лица, которые не руководствуются волевым контролем, не обращают внимания на социальные требования, невнимательны к другим. Могут чувствовать себя недостаточно приспособленными. В исследуемой группе преобладают лица с тенденцией к непостоянству цели, непринужденности в поведении, которые не прилагают усилий к выполнению групповых задач, выполнению социально-культурных требований. В контрольной группе данные показатели отсутствуют.

При анализе факторов коммуникативного блока опросника Кеттела было выявлено, что в исследуемой группе 30% склонны к ригидности, холодности, скептицизму и отчужденности, вещи их привлекают больше, чем люди. Они предпочитают работать сами, избегая компромиссов, склонны к точности, ригидности в деятельности, личных установках. Иногда им свойственно быть критически настроенными, несгибаемыми, твердыми, жесткими. Эти черты отсутствуют в контрольной группе девушек, где 90% лиц обращены вовне, легки в общении, склонны к добродушию, эмоциональному выражению; готовы к сотрудничеству, внимательны к людям, мягкосердечны, добры, приспособляемы. Предпочитают ту деятельность, где есть занятия с людьми, ситуации с социальным значением. Такие люди легко включаются в активные группы, щедры в личных отношениях, не боятся критики.

Анализ рисунка семьи показал, что отверженными в своей семье чувствуют себя 10% девушек исследуемой группы (что не выявлено у некурящих). Разобщенность и слабость эмоциональных контактов членов семьи курящих девушек наблюдается в 4 раза чаще, чем в семьях некурящих (40% и 10% соответственно). У 70% табакозависимых девушек есть конфликтные отношения в семье (по сравнению с 40% некурящих). При этом тесные эмоциональные контакты между членами семьи чаще имеются у некурящих девушек, по сравнению с курящими (60% и 20% соответственно).

Таким образом, анализ кататимных образов символдрамы показал, что у испытуемых с табачной зависимостью имеются следующие достоверные различия с контрольной группой: наличие общего тревожно-субдепрессивного фона настроения, снижение самооценки, «застой аффектов», пассивность в общении, дефицит симбиотических отношений в системе «мать-ребенок» и сложности адаптации в социуме – сниженный уровень притязаний, уклонение от трудностей, тенденция к перекладыванию своих обязанностей на других людей, снижение стремления к самореализации.

Полученные данные свидетельствуют, что анализ кататимных образов может служить важным методом в изучении механизмов формирования табачной зависимости. Уже на этапе диагностического использования символдрамы наблюдается ряд положительных психотерапевтических эффектов, которые могут быть использования, в частности, для укрепления мотивированности участия в терапии и создания рабочего альянса с психотерапевтом.

НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ГАЛЛЮЦИНОЗОМ

Набиуллина Р.Р., Романова А.П., Кирюхина М.В., Шмакова М.А.

Казань
КГМА

НЛП – является важным компонентом в психотерапии больных с галлюцинозами и применяется в контексте общей стратегии лечебного психотерапевтического процесса.

Задачи НЛП в психотерапии галлюцинозов:

1. Сформировать ресурсное состояние у пациента. Помочь пациенту вспомнить и вновь ощутить себя здоровым.

2. Выявить у пациента его собственные стратегии возникновения галлюциноза.

3. Помочь пациенту осознать свое влияние на собственные процессы в головном мозге.

4. Сформировать мотивацию на излечение.

5. Обучить пациента методам преобразования симптома.

6. Совместно модифицировать, затем устранить галлюциноз методами НЛП.

7. Обучить стратегиям изменения как текущего психопатологического состояния методами НЛП, так и возможных обострений в будущем.

Основные принципы НЛП в психотерапии галлюцинозов

1. Моделирование желаемого результата – ориентация на желаемую цель (состояние здоровья). Какое состояние может быть достигнуто. Например, «Что бы Вы хотели получить, избавившись от симптома – «голосов»?».

2. Выявление старых стратегий. Выявляется способ, с помощью которого человек вызывает у себя галлюцинаторные расстройства или депрессию «Как Вы это делаете? Как Вы вызываете у себя «голоса»? Как Вы вводите себя в состояние тревоги или депрессии? О чем в этот момент думаете, кого представляете?».

3. Моделирование новых стратегий.

- Прием ротации – превращение симптома в положительную мотивацию к изменениям («Как хорошо, что у нас есть такие интересные переживания – есть с чем поработать»).

- Перепрограммирование дезадаптивных стратегий: устранение неприемлемых когнитивных схем (например, неприятия болезни – в формирование заинтересованности новыми способами редукции галлюциноза). Устранение эмоциональных расстройств (страха, тревоги), и достижение внутреннего спокойствия и умиротворения. Например, «вместо тревоги и страха мы можем с интересом отнестись к имеющимся особенностям нашего мозга – научиться манипулировать собственным мозгом». И, как окончательный результат – формирование состояния «здоровья».

- Употребление «волшебных вопросов»: «Как?»; «Каким образом?»; «Каким способом?»; «Кто?» (поможет, порадует и т.д.); «Когда?» (произойдут перемены).

- Новая модель не обязательно должна быть истинной и правильной, она может стать полезной, экологичной и адаптивной для конкретного пациента.

4. Экологическая проверка. Формирование способности пациента действовать самостоятельно и адаптивно вне сферы действия психотерапевта.

Психотерапевтические техники НЛП, применяемые в психотерапии галлюцинозов

1. Работа с трансом. Ввести пациента в состояние релаксации, плавно переходящее в состояние транса и попросить бессознательную сферу модифицировать характер галлюцинаторных расстройств с их дальнейшей редукцией, используя имеющиеся ресурсы.

2. Модификация галлюцинаторных расстройств методом «Изменения субмодальностей». Изменяем субмодальности «голоса»:

- содержание (чужой, неприятный голос на свой – поддерживающий, одобряющий или любой, но доброжелательный);

- изменяем скорость,

- громкость, высоту, интонации и тембровую окраску.

перемещаем «голос» из головы в любое самое неподходящее место («в большой палец правой ноги»; на реальный лист бумаги, который можно выбросить или в воображаемый ящик, который можно развить).

3. Техника «Взмаха» Техника основана на врожденном стремлении человека от «неприятного» к «приятному».

Включает в себя следующие этапы:

- определение проблемы или симптома;

- определение пусковой картины (звуки, ощущения), предшествующей проблеме с диссоциацией (исключение себя из пусковой картины);

- создание второго образа (второй картины) – образа избавления от проблемы и регулировка этого образа по размеру, цвету, контрастности;

- собственно «взмах» – мгновенная замена первого образа на второй с одновременным изменением их размеров;

- проверка эффективности техники (вызов нежелательного образа).

4.Аудиальный взмах. Вспомнить характер галлюцинаторных расстройств. Представить, что неприятный «голос» постепенно утихает вдали, а на смену ему приходит доброжелательный голос, с которым можно договориться о полном его исчезновении.

5. Встраивание новой стратегии. Обучение пациента новой последовательной реакции, которые он будет переживать при возобновлении галлюциноза:

- изменение эмоций (вместо страха – интерес);

- изменение поведения (вместо бегства или агрессии – целенаправленные действия: прием ранее назначенного лекарства, звонок врачу, информирование родственников об обострении или любая просьба о помощи).

Можно комбинировать модели НЛП с другими психотерапевтическими моделями.

Стратегии научения методами НЛП

1. Язык мозга – язык субмодальностей – параметров переживаний. Изменяя субмодальности, мы изменяем свое отношение к происходящему. Например, «Внутренние голоса советуют, комментируют, угрожают – мешают – изменить модальность. Если голос чужой – изменяем на свой». Интуиция пациента подскажет эффектный и эффективный образ. Один голос или несколько – меняем на более приятные голоса.

2. Дезактивировать сеть и перекодировать память. Существует зависимая от состояния память – надо реактивировать нейронную сеть. Надо научиться договариваться с собственным мозгом (на языке, доступном ему).

3. У каждой стратегии есть пусковой механизм (триггер) – некоторые стимулы, которые позволяют человеку знать, что пора запускать процесс. Вслед за тем личность предпринимает действие, которое так изменяет существующие вещи, что становится ясно, получен ли желаемый результат после применения данной стратегии. Эта последовательность (триггер – действие – проверка – результат) объясняет, как сложно организовано поведение. У каждой «проблемы», которую личность неоднократно вызывает в течение жизни (депрессия, тревога, зависимость, «голоса»), есть своя стратегия. Личность снова и снова запускает стратегию, которая была создана, когда человек не имел доступа к ресурсным состояниям. Можно прорепетировать с пациентом новую, более полезную стратегию, в том контексте, в котором человек раньше запускал «порождающую проблему» стратегию. Пациенты чаще всего нуждаются именно в репетиции и проигрывании новой стратегии, прежде чем она будет «встроена» и станет запускаться бессознательно.

Это равносильно овладению стратегией приготовления блюда по новому рецепту. Первый раз мы сверяем свои действия с рецептом и действуем осторожно. После третьего или четвертого раза – более уверенно, затем готовим автоматически. Стратегия уже будет запускаться бессознательно – она «ваша». Это значит, что эта стратегия «заякорена» в нужной вам ситуации.

4. Стратегии также можно прорепетировать и в своем воображении. Психотерапевтические стратегии могут быть проиграны непосредственно или визуально, включая даже ту визуализацию, которая возникает, когда кто-то слышит о новой успешной стратегии других.

Вольфгант Гете силой воли и самодисциплины научился не только не бояться своих галлюцинаций, но и вызывать их по своему усмотрению, как актеров на сцену, заставлять их разыгрывать сцены из «Фауста», над которым он в это время работал, и уходить со сцены, когда он решал прекратить работу и заняться государственными делами (он был не только великий поэт и драматург, но и выдающийся государственный деятель).

Проигрывание стратегии в воображении столь же эффективно, как и физическое исполнение.

5. Ситуация может быть усложнена тем, что остальная часть мозга часто будет пытаться справиться с неприятным опытом, возвращаясь к нему снова и снова – в данном случае необходимо заранее обучить пациента использовать ресурсные состояния, которые параллельно существую в виде других нейронных сетей.

6. Активизировать сферы творческой активности. Предложить нарисовать «голоса» или написать о них стихи.

7. Закрепить достигнутый результат.

Примечание: изменяя субмодальности, пациент меняет свое отношение к происходящему, осознавая возможность позитивного влияния на процессы.

НЛП является эффективной составляющей психотерапевтического комплекса.

ПСИХОТЕРАПИЯ: ПРИЗВАНИЕ, БИЗНЕС ИЛИ НАУКА?

Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

Самара
Самарский ГМУ

Последнее двадцатилетие XX века характеризовалось, с одной стороны, значительным увеличением числа «новых» методик и техник психотерапии, а с другой – осмыслением, что эти методики и техники – больше соединение уже ранее известных методик, что привело к появлению понятий «эклектическая» и «интегративная» психотерапия (Носачев Г.Н., 2006; Александров А.А., 2009; Холмогорова А.Б.,2011; Исурина Г.Л., 2013). Э.Г.Эйдемиллер (2012) считает психотерапию и искусством, и специальностью, и практикой.

На наш взгляд существует и другое теоретическое решение вопроса «интеграции» – признание правомерности выделения психотерапевтического метода (ПТМ) на основе методологии, например, по аналогии с математическим, а в медицине – хирургическим или терапевтическим.

Наука – блистательное достижение человечества, его знаний и опыта. В качестве ее субъекта всегда выступает определенная сфера объективного и субъективного мира.

Цель исследования – рассмотрение психотерапии с позиций философии науки.

Объектом изучения философии науки является изучение науки как особой социальной реальности, в котором исследуется само научное знание, способ производства этого знания, принципы его организации и функционирования, динамика, методы познавательной деятельности и т.д.

В философии науки XX века произошел прагматический поворот, который способствовал становлению прагматического метода. На уровне субнаук, к одной из которых следует отнести психотерапию, прагматический метод актуален только для аксиологических дисциплин (модели использования психотерапевтического метода).

Из прагматического метода психотерапия (психотерапевтический метод) в XX-XXI в.в. постепенно превращается в самостоятельную научную методологию естественных наук о человеке. Антропологический и биопсихосоциальнодуховный подходы к человеку и пациенту позволили пересмотреть концепты и принципы в интерпретации психотерапии. В концептуальной иерархии философии науки принципы – методы – законы – модели – понятие «психотерапия», являясь методом воздействия (интервенции) на человека в рамках четырех практических моделей (медицинской, психологической, социальной, философской) имеет множество частных моделей, методик и понятий с их частной интерпретацией. Сегодня можно смело заявить, что противопоказаний к использованию психотерапевтического метода в биологии и

психологии не существует (имеются противопоказания к отдельным методикам).

В интерпретации содержания психотерапевтического (частности прагматического) метода важнейшее место принадлежит принципу эффективности и ответственности, а также процессу принятия эффективного решения. Однако на современном этапе в клинической психотерапии нерешенность этих вопросов приводит к использованию психотерапевтической практики отдельно от теории и к нарушению (разобщению) принципа научного ряда и строя (Канке,2009). Согласно принципу роста научного знания, истолкование всех научных концептов должно учитывать как прогресс науки, так и последовательное преодоление возникающих в психотерапии проблем. Именно единство научно-теоретического строя свидетельствует о том, что его предметом является один и тот же объект, в частности в психотерапии – человек как личность, субъект, индивидуальный носитель психики, а не когнитивные процессы, мозг и тело человека. Руководствуясь психотерапевтическим методом как прагматическим инструментом, психотерапевт (ученый, практик) варьирует ценностные и методологические преференции, проецируемые на их основе цели, оценивает их в соответствии с интегральным (многокритериальным) показателем эффективности и принимает ответственное решение.

Философия науки и доказательная медицина, а вслед за ними и организация здравоохранения, и медицинское право требуют единого подхода в вопросах не только диагностики, но и (особенно!) лечения и его результатов. Отечественный философ В.А.Канке в учебнике «Общая философия науки» (2009), подводя итоги, пишет: «Принцип – положение теории, позволяющее интерпретировать содержание предложений, в том числе научных законов и всех других используемых в теории концептов. В концептуальной иерархии принципы – методы – законы – модели – понятия именно принципы имеют основополагающее значение. Интерпретация содержания понятий и законов предполагает знанием принципов, она, как выражаются, концептуальна им». Тем более, что: «научно-теоретической ряд представляет теории как последовательное преодоление возникающих проблем».

Современная наука представляет собой трансдисциплинарное целое, в котором многие науки (если не все) соотносятся и наполняют друг друга, не противореча самостоятельности отдельных научных дисциплин. Таким ярким примером данного утверждения является психотерапевтический метод – единый для практически всех гуманитарных наук о человеке, а через них и на естественные, в частности, биологию и медицину.

К сожалению, разные направления, виды и методики психотерапии еще теоретически далеки от основных критериев научности. Выделяют следующие группы критериев: критерии группы «А» отделяют науку от ненауки при помощи формальной непротиворечивости, опытной проверяемости, рациональности, воспроизводимости, интерсубъективность; критерии группы «Б» – исторически преходящие нормативы, требования к онтологическим схемам, культурно-стилистическим особенностям мышления ученых (что особенно характерно для психотерапевтов); критерии группы «В» составляют дисциплинарные критерии научности, предъявляемые к профессиональным отраслям знаний. Современная наука стремится к определению четких критериев научного познания, ей свойственны строгость, достоверность, обоснованность, доказательность. В настоящее время имеются все основания считать, что есть возможность создать общую теорию психотерапевтического метода, который доказал свою практическую эффективность во всех четырех моделях психотерапии.

В современной клинической психиатрии основной перекос происходит в сторону фармакологического метода, что ведет зачастую к игнорированию психотерапевтического (как еще недавно у психотерапевтов было отрицание фармакологического метода). Между тем, психические расстройства были и остаются, во-первых, болезнями, реакциями (расстройства) собственно мозга, но преимущественно его психических функций (процессов, состояний, образований), на которые, во-вторых, в основном ведущее воздействие оказывает психотерапевтический метод (клинический, психологический и социальный), как в клинике психических расстройств, так и особенно в реадаптации и реабилитации личности в болезни и социуме.

Стратегия использования психотерапевтического метода – в осмыслении его как интер- и трансдисциплинарного целого в науке о человеке и соотносительности их друг с другом. Разработка всех трех уровней научной дисциплины, объективной, ментальной и языковой, их соотносительность друг с другом сокращает метафизические интерпретации и постепенно приведет к отказу от них, и позволит соотнести психотерапию в качестве самостоятельной дисциплины в прагматическом методе с концепцией истины и этической ответственности, как в медицине, так и психологии, и социологии.

Что касается поставленного вопроса, то ученый и пользователь психотерапевтического метода является и специалистом с призванием, и носителем эстетического и культурного подхода; ученый может быть предпринимателем, а практик бизнесменом. Необходимо лишь помнить о том, что наука как бизнес (или политика, или ремесло) имеет мало общего с наукой как призванием. Так же, как мало общего между использованием идей и их генерацией.

ОСОБЕННОСТИ МОТОРИКИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ПРОЦЕССЕ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Оганесян Н.Ю.

Санкт-Петербург
СПб ГКУЗ ГПБ №6 (стационар с диспансером)

Танцевальная психотерапия – это психотерапевтическое использование танца и движения, как процесса способствующего интеграции эмоционального и физического состояния личности. Цель применения танцевальной психотерапии в психиатрическом стационаре -минимизация патологической симптоматики за счет коррекции двигательных, эмоциональных, поведенческих и межличностных нарушений в результате психотерапевтического использования танца и движений.

Танцевальная психотерапия как метод невербальной психотерапии в основе своей имеет два аспекта – это движения и эмоции, на которых строится весь психотерапевтический процесс на стадии реабилитации пациентов с психическими расстройствами. Движение – в широком смысле – всякое изменение, в узком смысле – изменение тела в пространстве. Между моторным и сенсорным отделами коры существует тесная связь. Моторные и сенсорные представительства различных органов располагаются в этих областях параллельно друг другу. Движение протекает во времени и пространстве и состоит из серии сменяющих друг друга импульсов. Но если на начальной стадии формирования движений эти импульсы изолированы, то по мере формирования навыка они объединяются в цельные кинетические структуры. В таких случаях достаточно одного импульса, чтобы запустить целый динамический стереотип, который является основой навыка (Sheets-Johnstone M., 1999,2009; Sperry Roger W., 1952.; Liberman Alvin M., Ignatius G., Mattingly., 1985). В процессе тренировки этот стереотип автоматизируется. Особенно это видно в стереотипных движениях, которые демонстрируют все без исключения, как пациенты, так и здоровые люди.

Принцип автоматизации положен в основу одной из главенствующих техник танцевальной психотерапии – кинестетической эмпатии, в процессе которой танцевальный терапевт имеет возможность перепрограммировать навязчивые движения, моторный хаос, эмоциональное состояние и т.д. (Оганесян Н.Ю., 2008, 2014) В моторно-визуальной обратной связи особую роль играют зеркальные нейроны. Они облегчают подражательное поведение и превращают действия в информацию (Rizzolatti, 1998, Kohler et. al., 2002). Можно предположить, что мы воспринимаем чье-то действие посредством скорее чувства, а не размышления.

Цель исследования: определить особенности взаимовлияния движений и эмоций в танцевальной психотерапии больных психическими расстройствами.

Материалы и методы: в исследовании, проведенном ГПБ №6, приняли участие 300 пациентов (F20,00, F20.01). Средний возраст всех обследуемых составил (M±SE) 36,9±1,2 лет. Давность заболевания 13,8±1,0 лет. Контрольная группа – студенты РГПУ им. А.И. Герцена (отделение второго высшего образования) -100 чел.

Для исследования применялись разработанные психологические методики, по возможности исключающие использование когнитивного аппарата в процессе психологической диагностики – это «Телесный анализ» Н.Ю. Оганесян (2007, 2015). Проективная методика экспресс диагностики эмоционального состояния «Какого Я цвета» и «Анализ телесного компонента интеллекта» Н.Ю. Оганесян (2005) Эти методики направлены на: 1.исследование патологии телесной картины больных шизофренией, 2. определение уровня регресса (дефицитарности) больных шизофренией; 3.расширение представления о психологии телесности и возможностях психотерапевтической работы с телом, 4.оценку динамики психомоторики в процессе танцевальной психотерапии в комплексе с другими психологическими методиками

Результаты исследования. Моторика первична и поэтому наиболее сохранна у больных психическими расстройствами ($p<0,05$). «Анализ телесного компонента интеллекта» показал сложности в оценке собственных телесных напряжений, выраженных в недостаточном осознании собственного тела, в начале танцевальной психотерапии и реальную оценку в конце цикла, как у больных шизофренией, так и у здоровых испытуемых ($p<0,05$). По проективной экспресс методике «Какого Я цвета» можно сделать следующие выводы: как больные психическими расстройствами (78%) так и здоровые испытуемые (45%) до сессии показывали снижение эмоционального фона ближе к депрессивному. А также повышение настроения в конце цикла танцевальной психотерапии, выраженного использованием разных цветов (84%) и имажинарных рисунков (35%).

Представляем корреляционную плеяду составляющих параметра «Двигательный репертуар» с другими параметрами методики «Телесный анализ» после прохождения курса танцевальной психотерапии больными шизофренией со стойкой дефицитарной симптоматикой. Количество корреляционных связей увеличилось, структура стала более организованной и ясной. Из корреляционной плеяды следует, что вариативные движения характеризуются способностью пациента использовать все части тела и пространство вокруг себя, в результате чего способность имитировать разные танцевальные движения и устанавливать нормальный контакт с другими участниками группы повышается. Стереотипные движения имеют противоположную картину связей. «Вариативные движения» связаны положительной связью на 5% уровне с показателями «Танцует всеми частями тела« и «Все пространство». При этом показатель «Вербальная рефлексия» положительно связан на 1% уровне с показателями «Танцует разными частями тела» и «Вариативные движения», что так же может указывать на повышение вербальной активности пациента с развитием его двигательного репертуара. Показатель «Недостаточно эмоционален» связан положительной связью с показателями «Стереотипные движения», «Стоял в центре» и «Вербальная рефлексия», последний признак говорит об осознанном распознавании эмоциональности в танце т.д. Признак «Отгораживание себя» имеет положительную корреляционную связь с выбором «Бесконтактная импровизация» и отрицательную с «Танцует разными частями тела» и «Вариативные движения», а также «Недостаточно эмоционален». «Обоюдный контакт с группой» положительно связан с выбором «Контактная импровизация» и «Танцует разными частями тела», «Вариативные движения» и «Танец эмоционален». При просмотре видео материала танцевальной терапевтической сессии 82% пациентов правильно определили степень своей эмоциональности и членов группы. Полученные результаты позволяют предположить, что больные шизофренией адекватно оценивают свое эмоциональное состояние в процессе танцевальной психотерапии, показывая высокий уровень сенситивности. Можно предположить, что «утопленность эмоций может являться защитным механизмом вызванным непониманием со стороны социального окружения. Эмоциональная уплощенность ярко выражается в танце, когда за внешней отгороженностью скрывается высокая чувствительность, выраженная в движениях.

Около 80% здоровых испытуемых демонстрировали пространственное торможение и двигательные стереотипии, интерпретированные как особенности социальных установок и психологической защиты, поддающиеся психомоторной коррекции. У здоровых испытуемых просмотр видео материала собственных танцевальных импровизаций вызывал разные эмоциональные реакции (от полного неприятия своего тела 31% до удовлетворения 62%), которые также подлежали коррекции.

Танцевальная психотерапия при работе с хронизированными пациентами позволяет стабилизировать их состояние, за счет восстановления координации движений, размытых телесных границ и их эмоциональной составляющей, что отражается на социальных коммуникациях пациентов.

Отдельно необходимо отметить что, «Танцевальный терапевт» не занимается постановкой танцев, не разучивает танцевальные движения, не мотивирует пациентов к участию в концертах художественной самодеятельности.

Задачи «Танцевального терапевта» в работе с психотическими пациентами – коррекция координации движений, развитие пространственной ориентации, снятие мышечных зажимов, повышение уровня внимания, развитие невербальных и вербальных коммуникативных навыков в ситуации «здесь и сейчас« (Оганесян Н.Ю., 2015).

ДИНАМИКА СТРУКТУР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ В ПСИХОТЕРАПИИ

Палаева Р.И., Антохин Е.Ю., Медик И.А.

Оренбург
Оренбургский ГМУ

Проблема изучения депрессии приобретает все большую актуальность, поскольку именно аффективная симптоматика, нередко, является дезадаптивным ответом организма на средовые воздействия, которые носят либо истинно психогенный характер, либо являются триггерным фактором последующего развития эндогенной фазной депрессии (Краснов В.Н., 2011; Смулевич А.Б., 2014; Li Ch.-T., 2012). Течение непсихотической депрессии, нередко, является затяжным и социально дезадаптирующим с усложнением клинической картины и формированием резистентности к психофармакотерапии

(Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., 2012). В связи с чем, требует решения проблема разработки методов не только биологической, но и нелекарственной терапии депрессий различной этиологии, с воздействием на факторы, которые являются «мишенями», прежде всего психологического воздействия (Холмогорова А.Б., 2011).

Цель работы: определение динамики структур психологической адаптации у больных непсихотической депрессией (НД) различной этиологии в психотерапии.

Материал и методы: на базе Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1» (главный врач – Шлафер М.И.) обследовано 57 больных депрессией непсихотического уровня. В зависимости от этиологии депрессии выборка разделена на группы: больные с психогенной депрессией (ПД) – 27 пациентов и больные эндогенной депрессией (ЭД) – 30 пациентов. Две группы сопоставимы между собой по социально-демографическим параметрам. Для исследования структуры психологической адаптации пациентов использованы методики диагностики перфекционизма Н.Г.Гаранян-А.Б.Холмогоровой (2007), копинга SVF (Janke W. et al., 1985) и E.Heim (1988), самостигматизации – СС (Ястребов В.С. с соавт., 2004), механизмов психологической защиты (МПЗ) SBAK (Ehlers W. et al., 1989) и FKBS (Hentschel N.,1988). Оценка выраженности психопатологических проявлений, помимо клинической беседы, дополнялась применением симптоматического опросника SCL-90-R (Тарабрина Н.В., 2001; Derogatis L.R., 1977). При статистической обработке данных использована программа STATISTICA 6.0. Групповой тренинг анализа ситуаций (ТАС) проводился в рамках метода когнитивно-поведенческой психотерапии, в структуре комплексной терапии, включающей в себя сопоставимую в группах психофармакотерапию с преимущественным назначением антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. ТАС имеет ряд особенностей: 1. Постановка целей. Член группы определяет, какие навыки поведения он хотел бы приобрести в результате работы. Пока не достигнута одна цель, переходить к другой с помощью психотерапевтических приемов не следует; 2. Измерение и оценка проблем. Задача пациента – научиться на занятиях анализировать, что предшествует проблемному поведению, как и когда оно проявляется, каковы будут его последствия. Для этого пациенты ведут дневник, в котором описывают свои автоматические мысли, возникшие при этом чувства и их выраженность. Затем учатся понимать, на сколько эти мысли правильны и соответствуют действительности. 3. Психотерапевтические приемы. В зависимости от групповых целей выделяются следующие методические приемы ТАС: использование ролевых игр; четкое тематическое построение занятий. Анализ мыслей и репетиция поведения – основные методики в ТАС, состоящие из выявления и опровержения ошибочных мыслей, которые в свою очередь приводят к использованию неадаптивных форм поведения. В рамках данного тренинга также осуществлялась работа с автоматическими мыслями и глубинными убеждениями пациентов. 4. Домашняя работа. Пациенты отслеживают свои автоматические мысли и прорабатывая, записывают их в дневник. В качестве стимульного материала на каждом занятии готовятся наиболее частые жизненные ситуации, приводящие к дезадаптации (за основу взяты ситуации из методик для диагностики структуры психологической защиты). Для оценки динамики состояния тестирование пациентов проводилось в первый день и по окончании групповой психотерапии (42 дня).

Результаты. После проведенной психотерапии в двух группах произошло статистически достоверное снижение уровня тяжести симптомом (показатель GSI). Проведение ТАС позволило снизить тревожную симптоматику в группе больных с ПД (с 1,54 до 0,99; $p<0,05$), а в группе больных с ЭД – депрессивную симптоматику (с 2,19 до 1,61; $p<0,05$) и преодолеть ригидность мышления (с 1,34 до 0,98; $p<0,05$). Клинически это выражалось в улучшение аффективного статуса больных, снижении интенсивности ипохондрических жалоб, повышении активности, прежде всего, в стремлении к социальным контактам, чему способствовало и активное использование полустационарных режимов лечения (ночного и дневного стационара, лечебных отпусков в выходные дни).

В системе МПЗ до и после проведения психотерапии в двух группах больных НД не было выявлено достоверных отличий, что по-видимому, обусловлено относительной краткосрочностью ТАС и МПЗ, являясь глубинными бессознательными механизмами, не подвергаются четкой динамической перестройке. Однако, мы можем отметить повышение средних значений использования МПЗ «регрессии» у больных ЭД ($p<0,05$). Данный МПЗ имеет обратную взаимосвязь с депрессивной и тревожной симптоматикой у больных ЭД, снижение которой мы наблюдаем после прохождения ТАС. Таким образом, МПЗ «регрессия» может являться «психотерапевтической мишенью» у больных ЭД в структуре долгосрочной КПП.

Структура самостигматизации претерпела положительную динамику в процессе психотерапии ТАС: произошло снижение показателей компенсаторной формы самостигматизации у больных ПД (с 31,08 до 26,08; $p<0,05$), что может говорить об осознании проявлений своего заболевания и формирование конструктивного отношения к нему в процессе психотерапии. А также снижение общего показателя самостигматизации в процессе психотерапии в группе больных с ЭД (с 123,73 до 117,20; $p<0,05$), что говорит о возможности воздействия на внутреннюю картину болезни пациента, корректирование искаженной самооценки, повышение активности и социального функционирования пациента, а также формирование правильного отношения к заболеванию, снижение социальной отгороженности, зависимости от помощи других, предотвращение адаптации к роли инвалида.

Структура копинг-стратегий, согласно данным опросника Хайма, претерпела положительную динамику в группе больных с ЭД и ПД с укреплением роли конструктивных модальностей и снижением роли неконструктивных способов преодоления стресса. ТАС оказал существенное влияние на когнитивную и поведенческую сферу пациентов с депрессивными расстройствами. В группах больных с депрессиями непсихотического уровня, вне зависимости от этиологии депрессии, выявлен рост показателей таких адаптивных копинг-стратегий как «проблемный анализ», «установка собственной ценности», «сохранение самообладания», а также снижение показателей неадаптивного копинга в когнитивной сфере «смирение», «растерянность», «диссимуляция», «игнорирование». Следует отметить, что одной из задач ТАС является проблемный анализ жизненных ситуации, приводящих к дезадаптации, и изменения именно в когнитивной сфере мы можем наблюдать в процессе психотерапии в обеих группах.

В группе больных с ЭД наблюдается снижение интенсивности неконструктивных копингов «активное избегание» и «отступление» в поведенческой сфере. В группе больных с ПД мы наблюдаем снижение «самообвинения» (с 55,16 до 49,91; $p<0,05$), а также повышение показателей относительно-адаптивного копинга «заместительное удовольствие» (с 55,16 до 57,50; $p<0,05$), который позволяет осознать собственную роль в происходящих событиях, и, следовательно, предпринять действия по изменению ситуации, что подтверждает эффективность ТАС и помогает реализовать психологический ресурс к адаптации у больных непсихотическими ПД.

Таким образом, нами были получены результаты, доказывающие эффективность группового ТАС. Сравнение произошедших улучшений в структуре психологической адаптации в группе больных ПД и ЭД позволило нам сделать вывод о различных «психотерапевтических мишенях» когнитивной терапии у больных с депрессией различной этиологии.

ПСИХОТЕРАПИЯ В РОДИТЕЛЬСКОЙ ГРУППЕ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРАКТИВНОГО И ОППОЗИЦИОННО-ВЫЗЫВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Пережогин Л.О., Шалимов В.Ф.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Гиперактивное и тесно связанное с ним оппозиционно-вызывающее поведение у детей дошкольного и младшего школьного возраста встречается во всем мире достаточно часто. В России частота встречаемости гиперкинетического расстройства составляет от 6% до 8%. Заваденко Н. Н. и др. (1999), выявили СДВГ в 7,6% случаев, Брязгунов И. П. и Касатикова Е.В. (2001) – в 7,0% случаев, a Ruchkin V. et al. (2006) – в 6,3%. Гиперактивное и оппозиционно-вызывающее поведение с высокой вероятностью приводит к семейной и школьной дезадаптации ребенка, а в более старшем возрасте способствует трансформации девиантного поведения в делинквентное (Пережогин Л. О., 2010). В то же время, даже при своевременной диагностике расстройства поведения и своевременном начале фармакологической терапии в дошкольном возрасте аномальное поведение ребенка не поддается быстрой коррекции. Поэтому успех лечения в плане восстановления социальной (в первую очередь – в школе и детском дошкольном учреждении) адаптации зависит в основном от психотерапевтической работы. За рубежом психотерапия гиперкинетического расстройства и сопряженного с ним оппозиционно-вызывающего поведения широко распространена. В России она известна мало. Нами разработана программа психотерапевтической помощи, представляющая собой адаптацию предложенной Расселом А. Баркли концепции «10 шагов» коррекции гиперактивного и оппозиционно-вызывающего поведения.

Мы исходили из предположения, что поведение ребенка требует терапевтического вмешательства, если оно заведомо не соответствует принятым в обществе нормам, в том числе возрастным, резко снижает качество его адаптации, препятствует эффективному взаимодействию со сверстниками и взрослыми, влечет за собой дистресс для самого ребенка и его окружения, приводит к вторичным тревожным и депрессивным реакциям (оцениваются по шкалам). Известно, что если оставить эти проявления без внимания, в дальнейшем поведение ребенка эволюционирует по траектории девиантное поведение – асоциальное поведение – криминальное поведение (Пережогин Л. О., 2010). Рано или поздно ребенок формирует устойчивые стратегии аномального поведения, которые становятся почвой для деформации личности, развития личностных расстройств. Мы настойчиво советовали сознательно воздержаться от коррекции поведения ребенка, если оно является нормативным, но по какой-то причине не соответствует требованиям его родителей, или если ребенок страдает от собственного нормативного поведения (депрессии, социальной фобии, обсессивно-компульсивного расстройства).

Программа рекомендовалась нами для коррекции поведения детей с нарушениями поведения, обусловленными следующими состояниями:

- здоровые дети с легкими, часто ситуативно обусловленными, расстройствами поведения невротической природы (т.н. «невротические реакции») и с колебаниями настроения циклотимического характера;

- дети с задержками психического развития, не достигающими по степени выраженности умственной отсталости;

- дети, соответствующие критериям гиперкинетического расстройства поведения по МКБ-10 (F 90.1) как самостоятельного психического расстройства, так и коморбидного остаточным явлениям перинатальной церебрально-органической патологии (аналогом гиперкинетического расстройства по МКБ-10 в DSM-V является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ – ADHD));

- дети, обнаруживающие оппозиционное, вызывающее поведение, в том числе, соответствующие критериям оппозиционно-вызывающего расстройства поведения (F 91.3 по МКБ-10).

С нашей точки зрения не целесообразно использовать программу для коррекции поведения детей старше 12 лет, детей из грубо дисфункциональных семей, семей с грубым нарушением родительских ролей. Нами не приветствовалось включение в программу детей с выраженным агрессивным и отчетливо противоправным поведением.

Родителям было разъяснено, что программа не эффективна для детей с шизофренией, расстройствами аутистического спектра, умственной отсталостью, эпилепсией, выраженной церебрально-органической патологией, сопровождающейся в том числе деформацией личности. Эти нарушения являлись критериями исключения из исследования.

Родителям разъяснялось, что мишенью коррекционного воздействия не могут быть симптомы психических расстройств, наблюдающиеся у ребенка, в том числе припадки и их эквиваленты, кататоническая симптоматика, обсессивно-компульсивные расстройства, фобии и панические атаки, тики, заикание, энурез неорганической природы и иная невротическая симптоматика. Подчеркивалось, что эти состояния требуют иных видов психотерапии и иных видов психиатрической помощи.

Цели работы с детьми и их родителями ставились следующие: научить родителей воспитательным приемам, особенно стимулирующим правильное (общественно одобряемое) поведение, послушание ребенка; объяснить родителям причины аномального поведения детей; вернуть через участие в коррекционной программе семье гармонию отношений, научить родителей оказывать детям внимание, применять поощрения, использовать наказания, устанавливать конструктивное взаимодействие с ребенком и в итоге добиться существенной динамики его поведения. Родителей планировалось обучить внимательно относиться к преподносимым детьми проблемам, давать детям четкие, грамотные указания, научить их развитию у детей навыков правильного поведения, самостоятельной организации своего досуга, игры.

Программа была апробирована на базе Неврологического отделения КДЦ Морозовской ДГКБ ДЗМ. Продолжительность программы – 10 встреч. На первой встрече родителям разъяснялись механизмы формирования аномального поведения, на второй – происходило обучение презентации родительского внимания как особенной ценности, на третьей – использовалось обучение самостоятельной игре, на четвертой – изучалось применение домашней системы символической экономики, на пятой – дисциплинарные методы воздействия, на шестой – применение метода «тайм-аута«, на седьмой – особые приемы коррекции поведения в общественных местах, на восьмой – коррекция поведения в детском учреждении, на девятой – обсуждались перспективы дальнейшей семейной работы, десятая встреча была итоговой. Продолжительность программы составила 3 месяца.

Участниками двух экспериментальных групп в 2014 году стали родители 27 детей с гиперкинетическим расстройством (21 мальчик и 6 девочек) в возрасте от 5 до 8 лет. 17 детей получали медикаментозную терапию ноотропными препаратами. О значительном улучшении поведения детей сообщили 13 родителей, заметные положительные изменения отметили три человека, умеренную положительную динамику – 4 родителя, отсутствие результатов – отмечено в 4 случаях, трое родителей покинули программу до ее завершения.

Таким образом, эффективность терапевтической программы составила около 55%, что является хорошим показателем для программ среднесрочной психотерапевтической помощи.

РЕБЕФИНГ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

Пермякова О.А., Куликова Н.В.

Уфа
Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

Основным методом лечения любых психогенных расстройств является психотерапия, остальные являются дополнительными и используются в комплексе. Работая с пациентами, перенесшими стрессовое расстройство, психотропные препараты целесообразно использовать преимущественно в качестве «фармакологического прикрытия» для снятия остроты состояния и подготовки к последующей психотерапевтической коррекции.

В клинической картине психогенных расстройств отражены повторные переживания психической травмы в виде кошмарных сновидений, тягостных воспоминаний, тревоги, негативного взгляда на будущее. В терапии с такими пациентам наряду с «разговорными» техниками активно используют такие методики как телесно-ориентированная терапия, арттерапия, символдрама, психосинтез, ребефинг, которые позволяют вести работу на глубинном уровне, «обойти» механизмы психологической защиты и добиться отреагирования на телесном и эмоциональном уровне, не выводя в сознание психотравмирующую ситуацию.

Ребефинг (от англ. rebirthing – второе рождение) – психотерапевтическая методика, разработанная Л. Орром и С. Рэй в 1977 г., ориентированная на духовную трансформацию при использовании специальных дыхательных упражнений, побуждающей музыки. Здесь для достижения измененных состояний сознания выполняется глубокое и частое дыхание без пауз между вдохом и выдохом. Вдох осуществляется с мышечным усилием, а выдох является расслабленным. После этого начинается внутренняя работа: поиск проблемной ситуации, ее рациональное рассмотрение, катарсис, перевод из негативного контекста в позитивный. Метод эффективен для устранения негативных последствий родовой травмы, различных травматических событий, хранящихся в бессознательном, повторного переживания событий жизни, обусловливающих наличие стресса, психологических проблем, психосоматических заболеваний.

Смысл ребефинга при лечении пациентов, перенесших стрессовое расстройство, заключается в отреагировании травматической ситуации и освобождении связанной энергии. При этом энергия, потраченная на формирование психологической защиты, освобождается, за счет чего уходят симптомы астении и происходит трансформация негативного опыта в позитивный. Далее начинают формироваться новые поведенческие паттерны, происходит изменение отношения к ситуации.

В Центре были пролечены 24 пациента с использованием этого метода. Работа велась в группе из 5-7 человек и в индивидуальном режиме. Проводилось по 5-6 сеансов с интервалом 2-3 дня. У всех пациентов отмечалась редукция симптоматики, которая проявлялась повышением активности и общительности, улучшением настроения и сна, исчезали навязчивые воспоминания и кошмарные сновидения.

Обязательным условием для успешного проведения ребефинга является предварительная работа с каждым пациентом- это длительная мотивационная подготовка, необходимость установления хорошего раппорта, создание зоны доверия. Желательно, чтобы пациент сознательно шел на работу и был готов к возможному обострению состояния, что возможно в процессе терапии. Сеансы начинаются с ресурсных трансов или директивной суггестии для снятия страха и мотивации на работу.

Пациентов, перенесших психотравму, необходимо заставлять работать, т. к. у них возникает бессознательный страх возврата к ситуации, а это необходимое условие успешной работы. У таких пациентов необходимо стимулировать дыхание, рекомендовать постоянное контроль телесных ощущений, что помогает избежать когнитивной оценки ситуации, анализа. В конце каждого сеанса следует максимально стабилизировать состояние клиента. Желательно использовать те техники, которые невольно запрашивает сам пациент, т. е. идти за ним. Если он хочет говорить, то дать выговориться, если ему удобнее работать с рисунком или телом, то предложить эту работу. В процессе терапии необходимо использовать метафоры, образы пациента, не следует навязывать свои приемы. На ранних этапах работы обсуждение нежелательно, поскольку пациент испытывает страх коснуться травмирующей ситуации. Далее, наоборот, возникает желание говорить о ситуации, т.к. страх уже отреагирован. Желание выговориться является подтверждением того, что произошел перелом, что пациент не боится воспоминаний, оно указывает на то, что происходит изменение отношения к пережитому. Итог терапии – принятие ситуации, она перестает быть столь значимой и при этом меняется качество жизни за счет получения ресурса – освобождения связанной энергии, которая была использована на вытеснение ситуации. Возможен резкий обрыв депрессии (субдепрессии) и изменение отношения к ситуации.

В заключение можно сказать, что ребефинг является одним из наиболее эффективных, быстрых и щадящих методов при терапии пациентов, перенесших стрессовое расстройство.

ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Перфильева О.Ю., Струкова Е.Ю., Борискина О.С., Вишневская М.А.

Тамбов
ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая клиническая больница

В последние годы ситуация в нашей стране характеризуется увеличением в составе населения численности лиц пожилого возраста. Старение населения приводит к росту числа больных с множественной хронической патологией, существенному ухудшению психического здоровья. Пожилых людей, в возрасте с 60- 65 лет, обращающихся за психотерапевтической помощью, становится все больше. Это связано с рядом причин. Во-первых, с тем, что психотерапия понемногу входит в нашу российскую действительность, становится все более заметной социальной практикой. Во-вторых, обычная клинико-психиатрическая модель лечения эмоционально-аффективных расстройств устраивает уже не всех пациентов, в том числе и людей старших возрастных групп. В-третьих, возможностью возникновения невротических расстройств во всех возрастных группах. В-четвертых, инициаторами обращения пожилых людей к врачу, зачастую, являются их дети, уже имеющие опыт работы с психотерапевтом. В-пятых, беседы с психотерапевтом могут быть своеобразной формой преодоления экзистенциальной пустоты и одиночества.

Можно выделять ряд психологических состояний, свойственных пожилому возрасту, на фоне которых развивается невротическая симптоматика.

Основные из них:

1) потеря значимых смыслов жизни, часто связанная со смертью близких людей,

2) ощущение одиночества и покинутости, которое может быть даже в случае проживания в семье,

3) обеднение эмоциональной и интеллектуальной жизни, обусловленное резким сокращением социальных связей,

4) непринятие собственной, персональной смерти, приводящее к переживанию экзистенциальной тревоги.

Все эти состояния, присущие процессу старения человека, могут приводить к постепенному развитию депрессии.

Основные психотерапевтические методы, используемые в работе с лицами пожилого возраста:

- гештальт-терапия
- эмоционально-образная терапия
- арт-терапия
- рациональная терапия
- психорелаксация как способ снять напряжение
- психологическое консультирование.

На всех стадиях лечения пожилой пациент должен получать психологическую поддержку. Психотерапевт может оказывать постоянное позитивное подкрепление. Терапевтическую задачу лучше всего сформулировать не как «подлечить» и «облегчить», а как «избавиться» и «преодолеть».

Отвечая потребностям современного общества, в Тамбовской психиатрической клинической больнице в октябре 2012 года был открыт кабинет медико-социально-психологической помощи. Кабинет предназначен для оказания профилактической и консультативно-лечебной помощи, лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисными, суицидоопасными состояниями. Здесь пациенты пожилого возраста могут получить профессиональную помощь врача-психиатра, психотерапевта, психолога.

За 2014 год среди пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью, старше 60 лет было 45 человек, что составило 17% от общего числа обратившихся. В основном это больные с тревожно-мнительными чертами характера, невротическими расстройствами. Почти каждый второй имел диагноз тревожно-депрессивного расстройства.

При первичном обращении пациентов проводилось анкетирование, по результатам которого у 16 человек был выявлен высокий уровень склонности к суициду, что послужило обращением на консультацию к врачу-психиатру в психоневрологический диспансер. Случаев завершенного суицида у обследуемых пациентов зафиксировано не было.

Таким образом, психотерапия тревожно-фобических расстройств у лиц пожилого возраста является не простой, но вполне решаемой задачей. Особенно, если не забывать о том, что успешность этой терапии зависит не только от профессиональной компетенции специалиста, но и от его человечности, способности сопереживать и оптимизма.

ПОЛИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Полотнянко А.Н.

Ульяновск
ООО «Академия здоровья»

Тревожные расстройства широко распространены. Их частота в популяции составляет около 6,5%. По данным автора, тревожные расстройства были диагностированы, у 26% женщин и 14% мужчин, обратившихся за психотерапевтической помощью. В этой связи лечение тревожных состояний представляет важную задачу.

Под тревожными расстройствами понимаются невротические расстройства, в которых тревога и страхи являются основными симптомами. Традиционно к ним относят тревожно-фобические расстройства (F40) и другие тревожные расстройства (F41). Кроме того тревожный компонент выражен при посттравматическом расстройстве и расстройствах адаптации (F43) и некоторых соматоформных расстройствах, таких как ипохондрия и соматоформная дисфункция ВСД (F45).

Существует несколько основных теорий тревоги и все они имеют определенную ценность.

С психодинамической точки зрения тревога – это простейший компромисс между неприемлемым влечением и защитой от него. С одной стороны, тревога позволяет этому влечению разрядиться в замещенной форме, а с другой, эта замещенная тревожная разрядка усиливает защиту от неприемлемых побуждений. Тревога становится явной, а причина тревоги все глубже вытесняется. Проявления агрессии и сексуальности не поощряются, отсюда возникает страх утраты любви и поддержки со стороны родительских фигур, который является причиной невротических вытеснений. Другой распространенный страх – страх собственной смерти, который может толковаться в экзистенциальном ключе, как страх жизни, поскольку жить, значит еще и умирать. Тревожный пациент также страдает от недостатка смысла своей жизни вообще и симптома в частности.

Родительская система тревожных пациентов в большинстве случаев дисфункциональна. На первом плане достаточно авторитарная и одновременно тревожная мать. Отец дистантный, либо отсутствует. Отношения между родителями внешне могут быть «нормальными», но без эмоциональной близости. В такой системе мать направляет свою эмоциональность на ребенка, часто в виде немотивированной тревожности. Ребенок становится стабилизатором семейной системы. У тревожных пациентов часто встречается недостаточная дифференцированность от своих родительских семей.

В сценарном анализе у тревожных пациентов выявляются типичные запреты. «Не делай», «не думай», «не чувствуй», «не расти», «не достигай успеха», «не будь здоровым». Мать, часто лишенная других эмоционально значимых связей, чувствует себя спокойно, когда ребенок при ней. В ситуациях, когда ребенок проявляет себя как отдельная личность и рискует от нее отделиться, ее тревога усиливается. Часты транзакции типа: «не бегай, не прыгай!», «ты ничего не можешь, дай я за тебя сделаю», «я буду волноваться», «он у меня стеснительный, боится чужих», «ты головой вообще не думаешь!» и т.п. Мать вербально и невербально указывает, что мир опасен, пациент беспомощен и его комфортное существование возможно только рядом с ней. Чувства ребенка обычно игнорируются или наказываются. Тревожный пациент зачастую испытывает трудности в осознании своих чувств. В тех ситуациях, где здоровый человек может испытать гнев или возбуждение, он чувствует только неконтролируемую тревогу. Система «поглаживаний» тревожных пациентов достаточно характерна. Это относительно узкий спектр условных поощрений за хорошее поведение и т.н. «запрет на здоровье». Скупые на ласки матери становятся очень заботливыми, когда ребенок заболевает. Т.о. «заболеть» является для такого пациента единственно законным способом получения необходимых ресурсов. Для всех тревожных пациентов характерен регресс в детство. Терапевт наделяется явно доминантными чертами и от него ожидают все той же защиты и успокоения. Внутренний Взрослый тревожных пациентов не развит и их контроль над аффектами неэффективен. Их Внутренний Ребенок адаптивный, а Родитель карающий, если использовать термины транзактного анализа.

Образуется порочный круг из страха перед тревогой и повышенной готовности к возникновению тревоги. Сама мысль о тревоге ее провоцирует. Происходит «научение» тревожным реакциям. Для тревожных пациентов характерны негативные суждения, неадекватные, зачастую иррациональные убеждения и дисфункциональные установки относительно себя и мира.

Исходя из такого многостороннего понимания генеза тревожных расстройств, можно выделить основные точки приложения психотерапевтического процесса. Это терапевтические отношения, проработка ранних детских проблем, осознание и проявление своих чувств и желаний, сегрегация от дисфункциональной семейной системы, формирование Взрослой части личности, изменение неадекватных когнитивных установок и патологических эмоциональных стереотипов.

В зависимости от особенностей конкретного случая большее внимание уделяется тому или иному компоненту психотерапии, которая может осуществляться различными способами.

Психотерапия начинается с формулирования запроса и составления психотерапевтического контракта. В начале терапевтических отношений клиент легко формирует позитивный перенос и наделяет терапевта авторитарными и часто магическими чертами. В процессе работы делается акцент на принятии ответственности клиентом за себя и происходящие изменения. Поощряется осознание и выражение чувств. В процессе терапии клиент обучается саморегуляции.

Проработка ранних детских проблем успешно решается модифицированными методами символдрамы и психокатализа. Базовые мотивы символдрамы («поле», «ручей», «гора») весьма эффективны при проработке оральных проблем и взаимоотношений с авторитарными фигурами. Методами психокатализа по Ермошину А.Ф. можно в символической форме решить проблемы, связанные с определенным возрастом. Как и генерализованная тревога, так и специфические фобии тоже успешно лечатся методом психокатализа. Клиентам с определенными чертами характера большую пользу приносят интерпретации симптома в психоаналитическом или экзистенциальном ключе.

Анализ жизненного сценария и родительских запретов так же позволяет работать с ранними детскими травмами. Повторное эмоциональное переживание взаимоотношений с родителями зачастую приносит освобождающий эффект. На выявленные запреты терапевт дает разрешения: «делай», «чувствуй», «будь здоровым», «расти» и т.п., как в вербальной, так и невербальной форме. Во многих случаях необходим анализ жизненной позиции клиента и формирование установки благополучия. Важным этапом работы является формирование т.н. «Банка поглаживаний» для изменения неадекватных установок клиента о себе. Терапевт поощряет взрослое, ответственное поведение и открытое проявление чувств. Некоторые структурные проблемы с успехом решаются проигрыванием с помощью психодраматических техник.

Иногда нельзя обойтись без воздействия на семейную систему. Это может быть работа, как в семейном формате, так и индивидуальном. Поощряется выход из эмоционально-зависимых и недифференцированных отношений.

Разрыв патологического тревожного паттерна может быть выполнен с помощью ДПДГ (десенсибилизация и проработка с помощью движений глаз), особенно в тех случаях, когда ясно виден пусковой момент тревоги. Хорошие результаты достигаются проигрыванием тревожных ситуаций методом символдрамы.

Для усиления мотивации на терапию рекомендуется начинать с методик, дающих быстрое улучшение эмоционального состояния, а затем переходить к более аналитическим техникам. Необходимо уделять внимание как сознательным, так и бессознательным компонентам психики клиента.

Резюмируя можно сказать, что в силу своей многогранности и открытости полимодальный подход может обеспечить комплексное лечение и его применение целесообразно при лечении тревожных пациентов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Портнова А.А., Серебровская О.В., Усачева Е.Л., Попова Е.С.

Москва
ГБУЗ НПЦПЗДиПим. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Актуальность. Опыт работы по поиску оптимальных моделей ведения пациентов детского и подросткового возраста с нервной анорексией определил необходимость выдвижения на первый план изучения психологических механизмов формирования отношения ребенка к своему здоровью. Для понимания сущности здоровья особое значение имеют его субъективные психологические аспекты, которые раскрываются через «отношение к здоровью» (Р.А. Березовская), «внутреннюю картину здоровья» (В.А. Ананьев, Е.Э. Беляева, В.Е. Каган, Е.А. Кирилова, Г.В. Кукуруза, И.И. Мамайчук, С.М. Цилюрик), «социальные представления о здоровье» (О.С. Васильева), «индивидуальную концепцию здоровья» (Д. Сиерес, В. Гавидия).

Целью исследования стала разработка программы психологического сопровождения пациентов, поступающих в психиатрический стационар с диагнозом «нервная анорексия».

Материалы и методы. В рамках разработки протокола полипрофессионального ведения пациентов детского и подросткового возраста с нервной анорексией в условиях стационара была создана рабочая программа психологического сопровождения «Опыт коррекции нервной анорексии – ОКНА». Общее число наблюдений – 58. В основу программы положено представление о том, что при нервной анорексии происходит искажение внутренней картины здоровья, что выводит работу по ее коррекции на первый план. Кроме того, учитывалось, что дети и подростки с диагнозом «нервная анорексия» характеризуются соматическим неблагополучием, сопровождающим потерю веса, и, как правило, формальностью установки на лечение. Теоретико-методологической основой программы выступили: биопсихосоциальная модель развития и лечения заболеваний, психологическая концепция внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья, проективный подход, а также модель клинической системной арт-терапии (А.И. Копытин, Б. Корт, Л. Хаген, Malchiodi C.). Проективный подход является приоритетным на диагностическом и на коррекционном этапах. Он относится к числу наиболее чувствительных индикаторов в исследовании неосознанных мотивов поведения (Линдсей Г.) и особенностей личности (Анастази А.), и используется в клинической психологии для объективизации этих аспектов (Бурлачук Л.).

Результаты и их обсуждение. В результате исследования был выявлен ряд принципиальных моментов, учет которых лег в основу разработанного алгоритма работы (программы психологического сопровождения). Установлено, что нервная анорексия является заболеванием, которое негативно влияет не только на физическое и психическое состояние ребенка, но и на систему его отношений и качество жизни, что обуславливает необходимость осуществления психологической помощи в максимально ранние сроки от начала госпитализации. Пациенты с нервной анорексией при поступлении в психиатрический стационар склонны к диссимуляции и установочному поведению, что, с одной стороны, обуславливает необходимость введения адаптационного этапа, предшествующего диагностическому, а с другой – должно учитываться при подборе психодиагностических методик. Заболевание негативно отражается на разных сферах жизнедеятельности ребенка, что требует использования комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, включая психосоциальную поддержку на постгоспитальном этапе.

План психологической работы в рамках разработанной программы подчинен цели и задачам лечебно-реабилитационного процесса в целом, и такой его важной части, как психологическая адаптация пациента к условиям стационара. Программа состоит из нескольких блоков, рассчитанных на решение разных задач на основе преемственности и согласованности общего плана работы. Содержание и задачи в рамках каждого направления могут уточняться в зависимости от индивидуальных характеристик пациентов, однако условие соблюдения согласованности воздействий в рамках различных видов психологической работы больных является обязательным.

Наиболее важным предметом начальной и промежуточной диагностики должны являться: система отношений пациента к своему здоровью (ВКЗ), осуществляемому лечению, значимой деятельности (учебной, досуговой), семье, друзьям

и другим факторам психологической поддержки; актуальные психические состояния пациента (психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность) и эмоциональные переживания, их интенсивность и частота проявления, являющиеся чувствительным индикатором изменений в психологическом состоянии пациента и показателем его готовности к активному участию в терапевтическом процессе.

Программа ОКНА включает 4 этапа: адаптационный, диагностический, коррекционный, заключительный.

В рамках первого (адаптационного) этапа психологическое воздействие преимущественно направлено на решение тактических задач лечения: адаптацию к условиям отделения, эмоциональную поддержку и стабилизацию, повышение мотивации к получению комплексной помощи. Кроме этого, проводится исследование актуальных психических состояний пациента (психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность) и эмоциональных переживаний, их интенсивности и частоты проявления в первые дни госпитализации, а также осуществляется первичный анализ системы отношений пациента к своему здоровью (ВКЗ).

В качестве приоритетных используются проективные методики и короткие опросники.

Диагностика особенностей пищевого поведения, сформированности образа тела на первом этапе представляется неоправданной в силу выраженности установочного поведения и очевидности проблем, послуживших причиной помещения в стационар.

Работа проводится в индивидуальной форме.

Продолжительность занятий определяется соматическим состоянием пациента и, как правило, не превышает 20-30 минут (одна сессия). Рекомендуется проведение нескольких психокоррекционных сессий в течение дня с участием разных специалистов.

На втором (диагностическом) этапе проводится углубленное патопсихологическое исследование, направленное на изучение особенностей личности, эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер, а также высших психических функций пациента. Одновременно проводится диагностика вызванных когнитивных потенциалов.

Работа проводится в индивидуальной форме.

Продолжительность обследования определяется соматическим состоянием пациента и, как правило, не превышает 30-40 минут.

На третьем (коррекционном) этапе осуществляется многоплановое психокоррекционное и психотерапевтическое воздействие на уровне актуального и базового конфликтов (с обязательным началом работы с актуального уровня).

Работа строится с соблюдением принципов этапности и преемственности: вмешательство в психическую реальность пациента осуществляется постепенно, а задачи, решаемые в рамках конкретных направлений психологической помощи (рациональная, когнитивно-поведенческая, арт-терапия, семейная психотерапия, метод биологической обратной связи), являются едиными и согласованными на каждой ступени работы.

На уровне актуального конфликта выделяются 3 ступени:

1 ступень – диагностическое наблюдение за поведением и состоянием пациента (проводится повторное исследование актуальных психических состояний пациента (психическая активация, интерес, эмоциональный тонус, напряженность, комфортность) и эмоциональных переживаний, их интенсивности и частоты проявления. Их динамические изменения являются индикатором готовности пациента к активному вовлечению в основную фазу психокоррекционного процесса. На 1 ступени происходит знакомство с психотерапевтическими техниками (в том числе – с терапевтическим ресурсом мультисенсорной среды и методом БОС) и их постепенное освоение. Работа в Сенсорной комнате предполагает ознакомление и овладение элементами релаксации с поэтапным введением сенсорной стимуляции (не более двух стимулов к концу 1 ступени).

2 ступень – выявление актуальных конфликтов, микротравм, моделей подражания. На 2 ступени осуществляется анализ психотравмирующих ситуаций, актуальных для пациента, переработка мыслей, чувств и действий в символической форме и изменение их в рамках когнитивно-поведенческой модели.

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ ПЕРЦЕПТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Празднова В.А., Зеленкова Т.В.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Осознание необходимости интегрирования методов психотерапии возникло еще в 60-70-е годы двадцатого века и довольно остро стало ощущаться к началу 2000-х, когда количество форм и методов психотерапии уже насчитывалось от 500 до 1000 (Карвасарский Б.Д., 2003; Макаров В.В., 2001). К настоящему времени, в результате попыток их теоретического и практического интегрирования интенсивно накапливается опыт, воплощенный в различных направлениях и подходах в этом направлении: от эклектического сочетания различных техник до их синтеза на основании родства теорий или взаимодополнения. Разрабатываются целостные системы, включающие интегративное взаимодействие нескольких направлений, такие как, например, аналитическая когнитивно-бихевиоральная система CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System), комплексно решающая задачи терапии хронической депрессии, и другие.

Целью нашего исследования была разработка и оценка эффективности интегративной психотерапевтической техники, задействующей разные психические функции и инициирующей их синергетическое взаимодействие.

Материалы и методы. Материалом исследования явились клинические, клинико-психологические, психодиагностические данные и наблюдения, полученные в течение восьми лет в ходе психотерапевтических сессий с матерями больных психическими расстройствами шизофренического спектра, у которых были выявлены аффективные и невротические расстройства (F-32, F-45, F-48).

Материал для оценки эффективности техники составили 23 человека. В целях получения репрезентативных результатов по выявлению эффективности терапии вся группа исследования была разделена в случайном порядке на две подгруппы. 11 пациентов составляли экспериментальную группу, остальные – контрольную.

В исследовании использовались методы: теоретический анализ, эксперимент, клинико-психопатологические, психодиагностические и статистические методы. Диагностический инструментарий: шкалы психопатологической симптоматики SCL-90-R (L.R. Derogatis), методика для психологической диагностики копинг-механизмов E. Heim, Я-структурный тест Аммона (Ich-Structur Test von G. Ammon, ISTA) и методика «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI, R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte). Объективность выводов обеспечивалась использованием статистических критериев: t-критерия Стьюдента, W-критерия Вилкоксона и U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. На основании теоретического анализа, наблюдений за пациентами, клинико-психологических и психодиагностических данных нами была разработана пси-

хотерапевтическая техника, принадлежащая к классу перцептивно-эмоциональных, которая использовалась в качестве краткосрочного способа реабилитации больных невротическими расстройствами. В качестве перцептивной основы был использован стимульный материал «Рисованного апперцептивного теста» Л.Н. Собчик. Восемь сюжетных картинок этого теста были модифицированы в восемь видеорядов, каждый из которых состоял из картинки одного вида, предъявляемой на девяти цветовых фонах, два из которых являлись ахроматическими (белый и серый) и семь – хроматическими (цвета радуги). На каждом занятии предъявлялась только одна картинка с последующим групповым обсуждением творческого поиска решения по выходу из изображенной на ней сложной ситуации. Включение цветовых фонов позволяло косвенно воздействовать на эмоциональную составляющую конфликта, вызвавшего невротическое расстройство.

Интегративный характер данной техники проявляется в задействовании психологических механизмов разных функций и их синергетическом взаимодействии. Восприятие на цветовом фоне ситуации межличностного конфликта, изображенного на стимульной картинке, вызывает у пациентов эмоциональный отклик и ассоциацию с ситуацией из собственного психологически болезненного опыта, где идентифицируется та или иная семейная роль.

Этот опыт вербализуется пациентом, и в процессе поиска группового решения рационализируется, рефлексируется и отчуждается. Семейная ситуация одного члена группы экстериоризуется и становятся доступной всем другим. С другой стороны, каждый видит свой случай в зеркале данной ситуации. В результате вербализации этого опыта, анализа опыта других и нахождения в нем аналогий, собственный опыт объективируется и дистанцируется от личности. Из него удаляется чувственная составляющая, тем самым снижая интенсивность психологических защит, создавая условия для рефлексии проблемы и разрешения ситуации глазами постороннего наблюдателя. Вырабатываются способы решения подобных проблем для всех членов группы.

Таким образом, данная техника задействует перцептивные, эмоциональные и когнитивные функции, паттерны поведения, и инициирует их взаимодействие в едином тематическом и перцептивном поле, создаваемом воспринимаемым стимулом. Клинико-психопатологическое обследование показало, что положительный эффект реабилитации получен у 75% больных.

Для проверки эффективности разработанной интегративной техники применялось контролируемое исследование с привлечением контрольной группы с использованием психодиагностических и статистических методов, а также клинических и катамнестических данных.

Результаты исследования показали, что в результате включения описанной выше интегративной техники в экспериментальной группе значимо снизились показатели соматизации ($p<0,05$) и депрессии ($p<0,01$), которые до начала лечения намного превышали нормативные данные. Отмечались также значимые изменения в сторону повышения уровня адаптивности копинг-поведения в когнитивной и поведенческой сферах.

Была выявлена динамика изменения центральных Я-функций в ходе психотерапевтического процесса. Мы увидели снижение дефицитарности по функциям агрессии ($p<0,01$), внешнего Я-отграничения ($p<0,05$) и нарциссизма ($p<0,01$). У членов группы стало меньше затруднений в открытом проявлении своих переживаний, появилась вера в способность преодолеть трудности, наметились формирование коммуникативных границ и отход от пассивной жизненной позиции.

Уровень деструктивности снизился относительно тревоги ($p=0,01$) и внутреннего Я-отграничения ($p=0,025$). Отмечалось снижение характерной для тревоги вегетативной симптоматики, необоснованных опасений и страхов; повышение уровня эмпатийности.

Уровень конструктивности повысился по функциям агрессии ($p<0,025$), тревоги ($p<0,05$) и внутреннего Я-отграничения ($p<0,05$). Отмечались гораздо большая активность в принятии решений, инициации продуктивных способов действий, уменьшение страха перед жизненными обстоятельствами, их более реалистическая оценка, повышение самоконтроля.

Исследование механизмов психологической защиты пациентов показало, что защитный профиль участников экспериментальной группы стал характеризоваться ослаблением чрезмерной напряженности МПЗ проекции и регрессии, и проявлением других, более адаптивных способов ослабления психотравмирующих воздействий – МПЗ замещения и интеллектуализации. Как мы полагаем, это является результатом синергетических процессов при психотерапевтической проработке травматических переживаний на перцептивно-эмоциональном и когнитивно-поведенческом уровнях.

Выводы. Разработанная перцептивно-эмоциональная интегративная техника продемонстрировала возможность синергетического взаимодействия различных психических функций больных невротическими расстройствами в ходе сессии в рамках одного психотерапевтического метода.

Описанный способ психотерапевтической работы является достаточно эффективным, что подтверждается данными контролируемого исследования. Он прост в применении, компактен, вызывает интерес и инициирует больных к работе в сессионном пространстве. Положительная динамика изменений, полученная при использовании данной техники, может послужить стимулом для дальнейшего изучения ее возможностей в лечении других видов психических расстройств.

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ С ЗАВИСИМЫМ ПИЩЕВЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Приленская А.В., Приленский Б.Ю.

Тюмень
Тюменский ГМУ

На протяжении 15 лет нами проводится коррекция зависимого пищевого поведения у лиц, желающих восстановить стройность своего тела. Основная задача психотерапевтической программы для лиц с зависимым пищевым поведением – последовательное расширение границ осознания имеющейся проблематики путем последовательной проработки невротического конфликта на различных уровнях сознания.

Процесс лечения требует определенной последовательности применения психотерапевтических методов, в зависимости от меняющегося статуса больного. Если на отдаленных этапах лечения наиболее оправданы развивающие личностно-ориентированные методы психотерапии, то на начальных – может быть эффективно использование ограничивающих патологию (манипулятивных) психотерапевтических методов (Валентик Ю.В., 1998).

Поведенческая психотерапия лиц с нарушениями пищевого поведения. Первый этап коррекции зависимого пищевого поведения был направлен на осознание неадаптивного пищевого поведения. Важно помочь клиенту освободиться от невротического самоограничения на пути осознания дезадаптивного зависимого пищевого поведения. Разумеется, мы отдаем себе отчет, что избавление от симптомов является одновременно и достижением, и предпосылкой новых мучений (Витакер К., 1998).

Пациентам необходимо осознать, что проблема возвращения нормального веса заключается не только в устранении каких-то отдельных проявлений. Для этого необходима перестройка их жизни, возвращение здоровых стереотипов пищевого поведения.

На первом этапе психотерапевтической коррекции важно преодолеть явления анозогнозии. Пациенты с зависимым пищевым поведением склонны, как правило, считать, что они мало ответственны за избыточный вес. Таким образом, имеющиеся психологические защиты позволяли защищать сознание пациента с зависимым пищевым поведением от тревожащих явлений через различные механизмы отрицания или рационализации.

Кроме того, в процессе поведенческого этапа психотерапии анализировались основные этапы формирования зависимого пищевого поведения. Пациентам сообщалось о стадийности развития пищевой зависимости, для большей наглядности проводилась параллель с алкогольной или наркотической зависимостью. Пациенты обучались ежедневно контролировать собственный вес и калорийность потребляемой пищи в рамках индивидуально подобранного коридора калорийности.

Представляется важным восстановление стереотипов здорового пищевого поведения. Формировалась полезная привычка – есть не торопясь, с наслаждением, полностью сосредоточившись на трапезе, тщательно пережевывая каждый кусочек пищи. Важно, чтобы трапеза проходила за красиво сервированным столом, со всеми приборами, в красивом, чистом, опрятном интерьере.

Имело большое значение соблюдение небольших (не больше 3 часов) интервалов между приемами пищи, сбалансированность ее по потребляемым жирам, белкам и углеводам (Приленский Б.Ю., Гаврилов М.А., Приленская А.В., 2004). Ненужные запреты на те или иные продукты лишь невольно, на наш взгляд, провоцировали зависимое пищевое поведение. Задача нормализации эмоционального состояния достигалась путем отреагирования в атмосфере принятия. Кроме того, пациентам предлагалось проанализировать спектр переживаний и обучиться методике целенаправленного моделирования эмоций (Литвак М. Е., 2000).

Для преодоления различных вариантов сопротивления наступающим переменам пациентам предлагалось ведение дневника, в котором фиксировались происходящие изменения.

Известно, что состояние измененного сознания, транс переносят человека в иную реальность, где нет жестких ограничений, которые обыденным сознанием наложены на него. Возникает возможность для переструктурирования опыта, понимания окружающего мира, где есть необходимые условия для нового восприятия окружающего мира и своего места в нем (Зейг Дж.Д., 1994; Гилиген С., 1997; Гордеев М.Н., 2001). Мы применяли словесное воздействие (внушение), а также использовали зрительные образы для изменения представления человека о себе и окружающем мире (Кинг М.Е., Цитренбаум Ч.М., 1998).

Гипнотические техники, применяемые в работе с пациентами, мы рассматривали не только с позиций поведенческой психотерапии, но и как позволяющие раскрыть доступ к ресурсам организма и личностному потенциалу. Используя эти технологии, мы не только формировали желательное поведение (возможность получать больше наслаждения от меньшего количества качественной, вкусной еды) с формированием здоровых доминант, образа здорового, стройного тела, но и активизировали личностный потенциал. Формировалось представление о возможных изменениях, о собственных ресурсах, которые подключаются для достижения поставленной цели.

Личностно-ориентированная психотерапия пациентов с нарушениями пищевого поведения. Этап коррекции внутриличностной проблематики – это процесс осознания конфликта в системе личности.

К. Уилбер (1998) подчеркивает, что наиболее адекватным подходом для работы с проблемами личности является трансактный анализ. В нем сохраняются основы теории Фрейда, но они помещены в новый контекст, простой, ясный и четкий. Кроме того, трансактный анализ признает возможность более глубоких уровней человеческого существа и, таким образом, не отказывается от возможности обретения глубоких прозрений. Сильной стороной трансактного анализа является общий язык с пациентом, что облегчает формирование терапевтического контакта, легкость самоинтерпретации со стороны пациента (Карвасарский Б.Д., 1985).

Кроме того, в процессе работы с личностью пациентам давалась информация о механизмах развития различных вариантов формирования жизненного сценария человека в процессе индивидуального воспитания (Берн Э., 1997).

У лиц с зависимым пищевым поведением ведущую роль играют стереотипы пищевого поведения, существующие в родительской семье. При этом внимание пациентов обращалось на следующие типичные родительские предначертания (скрипты), участвующие в формировании сценария зависимого пищевого поведения (Приленский Б.Ю., Гаврилов М.А., Приленская А.В., 2004):

Подробно анализировался сценарий жизни пациентов с пищевой зависимостью, родительские «предписания», развенчивались пищевые шаблоны и мифы. С учетом вышесказанного можно говорить об особенностях жизненного сценария зависимого пищевого поведения, для которого характерна чрезмерная, доминирующая многие годы неосознаваемая пищевая фиксация.

Телесноориентированная психотерапия помогала осознать тело, снять напряжение, проработать мышечные зажимы, восстановить яркость ощущений.

Коррекция межличностных конфликтов у лиц с нарушениями пищевого поведения. Следующий уровень проработки психологического конфликта у лиц с зависимым пищевым поведением – межличностный уровень. В.Н. Мясищев (1960) выделяет следующие основные классы или подсистемы отношений: отношение к миру явлений и предметов, отношение к другим людям, отношение к себе. В основу анализа межличностных отношений положена концепция трансактного анализа (Берн Э., 1997, 2000; Литвак М.Е., 1998, 2000). В этой системе можно наблюдать следующие стороны психологического конфликта: 1) конфликт между Я и Ты; 2) конфликт между Я и Они; 3) конфликт между Я и Труд.

После интенсивного блока психотерапевтической работы в течение 4 дней мы продолжали ПТ в виде ежемесячных встреч до достижения пациентом желаемых результатов (от 6 до 12 месяцев и более). Кроме психологического консультирования, на этих встречах осуществлялось необходимая психотерапевтическая работа с группой по конкретной проблематике.

Трансперсональная психотерапия применялась для эффективного воздействия на глубинную личностную и надличностную проблематику у лиц с трудностями снижения веса. При невротически суженном сознании при зависимом пищевом поведении (невротическая фиксация на уровни физиологических потребностей) за пределами остаются личность, потребности тела и надличностные уровни сознания с их метапотребностями.

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Приленский Б.Ю.

Тюмень
Тюменский ГМУ

Многие авторы отмечают неуклонный рост пограничных психических нарушений. В связи с этим продолжает оставаться актуальным рассмотрение вопросов клиники, систематики, а также этиологии и патогенеза этих расстройств.

На протяжении более чем 20 лет нами проводятся группы трансперсональной психотерапии с использованием интенсивных дыхательных технологий (холотропное дыхание, ДМД, ребефинг), телесноориентированной и арт-терапии. Участники обращались самостоятельно, либо по рекомендации знакомых или врачей. Всего группу прошло 3320 человек с различными психологическими сложностями, психосоматическими расстройствами и психическими нарушениями различной глубины преимущественно невротического регистра.

Трансперсональный подход в психотерапии позволяет клиенту выйти за пределы навязанных социумом привычных поведенческих шаблонов, определяющих систему отношений, развитие неблагоприятного жизненного сценария и формирование широкого спектра стрессозависимых расстройств.

1. У. Джеймс (2001), выдающийся психолог 20 века, предвосхищая трансперсональное направление в психологии, писал: «Каждый из нас постоянно переживает те или другие состояния сознания. Огромный интерес к измененным состояниям сознания можно объяснить стремлением обнаружить и развить – посредством временного переструктурирования сознания – скрытые возможности, лежащие за пределами норм культуры (Ч.Тарт, 1996). Крупный американский специалист в области трансперсональной психотерапии К.Уилбер (1998) выделяет несколько базовых уровней человеческого сознания.

1. Уровень маски (персоны). Индивид отождествляет себя лишь с некоторыми сторонами своей психики (маской), остальная ее часть воспринимается как «не-я» («тень»), чуждая и пугающая.

2. Уровень «Эго». Человек чувствует тождественным себе, включает не весь организм, но лишь одну из его сторон – «эго». Граница проводится внутри целостного организма.

3. Уровень организма в целом. Пограничной линией является граница кожи, одна из наиболее фундаментально принятых границ между «я» и «не-я».

4. Надличностные (трансперсональные) диапазоны.

Многоуровневый психологический конфликт является универсальным пусковым этиопатогенетическим механизмом, нарушающим целостную психологическую структуру на разных уровнях сознания. Система психологических защит призвана сохранить хотя бы внешнее единство системы и внешнее (поведенческое) благополучие, не позволяя проявляться симптоматике в фазе активации и адаптации к стрессовым воздействиям. Фаза истощения сопровождается развитием разнообразной клинической картины пограничных психических и поведенческих нарушений и психосоматических расстройств.

Глубинные психические травмы, затрагивают большее количество уровней защитных механизмов, нарушают развитие на различных кризисных этапах жизни индивидуума и выражаются в клинической картине, все более окрашенной психотическими, психологически непонятными, переживаниями.

Таким образом, наличие многоуровневого, психологического конфликта, затрагивающего весь спектр сознания, усложняет, делает клиническую симптоматику менее психологически понятной. Это важный для диагностики в психиатрии критерий, позволяющий говорить об эндогенном характере психопатологических проявлений. Невротические переживания приобретают «эндогенную» окраску.

Может быть, стоит ввести понятие «шизофреноподобный» невроз, понимая под этим всего лишь сложную и противоречивую клиническую картину пограничных расстройств невротического регистра, в основе которых лежит многоуровневый психологический конфликт, затрагивающий не только личностные, но и надличностные уровни сознания?

В клинической психиатрии имеется устойчивая тенденция все психологически непонятное относить к эндогенному кругу психических расстройств. Но психологическая непонятность – не слишком ли это размытый, неопределенный и весьма субъективный критерий?

Исходя из многоуровневой спектральной модели личности, конфликт, в случае изолированного нарушения работы психологических защитных механизмов лишь на поведенческом уровне, предпочтительно ведет к расстройствам поведенческого регистра. Это изолированные, скудные в клиническом плане фобии, тики, логоневроз, энурез (пока они не обросли вторичной невротической симптоматикой в рамках реакции личности на эти поведенческие нарушения). С диагностикой этих нарушений проблем практически не бывает. Для врача важно только не пропустить возможные органические причины этих нарушений (опухоль, воспалительный процесс и т.д.).

Генерализация конфликта, с нарушением защитных механизмов уже не только на поведенческом, но и на личностном уровне, ведет к более «богатой», яркой психопатологической картине. Неслучайно так всегда интересны труды психоаналитиков! Это – разнообразные формы неврозов во всей их красоте и многообразии клиники. Это и личностные нарушения как вариант невротического развития.

На телесном уровне сознания психологический конфликт мы наблюдаем, прежде всего, разнообразные психосоматические нарушения. Исключение тела из поля осознания ведет к накапливанию неотреагированных эмоций и развитию мышечных зажимов, в том числе и в органах с гладкой мускулатурой.

Психологический конфликт на межличностном уровне может быть, на первый взгляд, изолированным. Когда мы наблюдаем патохарактерологические реакции в рамках возрастных кризисов, акцентуаций характера, психопатий, социопатий, то при внимательном клиническом анализе можно отметить, что в основе межличностных проблем – поведенческие и личностные нарушения, которые нередко, в случае упорного подавления возникающих эмоций, сопровождаются возникающими поведенческими, личностными и психосоматическими расстройствами.

Надличностные конфликты наиболее сложны, поскольку включают в себя гуманистические, экзистенциальные проблемы. На этом уровне нарушения психологических защитных механизмов сопровождаются еще более сложными и разнообразными клиническими психопатологическими проявлениями – например. экзистенциальные невротические проблемы, неврозы утраты смысла жизни В.Франкла), ввиду того, что психологический конфликт приобретает многомерность.

На самом верхнем, трансперсональном уровне сознания находятся невротические расстройства с самой полиморфной и «эндогенно окрашенной» симптоматикой, поскольку в сложном и многослойном конфликте при желании несложно разглядеть расщепление души, амбивалентность и недостаточный эмоциональный отклик. Но, как известно, в психиатрии есть только предпочтительные, а не специфические синдромы. Для того, чтобы избегать гипердиагностики эндогенных психических нарушений, каждому специалисту в области ментальной медицины необходимо более глубокое знание психологии, умение разбираться в хитросплетении человеческих переживаний

Рассмотренная многомерность приводит не только к большему разнообразию симптоматики клинической картины. Изучая переживания пациентов со сложным психологическим конфликтом, мы можем наблюдать и «странные», непонятно откуда взявшиеся размышления о смысле жизни, и мучительные поиски своего места в этой жизни. Это сопровождается чувством своей изолированности, отчужденности от людского окружения, которое не способно понять проблемы человека, бессмысленности, искусственности происходящего. Отсутствие эмоционального резонанса с собеседником, далекого от понимания переживаний, концентрация на собственных мыслительных построениях или на переживании спонтанно возникающих состояниях измененного сознания, отношение к телу как к объекту – не делает ли все это по отдельности или в совокупности клиническую картину все более непонятной, вычурной, даже «эндогенной»?

К сожалению, идеологический, образовательный и организационный, во многом искусственный, барьер между психиатрией и психотерапией не позволяет в полной мере воплотить мечту о биопсихосоциальной модели ментальной медицины. В связи с этим возникает настоятельная необходимость для психиатров и психотерапевтов расширить границы осознания многомерности человеческой натуры, выйдя за пределы профессиональной ограниченности и догматизма.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ПКБ № 1 ИМ. Н.А. АЛЕКСЕЕВА

Пудиков И.В., Лемешко К.А.

Москва
ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ

Развитие психотерапевтических методов расширило возможности немедикаментозного лечения серьезных психических расстройств, ранее доступных исключительно психофармакотерапии. Одним из наиболее методологически обоснованных и практически разработанных методов является психодинамическая терапия.

Психодинамическая терапия (ПДТ) представляет собой модификацию классической психоаналитической техники и рассчитана на работу с пациентами, составляющими основной контингент амбулаторной и стационарной психиатрической службы. В ПДТ основное внимание уделяется динамическим аспектам психического функционирования: взаимодействию сознательных и бессознательных аффектов, неосознаваемых защитных механизмов, эволюционных структур психического аппарата.

Психодинамический подход использовался для лечения пациентов, в том числе и с психотическими нарушениями, еще до широкого использования антипсихотических медикаментов. Позже в британской школе объектных отношений установилось понимание психического функционирования, в том числе и патологического, как следствия и результата череды непрерывного и последовательного развития, что позволило сделать практику психотерапии пациентов, страдающих серьезными психическими нарушениями, общераспространенной.

Идеи эволюционного развития психики составляют концептуальный фундамент современного психоанализа, являясь теоретико-методологическим базисом и ПДТ. Подобный подход имеет практическим приложением реконструкцию психогенеза актуальной психопатологии, а также создание терапевтических моделей работы с пациентами пограничного и психотического уровней, считавшимися на заре психоаналитической эры недоступными эффективной терапии.

Основным контингентом медико-реабилитационного отделения являются пациенты пограничного и психотического уровня организации личности, которым свойственны дефицит зрелых защитных механизмов, доминирование примитивных аффектов (страх, тревога, ненависть) и архаичных защит. В подавляющем большинстве они получают поддерживающую терапию, подчас в высоких дозах. Однако, психофармакотерапия редуцирует поведенческие и субъективные патологические переживания, но не затрагивает собственно психогенез указанных расстройств.

Материалы и методы исследования. В условиях амбулаторного режима медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева» была организована работа ПДТ группы, проводимой в полуоткрытом режиме, куда также имели возможность приходить пациенты, проходящие стационарное лечение. Условием включения пациента в рассматриваемую группу явилось сохранение им мотивации участия в психотерапевтических занятиях. За 16 месяцев группу посетило 58 человека. Из них 10 человек из стационарных отделений, 48 – амбулаторно; 37 мужчин, 21 женщин. Среднее количество посещений группы одним пациентом – 29,4±9.

Наряду с традиционной в отечественной психиатрии клинико-психопатологической квалификацией состояния у пациента оценивали уровень его личностной организации в соответствии с критериями, принятыми в психоаналитической практике (В. Тэхкэ, Н. Мак-Вильямс, О. Кернберг).

Пограничный уровень организации личности определялся у 30 пациентов, психотическая организация – у 28 человек.

Наша работа строилась в русле психодинамического подхода и имела основной целью реактивировать задержанный эволюционный потенциал и содействовать возобновлению психического развития. Достижение указанной цели представляется возможным только с учетом отмеченных выше особенностей личности пациентов. Терапевтический подход при фазово-специфическом дефиците в корне отличается от такового в работе с нормально-невротическими пациентами. Он складывается из формально-процессуальных и содержательных факторов. Формальные факторы включают: периодичность групповых занятий; их фиксированную длительность (1,5 часа), постоянство во времени, число и состав участников. Они обеспечивают базисные моменты терапевтического взаимодействия, такие как безопасность и стабильность. Важными являются также регулярность и фиксированность – не менее 2 раз в определенные дни недели. Практика показала, что эффективный диалог поддерживается при ограниченном количестве участников (8-12 человек). Гендерная неоднородность группы способствует большей экспрессии и динамике группы. Минимальные правила, создающие элементарную безопасность, эпизодически оговариваются и могут быть скорректированы самими участниками. Если формальные аспекты психодинамической группы имеют универсальный характер, то содержательные более индивидуализированы и связаны с фазово-специфической динамикой конкретного пациента.

Результаты и их обсуждение. Характеристика результатов терапевтической работы строилась исходя из задач реабилитационного процесса в условиях специализированного отделения психиатрического стационара. Она включала объемно-количественную оценку психофармакотерапии и восстановление трудоспособности как наиболее значимый показатель реабилитации.

Суточную дозировку психотропных препаратов удалось снизить у 28 человек (48,3%), а в 11 случаях (18,9%) вовсе отказаться от их приема. Снижение дозировки психотропных препаратов проводилось постепенно с учетом текущего психического состояния в целях сохранения комплаенса, установки пациента на продолжение реабилитационных мероприятий и во всех случаях обсуждалось с пациентом и лечащим врачом. Еще более значимым результатом курса ПДТ стало восстановление трудоспособности (профессиональной компетенции) некоторыми пациентами. Из всей группы 17 человек (29,3%) вернулись к прежней работе, 10 (17,2%) – трудоустроились по программе Правительства города Москвы «Временная занятость», 5 человек (8,6%) поступили в высшие и средне-специальные учебные заведения.

В классической аналитической терапии в качестве рычага используется перенос (трансфер), соответствующий повторению эволюционного конфликта пациента. Динамика психотического пациента в отличие от невротического, определяется не столько конфликтом, сколько «дефектом». Соответственно, с психотическими пациентами анализ переноса ограничивается вербализацией и прояснением эмоциональной составляющей. На первый план выходит поддерживающая стратегия, обеспечивающая условия для «дозревания личности». Аналитическое воздержание или принцип нейтральности означает избегание терапевтом принятия на себя роли,

предлагаемой ему трансферентыми ожиданиями пациента. Воздержание направлено на фрустрацию всех инфантильных потребностей пациента. С пациентами психотического уровня это не только малоэффективно, но и имеет неблагоприятные последствия. В отличие от пациентов нормально невротического уровня в работе с психотически организованными личностями, удовлетворение их базисных потребностей обладает структурообразующим потенциалом, способствуя возобновлению их прерванного эволюционного движения.

Таким образом, врач становится новым эволюционным объектом, предлагая вербализацию в качестве нового средства для понимания собственных душевных импульсов. Прямое поведенческое отреагирование заменяется рефлексирующей беседой. Систематическое использование подобного подхода «воспитывает» в пациенте способность различать уровень прямого действия и символического означающего (Лакан). Благодаря этому более толерантная фигура терапевта занимает место примитивного супер-Эго родительского объекта, длительное время сохраняющего черты примитивной идеализации.

Выводы. Таким образом, групповая ПДТ, несмотря на трудоемкость и высокие «энергозатраты», является важным средством восстановления потенциала личности в условиях специализированного отделения. Эффективное использование ПДТ в системе медицинской реабилитации подразумевает ряд мер организационного характера (режим и длительность занятий, наличие подготовленных специалистов, отдельного помещения др.). ПДТ целесообразно осуществлять с учетом уровня организации личности пациента.

ПРОБЛЕМЫ РАСПОЗНАВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Романов Д.В.

Самара
Самарский ГМУ

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) – самый распространенный клинический вариант личностных аномалий (Grant B., 2008; Wang L., 2012). Рубрика ПРЛ появилась в международном психиатрическом классификаторе еще в 1980 году, однако и до настоящего времени отечественные психиатры обладают недостаточной информацией о данном расстройстве и редко устанавливают такой диагноз.

По сравнению с другими клиническими вариантами расстройств личности клиническая картина ПРЛ отличается наибольшим полиморфизмом, а операционные критерии DSM – выраженной эклектичностью, что затрудняет правильное распознавание расстройства врачом. Типичной является ситуация, при которой в случае ассоциации ПРЛ с другими психопатологическими феноменами врач фокусируется на патологии «первой оси», не распознавая подлежащей аномальной личностной структуры. Диагностический поиск при этом подвергается редукции, а психические нарушения пациента рассматриваются вне контекста личностной патологии. Отдельной проблемой является выбор оптимальной стратегии психотерапии при лечении данного вида расстройства.

Целью работы являлось исследование качества распознавания пограничного расстройства личности врачами-психиатрами, разработка методов ранней диагностики ПРЛ и подходов к психотерапии данного расстройства.

Были проанализированы диагностические оценки унифицированного описания клинического случая ПРЛ, произведенные 37 врачами-психиатрами. Подавляющее большинство врачей-психиатров установили диагноз неверно (83,8%). Лишь 6 (16,2%) врачей правильно распознали пограничное расстройство личности. Трое из них ранее участвовали в образовательном семинаре, посвященном дифференциальной диагностике расстройств личности. Наибольшее количество неправильных ответов было связано с ошибочной диагностикой циркулярных аффективных расстройств (29,7%), истерического (27%) и диссоциального расстройства личности (13,5%). В 5,5% случаев ошибочно диагностировалось органическое расстройство личности; в 8,1% случаев – определялось расстройство личности без уточнения клинического варианта. Основной причиной ошибок врачей выступала недостаточная осведомленность о клинических проявлениях психопатического паттерна ПРЛ. Ошибочная диагностика БАР была обусловлена концентрацией на депрессивных эпизодах при игнорировании других симптомов ПРЛ и ложной интерпретацией постоянно присутствующих в клинической картине расстройств влечений в качестве проявлений фазы эндогенного заболевания. Ошибочная диагностика других типов расстройств личности, проявляющихся эмоциональной неустойчивостью, была связана с неадекватной оценкой общих патохарактерологических свойств В-кластера – конфликтности, колебаний настроения и импульсивности.

В целях валидизации диагностики пограничного расстройства личности был создан ряд шкал (DIB-R, Zanarini M.C. et al., 1989; Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Яичников С.В., 2010). Широкое применение данных инструментов в психиатрической и психотерапевтической практике ограничивается их громоздкостью и сложностью. Самостоятельное использование данных шкал врачом затруднено. Шкала, созданная Т.Ю.Ласовской и соавторами, предусматривает самоанкетирование пациента. Такое допущение обуславливает возможность искажения информации, представляемой пациентом о себе. Клиническая практика демонстрирует высокую потребность в простых и надежных инструментах, которые врач мог бы использовать для валидизации диагноза ПРЛ.

В соответствии с поставленными задачами нами была разработана шкала клинической оценки пограничного расстройства личности (Романов Д.В., 2014). Шкала включает 15 признаков, ответствующих следующим требованиям: а) признаки входят в применяемые в клинической психиатрии диагностические перечни, предложенные наиболее авторитетными исследователями расстройств личности; б) имеют клинический характер (могут быть выявлены врачом самостоятельно, без привлечения других специалистов); в) могут быть идентифицированы врачом при первой встрече с пациентом (что обеспечивает раннюю диагностику расстройства). Каждый признак шкалы соответствует 1 баллу. Уверенная диагностика ПРЛ осуществляется при регистрации суммарного балльного показателя 12 баллов и выше. Значения суммарного балльного показателя были определены опытным путем в результате анализа диагностических протоколов 150 пациентов с верифицированным диагнозом ПРЛ с катамнезом не менее года. В настоящее время продолжается работа по валидизации данного инструмента.

В настоящее время накоплен достаточно обширный эмпирический опыт применения психотерапии для лечения пациентов, страдающих ПРЛ. При этом число исследований, соответствующих современным требованиям доказательности, относительно мало. К ним следует отнести описания эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии (12 исследований), диалектической бихевиоральной терапии (M.Linehan et al.), психотерапевтической модели STEPPS (Blum et al., 2008), а также короткофокусной психодинамической терапии (5 исследований).

В качестве основной цели психотерапии пациентов с ПРЛ выступает укрепление идентичности – развитие целостного, комплексного и позитивно-значимого ощущения самого себя. В качестве основных технических приемов психотерапии ПРЛ выделяют следующие: установление правил (поддержание сеттинга); дозирование фрустрации, переживаемой пациентом

в терапии; проведение интерпретаций, когда пациент находится в спокойном состоянии; ориентированность психотерапевта на «здесь и сейчас»; профессиональная готовность психотерапевта к отреагированию аффекта и абреакциям со стороны пациента; работа по идентификации аффектов; направление усилий врача на поддержание автономии пациента (O.Kernberg,1975; S.Luborsky, 1984; N.McWiiliams, 1994).

На основании анализа протоколов эффективной краткосрочной психотерапии 60 пациентов с пограничным расстройством личности нами разработан алгоритм психотерапии пациентов с ПРЛ, основанный на выделении групп психотерапевтических мишеней/задач – когнитивных, аффективных, регуляции самооценки и системы интерперсональных взаимодействий, для которых предложены соответствующие психотерапевтические интервенции (приемы).

Предполагается, что внедрение разработанных методов скрининга ПРЛ и предлагаемых подходов к психотерапевтическому лечению пациентов этой группы позволит повысить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с данным типом личностного расстройства.

НОВОЕ В ПСИХОТЕРАПИИ: МЕТОД ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МОНТАЖА

Строганов А.Е.

Барнаул
Алтайский ГМУ

Время масштабных социальных перемен, отмеченное ростом психогений, во всем их многообразии, интенсивная невротизация населения делает развитие психотерапии одной из первоочередных задач лечебно-реабилитационной психотерапии. Важнейшими компонентами современной индивидуальной интегративной психотерапии являются механизм личностной коррекции и формирование психологической резистентности пациентов. Именно эти компоненты являются отличительной чертой метода, созданного нами на базе театральных систем нового психотерапевтического направления, названного трансдраматической терапией (ТТ). В рамках ТТ на базе учений Б.Брехта, К.С. Станиславского и М.А. Чехова мы разработали и успешно апробировали методы эпической (описательной) психотерапии, действенно-аналитической коррекции и коррекции атмосфер. Благодаря сформированному комплексу трансдраматических трансформаций ТТ имеет неограниченные возможности для создания новых методов, методик и техник, по мере необходимости использующих те или иные разработки из области древнейшей гуманитарной сферы, драматического искусства.

Цель исследования: создание метода психотерапевтического монтажа, новой техники трансдраматической психотерапии, базирующейся на имеющих некоторое сходство и в некоторых аспектах дополняющих друг друга театральной системе В.Э. Мейерхольда и духовной системе Г.И. Гурджиева.

В качестве материалов и методов исследования мы использовали основные положения данных систем, комплекс трансдраматических трансформаций, методы клинико-психологического исследования, гурджиевские упражения.

Результаты и их обсуждение. Психотерапевтический монтаж (ПМ) представляет собой трансдраматический метод индивидуальной психотерапии, базирующийся на театральной системе В.Э. Мейерхольда и духовной системе Г.И. Гурджиева. ПМ содержит в себе структуру последовательной, поэтапной коррекции личности, находящейся в проблемной ситуации, включая коррекцию вторичных и третичных личностных расстройств. Этот метод формирует и использует творческий потенциал пациента с целью выхода из кризиса, направлен на социальную реабилитацию и психологическую адаптацию пациента, страдающего психическим расстройством и способствует формированию у него резистентности к психотравмирующим ситуациям. Состоит из шести этапов.

Первый этап. Вступительное собеседование.

Предполагает подробное клинико-психологическое обследование пациента, включающее беседу, сбор анамнестических данных, диагностическое интервью, изучение продуктов деятельности, биографический метод, генограмму и психографию. Результат: заключение союза «психотерапевт – пациент», предопределяющего успех психотерапевтической интервенции.

Вступительное собеседование в психотерапевтическом монтаже соответствует техническим этапам установления контакта профессионального консультирования: предоставление пациенту возможности выговориться, оказание эмоциональной поддержки и обсуждение позитивных аспектов его проблемной ситуации. Происходят когнитивные процессы предоставления и получения информации, самопонимания; решаются задачи переформулирования проблемы, заключения динамического контракта; конструируется регистр возможных решений с выбором оптимального из них, формируется мотивация, планирование путей и способов реализации выбранного решения; укрепляется вера пациента в выздоровление.

Следующие два этапа ПМ характеризуются закреплением мотивации и планированием путей и способов реализации выбранного решения. Происходят когнитивный процесс самопонимания, принимаемого пациентом и психотерапевтом, эмоциональные процессы укрепления веры больного в выздоровление, облегчения выхода эмоций. В контексте последовательности психотерапевтического процесса 2-3 этапы ПМ соответствуют применению конкретных техник, направленных на достижение изменений и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики, закреплению достигнутых результатов.

Второй этап. Экспликация.

Психотерапевт обращает внимание пациента на то, что многие эпизоды из составленного перечня, в свое время воспринимавшиеся остро и даже болезненно, в настоящее время потеряли свою актуальность и теперь могут быть предметом осознанного (без эмоционального давления) анализа. Работа пациента с эпизодами собственной биографии может послужить выработке стратегии дальнейшего поведения при возникновении похожих эпизодов.

Психотерапевт предлагает пациенту отнестись к психотерапевтическому монтажу, как к игре: процессу съемки кино, где, на разных этапах психотерапии пациент будет выступать в качестве сценариста, режиссера, актера-исполнителя главной роли, героя.

Пациент знакомит психотерапевта с описанием Я-идеального. Проводится совместная работа по коррекции Я-идеального, составляется портрет «героя» будущего фильма, обладающего личностными качествами, конгруэнтными Я-идеальному, представленному пациентом.

В аналитической работе с прошлым пациенту предлагается взять на себя роль режиссера, перед которым поставлена задача закончить незавершенный фильм с использованием отснятых эпизодов.

Психотерапевт и пациент сравнивают составленные ими перечни эпизодов. В результате сравнения и обсуждения составляется общий список, который в последующем и становится исходным материалом для психотерапевтической работы.

Психотерапевт предлагает пациенту сгруппировать эпизоды по линиям, условно обозначая каждую из них (напр., «линия взаимоотношений с родителями», «линия сексуальных отношений», «линия карьеры» и т.д.).

Пациенту предлагается составить «карту эпизода».

Третий этап. Предварительный монтаж.

В результате проведенной пациентом домашней работы эпизоды выбранной линии рассортированы по признаку достоверности. Психотерапевт предлагает рассматривать достоверные эпизоды в качестве фрагментов, которые в неизменном виде войдут в «будущий фильм». Недостоверные же эпизоды «подлежат пересъемке». На этот раз пациенту предлагается выступить в качестве драматурга и составить новый, достоверный сценарий.

Четвертый этап. Моделирование.

Психотерапевт и пациент проводят совместную работу по анализу выполнения домашнего задания. Психотерапевт сообщает, что каждый из новых, предложенных пациентом сценариев в рамках того или иного эпизода может иметь различные, подчас неожиданные варианты развития событий. Условный вопрос «как должно быть?» меняется на вопрос «как может быть?». На данном этапе по каждому из фрагментов психотерапевт, выступающий в качестве антагониста героя, предлагает различные варианты реагирования, пациент впервые примеривает на себя функции актера, исполняющего роль героя.

Происходит коррекция личности, приближающая Я-реальное пациента к Я-идеальному.

Для психофизической подготовки пациента к действию вне стен психотерапевтического кабинета, к психотерапевтическому процессу подключаются тренинги на внимание, воображение, импровизацию и гурджиевские упражнения.

Пятый этап. Окончательный монтаж.

Пациент в качестве актера, исполняющего роль героя, действует в предлагаемых обстоятельствах (вне психотерапевтического кабинета). Каждая новая встреча с психотерапевтом – совместный анализ выполненных актером действий, соответствующих составленной экспликации, которые он фиксирует в виде дневника и дает им оценку по пятибалльной системе.

Оцениваемая фиксация действия позволяет и пациенту, и психотерапевту ориентироваться в динамике психотерапевтического процесса.

Шестой этап. Заключительное собеседование.

Представляет собой совместное подведение итогов проведенной действенно-аналитической коррекции.

Выводы. Создан новый метод трансдраматической терапии, психотерапевтический монтаж.

Средняя длительность лечения методом психотерапевтического монтажа составляет 10-12 недель.

Первые результаты использования психотерапевтического монтажа в психотерапевтической практике показали результативность метода.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА КУРОРТЕ БЕЛОКУРИХА

Суховершин А.В.

Белокуриха
ЗАО Санаторий «Россия»

Проблема депрессивных расстройств в последние десятилетия во всем мире трансформировалась из психиатрической в общемедицинскую. Тесная коморбидность депрессивных и тревожных расстройств, являющихся независимыми факторами риска развития психосоматических заболеваний, отягощает их течение, ухудшает качество жизни больных.

В санаторно-курортной практике на курорте Белокуриха выявляется до 48% больных с психосоматическими и невротическими расстройствами, у которых имеется тревожно-депрессивная симптоматика. В связи с тем, что в санаторно-курортных условиях нет возможности применять антидепрессанты и другие психофармакологические препараты в терапии тревожно-депрессивных состояний, все более широко используются современные психотерапевтические методы воздействия на фоне традиционных природных (бальнеотерапия) и преформированных лечебных факторов (физиотерапия). В этом отношении интерес представляет клиническая трансперсональная психотерапия (КТП), так как многомерные комплексные исследования доказали высокую эффективность КТП при лечении больных с непсихотическими депрессивными расстройствами (Канаева Л.С., 1996).

Клиническая трансперсональная психотерапия – направление психотерапии, разработанное на основе трансперсональной психологии и многолетнего опыта использования «холотропного дыхания» С. Грофа. По данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии – КТП существенно влияет на патогенез депрессий, на все составляющие компоненты (настроение, инсомнию, астению, тревогу, соматические проявления) депрессивного симптомокомплекса. Преимуществом КТП является ее эффективность при лечении пациентов с хроническим течением болезненных невротических расстройств, терапевтически резистентных к медикаментозной терапии, в условиях субъективно малоразрешимой конфликтной психотравмирующей ситуации.

Цель исследования: изучить эффективность применения КТП в условиях курорта Белокуриха у больных с невротическими и психосоматическими расстройтсвами, в структуре которых имеются тревожно-депрессивные нарушения по МКБ-10 (F 32.0; F 32.1; F 33.01; F 34.1; F 34.8; F 38).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 56 больных, из них 40 женщин и 16 мужчин, средний возраст – 43,8±1,2 года, средняя длительность заболевания 8,3±1,5 года. У всех больных в клинической картине доминировали аффективные проявления – повышенная тревожность и депрессивные расстройства непсихотического уровня.

В работе применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (шкала диагностики депрессивных состояний Цунга, шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина), клинико-катамнестический, статистический методы исследования.

Основная группа (30 больных) на фоне климатотерапии, бальнеолечения термальными азотно-кремнистыми радоновыми (7 nKu/л) ваннами, получали КТП. Группа сравнения (26 больных), получали то же лечение, но вместо КТП – музыкально-релаксационные аудиосеансы в кабинете психотерапии в течение 60-90 минут.

Результаты и их обсуждение. Терапевтическое воздействие КТП осуществлялось с помощью введения больных основной группы в измененные состояния сознания (ИСС). Это достигалось путем предварительной разъяснительной психотерапевтической подготовки, специально подобранной побудительной музыки и контролируемыми дыхательными упражнениями с умеренной гипервентиляцией. С общепринятой физиологической точки зрения гипервентиляция ведет к избыточному выделению из организма углекислого газа, развитию гипокапнии со снижением парциального давления углекислого газа в альвеолярном воздухе и кислорода в артериальной крови, а также к респираторному алкалозу. Считается, что интенсивное дыхание является неспецифическим катализатором глубинных психических процессов. С клинических позиций измененные состояния сознания – это комплекс соматопсихических реакций защитно-адаптационного характера, отражающих глубинные процессы, сопряженные с биографическим опытом личности. В процессе трансперсональной психотерапии у пациентов в измененном состоянии сознания возникают особые воспоминания и специфические переживания, что ведет не к подавлению «энергии симптомов», а целенаправленной трансформации тревоги и депрессии в другие естественные формы психичес-

кой активности. Некоторые переживания представляют собой интенсивно проявленные эмоции или физические напряжения, сменяющиеся глубоким облегчением и мышечной релаксацией. В процессе трансформации происходит глубинная личностная проработка и переоценка психических травм, их переживание и интерпретация с символическим замещением в спонтанной визуализации, что является ведущим психотерапевтическим фактором. Отмечается позитивное изменение отношения больного к себе, окружающему миру, собственным психологическим проблемам, что способствует выработке конструктивных стереотипов поведения в социуме.

Продолжительность трансперсональной психотерапии ограничивалась сроками пребывания пациентов на курорте – 21 день. Сеансы КТП проводились в группах по 7 чел., лечебный курс 7-9 занятий по 90-120 минут, через день.

При обследовании до лечения у 85% больных выявлены высокий уровень реактивной тревожности (средняя сумма баллов 49,5±0,8), сильное беспокойство, тоскливое состояние. Сравнительный анализ данных психологического тестирования показал, что в основной группе среднее значение уровня депрессии по шкале SDS было к концу лечения достоверно ($p<0,05$) ниже (34,25 и 45,85 балла), а средний показатель его динамики выше (средняя (М) изменения – соответственно 30,75 и 20,00), чем в контрольной группе. В результате проведения КТП получены более высокие, чем в контрольной группе, показатели рангового роста ценностей, связанных с активной жизненной позицией.

Психофизиологическое тестирование по Спилбергеру-Ханину после лечения показало снижение уровня реактивной тревожности до умеренного (средняя сумма баллов – 30,1±0,5) у 62% ($p<0,05$) и низкого (средняя сумма баллов – 27±0,4) у 21% ($p<0,05$) пациентов. В группе сравнения отмечалась та же тенденция снижения тревожности, но не достоверная.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что клиническая трансперсональная психотерапия в комплексном лечении больных с пограничными нервно-психическими и психосоматическими расстройствами с тревожно-депрессивной симптоматикой в санаторно-курортных условиях эффективна, является важным немедикаментозным методом коррекции тревожно-депрессивных состояний.

ОПЫТ МОДЕРНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН НА ОСНОВЕ КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОГО ПОДХОДА

Тимербулатов И.Ф., Евтушенко Е.М.

Уфа

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

Современный этап реформы здравоохранения вызвал фундаментальные изменения в системе охраны психического здоровья нации и со всей очевидностью выдвинул проблему двух ключевых вопросов: качества и доступности психотерапевтической помощи для населения.

Эффективность работы службы охраны психического здоровья связана со многими факторами: организационная структура, уровень профессиональной подготовки кадров, техническая оснащенность и т.д. Однако, в конечном счете, все зависит от того, обратится ли человек за помощью и примет ли он эту помощь в предлагаемой форме.

Существующая в Российской психиатрии система оказания психотерапевтической помощи лицам с пограничной психопатологией, а также находящимся в кризисной ситуации и с суицидальным поведением до последнего времени осуществлялась лишь в условиях психиатрических больниц и диспансеров. Противоречия между ростом показателей распространенности депрессии, неврозов, тревожных и соматоформных расстройств, необходимости и возможности оказания медицинской помощи таким больным усугубляются наличием проблемы, так называемого, «социального диагноза». Боязнь психиатрической стигматизации приводит к очевидному избеганию участия психотерапевта в системе оказания медицинской помощи, вопреки общепринятому признанию значимости проблем психического здоровья при любых формах патологии.

Складывалась ситуация, когда психически здоровые люди, попавшие в кризисную ситуацию, были вынуждены находиться на одной территории с душевнобольными. В ряде субъектов подразделения для лечения таких пациентов территориально обособлялись, но сам факт необходимости лечения в психиатрической лечебнице и страх возможных социальных последствий и профессиональных ограничений, отталкивал большую часть этих пациентов от обращения к психотерапевтам, работающим в рамках психиатрической службы. В результате, подавляющее большинство нуждающихся вообще оказывалась без специализированной и квалифицированной помощи.

Вместе с тем, деятельность по укреплению психического здоровья имеет государственное стратегическое значение. Не дойдя до психотерапевта пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами часто становятся жертвами разного рода прорицателей, «бабок» и прочего рода мошенников, лишаясь и денег, и здоровья. Нередки случаи, когда наши пациенты, не находя квалифицированной помощи в конечном счете становились адептами различных религиозных сект. Часто их «ловят в свои сети» представители деструктивных психологических течений, прикрывающиеся т.н. тренингами «личностного роста» и др., которые используют все те же приемы психологического воздействия на людей с лабильной психикой, как и псевдорелигиозные секты. Итогом их деятельности являются разрушенные семьи, суициды и т.н. расширенные суициды адептов. Учитывая значимость психического здоровья и воздействия психических заболеваний на социальный, человеческий и экономический капитал, в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития в Республике Башкортостан, одним из приоритетов государственной политики являться сохранение и укрепление психического здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской и социальной помощи.

Возрастающая потребность в медицинской помощи пациентам с пограничными нервно – психическими расстройствами, а также необходимость изменения негативного стереотипного отношения к психиатрической помощи лицами, имеющими непсихотический уровень психических расстройств, поставили перед системой здравоохранения республики амбициозную, но крайне важную и своевременную задачу запуска «пилотного» для России проекта – создания самостоятельной государственной медицинской организации психотерапевтического профиля вне психиатрической службы. Таким образом, во исполнение распоряжения Правительства РБ № 1435р от 14.11.2011 года было создано Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства здравоохранения Республики Башкортостан.

Результатом проделанной за эти годы работы стали открытые консультативно-диагностические отделения для амбулаторного приема детей и взрослых, четыре дневных стационара по 30 коек каждый, в том числе для лечения детей, два медико-реабилитационных отделения, круглосуточный стационар на 120 коек в загородной зоне для взрослых и 30 детских круглосуточных коек.

Структура заболеваний пролеченных больных составляет спектр пограничной психопатологии в которой аффектив-

ные расстройства составляют порядка 40%, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства 30%, органические, включая симптоматические психические расстройства 20%, расстройства личности и поведения 7%, нарушения психологического развития 3%.

Статистическая информация, формируемая в рамках квартальной и годовой отчетности, может выступать основой для анализа востребованности психотерапевтической помощи вне стен психиатрических учреждений. За 2014 год амбулаторно проконсультировано 35324 пациентов, из них 6960 детей. В круглосуточном стационаре пролечено 1025 больных, из них 410 детей. В дневном стационаре проведено 17050 пациентодней, детьми – 9365.

С 1 апреля 2013 года в ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ открыто отделение «Телефон Доверия», которое помогает людям, попавшим в трудную жизненную ситуацию и пациентам в кризисном состоянии.

Несмотря на то, что «Телефоны доверия» как в России, так и в Республике Башкортостан имеют многолетний опыт, введение в октябре 2013 года единого, республиканского номера телефона в рамках Общефедерального партийного проекта «Крепкая семья» открывает новую страницу в истории оказания экстренной психологической помощи. Создание единого республиканского номера «Телефона доверия» подчеркивает стратегические приоритеты государственной социальной политики в области создания безопасной среды для жизни и развития членов общества.

Для увеличения охвата населения мероприятиями по профилактике суицидоопасного поведения в октябре 2014 года открыто психотерапевтическое отделение на 45 коек (30 коек круглосуточного пребывания и 15 коек дневного стационара) с кабинетом амбулаторного приема во втором по численности городе республики – г.Стерлитамак на базе городской больницы №2, а с 01.01.2015 года медико-реабилитационное отделение в г. Белорецк.

Положительный опыт работы головного учреждения и отделений в г. Стерлитамак и г. Белорецк открыл новые возможности для развития психотерапевтической службы Республики Башкортостан. В настоящее время ведется работа по открытию кризисного стационара ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ на 90 коек и психотерапевтических подразделений (амбулаторных и стационарных) в каждом территориальном межмуниципальном округе республики. В результате будет завершено формирование трехуровневой системы профилактики кризисных состояний и психотерапевтической помощи лицам с суицидальным поведением, включающей в себя:

– кабинеты (отделения) «Телефон Доверия» с круглосуточным режимом работы;

– психотерапевтические кабинеты в городах и районах Республики Башкортостан;

– кризисный стационар.

Реализация перечисленных мероприятий позволит обеспечить доступность населению республики информации о возможностях и условиях предоставления экстренной и плановой психотерапевтической и психологической помощи, оказывать психотерапевтическую помощь лицам с различными психическими расстройствами, обусловленными воздействием разнообразных стрессогенных факторов, создать условия для повышения уровня психологической культуры и психологической компетентности населения.

Таким образом, конечной целью изменений, направленных на повышение эффективности психотерапевтической помощи в Республике Башкортостан является повышение качества медицинской помощи на основе совершенствования трехуровневой системы ее оказания, этапности с маршрутизацией пациентов, преемственность в ведении больных, организация повышения эффективности деятельности государственных медицинских организаций.

ОТНОШЕНИЕ К ИНТЕРНЕТУ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗОВ: ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОМ НЕЗАВЕРШЕННЫХ ФРАЗ

Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., Бакиров Л.Р., Ахмадеев Р.Р.

Уфа

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

Актуальность. Воздействие цифровых технологий на психическое состояние и поведение пользователей сегодня хорошо знакомо не только специалистам – наркологам, психиатрам, психотерапевтам, психологам, но и самым широким слоям населения. Развитие цифровых технологий не только изменило наш образ жизни, но переструктурировало наше мышление. При этом, вынужденный адаптироваться к новым технологиям, мозг современного человека теряет свои базовые навыки (Г.Смолл, Г.Ворган, 2011). В доказательство этого положения приведем цитату из книги одного из основателей виртуальной реальности – Джарона Ланира: «….В 1980-е, когда Интернет был доступен небольшому числу первопроходцев, мне часто приходилось спорить с людьми, которые боялись, что странные технологии вроде виртуальной реальности, над которыми я работал, смогут породить демонов человеческой природы. Не станут ли люди зависимыми от виртуальной реальности, как от наркотика? Не окажутся ли они запертыми в ней, будучи не в состоянии вырваться наружу, в физический мир, где живем мы все? Некоторые вопросы были глупыми, но некоторые оказались провидческими…» (Джарон Ланир, «Вы не гаджет, с.16 2011).

На сегодняшний день достаточно хорошо изучены эпидемиология и симптоматика интернет-аддиктивного поведения – ИАП. Но такие фундаментальные вопросы как особенности и механизмы формирования ИАП во многом остаются открытыми.

В связи с этим представляется актуальным поиск новых подходов и моделей к изучению этого новейшего медико-социальнго и психолого-педагогического явления.

Цель и задачи. Установить особенности восприятия, отношения и пользования интернетом у студентов – медиков и студентов – педагогов.

Организация и методы исследования. Для решения сформулированных задач нами использовались специально разработанные анкеты, в основу которых были взяты известные тесты Сакса-Леви (Sachs J.M., Levy S. 1950) и опросник Е.А. Щепилиной.

Исследование проведено с участием в качестве испытуемых 184 студентов (средний возраст – 22.4 года, 118 – девушек и 66 юношей) педагогического (Башкирский государственный педагогический университет – БГПУ) и медицинского (Башкирский государственный медицинский университет – БГМУ) ВУЗов г. Уфы.

Общая оценка интернета совокупным массивом студентов (и медиков и педагогов) по трем словам, обозначающим для них интернет показала, что для 26,4% из них всемирная сеть означает общение, для 20,4% – информация, и далее по убывающей – развлечение, учеба и работа. Небольшой процент (2,5%) ответа не дали.

Фразу «Большинство сайтов в интернете это …» треть студентов дополнили утверждением «мусор, лишние, не нужное». Большой процент респондентов (17,3%) на этот вопрос не ответили. Одинаковое количество респондентов – по 14,6% интернет расценили как социальные сети и полезные сайты, а также дали остальные ответы.

Из всех опрошенных 39,5% студентов посещают сайты для получения информации, для общения – 19,0%, для развлечения (видео, музыка, игры) – 15,6%, для учебы, работы – 10,2%.

Считают, что «пребывание студентов в интернете – это потеря и трата времени» – 20,7%, «обычное дело, повседневность, норма, часть жизни» – 17,0%, и большая часть (24,5%) студентов этот вопрос оставили без ответа.

Для более подробного изучения эмоционального отношения студентов к интернету была использована шкала эмоционального восприятия. Более половины опрошенных студентов (средние значения по обоим ВУЗам) – 59,3% – отметили, что время в интернете летит быстро, незаметно. Фразу «Мне кажется, что время в интернете…» 12,6% студентов дополнили словами «потрачено зря, впустую», и только 5,5% – «проходит с пользой», около 6% – «обычное, такое же».

О более быстром течении времени в интернете сообщили студенты на 15% больше педагогического ВУЗа. Вдвое больше студентов-медиков по сравнению с педагогами написали, что время в интернете потрачено зря, и, напротив – в два раза больше педагогов по сравнению с медиками оценивают проведенное в интернете время как полезное.

Предложение «После выхода из сети я чувствую…» около четверти из всей совокупности студентов закончили словами «усталость, истощенность, опустошенность» и примерно такое же количество – «ничего особенного». Чувство свободы, облегчения отмечают 13,3%, удовлетворения – 12,2% студентов обоих ВУЗов. Значительно большее количество студентов педагогического университета по сравнению с медицинским чувствуют свободу, облегчение, удовлетворение.

Настроение студентов, находящихся в сети. Предложение «Мое настроение в сети…» более половины опрошенных дополнили: «Обычное, не меняется, такое же». Около 18% студентов отметили хорошее, позитивное настроение, либо – его улучшение в интернете и 5% – переменчивое, когда как, и у 3,7% – настроение в интернете портиться, ухудшается.

Рассмотренные выше различия, обнаруженные проективным психометрическим методом незаконченных предложений или свободных ассоциаций по нашему мнению, можно рассмотреть как своего рода модельные, поскольку в образовательном процессе медиков и педагогов имеются ключевые различия, которые в общем, заключаются в преобладании у первых естественных наук, у вторых – психолого-педагогических. Это может быть вызвано также тем, что более важным источником информации для педагогов служат информационные сети, а для медиков – другие источники.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНЫХ АССОЦИАЦИЙ С ИНТЕРНЕТОМ У СТУДЕНТОВ

Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л., Бакиров Л.Р., Ахмадеев Р.Р.

Уфа

ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

Актуальность. Исследование гендерных аспектов имеет давние традиции в наркологии, в настоящее время накоплен огромный материал по особенностям употребления психоактивных веществ мужчинами и женщинами. Как показал анализ отечественной и зарубежной специальной литературы, несоизмеримо меньше сведений о гендерных аспектах аддктивных форм поведения, в особенности – проблемного использования интернета (ПИИ).

Эффективным психометрическим инструментом при скрининговом исследовании служит метод незавершенных фраз или свободных словесных ассоциаций. Такие его особенности как слабая структурированность, максимальное разнообразие ответов, полный отчет об ассоциациях без цензуры и редактирования позволяют добиться главного – словесный тестовый материал служит своего рода «экраном», на который респонденты «проецируют» свои характерные мыслительные процессы, потребности, тревоги и конфликты. Сторонники методик свободных ассоциаций полагают их наиболее эффективными для определения латентных или неосознаваемых сторон личности, что, в свою очередь, позволяет применять эти методы как в научных исследованиях, так и в клинической практике (Анастази А., Урбина С., 2007).

Изучение и уточнение гендерных особенностей проблемного пользования интернетом у студентов методом свободных словесных ассоциаций или незавершенных фраз представляется актуальной медико-социальной проблемой.

Цель и задачи. Установить гендерные особенности восприятия, отношения и пользования интернетом у студентов.

Организация и методы исследования. Исследование было проведено с участием в качестве испытуемых 184 студентов (средний возраст – 22.4 года, 118 – девушек и 66 юношей) педагогического (Башкирский государственный педагогический университет – БГПУ) и медицинского (Башкирский государственный медицинский университет – БГМУ) ВУЗов г. Уфы.

В этой серии исследований данные обрабатывались элементарными методами описательной статистики для оценки процентного соотношения интересующих показателей с помощью стандартного приложения Exel.

В качестве психометрического инструмента нами были использованы специально разработанные анкеты, в основе которых были известные тесты Сакса-Леви (Sachs J.M., Levy S. 1950) и опросник Е.А. Щепилиной.

Для качественного анализа речевого материала были выбраны четыре категории. 1.Общая оценка интернета – студенты должны были дополнить фразы: «Три слова, обозначающие для меня интернет…»; «Большинство сайтов в интернете это…»; «Я посещаю сайты для того, чтобы …»; «Для меня пребывание в интернете это ….». 2 – эмоциональная оценка интернета, студенты продолжали фразы: «Мне кажется, что время в интернете …»; «После выхода из сети я чувствую …»; «Мое настроение в сети…»; «Моя жизнь без интернета была бы ….». 3.Позитивное отношение к интернету оценивалось с помощь фраз: «Интернет помогает мне…»; «В интернете меня, прежде всего, привлекает…»; «Интернет приносит пользу, если…»; «Лучшее, что я сделал в интернете….». Для оценки негативного отношения к интернету служили фразы: «В интернете меня прежде всего раздражает…»; «Интернет мешает мне…»; «Самой большой моей ошибкой в интернете было…»; «Интернет бесполезен и вреден если….».

Наибольшее сходство в характеристике интернета между мужчинами и женщинами, более гомогенный массив данных наблюдается в шкале «Общая оценка интернета». Так, окончание фраз «Три слова, обозначающие для меня интернет…», «Большинство сайтов в интернете это …», «Для меня пребывание в интернете это….» совпадают практически полностью. В этой шкале наибольшие различия обнаружены во фразе «Я посещаю сайты для того, чтобы …»: на 16% больше мужчин ответили «для развлечения», и на 11% женщин больше – «узнать новости».

Наибольшие различия при эмоциональном восприятии интернета обнаруживаются при дополнении фраз «После выхода из сети я чувствую …» и «Моя жизнь без интернета была бы ….». В первом случае, после выхода из всемирной информационной сети свободу, удовлетворение, облегчение чувствуют на 17% больше мужчин. Напротив, усталость, опустошенность, сонливость после выхода из интернета ощущают примерно на 25% больше женщин. На 11% больше мужчин ответили, что их жизнь без интернета осталось бы такой же, и соответственно примерно на такое же количество больше женщин эту фразу дополнили «живей, лучше, интересней, ярче». Также на 7% больше женщин дополнили, что их жизнь без всемирной паутины стала бы хуже, трудней, сложней. Примерно равное количество

мужчин и женщин (27-29%) оценили свою жизнь без интернете как скучную, пустую, мрачную.

Гендерные различия аддикций проявляется разнообразно: более высокой частоте проявлений гемблинга и интернет-зависимости у мужчин, более частых любовных, пищевых аддикций, ониоманий – в женской (Шайдукова, 2002). Многофакторный анализ (Kormas G., Critselis E. et al., 2011) проведенный у подростков показал, что как потенциальное проблемное использование интернета (ПИИ), так и уже сформировавшееся ПИИ были значительно связаны с мужским полом. Подростки мужского пола используют интернет преимущественно для получения информации сексуального характера, интерактивной игры и социализации, в том числе в использовании чат-комнат и электронной почты.

Таким образом, проведенное нами психометрическое исследование с использованием метода свободных словесных ассоциаций у студентов подтверждает гетерогенный характер пользования интернетом у мужчин и женщин, что, вероятно, вносит определенный вклад в особенности формирования интернет-зависимого поведения. Вероятно, что более критичное отношение ко всемирной информационной сети и более рациональное его использование женской популяцией является одной из причин более частого проявления интернет-аддиктивного поведения у мужчин.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Уманский С.В., Култышев Д.В., Уманская П.С.

Тюмень

Научно-исследовательский институт психического здоровья превенции и профилактики кризисных состояний

Актуальность проблемы психотерапевтической помощи пациентам с алкогольной зависимостью, а также их близким сохраняет свою значимость. Большинство исследователей отмечают, что нарушения психического здоровья, проявляющиеся в возникновении психических расстройств и появлении психологических проблем, выявляются не только у алкогользависимых, но и у членов их семьи, и в частности у партнеров по браку. Зависимая от алкоголя личность формирует вокруг себя комплекс патологических, неадекватных, болезненных отношений, приводящих к различным нарушениям у членов семьи на личностном и социальном уровнях. Семейные дисфункции становятся основой, определяющей негативное воздействие как на алкогользависимого, препятствуя его стойкой ремиссии, так и на членов семьи, проживающих совместно с ним. Такое тесное переплетение отношений приводит к тому, что у членов семьи формируется созависимость.

Феномен алкогольной созависимости заключается в устойчивом изменении поведения эмоционально близких людей (родители, супруги, дети) к человеку, страдающему алкоголизмом, в ответ на проявления его алкоголизации, первоначально в форме стремления контролировать это зависимое поведение, а затем – и в форме собственной болезненной зависимости от поведения больного. Устойчиво измененное поведение созависимых из ближайшего окружения в отношении алкогользависимого часто является препятствием для его решения о начале противоалкогольного лечения. Созависимость относится к категории наиболее сложных психологических понятий, так как одновременно включает в себя как внутрипсихическую, так и межличностную динамику.

Большинство современных исследователей считает, что работа с созависимыми членами семей должна стать необходимым этапом лечебно-реабилитационного подхода к лицам, страдающим алкогольной зависимостью. По мнению Cermak, T. L. (1986) осмысленные и устойчивые изменения у созависимых возможны только при использовании психотерапии, как индивидуальной, так и групповой, под руководством опытного клинициста, хорошо разбирающегося в проблемах, с которыми часто сталкиваются созависимые пациенты.

Цель исследования – установление особенностей в личностном профиле и психическом состоянии женщин с алкогольной созависимостью и изучение их отношения к прохождению психотерапии по преодолению созависимости.

Материалы и методы. Проведено обследование 104 женщин с алкогольной созависимостью, у которых их близкие мужчины (мужья, отцы, сыновья) отказывались от прохождения противоалкогольного лечения. Из них было 12 матерей, 76 жен и 16 дочерей. Из исследования исключены женщины, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью, шизофренией и бредовым расстройством, биполярным аффективным расстройством, тяжелыми сомато-неврологическими заболеваниями, умственной отсталостью.

Для диагностики созависимости использовались критерии Чермака (Cermak, 1986). Психиатрический диагноз устанавливался на основании МКБ-10. Для анализа личностного профиля применялось тестирование по ММИЛ (Березин Ф.Б.), ДМО (Собчик Л.Н.). Отношение к пониманию проблемы оценивалось согласием или отказом от прохождения психотерапии. Так же использовались методы математической статистики.

Результаты. Анализируя данные психологического тестирования с применением кластерного анализа, получено 3 группы (кластера).

Первый кластер представлен женщинами, демонстрирующими материнскую (доминантность, опека) стратегию (материнский вариант). Для них были характерны властно-лидирующий, прямолинейно-агрессивный и ответственно-великодушный типы взаимоотношений по ДМО. Из 37 женщин было 8 матерей, 28 жен и 1 дочь. От психотерапии отказались 25 (67,6%) женщин согласились – 12 (32,4%).

Во второй кластер вошли 42 женщины с партнерско-сопернической стратегией. Для данного варианта созависимости были типичны независимо-доминирующий, недоверчиво-скептический и сотрудничающий-конвенциальный типы взаимоотношений по ДМО. Из 42 женщин было 1 мать, 35 жен и 6 дочерей. На психотерапию согласилось 22 (52,4%), отказалось – 20 (47,6%) женщин.

Третий кластер представлен женщинами, демонстрирующими дочернюю (зависимую) стратегию (дочерний вариант). Для них были характерны покорно-застенчивый (субмиссивно-подчиняющийся) и зависимо-послушный типы взаимоотношений по ДМО. Из 26 женщин было 3 матери, 13 жен и 9 дочерей. От психотерапии отказались 23 (88,5%) и согласились – 3 (11,5%) женщины.

Из 37 женщин, согласившихся на психотерапию, было: 1 (2,7%) мать, 4 (10,8%) дочери и 32 (86,5%) жены, что составило 34,6% от всех обследованных женщин.

У всех 104 обследованных женщин были выявлены пограничные психические нарушения: неврозоподобные (F0) – 10, аффективные (депрессивные) (F3) – 21, невротические (F4) – 64 и личностные расстройства (F6) – 9 человек.

Во всех трех кластерах в профилях ММИЛ женщин, согласившихся на психотерапию преобладали пики по шкалам 3, 4, 6 (истероидность, психопатичность, паранойяльность).

Среди женщин, отказавшихся от психотерапии в 1 кластере отмечались подъемы по 1 и 8 шкалам (ипохондричность и аутизация), во втором кластере – по 1 и 2 шкалам (ипохондрия и депрессивность), и в третьем кластере – по 1, 2 и 7 шкалам (ипохондричность, депрессивность, психастеничность).

Выводы.

1. Установлено, что при алкогольной созависимости у женщин специфика того или иного пограничного психичес-

кого расстройства не влияет на их отношение к прохождению психотерапии.

2. Выделено 3 варианта женской алкогольной созависимости: материнский, партнерско-соперничий и дочерний.

3. Чаще всего на психотерапию соглашаются женщины с независимо-доминирующим, сотрудничающим-конвенциальным и ответственно-великодушным типы взаимоотношений по ДМО, имеющие такие личностные характеристики (по ММИЛ) как истероидность, психопатичность, паранойяльность.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННОГО ПСИХОАНАЛИЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Федоров Я.О.

Санкт-Петербург
СПб ГБУЗ ГПНДС №7,
ВЕИП

Основным методом помощи душевнобольным является биологическая терапия, при этом наблюдается рост интереса и постепенная интеграция психотерапевтических подходов в реабилитацию психиатрического пациента. Характеризуя проблемы оказания психотерапевтической помощи последних десятилетий в США, с точки зрения психоанализа подхода, И. Ялом (2008) пишет: «Кажется, что современное поколение психиатров-клиницистов, сведущих как в динамической психотерапии, так и в фармакологическом лечении, вымирает как вид». Полагаясь на собственные наблюдения, можно утверждать, что в российском психиатрическом сообществе картина скорее противоположенная – интерес к психотерапии и, в частности, психоанализу растет (по крайней мере в таких городах как Апатиты, Вологда, Екатеринбург, Москва, Санкт-Петербург, Ярославль).

Собственный опыт использования в работе дневного стационара (ДС) психоаналитических подходов доказывает, что этот ресурс крайне полезен. В нашем ДС мы используем концепцию современного американского психоанализа Хаймона Спотница (Hymon Spotnitz, 1908-2008). Современный психоанализ успешно интегрировался в работу ДС. Однако стоит отметить, что все врачи и психологи отделения имеют второе высшее образование в области психоанализа и постоянно поддерживают свой профессиональный уровень.

С 1997 года, благодаря американскому психоаналитику Гарольду Штерну (Harold Stern) и Восточно-Европейскому Институту Психоанализа в лице его ректора М. М. Решетникова сотрудники дневного стационара смогли проходить регулярный профессиональный тренинг у ведущих иностранных коллег в области психотерапии психозов. В психореабилитационной работе отделения с начала 2000-х годов стал использоваться психоанализ Х. Спотница в индивидуальной и групповой форме. Современные аналитики утверждают, что психотерапия психиатрических пациентов может быть вполне успешной и наши первые попытки анализировать этот опыт тоже выглядят оптимистичными (Шиканова Е.А., 2013).

Суть концепции шизофрении в современном психоанализе (да и в целом, «психотического» пациента) в крайне схематичном виде можно представить следующим образом: психические расстройства являются результатом использования пациентом психологически неуспешной защиты от собственного деструктивного поведения (Спотниц Х., 2004). Основные симптомы заболевания (нарушения мышления, аутизм, апатия, абулия) уменьшают возможность взаимодействия с окружающим миром, не давая проявиться нарциссической ярости (Кернберг О., 2000). При этом происходит разрушение психического аппарата субъекта – Эго пациента. Эти процессы затрагивают раннее развитие ребенка (доэдипальный или довербальный период). Таким образом, каждый шизофренический пациент имеет большой запас подавленной агрессии и поведение, направленное на минимизацию своего взаимодействия с окружающими, что защищает всех от выброса неконтролируемой ярости. Психоаналитику необходимо предоставить безопасное пространство для вербальной активности и развивать способность устанавливать отношения с окружающим миром (аналитик, близкие, общество и т.д.). Аналитик выступает в роли «суррогатной психологической матери», которая используя свои знания, сеттинг (все стороны отношения клиент-аналитик) и интуицию, «доращивает» Эго.

На пути к выздоровлению пациента существует множество препятствий (сопротивлений), которые можно сгруппировать в несколько видов. Во-первых – это сопротивление, разрушающее лечение, когда пациент сознательно и бессознательно стремиться прервать терапию. Во-вторых – сопротивление статус-кво – тенденция не меняться («не хочу ничего нового»). В-третьих – сопротивление сотрудничеству: в жизни пациента не появляются социальные контакты или они неуспешны. Последний вид сопротивления – к окончанию лечения: аналитик становится столь важной фигурой в жизни клиента, что расставание с ним кажется катастрофой. Разрешение указанных сопротивлений требуют особых техник: объект-ориентированные вопросы, команды, контактное функционирование, присоединение и отзеркаливание, взращивающие интерпретации и другие.

В современном психоанализе избегается ситуация, когда пациент говорит все (свободные ассоциации), т.к. это способствует фрагментации Эго и дальнейшей регрессии, то есть усиливает психотическую симптоматику. Клиент говорит на интересующие его темы, что позволяет ему регулировать важность информации и уровень тревоги. Довербальный пациент способен вызвать сильные чувства в аналитике (контрперенос), которые изучаются и используются в коммуникации. В современном анализе интерпретации не используются для разрешения сопротивления, но альтернативные формы вербальной коммуникации оказываются эффективными – присоединение, отзеркаливание. Вопросы или комментарии, направленные на Эго пациента, не применяются, т.к. обычно воспринимаются как нападение и вызывают регрессию. Они заменяются на объект-ориентированные высказывания, где внимание смещается на объектный мир. Применение перечисленных или иных техник определяется степенью «нарушенности» пациента. При глубокой регрессии он нуждается в принятии в виде молчания психотерапевта, которое может занимать многие встречи (сессии). При меньшем уровне расстройств используется присоединение, отзеркаливание. Если есть хороший уровень компенсации – взращивающие интерпретации. То есть все, что может помочь пациенту разрешить сопротивление, применяется в работе современного аналитика. Если терапия складывается удачно, то постепенно Эго пациента становится «сильнее», он перестает использовать ранние психологические защиты и для работы с ним становятся приемлемы техники классического анализа (свободные ассоциации, интерпретации). При этом остается вероятность регрессии (психоза) на любом этапе терапии. В ходе терапии мы нередко комбинируем индивидуальный и группой анализ, который используется, обычно, на более позднем этапе.

Психоаналитические техники в психиатрической практике.

Во-первых, данные техники может использовать психиатр как инструмент для установления продуктивного контакта с пациентом, что является основой хорошей комплаентности. В психиатрии мы сталкиваемся с теми же сопротивлениями пациентов, что и современном психоанализе. Вероятно, самым важным из них, имеющим непосредственное отношение к практике, является сопротивление, разрушающее лечение, так как

большинство больных (особенно первичных или параноидных) не желают получать медицинскую помощь. В упрощенном виде, это может объясняться тем, что окружающий мир, в том числе и врач, не разделяет взглядов страдающего человека, которого «преследуют» соседи, государство или мистические силы. Вместо предложения защиты ему предлагается еще больший контроль (регулярные посещения врача, больница или прием «вредных» лекарств).

Во-вторых, современный психоанализ для психотерапевта или психолога – это составная часть комплексной терапии душевнобольного. Не так много хороших теорий по психотерапии психозов, основанных на практике, имеющих свою школу, проверенный тренинг и достаточное число опытных профессионалов, доступных для передачи знаний. В отдельных случаях даже у пациентов шизофренического спектра данный подход может существовать и как «монотерапия».

Заключение. Техники современного психоанализа способны решать, как чисто тактические, так и стратегические задачи в комплексной терапии психиатрического пациента. По сравнению со многими развитыми странами в современной России психотерапия в структуре психиатрической помощи развита слабо, несмотря на формальное признание биопсихосоциальной модели психических расстройств.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ГРУППОВОЙ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Федоров Я.О., Семенова Н.В., Белова Е.Б., Шиканова Е.А.

Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский городской ПНД №7,
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
ВЕИП

Несмотря на формальный отход от дефицитарной модели старения, в отечественной геронтопсихиатрии и геронтопсихологии сохраняется довольно скептический взгляд на возможности психотерапии. Бытует мнение о ее трудоемкости и низкой эффективности у пожилых людей. В научной литературе можно встретить рекомендации по применению «рациональной психотерапии» в виде разъяснения и убеждения, с оговоркой, что «истинная» патогенетическая психотерапия затруднена из-за устойчивости личностных конструктов, ригидности мышления пожилых людей, стереотипности их эмоциональных реакций и вообще «трудности восприятия нового».

По нашему мнению, пожилые пациенты, как с актуальной психиатрической симптоматикой, так и без нее нуждаются в психотерапевтической и психологической помощи, и она может быть обеспечена, в частности, современными психоаналитическими подходами. В качестве базовой теории использовался современный американский психоанализ Хаймана Спотница и его последователей. Этот подход и соответствующий психоаналитический тренинг был интегрирован в работу психиатрической службы, в том числе при оказании помощи пожилым пациентам.

Важнейшим инструментом терапии (особенно при депрессивных состояниях), является работа с агрессией, которой отводится ведущая патогенетическая роль. Техники современного психоанализа помогают выражать агрессию безопасным образом, путем вербализации негативных чувств в обстановке психоаналитического кабинета или в рамках психотерапевтической группы. Тогда внутренняя агрессия, направленная на самого себя, на Эго пациента, постепенно перенаправляется на внешние объекты, в первую очередь, на аналитика и членов группы. Особенно актуальна канализация агрессии в терапии пожилых депрессивных пациентов, поскольку они обычно испытывают большие трудности с идентификацией собственных негативных чувств, направленных на ближайшее семейное или родственное окружение.

Проблемы в работе психотерапевтических групп в психиатрическом отделении многочисленны и касаются различных сторон организации процесса, выбора формата группы (открытая/закрытая), подбора участников, взаимодействия психиатров, индивидуальных психотерапевтов и котерапевтов между собой, отношения к групповой терапии у самих пациентов и их родственников и т.д.

Во-первых, одной из самых значимых проблем для групповой терапии являются контакты участников вне группы. Одинокие пожилые люди особенно сильно стремятся установить между собой связи за пределами группового поля, в том числе сексуальные. Это подрывает единство группы, расщепляет ее на подгруппы (начинают появляться тайны и конфликты, желание выяснить отношения между участниками таких подгрупп за счет группы целиком). Все это приводит, в конечном итоге, к уходу некоторых участников, если ведущие не смогут выявить эти процессы и разрешить их. С контактами вне группы использовалась стратегия исследования и присоединения в виде вопросов типа: «Почему Вас устраивает менее эффективная терапия с контактами вне группы?» «Какую поддержку не дают ведущие, так что необходима поддержка вне группы?» «Конечно, Вы можете общаться вне группы, но тогда должны все рассказывать об этих встречах».

Во-вторых, пересечение функций – ведущие групп являлись одновременно и лечащими врачами-психиатрами некоторых участников, и административными фигурами. Это приводило к тому, что в группе иногда «размывались» границы и реакции на ведущих. При последующих поступлениях пациентов административным образом разделялись лечебные и реабилитационные процессы так, чтобы групповой психотерапевт перестал быть одновременно лечащим врачом.

В-третьих, физические заболевания. Обычно пожилые люди имеют соматические заболевания, обострения которых служит причиной пропуска сессий. Это сильнее влияет на работу группы, чем в индивидуальной практике, т.к. нарушается постоянство группового состава. Даже если соматизацию рассматривать как отреагирование – бессознательное желание избежать негативных переживаний (например, после особенно эмоциональных групп), последствия декомпенсации соматического состояния могут быть серьезными и их надо учитывать. В отношении групповой терапии такие пропуски всегда рассматривались с точки зрения влияния групповой динамики на конкретного участника, а ведущие старались прояснить не явные (физическое заболевание), а скрытые (эмоциональные) причины отсутствия.

В-четвертых, сильные переживания самих ведущих на пациентов – контрпереносы, которые могли проявляться разнообразно: колебания аффекта от умиротворенности до злости или безнадежности, выраженная сонливость, за которой нередко скрывались агрессивные чувства разной степени выраженности, а также желание психотерапевтов избавиться от трудной работы с потенциальным клиентом. Для психотерапевта очень важно отслеживать свои реакции (эмоциональные, когнитивные, соматические), их связь с отношением пациента к терапевту, и, самое главное, не действовать сразу в соответствии с собственными переживаниями. Понимание того, что они, пусть очень неприятные или тяжелые, связаны с пациентом, а точнее с его переносом на ведущего, как правило, снижает интенсивность чувств, делает психотерапевта более свободным, а значит и эффективным.

В-пятых, вопросы оплаты. Ее отсутствие, с одной стороны, помогало нашим пациентам попасть в группу, но, с другой стороны, мешало выражению агрессии, которая явля-

ется главным «рабочим» инструментом современного американского психоанализа. Отсутствие платы в группе заставляло быть ведущих «подозрительными» в отношении агрессии. Под такими явлениями как пропуски, соматизация, «недовольство другими врачами» и т.д., предполагалась невысказанная агрессия (на себя, других участников, ведущих), которая подлежала исследованию. Пожилые пациенты более склонны направлять свои деструктивные силы на себя, что выражается в виде депрессивных симптомов. «Контролируемая» вербализация агрессивных чувств помогала пациентам направлять агрессию на ведущих, а не отреагировать ее.

Для организации такого вида психотерапевтической помощи в психиатрическом отделении необходимо учитывать три важных ресурса.

Во-первых, это регулярные обсуждения пациентов: между самими котерапевтами, с коллегами по Балинтовской группе и супервизорами. Обсуждения на различных уровнях (котерапевт, коллеги, супервизор) помогали увидеть проблемную ситуацию с разных сторон. Особенно хочется подчеркнуть необходимость регулярных супервизий с опытным психотерапевтом.

Во-вторых, бригадная форма организации труда с высокой степенью кооперации всех участников лечебного процесса – групповых и индивидуальных психотерапевтов и психиатра, а также среднего и младшего персонала. Такой подход позволяет параллельно решать несколько задач: координация общих действий по оказанию помощи, сбор полной информации о конкретном пациенте (в процессе психотерапии, поведение на отделении, особенности лекарственной терапии, взаимодействие с родными, социальные условия и т.п.), разрешение конфликтных ситуаций и т.д. Все это помогло сделать атмосферу отделения по-настоящему терапевтической.

В-третьих, – постоянное повышение профессионального уровня специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь. Большинство наших специалистов имеют второе высшее образование в области психоанализа и высокий профессиональный рейтинг в международных профессиональных сообществах. Практически все задействованы в постоянном профессиональном тренинге, а также участвуют в долгосрочных образовательных программах.

Таким образом, психоаналитическая психотерапия не только не противопоказана в пожилом возрасте, но и чрезвычайно востребована – пациенты хорошо реагируют на «психологическое лечение», а нуждающихся в такой помощи много, и их число увеличивается. Психоаналитический подход может успешно интегрироваться в работу психиатрической службы, при желании администрации использовать навыки и опыт квалифицированных специалистов, подготовленных в соответствии с высокими профессиональными международными стандартами.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА И ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Хох И.Р.

Уфа

Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

Впервые определение перфекционизма появилось еще в рамках психоаналитической теории. Под перфекционизмом имели в виду высокие личностные стандарты, которые человек ставит перед собой и другим людям по выполняемой деятельности. Несоответствие этим высоким стандартам приводит людей к неудовлетворенности.

Изучение перфекционизма на модели пациентов с депрессивными состояниями является актуальным и затрагивает каузальный аспект формирования данных психических нарушений. В современном мире депрессивные состояния являются одной из важнейших проблем, которые часто воспринимаются как сниженние настроения, познавательных процессов и двигательной активности, без придания им характера устойчивости и фактора снижения качества жизни человека. Большинство таковых состояний не предъявляются пациентами как психотерапевтические мишени и остаются латентными для врачей и клинических психологов.

Наше исследование было проведено на базе Республиканского клинического психотерапевтического центра Минздрава Республики Башкортостан (РКПЦ МЗ РБ), пациенты, имеющие депрессивные состояния различного генеза составили экспериментальную группу испытуемых (n=53), а студенты факультетов психологического, географического и Института экономики, финансов и бизнеса Башкирского государственного университета (БашГУ) – контрольную группу испытуемых, соответственно (n=62).

Психодиагностический инструментарий исследования включал в себя: Опросник Мини-Мульт для исследования профиля личности. Для выявления уровня депрессии и депрессивных состояний использовались следующие психодиагностические методики: Опросник депрессивных состояний (СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева), Многомерная шкала перфекционизма П.Л. Хьюитта – Г.Л. Флетта, для измерения уровня перфекционизма и определения характера и соотношения его составляющих у испытуемого.

По методике «Мини-Мульт», шкала – «Депрессия» были получены ожидаемые результаты в сравнительном анализе, а именно, в клинической группе процентное соотношение респондентов с высоким уровнем по данному показателю оказалось выше, чем во второй группе.

Результаты по методике «ОДС», «шкала Д-N» показали, что в контрольной группе процентное соотношение людей с высоким уровнем депрессивного состояния выше, чем в контрольной группе. Что на наш взгляд, подтверждает клинический характер экспериментальной группы. Но можно заметить, что у экспериментальной группы по данной методике результаты значительно различаются от результатов методики «Мини-Мульт» по шкале «Депрессия» и методики «Шкала самооценки депрессии» (У. Зунга). Это можно объяснить тем, что возможно данная методика в отличие от двух других, более чувствительна в выявлении депрессивных состояний. И, возможно, шкала «Депрессия» методики «Мини-Мульт» и методика «Шкала самооценки депрессии» (У. Зунга) склонны выявлять более тяжелые и затяжные формы депрессии.

Результаты по шкале «МДП-Д» вышеуказанного опросника в обеих выборках находится практически в равном процентном соотношении. На наш взгляд, насыщенность информационного пространства, причем в большинстве своем негативной информацией о мире – создает основу для невротизации личности. Респонденты экспериментальной группы, имея личностную уязвимость, проявляют общий уровень невротизации как депрессивное состояние, а контрольная группа, имея достаточный запас психологических ресурсов, не уходит в дефицитарное эмоциональной состояние. Таким образом, не смотря на сравнимость количественных показателей в выборках, они отличаются друг от друга качественно.

Результаты по методике «Многомерная шкала перфекционизма», шкала – «Перфекционизм, направленный на себя» выявили, что в контрольной группе процентное соотношение людей с высоким, так и с средним общим баллом перфекционизма, направленного на себя, почти равен процентному соотношению этого фактора во второй группе. Но все же во второй группе он немного выше и это может быть обусловлено тем, что студентам более свойственно ставить себе высокие рамки, не-

жели другим. В силу своего возраста и энергии они стремиться к совершенствованию себя и прилагают для этого огромные усилия, и очень критично относятся к своим неуспехам. Когда же людям зрелого возраста, по нашему мнению, присуще направлять свой «перфекционизм» на других, они возлагают на окружающих, особенно на близких и дорогих им людей, большие надежды. Если эти люди не оправдывают надежды такого перфекциониста, то вся критика и гнев направятся в их сторону.

На наш взгляд, построение Многомерной шкалы перфекционизма Хьюитта-Флетта, как самоанализа данного феномена не всегда отражает истинную картину. Отсутствие количественного различия между исследуемыми группами, на наш взгляд, не исключает несопоставимость их по качественному уровню проявления перфекционизма. В экспериментальной группе проявление перфекционизма является основой для эмоциональной дезадаптации и дальнейшего аффективного дефицита, а в группе нормативной (контрольной) перфекционизм используется как мощный мотиватор для личностного развития. Эти согласуется с определениями Hamachek [5] о «здоровом» и «невротическом» перфекционизме, что указывает на перфекционизм – сложный феномен, связанный как с нормальным адаптивным функционированием, так и с дезадаптацией. При «нормальном» перфекционизме индивиды получают удовольствие от усилий, стараются преуспеть в деле, но при этом достаточно свободны не быть скрупулезными. Успех приносит чувство удовлетворения от хорошо сделанной работы и повышает самооценку. Реалистичные и разумные цели позволяют радоваться собственной силе, эмоционально вовлекаться в деятельность, повышать ее качество и добиваться отличного результата. Т.о., определенные параметры перфекционизма связаны с конструктивным стремлением к достижениям и другими адаптивными качествами.

Результаты по методике «Многомерная шкала перфекционизма», шкала – «перфекционизм, направленный на других» показали, что в контрольной группе процентное соотношение людей с высоким уровнем перфекционизма, направленным на других немного выше, чем у второй группы. По нашему мнению, возможно это может быть связано с тем, что данная возрастная категория (от 45 лет и выше) считают себя уже давно сформировавшимися личностями, опытными и знающими все людьми. Также у них возможно тенденции считать себя правыми во все. И поэтому они склонны критиковать других людей, ставить им завышенные рамки и порождать частые обвинения в адрес других людей. возможны дефицит доверия и чувство враждебности по отношению к людям.

Результаты по методике «Многомерная шкала перфекционизма», шкала – «Социально предписанный перфекционизм» выявили, что в контрольной группе процентное соотношение людей с высоким уровнем социально предписанного перфекционизма незначительно выше, чем во второй группе. По нашему мнению, возможно, это обусловлено тем, что зрелые люди более склонны придерживаться стандартов, установленных обществом, но при этом они не уверены в своих силах соответствовать им. Отсюда возможно и будет выражаться их убеждение в том, что другие люди не реалистичны в своих ожиданиях по отношению к нему. склонны очень строго оценивать его и оказывать давление.

По параметру «Социально предписываемого перфекционизма» наши исследования подтвердили более ранние, проведенные M. Enns и B. Cox. В их сравнительных исследованиях оценивалась специфичность данной личностной черты для депрессивных расстройств. Сопоставлялись параметры перфекционизма по канадской модели в группах больных депрессиями, здорового контроля и пациентов с тревожными расстройствами. Показатели «Я»-адресованного перфекционизма у депрессивных пациентов оказались достоверно более высокими, чем в двух других группах, в то время как «социально-предписываемый перфекционизм» оказался одинаково высоким в двух группах пациентов. Эти результаты позволяют предположить, что повышенные значения «Я»-адресованного перфекционизма могут быть специфичными для депрессии, а «социально предписываемый» перфекционизм может быть связан с различными видами эмоциональной дезадаптации.

Таким образом, остро дискуссионным остается вопрос о психологической структуре перфекционизма. Перфекционизм являясь обостренным стремлением к совершенству, которое может относиться как к собственной личности, так и к результатам любой деятельности, имеет определенные социально-психологические аспекты. Современные исследования показывают, что перфекционизм является одним из важнейших личностных факторов, провоцирующих расстройства аффективного спектра.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦНС

Цыганков Б.Д., Иванова Г.Р., Гаджиева У.Х.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Резидуально-органическая недостаточность (РОН) центральной нервной системы представляет собой группу разнообразных нервно-психических нарушений, обусловленных относительно стойкими последствиями органических поражений головного мозга. (Жислин С.Г., 1965; Нисс А.И., 1989; Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., 2012). Она является биологическим фактором, способствующим хронизации и утяжелению течения невротических расстройств, влияющим на клиническую и социальную адаптацию пациентов (Осетров А.С.,1994, Васильева А.В., 2012). Как правило, клинически она представлена умеренно выраженной энцефалопатией, проявляющейся в основном астенической, церебрастенической симптоматикой, в картине болезни прослеживаются цефалгический синдром, синдром когнитивных нарушений, отмечаются снижение эффективности психофармакотерапии и повышение частоты побочных эффектов. Наличие данной патологии позволяет говорить об органически измененной реактивности головного мозга, приводящей к декомпенсации в условиях повышенной нагрузки (Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д., 2005, Стародубцев А.А., 2010). Кроме того, показано, что под влиянием РОН структура личности пациента усложняется, дополняется негрубыми психоорганическими явлениями с акцентом на эпилептоидных, истероформных, астено-органических чертах (Нисс А.И., 1989). Особого внимания заслуживают клинические особенности и возможности терапии психических расстройств на фоне РОН, в частности, невротических расстройств аффективного спектра.

В современных исследованиях доказана эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) и релаксационных техник при лечении различных невротических расстройств, коморбидных с неврологической, сосудистой, соматической патологией, в комбинации с психофармакотерапией. Это обусловило выбор терапевтической тактики.

Цель исследования подразумевала поиск возможностей повышения эффективности комплексной терапии тревожно-депрессивных расстройств, протекающих на фоне резидуально-органической недостаточности ЦНС, проводимой в стационаре с учетом клинико-психопатологических особенностей больных.

Задачи исследования включали изучение клинико-психопатологических особенностей тревожно-депрессивных

расстройств, протекающих на фоне РОН ЦНС, разработку комплексного метода психотерапии указанных расстройств, сравнение эффективности стандартной психофармакотерапии и комплексной психотерапии (КБТ, релаксационные техники) в комбинации со стандартной психофармакотерапией в динамике стационарного лечения.

Методы исследования: клинико-биографический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (шкала депрессивности А. Бека (BDI), шкала тревоги А. Бека (BAI), опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Л. Дерогатис), шкала самооценки «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН)), клинико-статистический.

Материалы исследования. В исследование были включены 114 пациентов Научно-практического психоневрологического центра Департамента здравоохранения г. Москвы, у которых диагностировались тревожно-депрессивные расстройства, протекающие на фоне РОН ЦНС, из них женщины – 77% (88), мужчины 23% (26). При формировании выборки использовались следующие критерии включения: возраст от 18 до 60 лет, соответствие критериям диагнозов тревожных и депрессивных расстройств по МКБ-10 и нозологически ориентированной классификации, наличие подтвержденной при осмотре врача-невролога и инструментальном обследовании негрубой экзогенно-органической патологии. При изучении анамнеза с целью выявления предпосылок появления РОН в 72,81% случаев пациенты сообщали о выполненных под наркозом операциях (одно-, двухкратных), в 65,79% случаев обнаруживалась перенесенная ЧМТ, в 35,08% – патология ЛОР-органов, в 32,46% – патология перинатального периода.

По нашим наблюдениям, пациентами, демонстрировавшими ранее высокие умственные способности и высокую выносливость, изменения в их психическом и неврологическом состоянии (астения, быстрая истощаемость, эмоциональная лабильность, эмоциональная дезорганизация психической деятельности и заторможенность мышления, гипомнезия), зачастую воспринимаются как невыносимые. Эмоциональная лабильность в сочетании с гиперестезией делает пациентов раздражительными вплоть до эксплозивности. В то же время, сохраняющаяся критика к перенесенным состояниям гнева заставляет особо тяжело переживать собственную «несдержанность». Пациенты демонстрируют когнитивные нарушения (катастрофизация, поляризованное мышление, негативное селектирование, проч.) требующие соответствующей коррекции.

В соответствии с задачами исследования пациенты были разделены на контрольную группу (n=65), в которой пациенты получали стандартные психофармакологическое лечение и неспецифическую терапию, и основную группу (n=49), в которой стандартная терапия сочеталась с групповой психотерапией, проводимой по специально разработанной методике. По демографическим, клинико-психопатологическим и прочим особенностям основная и контрольная группы были статистически однородными.

С учетом влияния РОН на характер течения тревожно-депрессивных расстройств как основного заболевания и адаптивные возможности пациентов, был разработан метод психотерапевтической коррекции. Психотерапевтическая программа основывалась на методах когнитивно-бихевиоральной терапии, релаксационных техниках и проводилась в групповом формате. В ее задачи входили повышение самостоятельности пациентов, принятие ответственности за свое поведение и самочувствие, создание адекватного представления о собственной жизни, эмоциональных и физических возможностях. Пациентам предлагалось обучение самостоятельной коррекции дезадаптивных когнитивных конструкций (работе с автоматическими мыслями), обучение саморегуляции (коррекция вегетативного дискомфорта с помощью аутогенной тренировки, навыки совладания с негативными эмоциями), обучение навыкам саногенного образа жизни (оптимизация режима труда и отдыха, питания, умственной и физической нагрузки). В задачи тренинга также входило формирование и нормализация представлений о необходимости регулярных обследований у врача невролога, приема курсовой терапии с целью предотвращения рецидивов органической патологии.

Результаты. У пациентов обеих групп показатели по всем шкалам опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R значительно превышали условно принятые нормативы. Наиболее высокие значения прослеживались по шкалам соматизации, тревоги, депрессии, что соответствовало общей направленности жалоб пациентов. У группы больных тревожно-депрессивными расстройствами, протекающими на фоне РОН ЦНС, получавших кроме фармакотерапии комплексную когнитивно-поведенческую и релаксационную психотерапию во время стационарного лечения в сравнении с контрольной группой, отмечались тенденции к большему снижению уровня тревоги и депрессии к окончанию срока госпитализации. Так, при поступлении в клинику средний балл по опроснику тревоги Бека (BAI) составил 23,3±7,8 и 22,2±8,4, после окончания лечения – 15,8±7,6 и 11,6±4,6 (в контрольной и основной группах соответственно). Среднее значение уровня депрессии (шкала DEP опросника SCL-90-R) до начала лечения составило в контрольной группе 1,7±0,9, в основной – 1,8±0,7. После завершения лечения этот показатель составил 1,47±0,7 в контрольной группе и 1,16±0,6 в основной.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о возможности дополнительной психотерапевтической коррекции тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с органической недостаточностью. Включение в программу лечения изучаемой категории пациентов комплексной психотерапии, ориентированной на клинико-психопатологические особенности данной группы пациентов позволяет ожидать повышения эффективности лечебного процесса.

ОППОЗИЦИОННО-ВЫЗЫВАЮЩЕЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ РАКТИЧЕСКИЙ

Чезганова М.Х.

Уфа
Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ

Эпидемиология. Оппозиционно-вызывающее расстройство представлено у 15-20% детей школьного возраста и является причиной до двух третей от всех обращений к детскому психиатру. Мальчики преобладают в соотношении (2-3:1) с выравниванием его к пубертатному периоду. В некоторых исследованиях обнаружено преобладание девочек.

Этиология. Негативистичность является нормально-психологической чертой детского поведения, особенно в возрасте 1,5 – 2 лет. Она становится патологической, если фиксируется в дальнейшем поведении ребенка. Есть данные о наследственной передаче расстройства, механизм ее неизвестен. Для родителей больных характерна озабоченность контролем над поведением ребенка, упрямство, пассивно-агрессивные черты личности. Во многих случаях больные являются нежеланными детьми.

Психодинамические теории относят появление оппозиционно-вызывающего расстройства к возрасту, для которого типичен конфликт между привычной зависимостью от родителей и желанием обособления, эмансипации. Негативизм и неконформность могут быть дезадаптивными попытками решения этого конфликта. Оппозиционное поведение внешне утверждает для больного его автономность, сохраняя при этом бессознательную уверенность в том, что оно усилит внимание к нему родителей, в котором он все еще нуждается. Оппозицион-

ность может служить бессознательной защитой от низкой самооценки, чувства собственной несостоятельности.

С точки зрения поведенческой теории, расстройство во многом является заученным ответом на порицающее отношение родителей, надеющихся таким образом снизить интенсивность оппозиционного поведения ребенка, а также средством контроля поведения родителей по отношению к себе.

Клиника. Расстройство может быть диагностировано после 3 лет, но обычно обращает на себя внимание в начальной школе. В противоположность случаям с расстройством социального поведения, здесь больные используют непрямые средства для демонстрации своей агрессивности, им менее свойственна импульсивность, они в меньшей степени готовы к нарушению основных прав окружающих. Агрессия адресована преимущественно родителям и учителям.

Стержневой в отношениях с родителями является проблема недостаточного послушания, чаще всего в связи с поведением, самообслуживанием и успеваемостью. Родители нередко обращаются к оториноларингологу, предполагая, что поведение детей вызвано нарушением слуха. Обращенные к себе дисциплинарные ожидания и требования ребенок считает неправомерными, несправедливыми и в ответ на них считает оправданным не только не выполнять их, но и намеренно досаждать взрослым. В результате постоянных провокаций детей родители часто теряют контроль над ситуацией, их поведение становится непоследовательным, эпизоды интенсивных усилий по поддержанию дисциплины перемежаются фиктивными наказаниями, пустыми угрозами и чрезмерными поощрениями.

Больные обычно неряшливы, не собраны, забывчивы. Это впечатление усиливается при попытках родителей придать их поведению большую организованность, на которые они отвечают легко возникающими, непродолжительными вспышками раздражительности. Характерной чертой является борьба за отстаивание своей позиции в споре со старшими, в которой ребенок готов скорее лишиться важных для себя привилегий, чем оказаться побежденным. Трудности обучения вызваны снижением не интеллекта, а прилежания и отказом от помощи окружающих в решении проблем. Низкая успеваемость в школе обычно сопряжена со сниженной самооценкой, хотя чувства вины пациенты никогда не испытывают, проецируя ее на окружающих. Состояние стресса в связи с расстройством ощущается скорее окружающими, чем самими больными. Наряду с обучением страдает и социальное приспособление, у больных часто нет друзей, они не удовлетворены отношениями с окружающими.

Диагноз. Для диагностики оппозиционно-вызывающего расстройства социального поведения состояние, помимо общих признаков для расстройств социального поведения, должно соответствовать следующему: I) наличие четырех и более признаков критерия «А» (F91), но не более двух из 9 – 23; 2) симптомы должны быть неадекватны для возраста развития ребенка; 3) четыре признака и более должны наблюдаться в течение не менее шести месяцев.

Дифференциальный диагноз. От нормального этапа детской оппозиционности расстройство отличается большей стойкостью и отличием поведения ребенка от большинства своих сверстников. Высока коморбидность с аффективными расстройствами и злоупотреблением психоактивными веществами. Поведенческие отклонения проявляются главным образом во взаимодействии с хорошо знакомыми ребенку людьми и малозаметны в первой клинической беседе. Пока недостаточно ясно, является ли расстройство транзиторной психологической реакцией или предшественником личностной или иной психической патологии. Эпизод оппозиционности как очерченная во времени реакция на ситуативный стресс диагностируется как адаптационное расстройство. Черты оппозиционности может принимать синдром тревожности в связи с разлукой в детском возрасте.

Лечение. На практике чаще всего используется комбинация индивидуальной и семейной поведенческой и динамической психотерапии. Овладение родителей поведенческими приемами является решающим в модификации оппозиционного поведения больных. Проявление реального уважения к независимости ребенка создает предпосылки для осознания им защитного и дезадаптивного характера его оппозиционности. Самое трудное в терапии – добиться осознания больным его инфантильной потребности в зависимости от родителей, с которыми он постоянно борется.

ПСИХОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ

Шустов Д.И., Агибалова Т.В., Тучина О.Д.

Рязань, Москва
РязГМУ им. И.П. Павлова,
НИИН – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
РУДН

В настоящее время трансакционный анализ (ТА) – метод психотерапии, предложенный Эриком Берном (1910-1970) – остается эффективным средством психологической помощи, как в клинике психиатрических (Horn E. et al., 2014), так и наркологических заболеваний (Ohlsson T., 2001, 2002; Noriega G. et al., 2008; Шустов Д.И. и др., 2012).

Особое развитие в области лечения аддиктивных расстройств и, в частности, синдрома зависимости от алкоголя (АЗ) концепции и модели ТА получили в России.

Так, в соответствии с парадигмой Меннингера (Menninger, 1938), согласно которой алкоголизм имеет аутоагрессивную природу, было выявлено статистически значимое ($p<0.05$) нарастание интенсивности негативных родительских предписаний «Не живи» на следующем континууме: пациенты без суицидальной идеации, пациенты с суицидальной идеацией, пациенты с суицидальными попытками (Шустов Д.И., 2000, 2005). Эти данные, также данные о неестественной и насильственной смертности злоупотребляющих алкоголем лиц (Шустов Д.И., Валентик Ю.В., 1998, 2001; Pompili M., 2010) подтверждают положение, что у зависимых пациентов преобладает трагический сценарий, финальным актом которого становится преждевременная смерть (Штайнер К., 2003). С помощью статистических методов выделено семь типов аутоагрессивного поведения, посредством которого пациенты проживают алкогольный аутоагрессивный сценарий: (1) классическая суицидальная аутоагрессия; (2) семейная аутоагрессия; (3) соматическая аутоагрессия; (4) профессиональная аутоагрессия; (5) антисоциальная аутоагрессия; (6) рискованное поведение; (7) сочетанная группа (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2000). Анализ корреляционных связей между расстройствами личности в соответствии с опросником PDQ-IV, опросником предписаний П. Дрего (Dregо 1994), и вышеприведенными типами пациентов с аутоагрессивным сценарием показал наличие статистически значимых корреляций между пограничным расстройством личности и классическим суицидальным поведением, антисоциальным расстройством, антисоциальным и рискованным поведением; нарциссическим расстройством и профессиональной аутодеструкцией, параноидным расстройством и семейной аутоагрессией (Новиков С., Шустов Д.И., 2013). Для предотвращения трагического финала аутоагрессивного сценария и закрытия «спасательных люков» (возможностей суицида, сумасшествия, тяжелого соматического заболевания и т.д.) в работе с указными группами алкоголь-зависимых пациентов апробирована техника «антисуицидального контракта» (Drye et al., 1973; Schustov D., Lester D., 1999).

Личностный подход в ТА, соответствующий классификациям DSM и МКБ, основан на положении о том, что различные типы личностей имеют приблизительно похожий набор

негативных и позитивных родительских посланий, полученных в детстве и специфически воспринятых и интегрированных в особую личностную структуру или адаптацию (Ware, 1983; Joines, 1986; Joines, Stewart, 2002). Использование концепции личностных адаптаций в терапии аддиктивных клиентов исследовано рядом отечественных авторов (Агибалова Т.В., 2001; Новиков С.А., 2014). Диагностируя личностные адаптации у больных АЗ, было выявлено преобладание зависимой личностной адаптации у 37,6%, обсессивно-компульсивной личностной адаптации – 25%, истерической личностной адаптации – 21,6%, шизоидной личностной адаптации – 15,8% больных (Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., 2007; Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Гуревич Г.Л., 2011). Установлено, что при психотерапии алкогольной зависимости у пациентов с различными типами личности наиболее стойкие терапевтические ремиссии достигаются у пациентов с истерическим и тревожным типом личности, наименее стойкие – у пациентов с диссоциальным, нарциссическим и параноидным личностными типами (Новиков С.А., 2014). Разработан психотерапевтический алгоритм работы с алкоголь-зависимыми пациентами с различными типами адаптаций (Агибалова Т.В., 2001).

В работах А.В. Меринова и Д.И. Шустова (Меринов А.В., Шустов Д.И., 2010; 2011; 2012) с позиций аутодеструктивного алкогольного семейного сценария жизни были проанализированы внутрисемейные взаимоотношения в рамках «алкогольных» браков, а также был проанализирован ряд фактов, касающихся юношей и девушек из «алкогольных» и «неалкогольных семей». Показано, что существует специфический для АЗ способ выбора супруга/супруги с формированием различных типов созависимых семей, в значительной мере учитывающий фактор суицидальной и несуицидальной аутоагрессивности. Также показана уникальная трансмиссия внутри семейной системы моральных предписаний, относящихся к эпискрипту (Меринов А.В., 2010).

Кроме того, интересные закономерности передачи алкогольного сценария выявлены у подростков и взрослых, страдающих синдромом зависимости от алкоголя (Шитов Е., Шустов Д., 2006).

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ КОНЦЕПЦИЮ АДДИКТИВНОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Шустов Д.И., Тучина О.Д.

Рязань, Москва
РязГМУ,
РУДН

Длительное употребление алкоголя и алкогольная зависимость формируют стойкое расщепление личности зависимого на алкогольную часть (алкогольное Я) и нормативную часть (нормативное Я) (Валентик, 2000; Nakken, 1996). Существует множество доказательств, что алкогольное Я образуется, используя в качестве некоей основы проблемные стороны преморбидной личности, разнообразный детский травматический опыт и дистрессовые события, возникающие по ходу «алкогольной жизненной траектории». Нормативное Я необходимо для поддержания нормального функционирования в семье и социуме; оно «старше» алкогольного Я, если рассматривать последнее в качестве самостоятельной патологической субличности. Лиза Найявитс (Najavits, 2002, 2013), автор терапевтической модели «Поиск безопасности», находит много общего между наркологическим заболеванием и посттравматическим стрессовым расстройством, особенно в защитных механизмах диссоциативного расщепления. Внутри целостной до наступления травматического события личности образуется отщепленная пострадавшая часть, аккумулирующая вокруг себя опыт унижения, боли и стыда, делая этот опыт недоступным. Расщепление приводит к отсутствию безопасности, поскольку индивид оказывается под контролем частей «Я», которые он сам практически не может контролировать или неконтролируемых в принципе.

Другая модель, использующая понятие «расщепления» – диалектическая бихевиоральная психотерапия (ДБТ) – предложена специально для терапии пограничных суицидальных клиентов, злоупотребляющих ПАВ (Linehan M., 1993; Dimeff L.A., Linehan M., 2008). Эффективность ДБТ была доказана в многочисленных рандомизированных контролируемых исследованиях. Отметим, что терапевты ДБТ, называют отрицательную сторону психики зависимого «аддиктивной психикой», а позитивную сторону – «ясной психикой», выделяя также промежуточное звено – «чистую психику».

Также широко распространенная модель психотерапии с доказанной эффективностью – «Терапия Голосов» (Firestone, 1988; Firestone, 2006) – постулирует наличие двух систем «Я»: позитивной (нормативной) «Системы Я», и негативной – «Анти Я Системы», которая продуцирует аутодеструктивные мысли или «внутренние голоса». «Голоса» определяются как система мыслей и интегрированных с ними чувств, направленных против «Я» и «других», запускающая суицидальное поведение. Центральной темой терапии является работа с «голосами». Ей предшествует информирование, позволяющее клиенту понять наличие двух систем «Я» у него в голове.

По-нашему мнению, алкогольное расщепление имеет различную степень выраженности – от относительно доброкачественных форм, когда переключение более-менее осознается и доступно рациональному самоконтролю и чувствительно к внешней конфронтации и сдерживанию, до злокачественных форм, когда переключение внезапно и компульсивно, либо амнестически деструктивно, когда пациент не может вспомнить «как очутился у стойки бара». Есть и другие формы постепенного переключения, о чем сообщает Ю.В. Валентик (2000), а также формы, где нормативное Я поглощено и содержится алкогольным Я на «голодном пайке» и только для того, чтобы нормативное Я могло поддерживать имидж «несумасшедшего» человека.

ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Якунина О.Н., Липатова Л.В.

Санкт-Петербург
СПб НИИПНИ им. В.М. Бехтерева

В систему восстановительного лечения и реабилитации больных эпилепсией, наряду с медикаментозной, биологической терапии включаются психотерапевтические и психокоррекционные воздействия, так как болезнь для пациентов, страдающих этим недугом, является источником эмоционального стресса, вызывая невротические реакции и неврозоподобные состояния в связи с ограничением образа жизни и социально-психологическими трудностями. Психотерапевтическая работа представляет собой динамическую систему мероприятий, направленных на ликвидацию или предупреждение отклонений в психической деятельности больного и включает медицинские и просветительские аспекты. При эпилепсии максимальный эффект такой работы может быть получен только при сочетании биологических методов лечения и психосоциальных воздействий. Участниками этих мероприятий являются не только врач, психолог и больной, но и лица, составляющие его социальное окружение и прямо или косвенно воздействующих на личность

больного. Исходной основой для психокоррекционной работы является информация о степени нарушения эмоционального реагирования, самооценки и системы отношений больного, структуры личности в целом, полученная из беседы, клинического наблюдения и данных психологического исследования. Индивидуальная психотерапевтическая работа в том или ином объеме проводится со всеми обследованными больными и включает приемы личностно-ориентированной рациональной психотерапии.

Она имеет несколько этапов: 1 – установление контакта с больным; 2 – проведение комплексного психодиагностического исследования особенностей личности больного, психологическое консультирование; 3 – собственно психокоррекционная работа, проводимая на фоне противоэпилептической терапии с учетом клинического и психологического статуса больного; 4 – динамическое психологическое исследование и поддерживающая терапия в процессе длительного наблюдения.

Первый этап: установление контакта с больным. Оно начиналось уже с момента приглашения пациента на беседу, которая предваряла психологическое исследование. Далее контакт укреплялся в процессе беседы, которая включала знакомство с такими сторонами жизни больного как отношение к своему заболеванию, его течению и ходу лечения, профессиональное и семейное положение, жалобы больного. Время, затраченное на беседу, варьирует индивидуально и определяется как уровнем релаксирующего эффекта, так и готовностью больного к психологическому исследованию с помощью диагностических методик. О степени готовности больного к такому исследованию можно судить по отсутствию у него напряженности, пониманию того, что психологическое обследование так же необходимо и важно, как и другие исследования, проводимые в клинике, и что его результаты будут способствовать улучшению диагностики и лечения. Формирование положительного отношения больного к психологическому исследованию рассматривалось как условие повышения его надежности, в противном случае будут иметь место «защитные реакции«, неискренность обследуемого.

Второй этап: проведение комплексного психодиагностического обследования. Помимо собственно диагностического значения, психологическое исследование обеспечивает занятость больного и как всякая целенаправленная деятельность упорядочивает психическую активность. Использовалась гибкая система положительного поощрения при выполнении психологических методик, что давало дополнительный психотерапевтический эффект.

Третий этап: осуществление собственно психотерапевтических воздействий. При их проведении учитываются особенности клинической картины заболевания, данные анамнеза и психологического исследования. Психологическая коррекция личностных проявлений больного применяется в тех случаях, когда больной сам признает их нежелательность для себя или когда они являются причиной дезорганизации деятельности окружающих и напряженности межличностных отношений. Коррекции подвергается система отношений, представлений и переживаний, связанных с актуальной жизненной ситуацией, а также более стойкая система отношений, сформированная предшествующим жизненным опытом пациента. В процессе психологического консультирования и коррекции затрагиваются различные аспекты жизнедеятельности пациентов. Это состояние здоровья пациента, проводимая терапия, ее эффективность; успешность обучения в школе и других учебных заведениях, отношения с соучениками и преподавателями; успешность или снижение профессиональной деятельности, отношения в коллективе; взаимоотношения в семье как родительской, так и собственной семьи пациента. Обсуждается отношение к болезни и лечению (уровень дискомфорта и наличие ограничений в жизни в связи с заболеванием, влияние болезни на социальный статус пациента). Субъективный психологический статус пациента: его оценка состояния своих психических функций, особенностей эмоционального реагирования и поведения. Умение контролировать свои эмоциональные проявления. Уровень общительности, взаимоотношения с лицами противоположного пола. Занятость в свободное время, направленность интересов, хобби и увлечения. Уровень комфортности пребывания пациента в стационаре, отношение к обследованию, в том числе и психологическому. Тактика психологической диагностики и коррекции соотносится с состоянием здоровья пациента, стадией болезненного и лечебного процесса, его жизненной ситуацией. Она различна при прогредиентном и благоприятном течении заболевания, имеет гуманистическую направленность. Некоторые качества личности больных эпилепсией, например, ослабление когнитивных функций, ригидность, анозогнозический тип отношения к болезни, психологическая защита по типу отрицания снижают успешность психотерапии, однако не являются абсолютным противопоказанием для ее проведения. Индивидуальный подход при психологической коррекции, ее тактика определяется: клинической картиной заболевания, особенностями личности, полом, возрастом, уровнем образования, социальным статусом пациентов и др. Психотерапевтическое воздействие оказывает как положительное изменение жизненной ситуации больного, так и сам факт участия психотерапевта в разрешении волнующих больного проблем. Об эффективности психологической коррекции судят по изменению объективного и субъективного состояния больного, адекватности его системы отношений и поведения.

Четвертый этап: динамическое наблюдение и поддерживающая терапия.

Одной из форм психотерапевтической и просветительной работы является «Школа пациентов». Она представляет собой собрание пациентов, где в доступной для них современной форме с использование компьютерных технологий излагается медицинская информация о заболевании, способах его диагностики и лечения. Пациенты могут задавать преподавателю интересующие их вопросы по тематике занятий, а также обсуждать их друг с другом.

Таким образом, адекватная противоэпилептическая терапия, психологическое консультирование и коррекция повышают уровень адаптационных возможностей пациентов, помогают преодолеть жизненные трудности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА SAND ART ПРИ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Ямщикова Е.Н., Самсонова Л.С.

Йошкар-Ола
Детская республиканская больница

Использование метода Sand Art при коррекции эмоциональных нарушений.

Коррекционная работа с эмоциональной сферой ребенка может проводиться по нескольким направлениям. Так, например, она может быть связана с коррекцией эмоциональных расстройств ребенка (аутизм, невроз), со снижением эмоционального напряжения, с нейтрализацией страхов и эмоционально-отрицательных переживаний.

Что касается эмоциональных расстройств ребенка, то в данном случае эффективность методов коррекции будет зависеть от точности построения типологии симптомов и синдромов нарушения. Одним из направлений в коррекции эмоциональных нарушений является арт- терапия (средство свободного самовыражения).

Термин «арт-терапия» (буквально – терапия искусством) был введен А. Хиллом в 1938 году.

Творчество дарит человеку прекрасную возможность выразить себя, свое отношение к окружающем людям, и миру в целом. В нем воплощаются наши опасения и надежды, страхи и мечты, конфликты и примирения. Творчество становится нашим верным проводником по непростому, зачастую противоречивому, но безмерно интересному внутреннему миру.

В особой символической форме: через рисунок, игру, сказку, музыку – мы может помочь ребенку дать выход своим сильным эмоциям, переживаниям, получить новый опыт разрешения конфликтных ситуаций. Перенося свои проблемы из реальной жизни в выдуманные сказки или на лист бумаги в виде рисунка появляется возможность иначе посмотреть на себя и ситуацию, найти выход. В процессе творческой деятельности создается атмосфера эмоциональной теплоты, происходит более глубокое понимание себя и своего внутреннего мира.

Как элемент песочной терапии Sand Art эффективно используется в работе с эмоциональными нарушениями. Sand Art – это рисование песком по плоской стеклянной поверхности, освещаемой снизу.

Некоторые свойства и особенности песка.

Песок – природный материал, очень податливый материал, он наполняет энергией, объекты из него можно легко изменять в любой момент без особого сожаления, он позволяет работать с собой каждому и даже тому, кто не обладает особым художественным даром, а потому боится оценки и отказывается рисовать, обучает терпеливости.

Песок успешно забирает в себя негативную энергию, более того, трансформирует агрессию в положительные заряды.

Песок состоит из мельчайших песчинок, работа с которыми активизирует чувствительные точки на кончиках пальцев и нервные окончания на ладонях, что самым положительным образом сказывается на работе всех внутренних систем человеческого организма.

Метод Sand Art хорошо сочетаются с прослушиванием спокойной музыки – звуки природы или релаксационные мелодии позволяют терапевтическим процессам идти на более глубоком уровне.

Так же для проработки отдельных эмоций можно менять цвет подсветки.

Согласно законам цветотерапии:

- черный цвет вызывает неоднозначные впечатления (страх, интрига, тайна). Однако в черной краске заложен большой терапевтический ресурс, ведь стоит наклеить на черные борта белые/желтые кружочки– и вот готово звездное небо! Такая цветовой символизм формирует уверенность: безвыходных ситуаций не бывает;

- зеленый – цвет растительной жизни, потому вызывает глубинные переживания, порождает особенную откровенность;

- желтый (золотой) ассоциируется со стремлением к достижению цели, что подарит ощущение жизненной перспективы и освободит от внутренних и внешних ограничений;

- красный – цвет активности, сексуальности, импульсивности и творчества, потому особенно полезен для провоцирования подавленной агрессии, когда «невкусные« переживания зачастую не проговариваются, а молча «проглатываются«. Как показывает практика, красные борта, ассоциируемые с восходящим/ заходящим солнцем, помогают раскрыться людям, обремененным чувством вины. А вот окрашивать в пурпур дно песочницы не стоит, иначе возникнут «разрушительные« ассоциации с лавой и магмой вулкана;

- фиолетовый – цвет беременности, материнства, фантазии и сказки. Такая песочница поможет испытать мистические чувства и как можно глубже погрузиться в свои ощущения.

Специалистами было доказано, что метод песочного рисования «Sand-Art« можно эффективно применять для работы с разнообразной психологической проблематикой, а также в образовательных и развивающих целях. Метод не имеет возрастных ограничений и может использоваться в работе с детьми, начиная с 2-х лет.

Метод песочного рисования «Sand-Art» помогает войти в контакт со своими чувствами, мягко прикоснуться к подлинному творческому «Я», развить внутреннюю свободу и почувствовать состояние внутренней гармонии.

Уменьшение стресса – одно из чудесных последствий искусства рисовать песком. У любого творчества есть побочное антидепрессивное действие. Рисованию песком оно особенно свойственно: манипулируя сыпучими материалами, человек избавляется от негативных эмоций. Рисование происходит непосредственно пальцами по песку, что способствует развитию сенсорных ощущений, раскрепощает и гармонизирует, а так же способствует развитию двух полушарий (так как рисование происходит двумя руками).

При помощи техники песочного рисования происходит активизация правого полушария и синхронизация работы обоих полушарий головного мозга, что дает возможность клиенту проявить свой творческий потенциал, что, в целом, позитивно сказывается на общем состоянии человека. Специалисты парапсихологи утверждают, что песок забирает негативную психическую энергию, а осязание песка стабилизирует эмоциональное состояние.

Создание последовательных песочных композиций отражает цикличность психической жизни, динамику психических изменений. Здесь не требуется каких-либо особых умений. Миниатюрные фигурки, природные материалы, возможность создания объемных композиций придают образу дополнительные свойства, отражают разные уровни психических содержаний, помогают установить доступ к довербальным уровням психики. Зрительный образ очень важен при работе над расстройствами, корни которых ведут в раннее детство, когда ребенок еще не мог говорить.

Метод Sand Art активизирует врожденные ресурсы самоисцеления человека и обеспечивает возможность для дальнейшего его продвижения к психологическому здоровью.

РАЗДЕЛ 16.
ПСИХОЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ПАЛИПЕРИДОНОМ ПАЛЬМИТАТОМ

Буланов В.С., Горобец Л.Н., Литвинов А.В., Василенко Л.М., Иванова Г.П.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель: исследование влияния пролонгированнго антипсихотика второго поколения палиперидона пальмитата на уровень пролактина и ряд клинико-эндокринных показателей, в процессе терапии больных с параноидной формой шизофрении.

Материал исследования: изучено 19 пациентов, из них 11 женщин (средний возраст – 32±1,8 лет) и 8 мужчин (средний возраст – 30,1±0,2 лет) с диагнозом по МКБ – 10: параноидная шизофрения приступообразно-прогридиентная форма (F 20.1). Средняя продолжительность заболевания составляла 5,7±0,9 лет. Средняя доза палиперидона пальмитата вводимого в дельтовидную мышцу 1 раз в месяц составляла 81,3±4,3 мг; а длительность терапии препаратом – 6,6±1,4 мес.

Методы исследования: клинический, клинико-эндокринологический, антропометрический, биохимический (определение уровня пролактина), статистический. У всех больных было получено информированное согласие для участия в исследовании. Исследование проводилось в один этап, оценивался клинико-эндокринный статус и производился забор крови для определения уровня пролактина.

Результаты исследования: у 14 пациентов, из них 8 женщин (42,1%) и 6 мужчин (31,7%) на фоне терапии была выявлена гиперпролактинемия со средним уровнем пролактина 1841±124 мМЕ/л (жен. норма 70-700мМЕ/л.) и 1342±211 мМЕ/л (муж. норма 50-500мМЕ/л.)соответственно. Клиническая симптоматика синдрома нейролептической гиперпролактинемии отмечалась у 9 (47,6%) исследуемых (5 женщин и 4 мужчины) и была представлена следующими симптомами: у двух женщин наблюдалась олигоменорея и у одной – снижение либидо. Сочетание галактореи в виде капельных выделений из сосков, нерегулярности менструального цикла и снижения либидо – 1 случай; гиперменорея и снижение либидо – 1 случай; снижение эрекции и либидо – 2 случая; снижение эрекции и преждевременная эякуляция – 2 случая; нерегулярность менструального цикла и снижение либидо – 1 случай. У 2 исследуемых мужчин уровень пролактина был в пределах нормы и клинические проявления у них отсутствовали. Увеличение массы тела в процессе терапии наблюдалось у 10 пациентов (52,6%), из них 6 женщин и 4 мужчины. Среднее повышение массы составило 6±4,2 кг, а ИМТ – 27,4±5,3кг/мI. Распределение по ИМТ у больных с повышением массы тела было следующим: 2 ст. ожирения – 1 случай (ИМТ- 36 кг/мI); 1 ст. ожирения – 1 случай (ИМТ 30,1 кг/мI); избыточная масса тела – 5 случаев (ИМТ от 25 до 29,9 кг/мI) и нормальная масса тела – 3 случая (ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/мI). У 9 больных со стабильной массой тела ИМТ составил 25,7±4,8 кг/мI, а распределение в соответствии с ИМТ было следующим: 4 пациента с избыточной массой тела и 5 пациентов – с нормальной.

Выводы: Пролонгированный антипсихотик второго поколения палиперидона пальмитат в 31,7%-42,1% случаев вызывает повышение уровня пролактина, при этом значения уровня пролактина у пациенток женского пола незначимо ($p>0,05$) выше, чем у пациентов мужского пола. В 47,6% случаев был диагностирован синдром нейролептической гиперпролактинемии с характерными клиническими симптомами. Кроме того, при терапии препаратом происходит повышение массы тела в 52,6% случаев, незначимо ($p>0,05$) чаще среди пациенток женского пола. Для более тщательного изучения влияния палиперидона пальмитата на формирование нейроэндокринных дисфункций необходимо проведение дальнейших исследований.

ОТКЛОНЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Василенко Л.М., Горобец Л.Н., Буланов В.С., Литвинов А.В.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность исследования обусловлена высоким процентом лиц с ожирением среди психически больных, получающих лечение антипсихотиками второго поколения (АВП). Такие пациенты отмечают разную степень нарушения аппетита и режима питания, различные пищевые пристрастия и предпочтения (Ванина Е., 2003; Горобец Л., 2007; Чу П., Вельх Р., 2003). Пищевое поведение (ПП) – это целостное отношение к пище и ее приему. Различают адекватное и девиантное ПП. В настоящее время принято выделять три типа нарушения ПП: экстернальное, эмоциогенное и ограничительное (Савчикова Ю.,2005)

Цель исследования: выявить особенности нарушений пищевого поведения (НПП) у больных шизофренией на фоне терапии АВП.

Задачи исследования включали:

1. Изучение частоты встречаемости трех типов НПП у лиц, получающих противорецидивную терапию АВП.

2. Изучение влияния антропометрических характеристик, таких как индекс массы тела (ИМТ) на частоту встречаемости различных типов НПП у больных, принимающих АВП.

3. Анализ взаимосвязи между частотой каждого из трех типов НПП и половой принадлежностью обследуемых.

Материал исследования: 56 больных, из них 48 женщин и 8 мужчин в возрасте от 20 до 48 лет, с параноидной шизофренией (F-20) и шизоаффективным расстройством (F-25), принимающих АВП – рисперидон, оланзапин и кветиапин не менее 1 года. У 18 пациентов была избыточная масса тела 1 степени (ИМТ менее 30 кг/м2); 38 лиц имели ожирение 2-3 степени (ИМТ более 30 кг/м2). У 22 больных отмечался абдоминальный тип ожирения.

Методы исследования: анамнестический, эндокринологический, статистический. Тестирование стереотипов пищевого поведения проводилось у больных с помощью опросника DEBQ (The Dutch Eating Behavior Questionnaire), разработанного голландскими психологами для выявления различных типов НПП. В него входят 33 вопроса, ответы оцениваются по пятибальной шкале и дают возможность выявить три типа НПП: экстернальный (ЭксНПП), эмоциогенный (ЭмцНПП) и ограничительный (ОгрНПП).

Результаты субъективного и объективного анамнеза показали характерные признаки нарушения процесса питания у обследованных больных: снижение аппетита с минимальным объемом пищи в первой половине дня, резкое усиление аппетита к вечеру, ночью, плотный ужин, второй прием пищи перед сном, «перекусывание», предпочтение сладкого, мучного, бутербродов, жареных блюд. Типичными кулинарными привычками семьи у 80% обследуемых были жирные, жареные блюда, различная выпечка, колбасные, копченые изделия, сладости.

Эндокринологический метод включал объективный осмотр, измерение объема талии (ОТ), вычисление индекса массы тела (ИМТ) с целью определения степени и типа ожирения.

Анализ тестирования НПП показал, что самым частым среди обследуемых регистрировался ЭксНПП (n=48), у половины был выявлен ЭмцНПП, у 26 – ОгрНПП. У 40 пациентов было выявлено сочетание двух типов НПП: у 20 – ЭксНПП с ЭмцНПП, у 14 – ЭксНПП сочетался с ОгрНПП, в 6 случаях – ЭмцНПП с ОгрНПП. Как видно, ЭксНПП наблюдался у больных в 2 раза чаще по сравнению с другими типами. У мужчин как и у женщин доминировал по частоте ЭксНПП (около 80%), ЭмцНПП и ОгрНПП распределились поровну (50%). Нужно отметить, что половых различий в частоте встречаемости трех типов НПП не выявлено.

Изучение взаимосвязи типов НПП и антропометрических данных выявило одинаковую частоту случаев ЭксНПП и Эмц НПП как у пациентов с ИМТ до 30 кг/м2, так и у обследуемых с ИМТ более 30кг/м2 (22 и 24 случая для ЭксНПП; а также 16 и 14 случаев для ЭмцНПП). ОгрНПП встречался у 18 человек с ИМТ до 30ккг/м2 и у 8 больных с ИМТ более 30кг/м2. Полученные результаты показали определенную зависимость ограничительного типа НПП от величины ИМТ пациентов. Очевидно, что у лиц с избыточной массой тела 1 степени ОгрНПП отмечался в 2 раза чаще, чем у больных с ожирением 2-3ст.

Проведенное комплексное обследование пациентов показало, что около 30% больных отрицают наличие у себя нарушений аппетита и режима питания, искажают информацию о собственном пищевом поведении. Это может быть обусловлено тяжестью психоза, нарастанием негативной симптоматики, утратой социальных интересов и мотиваций. Негативным фактором, влияющим на стереотип пищевого поведения у части больных, оказываются пищевые привычки и кулинарные традиции семьи, в которой они проживают.

К особенностям проявления НПП у пациентов можно отнести широкое представительство экстернального типа НПП и довольно редкую встречаемость ограничительного типа НПП среди обследуемых, а также определенную взаимосвязь между ограничительным типом НПП и ожирением 1 степени.

Итоги проведенного исследования позволяют сделать выводы, что диагностика НПП с выделением доминирующего типа НПП у психически больных в процессе длительной противорецидивной терапии АВП является важным и оправданным звеном лечебно-диагностических мероприятий. С учетом выделенного типа НПП можно осуществлять индивидуальный подбор щадящей антипсихотической терапии, дифференцированно применять методы оказания психотерапевтической и психологической помощи с привлечением родственников к активному участию в лечебном процессе.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Заложных П.Б.

Воронеж
ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Цель исследования: оценить распространенность эмоциональных и депрессивных расстройств среди пациентов районной поликлиники города Воронежа, с населением более одного миллиона жителей, находящихся под наблюдением врача эндокринолога по поводу гипотиреоидных состояний различного генеза и оценить эффективность применения антидепрессанта венлафаксина при терапии депрессий у больных гипотиреозом.

Объект и методы исследования. Были обследованы женщины, впервые обратившиеся к врачам эндокринологам поликлиник города Воронежа (n=366) по поводу гипотиреоидного состояния. Возраст обследованных колебался в пределах 28-55 лет. У всех пациентов отмечалось снижение уровня гормонов щитовидной железы в сыворотке крови (Т4 общий=65 +/- 2,3 нмоль/л). На момент начала исследования заместительная терапия не проводилась. На первом этапе проведено исследование путем анкетирования при помощи Шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Затем, пациентки, имевшие показатель по шкале Гамильтона выше 7 (n=299) были распределены в две группы. Пациентки из группы I (n=144) получали лечение L-тироксином. Пациентки из группы I I (n=155) получали лечение L-тироксином и венлафаксина гидрохлоридом в суточной дозе 75 мг. Повторное анкетирование при помощи Шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) было проведено на 14 и 30 день терапии. В исследование были включены пациентки, давшие согласие на проведение обследования и лечение.

Результаты и обсуждение. Среднее значение по первым 17 пунктам шкалы Гамильтона при первом обследовании было 11,47 баллов. У 24 пациенток (66,1%) количество баллов по Шкале депрессии Гамильтона было в пределах 7 – 16 что по Г.П.Пантелеевой (1998) соответствует легкой степени депрессивного расстройства, у пяти (13,3%) – в пределах 17 – 27 баллов (умеренная степень депрессивного расстройства), у семи (20,6%) – ниже 7 баллов (отсутствие признаков депрессии). Таким образом, у 79,4% обследованных до начала лечения пациенток были обнаружены признаки депрессивного расстройства легкой или умеренной степени. При проведении анкетирования на 14 день терапии у пациенток I группы (получавших только заместительную терапию) среднее значение по первым 17 пунктам шкалы Гамильтона снизилось на 10% и составило 10,323,

а у пациенток I I группы (получавших заместительную терапию и венлафаксин) – на 35% и составило – 7,5. При проведении анкетирования на 30 сутки соответствующий показатель для I группы составил 9,8 (т.е. снизился на 15% по сравнению с исходным), а для II группы – 6,3 (снижение на 45%).

Выводы.

1. У пациенток, страдающих гипотиреозом выявлена высокая частота депрессивных расстройств легкой степени.

2. Применение заместительной гормонотерапии приводит к незначительному улучшению эмоционального состояния пациентов с гипотиреозом.

3. Сочетание заместительной гормонотерапии с назначением антидепрессантов приводит к более выраженному и быстрому снижению выраженности депрессивных расстройств у больных гипотиреозом.

4. Венлафаксин в суточной дозе 0,075 мг показал себя эффективным средством для лечения депрессивных расстройств у больных с гипотиреоидными состояниями.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Моллаева Н.Р., Алиева С.М., Алиев М.А., Абусуев С.А.

Махачкала
Дагестанская ГМА

Ряд авторов (Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников, 2010) отмечает, что соматическая патология наблюдается почти при всех психических расстройствах и что соматические заболевания могут служить фактором стрессового воздействия на психическое состояние организма. Такие заболевания как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет и другие эндокринные нарушения могут способствовать многократному увеличению случаев психических расстройств.

По данным Министерства здравоохранения Дагестана показатели заболеваемости и болезненности населения республики психическими заболеваниями в целом и по отдельным нозологиям постоянно повышаются. Заболеваемость психическими расстройствами взрослого населения в Республике Дагестан за 10 лет варьирует в пределах 85,4-150,1 на 10 тыс. населения, а в структуре заболеваемости психические расстройства непсихотического характера занимают одно из ведущих мест (показатели 52,2-78,4 на 10 тыс. населения). Аналогичные показатели и по распространенности психических расстройств среди населения республики. Показатели распространенности психических расстройств в целом за 10 лет находятся в пределах 1891,0-1918,6 на 10 тыс. населения, а показатели психических расстройств непсихотического характера – 595,3-669,0 на 10 тыс. населения.

Известно, что для каждого региона существуют свойственные этому региону экофакторы, специфические особенности которых отражаются и на психической сфере. Одним из таких серьезных факторов, влияющих на психическое здоровье, является йододефицит.

По данным С. А. Абусуева и Н. Р. Моллаевой (2014 г.) йододефицит оказывает значительное влияние на психическое здоровье детского населения.

Что же касается взрослых, то роль йододефицита в формировании психических расстройств у этого контингента изучена явно недостаточно. Между тем, Республика Дагестан относится к территориям, где йододефицитные заболевания являются краевой патологией.

В связи с изложенным мы поставили перед собой цель: изучить частоту заболеваний щитовидной железы у больных с психическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Для достижения этой цели нами проведен анализ 12151 медицинских карт пациентов Республиканского психоневрологического диспансера, находящихся под наблюдением с 2013 года у врача психиатра по нозологии психические расстройства непсихотического характера (неврозы, расстройства личности, депрессивные реакции, акцентуации личности, соматоформные расстройства) на предмет сопутствующей тиреоидной патологии. Проведена сверка медицинских карт психоневрологического диспансера с данными Республиканского эндокринологического центра и изучено функциональное состояние щитовидной железы.

Полученные результаты. Из проанализированных 12151 больного 527 (25%) человек обращались к эндокринологу и получали соответствующее лечение по поводу заболеваний щитовидной железы. Из этой группы больных у 143 (26,9%) установлен гипотиреоз; у 132 (25%) – тиреотоксикоз; увеличение титра антител к ткани щитовидной железы или пероксидазе – у 126 (24,1%); повышение содержания тиреоглобулина в крови – 125 (24%). По литературным данным в общей популяции распространенность гипотиреоза составляет от 0,2% до 10%, тиреотоксикоза от 2% до 3,9%, аутоиммунного тиреоидита до 10% взрослого населения (Н. А. Петунина, В. В. Потемкин (2013)). Таким образом, распространенность заболеваний щитовидной железы среди больных с психическим расстройством несколько раз превышает среднюю распространенность в общей популяции.

Во всей группе с функциональными расстройствами щитовидной железы установлены следующие психические расстройства: у 102 человек (19,3%) установлены неврозы разных форм; у 37 (7%) – расстройства личности; у 174 (30,3%) – акцентуация личности; у 151 (28,1%) – соматоформные расстройства; у 63 (1,2%) – депрессивные реакции.

Итак, у значительной доли (более 25%) больных психическими расстройствами наблюдается патология щитовидной железы. По нашим данным это чаще всего гипотиреоз и тиреотоксикоз. Особо следует указать на то, что и в тех случаях, где не выявлено нарушений функции щитовидной железы, у 24,9% больных установлено повышение титра антител к ткани щитовидной железы или пероксидазе. Еще у 24% больных отмечено повышение тиреоглобулина. С другой стороны, важно отметить, что наиболее частым психическим расстройством у больных с заболеванием щитовидной железы является акцентуация личности и соматоформное расстройство (30,3% и 28,1%), затем идут неврозы.

Изложенное указывает на то, что в стандарты обследования больных психическими расстройствами необходимо включить исследование гормонов щитовидной железы и консультацию эндокринолога.

СОВМЕСТНОЕ УЧАСТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЭНДОКАННАБИНОИДНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

Пиотровская В.Р., Моносова К.И.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова,
Северо-западный ФМИЦПиН

Изучение метаболического синдрома (МС) в принятых в настоящее время диагностических критериях этого состояния, является мультидисциплинарной проблемой. Сегодня вполне очевидна роль МС в развитии кардиологической, эндокринной,

психической, неврологической патологий. Факторы и состояния, вызывающие МС и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) одновременно участвуют в генезе и формировании аффективных и когнитивных нарушений различной степени тяжести, а также деменции, причем не только сосудистого, но и альцгеймеровского типа. Поэтому аффективные нарушения, изменение когнитивных функций, деменция и МС, рассматриваются в настоящее время не просто как изолированные расстройства на фоне ССЗ, а как составные части сердечно-сосудистого континуума. Центральным моментом в этом континууме можно считать процессы инсулинорезистентности и гиперинсулинемии. Гиперинсулинемия с одной стороны исполняет роль компенсаторной ответной реакции, которая поддерживает нормальный транспорт глюкозы в клетки, но одновременно становится патологическим состоянием, т.к. приводит к целой серии метаболических нарушений и формированию МС. Состояние депрессии на фоне гиперинсулинемии провоцирует развитие деменций обоих типов (Зимин Ю.В., 1994, Leonard B.E., 2007, Biessels G.J., Luchsinger J.A 2009). По-прежнему остается неясным, что определяет роль МС в развитии аффективных непсихотических психических нарушений и когнитивного дефицита – отдельные компоненты МС или сам МС.

Длительные, лонгитюдные проекты, в которых участвуют лица молодого и среднего возраста, убедительно доказывают существование самостоятельной зависимости между ожирением и когнитивными нарушениями. Люди, страдающие ожирением, в 4 раза чаще страдают депрессией и тревожными состояниями, чем их сверстники без ожирения(Ward M.A., Carlsson C.M., Trivedi M.A., et al., 2005; Whitmer R.A., Gunderson E.P., Barrett-Connor E., et al.,2005;). Влияние ожирения на когнитивные функции и аффективное состояние возможно осуществляется посредством нескольких механизмов: инсулинорезистентность, воспаление, эндотелиальная дисфункция и гиперактивация эндоканнабиноидной системы (ЭКС). ЭКС регулирует энергетический обмен, метаболический гомеостаз, пищевое поведение, состояние иммунитета,моторную активность, активность сердечно-сосудистой системы, а также модулирует когнитивные и эмоциональные процессы. Значительный вклад вносит ЭКС в состояние нейропластичности нейроэндокринной и нейрохимических систем, участвующих в регуляции эмоционального состояния и пищевого поведения. Активация ЭКС стимулирует повышение аппетита, всасывания в ЖКТ, способствует липогенезу, увеличению запаса жира в мышцах и жировой ткани, т. е. способствует ожирению. Чрезмерная активность трансформирует ЭКС из системы отрицательной обратной связи в самоусиливающуюся систему позитивной обратной связи, способствующую положительному балансу калорий, липогенезу, резистентности к инсулину и дислипидемии. Дислипидемия, по данным многочисленных исследований, ассоциируется с развитием аффективной патологии и когнитивными нарушениями как самостоятельный фактор риска. Причем, колебание уровня общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) связывают с развитием различных аффективных патологический состояний. Так, например, концентрация общего холестерина и ЛПНП значимо ниже у пациентов с атипичной депрессией, чем у пациентов с дистимией (Marko Martinac et all, 2007).

Изложенные взгляды на проблему додементных когнитивных нарушений и депрессивно-тревожных непсихотических психических нарушений, формирующихся у лиц с ожирением, отражают современную биопсихосоциальную концепцию болезни, которая диктует комплексный подход в изучении и оценках патологических феноменов. Поэтому актуально соединить в одном исследовании социально-демографические, патопсихологические, патопсихические и биологические особенности когнитивно – эмоциональных нарушений у лиц среднего возраста на фоне избыточной массы тела и метаболического синдрома.

Материалы и методы. Обследуемая когорта составила 215 человек (средний возраст -42,53, sd=6,658), которые были разделены на группы по присутствию/отсутствию МС. Группу сравнения составили 56 человек (средний возраст-47,47,sd= 6,598). Отдельно были выделены две группы – первая группа из 40 человек с ожирением и вторая группа из 22 человек, без ожирения. В этих группах оценивался уровень эндоканнобиноидов (Anandamide,2-Arachidonoylglycerol (2-AG)). Батарея психологических методик состояла из шкал оценки когнитивных функций :MMSE [Folstein M.F., 1975]; шкалы памяти Векслера (WMS-II, 1997); теста Таблицы Шульте; Исправление ошибок в тексте [Райгородский Д.Я.2001];Методика «Семантическая беглость или беглость речи в каждой категории» (Category Fluency) [Kern R.S., et al, 2008]; Методика « Кодирование символов» (Symbol Coding) [Kern R.S.,et al, 2008]; Батарея лобной дисфункции (FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB))[Dubois B., A.et al, 2000];Шкала Общего Ухудшения Состояния(Global Deterioration Rating Scale) [Reisberg B et al., 1982] ; Клиническая шкала оценки тревоги и депрессии (HADS) [Zigmond, AS; Snaith, RP,1983] ; Шкалы измерения уровня тревоги Гамильтона (HAM-A) и Шкалы измерения уровня депрессии (HAM-D-17) [Hamilton, M., 1959,Hamilton, M.,1960]. В биообразцах крови оценивался уровень глюкоза плазмы и показатели липидного спектра, которые определялись с помощью реактивов фирмы «Abbott» (Германия) на биохимическом анализаторе (производство ARCHITECT C8000, Германия), уровень эндогенных каннабиноидов (анандамида и 2-арахидоноил глицерола) – определялся хромато-масс-спектрометрией. Для оценки результатов использовались критерии NCEP [Executive Summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)[JAMA 2001; 285: 2486–97 Warnick G.R.,2008]. Инсулинорезистентность определялась с использованием гомеостатической модельной оценки (показатель HOMA-IR). Из методов статистической обработки были выбраны – метод дисперсионного анализа оценки статистической достоверности различий между отдельными группами, метод выявления корреляций по Пирсону внутри выборки и t-test. Использовалась компьютерная программа STATISTICA-10 (Statsoft Inc., США).

Задачи исследования: 1) определить доли участия отдельных компонентов метаболического синдрома в формировании когнитивных нарушений и аффективных психических нарушений непсихотического уровня ; 2) оценить возможные корреляции между уровнем эндоканнобиноидов и присутствием когнитивных и аффективных психических нарушений непсихотического уровня у лиц с ожирением.

Результаты и выводы. Нарушение липидного обмена у пациентов с ожирением тесно связано с увеличением уровня эндогенных каннабиноидов. Поэтому, используя полученные данные, можно предположить, что ожирение, активируя ЭКС, провоцирует нарушение когнитивных функций. Когнитивный дефицит додементного уровня усиливается присутствием аффективных психических нарушений непсихотического уровня. У больных с абдоминальным ожирением с нормальным и высоким уровнем артериального давления при уровне 2-arachidonoylglycerol крови более чем 5,4 нг/мл риск развития когнитивных нарушений повышается в 9 раз.

ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ: ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКУЮ СИМПТОМАТИКУ, СВЯЗЬ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ АНТИПСИХОТИКОВ, ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ

Потанин С.С., Бурминский Д.С., Морозова М.А.

Москва
НЦПЗ

Актуальность. Гиперпролактинемия является одним из часто возникающих побочных эффектов многих антипсихотиков (Горобец Л. Н., 2008; Sernyak M.J. et al., 2005), что прямо связано с их основным механизмом действия – блокадой допаминовых рецепторов. В рутинной практике измерение уровня пролактина проводится только при появлении отчетливых клинических симптомов. В то же время данное расстройство во многих случаях может не сопровождаться гинекомастией и галактореей (Мельниченко Г.А. и др., 2007), что не отменяет отрицательного воздействия на другие органы и системы. Для психиатрии существенными в этом контексте являются сведения о возможном негативном влиянии гиперпролактинемии на психотическую и депрессивную симптоматику (Kinon B.J. et al., 2003).

Одним из возможных способов профилактики повышения уровня пролактина может стать оптимизация режима дозирования препаратов. Анализ литературы показывает, что концентрация антипсихотиков может значительно отличаться у различных пациентов (Hiemke C. et. al., 2011), в связи с чем использование рекомендованных инструкцией доз не гарантирует попадания концентрации в рамки терапевтического окна. Так как гиперпролактинемия является дозозависимым побочным эффектом, концентрация антипсихотиков выше оптимального диапазона может способствовать увеличению частоты возникновения и выраженности этого синдрома. Проверка этой гипотезы важна с точки зрения перспективы применения терапевтического лекарственного мониторинга антипсихотиков с целью профилактики гиперпролактинемии.

Цели исследования. 1. Изучение связи концентрации антипсихотиков в плазме крови с уровнем пролактина. 2. Анализ влияния гиперпролактинемии на психопатологическую симптоматику обострения шизофрении.

Материалы и методы. В исследуемую группу было включено 34 пациента (17 мужчин и 17 женщин, средний возраст – 45±11 лет), госпитализированных в связи с обострением шизофрении, которым врачами стационара был назначен один из следующих антипсихотиков: рисперидон (14 больных), палиперидон (2 больных), галоперидол (12 больных) или зуклопентиксол (6 больных). Выбор антипсихотиков для исследования базировался на частоте их использования и степени влияния на уровень пролактина. Пациенты были однократно обследованы по шкале PANSS на четвертой неделе терапии (21-28 дни от начала лечения), также в этот же момент времени проводился забор крови для определения уровня пролактина. Концентрация антипсихотиков в плазме измерялась дважды, на 7-10 и на 21-28 дни от начала лечения методом масс-спектрометрии. Статистический анализ результатов проводился с использованием U-критерия Манна – Уитни.

Результаты. Для оценки связи между концентрацией антипсихотиков и уровнем пролактина были выделены две подгруппы пациентов. 13 больных (37% от общего числа), у которых хотя бы в одной из проб концентрация препарата была выше терапевтического диапазона, составили подгруппу повышенной концентрации, остальные (21 пациент, 63%) вошли в подгруппу нормальной и пониженной концентрации. Средний уровень пролактина в общей группе составил, 68±57 нг/мл, в подгруппе повышенной концентрации антипсихотиков- 94±54 нг/мл, в подгруппе нормальной и пониженной концентрации – 55±45 нг/мл, при этом обнаруженные различия были статистически значимы ($p<0,01$). Важно отметить, что гинекомастии и галактореи ни у одного из обследованных пациентов отмечено не было. Анализ влияния гиперпролактинемии на психопатологическую симптоматику показал, что у пациентов с уровнем пролактина в 2 и более раза превышающем норму показатели враждебности (P7) и некритичности (G12) по шкале PANSS оказались значимо выше ($p<0,01$). Разница в отношении депрессивной симптоматики отмечалась только при повышении уровня пролактина в 3 раза и более: выраженные депрессивные симптомы (оценка 4 и выше по пункту G6 шкалы PANSS) были выявлены у 40% пациентов, против 17% – в подгруппе с более низкой концентрацией пролактина, но данные различия статистической значимости не достигали.

Обсуждение. Результаты исследования продемонстрировали, что у значительной части пациентов концентрация антипсихотиков в плазме крови была выше терапевтического диапазона, несмотря на применение антипсихотиков в рекомендованных инструкцией дозах, что говорит о широкой индивидуальной вариабельности этого показателя. При этом была обнаружена отчетливая связь между повышенной концентрацией антипсихотиков и повышением уровня пролактина. Гиперпролактинемия же, в свою очередь, отрицательно сказывалась на выраженности некоторых психотических и депрессивных симптомов, что свидетельствует о возможной роли этого побочного эффекта в пролонгации психоза и возникновении постпсихотической депрессии. Полученные результаты соотносятся с литературными данными как в части патофизиологических предпосылок (Вакс В. В., 2001), так и клинических исследований (Madhusoodanan S. et. al., 2010).

Существует несколько возможностей для преодоления вышеописанной ситуации. С одной стороны, измерение уровня пролактина дает наиболее четкую информацию о наличии или отсутствии гиперпролактинемии. С другой, эти данные не позволяют сделать однозначный вывод о необходимости и степени коррекции дозировки. Это связано с тем, что в части случаев значительное повышение уровня пролактина может отмечаться и при терапевтической концентрации антипсихотика, и тогда снижение дозировки, предпринятое для коррекции гиперпролактинемии, может отрицательно сказаться на эффективности лечения. В такой ситуации более целесообразна смена антипсихотика или попытка использования корректора, например, каберголина (Юнилайнен О. А. и др. 2014). Таким образом, для обоснованной профилактики и преодоления гиперпролактинемии требуются как данные лекарственного мониторинга антипсихотиков, так и измерение уровня пролактина в крови.

Вывод. Индивидуальный подбор дозы антипсихотиков с использованием данных терапевтического лекарственного мониторинга в сочетании с измерением уровня пролактина может способствовать снижению числа пациентов со значительным повышением уровня пролактина, и, как следствие, улучшению результатов терапии обострения шизофрении.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ: НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Сиднева Ю.Г., Астафьева Л.И., Зайцев О.С.

Москва
НИИ нейрохирургии им. акад.Н.Н. Бурденко

Опухоли таламо-гипоталамо-гипофизарной системы включают в себя достаточно большую группу. Это – аденомы гипофиза, краниофарингиомы, опухоли шишковидной железы,

глиомы, менингиомы (Коновалов А.Н., 2003, 2012). Объемные образования различаются расположением, гистологической структурой, проявлениями клинической картины с соответствующими гормональными изменениями, подходами и методами в лечении (Michael L.J.Appuzo, 1998, Кадашев Б.А. 2007, Коновалов А.Н., 2012).

В клинической картине поражения диэнцефальной области помимо общемозговой, нейроэндокринной симптоматики, неврологических расстройств, выявляется и психопатологическая симптоматика, представленная эмоционально-волевыми, личностными, когнитивными нарушениями, инверсией цикла сон-бодрствование, пароксизмами (Доброхотова Т.А., 1999, 2013). Расстройства психической деятельности встречаются при всех новообразованиях этой локализации в разной степени, по данным авторов от 20 до 100% (Доброхотова Т.А., 1999, Сиднева Ю.Г., 2006). Эмоциональные расстройства при опухолях базально-диэнцефальной области встречаются до 80% случаев (Доброхотова Т.А., 1974). В их структуре депрессию в ее классическом проявлении порой затруднительно выделить по разным причинам. Так, при краниофарингиомах депрессия (!) встречается только у 2% больных в рамках эмоционально-волевых нарушений при супраселлярном варианте роста опухоли (67%) (Сиднева Ю.Г., 2006).

Следует отметить несколько особенностей возникновения и диагностирования расстройств психики при опухолях базально-диэнцефальной области. Первое – в зависимости от топографо-анатомической локализации поражения (с соответствующими структурами и подкорковыми ядрами), гистологии опухоли, ее объема и направления роста, психопатология может возникать на фоне нейроэндокринных нарушений, гидроцефалии. И это усложняет диагностику эмоциональных нарушений, они маскируются за основными клиническими проявлениями опухоли. Но может быть и все наоборот – когда эмоциональные расстройства являются первыми проявлениями какой-либо нейрохирургической или нейроэндокринной патологии. Тогда надо вовремя заподозрить и дополнительно обследовать больного (КТ, МРТ, гормоны крови), чтобы выявить причину снижения настроения, появления апатии и тревоги и оказать адекватную помощь. По литературным данным известно, что до постановки точного диагноза 8-15% больных с опухолевым поражением диэнцефальной области достаточно длительно наблюдаются и лечатся в специализированных психиатрических учреждениях (Сиднева Ю.Г., 2006).

Второе – сложность точной диагностики отдельных синдромов сводится к тому, что в клинике психических нарушений у больных с базально-диэнцефальными опухолями преобладают эмоционально-волевые и мотивационные расстройства, изменения личности, соответственно проявляющиеся астенией, снижением общего тонуса, апатией, мотивационным дефицитом и др. И это дает повод врачам разных специальностей (неврологам, психиатрам, нейрохирургам, терапевтам) заподозрить депрессию у больного, не подтвердив это клинически. Нередко среди врачей – не психиатров можно встретить термин «депрессивное настроение». Но это не означает, что больной страдает депрессией. Сниженное настроение и депрессия – это не знак «равенства», особенно если это касается пациентов с патологией гипоталамо-гипофизарной системы.

Нередко эмоциональные нарушения сочетаются с другой психопатологией: амнестическим синдромом, галлюцинациями, бредовыми переживаниями, расстройствами сознания и др., что тоже усложняет дифференциальный подход к оценке состояния (Доброхотова Т.А., 1999, 2013).

Аденомы гипофиза встречаются в 15% наблюдений среди всех объемных образований головного мозга, они занимают 1-е и 2-е места по частоте встречаемости в возрасте от 15 до 54 лет (Doleck et al, 2012). По своей гормональной активности аденомы гипофиза в популяции подразделяются на пролактин-секретирующие (35%), СТГ-секретирующие (15%), АКТГ-секретирующие (10%), ТТГ-секретирующие (1%) и гормонально-неактивные аденомы (40%) (Дедов И.И., 2011, Shlomo Melmed et al, 2012). Ввиду нарушений секреции нейрогормонов при аденомах гипофиза, расстройства эмоциональной сферы значительно чаще можно выявить у таких пациентов, чем при другом поражении диэнцефальной области. Наблюдаются изменение фона настроения, появление тревоги и вегетативной симптоматики (вплоть до пароксизмов панических атак), расстройства личности (Periera A.M., 2012). Предполагается, что возникает зависимость психических расстройств от типа и уровня нейрогормонов, их суточного циркадного ритма.

1. Аденомы гипофиза с избыточной секрецией СТГ.

Эмоциональные расстройства при данной патологии гипофиза сопровождают выраженный болевой синдром, изменения костно-суставной системы, сердечно-сосудистые нарушения. У 60% больных пациентов достаточно выражены неспецифичные симптомы – астения, слабость, повышенная утомляемость (Молитвословова Н.Н. и соавт., 2007, 2011).

2. Аденомы гипофиза с избыточной секрецией АКТГ.

1) Болезнь Иценко-Кушинга. У 50% пациентов выявляются эмоциональные расстройства – лабильность настроения, подавленность, апатия, нарушение сна, с вегетативными проявлениями (тахикардией, колебанием АД). У части пациентов можно отметить снижение концентрации внимания, запоминания (Арапова С.Д. и соавт., 2007, Марова Е.И., 2011, Lamberts SWJ, 2011).

2) Синдром Нельсона. Психопатологическая симптоматика проявляется снижением эмоциональных реакций и двигательной активности. Пациенты апатичны, монотонны, бедны мимическими проявлениями (Астафьева Л.И., Кадашев Б.А., 2007, Рожинская Л.Я., 2011).

3. Аденомы гипофиза с избыточной секрецией пролактина.

У этой части пациентов эмоциональные нарушения возникают скорее уже вторично, как реакция на основные проявления синдрома, их переживание (бесплодие, ожирение, снижение либидо и потенции). Эмоциональная лабильность, нарушение сна отмечаются у 30% больных. Неспецифические симптомы в виде утомляемости, слабости, снижение концентрации внимания и запоминания встречаются до 25% (Дзеранова Л.К. и соавт, 2007, 2011, Астафьева Л.И., 2011).

4. Аденомы гипофиза с избыточной секрецией ТТГ.

Пациенты отличаются повышенной эмоциональностью, возбудимостью, лабильностью настроения (Астафьева Л.И., 2007).

5. Неактивные опухоли гипофиза.

У 6% могут проявляться психическими расстройствами. Это – нарушение сна, лабильность настроения, слабость, снижение запоминания (Астафьева Л.И. и соавт., 2007, Вакс В.В., 2011).

Психотропное лечение эмоциональных нарушений у пациентов с аденомой гипофиза проводится антидепрессантами, транквилизаторами, нейролептиками, а также возможным их сочетанием в разных комбинациях в зависимости от психопатологических синдромов и симптомов, тяжести клинических проявлений. Но применяя эти препараты у больных с опухолями базально-диэнцефальной области, следует учитывать их возможные побочные действия (в частности, влияние на дофаминовые рецепторы). В ходе лечения обязательны наблюдение нейроэндокринолога и контроль гормонов крови, т.к. применение психотропных препаратов может усугубить симптоматику уже имеющихся нейроэндокринных нарушений.

Исходя из вышесказанного, эмоциональные нарушения при базально-диэнцефальном поражении во многом обусловлены локализацией поражения и гистологией опухоли, а отсюда и нейрогормональным профилем. Предполагается, что имеется зависимость эмоциональных нарушений от типа и уровня нейрогормонов, их суточного циркадного ритма.

Выбор метода лечения аденомы гипофиза определяет нейрохирург совместно с нейроэндокринологом (хирургический, медикаментозный, лучевой или комбинированный). Но помимо этого, при имеющихся психопатологических расстройствах, специализированная психофармакотерапия все-таки необходима как сопутствующая и улучшающая «качество» жизни пациентов с поражением гипоталамо-гипофизарной системы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА (ИНСД) И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Царенко М.А., Горобец Л.Н.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность. Количество больных с СД ежегодно увеличивается на 6-7%. По эпидемиологическим данным, приводимым И.И. Дедовым и соавт. (2013 г.), к 1998 г. в России не было выявлено регионов с очень высокой распространенностью ИНСД в популяции, в целом она составляла 1–2%. Вместе с тем, обращало на себя внимание, что более высокие цифры отмечались в Московском регионе (2,3%– мужчин; 4,6% – женщин и 11,7% в группах старше 60 лет независимо от пола).

Установлено, что общий уровень заболеваемости соматическими расстройствами у лиц, страдающих психическими заболеваниями, значительно выше, чем в популяции в целом. Показатель смертности только от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) более чем в два раза выше у психически больных, чем у психически здоровых лиц (Аметов А.С., Богданова Л.Н., 2009). Одним из факторов риска развития ССЗ является ИНСД, который в настоящее время является одной из 10 главных причин смертности во всем мире. Сахарный диабет (СД) повышает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) в 2–3 раза у мужчин и в 3–6 раз у женщин (Sussman N., 2000; Casey D.E. et al. 2005; Rethelyi J., 2011; Sawalhe A.D. et al. 2011). В связи с вышеизложенным крайне актуальным является уточнение частоты встречаемости ИНСД и метаболических нарушений у психически больных для построения биопсихосоциальной модели помощи этим лицам.

Цель исследования. Оценка частоты встречаемости ИНСД и метаболических нарушений у больных с расстройствами шизофренического спектра в амбулаторной психиатрической практике.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили данные одномоментного обследования амбулаторных карт больных с расстройством шизофренического спектра, находившихся на динамическом амбулаторном наблюдении на двух участках ПНД № 2 г. Москвы. Критериями включения в исследование являлись: возраст от 18 до 60 лет; диагнозы расстройств шизофренического спектра, согласно МКБ-10; отсутствие беременности и лактации; отсутствие тяжелых форм соматических и эндокринных заболеваний (исключая метаболические). Обязательным критерием включения в исследование являлось наличие зафиксированного увеличения массы тела, изменения уровня глюкозы, инсулина, пролактина в процессе приема антипсихотиков первого и второго поколений (АПП и АВП).

Методами исследования были: скриннинговый и статистический. Обследование носило стандартизированный характер, весь материал регистрировался в эпидемиологической карте, разработанной в отделе психиатрической эндокринологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиале ФГБУ ФМИЦПН Минздрава России.

Эпидемиологическая карта состоит из двух блоков информации. В первом блоке фиксировались клинико-демографические показатели, включающие ФИО, возраст, пол, диагноз и т.д. Во втором блоке фиксировались основные клинические проявления, биохимические и антропометрические показатели: индекс массы тела, вес, рост, гипергликемия, установленный диагноз СД 2 типа, биохимические показатели.

Результаты. На момент исследования на 2-х участках ПНД № 2 на учете состояли 443 больных с расстройствами шизофренического спектра [шизофрения (F20), шизотипическое расстройство (F21), хроническое бредовое расстройство (F22), и шизоаффективное расстройство (F25)]. В исследование были включены 109 больных, у которых были зафиксированы метаболические расстройства или был диагностирован ИНСД. Из них 52 мужчин и 57 женщин, в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст – 49,4 лет±0,96 лет. Таким образом, частота встречаемости ИНСД и других метаболических расстройства среди больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, составила 24,6%, что согласуется с данными литературы (Горобец Л.Н. и соавт., 2013; Patel N.C., 2006; Sopunar Z.J. et al. 2009).

Для дальнейшего анализа все включенные в исследование пациенты рандомизировались в три группы: 1 группу (42 человека) составили пациенты при терапии галоперидолом; 2 группу(41 человек) – при терапии клопиксолом; 3 группу (22 человека) – при терапии рисперидоном.

Выводы.

1) Частота встречаемости НЭД при терапии антипсихотиками в целом по группам составила от 11,9% до 86,3%. Следует отметить гендерные различия в частоте встречаемости: у женщин НЭД наблюдались значимо ($p<0,01$) чаще (женщины – 57,9%, мужчины – 43,1%).

2) в процессе терапии рисперидоном значимо ($p<0,01$) чаще наблюдалось повышение массы тела, а также чаще диагностировался ИНСД ($p<0,05$). У пациентов, длительное время принимающих галоперидол, значимо ($p<0,01$) чаще выявляется гипергликемия. У больных, длительно принимающих клопиксол, частота встречаемости ИНСД, гипергликемии и фармакогенной прибавки массы тела выявляется значимо ($p<0,01$) реже по сравнению с больными, длительно принимающих рисперидон и галоперидол.

РАЗДЕЛ 17.
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ИНТЕГРАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Алиев М.А., Мухамедова И.Н.

Махачкала
Республиканский ПНД

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация как формы оказания психиатрической помощи получают всеобщее признание и все более широкое распространение. Под психосоциальной реабилитацией понимается восстановление нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности у психически больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество (Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., 2001). С этой целью используется комплекс психосоциальных воздействий, получивших распространение в последние десятилетия, направленных на восстановление потенциала самого пациента, что делает возможным его усилия для достижения более полного или равного с другими положения в обществе.

Цель исследования: внедрение психосоциального лечения и реабилитации в практику Республиканского ПНД г. Махачкала.

В реализации психосоциальных мероприятий задействована полипрофессиональная бригада специалистов – психиатр, медицинский психолог, специалист по социальной работе и социальный работник. Широко применяется групповая психотерапия и психосоциальная работа.

Все начинается с первичного индивидуального консультирования пациента, результатом которого является составление «индивидуального плана психосоциальной реабилитации«. Групповая работа во всем многообразии ее форм (дискуссионные группы, группы тренинга социальных навыков, группы поддержки, мероприятия по созданию терапевтической среды, терапевтические сообщества, группы по интересам, клубная работа и т.п.) часто выступает завершающим звеном этого плана. Групповая работа направлена на изменение отношений, установок и диапазона способностей пациента. Она предполагает стимуляцию активности, формирование ответственности больного за свое социальное поведение, повышение его социальной компетентности.

Специалисты в области психического здоровья работают с разными группами: это бригады трудотерапии; обучающие группы, где пациентов обучают способам решения типичных проблем, с которыми они сталкиваются в повседневной жизни, способствуют выработке тех или иных социальных навыков; психотерапевтические группы, нацеленные на решение серьезных психологических проблем. Одним из основных видов психосоциального вмешательства является когнитивно-поведенческая терапия с применением различных тренингов социальных навыков и умений, методов обучения и научения. Используются техники тематического или свободного рисования, недирективный тематически ориентированный вариант арт-терапии («День улыбок«, «Осенний вальс«, «День победы«, «8 Марта« и т.д.). Пациенты распределяются на группы, которые занимаются 1-2 раза в неделю. Работу с группами осуществляют психологи, психиатры, социальные работники. Деятельность группы составляет от нескольких месяцев до нескольких лет. Эффективность работы групп представляется как повышение компетентности пациентов в общении, регуляция процессов межличностного восприятия, профилактика обострений и госпитализации, социальная реабилитация с последующей интеграцией больных в сообщество.

Для многих больных характерен дефицит социальных навыков, существующий либо изначально, либо утраченный вследствие длительной госпитализации. В результате у пациентов утрачиваются навыки повседневной жизни, зачастую даже элементарные. В этих случаях эффективны специальные тренинговые методики. Результаты подобного тренинга (навыки личной гигиены, приготовления пищи, пользования общественным транспортом, планирования бюджета, и т.п.) способствуют более устойчивой социальной адаптации пациента. В 2000 году была создана социально-психологическая служба для оказания полипрофессиональной помощи людям с психическими расстройствами. Специалисты по социальной работе помогают им в восстановлении их социального статуса, защите их личных гражданских прав и интересов, стараются предотвратить инвалидность в результате психических заболеваний, а также помогают изменить представление о психически больных людях в общественном сознании. Сотрудники работают в тесном контакте с медицинским персоналом учреждения, с различными государственными органами и учреждениями, с общественными организациями и индивидуальными предпринимателями, благотворительными организациями «Благосфера» и «Служение», оказывающими благотворительную помощь людям, страдающим психическим расстройствами.

Отдельные темы, проработанные сотрудниками учреждения, оформляются в виде своеобразных памяток – «Порядок помещения душевнобольных в социальные учреждения» – памятка инвалидам и их родственникам; «Дом-интернат для умственно отсталых детей «Забота»; «Особые дети – особые родители» – памятка родителям, имеющих детей-инвалидов; «Мифы о психической болезни» – памятка инвалидам и их родственникам; «Психическое расстройство: как семья может помочь в преодолении болезни» – памятка родственникам больных.

Постоянно проводится просветительская разъяснительная работа с семьями по вопросам развития психиатрической службы, профилактики психических заболеваний, стигматизации, пропаганды психического здоровья, современных методов лечения и реабилитации больных, жизнеустройства лиц, страдающих психическими расстройствами.

Выводы. Восстановлению нарушенных из-за психического заболевания социальных контактов, восстановлению компетентности в общении служат те или иные психосоциальные вмешательства. Эти формы помощи получают развитие в психиатрической службе РПНД г. Махачкалы, что связано с утверждением полипрофессионального бригадного подхода к оказанию психиатрической помощи – с участием в ней не только врачей-психиатров, но и психологов, психотерапевтов, специалистов по социальной работе и си социальных работников.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРНЕТА

Басова А.Я.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

XXI век можно смело назвать веком информации или веком Интернета. Родившись в 60-х годах прошлого века, сегодня Интернет стал всемирной системой объединенных компьютерных сетей. К середине 2011 года число постоянных пользователей Всемирной паутины составило около 2,3 млрд. человек. Вместе с подключенными к нему компьютерами Интернет стал основой для развития т.н. информационного общества. С начала 90-х годов в России произошло быстрое распространение информационных технологий, в 2014 году аудитория российского сегмента интернета составила 68 млн. человек, а 56 млн. пользователей выходили в сеть ежедневно. По данным TNS на январь 2013 года, 94% пользователей из крупных городов имели возможность выходить в сеть из дома и эти цифры быстро нарастали.

Таким образом, Интернет стал все более и более весомым фактором в существовании и развитии всего нашего общества. В сети представлены все слои населения, в том числе и душевнобольные. Опросы респондентов с различными формами психической патологии показывают, что в Москве около 85% больных, страдающих эндогенными заболеваниями, в возрасте от 18 до 60 лет во внепсихотическом состоянии регулярно пользуются интернетом. Психологический профиль активных пользователей сети демонстрирует черты, свойственные большой части наших пациентов (низкую самооценку, «нереалистические и недифференцированные представления о себе и своем месте в жизни», обособленность от окружающих, коммуникативные нарушения, эмоциональную неустойчивость), что обуславливает высокую привлекательность Интернета для людей с психическими расстройствами.

В информационном пространстве возможно осуществление как медицинской, так и социально-трудовой реабилитации. Мы выделили 5 факторов, способствующих реабилитационной работе в Интернете: общение, социализация, активность, информированность, трудовая деятельность.

В качестве основных форм общения в сети можно выделить: чат, различные варианты голосового общения (Skype и др.), MUDs (многопользовательские миры) и переписка по e-mail. Общение происходит также на форумах, в блогах, играх и т.п. Среди основных достоинств интернет-коммуникации наши респонденты выделяют: анонимность, отсутствие временных и пространственных ограничений, отсутствие визуального контакта, возможность обсуждать любые темы, простота общения и пр. Для психиатров одна из важных особенностей такого общения заключается в отсутствии невербальной коммуникации. Хорошо известно, что нарушения социальной когнитивной функции эндогенных больных во многом базируются на снижении эмпатии и затрудненности восприятия невербальных средств общения. Эти особенности крайне затрудняют общение как больных шизофренией, так и шизоидных психопатов. В Интернете такой барьер снимается и нередко, люди, практически не общающиеся в реальной жизни, активно общаются в сети. С другой стороны, отсутствие физического контакта между партнерами по коммуникации в сети позволяет избежать многих барьеров общения, обусловленных их внешним обликом, полом, возрастом, социальным статусом, внешней привлекательностью или непривлекательностью. В результате облегчается общение для тревожных, сензитивных людей.

Для наших больных крайне важную роль играет анонимность сетевого общения. В реальной жизни, вследствие социальной стигмы, большинство пациентов вынуждены скрывать наличие болезни. Анонимность сети позволяет им рассказать о своих переживаниях, обменяться информацией, посоветоваться с людьми, побывавшими в такой же ситуации, получить их поддержку, а иногда и реальную помощь. Существует целый ряд форумов, поддерживаемых людьми, страдающими каким-то психическим заболеванием и многие больные отмечали положительный эффект от их посещения.

Физическая непредставленность в сети позволяет многим людям «конструировать» свою идентичность: личностную и социальную. Появляется возможность, как реализовать ролевые модели, недоступные в реальной жизни, так и осуществить тренинг основных социальных навыков. Многие душевнобольные, зная социальные нормы и правила, применяют их крайне ригидно, не могут подстроиться под изменяющиеся условия, не улавливают контекста социального взаимодействия, не могут понять и примерить на себя поведение другого человека. Общение в сети, особенно в игровой форме, позволяет им безопасно проиграть множество моделей взаимоотношения, оценить реакцию на них окружающих (которая благодаря вербальной форме становится однозначной), скорректировать свое поведение. Виртуальные контакты в сети с течением времени в ряде случаев перерастают в реальное общение, в том числе и наших пациентов.

Таким образом, особенности общения в сети ведут к повышению коммуникативных возможностей пациентов, улучшают их социальные навыки, играют антистигматизационную роль, повышают уровень активности. Интернет служит замечательным средством получения информации, в том числе психообразовательной. Качество такой информации, к сожалению, бывает весьма сомнительным, и в этом случае задача специалистов заключается в создании грамотных психообразовательных ресурсов для больных. Подобные ресурсы увеличивают комплаентность к поддерживающей терапии, а информированность об особенностях своего заболевания и возможностях лечения позволяет вовремя обратиться к специалисту.

Не секрет, что многие наши пациенты избегают обращения за помощью. Отношение к психиатрам и психиатрии в целом в обществе – это отдельная серьезная проблема. В интернете эта проблема решается различными путями – это анонимные консультации специалистов, возможность пройти тестирование и т.п.

Нарушение социальной коммуникации ведет к трудностям трудоустройства и ранней инвалидизации многих наших больных. Интернет позволяет, как подобрать работу в реальном мире, так и найти работу, которую можно делать «не выходя из дома».

Общение, создание и проигрывание различных ролей, поиски информации и работы – все это стимулирует больного, повышает его уровень активности, а соответственно и качество ремиссии.

В качестве примера успешной реабилитационной работы в Интернете предлагается сетевой проект «Лабиринты разума» (www.mindlabyrinth.ru).

Таким образом, современные средства коммуникации и Интернет открывают перед нами большие реабилитационные возможности, использование которых в России только начинается.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ГОСПИТАЛИЗМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ

Бельцева Ю.А., Захарченко Д.В., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Термин «госпитализм» в психиатрии объединяет совокупность явлений жизненной дезадаптации, непосредственно связанных с негативным влиянием специфических условий больничного окружения. Принято считать, что в большей степени подвержены ему пациенты пожилого возраста, находящиеся повторно и в течение долгого времени в больничной среде в связи с различными хроническими заболеваниями, и в первую очередь – депрессиями.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинико-динамических характеристик пожилых пациентов с эндогенным депрессивным расстройством и выявление предикторов развития госпитализма.

Выборку составили пациенты, поступившие в отделение гериатрической психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева с диагнозом «депрессивный эпизод средней степени» (в рамках категорий F32.1 и F33.1 по МКБ-10). Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-анамнестический с оценкой таких характеристик, как продолжительность заболевания, количество перенесенных обострений, тенденция к удлинению и учащению обострений, общая продолжительность и количество госпитализаций за все время болезни, степень комплаентности пациента и наличие или отсутствие установки на выписку. Обследование больных проводилось в форме структурированного интервью, однократно, на этапе подготовки пациента к выписке, в сочетании с анализом медицинской документации. Для оценки полученных сведений применялись методы непараметрической статистики и корреляционный анализ.

Выборку составили 71 пациент – 10 (14,1%) мужчин и 61 (85,9%) женщина в возрасте от 55 до 82 лет (средний возраст – 68,1±7,4 лет). 26 пациента переносили первый депрессивный эпизод и ранее не имели в анамнезе клинически очерченных аффективных расстройств, у 45 больных депрессивный эпизод был повторным.

Из общего пула обследованных были выделены 41 пациентов, имевших синдром госпитализма и составивших основную группу. Оставшиеся 30 обследованных пациентов вошли в контрольную группу. Группы не различались по возрасту, половому составу, степени соматической отягощенности и выраженности актуальной депрессивной симптоматики. Средний возраст дебюта заболевания в основной группе составил 57,2±12,7 лет, в контрольной группе – 53,8±15,6 лет ($p<0,05$).

Для анализа клинико-динамических характеристик пациентов обеих групп был применен корреляционный анализ, показавший достаточно сильную корреляционную связь госпитализма с такими особенностями пациентов как отсутствие установки на выписку ($r=0,731$, $p<0,01$), ухудшение самочувствия в предвыписной период ($r=0,551$, $p<0,01$), относительно большее количество дней, проведенных в стационаре, преимущественно за счет тенденции к учащению госпитализаций. ($r=0,319$, $p<0,05$).

Наличие синдрома госпитализма слабо коррелировало с общей продолжительностью стационарного лечения за время болезни ($r=0,319$, $p<0,05$) и с наличием у пациента тенденции к учащению госпитализаций ($r=0,314$, $p<0,05$). Интересно, что последний фактор не обнаружил связи ни с тенденцией к учащению обострений с возрастом, ни с количеством перенесенных фаз, зато (помимо госпитализма) был связан с отсутствием установки на выписку ($r=0,365$, $p<0,05$). Нарушения комплаенса в отношении лекарственной терапии имели достоверную корреляционную связь с наличием госпитализма ($r=0,362$, $p<0,01$), отсутствием установки на выписку ($r=0,479$, $p<0,01$) и мужским полом пациента ($r=0,313$, $p<0,05$).

Вопреки ожиданиям, нами не было выявлено достоверных корреляций между наличием госпитализма и общей продолжительностью заболевания, количеством перенесенных депрессивных фаз или их тяжестью, а также количеством госпитализаций, полом пациента, наследственной отягощенностью по психическим заболеванием или возрастом дебюта заболевания.

Таким образом, можно сделать вывод, что пациенты с признаками синдрома госпитализма характеризовались большей продолжительностью пребывания в стационаре и тенденцией к учащению госпитализаций (у пациентов, проходивших стационарное лечение повторно). Низкая приверженность рекомендованной терапии, отсутствие у пациента установки на выписку при достижении удовлетворительного психического самочувствия и ухудшение его состояния в предвыписной период (после объявления даты выписки врачом) могут служить в качестве диагностических маркеров, свидетельствующих о развитии у больного синдрома госпитализма. Стоит отметить, что большее количество перенесенных депрессивных эпизодов, продолжительность заболевания, возраст дебюта психического расстройства, тенденция к удлинению и учащению фаз, возраст пациента не являются предикторами развития синдрома госпитализма у пожилых людей с эндогенным депрессивным расстройством.

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Богданова Е.В., Сокур С.А.

Хабаровск
КГБУЗ Краевая КПБ

В силу тяжелой социально-экономической ситуации, сложившейся в России в последние годы, резко сократились возможности трудоустройства страдающих психическими заболеваниями лиц на производстве, закрылись практически все специальные цеха и участки для трудоустройства инвалидов по психическим заболеваниям, почти половина лечебно-производственных мастерских при психиатрических учреждениях закрылись из-за отсутствия дешевого сырья и заказов на продукцию. Анализ показателей инвалидности показывает, что инвалидизация населения, вследствие психической патологии в меньшей мере зависит от заболеваемости и течения болезни, а в большей степени обусловлена влиянием социальных факторов, затрудняющих адаптацию психически больных в обществе.

Краевая психиатрическая больница является головным медицинским учреждением Хабаровского края, мощностью на 1050 коек. Психоневрологический диспансер г. Хабаровска осуществляет специализированную психиатрическую помощь прикрепленному населению города численностью 600 тыс. человек, а также оказывает консультативную помощь 17 муниципальным районам Хабаровского края. В настоящее время общее число, состоящих под наблюдением психических боль-

ных в психоневрологическом диспансере, составляет 5 852 чел., из них 2 461 (42%) являются инвалидами по психическому заболеванию. Приоритетным направлением в работе с больными инвалидами является социально-реабилитационное – приспособление к жизни, восстановление навыков элементарного поведения в обществе, на улице, в транспорте и по возможности приобщение пациентов к посильному труду. В общем числе инвалидов преобладают лица трудоспособного возраста – 69,7%. Нозологически: больные шизофренией – 45,4%, органическими заболеваниями головного мозга – 38,6%, олигофренией – 16%. Инвалиды II группы составляют 74%, инвалиды I группы – 7%, инвалиды III группы – 19%.

Проблема трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами, в силу существующего непринятия их в обществе, стигматизации стоит чрезвычайно остро. По данным психоневрологического диспансера, в 2014 г. работающих инвалидов было всего 8%, остальные 92% официально не работают. Достаточно высокий процент неработающих обусловлен выраженными нарушениями адаптационных возможностей инвалида. В связи с этим, половина инвалидов молодого возраста вынуждены работать на низком квалифицированном уровне, часто меняют места работы, не умеют устанавливать социально-коммуникативные связи с окружающими, проявляют неготовность к систематическому выполнению режимных моментов на производстве. И как следствие, остаются «за бортом» нашего общества, что отрицательно отражается на их семьях.

В целях осуществления социальной адаптации и реабилитации инвалидов, в краевой психиатрической больнице созданы необходимые условия для трудотерапии. Общая площадь лечебно-трудовых мастерских составляет 246 м. кв. В 2012 г. помещение мастерских было расширено, отремонтировано, обновлена планировка помещений, установлены кондиционеры, оборудовано помещение для приема пищи больными. Увеличено штатное расписание лечебно-трудовых мастерских, которое включает: 4 ставки трудового инструктора, 2 ставки мастера трудового цеха, 0,5 ставки швеи, 1 ставку медицинской сестры. В швейном цехе – 20 рабочих мест, закуплено новое оборудование, в том числе 17 швейных машин. В среднем, за год в ЛТМ изготавливается 1660 простыней, 1300 пододеяльников, 820 комплектов пижам, 260 халатов, 70 матрацев. Для больных созданы комфортные условия для организации отдыха в перерывах между работой, с возможностью приема пищи, выхода на территорию больницы для прогулок. За свой труд инвалиды получают денежное вознаграждение.

С 2013 г. на базе ЛТМ выделено 10 мест для больных инвалидов, имеющих тяжелые расстройства аутистического спектра, которые в силу выраженности психических расстройств не могут самостоятельно осуществлять трудовые процессы и требуют постоянного контроля со стороны воспитателя, трудового инструктора, медицинской сестры, а также волонтеров-родителей. В данную группу входят 10 человек – 7 мужчин, 3 женщин; возраст больных от 18 до 24 лет. Все 10 инвалидов являются инвалидами с детства, ранее они были признаны психолого-медико-педагогической комиссией «необучаемыми»; родители этих детей были вынуждены находиться дома по уходу, не имели возможности работать.

Цель группы для пациентов с расстройствами аутистического спектра – их психообразование, обучение навыкам самообслуживания, приобщение к посильному труду, развитие коммуникативных навыков в обществе, а также социализация членов семьи больного инвалида. В основе работы с данной группой больных – метод полипрофессиональной бригады, когда с инвалидами работает сразу несколько специалистов: психолог, трудовой инструктор, мастер, волонтеры, а координатором является врач-психиатр. Опыт работы в данном направлении показал, что благодаря систематическим занятиям все пациенты овладели простейшими образовательными навыками и навыками самообслуживания. Из 10 семей больных инвалидов, члены семи семей получили возможность заниматься работой по своей профессии, что является положительным показателем социально-экономической эффективности.

Анализируя положительный опыт работы психоневрологического диспансера г. Хабаровска, необходимо отметить, что для качественного процесса реабилитации психически больных обязательным условием является взаимопонимание, доверие и сотрудничество между больным, врачом-психиатром, медицинским персоналом.

РЕАЛИЗАЦИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Буркин М.М., Хяникяйнен И.В.

Петрозаводск
Медицинский институт Петрозаводского ГУ

Профилактическая направленность современной медицины и социальные проблемы сосудистых заболеваний головного мозга (СЗГМ) в виде высокой заболеваемости, инвалидизации и смертности определяют актуальность своевременной диагностики и адекватного лечения лиц с хронической ишемией мозга (ХИМ). В настоящее время, с позиций биопсихосоциального подхода к пониманию сущности цереброваскулярных заболеваний, помимо выявления и коррекции биологических (артериальная гипертензия, церебральный атеросклероз и проч.) факторов риска, все большее внимание уделяется изучению психосоциальных характеристик больных, а также применению психотерапевтических методик в их реабилитации с целью профилактики развития инсульта и повышения качества жизни.

Целью исследования явилось изучение психосоциальных характеристик пациентов с ХИМ на инициальной стадии заболевания, с последующим выбором тактики психотерапевтических вмешательств.

Материалы и методы. Обследованы 280 пациентов одной из поликлиник г. Петрозаводска – основная группа (ОГ): средний возраст 53,9±8,1 лет; гендерный индекс 1:1, обнаруживавших клинические симптомы цереброваскулярного заболевания (общемозговые «церебральные» жалобы; нарушение высших мозговых функций; очаговая рассеянная неврологическая симптоматика). Диагноз подтвержден результатами магнитно-резонансной томографии головного мозга (сосудистые очаги – n≤5, лейкоареозис – ≤10 мм, атрофия мозга – ≤1/8 объема полушарий)). Кроме того, с помощью триплексного сканирования брахиоцефальных мозговых артерий (Logiq3-Expert, GE, США, 2007) проводилась оценка церебральной гемодинамики, а также использовались лабораторные и нейрофункциональные общепринятые методы диагностики ХИМ. Контрольную группу (КГ) составили лица (n=32), не имеющие признаков цереброваскулярного заболевания и сходные с группой больных по половозрастному составу (p>0,05). Помимо сбора анамнестических данных и верификации ХИМ по стандартным методикам, использовали батарею психологических тестов (краткий ориентировочный тест (КОТ), Фрайбургский многофакторный личностный опросник (FPI), методика определения уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана, тест на диагностику вариантов личностного реагирования на заболевание и типа отношения к болезни (ТОБОЛ), опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (Symptom CHECK LIST-90-REVISED – SCL-90-R) и «Шкала качества жизни» (The Short Form-36 – SF-36)).

В исследовании применялась автоматизированная процедура (Microsoft Excel) обработки протоколов. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью пакета Statistica 6.0 (M±σ).

Результаты. У пациентов с ХИМ на инициальной стадии выявлено умеренное снижение среднего балла по КОТ до 16,36±8,51 б. (результат теста у здоровых – 31,59±4,91; $p<0,05$), которое не достигало уровня выраженности деменции, что обусловлено выборкой – наличием ХИМ I стадии.

Больные с дебютом СЗГМ, по сравнению со здоровыми, по результатам FPI, имели достоверно более высокие стандартные оценки (7–9 стенов) по шкалам: «Невротичность» (7,42±1,65 и 3,02±0,7) и «Застенчивость» (7,16±2,01 и 4,24±1,23 в ОГ и КГ соответственно; $p<0,05$). Вместе с тем, здоровые характеризовались значимо высокими показателями по шкале «Уравновешенность» (7,43±2,18 и 4,64±2,05 в КГ и ОГ соответственно; $p<0,05$).

По данным опросника Л.И. Вассермана, пациенты с ХИМ I стадии отличались от здоровых умеренным уровнем социальной фрустрированности (итоговый средний индекс уровня социальной фрустрированности составил 2,5±0,6 и 1,0±0,4 б. в ОГ и КГ соответственно; $p<0,05$).

Для пациентов с ХИМ на инициальной стадии был характерен диффузный тип отношения к болезни: наиболее высокие оценки шкалы ТОБОЛ – по сенситивному (17,59±1,34), эргопатическому (16,65±2,22), тревожному (11,82±1,49), ипохондрическому (11,33±1,37 б.) типам. При этом, у лиц ОГ, по сравнению со здоровыми, значимых различий по эргопатическому типу не выявили (в КГ 18,44±2,35; $p>0,05$), поэтому он (как и диагностируемый только в «чистом» виде гармонический тип) не имел самостоятельного диагностического значения. Вместе с тем, сравнительный анализ всех прочих типов отношения к болезни показал достоверное преобладание шкальных оценок у пациентов ОГ по сравнению с КГ, что вполне объяснимо тем, что больные с ХИМ, в отличие от здоровых, имеют соматогенно-обусловленную, связанную с сосудистым заболеванием, интра- и интерпсихическую дезадаптацию.

Как показал анализ теста Р. Лазаруса, для пациентов с ХИМ, по сравнению со здоровыми, лишь два копинга имели значимо высокую напряженность. Это: «Поиск социальной поддержки» (68,89±19,45 и 49,39±12,48) и «Принятие ответственности» (69,64±18,63 и 42,15±18,9% в ОГ и КГ соответственно; $p<0,05$). Наряду с этим, ведущей стратегией совладающего со стрессом поведения у здоровых было «Планирование решения проблем» (71,07±11,03 и 60±22,32% в КГ и ОГ соответственно; $p<0,05$).

Анализ психопатологического статуса по SCL-90-R показал, что больные с дебютом ХИМ, по сравнению со здоровыми, значимо ($p<0,05$) набирали большее количество баллов по шкалам: «Соматизация» (1,01±0,72 / 0,45±0,15), «Обсессивность-компульсивность» (0,95±0,44 / 0,61±0,36), «Депрессия» (0,81±0,29 / 0,53±0,2), «Тревожность» (0,78±0,45 / 0,41±0,17), «Фобическая тревожность» (0,43±0,19 / 0,12±0,03 б. в ОГ и КГ соответственно).

По результатам шкалы SF-36, пациенты с ХИМ на инициальной стадии характеризовались значимо более низким уровнем качества жизни, чем здоровые (интегративный показатель «Физический компонент здоровья» 41,26±9,82 и 53,59±6,95; показатель «Психологический компонент здоровья» 36,88±12 и 45,6±9,71 в ОГ и КГ соответственно; $p<0,05$).

Полученные психосоциальные характеристики являются ресурсом для применения психотерапевтических интервенций в комплексной (медико-психологической) реабилитации пациентов с ХИМ. Так, в частности, когнитивная психотерапия по Беку позволяет дезактуализировать автоматические иррациональные мысли в схеме «стимул – когнитивная переработка – эмоционально-поведенческая реакция». Кроме того, в процессе беседы в структуре планового осмотра больного врач (терапевт, невролог) разъясняет пациенту причины и механизмы его болезненных ощущений и подтверждает его аутентичность, которая может искажаться заболеванием. Разъяснение устраняет неясность и провоцируемую ею тревогу. Коррекция эмоциональной стороны внутренней картины болезни и психо-вегетативных нарушений достигается приемами релаксации (аутогенная тренировка по Шульцу, прогрессирующая мышечная релаксация по Джейкобсону, посещение сенсорной комнаты). Воздействие на стрессоры может осуществляться с помощью императивного внушения наяву в состоянии сильного эмоционального напряжения по Шкловскому или гипнотерапии. Помимо этого, проводится коррекция сосудистых факторов риска посредством фармако- и физиотерапии по стандартным методикам. Таким образом, в терапии пациента с ХИМ участвует мультидисциплинарная бригада специалистов (интернист, психотерапевт, психолог).

Выводы. Для больных с хронической ишемией мозга на инициальной стадии патогномоничны ($p<0,05$; по сравнению со здоровыми) следующие психосоциальные характеристики: умеренные когнитивные нарушения додементного уровня; тревожно-депрессивный симптомокомплекс с навязчивостями и фобиями; умеренный уровень социальной фрустрированности; вследствие склонности к соматизации негативных эмоциональных переживаний – выраженный невротический синдром с психосоматическими нарушениями на фоне гиперзастенчивости; диффузный тип отношения к болезни с наиболее высокими оценками по сенситивному, тревожному, ипохондрическому типам; поиск социальной поддержки и принятие ответственности на себя как ведущие стратегии совладающего со стрессом поведения; снижение качества жизни (причем, как в физическом, так и в психологическом аспектах).

Выявленные закономерности учитывались нами при разработке индивидуальных психотерапевтических программ в рамках комплексной (медико-психологической) реабилитации данной группы пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА С ИНТЕНСИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

Васюшкина М.А.

Орел

Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением

Современное лечение психических заболеваний предполагает комплексное применение различных методов. Биологическую терапию, как правило, сочетают с психотерапией и мероприятиями по социально-трудовой реабилитации больных. Соотношение различных методов терапевтического воздействия изменяется в зависимости от этапа заболевания. Если в период манифестации психоза преобладают медикаментозные методы лечения, то по мере уменьшения остроты состояния и становления ремиссии все большее значение приобретают психотерапевтические методы, меры социальной реадаптации и восстановление трудовых навыков (Смулевич А.Б., Иванов С.В., 2012).

В условиях принудительного лечения целью психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации является профилактика общественной опасности пациентов, включая совершение ими повторных общественно-опасных деяний. Исполнение принудительных мер медицинского характера основано на полипрофессиональном бригадном подходе. При этом состав бригад специалистов формируется для обеспечения медицинских, психологических и социальных потребностей пациента на том или ином этапе лечебно-реабилитационного процесса.

Цели исследования: оценка эффективности работы полипрофессиональной бригады с пациентами, находящимися на принудительном лечении в условиях ПБСТИН, и оптимизация бригадного метода реадаптации и ресоциализации лиц с психическими расстройствами, представляющими особую социальную опасность для себя и окружающих.

Материалы и методы: были отобраны 40 пациентов, находящихся на принудительном лечении в Орловской ПБСТИН от 1 года до 5 лет с различной психической патологией: шизофрения – 26, органические психические расстройства – 7, умственная отсталость – 7. Больные из различных регионов страны направлены на принудительное лечение в связи с признанием их невменяемыми в отношении совершенных правонарушений, относящихся к категории тяжких и особо тяжких преступлений. При этом 52, 5% пациентов привлекались за убийства и нанесение тяжких телесных повреждений, в т.ч. со смертельным исходом; 20% – за кражи, грабежи и разбойные нападения; 12,5% – изнасилования и насильственные действия сексуального характера; 15% – прочие правонарушения (угрозы убийством, применение насилия в отношении представителя власти и др.). Все пациенты имели отягощенный алкогольный анамнез. С ними в течение года проводилась работа полипрофессиональной бригады, состоящей из врача-психиатра, социального работника, медицинского психолога, социального педагога.

Результаты и обсуждение. У 32,5% пациентов были выявлены признаки социально-бытовой дезадаптации (утрата социальных связей, отсутствие регистрации, неудовлетворительные жилищные условия). У всех больных при проведении психодиагностики обнаруживались ограниченный запас знаний, умений и навыков в личностной и социальной сферах, признаки патогенной дезадаптации.

В результате проведения психокоррекционных мероприятий, направленных на повышение общеобразовательного уровня – наряду с поддерживающей психофармакотерапией, у 55% пациентов были сформированы представления об общепринятых нормах и правилах поведения в обществе, выработаны навыки саморегуляции, критика к совершенным правонарушениям. Эти больные охотно посещали индивидуальные и групповые занятия, направленные на коррекцию их индивидуально-психологических особенностей, формирование социально-приемлемого поведения, критической оценки к совершенным поступкам, мотивации на взаимодействие с окружающими. Их психическое состояние за весь период наблюдения оставалось стабильным, они охотно принимали поддерживающее лечение, периодически вовлекались в трудовые процессы в отделении, поддерживали переписку с родственниками.

Однако у 45% пациентов, несмотря на проведение комплекса психосоциальной реабилитации, морально-нравственные установки трудно поддавались коррекции; не удалось в достаточной степени сформировать представления об общепринятых нормах, выработать критику к совершенным поступкам. Это в определенной степени объяснялось длительным алкогольным анамнезом, перенесенными черепно-мозговыми травмами, низким уровнем образования либо его отсутствием, длительным асоциальным образом жизни. Для этих пациентов были характерны выраженные эмоционально-волевые расстройства, значительные нарушения поведения.

Выводы. Полипрофессиональный подход обеспечивает качество исполнения принудительной меры медицинского характера в условиях психиатрического стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением, способствует использованию многомерной модели работы с проблемами пациента (медицинской, психологической, социальной), создает условия для дальнейшей ресоциализации для пациентов, совершивших ООД и представляющих особую социальную опасность для себя и окружающих.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С ПАЦИЕНТАМИ, УТРАТИВШИМИ СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Гажа А.К., Баранов А.В., Филатов А.Е.

Тамбов

ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность. Новые экономические реформы в системе финансирования психиатрической службы (по законченному случаю), обязательность исполнения стандартов накладывают ограничения на сроки пребывания пациентов в стационаре. Вместе с тем, в больницах скапливается контингент пациентов, способных к самостоятельному проживанию, но не имеющих жилья, что является серьезным препятствием к их выписке. Дефицит мест в инвалидных домах усугубляет данную проблему. Таким образом, складывается ситуация, когда, с одной стороны, реабилитационные мероприятия в стационаре становятся неэффективными ввиду «вынужденного госпитализма», а, с другой, медицинское учреждение несет экономические потери из-за необходимости содержать пациентов с длительными сроками госпитализации. Постановление Правительства РФ от 25.05.94 №522, в части создания общежитий для лиц с психическими расстройствами, утратившими социальные связи, не исполняется, а «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» предусматривает в структуре больниц не общежития, а медико-реабилитационные отделения, сроки пребывания в которых ограничены стандартами. В условиях нехватки финансирования одним из выходов становится привлечение к данной проблеме автономных некоммерческих организаций (АНО) в форме государственно-частного партнерства. Проблема выписки пациентов, не имеющих жилья, нашла свое частичное решение в нашей области путем создания АНО «Прозрение», оказывающего услуги по проживанию на основе договорных отношений с пациентами и взаимоотношений по типу государственно-частного партнерства с ОГБУЗ «ТПКБ». Кроме того, в соответствии с «Порядком», было открыто отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, задачей которого явилось дальнейшее проведение психосоциальных мероприятий с пациентами, выписанными в общежитие «Прозрение».

Цель и задачи: оценить результативность реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях с пациентами, выписанными после длительного пребывания в стационаре, определить уровень их социально-бытовой и социально-трудовой адаптации в динамике, а так же экономическую эффективность привлечения некоммерческих организаций в решении вопросов независимого проживания пациентов.

Материал и методы. Невыборочным методом, с помощью опросника, были изучены и проанализированы все пациенты, выписанные в общежитие «Прозрение» после длительного периода пребывания в стационаре. Всего в исследовании приняли участие 26 человек. При проведении статистической обработки материала использовались количественные и качественные показатели. Кроме того, проведен анализ экономической эффективности (анализ расходов-доходов) взаимодействия ОГБУЗ «ТПКБ» с автономной некоммерческой организации «Прозрение».

Результаты и обсуждение. Исследование проводилось в 2 этапа. Оценивался начальный уровень социально-бытовой и трудовой адаптации, а через 7 месяцев анализировались результаты эффективности работы отделения медико-психосоциальной помощи. При проведении исследования первоначально все пациенты в неактивной стадии болезни по уровню реабилитационного потенциала разделились на две группы: со средним реабилита-

ционным потенциалом и с низким реабилитационным потенциалом. Первую составили 20 пациентов (76,9%), средний возраст – 45 лет; эти лица имели базовый уровень знаний по социально-бытовым навыкам и социально-трудовой адаптации в сфере неквалифицированного труда (90%) к моменту выписки. Вторую – 6 человек (23%), средний возраст 55 лет; 24,2% имели низкий уровень знания бытовых навыков и участия в трудотерапии. В отношении выписанных пациентов, по специально разработанной программе проводились реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях. Пациенты участвовали в работе в ЛТМ, на станках по производству комплектующих для искусственных цветов. Станки были предоставлены индивидуальным предпринимателем города безвозмездно, пациенты также участвовали в проведении ремонтных работ и оборудовании корпуса.

В ходе проведения второго этапа исследования у 22 лиц (84%) определялся достаточный уровень знаний по социально-бытовым навыкам и социально-трудовой адаптации в сфере неквалифицированного труда. Также за период применения лечебно-реабилитационных процессов были достигнуты позитивные изменения по большинству основных параметров. Так, уровень социально-бытовой мотивации от базового до достаточного (покупка продуктов питания или одежды, предметов обихода, овладение навыками уборки помещения) возрос на 84%. Формирование трудовых, профессиональных навыков или появление интереса овладение новыми – на 20%. Улучшилось и качество выполняемых работ: на начальном уровне хорошо и отлично с порученной работой справлялись только 9,5% пациентов, к концу исследования число их возросло до 25,5%.

С целью оценки экономической эффективности взаимодействия АНО «Прозрение» и ОГБУЗ «ТПКБ» проведен анализ расходов и доходов. В связи с тем, что часть корпуса больницы и коттедж на территории загородного реабилитационного комплекса «Радужное» были переданы АНО «Прозрение» на основании договора безвозмездного пользования, прямых доходов от аренды больница не имела. Однако в учреждении был сокращен коечный фонд, снизились расходы на содержание переданных корпусов. Кроме того, в общежитие были вписаны пациенты, длительно пребывающие в стационаре по причине отсутствия жилья, которые были оплачены бюджетом как законченный случай лечения. С учетом расчетов за 6 месяцев, ежегодная экономия в течение года может составить до 2,5 млн. рублей.

Выводы. При наличии общежития реабилитация в амбулаторных условиях показывает достаточную эффективность, и является необходимым этапом преемственности после длительной реабилитации в стационарных условиях. Привлечение некоммерческих организаций к решению вопросов проживания пациентов, не имеющих жилья, является приемлемым выходом и экономически эффективным для учреждения здравоохранения в современных условиях.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ИХ СЕМЬЯМ

Гажа А.К., Юрченко А.И., Борискина О.С., Струкова Е.Ю.

Тамбов

ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность организации и совершенствования новых форм медико-реабилитационной помощи пациентам пожилого и старческого возраста обусловлена изменениями современной демографической ситуации в нашей стране, которая характеризуется увеличением доли лиц пожилого и старческого возрастов. Доля лиц старшего возраста (женщин старше 55 и мужчин старше 60 лет) увеличилась в 2010 году до 21,9%, а в некоторых субъектах Российской Федерации доходит до 28% от общей численности населения региона. Кроме того, старение населения приводит к росту числа больных с множественной хронической патологией, существенному ухудшению психического здоровья и высокой распространенности когнитивных нарушений. Число случаев деменции неуклонно растет от 14,6 случаев на 1000 человек в возрасте 60-69 лет до 144,9 случаев на 1000 человек в возрасте 80 лет и старше.

Анализ результатов одномоментной переписи, проведенной в Тамбовской психиатрической клинической больнице в 2007 и 2012 гг., показал изменения возрастного состава больных, находящихся на стационарном лечении, увеличение числа пациентов старше 60 лет на 12%. В связи с возникшей потребностью, в нашей больнице были проведены мероприятия по улучшению организации психиатрической помощи данному контингенту больных – перепрофилирование и создание 2 специализированных гериатрических отделений: реабилитационного геронтологического отделения и отделения по уходу за особо тяжелыми больными с соматической патологией. Особенностью работы этих отделений является четкая дифференциация диагностических, терапевтических и реабилитационных задач и функций. Для оказания внебольничной психолого-психиатрической помощи в 2012 г. был организован кабинет медико-психо-социальной помощи на базе поликлиники соматического профиля, где ведут прием врач-психиатр, медицинский психолог, социальный работник. Несмотря на то, что функции кабинета направлены на оказание помощи лицам с кризисным состоянием и суицидальным поведением, сюда могут обратиться и пациенты старших возрастных групп. Известно, что риск суицидального поведения резко возрастает после 70 лет, т.о. необходимость в данном виде помощи является очевидной.

Проведенное нами исследование показало, что в 2014 г. на стационарном лечении находилось около 25% всех пациентов, около трети – амбулаторно обслуживались в ПНД (33,2%), 8% обратились в кабинет медико-социальной помощи в соматической поликлинике.

В 2014 г. в геронтологические отделения больницы поступили 278 больных (7,8% от числа поступивших в стационар). В данной группе преобладают женщины (70%); лица 71-80 лет (42%) и старше 80 лет (30%). В структуре психической патологии преобладают психические расстройства органической природы. Наиболее часто диагностируется деменция (83,8%), обусловленная, в основном, церебрально-сосудистой патологией и атрофическими заболеваниями головного мозга. Психические нарушения неорганической природы (шизофрения, аффективные психические расстройства) составили около 15% (среди них значительную часть – поздние параноиды).

К неблагоприятным социальным и психологическим факторам относится то, что около 7% пациентов являются недееспособными и более 65% проживают одни, утратили близких людей, нуждаются в особенной психологической, социально-правовой и бытовой защите. Навыки независимого проживания и социального обслуживания сохранили лишь 43% больных.

Основными задачами медико-реабилитационной помощи являются купирование острых психотических расстройств, лечение активно протекающих соматических заболеваний, обучение больных навыкам самообслуживания и социального функционирования, а также проведение психопрофилактической работы для родственников по обучению навыкам ухода за пожилыми больными в рамках программы «Школы родственников». Основным принципом терапевтического вмешательства является комплексность мер лечебного воздействия, что включает: медикаментозное лечение, меры по улучшению соматического состояния, психологическую коррекцию и воздействие на микросоциальную среду. В работе используются индивидуальные и групповые методы психокоррекционного и адаптирующего воздействия – тренинг когнитивных навыков,

тренинг социально-бытовых навыков с использованием учебно-тренировочного стенда, альтернативные методы досуговой терапии с включением музыко – и звукотерапии (шум моря, шорох травы, пение птиц, и др.), арт-терапии (рисование, живопись), которые способствуют снижению частоты невротических состояний, уменьшению степени выраженности депрессивной симптоматики, повышению эмоционального тонуса, активности и улучшению психофизиологического состояния пожилых людей. Занятия проводятся на фоне медикаментозного лечения и других восстановительных мероприятий – физиотерапевтического лечения, трудотерапии, лечебной гимнастики.

Для организации психиатрической помощи пациентам пожилого и старческого возраста необходимо дальнейшее развитие специализированной службы – реабилитационных геронтологических отделений, специализированных участков в ПНД, кабинетов медико-психосоциальной помощи в поликлиниках на основе биопсихосоциальной модели. Данная модель включает не только проведение комплексного лечения и социальной реабилитации самих пациентов, но и воздействие на микросоциальную среду, улучшение климата в семье больного.

КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ И КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Папсуев О.О.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Проблема психосоциальной и когнитивной терапии и реабилитации психически больных приобрела в настоящее время особенно острый характер. В отечественной психиатрии накоплен большой опыт реабилитации психически больных, особенно касающийся социально-трудовой реабилитации, а также вовлечения больных в различные спектры социальные отношений. Их результаты способствуют не только социальному восстановлению пациентов, но являются также важным фактором патоморфоза клинической картины психических заболеваний.

Современный этап развития лечебно-реабилитационных мероприятий характеризуется чрезвычайно важной особенностью – переходом от методов с общим воздействием на социальное восстановление к «направленным» методам, способствующим восстановлению нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, позволяющих решать проблемы у психически больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество. Именно когнитивно-мотивационные нарушения, а также навыки, знания, умения являются непосредственными объектами воздействия, имея целью их восстановление, а затем генерализацию в социальных условиях, приближенных к прежним или в новых для пациента ролевых функциях и социальных позициях, позволяя достичь возможно более полного социального восстановления.

В настоящее время происходит дальнейшее развитие подходов к лечебно-реабилитационным мероприятиям в психиатрии: постепенный переход в работе с тренировки навыков к когнитивному восстановлению (когнитивная ремедиация), дополненному специальными программами (модулями), например, самоконтроля, комплаенс-терапии, предупреждения повторных обострений и пр. При этом направленная реабилитация представляет собой не только различные варианты прицельных воздействий на выявленные нарушения, но и стимулирование генерализации полученных навыков, знаний, умений и восстановление утраченных или приобретение новых социальных ролей.

Работа в указанном направлении носит стадийный характер. Первый этап является диагностическим и касается оценки качественных и количественных изменений социальных и базовых нейрокогнитивных функций и их динамики. Известно, что когнитивные нарушения выявляются у пациентов еще до развития первого психотического эпизода, в преморбиде. При этом, описывают различные варианта их динамики [Reihenberg C. et al., 2005, 2007].

Выраженность когнитивных нарушений в преморбиде составляет 0,4–0,5 стандартного отклонения [Khandaker G. et al., 2011], что заметно меньше, чем данный показатель у пациентов после манифестации психоза, когда когнитивный дефицит достигает 0,9–1,4 стандартного отклонения [Reihenberg C. et al., 2006]. Согласно проведенным исследованиям [Гурович И.Я. и соавт., 2015], динамика когнитивного дефицита у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра не является однородной: у пациентов исходно выявляются различные когнитивные нарушения, которые, не оставаясь статичными, проделывают определенную динамику. Выраженность и качественные характеристики этой динамики в значительной степени зависят от особенностей возникновения и течения заболевания.

Существует ряд инструментов, которые позволяют объективизировать уровень когнитивного и социального функционирования пациентов и выделить конкретные факторы, влияющие на них. Такую оценку необходимо проводить при определении дефицитов социальной функции и планировании направленных вмешательств. Эти методики также позволяют отследить динамику нарушений социального функционирования и эффективности психосоциальной реабилитационной работы с больными.

Следующим этапом осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий является формирование мотивации к социальному восстановлению и реабилитации. Мотивации отводится роль важнейшего посредника между когницией и социальным функционированием. Учет этих факторов позволяет осуществлять более фокусированное вмешательство с использованием специально разработанных программ (модулей) формирования мотивации к реабилитации у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра [Семенова Н.Д., Гурович И.Я., 2015].

И, наконец, активно разрабатываются реабилитационные воздействия, направленные непосредственно на устранение нейро- и социально-когнитивного дефицита. К таким программам, в частности, относится метакогнитивный тренинг (МКТ), разработанный S.Moritz и соавт. [2005] и базирующийся на принципах когнитивной ремедиации в сочетании с тренировкой навыков в условиях повседневной реальности. Фокусом данной программы является изучение закономерностей процесса мышления и овладение навыками управления этим процессом, что позволяет более успешно решать задачи и проблемы, с которыми люди ежедневно сталкиваются в процессе деятельности и социальных взаимоотношений. Таким образом реализуется общее (неспецифическое) позитивное влияние МКТ на социальное функционирование, которое можно ожидать у пациентов различных диагностических групп при психических заболеваниях. Вместе с тем, МКТ необходимо рассматривать как патогенетически обоснованный немедикаментозный метод лечения больных шизофренией, поскольку он адресуется к специфическим когнитивным нарушениям восприятия социальной среды и стратегии поведения при шизофрении, которые в дальнейшем приводят к ошибочным выводам, заблуждениям, могут способствовать бредообразованию и психотической декомпенсации. Соответственно повышение «метакогнитивной компетентности» является одним из способов профилактики очередного обострения.

Чрезвычайно важным является долговременное ведение больных на всем протяжении их психиатрического наблюдения

и лечения, имея в виду не только поддержание сформированных навыков и когнитивных функций, но и их генерализацию, развитие на этой основе новых социальных возможностей, способствуя более высокому уровню социального восстановления.

Чрезвычайно важным является активное развитие организационной структуры для широкого практического внедрения психосоциальной и когнитивной терапии и реабилитации психически больных. В настоящее время Приказом МЗСР РФ от 17 мая 2012 г. № 566н, утверждены ряд новых организационных форм оказания психиатрической помощи, одними из основных задач которых является клинико-социальное восстановление пациентов, в том числе на ранних этапах заболевания (исходя из принципа сберегающе-превентивной психосоциальной терапии и реабилитации), а также у наиболее тяжелого контингента больных с многочисленными клинико-социальными задачами их реадаптации в общество. Существенным является развитие преемственности психосоциальных и когнитивных воздействий на различных этапах оказания психиатрической помощи (психиатрическая больница – дневной стационар – психоневрологический диспансер), условия для которой также заложены в «Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

Описанный подход в рамках концепции психосоциальной и когнитивной терапии и реабилитации психически больных показал свою высокую эффективность [Мовина Л.Г. и соавт., 2015; Папсуев О.О. и соавт., 2015].

ОЦЕНКА ЭТНОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССОГЛАСОВАНИЙ В ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Дашиева Б.А.

Томск
НИИПЗ

Состояние психического здоровья детей с ограниченными возможностями здоровья на современном этапе рассматривается как сложный многоуровневый феномен, в структуре которого значителен вклад этнокультурных факторов. Соотнесение психических симптомов и заболеваний с наиболее характерными для этноса этносоциокультурными паттернами и этнографическими особенностями психической жизни этносов, осуществляемого в рамках кросскультурального подхода (Семке В.Я. и др., 2009) не позволяет решать ряд задач, предъявляемых на современном этапе в процессах реабилитации детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями. При наличии исследований, раскрывающих отдельные аспекты формирования психических расстройств у представителей различных этносов, существует дефицит представлений о механизмах опосредования процессов преодоления конституционально-биологических ограничений этнокультуральными факторами в процессах пато- и саногенеза психических расстройств.

Вместе с тем, в контексте поиска подходов, позволяющих мобилизовать этничность как ресурс психического благополучия личности, существует ограничение данной методологии: ориентация на усредненные показатели, отвлеченно описывающих наиболее общие этнокультурные аспекты жизни сообщества, исключают возможность выявления индивидуальной специфичности мировосприятия пациента как единичного носителя этнических содержаний культуры. Соответственно, ограничивается их применимость в практической работе психиатра, пациентом которого является не популяция в целом, но ее отдельный представитель, в частности, подросток с инвалидизирующим заболеванием.

Как наиболее обеспеченная методически выделяется концепция архегенеза (Сухарев А.В., 1998), согласно которой все стадии своего развития психика проходит в соответствии с содержанием и последовательностью стадий этногенеза человека, родившегося и проживающего в ландшафтно–климатических условиях собственного этноса или этнической системы. Дезинтеграция этничности индивидуума рассматривается как фактор риска психической дезадаптации и как фактор, отягощающий течение психических и соматических расстройств (Сухарев А.В. и др., 2004). В контексте реализуемого исследования, целью которого является изучение влияния этнокультурных аспектов жизнедеятельности на состояние психического здоровья подростков с инвалидизирующими заболеваниями проведено выявление этнофункциональных установок (рассогласований) с помощью опросника А.В. Сухарева (1998).

В оценке реабилитационного потенциала семьи и ребенка с инвалидизирующим заболеванием мы считаем необходимым учитывать степень его интегрированности с этнокультурными аспектами жизни этноса. Взрослых, составляющих окружение ребенка в семейной и образовательной среде, мы рассматриваем как медиаторов, опосредующих доступ ребенка или подростка с инвалидизирующим заболеванием к реабилитационному потенциалу, обеспеченного средствами культуры аутентичного этноса.

Обнаруженные этнофункциональные рассогласования элементов психики респондентов мы рассматривали как препятствие в обеспечении доступа подростка и представителей его семьи к саногенному и реабилитационному потенциалу аутентичного этноса. При этом мы учитывали, что отношение к признакам этничности, как к одному из смыслообразующих факторов культурно–исторического развития ребенка, может играть важную роль не только как ресурсный фактор, оптимизирующий степень его психической адаптации к его внутренней и внешней среде, но и как фактор риска прогрессирующей психической дезадаптации, возникающий за счет отчуждения от этноспецифичных антропобиологических, социокультурных и климатогеографических аспектов бытия его социальной группы.

В исследование включены подростки в возрасте 15-18 лет русской и бурятской национальности, учащиеся старших классов школы №60 социальной адаптации детей-инвалидов (г. Улан-Удэ). На первом этапе опрошено 65 подростков в условиях учебного процесса и 73 подростка инклюзивно пребывавших в условиях летнего палаточного лагеря. Заполнение методики проходило в индивидуальном режиме во избежание влияния подростков друг на друга. После первичной обработки данных проводилась дополнительная беседа с подростками, позволяющая внести уточнения.

Ответы учащихся, касающихся предпочтений в питании, морфотипическим и климатогеографическим признакам не выявили выраженных рассогласований в группе бурят, в группе русских подростков отмечаются более выраженные этнофункциональные рассогласования по всем трем группам признаков.

Подводя итоги, можно говорить о наличии у подростков психической этнофункциональной анархегении, связанной с задержкой сказочно–мифологической стадии или ее выпадением, ранним наступлением религиозно–этической стадии у части русских подростков, а также выраженным рассогласованием в содержании сказочно-мифологической стадии у бурят. Большинство русских имеют рассогласования по группе климатогеографических показателей (91%, у бурят – в 35%) и антропобиологических признаков (80%, у бурят – в 14%). Процентное выражение имеющихся этнофункциональных рассогласований по социокультурным признакам – 32% у русских и 5% у бурят.

Таким образом, в группах подростков выявляются следующие этнофункциональные рассогласования:

1. Выпадение сказочно-мифологической стадии: родители сказок детям не читали, и дети сказок не любили и не читали их сами (у русских подростков).

2. Опережение сказочно-мифологической стадии религиозно-этической стадией в ряде случаев у русских подростков из семей верующих.

3. Этнофункциональные рассогласования содержания сказочно-мифологической стадии. Рассказываемые сказки не относилось к аутентичным русским или бурятским народным сказкам, это были авторские сказки русских писателей, а также зарубежные авторские сказки и сказки народов мира, содержащие те или иные этнофункционально рассогласованные элементы.

4. Этнофункциональные рассогласования, в большей степени, касаются климатогеографических факторов, в меньше степени – антропобиологических.

5. Процентная доля этнофункциональных рассогласований, как по стадиям этнофункционального генеза, так и по группам факторов, более выражена в группе русских подростков.

Выявленные этнофункциональные рассогласования с точки зрения этнофункционального подхода рассматриваются как следствие нарушения психического развития, которые могут обуславливать снижение психической адаптации. Подростки отчуждены от мифолого-эстетических и нравственно-этических содержаний родной культуры. Опрос участвующих в образовательной программе педагогов показал низкую степень их заинтересованности в освоении этноспецифичного культурного наследия. Это существенно затрудняет возможность использовать арсенал средств творчества родного этноса в реабилитационном процессе. Кроме того, невозможность интеграции содержаний родственной этнической культуры сама по себе может явиться фактором, снижающим адаптивный потенциал личности (Сухарев А.В., 1998).

В целом, можно отметить, что современные подростки в большей степени усваивают мировоззренческие и поведенческие стереотипы, не согласованные с реальной этнокультурной средой, которые могут оказывать разрушающее воздействие как на психику и организм отдельного человека, так и на общество в целом.

Таким образом, в группах подростков, являющихся носителями различных этнических традиций, отмечаются две противоположные тенденции. С одной стороны, подросток-бурят, выросший в семье, где взрослые еще являются носителями традиционных этнокультурных ценностей, оказывается более защищенным в обстоятельствах хронически затрудненной наличием инвалидизирующего заболевания ситуации развития. Однако сами подростки только частично являются носителями целительного потенциала культуры, отчуждаются от него. Неблагоприятные процессы современного общества приводят к размыванию этнокультурного наследия, что в дальнейшем может привести к нарушениям адаптации (снижению адаптивных возможностей). При организации реабилитационного процесса для конкретного подростка следует учитывать выявленные у него этнофункциональные рассогласования.

ШКОЛА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ИНТЕРНЕТ ФОРУМ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ КАК ФОРМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНСА

Дмитриев М.Н.

Ростов-на-Дону
Ростовский ГМУ

Внедрение западных моделей диагностики и терапии психических расстройств, особенно эндогенного регистра, логически должно было сопровождаться изменением организационных алгоритмов оказания стационарной и амбулаторной помощи с перераспределением зон компетентности в «медицинской триаде»: врач – медсестра – социальный работник. Однако в нашей стране это привело к усилению административной и психоэмоциональной нагрузки на врачей-психиатров. Мало учитывается в России и фактор микросоциального окружения пациента – его семьи. Мало обсуждаемой и трудно решаемой проблемой является то обстоятельство, что многие родственники, особенно родители пациентов, тяжело воспринимают сам факт психического заболевания, несут значительное бремя прямых и косвенных материальных затрат, а также моральных издержек в силу стигматизации как психической болезни, так и условий оказания специализированной помощи. Это приводит к невротическим срывам, дезадаптивным моделям поведения. Зачастую формируется порочный круг, когда неврозы у членов семьи провоцируют контрпродуктивное поведение у пациентов, которое выступает как сенсибилизирующий фактор обострения психозов.

В качестве цели работы рассмотрен опыт проекта по реабилитации пациентов, их родственников и врачей на базе частного центра.

С 2002 г. в г. Ростове-на-Дону возник благотворительный мультимодальный проект группы энтузиастов, который объединил как врачей-психиатров, так и людей, не имеющих прямого отношения к психиатрии направленный на комплексную психообразовательную деятельность. Организационной особенностью являлась и является полная независимость от каких-либо административных структур Минздрава, системы региональной психиатрической службы и спонсорских организаций. Первоначально Школа психического здоровья (ШПЗ) была методологически наиболее близка к норвежской модели психообразовательной семейной психотерапии «Family TIPS Schools» (Arntzen B. at al., 2000) и похожей модели групповой реабилитации, существовавшей тогда в Ставрополье.

Заседания проходят в режиме «круглого стола», где информационно-аналитические сообщения перемежаются дискуссиями, вопросами и чаепитием. В году бывает до 10 встреч. Общими принципами являются доступность подачи материала, взаимоуважение, умение выслушивать собеседника, открытого обсуждения разных, порой диаметрально противоположных взглядов на актуальные медицинские и психологические проблемы. Все участники ШПЗ могут свободно высказать свою точку зрения по интересующим их вопросам, поделиться своими наблюдениями. В то же пресекаются попытки использовать заседания ШПЗ как место пропаганды религиозных или идеологических доктрин, сомнительных методов религиозного и «народного» целительства; попытки перевода конструктивного диалога в деструктивные психологические игры; попытки консультаций по частным вопросам.

В первые годы работы ШПЗ работала скорее как психообразовательный проект, с акцентом на дестигматизацию пациентов и родственников, информирования их об особенностях протекания актуальных психических болезней, имеющихся в России и мире современных подходов в области фармако- и психотерапии, раскрытие социально-правовых аспектов взаимодействий пациентов, врачей и социума.

Главным ориентиром в работе ШПЗ служит личностный рост постоянных участников ШПЗ из группы пациентов и их родственников. Они становятся пропагандистами грамотного медицинского отношения к особенностям поведения, эмоционально-мыслительной сферы психически больных людей, пропагандируют среди других пациентов необходимость соблюдения врачебных рекомендаций, учатся понимать ранние признаки ухудшения состояния и предотвращать его прогрессирование. По итогам работы ШПЗ за 8 лет в 2010 г. один из таких участников-пациентов (инвалид 2 гр. по шизофрении) даже написал и опубликовал статью в одном из психиатрических профессиональных сборников, где изложил собственное видение и понимание нашей реабилитационной программы.

В результате резко снижается необходимость госпитализаций, формируется высокий уровень комплаентности, гораздо более высокий уровень социальной адаптации (Дмитриев М.Н., 2013).

С 2009 г. положительный опыт очных заседаний был экстраполирован в область интернет технологий. Силами и средствами самих участников был создан интернет-форум «Спасите наши души», который на сегодняшний день имеет около тысячи зарегистрированных участников. Отличительной особенностью этого форума является его четкая медицинская направленность в сочетании с достаточно жестким администрированием и пресечением пропаганды антипсихиатрических тенденций, наркоманских или психопатических взглядов. Вырабатывается уважительное отношения к русской литературной речи, не допускаются использование в лексиконе бранных слов, оскорбительных или уничижающих эпитетов, жаргонных слов, включая профессиональные жаргонизмы, что, к сожалению, заполонили современное интернет пространство. Расширилась география нашего форума он действительно стал всероссийским – за советами обращаются люди от Алтайского края до Калининграда, и даже стран ближнего зарубежья.

Ведущая направленность тем форума – пропаганда современных диагностических (включая параклинические) и терапевтических подходов при оказании помощи, соблюдения принципов преемственности непрерывности и индивидуальности. При соблюдении таких общеизвестных, но забываемых в жизненной рутине принципов, резко снижается необходимость госпитализаций, формируется высокий уровень комплаентности, гораздо более высокий уровень социальной адаптации даже среди участников-пациентов. Возможность анонимной заочной формы общения во многом повышает ее доверительность.

В последние годы помимо работы с пациентами большое внимание уделяется формированию гуманистических взглядов внутри врачебного сообщества Данный проект является и школой для молодых специалистов, а также помогает более старшим коллегам ненавязчиво передавать свой жизненный и профессиональный опыт, что делает наше профессиональное сообщество более открытым, а психиатрию – менее стигматизированной специальностью. Молодые врачи учатся работать с возражениями, строить и вести публичные дискуссии. Подготовка материала помогает самим глубже разобраться в некоторых вопросы психиатрии, учит вырабатывать непредубежденное и доброжелательное отношение даже к оппонентам, стимулирует раскрытию творческого потенциала, что в совокупности перечисленных факторов приводит к личностному росту врача и профилактирует феномен эмоционального выгорания

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ОДИНОКОГО ПРОЖИВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., Шлафер М.И., Каштанова Н.Д., Веретенцева Т.В., Гербей П.С.

Оренбург
Оренбургский ГМУ,
ГБУЗ Оренбургская областная КПБ №1

В литературе доминирует представление об отрицательном влиянии одинокого проживания на состояние психически больных позднего возраста и их социальную адаптацию (Авербух Е.С., 1969; Барков И.Н., 1985; Виноградова Р.Н., Логинова А.М., 2001). Актуальность проблемы возрастает из-за распространенности таких больных – они составляют 1/3 всех пожилых пациентов, наблюдающихся в психоневрологическом диспансере (Трифонов Е.Г., 1990; Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., 2000).В связи с этим, для разработки программы профилактики одинокого проживания данного контингента больных и их реабилитации необходимо исследовать факторы, приводящие к возникновению этой жизненной ситуации.

Цель: определение клинических, социально-психологических, возрастных и бытовых факторов, способствующих одинокому проживанию психически больных позднего возраста. Клиническим и социально-психологическим методами обследованы 235 больных (185 женщин и 50 мужчин) в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшихся в психоневрологическом диспансере. Для понимания влияния одинокого проживания на состояние больных и их адаптацию важно установить была ли собственная семья (супруг, дети) у больного или нет. Естественно предположить, что больные, имевшие собственную семью и утратившие ее, особенно в позднем возрасте, тяжелее переживают одиночество и труднее адаптируются к нему, чем больные, не имевшие собственной семьи. Исходя из этого, все больные были разделены на две группы. В первую вошли пациенты, состоявшие в браке и в большинстве случаев имевшие детей. Они стали одинокими в результате распада собственной семьи. Вторая группа включала больных, которые никогда не вступали в брак. Их одинокое проживание было обусловлено отсутствием собственной семьи. Первая группа (171 -72,8% больных: 138 женщин и 33 мужчины) была в 2,7 раза больше второй (64 – 27,2% больных: 47 женщин и 17 мужчин), $p<0, 001$.В обеих группах преобладали женщины (различие не достоверно, $p>0,05$). Сопоставление двух групп по возрасту показало превалирование во второй группе больных старших возрастов. Большинство больных, ранее проживавших в собственной семье, было в возрасте до 70 лет (57,9%), тогда как во второй группе таких пациентов оказалось меньше половины – 42,2%, $p<0,05$. Основная часть пациентов, не состоявших в браке была старше 70 лет (57,8%), $p<0,05$. Средний возраст больных первой группы составил 66±3,8 года, второй – 75,7±2,1, $p<0,05$. Возможно, это связано с тем, что у больных, имевших собственные семьи, в возрасте старше 70 лет чаще ухудшается психическое и физическое состояние и в связи с нарастающей беспомощностью часть пациентов забирают к себе дети или они направляются в интернат. Тем самым подтверждается предположение о том, что одинокое проживание, наступившее в результате отсутствия собственной семьи, менее отрицательно влияет на здоровье больных, и они лучше адаптируются к одинокому образу жизни по сравнению с больными, состоящими в браке. Определенную роль здесь играет более ранний возраст начала одинокого проживания во второй группе. Средний возраст начала одинокого проживания в первой группе был 60±1,9 года, во второй – 38±1,7 года, $p<0,01$. Возраст наступления одинокого проживания в определенной степени связан с возрастом начала болезни. Средний возраст больных к началу заболевания во второй группе (31±2,1 года) был меньше, чем в первой (46±2,9), $p<0,05$. Различие в возрасте начала болезни обусловлено в значительной мере особенностями нозологической структуры заболеваний в группах. Во второй группе заметно преобладали больные шизофренией (78,1%) и лишь незначительную часть составляли пациенты с экзогенно-органическими (10,9%) и сосудистыми (7,8%) заболеваниями головного мозга, а также эпилепсией (3,1%). В первой группе также удельный вес больных шизофренией был высоким – 28,7% (второе место по частоте), но достоверно ниже, чем во второй, $p<0,01$. В этой группе помимо сосудистых заболеваний (30,4%), занимавших первое место по частоте и имевших более высокий удельный вес ($p<0,01$), наблюдались, в порядке убывания, эндогенный аффективный психоз (15,8%), экзогенно-органические заболевания (13,5%), эпилепсия (4,7%), атрофические заболевания (2,9%), психоге-

нии (2,9%), инволюционный параноид (1,2%). Сравнительный анализ синдромальной картины больных, ранее проживавших в собственных семьях и не вступавших в брак, также показал существенное отличие. В первой группе преобладали депрессивный (21,6%) и параноидный (20,5%) синдромы, далее, в порядке убывания, встречались психоорганический (15,8%), неврозоподобный (13,5%), апато -абулический (11,7%), психопатоподобный (10,5%) и деменция (6,4%). Во второй группе у значительной части больных были параноидный (42,2%) и психопатоподобный (32,8%) синдромы (чаще, чем в первой, $p<0,05$), реже наблюдались апато -абулический (12,5%), психоорганический (7,8%) и деменция (4,7%), отсутствовали депрессивный и неврозоподобный. Таким образом, группа больных, состоявших в браке, является более многочисленной и молодой, в ней шире представлен спектр нозологических форм и синдромальных проявлений. Проведенный анализ дает общее представление о возникновении одиночества и раскрывает лишь отдельные его пути (в частности, шизофрения, начавшаяся в молодом и среднем возрасте, протекающая с параноидной и психопатоподобной симптоматикой препятствует вступлению в брак). Для более глубокого понимания формирования ситуации одинокого проживания, мы попытались выяснить конкретные причины одинокого проживания в каждой группе. Исследование факторов, способствующих распаду семьи и одинокому проживанию, позволило выделить в первой группе две подгруппы больных. В первой (76 больных – 32,3%) основной предпосылкой одинокого проживания были психические расстройства. Во второй подгруппе (95 пациентов – 40,4%) – специфические для позднего возраста события, социально-психологические и бытовые моменты (указанные% здесь и далее составляют долю больных от всей выборки – 235 пациентов). В первой подгруппе наиболее частым синдромом, разрушающим семью, был параноидный (11,1%). Выделены две его разновидности – бред ревности (4,7%) и «параноид жилья» (6,4%). Далее в порядке убывания следовали психопатоподобные (6,4%), психоорганические (5,1%), апато-абулические (4,3%), депрессивные (3,8%) и деменция (1,7%). Во второй подгруппе причинами утраты семьи чаще являлись возрастные события: смерть супруга (17,5%) и отделение взрослых детей от родителей (7,2%), реже – социально- психологические моменты: конфликты больных с зятьями и невестками из-за борьбы за лидерство и недооценки родственниками болезненных проявлений у пациентов (7,2%) (во всех семьях у части родных отмечались субклинические расстройства), а также развод пациентов из-за пьянства супругов (7,2%); еще реже отказ от совместного проживания с детьми происходил из-за плохих жилищно-бытовых условий (1,3%). Исследование факторов, препятствующих созданию семьи, позволило во второй группе (64 больных – 27,2%) также выделить две подгруппы. В первой подгруппе (28 человек – 11,9%) основной причиной, препятствующей созданию семьи, была простая и параноидная шизофрения, начавшаяся в молодом и зрелом возрасте. Во второй подгруппе (36 больных – 15,3%) имело место взаимодействие расстройств личности (шизоидных, психастенических, астенических, эпилептоидных) и дисгармоничных отношений («гиперопека», «симбиотические», «эмоциональное отчуждение», «взаимные диссоциации») в генеалогических семьях в преморбиде. Таким образом, ведущими факторами, способствующими одинокому проживанию психически больных позднего возраста, являются клинические (44,3%). Наряду с ними большую роль играют сочетание социально-психологических с субклиническими (29,8%), а также события, связанные с поздним возрастом (24,7%), и незначительную – плохие бытовые условия (1,3%). Полученные данные свидетельствуют о необходимости применения комплексного, дифференциального подхода при разработке программы по профилактике социальной дезадаптации и реабилитации одиноких психически больных позднего возраста.

ЗНАЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТА НА ЭТАПАХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н.

Самара
Самарский ГМУ

Основными проблемами для получения успешных результатов по улучшению качества жизни в болезни и в социуме на этапах адаптации и реабилитации являются продуктивная выработка комплаенса и копинг-стратегии. Последние полностью зависят от наличия во внутреннем мире пациента не только соответствующей информации, но и ее духовной переработки в соответствующие установки и убеждения личности. Информационный поток обрушивается на граждан страны подобно лавине, часто вызывая декомпенсацию болезни и определяя ее содержание.

Биопсихосоциальная концепция (модель) человека в норме и патологии, отдельные религиозные духовные практики достаточно широко вошли в современную отечественную психиатрию и клиническую психологию, в частности в психотерапию и психокоррекцию. Однако вопрос «духовности», «духовного», «духа» в психологии, особенно в психотерапии, далеки от разрешения (Эйдемиллер, 2012; Носачев, 2012). По мнению С.К. Бондыревой и Д.В. Колесова (2007), «духовность – это мера владения индивида информационными ресурсами своего внутреннего мира, а также и содержательность (богатство и разнообразие элементов это мира)» [1, с. 19].

Со времен З. Фрейда и К. Юнга большинство психиатров, психотерапевтов и психологов пытались изучать и стремились проникнуть во внутренний мир пациента, его психологические защиты, структуру личности, вскрыть внутриличностные конфликты и видоизменить их, то есть, в конечном счете, разобраться и изменить информацию. Личность чаще всего рассматривается как индивид, как субъект, взятый со стороны его социальных взаимоотношений. Но для индивида личность предстает как виртуальный объект, образуемый нашим мышлением (самопознанием) путем проекции некоторых («личностно значимых») особенностей самосознания, включая комплекс «Я», поведения на самого себя и отзеркаливания себя от других. Иными словами, личность – это устойчивый комплекс «Я», включающий в себя богатый и зрелый внутренний мир в его единстве (или пребывании) с внешнем миром. Несомненно, нельзя рассматривать личность как, с одной стороны, что-то навсегда застывшее, с другой – изменчивое, хотя и меняющееся, например, в болезни или дезинформации. Между тем в светском понимании дух – устойчивые основы, высшие способности человека, т.е. его личностное богатство внутреннего мира, что собственно и является мерилом его духовности.

Могущество и свобода человека проявляются в его виртуальном пространстве личности (внутреннем мире комплекса «Я»), которое позволяет ему создавать множество как виртуальных, так и реальных миров, используя возможности выбора наиболее эффективных или недостаточно эффективных. Следовательно, в процессе жизнедеятельности и жизнестойкости, адаптированности (удовлетворения или неудовлетворения биологических, психологических и социальных потребностей) у индивида пересекаются два встречных потока информации: информация из внешнего мира и информация из внутреннего мира. Калейдоскоп этих двух миров – внешнего и внутреннего – и формирует личность, а в ней – духовную составляющую, направленную больше на внутренний мир, участвующую и во внешнем. И чем богаче внешняя составляющая духовности, тем богаче и свободнее личность. Параметры внутреннего мира существенно влияют на душевное и духовное благополучие (неблагополучие) человека.

Цель – с методологических позиций обобщить, определить и раскрыть определения «информированность» и «духовность» (духовное, дух) и возможности их пополнения в процессе медико-социальной терапии и реабилитации.

Личность предстает в осознании и самосознании как виртуальный объект, образуемый собственным мышлением путем проекции некоторых («личностно значимых и оцениваемых») особенностей своего поведения и переживаний на себя как субъекта деятельности. Личность складывается из проекции свойств комплекса «Я» на внутренний и внешний мир индивида: первое – умственной (когнитивной) деятельности в себе и второе – умственной деятельности во внешнем мире. Из калейдоскопа познания себя и внешнего мира и складывается личность. Зрелая личность характеризуется развитым и хорошо функционирующим комплексом «Я»». Следовательно, в процессе жизнедеятельности (удовлетворения своих потребностей) человека сталкиваются два потока информации: информация из внешнего мира формирует его внутренний мир по векторам потребностей, а индивидуальные свойства мира внутреннего проецируются на внешний мир, определяя его поведение и виды деятельности. Таким образом, возникает многовекторность внутреннего мира человека и, чем богаче внутренний мир, тем духовнее личность.

Выделяют три родственных понятия: «информационность», «информированность», «информативность». «Информационность» является базовым свойством живой и неживой материи, включающей информативность объекта и информированность индивида (субъекта). «Информативность» – это мера информации, которая содержится в любом носителе, в частности, пациенте (враче, психологе, социальном работнике): рассказ (интервью), осмотр, терапия, интервенция, текст и любой другой материальный объект. Информативность живых объектов, которые являются не только хранителями, но и одновременно пользователями, называется информированностью. Следовательно, «информированность» – эта та мера информации, которая не только присутствует, но и постоянно меняется, в первую очередь, пополняется и позволяет индивиду компенсироваться и адаптироваться в социальном мире.

Как мы уже неоднократно указывали: основой информационного воздействия и манипулирования в системе «человек – человек (личность)» является психотерапевтический метод, в частности медицинская (направленная на синдром и поведение), психологическая (на личность и ее проблемы), социальная (компенсацию и адаптацию в социальной среде), и философская (на духовное развитие) модели со всем богатством видов, методик, техник и приемов.

Задачи врача-психиатра, врача-психотерапевта, психолога, социального работника (полипрофессиональная бригада) не только разобраться в процессе работы с пациентом (родственниками, ближайшем окружением) в его информативности как личности, имеющей определенный внутренний мир, в носителе материальной информации, но и существенно пополнить и изменить «в нужном русле» его информированность. Это может быть достигнуто правильным структурированием содержательности с расширением и обогащением внутреннего мира пациента посредством новой информации. Мерой новой информации является различие содержания информации до воздействия и после него. При этом пациент (собеседник, оппонент) должен быть вовлеченным в желание не просто пассивно получать новую информацию, но и активно участвовать в ее сравнении для получения нечто нового для себя. Активность должна сочетаться с подвижностью усвоения новой информации. Именно через воздействие/сопоставление двух или более виртуальных объектов – мыслей (образов, концептов) меняется содержательность, отражение и отраженность, а в результате личность становится богаче духовно. Используя сопоставления, можно изменить признаки и проявления духовности / информационности / содержательности (например, «Активность богаче пассивности»; «Правда духовнее лжи» и т.д.).

Следовательно, одна из основных задач полипрофессиональной бригады – последовательно через личностно направленную информацию существенно изменить внутренний мир (духовность) пациента через информированность.

ЭТОЛОГИЧЕСКИЙ И СИСТЕМНЫЙ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Задонская О.Ю., Бутома Б.Г., Медведев С.Э.

Санкт-Петербург
СПбГКУЗ ГПБ№6 (стационар с диспансером),
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

В рамках биопсихосоциального подхода современная реабилитация в психиатрии ориентирована на субъективные потребности пациента (Гурович И.Я. и др., 2008, 2013) и максимально приближена к функционированию в его повседневной жизненной среде.

Целостное рассмотрение особенностей функционирования индивидуума в окружающей действительности получило в психиатрии отражение в форме концепции приспособительного поведения больных (Воловик В.М. и др., 1984; Коцюбинский А.П. и др., 2004). В то же время категориальное содержание этого понятия представляется незавершенным, так как не включает в себя один из важных параметров – генетически обусловленную способность индивида к приспособительному реагированию. Рассмотрение этологических концепций применительно к приспособительному поведению больных позволяет представить его как генетически детерминированный, биографически сложившийся и модифицированный болезнью способ взаимодействия с действительностью (Коцюбинский А.П. и др., 1995).

Согласно этологической концепции D. Ploog (1992) об эндогенных психозах инстинктивное поведение по K. Lorenz (2009) слагается из трех фаз: подготовительной фазы, побуждаемой готовностью к специфическому действию; фазы активации «врожденных пусковых механизмов», деблокирующих внутренне обусловленную реакцию; своеобразной разрядки в «завершающем акте», собственно представляющем цель поведения (Роговин М.С., 1965).

У человека в чистом виде фазы проявляются только при эндогенных психозах, особенно при шизофрении, когда наступает «распад структуры настроек»; во всех же остальных случаях, даже при сильных стрессах, такое поведение не отмечается, т.к. поведение человека во-первых опосредованно «понятием цели», во-вторых – основные формы поведения тесно переплетаются с приобретенными (Роговин М.С., 1965). Это соотносимо с положениями теории М. Боуэна (2005), согласно которой при шизофрении имеет место низкий уровень дифференциации Я (self). Поведение пациента определяется эмоциональными импульсами и практически не опосредованно рациональными соображениями.

Снижение уровня дифференциации – следствие проекции семейной тревоги на идетифицированного пациента (и.п.) – носителя симптома семейной дисфункции. Оптимизация функционирования семейной системы и детриангуляция и.п. способствует повышению уровня его дифференциации, создавая предпосылки для повышения качества и продолжительности ремиссии. Психоз становится универсальным дисфункциональным стабилизатором, срабатывающим как на индивидуально-личностном, так и системном уровнях. Больной «находит объяснение» происходящему и не чувствует себя фрустрированным. Гипофункциональность пациента – смыслообразующий фактор для референтного родственника, обеспечивающий ему социальную поддержку и/или стабилизируя родительскую диаду. Стабилизируются и другие изоморфно

взаимодействующие с пациентом и между собой дисфункциональные микросоциальные системы. Функциональные системы (семьи, организации) способствуют поступлению, адаптации и сепарации подопечных (Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2012).

Этолог D. Ploog (1992) ищет объяснение некоторых феноменов при эндогенных психических заболеваниях, в частности при шизофрении. «В целом можно сказать, что вся общественная жизнь хронического шизофреника направляется и регулируется инстинктами. Здесь проявляются свойственные животному миру компоненты социальной жизни» (Роговин М.С., 1965). «Социальное поведение» – обладания, дистанции, ранга, агрессии, страха, бегства и т.д. у психически больных гомологично тому, как они представлены у животных (Роговин М.С., 1965). S. Arieti (1944) полагает, что многие сложные «врожденно ригидные» формы поведения имеют свое представительство в филогенетических более древних структурах мозга. Он описывает поведение, наблюдаемое у некоторых больных в исходной стадии, которые хватают различные предметы и независимо от их природы кладут в рот, и полагает, что такое поведение обусловлено не зрительной агнозией, а является выражением определенного уровня развития болезни, на котором хорошая комплексная апперцепция зрительного стимула не возможна.

И если на индивидуальном уровне мы видим регрессию и распад, то на системном – проявляются стабилизирующие аспекты. Такую роль в дисфункциональной системе может играть не только регрессирующий пациент, но, к примеру, и домашнее животное (Федорович Е.Ю., Варга А.Я., 2009). Стабилизируя семейную систему, объект заботы становится вектором приложения усилий близких людей и смыслообразующим фактором для референтного родственника (Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2012; Медведев С.Э., Коцюбинский А.П., 2013).

Практически и социально важен аспект агрессивного поведения больных шизофренией. Агрессию можно рассматривать как сложный феномен, который базируется на инстинктивном «первичном влечении» и трансформируется под влиянием внешней среды в более или менее приемлемые социокультуральные формы (Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Шейнина Н.С., 1995).

Как один из аспектов феномена агрессии, представителями этологического направления были изучены так называемые зональные пространства. Впервые данный феномен был описан W.H. Burt в 1943 г. Позднее K. Lorenz (Kinzel A.F., 1970) описал агрессивное поведение животного в ответ на «нарушение границ» его территории особью того же вида; в данном случае проявляется «стратегия хозяина» (Мак-Фарленд Д., 1988). Насколько далеко простирается эта территория, зависит, главным образом, от того, как густо населены места, в которых это животное проживает. Существует мнение, что территориальная агрессия играет защитную роль и несет в себе позитивные моменты. Экспериментальные исследования показали, что агрессивное поведение на «нейтральной территории» уменьшается, так как нахождение животного в этих условиях является для него новой стрессовой ситуацией. Ряд исследователей (Horowitz M.J. et al., 1964; Lorenz K., 1966; Hildreth A.M. et al., 1971) модель территориального поведения животных пытались перенести на исследование определенных паттернов агрессивного поведения человека. Полученные данные легли в основу представлений о так называемой «буферной зоне» как здорового, так и больного человека (Horowitz M.J. et al., 1964; Hildreth A.M. et al., 1971). При сравнительном изучении психически больных с агрессивным и неагрессивным поведением выявлено, что размеры «буферной зоны» первой группы пациентов значительно превосходили (примерно в четыре раза) размеры такой зоны у второй группы.

Границы личности соотносятся с границами микросоциальной группы – семьи, и границами подсистем (родительской, детской, супружеской и пр.). В дисфункциональной семье формирование вертикальных коалиций и перевернутой иерархии приводит к невозможности выстраивания признаваемых всеми членами семьи границ. Латентная конкуренция и псевдолояльность сопровождаются разноплановыми актами вербальной и невербальной агрессии, инструментом которой и посредником становится идентифицированный пациент.

Г. Бейтсон (2004) обращал внимание на преобладание невербального компонента коммуникации в определении порядка передаваемого сообщения и формирования паттерна коммуникации названного им double bind – предполагаемого автором этиологического фактора шизофрении. Клинические исследования (Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э., 2009, 2012; Sellwood W., 2007; Bressi C. et al., 2008; Schmidt-Kraepelin C. et al., 2009) показали высокую эффективность системно ориентированных психотерапевтических подходов.

Целесообразно проведение соответствующего современным требованиям исследования динамики адаптационных и психопатологических показателей, с учетом этологических и системных подходов, на материале отечественных лечебных и реабилитационных учреждений.

МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Ильин И.В., Лосев Л.В.

Тула

Тульская областная КПБ №1 им. Н.П. Каменева

Согласно эпидемиологическим данным, 22% коечного фонда психиатрического стационара занимают пациенты, находящиеся в больницах свыше года, а в ряде психиатрических больниц России эта цифра достигает 50-60%. Таким образом, часть стационарного коечного фонда «блокируется» хронизированными больными, потребляющими непропорциональную часть ресурсов психиатрической службы. В процессе длительного нахождения в психиатрических больницах у пациентов формируются явления «госпитализма» – утрата навыков самостоятельного проживания и социального функционирования, происходит профессиональная дезадаптация, теряются родственные связи. Синдром «госпитализма» служит дополнительным препятствием к выписке таких пациентов из больницы, обуславливает частые повторные госпитализации.

В 2014 г. в Тульской областной клинической психиатрической больнице № 1 им. Н.П. Каменева открылся новый для психиатрии Тульской области вид оказания стационарной помощи – медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. Формы и порядок оказания реабилитационной помощи в данном подразделении больницы отражены в Приказе МЗ РФ № 566н от 17.05.2012 года, а также предусматриваются в стандартах оказания медицинской помощи, утвержденных МЗ РФ. Медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, является промежуточным звеном между госпитальным и внебольничным проживанием, в нем созданы условий, приближенные к домашним – больные проживают в отдельной части корпуса в меблированных комнатах с санузлом, ванной, помещением для приготовления пищи. Имеется круглосуточный сестринский пост, комната для проведения досуга и работы с психологом. Реабилитационный компонент включает в себя модульные тренинговые программы восстановления утраченных навыков независимого проживания, развития коммуникативных навыков, психообразовательные программы, трудотерапию, артерапию, досуговые мероприятия, стимулирование дневной активности больных (чтение, занятие физкультурой, общение).

В отделении предусмотрено более широкое, по сравнению с общепсихиатрическими отделениями, применение полипрофессионального бригадного обслуживания пациентов (бригада состоит из врача-психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника и специалиста по соц. защите). Проводилась подготовка психологов к новым для них групповым методам работы, апробация современных реабилитационных методик. С целью оптимизации структуры медико-реабилитационного отделения и более целенаправленного и экономного расходования средств, было принято решение взять за основу опыт уже функционирующего в течении нескольких лет общепсихиатрического отделения и биопсихосоциальную модель оказания психиатрической помощи, которая, помимо воздействия на болезнь при помощи медикаментов, подразумевает также учет субъективных психологических и социальных факторов. Это приводит к превращению пациента из пассивного объекта медицинских вмешательств в активного участника лечебного процесса. Воздействие на биологическую составляющую психического заболевания производится назначением психотропных средств – такое лечение и является прерогативой общепсихиатрического отделения, где имеется опытный обученный средний медицинский персонал, владеющий всеми необходимыми навыками; есть процедурный кабинет. Использование имеющихся помещений и оборудования для проведения поддерживающей медикаментозной терапии экономически и организационно оправдано. Воздействие на негативную симптоматику, на те части личности больного, которые были повреждены болезнью, проводится в медико-реабилитационном отделении.

Использование комплексного медико-психосоциального лечения делает возможным выписку хронизированных больных. Подготовка их к выписке, вооружение их навыками, необходимыми для независимого проживания, осознанный прием ими рекомендованных препаратов, создание комплайентных отношений между врачом и пациентом – лишь малая часть задач медико-реабилитационного отделения для формирования навыков самостоятельного проживания. В отделение направляются способные к минимальному самообслуживанию пациенты, прошедшие стационарное лечение, при невозможности выписки их домой из-за потери социальных связей либо в связи с утратой навыков независимого проживания; возраст пациентов – от 18 до 60 лет. На начальном этапе работы было сформулировано одно из условий – наличие постоянного места жительства, собственного жилья; в дальнейшем же, по мере расширения данного отделения, такое требование будет снято. Клинические показания для первой группы реабилитирующихся были ограничены шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра, в том числе, на этапе регредиентности, в период стабилизации процесса; при стойкой спонтанной или под влиянием терапии ремиссии без частых выраженных обострений и глубоких личностных изменений с установкой на социальное функционирование и трудоустройство. Противопоказаниями к направлению являются хронические алкоголизм, наркомания, токсикомания; сопутствующие тяжелые соматические заболевания, требующие постоянного наблюдения соответствующего специалиста, заразные заболевания; наличие грубых, некоррегируемых лечебными мероприятиями психопатоподобных расстройств, нарушений влечений (половые извращения, гиперсексуальность); упорная склонность к бродяжничеству, общественно-опасное поведение; неблагоприятно протекающие формы шизофрении с частыми обострениями симптоматики, актуальными для больных галлюцинаторными, бредовыми и другими психотическими расстройствами, дезорганизующими их поведение. Нежелательным являлось направление в отделение больных с отсутствием установки на самостоятельное проживание. В отделении в обязательном порядке пересматривается и оптимизируется использование психотропных препаратов, их доз и режимов приема. Преимущественно назначаются атипичные нейролептики последних поколений, антидепрессанты и другие средства с учетом их ресоциализирующего эффекта. Социально-восстановительная работа предполагает восстановление утраченных документов (паспортов, медицинских полисов, страховых свидетельств, пенсионных удостоверений и проч.), регистрацию по месту жительства, оформление группы инвалидности; восстановление или оформление пенсий; поиск близких больных, восстановление родственных связей, выполнение функций законных представителей больных в судебных и других инстанциях. Ключевыми принципами работы медико-реабилитационного отделения являются: 1) партнерские отношения с пациентом и его близкими; 2) сочетание оптимизированной фармакотерапии с широким рядом психосоциальных вмешательств; 3) комплексность медицинских, психологических и социальных воздействий, многопрофессиональный подход с привлечением ресурсов сообщества, включая общественные организации самопомощи пациентов и их. Проводимые мероприятия учитывают ключевые элементы биопсихосоциального подхода – оценку реальных потребностей пациентов, планирование многосторонних лечебно-реабилитационных вмешательств, координацию помощи, защиту прав больных, в первую очередь, на получение высококачественной помощи в наименее ограничительных условиях. Реабилитационные программы повышают удовлетворенность лечением – как со стороны пациента, так и их близких, снижают уровень повторности госпитализаций и длительность лечения в условиях психиатрического стационара, улучшают бытовое функционирование до уровня, когда возможно независимое проживание и трудоустройство, повышают качество жизни больных. В настоящее время уже организовано второе смешанное медико-реабилитационное отделение на 50 коек, что отвечает современным тенденциям реформирования психиатрии с развитием новых организационных форм оказания специализированной помощи.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ НАСЫЩЕННОСТИ ЖИЗНИ СМЫСЛОМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Кишка Т.Н.

Санкт-Петербург
ГПБ№1 им. П.П. Кащенко

«Тот, кто имеет зачем жить, может вынести почти любое как» (Ф. Ницше).

Целью исследования было изучение степени насыщенности жизни смыслом у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении в стационаре общего типа, а также выявление возможного влияния психопатологической симптоматики на данную переменную.

Группа исследования включала 35 больных шизофренией (с диагнозом F 20-29 по МКБ 10). Все респонденты мужчины; средний возраст 39 лет (от 25 до 64 лет); средний стаж лечения 1,9 года (min 0,5 лет; max 6 лет).

Для достижения поставленных целей использовались тест смысложизненных ориентаций – СЖО (Леонтьев, 1992) и опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90. Полученные средние значения нашей выборки мы сравнили с нормативными данными, приведенными в методике для мужского населения.

Выявлено, что общий показатель насыщенности жизни смыслом у здоровых респондентов [M=103,10; σ=15,03] выше, чем у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении [M=93,77; σ=19,39]. У обследуемой нами целевой груп-

пы пациентов колебания показателей стандартных отклонений более выражены, что указывает на неоднородные ответы выборки. В частности, наименьшее расхождение с нормативными показателями [M=25,46; σ=4,30] отмечается по шкале «Результат» [M=24,58; σ=6,19].

Выделена разница в средних значениях по шкале «Локус контроля – Я»: меньше, чем здоровые респонденты, пациенты чувствуют себя «сильной личностью», обладающей свободой выбора и способной построить свою жизнь в соответствии представлениями и желаниями: [M=19,65; σ=6,46] и [M=21,13; σ=3,85], соответственно.

Среднее значение по шкале «Цели» [M=29,65; σ=6,79] также ниже нормативного значения [M=32,90; σ=5,92].

Получить удовлетворение от жизни, как от процесса, больным, страдающим шизофренией и находящимся на принудительном лечении, хоть и в стационаре общего типа, сложнее, чем условно здоровым. На это указывают показатели шкалы «Процесс» испытуемых [M=27,38; σ=6,15] и здоровых респондентов [M=31,09; σ=4,44].

По шкале «Локус контроля – жизнь» получили следующие средние результаты: [M=26,19; σ=6,53], что ниже, чем у здоровой и свободной группы респондентов: [M=30,14; σ=5,80]. Наши пациенты, надо заметить, небезосновательно, считают, что им в меньшей степени дано контролировать свою жизнь, воплощать свои решения и желания.

Интересно, что ни одна из шкал опросника, как и общий показатель насыщенности жизни смыслом, не имеют достоверных корреляций с возрастом больного или со стажем заболевания.

Были выявлены взаимосвязи между показателями некоторых шкал опросника с патопсихологическими симптомами.

Достоверно отрицательно «параноидное мышление» влияет на степень удовлетворенности результатами прожитой жизни (r=-0,536, p≤0,01). В свою очередь, чем больше выражено «параноидное мышление» тем в меньшей степени пациенты нашей выборки убеждены в том, что именно они контролируют свою жизнь. Об этом говорит отрицательная корреляция с субшкалой «локус контроля – жизнь» (r=-0,429, p≤0,05).

«Депрессивные симптомы» (r=-0,484 1, p≤0,05), повышенная «тревога» (r=-0,431, p≤0,05) и «враждебность» (r=-0,429, p≤0,05) отрицательно действуют на способность испытывать чувство удовлетворенности от прожитой части жизни.

Наличие «обсессивно-компульсивной» симптоматики, отрицательно влияет на наличие целей в будущем (r=-0,422, p≤0,05).

Таким образом, психофармакологическое и психотерапевтическое воздействие на психопатологическую симптоматику может благотворно влиять на динамику насыщенности жизни смыслом. Важность экзистенциальных проблем не требует доказательств, а заострение внимания на данной целевой группе продиктована малой изученностью вопроса на настоящий момент. Данное исследование представляет собой этап в многоступенчатом изучении этого сложного вопроса.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СТРУКТУРЕ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Койрах И.А., Новак Н.С., Канцурова Е.В.

Омск
БУЗ КПБ им. Н.Н. Солодникова

Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для взрослого населения на 100 койко-мест предназначено для медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении активной терапии в связи с ухудшением психического состояния при отсутствии показаний к недобровольной госпитализации и полностью соответствует Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведении, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566н.

Принципы работы отделения воплощают современный подход к лечению, реабилитации и социальной адаптации лиц, страдающих психическими расстройствами. Эта модель предполагает осуществление психиатрической помощи единой полипрофессиональной бригадой.

Реабилитационные мероприятия осуществляются поэтапно с учетом психического статуса и уровня социальной адаптации пациента.

Диагностический этап. Проводится оценка социальных и бытовых условий, проводится PANNS, ЭПО, Совет полипрофессиональной бригады, на котором определяется уровень реабилитационного потенциала каждого пациента, разрабатывается индивидуальный план ведения, согласно их диагностических проблем.

Этап активной психофармакотерапии. При тяжелом психическом состоянии внедрение реабилитационных программ преимущественно в индивидуальной форме. Объем работы зависит от состояния пациента.

Реабилитационный этап. Используемые программы и направления работы различаются в зависимости от уровня социальной адаптации.

Для пациентов с выраженной социальной дезадаптацией и умеренной социальной адаптацией приоритетным направлением является психообразование, установление партнерских взаимоотношений пациентов с членами терапевтической бригады и индивидуальная работа по необходимым модулям в отделении, либо на дому.

При проведении индивидуальной работы на дому пациенты мотивируются на участие в групповой работе в отделении. Групповая работа проводится для адаптированных пациентов и пациентов со сниженным уровнем социальной адаптации, прошедших начальный цикл индивидуальной работы. Диапазон достаточно широк: от тренинга навыков независимого проживания до навыков социального взаимодействия.

Групповая и индивидуальная работа с пациентами проводится на всех уровнях, всеми членами полипрофессиональной бригады.

Каждый член бригады ответственен за те или иные социально-психологические навыки. Врачами формируется ответственность за состояние здоровья пациента с помощью психообразовательной работы, проводимой индивидуально и в групповой форме с пациентом и с его родственниками.

Психологом осуществляется диагностическая работа и формирование уверенного поведения, коммуникативных навыков, навыков повседневной жизни, профилактика конфликтов так же индивидуально и в групповой форме на коммуникативных и когнитивных тренингах.

Специалистом по социальной работе и социальными работниками оказывается эмоциональная, инструментальная поддержка, проводятся индивидуальные консультации как с пациентами, так и с их родственниками по различным вопросам, групповая работа, досуговая деятельность, организация культурно-массовых мероприятий. При необходимости осуществляются выезды на дом с целью оказания эмоциональной поддержки, высококвалифицированной инструментальной поддержки. Оказываются консультации по оформлению субсидий, материальной помощи, консультации и помощь при обращении в службу занятости, социальные центры города, информирование о порядке обращения в юридические службы, подготовка пакета документов для прохождения МСЭ, помощь в оформлении наследства, полисов, паспортов, ле-

карственное обеспечение, обращение в пенсионные фонды, оформление льгот, оплата коммунальных ежемесячных платежей, помощь в распределении денежных средств и покупка продуктов.

За последние три года в нашем отделении прошли лечение 1176 пациентов. Из них групповой психообразовательной работой, проведенной врачами были охвачены 368 человек, проведено 23 цикла. Индивидуальные психообразовательные беседы проводятся при каждом посещении врача и на дому.

Психологом за этот период для определения уровня реабилитационного потенциала были осмотрены все пациенты отделения. Проведено 210 ЭПО с диагностической целью. Индивидуальных консультаций проведено 1450 (пациенты и родственники). В групповой работе приняло участие 360 человек по модулям: «Тренинг познавательных способностей», «Позитивный настрой», «Снятие эмоционального напряжения, связанного с ситуацией общения», «Тренинг радости», групповые занятия с элементами арт-терапии и др. Психологом сделано 74 выезда на дом.

Специалист по социальной работе и социальные работники провели 2649 индивидуальных консультаций (пациенты, их родственники и повторные консультации), проведено индивидуальной работы по различным модулям 3487 случаев, оказано инструментальной помощи 692 пациентам. Проведены 43 цикла групповых занятий по модулям: «Независимое проживание», «Личная гигиена», «Рациональное питание», «Распределение денежных средств», «Досуговая группа», «Эффективное общение», «Сказкотерапия», «Группа Самовзаимопомощи» и др. В групповой работе приняли участие 541 человек. Выездов на дом сделано 3780.

В результате проводимых мероприятий повышается качество жизни и социальное функционирование психически больных, отмечается улучшение их социального статуса.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПОВТОРНО ГОСПИТАЛИЗИРУЕМЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Коновалова О.Ю., Пащенко И.Е., Колесник И.И., Данилкова Е.В., Лихтина Е.Б.

Краснодар
ГБУЗ Специализированная КПБ №1

Проблема оказания терапевтической помощи в условиях психиатрического стационара включает: ограниченную возможность обследования, частое выявление побочного эффекта психотропных препаратов и ограниченную возможность снижения их дозировки, трудность сбора полного анамнеза из-за непродуктивного контакта, стертость проявления соматических расстройств из-за психического состояния больного, полипрагмазию (Краснов А.А., Козлова С.Н. 2010). У больных шизофренией отмечается большая частота соматических заболеваний, зачастую недостаточный уровень оказания помощи, тяжесть соматической патологии (Шмуклер А.Б., 2011). В последние годы имеет место ухудшение переносимости нейролептиков при терапии шизофренией, особенно у больных с сопутствующими заболеваниями, риском развития тех или иных побочных эффектов нейролептической терапии, что оказывает существенное влияние на среднюю длительность пребывания пациентов в условиях круглосуточного стационара (Рукина Н.Ю., Годобина О.А., 2010, 2012).

Материалом исследования стали 720 психических больных, поступивших на лечение в мужское отделение в ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» в течение 2014 г., на которых приходился наибольший процент регоспитализации – пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями и пациентов, употребляющих алкоголь. Самые многочисленные по нозологии группы представляли пациенты шизофренией и органическими расстройствами.

Среди больных, употребляющих алкоголь, городских жителей было 36,8%, сельских – 63,2%. 9,8% пациентов имели в анамнезе суицидальные попытки; значительная часть из них злоупотребляли другими ПАВ; большая часть пациентов имели склонность к агрессивным и бытовым конфликтам. Большинство имели средне-специальное образование. Около трети пациентов не состояли в браке, почти каждый второй находился в разводе. Проживали отдельно или с родителями около 60% пациентов. Не имели никакой работы – 67,5%; из них имели группу инвалидности 90,2% больных шизофренией и 57,9% больных с органическими расстройствами.

Психические больные с коморбидными расстройствами, проживающие в сельской местности, недостаточно психологически готовы к использованию психиатрической и наркологической помощи. Лишь 1/2 обратились к врачу по поводу своего заболевания, 1/3 – однократно посетили врача после выписки из стационара и только 18,3% посещали участкового психиатра до 3-х месяцев; нарколога больные не посещали вообще. Наиболее частыми социально-дезадаптирующими факторами, как у городских, так и у сельских жителей, являлись: одиночество, наследственная отягощенность психическими расстройствами (18,2%), алкоголизация отца (37,4%), алкоголизация в роду (10,9%), инвалидность, семейно-бытовые проблемы (41,7%), наследственная предрасположенность к соматическим заболеваниям (11,2%). Сложность курации таких пациентов заключалась в том, что они часто отказывались от дальнейшего лечения после снятия абстинентного синдрома и редукции острых психических расстройств. Полный курс лечения удается провести только при активном участии в его процессе близких пациента (в 64,8% случаях).

Другая изучаемая группа включала лиц с сопутствующими соматическими заболеваниями, из них повторно поступивших – 33,5%. Сложности ведения пациентов этой группы: пролонгация пребывания на койке в виду комплексного лечения, резистентность к терапии, необходимость назначения средних или малых доз антипсихотиков на фоне использования препаратов для лечения соматических заболеваний. В этой группе больных большинство были жителями сельской местности. Среди коморбидной патологии доминировали сердечно-сосудистые заболевания патологией (43,2%), заболевания печени (13,2%), желудка и 12 перстной кишки (6,7%); большая часть расстройств были сочетанными. Большинство пациентов этой группы проживали в сельской местности. В период после выписки из стационара у всех исследуемых пациентов наблюдались бытовая неустроенность, незанятость, невозможность устроиться на работу, материальные трудности, одиночество, бытовые конфликты, алкоголизация, уклонение от осмотра врача-психиатра и профилактического лечения. Дополнительным фактором, затрудняющим адаптацию пациентов и обеспечение преемственности в оказании им помощи, является отсутствие в некоторых районах сельской местности внебольничной психиатрической помощи, отдаленность районов от участкового врача-психиатра, дороговизна транспортного сообщения.

Указанные выше клинические и социально-демографические особенности повторно госпитализируемых пациентов обуславливают необходимость полипрофессионального подхода (с участием нарколога, терапевта, кардиолога, гастроэнтеролога) в оказании им как стационарной, так и внебольничной психиатрической помощи.

ПРОГРАММЫ СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ

Ландышев М.А., Петров Д.С.

Рязань
Областная КПБ им. Н.Н. Баженова,
Рязанский ГМУ им. И.П. Павлова

Российская психиатрия за последнее десятилетие прошла значительный путь реформ, ознаменовавшийся уменьшением числа психиатрических коек, изменением контингентов лиц, получающих психиатрическую помощь, сокращением длительности стационарного лечения, снижением первичного выявления психических расстройств и др. При этом в РФ сохраняется высоким уровень повторности госпитализаций в психиатрические стационары: в 2012 г. он составил 21,4% (Гурович И.Я., 2014).

В Рязанской области, начиная с 2003 г. коечный фонд сократился на 455 психиатрических коек, что составило практически четверть от имевшихся (1965 коек), показатели повторности госпитализаций незначительно превышают общероссийские, составив в 2013 г. 21,7%. Вопрос о причинах частых госпитализаций в психиатрические стационары и способах их профилактики остается актуальным.

Цель исследования: изучить социальные и клинические характеристики контингента больных с частыми госпитализациями (БЧГ) за 10 лет (2003 и 2013 гг.).

Материал и методы: сплошным невыборочным методом изучены случаи повторных госпитализаций пациентов одного из городских районов в Рязанскую областную клиническую психиатрическую больницу. Всего обследовано 177 человек (114 чел. в 2003 г. и 63 чел. в 2013 г.). Проведен анализ медицинских карт стационарного больного и амбулаторных карт Рязанского областного клинического психоневрологического диспансера. В качестве контрольной группы изучен 61 пациент (30 чел. в 2003 г. и 31 чел. в 2013 г.), госпитализирующийся в психиатрический стационар не более одного раза в год. Обследованные группы пациентов имели однородные характеристики по полу, возрасту, нозологической структуре, длительности заболевания.

Результаты настоящего исследования показали особенности медико-социального статуса БЧГ при сравнении с контрольной группой больных.

Основным диагнозом, «ответственным» за частые госпитализации, является шизофрения (68,37%), вторым по распространенности – диагноз органического поражения ЦНС (18,64%), чаще в виде органических психозов и /или слабоумия (16,95%). Подавляющее большинство часто госпитализированных лиц было представлено больными шизофренией женщинами (42,37%). Обследованные БЧГ, как правило, имеют длительные сроки заболевания и проводят в стационаре суммарно более года (за последние пять лет), а общее число госпитализаций за этот срок составило 6,08±2,96. При этом длительность одной госпитализации у половины пациентов составляет от 30 до 90 дней.

Сравнительный анализ групп больных показал, что обследованные пациенты достоверно не отличались по уровню образования, семейному положению, составу семьи, трудовому статусу. В то же время результаты исследования позволили выявить медико-социальные маркеры (причины) частых госпитализаций:

- Поддерживающее лечение регулярно принимает только около трети пациентов с частыми госпитализациями (36,72%), в контрольной группе таких пациентов 72,13%; 28,81% БЧГ полностью отказываются от поддерживающего лечения, в контрольной группе – только11,48%.

- Почти треть БЧГ после выписки не посещает ПНД (в контрольной группе – менее 10%).

- Посещения диспансера пациентами с частыми госпитализациями, в основном (73,02%) носят редкий, нерегулярный характер (1-2 раза в год, фактически, один раз после выписки, второй – перед госпитализацией); в контрольной группе таких пациентов менее 13%.

- Стационарзамещающие технологии, которые могли бы предотвратить повторные госпитализации, такими больными также практически не используются: 95,24% пациентов с частыми госпитализациями за пять лет ни разу не направлялись в дневной стационар (в контрольной группе 64,5%).

- Более половины больных с частыми госпитализациями получали психиатрическую помощь в недобровольном порядке (в контрольной группе менее 7%).

- В группе БЧГ преобладали конфликтные отношения с ближайшим окружением (40,11%), в контрольной группе отношения с родственниками были в основном (70,49%) хорошими.

- Родственники пациентов контрольной группы достоверно чаще (42,65% vs 14,12%) посещают участкового врача (сопровождая пациентов) интересуются получаемой больными терапией, принимают участие в терапевтическом процессе.

Полученные результаты о влиянии социальных факторов на частоту госпитализации лиц с психическими расстройствами, позволяют сделать вывод о целесообразности совершенствования и расширения программ семейной реабилитации, направленных на информирование семей пациентов о необходимости поддерживающего лечения и посещения амбулаторной службы, нормализацию взаимоотношений в семьях, активизацию участия близких пациента в терапевтическом процессе и ориентированных на целевую аудиторию родственников пациентов с частыми госпитализациями.

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лебедева Г.Г.

Санкт-Петербург
ГПБ №1 им. П.П. Кащенко

В последние десять лет в психиатрии, в том числе и отечественной, возник повышенный интерес к вопросам социального функционирования и качества жизни пациентов (Hansson L. et al., 2003; Мовина Л.Г., 2005; Мухаметшина З.Ф., 2009; Руденко С.Л., 2013). Нарушение социального функционирования при шизофрении касается адекватности социального восприятия, вербальных коммуникаций, способности к решению межличностных проблем и сложных жизненных ситуаций (Вишневская О.А., Гвоздецкий А.Н., Петрова Н.Н., 2012).

Социальные последствия при шизофрении выражаются в дестабилизации личностных отношений, отрывом от семьи, общества, искажением привычных форм деятельности, общения (Головина А.Г., 2000).

Целью исследования явилось изучение особенностей социального функционирования пациентов шизофренического спектра.

Материал исследования. В исследовании принял участие 131 пациент с параноидной шизофренией (F 20.0 по МКБ-10) и 53 пациента с шизотипическим расстройством (вялотекущая шизофрения) (F 21 по МКБ-10) в возрасте от 18 до 50 лет. Группы пациентов являлись сопоставимыми по своим основным социально-демографическим характеристикам. Критерии отбора: наличие клинически установленного диагноза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; отсутствие на момент обследования острой психотической симптоматики, информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Методы. Для определения психосоциального статуса пациентов использовался «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера (2000). Достоверность различий полученных результатов проверялась с помощью U- критерия Манна-Уитни.

Результаты. Общее благополучие. Пациенты с параноидной шизофренией показывают более высокие показатели удовлетворенностью жизнью в целом, ощущения благополучия.

Здоровье. У пациентов с параноидной шизофренией больше хронических соматических заболеваний, при этом, оценивают свое психическое здоровье, здоровье в целом, удовлетворенность физическим самочувствием и психическим здоровьем выше (p=0,03), чем пациенты с шизотипическим расстройством.

Работоспособность. Пациенты с параноидной шизофренией меньше удовлетворены своей физической работоспособностью, и больше удовлетворены интеллектуальной продуктивностью, чем пациенты с шизотипическим расстройством.

Дневная активность. Пациенты с параноидной шизофренией меньше совершают прогулок, меньше смотрят телевизор (p=0,01), меньше занимаются своим отдыхом, но чаще посещают магазины, чаще пользуются транспортом, посещают театры, места отдыха и общаются с друзьями.

Дневная активность. Пациенты с параноидной шизофренией выше оценивают свою дневную активность, и удовлетворенность активностью, чем пациенты с шизотипическим расстройством.

Доход. Пациенты с параноидной шизофренией ниже оценивают свой доход и удовлетворенность своим материальным положением, чем пациенты с шизотипическим расстройством.

Жилье. Пациенты с параноидной шизофренией, выше оценивают свои жилищные условия, и удовлетворенность ими.

Питание. Пациенты с параноидной шизофренией ниже оценивают свои затраты на питание, и удовлетворенность питанием, при этом, они считают, что питаются лучше, чем пациенты с шизотипическим расстройством.

Одежда. Пациенты с параноидной шизофренией меньше удовлетворены своей одеждой и ниже оценивают ее обеспеченность, чем пациенты с шизотипическим расстройством.

Семья. Пациенты с параноидной шизофренией ниже оценивают свои взаимоотношения с родственниками, и потребность иметь друзей, чем пациенты с шизотипическим расстройством. При этом, пациенты с параноидной более удовлетворены семейным образом жизни, широтой общения, и менее удовлетворены отсутствием семьи (p=0,02), положением в семье, характером общения с окружающими, чем пациенты с шизотипическим расстройством.

В целом, пациенты с параноидной шизофренией, только в некоторых оценках социального функционирования и качества жизни отличаются на уровне статистической значимости от пациентов с шизотипическим расстройством.

Оценка социального функционирования и качества жизни пациентами с параноидной шизофренией отличается от восприятия родственниками и врачами.

Заключение. Выявление показателей социального функционирования и качества жизни представляется важным для формулирования задач по психосоциальной реабилитации. Для преодоления нарушений восприятия своей жизни у пациентов с параноидной шизофренией, а, соответственно, развития навыков эффективного социального взаимодействия и повышения качества жизни необходимы выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышения уверенности в себе с помощью тренинга когнитивно-социального функционирования, перестройка системы внутрисемейных отношений, посредством информирования, консультирования и системной семейной терапии.

ТРУДОУСТРОЙСТВО ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ПРИМЕРЕ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Максимова Н.Е., Климок Н.В.

Тверь

ГБУЗ Тверской области Областной клинический ПНД

С 2010 г. членами регионального Региональное отделение ОООИ «Новые возможности и специалистами Тверского областного психоневрологического диспансера разрабатывается система трудоустройства инвалидов вследствие психических заболеваний.

За основу нами был взят опыт работы межведомственной бригады ПНД г. Первоуральска. Но в отличие от «модели» первоуральцев, где «межведомственная комиссия» специалистов разного профиля работает с определенной периодичностью, суть нашей «модели» – ежедневная работа штатного сотрудника – социального работника по трудоустройству инвалидов, который объединяет работу разных специалистов из центра занятости (ЦЗ), медико-социальной экспертизы (МСЭ), психологов, психиатров, социальной службы.

Было заключено «соглашение» между ЦЗ и нашим ПНД о сотрудничестве в трудоустройстве наших пациентов, согласно которому ЦЗ выделяет специалиста, который представляет нам вакансии каждые 10-14 дней и список пациентов ПНД, состоящих на учете в ЦЗ в качестве безработных.

На первом этапе работы происходят встречи с каждым пациентом, подбор подходящего рабочего места, обсуждение графика работы, условий и оплаты труда, переговоры с работодателем. На втором этапе организуется сопровождение пациента к рабочему месту и оказание ему помощи при контакте с работодателем. На третьем этапе осуществляется контроль социальной службы за трудоустроенными, но только по желанию работающих пациентов.

Под постоянным контролем социальной службы находятся только те пациенты, которые определены на рабочие места по государственной региональной программе. В 2010-2011 гг. была принята «Антикризисная программа» для поддержки инвалидов в трудоустройстве с обустройством рабочего места в 30 000 руб. С января 2012 г. действует «Региональная программа Тверской области по реализации дополнительных мероприятий по содействию трудоустройства незанятых инвалидов»: работодатель получает от ЦЗ 50 000 руб. за специально оборудованное место для инвалида. По этим программам 6 пациентов работают по специальностям: росписчик художественных изделий, подсобный рабочий, уборщик, грузчик, сборщик сувениров.

Постоянный контроль за работающими пациентами возможен только при наличии договора между ЦЗ, работодателем и работником, что дает нам право требовать от руководства предприятий отчета в соблюдении режима неполного рабочего дня, перерывов, отпуска, прав инвалидов и т.д. Все три этапа – подбор рабочего места, сопровождение к рабочему месту и контроль за работой пациентов – являются главными составляющими поддерживаемого трудоустройства.

Со временем определились 3 основные группы безработных.

К первой группе относятся те соискатели, что стоят в ЦЗ на учете и приходят к нам за дополнительными вакансиями. Это самая инертная группа. Большинство пациентов состоят на учете только для получения пособия по безработице. Очень часто предложенную помощь в поисках работы они игнорируют: не являются на встречи, не отвечают на звонки, придумывают разные причины своей пассивности.

Вторая группа – это те соискатели, которые ранее были клиентами ЦЗ, но по разным причинам ушли из Центра и самостоятельно занимаются поиском работы. В нас они видят посредника между ними и работодателями.

Третья группа – самая большая и самая мобильная. Это пациенты, которые не пользуются услугами ЦЗ и даже зачастую не имеют группу инвалидности, а значит и ИПР. Им мы рекомендуем пройти медицинскую комиссию и получить ИПР, а чтобы не терять время, проводим консультацию с лечащим врачом соискателя, который подскажет, сможет ли пациент выполнять ту или иную работу.

Работа с родителями пациентов и их родственниками является неотъемлемой частью трудоустройства. Каждый третий соискатель приходит с мамой, женой, мужем для поддержки. Процесс поиска рабочего места часто сопровождается интенсивными телефонными переговорами с родными.

На базе ЦЗ пациенты, состоящие на учете, могут получить новую профессию. Обучение длится от 2 до 4 месяцев. После обучения и получения специальности ЦЗ не гарантирует трудоустройства и снимает с учета соискателя.

Процесс поиска нужного рабочего места долог и может тянуться от одного до семи месяцев и более. За период работы к нам обратились 136 пациентов, из них были трудоустроены 93 (68%), 19 из которых поменяли от 2 до 7 мест работы. По своей профессии трудоустроен 21 человек (22%), на неквалифицированную работу определен 58 пациентов (62%); в ЛПМ определены 15 человек.

К сожалению, наши пациенты недолго задерживаются на рабочем месте. Продолжительность работы на одном месте колеблется от 1 месяца до года. Текучка охватывает почти половину пациентов. Основные причины ухода пациентов с работы: по собственному желанию (60%, тяжелые условия труда); увольнения после одномесячного испытательного срока (35%); сокращение штатов (5%). Очень осложнило процесс трудоустройства новое правило о приеме на работу (с 2012 г.) – обязательное прохождение соискателем медицинской комиссии. На сегодняшний день из 93 трудоустроенных пациентов работают 32 человека.

В работе по трудоустройству мы используем не только те вакансии, которые предоставляет ЦЗ, но и базу вакансий еженедельных газет «Работа», «Ярмарка», «Новая работа». В 2013 г. лечебно-производственные мастерские переехали в новое здание, построенное на территории диспансера. Здесь успешно работают три цеха: швейный, столярный, картонажный, мастерские по керамике, батику, художественной вышивке.

Таким образом, созданная в ГБУЗ ОКПНД инновационная модель трудоустройства психически больных показала свою эффективность и играет важную роль в трудовой реабилитации пациентов.

О БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ МИШЕНЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Мальцева Е.А., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.

Киров
Кировская ГМА

Актуальность. реабилитация пациентов молодого трудоспособного возраста с параноидной шизофренией должна строиться на биопсихосоциальном подходе с параллельным использованием психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации, что повышает эффективность проводимых мероприятий (Christodoulo G., 2009; Лиманкин О.В., 2012 и др.). Уточнение биопсихосоциальных мишеней реабилитационной работы поможет определить основные направления воздействий.

Цель исследования: выделить основные мишени реабилитации пациентов молодого трудоспособного возраста с параноидной шизофренией с учетом длительности болезни.

Материал и методы. На базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева было проведено клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование 129 пациентов молодого трудоспособного возраста с параноидной шизофренией (от 18 до 44 лет). Женщины составили 58,9%, мужчины – 41,1%. Средний возраст – 31,3+5,8 лет. В городе проживало – 49,6% пациентов, в селе – 50,4%. В зависимости от длительности болезни пациенты были распределены на группы: I гр. – пациенты с длительностью заболевания до 5 лет – 52 чел., II гр. – от 5 лет до 10 лет – 38 пациентов, III гр. – от 10 до 20 лет – 39 чел.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования нами были выделены мишени реабилитации пациентов молодого трудоспособного возраста с параноидной шизофренией (биологические, социально-психологические, психологические (психотерапевтические)).

Биологические (биомедицинские) мишени – воздействие посредством нейромедиаторных систем головного мозга на продуктивную, негативную и когнитивную симптоматику. В группе пациентов до 5 лет параноидной шизофрении наблюдалась высокая активность параноидного компонента болезни; от 5 до 10 лет: ослабление параноидного компонента заболевания и постепенное нарастание волевых расстройств; от 10 лет и более: дальнейшее нарастание волевых расстройств, увеличение длительности и частоты госпитализаций.

Социально-психологические мишени:

- недостаточная информированность пациентов по вопросам заболевания (среди всех пациентов, независимо от длительности заболевания);

- проблемы профессиональной деятельности (до 5 лет: незаконченное профессиональное образование или его отсутствие; потеря профессии, связанная с социальными ограничениями и проблема выбора доступных видов труда; от 5 до 10 лет: постепенное снижение мотивации на труд; 10 лет и более: продолжается снижение мотивации на труд, вплоть до полной ее потери с формированием отрицательной трудовой установки);

- недостаточный уровень социального функционирования (у пациентов всех групп, с тенденцией к формированию пассивной жизненной позиции и сокращению досуговой деятельности среди пациентов с длительностью заболевания 10 лет и более);

- высокий уровень стигматизации (среди всех пациентов);

- нарушения взаимодействия с микросоциальным окружением (невысокая информированность родственников по вопросам клиники и терапии шизофрении; искаженные представления родственников о заболевании и как следствие предъявление завышенных требований к больным без учета их возможностей на разных этапах болезни; недостаточный комплайенс; нарушения внутрисемейных взаимоотношений и проблемы взаимопонимания пациентов и родственников; нуждаемость родственников в психологической (психотерапевтической) помощи) – среди всех пациентов.

Психологические и психотерапевтические мишени:

- нарушения внутренней картины болезни (до 5 лет – недостаточная сформированность внутренней картины болезни; от 5 до 10 лет и 10 лет и более – искаженная внутренняя картина болезни);

- невысокий уровень комплайенса с низкой мотивацией на прием психофармакотерапии и психосоциальной терапии (особенно среди пациентов с длительностью шизофрении до 5 лет);

- проблемы межличностных контактов (преобладание зависимых стилей общения и социального поведения) с выраженной внутренней неудовлетворенностью собой с тенденцией к нарастанию по мере увеличения длительности заболевания;

- дезадаптивные типы приспособительного поведения (до 5 лет – формирование патологических типов приспособительного поведения; свыше 5 лет – их закрепление);

- неадекватный уровень самооценки (среди всех пациентов);

- нарушение уровня притязаний (среди всех пациентов).

Выводы: несмотря на достаточную условность предложенного нами деления мишеней реабилитации, оно применимо для более четкого понимания и обоснования дифференцированных направлений реабилитационной деятельности и помогает специалистам полипрофессиональной бригады определить основные точки воздействия.

К ВОПРОСУ О ПСИХОДИАГНОСТИКЕ МОТИВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ШКАЛА ОЦЕНКИ АПАТИИ (AES)

Миняйчева М.В., Папсуев О.О., Семенова Н.Д.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Снижение психической активности у больных шизофренией расценивается как проявление негативной симптоматики, и считается одним из основных компонентов психопатологии расстройств шизофренического спектра. Уже на начальном этапе заболевания отмечаются явления апатии, скудеют интересы, мельчают потребности, появляется равнодушное отношение к тому, что раньше волновало больного.

Патология мотивационной (мотивационно-потребностной) сферы – центральное звено личностных нарушений при шизофрении. Многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл (учеба, работа, отношение к родителям, отношение к лечению), утрачивается – происходит обеднение побудительной и смыслообразующей функции мотивов (Поляков Ю.Ф., 1974; Критская В.П., 1991; Коченов М.М., Николаева В.В., 1978; Семенова Н.Д., 2010).

Нарушения мотивации у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра сказываются и на отношении больных к терапевтическим мероприятиям, к лечению и реабилитации. Сохранение у пациента мотивации на лечение и обеспечение приверженности терапии, следование рекомендациями в плане реабилитации – важный путь профилактики обострений психических расстройств (Гурович И.Я., 2007; Фурсов Б.Б., 2012).

Проблема мотивации при шизофрении является сложнейшим пластом, где переплетаются измененные и пораженные патологические мотивы, нарушения целеполагания, где меняется эмоциональное отношение к миру, к другим, и т.п. Поэтому психодиагностика мотивации у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра является актуальной задачей при планировании направленных реабилитационных вмешательств.

В настоящее время для оценки мотивации у больных шизофренией используются различные инструменты, в фокусе которых – разные объекты диагностики, разные виды мотивации (внешняя, внутренняя) и т.п. Первой попыткой оценить мотивацию при шизофрении была разработанная в 1974 году шкала MERS (Maller O., 1974). Данный инструмент основывался на теории Маслоу, и разделял потребности и побуждения больных на «высшие» и «низшие». Шкала не получила широкого распространения, преимущественно по причине недостаточного отражения клинической картины дефицитарной симптоматики.

В 80-х годах R.M. Ryan создал шкалу, на основе которой позже был создан опросник IMI-SR (Intrinsic Motivation Inventory for Schizophrenia Research) (Choi et al., 2009). Опросник IMI-SR используется для оценки внутренней мотивации у больных шизофренией, проходящих те или иные обучающие программы.

Для косвенной оценки мотивации широко используются и клинические шкалы – PANSS и SANS.

Ряд инструментов оценки мотивации в качестве объекта диагностики – выбирает ее «энергетическую» составляющую – анергию, апатию. Так, для оценки мотивации у более широкого круга больных (больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, пациенты с первым психотическим эпизодом, лица с органическими нарушениями – последствия черепно-мозговой травмы, болезнь Альцгеймера и т.д.) используется шкала оценки апатии – Apathy Evaluation Scale (AES) (Marin R.S. et al, 1991; Lueken U. et al, 2006).

Шкала AES оценивает поведенческие, когнитивные и эмоциональные аспекты данного состояния. Оценивается целенаправленность поведения (отсутствие или снижение усилий, инициативы), степень угасания интересов, степень выраженности эмоционального безразличия. Шкала включает 18 утверждений, которые необходимо оценить по шкале от 1 до 4 (1 – совсем не верно; 2 – скорее не верно; 3 – скорее верно; 4 – определенно верно) – опираясь на данные о самочувствии пациента и его поведении за последние 4 недели. Шкала AES представлена в трех версиях: самоопросник для пациента (AES-S), опросник для кого-либо из родственников пациента (AES-I), а также опросник, заполняемый врачом или другим специалистом (AES-C) в виде частично структурированного интервью. Время заполнения бланка составляет от 10 до 20 минут.

Проведение интервью требует особых условий (отдельное помещение, условия тишины). Ситуация тестирования представляет собой отрезок реальной жизни пациента, поэтому крайне важно создать доверительную атмосферу. После установления контакта начинается беседа, идущая в русле предложенной авторами инструкции: «Я собираюсь задать вам ряд вопросов о ваших мыслях, чувствах и деятельности за последние 4 недели. Для начала, расскажите о своих интересах. Хотелось бы узнать обо всем, что кажется вам интересным. Это могут быть увлечения, работа, деятельность, которой вы занимаетесь или планируете заняться; чем вы обычно занимаетесь дома или за его пределами, делаете ли это с другими людьми или в одиночку; меня интересуют также увлечения, которыми вы в настоящее время по каким-то причинам заняться не можете, но которые представляют для вас интерес». Ответы пациента записываются. Оценивается круг интересов пациента, содержание его потребностей. Отмечаются следующие три параметра – количество «интересов»; степень детализации по каждому из «интересов»; аффективные реакции пациента (вербальные и невербальные). Затем интервьюер просит пациента рассказать, как обычно проходит его день. Специалист также отмечает степень детализации рассказа, интенсивность и продолжительность участия пациента в различных мероприятиях, его эмоциональные проявления в ходе рассказа. Выставляя оценки, специалист фиксирует не только то, что пациент говорит, но и то, как он об этом говорит (предъявляемый пациенту тест, по сути, является реальным отрезком жизни больного, и слова специалиста вызывают у пациента реальное переживание). Здесь также происходит оценка по трем параметрам – целенаправленное поведение (снижение работоспособности, отсутствие усилий и инициативы); когнитивные составляющие апатии (отсутствие интересов, любопытства, отсутствие цели и ценностей, соответствующих возрасту больного); эмоциональные составляющие апатии (эмоциональное безразличие, снижение эмоциональных реакций). Вышеназванные три версии шкалы AES имеют высокую согласованность между собой, однако, авторы отмечают, что заполнение шкалы клиницистом (AES-C) наиболее предпочтительно.

Для оценки результатов производят перекодировку ответов и, далее, суммируют их. Авторы приводят нормативные данные для каждой из версий шкалы, но с некоторыми ограничениями (малая выборка, 30 человек); влияние культуральных и возрастных особенностей и т.д.; при этом рекомендуется использовать собственную нормативную базу. Пороговые баллы AES располагаются в промежутке от 18 до 72. При оценке здоровых взрослых людей показаны следующие средние баллы: AES-C: 26 (+/- 6); AES-I: 26 (+/- 7,5); AES-S: 28 (+/- 6).

Авторы методики отмечают, что изначально шкала была разработана для оценки пациентов, находящихся на амбулаторном наблюдении. Пребывание пациентов в стационаре, в реабилитационных центрах и т.д., безусловно, отражается и на их мотивационной сфере, однако, по мнению авторов, это не указывает на слабость шкалы AES, а служит лишь показателем значимости средового окружения. В практическом руководстве по использованию шкалы даны рекомендации по оценке апатии у больных, находящихся вне дома (госпитализированных в больницу, реабилитационный центр и т.д.); здесь также учитываются сроки пребывания пациентов в данных учреждениях.

По согласованию с авторами, сотрудниками Московского НИИ психиатрии шкала оценки апатии AES была переведена на русский язык. В настоящее время на базе медико-реабилитационного отделения института проводится адаптация шкалы, оценка ее надежности, а также сбор нормативных данных.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ИХ СЕМЕЙНОГО ОКРУЖЕНИЯ

Некрасов М.А., Гарданова Ж.Р.

Орел
Орловский ГУ

Психическое заболевание оказывает выраженное влияние на повседневное функционирование человека, существенно трансформируя его социальный статус (Незнанов Н.Г., Масловский С.Ю., Иванов М.В., 2004), возможности межличностного общения (Шмуклер А.Б., 1999; Лимакин О.В., 2007), семейные отношения (Петров Д.С., 2012), приводя к инвалидизации, сокращению продолжительности активной жизни и, в конечном итоге, к экономическим потерям государства и общества.

Цель исследования: изучение различных аспектов повседневного функционирования психически больных и их семейного окружения для оптимизации программ психосоциальной реабилитации и терапии.

Материал и методы: исследование осуществлялось методом социологического опроса на базе Орловского областного психоневрологического диспансера. После получения информированного согласия опрошено 1042 психически больных, проходивших амбулаторное лечение и 580 их родственников. Опрос проводился по специально разработанным структурированным анкетам. Анкета для больных включала 102 вопроса, разделенных на шесть тематических блоков, анкета для родственников – 51 вопрос, включавших четыре блока информации. Заполнение анкет респондентами контролировали специально проинструктированные медицинские работники. Часть вопросов в анкетах для больных и их родственников были идентичными.

Результаты и их обсуждение: среди лиц, страдающих психическими расстройствами, участвовавших в анкетировании, соотношение мужчин и женщин было примерно равным: 47,8 и 52,2% соответственно, с доминирующей возрастной категорией «21-45 лет». Среди опрошенных родственников пациентов преобладали женщины – 78,32%; причем 60% из них были старше 45 лет и преимущественно являлись родителями больных (57,49%) или их супругами (23,57%). Исследование показало, что свыше 70% психически больных имели группу инвалидности. Более 2/3 (80%) пациентов лечились в психиатрических больницах, при этом 37,15% пациентов – в недобровольном порядке. Выявлена прямая зависимость между уровнем образования и социальным статусом больных. Большую часть среди них составили рабочие – 33,66%, на долю колхозников приходилось 25,05%, служащих – 20,02%, студентов – менее одного процента (0,68). На момент обследования постоянную оплачиваемую работу имели только 15,86% пациентов, но лишь каждый восьмой (12,5%) сохранил свой профессиональный уровень. У многих больных выявлен негативный послужной список, сопровождаемый частыми сменами работы. Каждый шестой пациент (16,7%) отмечал многократную смену работы (от 3 до 5 раз и более). По всей видимости, именно с этими факторами была связана неудовлетворенность психически больных своим материальным положением (67,92%). Учитывая, что большинство (77,37%) пациентов находилось в трудоспособном возрасте (21-60 лет), полученные данные могут свидетельствовать о выраженной трудовой дезадаптации и неэффективной социализации исследуемого контингента. Психическое заболевание существенно влияло на качество жизни психически больных: ухудшение самочувствия отметило 84,4% респондентов, сужение круга интересов – 35,97%, повышенную эмоциональную чувствительность – 38,96%, снижение самооценки – 75,41%, ухудшение семейных взаимоотношений – 77,96%, резкое снижение сексуальной активности – 72,31%.

Участие и помощь семьи признаны в современной психиатрии важным реабилитационным фактором, и этому аспекту в исследовании уделялось большое внимание. Психически больные, в основном, воспитывались в неполных семьях (41,42% – без отца), где был высок процент безразличных (20,5%), а зачастую и конфликтных (27,36%) взаимоотношений. Помимо родителей, у обследованных больных имели место неустойчивые отношения и с близкими родственниками (41,7%), которые 11,7% случаев носили конфликтный характер, а в 22,2% – оценивались пациентами как «холодные». Напряженность во взаимоотношениях с родственниками была более выражена у больных молодого возраста ($p<0,05$).

Среди опрошенных лиц преобладали (36,69%) холостые; около j (24,91%) пациентов были разведены и лишь 29,4% больных состояли в зарегистрированном браке. Подавляющему большинству (90,58%) холостых пациентов на момент обследования было меньше 45 лет; это люди, которые не успели или не смогли создать семью в наиболее подходящем для этого возрасте. Большая часть (69,11%) разводов происходила в возрасте от 21 до 45 лет, т.е. в самом репродуктивном периоде. Большинство (77,96%) пациентов считали, что их семейные отношения стали хуже: пропал интерес к семье, близкие изменили прежнее отношение к больному или брак и вовсе распался.

Психическое заболевание резко меняло жизнь и внутренний мир не только больного, но и его близких людей, особенно находящихся с ним в постоянном контакте. Более чем одна треть опрошенных родственников (38,82%) отметили, что болезнь близкого человека накладывает серьезные ограничения на их профессиональную деятельность: 9,53% респондентов потеряли возможность работать вообще; 12,31% – не могли работать по специальности; 16,98% – не имели возможности работать полный рабочий день. Более половины (56,79%) родственников психически больных считали, что болезнь близкого человека серьезно изменила повседневный уклад их жизни: 17,38% респондентов вынуждены проводить с больным достаточно много времени; 31,15% – постоянно думают о больном, что сужает их социальные возможности; 8,95% не могут оставить больного одного в силу его зависимости от помощи другого человека.

В процессе анкетирования выявилась потребность родственников психически больных в дополнительной информации о психических расстройствах. Значительное количество (73,8%) опрошенных лиц не были удовлетворены полученной

от врача-психиатра информацией о болезни и методах лечения близкого человека. Причем респонденты не знали, где можно получить дополнительную информацию о заболевании своего родственника (46,3%), полагающихся семьям больных льготах (33,79%) и наиболее эффективных лекарственных препаратах (30,0%). Почти треть респондентов (30,98%) не знали своих прав как членов семьи психически больного, а 17,8% – никогда не задумывались, о том, что такие права у них имеются.

Выводы. Медико-социальное исследование выявило негативное влияние психической болезни на все уровни повседневного функционирования пациента – личностный, семейный и социальный. Наличие психического заболевания оказывало значительное влияние на различные аспекты жизни ближайшего социального окружения пациентов – членов семьи больного и близких ему людей – накладывая ограничения на их профессиональную деятельность, активность в повседневной жизни, что негативно отражалось на их эмоциональном состоянии.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ОБЩЕГО ТИПА

Некрасов М.А., Крутых Е.Г.

Орел
Орловский ГУ

Эффективность использования методов психосоциальной реабилитации при лечении психических расстройств в настоящее время не вызывает сомнений (Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., 2001; Гурович И.Я., 2014). Важным вопросом в практической реализации реабилитационных стратегий является выбор методической и технической оснащенности данного процесса. Одной из техник, достаточно часто использующихся в процессе психосоциальной реабилитации, является психотерапия и, особенно, такое ее направление, как групповая психотерапия (Кабанов М.М., 1998; Бабин С.М., 2006).

Цель исследования: разработка практической модели использования групповой психотерапии в работе психиатрической больницы общего типа.

Материал и методы. На базе Орловской областной психиатрической больницы (ООПБ) было проведено 28 терапевтических групп, средней численностью 8 человек каждая. В групповой процесс включались пациенты с невротическими расстройствами (F 40 – 49 по МКБ – 10), расстройствами поведения (F 60 – 62), неврозоподобной симптоматикой в рамках эндогенных (шизофренического (F 21) и аффективного (F 32, 34) спектров) и органических расстройств (F 06, 07). Использовались методы психологического тестирования: СМИЛ, опросник Шмишека, тест Люшера; рейтинговые шкалы (Гамильтона, Спилбергера), а также проективные психологические методы. Ретестирование по батарее психологических тестов применялось для оценки эффективности психотерапии.

Результаты и обсуждение. В ООПБ на базе двух отделений (психосоматическое и отделение неврозов) внедряется система психосоциальной реабилитации пациентов, основанная на концепции «терапевтическая среда – терапевтическое сообщество». Базовым компонентом данного подхода является использование различных вариантов групповой психотерапии. Психотерапевтическая группа, как модель терапевтического сообщества позволяла, во-первых, провести обучение врачей – психиатров навыкам создания и ведения неформальных терапевтических групп, во-вторых, начать процесс формирования полипрофессиональных бригад специалистов в пограничных психиатрических отделениях ООПБ.

Группы формировались таким образом, чтобы в их составе было примерно одинаковое соотношение мужчин и женщин. Важнейшим критерием отбора являлось стремление удержать разницу в возрасте пациентов в пределах 10 – 15 лет. Естественно, обращалось внимание на желание пациентов участвовать в группе и соблюдать условия группового соглашения. Работа каждой психотерапевтической группы начиналась с выбора органов самоуправления; избирались: староста и члены группы, ответственные за различные направления ее деятельности. На первых групповых занятиях повышался уровень тревожности пациентов за счет включения их в групповой процесс (усиливалось чувство неопределенности). Предполагая подобную динамику состояния больных, во время проведения групповых занятий использовались различные игровые ситуации. Блиц-опрос, проводимый во время занятий, показал правильность выбранной тактики. Все больные отмечали, что после игровых отрезков занятий они становились более раскрепощенными, свободными в своих действиях, поступках и высказываниях, начинали чувствовать эмоциональную близость к другим членам терапевтической группы. Первые занятия проводились структурировано, с использованием психотерапевтом директивного стиля ведения группы. В качестве ко-терапевтов на всех групповых занятиях присутствовали клинические психологи, социальные работники, врачи – психиатры пограничных отделений. В последующем, на фоне сохранения структурированности занятий, менялся стиль ведения группы – на партнерский или отстраненный. При переходе от индивидуальной работы с больными к групповым формам лечения, изменялся и уровень передачи ими информации о себе и своем состоянии. Представленность среды межличностного взаимодействия приводила к «включению» выработанных и зафиксированных стереотипов поведения. Срабатывал феномен «дорасшифровки личности больного» при переходе от индивидуально – центрированной терапии к групповых формам лечения. Неоднократно во время групповых занятий больные представлялись иначе, чем в индивидуальном контексте. Некоторые черты личности и важные для больного конфликты и проблемы открывались легче в групповой обстановке свободного выражения эмоций, нежели чем в индивидуальной беседе. Моделирование во время групповых сессий различных ситуаций межличностных взаимодействий проливало более яркий свет на реальные отношения пациента с людьми, что часто в собственном рассказе больного во время индивидуальной психотерапии бывало ложно представлено.

В процессе проведения групповых занятий в зависимости от клинических и личностных особенностей пациентов были выработаны два типа ведения групп. В закрытые группы, основной терапевтический эффект которых базировался на факторах групповой динамики, включались пациенты с невротическим уровнем расстройств (30% от всего числа проведенных групп). Соответственно, основную роль в полипрофессиональной бригаде играли психиатр – психотерапевт – клинический психолог. По методике открытых групп, работавших на принципах дидактической психотерапии и психокинезиорелаксации, занимались все остальные клинические группы пациентов. Акцент в ведении подобных групп смещался от дискуссионно-интеракционных методов к тематическим беседам, психогимнастике, арт-терапии, обучению релаксационным приемам и т.д. Профессиональный состав бригад в данном случае трансформировался в сторону преобладания в ней специалистов этих областей знаний.

Выводы. Внедрение методов групповой психотерапии в процесс реабилитации психически больных позволило отметить следующие эффекты: сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, снижение уровня тревожности, осознание собственных мотивов и установок поведения, облегчение формирования социальных контактов и совершенствование коммуникативных навыков, изменение типов реагирования в различных фрустрационных ситуациях.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ И КОГНИТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРАКТИКУ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д., Миняйчева М.В.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Введение. Нарушения социального функционирования – один из основных факторов снижения качества жизни у пациентов с шизофренией. Эти нарушения проявляются практически в каждой области жизни больных, – в их занятости, межличностных отношениях, социализации и независимом проживании [Harvey P.D. et al., 2004]. Именно нарушения социального функционирования ведут к инвалидизации и являются одним из факторов, поддерживающих инвалидность среди больных шизофренией на достаточно высоком уровне [Hegarty J.D. et al., 1994]. В последние годы исследователи особо выделяют дефицит нейро-когнитивных, социально-когнитивных и мотивационных факторов в плане их влияния на социальное функционирование. Производятся попытки через нарушения различных доменов социальных когниций проследить патогенетический механизм развития симптомов шизофрении [Marwik K. et al., 2008].

Сдвиг акцента на внебольничное звено при оказании психиатрической помощи, активное развитие новых форм помощи ведет к поиску соответствующих современным тенденциям программ реабилитации больных шизофренией, базирующихся на принципах сберегающе-превентивной реабилитации. И.Я. Гурович описывает реабилитацию как «восстановление или формирование утраченных в условиях, нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности». Закономерно, точки приложения реабилитационных воздействий сосредотачиваются вокруг нейрокогниций, мотивации и социальных когнитивных функций.

Описанный подход идет в одном ряду с исследованиями мотивации у больных шизофренией [Barch D.M., 2005], в рамках которых мотивации отводится роль ключевого посредника между нейрокогнитивными и социально-когнитивными функциями [Nakagami E. et al., 2008], что во многом определяет социальное функционирование пациентов. Данные взаимодействия должны находить отражение в терапевтических подходах [Gard D.E. et a.l, 2009].

С учетом вышеизложенного, в отделе внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи МНИИП – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России была разработана программа вмешательства, включающая мотивацию к реабилитации и тренинг социально-когнитивных функций. Программа была успешно апробирована в условиях медико-реабилитационного отделения клиники МНИИП.

Целью настоящего исследования явилось внедрение комплексной программы психосоциальной и когнитивной реабилитации в практику региональных психиатрических учреждений.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе медико-реабилитационного отделения МНИИП – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница», санаторного отделения СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко, медико-реабилитационного отделения ГБУЗ ПБ №4 им. П.Б. Ганнушкина.

По 2 специалиста из каждого учреждения (психиатр, психолог) в ходе специального семинара на базе медико-реабилитационного отделения МНИИП участвовали в обучающих теоретических и практических занятиях по методикам проведения тренинга мотивации и метакогнитивного тренинга, а также методикам оценки психопатологической симптоматики, когнитивных и социально-когнитивных функций.

В комплексную программу включались пациенты с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в стабилизированном состоянии, находящиеся на стационарном или полустационарном лечении. Допускалось наличие негрубой подострой или резидуальной симптоматики, не определяющей поведение пациентов, дающей возможность пациентам участвовать в групповой терапии.

Результаты. Работа по набору пациентов для участия в комплексной программе началась незамедлительно в марте 2014 года и продолжалась до октября 2014. В каждом регионе прошло от 1 до 3 последовательных циклов комплексного вмешательства. Такое различие было обусловлено факторами, связанными с летним сезоном, уходом персонала в отпуска, в том числе по беременности. Всего было обследовано 65 пациентов, мужчин – 28 чел. (43,1%), женщин – 37 чел. (56,9%). Средний возраст составил 37,6±11,1 лет.

Из 65 обследованных пациентов 11 человек не были включены в групповую работу по причине выраженности психопатологических расстройств (PANSS>85 баллов), еще 10 пациентов имели выраженные депрессивные расстройства (CDSS>10 баллов) и не включались в группу обследования по этой причине до стабилизации состояния. Показатель выбывания составил 15,9%, что вполне согласуется с тяжестью выборки больных.

Обсуждение. В отличие от предыдущего исследования, проведенного нами на выборке стабилизированных пациентов клиники научно-исследовательского института [Папсуев О.О. и соавт., 2013], данное исследование было максимально приближено к реальным условиям широкой клинической практики крупного психиатрического учреждения. Был реализован трансляционный принцип, когда научно-обоснованный подход был одномоментно внедрен сразу в трех медицинских учреждениях.

Обученные специалисты были вынуждены столкнуться с реалиями повседневной практики, заключающихся в сокращении длительности пребывания пациентов на койке, формализации подхода к работе с больными, феноменом «вращающихся дверей». Треть обследованных пациентов (32%) по своему психическому состоянию (отсутствие ремиссии по критериям шкалы PANSS, клинически значимая депрессивная симптоматика по шкале CDSS) не могла участвовать в групповой работе, в то время как изначально эти пациенты рассматривались как возможные кандидаты для участия в программе.

Выводы. Полученный опыт внедрения в практику реабилитационных подразделений региональных психиатрических учреждений современных методов психосоциальной терапии и реабилитации позволяет рассматривать их эффективность в оптимистичной перспективе. Данный пример комплексного подхода к социально-когнитивным вмешательствам не является исчерпывающим и должен быть дополнен или видоизменен в соответствии с выявляемыми мишенями реабилитационной работы и потребностями пациентов.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Петров Д.С., Коновалов О.Е., Ландышев М.А.

Рязань
Рязанский ГМУ им. И.П. Павлова

Цель и актуальность исследования. Ряд исследований показывает, что для большинства психически больных людей

характерен дефицит социальных навыков, существующий либо изначально, либо вследствие длительной госпитализации. В свою очередь пациенты, получающие разные виды поддержки от семьи, друзей, коллег по работе, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят повседневные жизненные трудности и заболевания. Роль социальной поддержки – смягчение влияния стрессоров, сохранение здоровья и благополучия, облегчение адаптации, протекционирование развития личности (Гурович И.Я., 2007; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2008).

Необходимо обратить внимание на то, что в научных исследованиях и в прикладном плане имеет ценность не только измерение социальной поддержки, но и количественная оценка ее восприятия. Вышесказанное имеет особое значение при психических заболеваниях, когда под влиянием комплекса факторов (стигматизация, хроническое течение психических расстройств, инвалидизация и др.) сужаются границы социальной поддержки – эмоциональных и инструментальных возможностей.

Материалы и методы. Придерживаясь предложенной гипотезы, нами была проведена оценка оказываемой и воспринимаемой социальной поддержки у лиц с психическими расстройствами, находящихся на стационарном лечении. Проведено анкетирование 577 пациентов: среди обследованных мужчин – 199 человек, женщин – 378.

Диагностика уровня социальной поддержки проводилась с помощью опросника «Оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психи-чески больных» (Sommer G., Fydrich T., 1989), который позволяет оценивать специфику социальных связей у отдельных пациентов. По результатам опросника оценивались уровни эмоциональной и инструментальной поддержки, социальной интеграции, удовлетворенность социальной поддержкой по пятибалльной шкале.

Результаты и их обсуждение. При статистической обработке данных уровня социальной поддержки в исследуемых группах получены следующие результаты.

Во всех группах опрошенных пациентов средняя оценка удовлетворенности уровнем социальной поддержки была неудовлетворительной, остальные субшкалы опросника (эмоциональная, инструментальная поддержка, социальная интеграция, доверительные связи) были оценены всего лишь удовлетворительно (3,2-3,9 балла).

Несмотря на удовлетворительные показатели по четырем видам социальной поддержки, общий уровень удовлетворенности в балльном выражении, а особенно в частотных характеристиках остается явно низким (за исключением лиц с невротическими расстройствами). Это может свидетельствовать о том, что социальная поддержка у пациентов, страдающих психическими заболеваниями, не вполне соответствует запросам данного контингента. Практически половина опрошенных ответили, что «Нуждаются в большем понимании и внимании от других людей».

Выводы. В результате проведенного исследования среди пациентов психиатрического стационара выявлен низкий уровень удовлетворенности социальной поддержкой в целом, при относительно удовлетворительных оценочных показателях эмоциональной, инструментальной поддержки, социальной интеграции и доверительных связей. При сравнении отдельных сфер выявлено несоответствие в оценке предлагаемой социальной поддержки и ее удовлетворенностью «потребителем», следовательно существует необходимость структурной реорганизации, расширении системы социальной поддержки у данного контингента больных, научное обоснование и внедрение в практику новых методов, ориентированных на адаптацию пациентов в микросоциальном окружении.

С целью определения влияния социальной поддержки на уровень качества жизни пациентов был проведен корреляционный анализ. Выявлено, что качество жизни, состояние психической сферы, социальных взаимоотношений больных психическими расстройствами находится в прямой корреляционной зависимости от качества поддержки (эмоциональной, инструментальной, социальной), оказываемой семейным окружением.

Таким образом, наиболее важное значение для социализации пациента имеет микросоциум, или социальная среда, которая непосредственно влияет на его интеграцию в общество. Психосоциальное вмешательство на микросоциальном уровне должно быть направлено на работу с ближайшим окружением больного, включая психотерапевтические, психообразовательные формы вмешательства независимо от диагностической категории. В случаях потери или отсутствия у пациента близких родственников усилия специалистов необходимо сосредоточить на замещение естественной сети социальной поддержки (семьи), осуществляемое путем создания искусственной социотерапевтической среды: специальных общежитий, клубов социальной поддержки, групп само-помощи, благотворительных фондов, ассоциаций лиц с психическими расстройствами и их родственников, других общественных организаций.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА: ТРАДИЦИОННО-РЕЛИГИОЗНЫЙ КОНТЕКСТ

Петрова А.И., Копотиенко О.В., Прокаева О.И., Кисляк З.В., Могиль О.В.

Омск
БУЗ КПБ им. Н.Н. Солодникова

Первый этап становления психиатрии в России можно назвать монастырским. Со всей Руси в монастыри свозили душевнобольных и бесноватых. Монахи относились к ним, как к братьям во Христе, которые нуждались в христианской любви, облегчении страданий молитвами, уходом. С октября 1917 года почти восьми десятилетий в России отвергалось духовное понимание всякой болезни, но в настоящее время даже врачи-атеисты считают, что для верующих пациентов религия – важнейший фактор излечения.

Нами проведено исследование отношения к религии и ее реабилитационного потенциала у пациентов, которые находятся на принудительном лечении в отделении специализированного типа. Это больные, которые совершили тяжкие правонарушения чаще всего в состоянии алкогольного, либо наркотического опьянения. Большинство пациентов являются хронически больными, с выраженными психопатоподобными изменениями личности, когнитивным дефицитом, склонные к агрессивным и импульсивным действиям, они получают терапию психофармакологическими препаратами.

Проведено исследование с анкетированием православных пациентов отделения, а также верующих больных Омского психоневрологического интерната. Число православных пациентов в обоих случаях составляет около 30% контингента. Пациенты отвечали на следующие вопросы: 1. Что значит в вашей жизни православная вера, церковь? 2. Как вам помогает общение со священником? Все пациенты отметили, что общение со священником духовно наставляет, облегчает жизнь с теми «грехами«, которые они совершили, помогает очистить душу от тяжелого груза, вселяет веру в прощение своих ошибок. Становится легче жить с верой в Бога, который прощает грехи. По мнению многих пациентов, церковь помогает поверить в себя, дает силу, терпение, желание меньше грешить, жить по заповедям Божьим. Встреча со священником, как посредником между людьми и Богом, приносит душевное успокоение, позволяет радоваться жизни даже в условиях ограничения свободы, жить с

теми грехами, которые совершены. Проживающие Омского психоневрологического интерната общаются со священнослужителями с 2012 г. У них есть возможность посещать близлежащие храмы. Также их посещают священнослужители и волонтеры из храма Святой мученицы Татианы Омской Епархии Русской Православной церкви, оказывающих душепопечительство, находящих шефов и спонсоров, которые дарят проживающим настольные игры, спортивный инвентарь, участвуют в досуговых, развлекательных, спортивных мероприятиях, закупают необходимые материалы для творческих работ проживающих. Представители храма по связям с общественностью обеспечивают транспорт, чтобы вывозить футбольную команду к местам проведения соревнований, творческие коллективы на гастроли по другим психоневрологическим интернатам. Помогают в организации выставок творческих работ проживающих на ежегодной Православной Покровской выставке-ярмарке Омской Епархии Русской Православной церкви. Оказывают содействие в налаживании партнерских отношений психоневрологического интерната с некоммерческими общественными организациями. Волонтеры помогают вывозить пациентов-колясочников на экскурсии, концерты, выставки, фестивали, которые организуются совместно с обществом инвалидов.

Результаты анкетирования проживающих психоневрологического интерната во многом схожи с результатами анкетирования пациентов 11 отделения. Проживающие называют церковь – «мой дом родной», где они «отдыхают от греха«, общаются с братьями и сестрами во Христе, чувствуют облегчение, радость, счастье всепрощения после исповеди, молитвы. Ходят в церковь, что «вылечить душу, замолить грехи». Верят, что Господь «защитит от напастей». Многие видят смысл жизни в соблюдении постов, строгого стиля в одежде, возможности поминовения умерших. Отмечают, что под влиянием церкви стараются быть добрыми, помогать людям.

Сотрудники обоих учреждений также отмечают благотворное влияние церкви на пациентов, которые стали спокойнее; редуцировались агрессия, злобность, раздражительность; поведение стало более конструктивным, упорядоченным. Верующие оказывают благотворное влияние на атеистов, агностиков, а также исповедующих другую веру. Значительно смягчились нравы в общении пациентов отделения и проживающих Омского психоневрологического интерната друг с другом, с персоналом, охраной. Верующие ждут общения со священнослужителем, готовятся к встрече. Некоторые читают религиозную литературу. Таким образом, сотрудники обоих психиатрических учреждений вместе с православными священнослужителями выполняют общую задачу по восстановлению социального статуса психически больных, осознанию ими социальных ценностей, возвращению к социально-полезной жизни, нивелируют деструктивные и агрессивные проявления их поведения, а следовательно, вместе с психиатрической службой осуществляют реабилитацию и профилактику общественно-опасных действий.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА КАНИС-ТЕРАПИИ

Распутина А.Р., Очнева О.В., Гуркина М.О., Гольтяева М.Е., Решетова О.А., Назаренко А.В.

Владивосток

Краевая клиническая детская психиатрическая больница

Актуальность. В настоящее время психические расстройства занимают большое место среди причин инвалидизации детей, что приводит к существенному ухудшению качества их жизни. Многочисленные трудности таких пациентов имеют биологическую, психическую, социальную природу, и, как правило, проявляются комплексно во взаимосвязи и взаимозависимости, хотя и в разной степени выраженности (Л.Т. Козловская, 2014); в связи с этим необходимо искать и находить новые методы реабилитации и психокоррекции. Канистерпия это реабилитационные либо абилитационные действия любого направления (социально-психологическая, неврологическая, двигательная, комплексная либо иная реабилитация) с использованием специально обученной собаки в качестве сотерапевта. Канис-терапия при работе с детьми, страдающими психическими нарушениями, вносит свой определенный вклад в решение проблем, связанных с социализацией больных, и способствует развитию адаптационных навыков и, как следствие, улучшает качество их жизни.

Цель исследования. Оценить эффективность канис-терапии как метода реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра.

Материалы и методы. В реабилитацию было включено 8 пациентов Краевой клинической детской психиатрической больницы г. Владивостока с детским аутизмом (F84.1 «Атипичный аутизм»). Использовалось клиническое, клинико-анамнестическое, клинико-динамическое наблюдение, рейтинговая шкала детского аутизма CARS.

Упражнения для детей делились на 6 типов сложности – от простых действий без контакта с собакой и вожатым до самостоятельного общения с собакой. Уровень сложности и продолжительности контакта постепенно увеличивался.

Результаты исследования. Канис-терапия эффективна благодаря особым механизмам воздействия на организм детей, страдающих расстройствами аутистического спектра. Под воздействием температуры тела собаки отмечался согревающий эффект и вследствие плотного соприкосновения расслаблялась мелкая и поверхностная мускулатура ребенка, снижалась спастичность мышц, уменьшались явления гиперстезии. За счет синхронизации дыхательных ритмов ребенка и собаки происходило уменьшение тревоги, беспокойства, отмечалось расслабление. При контакте с шерстью собаки у детей в процессе работы улучшалась тонкая моторика, движения ребенка становились менее вычурными, мимика более живой, поддерживался контакт собаки и пациента «глаза в глаза».

Для занятий с больными были разработаны постепенно усложнявшиеся задания-игры с собакой с использованием различных предметов. Ребенок и собака-терапевт, уже с первого занятия, устанавливали доверительные отношения, чаще всего основанные на «взаимных претензиях», когда собака ожидает от ребенка выполнения действий, а ребенок не желает этого делать.

Во время первого знакомства у пациентов отмечалась реакция защитного отторжения. Дети сжимали пальцы, прижимали руки к телу, отстранялись от собаки и ассистента, отдергивали руки или застывали на месте, повышали голос, громко взвизгивали, кричали, появлялась негативная гримаса. В дальнейшем, по мере увеличения встреч, реакция избегания собаки нивелировалась, появлялся интерес, который выражался рассматриванием собаки, дети, владеющие речью, повторяли произносимые ассистентом слова, имя собаки.

В дальнейшем, для стимуляции речевой активности, коммуникативных свойств, норм социального поведения, пациентам отчетливо и интонационно доброжелательно комментировались действия с собакой. Например, «здравствуй», «меня зовут….», «это собака, ее зовут…», «я глажу собаку, посмотри», «собака легла», «собака идет рядом», «ты играешь с собакой». И естественно, первыми вербальными реакциями аутистов были эхолалии, т.е повтор слов и интонаций, затем постепенно появлялись самостоятельная интонация при повторе сказанных слов, включались другие слова, дети произносили свои слова в ответ на вопрос или предложение.

Далее занятия строились по образцу первого с усложнениями. Учитывалось, что дети аутисты избегают новых действий и предметов довольно долго, поэтому мы старались избегать громких звуков и резких движений собаки, любого давления на ребенка и чрезмерного приближения к некоторым пациентам.

В процессе работы отмечались не только положительные тенденции, но также и негативные реакции в виде внезапных смен настроения, ухода в себя, у некоторых пациентов был выражен испуг и отторжение собаки. Данные проявления уменьшались или полностью нивелировались после серии занятий.

Выводы. Реабилитация детей с расстройствами аутистического спектра при помощи методов канис-терапии позволяет снять негативизм и агрессивные реакции. В процессе реабилитации устранялось тоническое напряжение, сглаживались кататонические проявления, стабилизировались положительные эмоции, улучшались коммуникативные и речевые функции. При помощи собаки-терапевта возможно включить ребенка в работу и мотивировать его к позитивным изменениям.

ПОКАЗАТЕЛИ, СВЯЗАННЫЕ С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Савельева О.В., Петрова Н.Н.

Санкт-Петербург
СПбГБУЗ ПНД №5

Актуальность. Современное развитие реабилитации больных шизофренией ориентировано не только на внедрение новых модулей и программ, но и на оценку эффективности проводимой работы. В связи с этим требуют уточнения факторы, влияющие на результат реабилитации

Цель: выявление показателей, связанных с результатом реабилитации больных шизофренией, проводимой в условиях медико-реабилитационного отделения психоневрологического диспансера (ПНД).

Материал и методы. Обследовано 75 пациентов с параноидной шизофренией, из них 56% мужского пола, направленных в медико-реабилитационное отделение ПНД на этапе ремиссии или становления ремиссии. Непрерывный тип течения заболевания (F 20.00) наблюдался у 16 пациентов (21,3%), эпизодический тип течения с нарастающим дефектом (F 20.01) у 39 (52%), эпизодический тип течения со стабильным дефектом (F 20.02) у 20 (26,7%) больных. Средний возраст обследуемых составил 45,2±1,7 года. Возраст начала заболевания – 24,1±0,1 года. Средняя длительность заболевания – 21,2±1,6 года. 37 пациентов (49,3%) включились в реабилитацию, 38 пациентов (50,7%) отказались от участия в ней.

Использовался клинико-шкальный метод с применением шкалы общего клинического впечатления CGI, позитивных и негативных синдромов PANSS, персонального и социального функционирования PSP. В рамках исследования проводилось анкетирование пациентов и их родственников. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программной системы STATISTICA for Windows версия 9. Длительность исследования составила 18 месяцев.

Результаты. Синдромальная структура заболевания пациентов характеризовалась доминированием параноидного синдрома – 93,3% больных. Галлюцинаторно-параноидный синдром был установлен у 74,7%, депрессивно-параноидный – у 61,3%, депрессивный – у 45,3%, маниоформный – у 20% больных. Процессуально обусловленные явления дефекта, были выявлены у 94,7% больных, в том числе, астенический его вариант – в 23,9%, дистонический – в 45,1% и атонический – в 31% случаев (Коцюбинский А.П. и соавт., 2004). В лекарственной терапии больных в 40% случаев использовались нейролептики второй генерации. Частые госпитализации в психиатрические стационары (1 раз в год и чаще) имелись у 26,7% пациентов; 89% были признаны инвалидами второй группы. Психическое состояние 53,3% пациентов соответствовало уровню «умеренного психического расстройства» по шкале общего клинического впечатления CGI. «Легкое психическое расстройство» было установлено у 26,7%, а «тяжелое психическое расстройство» – у 20% больных. Пихопатологическая симптоматика обследованных больных параноидной шизофренией по шкале PANSS свидетельствовала о преобладании выраженности негативной симптоматики (22,62 балла, min 7 и max 36) над позитивной симптоматикой (17,22 балла, min 8 и max 27), что определило композитный индекс как -5,55.

Показатель личного и социального функционирования составил 54,12±1,72 балла по шкале PSP (min 30 баллов и max 81 балл), что соответствует интервалу значительных затруднений в одной из основных областей функционирования (социально полезная деятельность, отношения с близкими, самообслуживание) или заметных поведенческих нарушений. Была определена выраженная степень нарушения функционирования в области социально полезной деятельности (заметные, значительные, сильные нарушения). Только у 10,6% больных нарушения в области социально полезной деятельности отсутствовали или были выражены в минимальной степени, заметной только близкому окружению. Почти половина пациентов имела заметную степень затруднений. Пятая часть больных имела значительные нарушения во взаимоотношениях с людьми, которые препятствовали выполнению функций в данной области, а у 6,7% больных – сильная степень выраженности нарушений свидетельствовала о деструктивном функционировании в этой области. Только четверть больных эффективно функционировала в области взаимоотношений со значимыми людьми. 42,7% больных параноидной шизофренией были способными к самообслуживанию в достаточном объеме. Но большая часть пациентов (около 60%), имели нарушения в области самообслуживания, в основном заметной степени, а 8% больных, имевшие значительные и 1,3% – сильные нарушения самообслуживания, находились в группе риска по утрате возможности независимого проживания. У 30,7% пациентов были выявлены небольшие нарушения поведения (легкой и заметной степени).

Анализ социального анкетирования пациентов с шизофренией и их родственников, выявил проблемы микросоциальной адаптации больных. 64% пациентов проживали с родителями или другими близкими родственниками, только 18,7% имели собственную семью, а 17,3% были вообще одиноки. При этом 62,7% пациентов оценили внутрисемейные отношения как хорошие, 21,3% – как формальные, а 16% – как конфликтные. В 26,1% случаев члены семьи проявляли гиперопеку по отношению к больному. Довольно часто (13%) встречалась демонстрация родственниками недоброжелательного отношения к больному, недооценка тяжести его состояния. Информация о реабилитационной работе, проводимой в ПНД, имелась у 43,1% родственников пациентов. Заинтересованность в участии в реабилитационных мероприятиях своего больного родственника высказали 65,5% членов семей; 26,6% – выразили безразличное отношение, а 7,8% высказались против участия в реабилитационной программе, довольствуясь сложившейся ситуацией. Адекватное отношение к болезни у родственников было установлено в 60,9% случаях.

У 87,1% пациентов, принявших участия в реабилитационных программах отмечалось улучшение функционирования и был определен удовлетворительный результат реабилитации. В 12,9% случаев наблюдалось лишь соблюдение режима медико-реабилитационного отделения. Наиболее сильное отрицательное влияние на эффективность реабилитации оказали: нарушения мышления (PANSS) ($r= -0,502$, $p<0,01$), позитивные симптомы (PANSS) ($r= -0,574$, $p<0,01$), тяжесть психического расстройства (CGI) ($r= -0,527$, $p<0,01$), частота госпитализаций ($r= -0,351$, $p<0,05$). Положительное влияние на результат реаби-

литации оказала семейная поддержка (фактор заинтересованности; r=0,431, p<0,05).

Более высокий исходный уровень социального функционирования, меньшая выраженность нарушений в его областях сопряжены с большей эффективностью реабилитации. Так, по методике PSP выявлено, что имеется прямой параллелизм между эффективностью реабилитации и уровнем социального функционирования, (r=0,446, p<0,05), функционированием в области А (социально полезная деятельность) (r=-0,395, p<0,05) и в области В (взаимоотношения с близкими и прочие социальные отношения) (r=-0,411, p<0,05).

Выводы. Факторами, позитивно влияющими на успешность реабилитации больных шизофренией во внебольничных условиях, являются: наличие заинтересованности в реабилитации у ближайшего окружения пациентов, исходная сохранность социального функционирования в областях социально-полезной деятельности и взаимоотношений с окружающими. Негативное влияние на успешность реабилитации в амбулаторных условиях оказывают: выраженность клинических характеристик болезни (в частности, таких, как позитивная симптоматика, нарушения мышления и общая тяжесть психического расстройства), а также частые госпитализации в психиатрические больницы.

КОМПЛЕКСНЫЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Самсонова Л.С., Мертвищева Т.Н.

Йошкар-Ола
ГУ РМЭ ДРКБ

В настоящее время, согласно официальным данным Министерства социальной защиты РФ, с каждым годом увеличивается количество детей с ограниченными возможностями (ОВ) здоровья. Для детей контакт с окружающим миром сужен. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что появление в семье ребенка с ОВ способствует формированию дисгармоничных детско-родительских отношений, комплекса неполноценной семьи.

Цель исследования: определить модель комплексного оказания коррекционной помощи детям с ОВ.

Материал и методы. Работа проводилась в Реабилитационном центре для детей с ОВ с дефектами умственного и физического развития дневного пребывания г. Йошкар-Олы. Основными принципами организационной деятельности центра являются:

Необходимость образования со значительными задержками в развитии.

1. Комплексность сопровождения ребенка с ОВ с индивидуальной корректировкой лечебно – оздоровительной программы.

2. Динамичность процесса сопровождения с осуществлением постоянного контроля, как за изменениями ребенка, так и его окружения.

3. Прогностичность предвидения результата его развития с последующей диагностикой и оценкой его результативности.

4. Просветительская деятельность – консультирование родителей.

В исследовании принимали участие 140 детей 3 – 18 лет в период 2013-2014 гг. Это дети с умеренной умственной отсталостью – 62% и с тяжелой умственной отсталостью – 38%. Диагностическая структура исследованных: дети с эпилепсией – 11%, болезнью Дауна – 9%, детским церебральным параличом – 35%, и другими органическими поражениями – 40%, генетическими патологиями – 3%, ранним детским аутизмом – 2%.

Основным направлением работы центра является социально – педагогическая и медицинская реабилитация. Особая роль отводилась психокоррекционным занятиям по принципу доступности занятий, систематичности и учета индивидуальных особенностей, возраста, мотиваций, навыков закрепления усвоенного материала с привлечением родителей. Соблюдалось основное правило адаптации – социализация ребенка средствами игровой деятельности: в центре оборудована темная сенсорная комната, которая помогает ребенку развить свои сенсорно-перцептивные способности, настроится на позитивное восприятие и общение с окружающими его людьми.

Выявлены лечебные характеристики сенсорной комнаты: создание положительного эмоционального фона, повышение мотивации к проведению других лечебных процедур, достижение состояния релаксации и душевного равновесия, активизация различных функций ЦНС за счет создания обогащенной мультисенсорной среды, стимуляция ослабленных сенсорных функций, развитие двигательных функций.

Большое внимание уделялось спортивно – оздоровительным мероприятиям. В физкультурном зале имеются мягкие модули, сухой бассейн, мячи «Фитбол», велотренажер, беговая дорожка, силовой тренажер, степпер, необходимые для развития различных групп мышц.

Дети распределены по 9 группам с учетом возраста, а в подростковых группах – пола. В центре соблюдается принцип интегрированности и гуманности, когда в одной группе находятся дети с различной тяжестью заболевания. Опыт показывает, что это оправданная тактика. Дети с выраженными отклонениями в развитии быстрее адаптируются в микро и макросоциуме. В конце итогового года это позволяет выделить более адаптированных и успешных детей в учебную группу, где обучают элементарной грамоте. На каждого ребенка составляется индивидуальный план реабилитации с рекомендациями специалистов – с учетом психофизических особенностей пациента.

С 2007 года практикуется прием детей с ранним детским аутизмом. Они находятся в режиме кратковременного пребывания. Но были случаи, когда дети адаптировались и их перевели на полный день пребывания.

Результаты исследования оценивались в баллах в диагностических картах (0 – не овладел, 1 – частично овладел, 2 – овладел с постоянной помощью, 3 – владеет самостоятельно). На начальном этапе средний коэффициент интеллекта был 37 баллов, в конце исследования – 42 балла. Имеется незначительное улучшение по психологическим критериям у 56% обследованных детей; улучшение у 35%, без улучшения у 6%, ухудшение у 3% (дети с органической энцефалопатией, в т.ч. с эпилептическим слабоумием).

Вывод: эффективное оказание коррекционной помощи детям с ОВ должно осуществляться в системе комплексной реабилитации, включающей медицинские, психологические, педагогические и социальные мероприятия. Это, в свою очередь помогает родителям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, освободиться от негативных эмоций и отчужденности и вносит позитивные изменения в жизнь семьи.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Саутина Т.В., Артемьева Е.А.

Омск
БУЗ КПБ им. Н.Н. Солодникова

В последнее время прослеживается тенденция к увеличению числа лиц преклонного и старческого возрастов, поступающих на принудительное лечение, в том числе и в пси-

хиатрический стационар специализированного типа. В нозологической структуре этих больных преобладают органические расстройства с выраженными когнитивными нарушениями, психотическими включениями, а также слабоумие. Среди совершенных ими ООД – преимущественно, насильственные правонарушения (ст. ст. 105, 111, 112, 116, 119 УК РФ). Следует отметить длительный алкогольный анамнез, состояние алкогольного опьянения в момент совершения деяния.

Особенностью такой группы пациентов, находящихся на принудительном лечении, помимо наличия серьезных социальных проблем, без устранения которых нельзя говорить о полноценном проведении процесса лечения, является тяжелая сопутствующая соматическая патология, делающая невозможным применения большинства психофармакологических препаратов. Психосоциальное лечение и реабилитация лиц пожилого возраста предполагает использование целого комплекса мероприятий, направленных не только на коррекцию эмоционально-волевых, когнитивных, поведенческих нарушений, но и лечение сопутствующих заболеваний и восстановление социального функционирования. Наличие клинико-социальных и правовых особенностей определяет необходимость разработки специальных реабилитационных программ, включающих медикаментозное лечение, психокоррекционные и социальные реабилитационные воздействия, что возможно при привлечении к оказанию помощи разных специалистов. Поэтому полипрофессиональная бригада должна включать, помимо врача-психиатра, психолога, специалиста по социальной работе, терапевта, невролога, а при необходимости – более узких специалистов.

Аспект реабилитации, связанный, в основном, с лечебными мероприятиями, включает проведение обследования функций органов и систем, обеспечения узкоспециализированными лекарственными препаратами (что представляет определенную проблему для психиатрического стационара), организацию рационального питания, двигательной активности и т.п. В комплекс мер медицинской реабилитации входят также физиотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия, ортопедия, снабжение компенсирующими техническими средствами, бандажами, очками, слуховыми аппаратами. Таким образом, в медицинской реабилитации заложены элементы и социальной, и социально-трудовой реабилитации, в том числе постоянная необходимость стимулирования пациента к восстановлению утраченных функций, научение элементарным бытовым навыкам, по возможности, трудотерапия, осуществляемая с учетом медицинских показаний.

При проведении лечебно – реабилитационных мероприятия важно учитывать социальную опасность лиц, находящихся на принудительном лечении, эмоционально-волевые расстройства, проявляющиеся морально-этическим снижением, эмоциональной бесконтрольностью; снижение интеллектуально – мнестических функций, повышенную внушаемость и подчиняемость, а также, в большинстве случаев, социальную дезадаптацию, алкоголизацию, отсутствие должного контроля со стороны родственников. Помимо минимальной психофармакологической поддержки, направленной на коррекцию поведенческих нарушений, эмоциональной лабильности, редукцию резидуальных психотических расстройств, акцент делается на решение социальных и юридических вопросов, налаживание родственных связей. Следует учитывать, что для уменьшения социальной опасности, предупреждения повторных ООД большое значение имеет проведение «реабилитации» с родственниками пациентов (индивидуальная работа, направленная на разъяснение структуры и характера имеющихся нарушений, необходимости постоянного контроля, обучение навыкам общения с близкими, страдающими психическими расстройствами).

Критерием прекращения или изменения вида принудительного лечения, наряду с купированием актуальной психопатологической симптоматики, компенсацией эмоционально-волевых нарушений и ситуационной лабильности, упорядоченным поведением, является социальная адаптация, социально-трудовые установки, адаптация к определенным видам работы.

Проблемой является невозможность решения социальных вопросов в случаях полного отсутствия родственных связей или наличия выраженных эмоционально- волевых, когнитивных нарушений, делающих невозможным самостоятельное проживание пациента. В этом случае акцент делается на соблюдении этапности, преемственности в проведении принудительного лечения: изменение вида принудительного лечения, его прекращение – с последующим оформлением в дом-интернат.

Таким образом, реабилитация лиц пожилого возраста, находящихся на принудительном лечении, имеет ряд особенностей, которые требуют большого внимания, осторожности в выборе тактики лечения, подбора терапии, высокой квалификации специалиста по социальной работе, обеспечивающего широкий спектр инструментальной поддержки, специальной подготовки среднего и младшего медицинского персонала. Повышение эффективности лечебно-реабилитационного процесса должно быть достигнуто путем применения дифференцированных, многокомпонентных программ, ориентированных на возрастную и клиническую специфику и подразумевает соблюдение принципов дифференцированности, комплексности и этапности принудительного лечения. Реабилитация и ресоциализация лиц пожилого возраста на всех этапах принудительного лечения служит основной его цели – профилактике общественно опасного поведения.

НОВЫЕ ФОРМЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Селянина М.Н., Максимова Н.Е.

Тверь
ГБУЗ Областной клинический ПНД

В связи с резким ростом психических заболеваний и нарушений психического развития у детей и подростков, а так же с увеличением детской инвалидности по психическим расстройствам назрела необходимость пересмотра системы оказания специализированной помощи и реабилитации детей и их семей.

На территории Тверской области в системе здравоохранения внедрена новая трехуровневая программа оказания психиатрической помощи детям, которая на каждом этапе реабилитации включает комплексный подход и осуществляется бригадой специалистов – врачом-психиатром, психотерапевтом, клиническим психологом, логопедом-дефектологом, неврологом, социальным работником, врачом лечебной физкультуры. Новая система оказания специализированной помощи показала положительную динамику в уровне психической болезненности и позволила снизить количество тяжелых форм психической патологии, уменьшить количество случаев круглосуточной госпитализации и улучшить качество жизни детей и их семей в целом. Трехуровневая система оказания психиатрической помощи детям представлена круглосуточным и дневными стационарами, а также амбулаторным детско-подростковым отделением.

Первый уровень реабилитации – стационарная специализированная помощь – оказывается в условиях детского отделения областной клинической психиатрической больницы № 1 им. М.П. Литвинова. Отделение рассчитано на 40 коек и предназначено для оказания лечебно – диагностической, социально-реабилитационной, логопедической и психологической помощи детям и подросткам от 4 до 15 лет, страдающим широким спектром психических расстройств, степень выраженнос-

ти которых существенно затрудняет лечение в амбулаторных условиях. Детское отделение является единственным в области круглосуточным психиатрическим стационаром.

В стационаре работает класс, в условиях которого осуществляется становление и развитие основных школьных умений и навыков детей (чтение, письмо). В зависимости от степени интеллектуального дефицита и поведенческих нарушений все дети и подростки разделены на группы. Обучение проводится в группах по 7- 8 человек, а также в индивидуальной форме. Работает творческая мастерская под руководством воспитателя, психолога, социального работника и других специалистов. Под руководством психолога проводится психолого-педагогическая коррекция нервно-психических нарушений у детей, а также осуществляются занятия в сенсорной комнате.

Второй уровень реабилитации проводится в условиях дневных стационаров:

1. Отделение дневного стационара по оказанию медико-психолого-социальной лечебной коррекционной и реабилитационной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами.

2. Отделение дневного стационара, где перечисленная помощь проводится в сочетании с обучением в коррекционной школе по программам VII и VIII вида.

Основными задачи дневного стационара определены следующие: уточнение диагноза и особенностей состояния пациента для подбора адекватной терапии, определение прогноза и путей реабилитации; разработка и реализация индивидуальных программ психокоррекции и реабилитации для каждого пациента, включающие формы, объемы, сроки и порядок проведения реабилитационных и лечебных мероприятий.

Дневной стационар функционирует на базе специализированной школы-интерната для детей и подростков, с обучением по программам VII и VIII вида. В школе обучаются 290 детей, в возрасте от 6 до 17лет. Из них 180 в течение недели постоянно проживают в школе. Большинство пациентов – дети из многодетных и неблагополучных семей. Средняя длительность пребывания в дневном стационаре 40 – 60дней.

Для обеспечения преемственности между стационарным звеном и амбулаторной помощью в структуре детской психиатрической службы в 2013 г. было создано отделение медико-психолого-социальной и реабилитационной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами. Основными задачами работы отделения является обеспечение мер по психогигиене и психопрофилактике, психотерапии, коррекции и социальной реабилитации детей и подростков с психическими отклонениями, а также повышение уровня успеваемости и обучаемости, снижение порога тревожности, выравнивание психоэмоционального состояния. Оказание помощи в условиях дневного стационара для детей позволяет обеспечивать тесную связь медицинского персонала с семьей ребенка и получить достоверную информацию о ней. С учетом выявленных проблем разрабатываются индивидуальные программы по целенаправленной психокоррекции и семейной психотерапии, а также психотерапии самого ребенка через гармонизацию детско-родительских и супружеских отношений, обеспечение условий для адекватной семейной адаптации больного.

Третий уровень региональной модели реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами представлен амбулаторным детско-подростковое отделением. Детско-подростковая амбулаторная служба осуществляет преемственность и тесно взаимодействует со стационарным звеном, дневными стационарами. Новшеством работы диспансера является открытие кабинета для детей раннего возраста (от 0 до 3 лет включительно). Ранее дети этого возраста наблюдались педиатрами и детскими неврологами, и только с 3-х летнего возраста родители с детьми могли обратиться к детскому психиатру. Однако немалое количество детей этого возраста нуждается в специализированной консультации на ранних этапах развития. Открытие такого кабинета оказалось очень своевременным, т.к. с 2012 года психопрофилактическая диспансеризация проводится с первого года жизни ребенка. Кабинет работает в содружестве с логопедической, дефектологической и психологической помощью, а также с семейным консультированием. Создание кабинета открыло возможность оказания специализированной помощи детям раннего возраста с психической патологией– в форме консультирования, диагностики, лечения, а также проведения ранняя профилактики психических расстройств. Более раннее динамическое психиатрическое наблюдение дает возможность оформление получения пособия на ребенка, и бесплатного льготного лечения. В структуре амбулатории открыт «кабинет социально-реабилитационной и юридической помощи», где проводятся разъяснительные беседы с родителями о возможности получения материальной помощи в структурах социальной защиты населения, оказывается помощь в оформлении документов. Семьи, нуждающиеся в обеспечении одеждой, направляются в организации «Красного Креста», в благотворительные пункты. Социальный работник занимается с детьми в арт-клубе декоративно-прикладного искусства, где дети развивают крупную и мелкую моторику, воображение, память, внимание. Детские работы оформляются в постоянно действующую обновляющуюся выставку. Дети принимают участие в городских, областных и всероссийских выставках детских творческих работ и рисунка.

Все подразделения оснащены необходимым для работы современным оборудованием – материалами для сенсорной и игровой комнат, кабинетов логопеда и медицинского (клинического) психолога, врача-психиатра, психотерапевта. Соответствующе оборудован кабинет ЛФК, спортивный зал, творческие мастерские для арт-терапии.

Предварительный анализ эффективности работы, организованной в Тверской области в условиях комплексной трехуровневой системы специализированной психиатрической помощи детям и подросткам показал положительную динамику в уровне психической болезненности и снижение инвалидности среди детско-подросткового населения, уменьшение количества тяжелых неадаптированных форм психической патологии, снижение количества случаев круглосуточной госпитализации и улучшение качества жизни в целом детей и их семей. Определяющую роль в процессе медико-социального восстановления психического здоровья детей и подростков с психическими расстройствами играет междисциплинарный бригадный подход, организационно-методическое обеспечение, разработка индивидуальных психокоррекционных программ для детей и их семей, проведение первичной психопрофилактики в рамках работы кабинета раннего возраста.

ИНФОРМИРОВАННАЯ ИССЛЕДОВАНИЯМИ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ: МОТИВИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Семенова Н.Д., Гурович И.Я.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Введение. Последние десятилетия отмечены интенсивным развитием исследований в области психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении (Гурович 2010, 2014, Kukla et al., 2013 и др.). Теоретический анализ состояния проблемы психосоциальных вмешательств при шизофрении, анализ и систематизация имеющихся эмпирических

исследований, а также направлений, форм и методов работы, – позволяет сделать вывод о ключевой роли мотивации пациента в данном контексте (Гурович & Семенова 2007, Семенова 2010; Lee 2015; Park & Sung 2013; Choi et al., 2013; Fiszdon & Reddy 2012; Chou et al., 2012).

Вместе с тем, разрыв между укоренившимися в практическом здравоохранении традиционными подходами к реабилитации психически больных, и накопившимися данными исследований – весьма очевиден. Преодолением этого противоречия уже давно занимается так называемая трансляционная медицина – «translational research» (Burke et al., 1986).

Представленная работа также идет в русле трансляционных исследований, способствующих практическому применению научных достижений для разработки и внедрения новых методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, а именно – мотивирующих вмешательств в клинической практике шизофрении.

Цель – практическая валидизация специального вмешательства, формирующего мотивацию пациента к психосоциальной реабилитации.

Методы. Трансляция результатов базовых исследований мотивации при шизофрении – в конкретное терапевтическое действие (структурированное психосоциальное вмешательство по типу «модуль»).

Экспликация связи между следующими составляющими: «методология и фундаментальные исследования», «эмпирические исследования мотивации при шизофрении», «внедрение» и «оценка».

Результаты. Вмешательство, формирующее мотивацию пациента к психосоциальной реабилитации, опирается на известные теории мотивации, хорошо зарекомендовавшие себя в мировой психиатрической практике. Взаимно дополняя друг друга, они представляют наиболее полную концептуализацию мотивации: изменение поведения по стадиям или транс-теоретическая модель (Prochaska & DiClemente, 1983), теория самодетерминации (Deci et al., 1994), интегральная модель лечебной мотивации (Drieschner, 2010). Теоретические положения, лежащие в основе конкретных приемов работы с больным (упражнений и задач), опираются на социально-когнитивную теорию и теорию Я-эффективности (Bandura, 2006), принципы «мотивирующей беседы» (Miller & Rollnick, 2002), приемы «errorless learning» (Kern et al., 2005).

Описывается программа вмешательства, предполагающая цикл занятий в формате группы. Представлены основные принципы, задачи и этапы вмешательства, а также подходы к оценке его эффективности. Несмотря на высокую структурированность, программа представляет собой не столько строгую последовательность отдельных методов и техник, сколько последовательное применение принципов мотивирования, выделенных в Руководстве по использованию «модуля» (Семенова & Гурович, 2014).

Механизмы, запускающие в действие мотивацию пациента к реабилитации, активизируются конкретными терапевтическими процедурами и техниками; а эффективность вмешательства – суть функция той степени, в которой данные механизмы (а именно, работа нескольких базовых механизмов изменения) активизируются.

Успешность психосоциального вмешательства (в его мотивирующей составляющей) определяется действием определенного набора механизмов, среди которых – собственно «мотивационный аспект»; «копинг-аспект» (опора на сохранные стороны личности, на богатство преморбидного опыта, на средовые ресурсы для совладания с болезнью); опыт пациента в преодолении болезни и понимании реальности (reality testing); возможность активизации ресурсов пациента (того, что он сам привносит в процесс лечения, в терминах его способностей и мотивационной готовности), – все это затем всесторонне используется специалистом.

Внедрение программы в клиническую практику и оценка ее эффективности предполагает следующее: 1) оценку процесса, включающую использование натуралистических данных; 2) оценку общей эффективности на различных уровнях; 3) оценку специфических эффектов в связи с теми или иными назначениями и с учетом различных клинических (проблемных) групп больных (Гурович, Шмуклер, Любов, 2009). В настоящее время программа широко используется в реабилитационных отделениях.

Выводы. Практическая валидизация «модуля» – подтверждает правомерность утверждения о том, что мотивационные процессы больных шизофренией, актуализирующиеся в ситуации работы по данному модулю, податливы, динамичны, реагируют на определенные «ключи» или стимулы, что заложены в формат занятий.

Все это имеет большой потенциал в плане дальнейшей практической реализации. В целях повышения эффективности и результативности психосоциальных вмешательств в психиатрии в разных ее модальностях (индивидуальная, групповая, семейная): от поддержки и тренинга социальных навыков – до когнитивных и метакогнитивных тренингов, а также новых форм психосоциальной терапии – следует и далее идти в русле информированной исследованиями психосоциальной терапии шизофрении, – использовать известные на данный момент терапевтические мотивирующие вмешательства, как в виде самостоятельного «модуля» (специального вмешательства, формирующего мотивацию пациента к реабилитации), так и в виде отдельных мотивирующих «включений».

ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ СВЕЖЕЗАБОЛЕВШИХ БОЛЬНЫХ ИЛИ ВСЕ НОВОЕ – ЭТО ХОРОШО ЗАБЫТОЕ СТАРОЕ

Случевская С.Ф., Случевская Н.С., Бабин С.М.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
ГКУЗ ГПБ№3 им. И.И. Скворцова-Степанова

В последние годы проблеме первых проявлений психотических расстройств уделяется особое внимание (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010). Считается, что максимально раннее терапевтическое вмешательство напрямую влияет на нейробиологические механизмы развития шизофрении и улучшает последующее социальное функционирование пациентов (Aitchison K.J. et al., 1999; Drury V. et al., 2000; Tennakoon L. et al., 2000; EPPIC). В настоящее время во многих странах мира разработаны специальные организационные формы обслуживания больных с первыми приступами шизофрении, позволяющие реализовать на практике новые подходы к их терапии и психосоциальной реабилитации, например, центр раннего предупреждения и вмешательства при психозе в Австралии (EPPIC), программа раннего лечения и предупреждения психоза в Калгари (Канада), мультицентровый национальный проект (Финляндия). С 2000 г. клиника первого психотического эпизода существует в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ. В последующем в целом ряде регионов страны открылись отделения, созданные по этой модели (Санкт-Петербург, Омск, Ставрополь, Оренбург и др.).

Внедрение и адаптацию применительно к условиям российского здравоохранения современных форм организации психиатрической помощи можно только приветствовать. Однако при этом не следует забывать, существовавший отечественный опыт во многом опередивший свое время, но не получивший, к сожалению, широкого признания в профессиональной среде. Одним из таких, безусловно, оригинальных достижений является созданное Ф.И. Случевским в психиатрической больнице

№3 им. И.И. Скворцова-Степанова специальное приемное отделение для свежезаболевших больных со свободным режимом «открытых дверей» (Случевский Ф.И., 2011).

Сегодня основными целями лечения первого приступа психоза являются, сокращение времени между началом развития психотической симптоматики и эффективной терапией; ускорение развития ремиссии с помощью эффективных биологических и психосоциальных вмешательств; уменьшение неблагоприятной реакции индивида на текущий психоз и максимальное повышение/сохранение социального функционирования и трудовой деятельности; предотвращение развития рецидива и терапевтической резистентности (Spencer E., Birchwood M., McGovern D., 2001). В качестве составных частей психосоциального вмешательства при первом психотическом эпизоде чаще всего называют индивидуальную социальную работу и различные психообразовательные программы для пациентов и членов их семей; группы социально-психологического тренинга; тренинг нейрокогнитивного дефицита (Гурович И.Я. и др., 2003; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. и др., 2004).

Читая описание Ф.И. Случевским организации работы отделения для свежезаболевших больных со свободным режимом «открытых дверей» (Костикова Л.Ф., Случевский Ф.И., 1967) можно только поражаться насколько его формулировки фактически повторяют, а на самом деле опережают на 30 лет, первые зарубежные публикации с описанием подходов к терапии данных пациентов. В отделении в течение всего дня были открыты входные двери, двери в прогулочный сад и во все подсобные помещения, что и в настоящее время редко могут себе позволить даже лучшие психиатрические клиники. Авторы особо подчеркивают, что режим открытых дверей возможен только при охвате всех больных различными видами занятости. Широко поощрялось индивидуальное творчество больных. Специально выделенная медицинская сестра по «занятости» осуществляла заполнение досуга больных различными мероприятиями в соответствии с их индивидуальными склонностями. Вне периода, когда больные получали «активную терапию», они работали на трудотерапии в лечебно-трудовых мастерских или непосредственно в отделении.

Большое внимание уделялось формированию терапевтической среды, внешнему виду отделения. Большая часть пациентов пользовалась личной одеждой, назначались дежурные по столовой и по палатам, больные самостоятельно обустраивали и украшали отделение, осуществляли мелкий ремонт, организовали передвижную библиотеку, фотолабораторию, обустроили прогулочный сад, построив там спортивную площадку, столы, скамейки и пр.

Отмечалось, что благодаря комплексному воздействию терапии, включающей как медикаментозную, так и в широком смысле этого слова психотерапевтическую составляющую, значительно ослабевала напряженность и интенсивность галлюцинаторно-бредовых переживаний, мягче протекали депрессивные состояния, пациенты продолжали деятельность в коллективе, у них появлялось чувство ответственности за свое поведение. Кратковременные лечебные отпуска позволяли сохранять семейные связи, а пребывание в домашней обстановке способствовало более быстрому формированию критического отношения к болезненным переживаниям.

В новых условиях усложнялась работа психиатра, от которого, по словам авторов «требуется тонкая и правильная оценка состояния, разумно доверчивое отношение к больному, повседневная оперативная ориентировка даже в незначительных изменениях психического состояния» (Костикова Л.Ф., Случевский Ф.И., 1967). Также изменились требования к работе среднего медперсонала, от которого, наряду с дисциплиной и повышенной бдительностью, ожидается глубокое понимание состояния пациента и более «культурный подход к нему».

Разумеется, за прошедшие десятилетия в психиатрии были тщательно исследованы и четко сформулированы терапевтические подходы к первым психотическим проявлениям, разрабатывается концепция нейрокогнитивного дефицита, существенно изменилась медикаментозная терапия, созданы разнообразные психообразовательные программы, дифференцированные психотерапевтические и психосоциальные мероприятия и т.д. Но и с учетом всех этих достижений, описанный уникальный отечественный опыт демонстрирует, что существенное улучшение качества оказания помощи возможно в условиях обычного психиатрического стационара при не формальном творческом отношении к работе и искреннем желании помочь своим пациентам.

Изучение особенностей организации работы отделения для свежезаболевших больных со свободным режимом «открытых дверей» в сравнении с современными подходами к клиникам первого психотического эпизода позволит, на наш взгляд, лучше понять как существовавшие направления развития отечественной психиатрии и реабилитации, так и будет способствовать более естественному внедрению новых достижений в повседневную психиатрическую практику.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Ульянова Е.В.

Тверь
Тверской ГМУ

Актуальность. В настоящее время особую медико-социальную значимость приобретает проблема разработки инновационных путей для оптимизации обслуживания контингента больных с хроническими психическими заболеваниями, нуждающимися в уходе и постоянном наблюдении. У пациентов, проживающих в психоневрологических интернатах, в результате социальной изоляции происходит нарастание негативных расстройств и дефекта личности. Именно поэтому, на фоне роста численности лиц с психическими заболеваниями реабилитационные мероприятия, проводимые в подобных учреждениях, являются крайне важной задачей, учитывая потребность в активации таких больных и их ресоциализации.

Целью данного исследования являлось определить нозологический состав пациентов психоневрологических интернатов Тверской области, а также рассмотреть реабилитационные мероприятия, проводимые в учреждениях данного типа.

Материалы и методы. Исследование выполнено с применением фактографического метода изучения данных государственной статистической отчетности по психоневрологическим интернатам Тверской области за 5 лет (с 2009 по 2013 гг.).

Результаты и их обсуждение. Как показал анализ состава психических и поведенческих расстройств психоневрологических интернатов Тверской области, контингент опекаемых состоит в основном из больных умственной отсталостью (53%) и пациентов с шизофренией (25,4%). На долю деменций различного генеза приходится 15,1%. Из них большую часть занимают больные с деменцией сосудистого генеза (37,5%), далее следуют эпилептическое слабоумие (19,7%), деменции травматического генеза (18,7%), болезнь Альцгеймера (13,3%), деменция в результате перенесенного менингоэнцефалита (10,8%). На долю других заболеваний головного мозга, таких как инволюционный параноид, аффективные расстройства, органические психозы, приходится 6,4%.

Среди опекаемых психоневрологических интернатов преобладают пациенты трудоспособного возраста от 18 до 59 лет (69,4%). На долю больных 60-79 лет приходится 26,9% и лишь 3,7% на долю пациентов старше 80 лет.

93% пациентов психоневрологических интернатов имеют группу инвалидности (93,8%), в структуре которой преобладает вторая группа (81,7%), на долю первой и третьей групп инвалидности приходится по 17,5% и 0,8% соответственно.

Из всех больных с хроническими психическими заболеваниями, проживающих в психоневрологических интернатах, лишь 32,5% лиц могут работать по заключению их лечащего врача, и только 22,3% действительно участвуют в трудовых процессах данных учреждений.

При рассмотрении мероприятий, проводимых в психоневрологических интернатах в реабилитационных целях, обнаружилось преобладание мер медицинского и трудового характера. Трудовая реабилитация чаще заключалась в труде больных в лечебно-производственных мастерских, участии в хозяйственно-бытовой деятельности, а также в виде трудоустройства на штатные должности в интернате. В ряде интернатов ведется профессиональная подготовка пациентов.

Активно ведется работа по организации досуга больных с хроническими психическими заболеваниями в виде сценической деятельности, коллективных экскурсий, просмотров телепередач, чтения книг в библиотеке интерната, рукоделия.

Однако обращает на себя внимание явный недостаток современных методов психосоциальной реабилитации, нехватка психологов, социальных работников и специалистов по социальной работе, недостаточное развитие программ по развитию социальных навыков и навыков управления своим психическим состоянием, отсутствие психотерапевтических методик работы с данным контингентом лиц.

Выводы. Проведенное исследование показывает явное преобладание лиц с умственной отсталостью трудоспособного возраста среди опекаемых психоневрологических интернатов. При данном условии реабилитационные мероприятия становятся особенно важными. Выявленные в ходе исследования особенности реабилитации, проводимой в данных учреждениях Тверской области, свидетельствуют о необходимости дальнейшего развития мер психосоциальной реабилитации, позволяющих более эффективную интеграцию больных с хроническими психическими заболеваниями в общество.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Ханько А.В.

Санкт-Петербург
ГПБ№1 им. П.П. Кащенко

В настоящее время не вызывает никакого сомнения тот факт, что ранняя диагностика и раннее психосоциальное вмешательство при шизофрении, уже после первого психотического приступа, может обеспечить более благоприятное течение болезни и снизить выраженность социальных потерь. При этом формой психосоциальной работы, наиболее отвечающей задаче реабилитации больных шизофренией, является групповая работа.

В отделении первого психотического эпизода Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко проводятся разные виды групповой работы с больными и их родственниками, среди которых одним из наиболее эффективных является психообразование. Психообразовательные программы, адресованные больным с первым психотическим эпизодом, представляют собой модули, рассчитанные на достаточно короткий промежуток времени и осуществляются в группах закрытого типа под руководством психиатра и медицинского психолога. Они нацелены на комплекс различных задач: предоставление больным информации о психических расстройствах и выработку у них комплайенса, обучение распознаванию признаков начинающегося обострения и совладанию с остаточной психопатологической симптоматикой, улучшение адаптации пациента, создание терапевтического сообщества и обеспечение участников «социальной поддержкой».

Психообразовательные группы для больных с первым психотическим эпизодом проводятся нами в стиле групповой психотерапии, когда участники усаживаются в круг лицом друг к другу. В работе применяется преимущественно интерактивное обучение, позволяющее использовать возможности групповых взаимодействий: обмен мнениями, обсуждение опыта болезни, эффект обратной связи, положительное подкрепление. Содержательную часть обучающей программы берет на себя врач-психиатр. Она включает в себя информацию о болезни, ее причинах, течении, прогнозе, индивидуальных особенностях, роли и характере медикаментозной терапии и побочных действиях препаратов. Психолог следит за организационными моментами: соблюдением правил группы, поддерживает атмосферу эмпатии и эмоциональной безопасности в группе, отслеживает групповую динамику, а также отвечает за часть содержания учебной программы – проводит занятия по предоставлению информации о психологических ресурсах пациентов, знакомит с возможностями оказания социальной и психологической помощи психически больным.

В нашем отделении психообразовательные группы проводятся с частотой не менее 3 раз в неделю. Продолжительность каждого занятия не превышает 60 минут, а общее число занятий обычно колеблется в интервале от 9 до 12. Темы занятий, предполагающие рассмотрение актуальных проблем психических заболеваний и психиатрической помощи, подбираются ведущими с ориентацией на запросы пациентов. Первый контакт с психиатром, неподготовленность пациентов и их семей для включения в систему оказания психиатрической помощи, отсутствие такого опыта и знаний о психическом заболевании и особенностях отношения к психически больному – все это требует обязательного учета в психообразовательной программе.

Занятия в данных образовательных группах способствуют снижению у пациентов внутренней напряженности в связи с болезнью, повышению уровня общей психической активности, усилению произвольной регуляции своего поведения и деятельности, развитию коммуникативных способностей. С их помощью, у больных вырабатывается настрой на лечение, повышается самооценка и уверенность в возможности благоприятного прогноза, происходит конструктивная перестройка внутренней картины болезни, оказывающая позитивное влияние на установки и поведение пациентов в отношении собственного здоровья.

СОЦИАЛЬНО-ДОСУГОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ДНЕВНАЯ ЗАНЯТОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ОМСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Чеперин А.И., Шеллер А.Д., Волчкова Т.Ф., Лычкова Ю.В., Александрова О.А.

Омск
БУЗ КПБ им. Н.Н. Солодникова

В психиатрической службе Омской области большое внимание уделяется развитию клубов по интересам, позволяющим инвалидам по психическим расстройствам реализовать свои способности, восстановить утраченные и развить новые социальные навыки, расширить круг общения. Развитие дневной занятости населения является одной из важных задач администрации города, которая широко реализована в нашем городе путем создания и работы дворцов творчества, библиотек, спор-

тивных секций и кружков и т.п., в том числе на бесплатной основе. Некоммерческий характер имеет особое значение для социально незащищенных слоев населения, к которым относятся и инвалиды вследствие психических расстройств. Ряд обстоятельств (особенности поведения таких лиц, утрата навыков коммуникации, стигматизация, самостигматизация и другие) обуславливают трудности при вовлечении таких людей к описанным формам досуга.

На базе клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова при поддержке партнеров, в первую очередь, общественной организации инвалидов и их родственников «Новые возможности. Омичи» последние несколько лет активно решаются вопросы организации досуга лиц с психическими расстройствами. Администрацией больницы было выделено несколько помещений.

Клуб № 1 является местом, где пациенты могут проводить время, общаться с друзьями, участвовать в «дневных программах» – играть в настольные игры, смотреть кинофильмы, читать книги и журналы (регулярно выписываются общероссийские газеты «Российская газета») под контролем медперсонала.

Клуб № 2 предназначен для проведения кружковых занятий по расписанию.

Трижды в неделю проводятся занятия вокального кружка, который регулярно посещают около 30 пациентов, причем постоянно идет обновление состава. Участники из числа пациентов клиники готовят выступления к календарным праздникам, Дню «Психического здоровья», «Дню пожилого человека» и на общебольничных мероприятиях. Участники кружка принимали участие в Третьем Московском международном Фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны» (2014). Несколько лет назад приобретено оборудование (синтезатор, микрофон, колонки).

Дважды в неделю проводятся занятия театрального кружка, на которых руководитель проводит тренировки по сценической речи, актерскому мастерству. Подготовлено 10 спектаклей, где все роли исполняют лица, страдающие психическими расстройствами. Участники (более 20 человек) выступают на общебольничных мероприятиях, и в отделениях (в т.ч. принудительного лечения, где у пациентов нет возможности выхода за территорию). В 2012 г. театральная студия больницы принимала участие в гала-концерте Второго Московского международного Фестиваля творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны». Руководством больницы предоставлено помещение, питание пациентов, участников кружка, выделены средства и изготовлена ширма для организации сцены.

Ежеквартально выпускается газета «Письмо другу», которая содержит статьи лиц с психическими расстройствами, их рисунки, фотографии, стихи. Дважды в неделю проходит кружок «Умелые ручки» (до 10 человек на занятии, более 120 участников в год). Кружок «Палитра» объединяет желающих научиться рисовать. Работы участников (более 30 человек) регулярно направляются для участия в Московском международном Фестивале творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны».

Поэтический кружок, включает еженедельные встречи, где участники (до 240 человек в год) выступают, читают свои стихи, обмениваются мнениями. В 2012 году за счет спонсорских средств был выпущен сборник стихов, календарь со стихами и рисунками пациентов. Планируется продолжить данный вид работы, в том числе путем специальных выпусков газеты «Письмо другу». На базе больницы ежегодно проводится летняя спартакиада по разнообразным видам спорта (до 250 человек в год). Привлекаются к участию пациенты, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении.

На территории больницы функционирует швейная мастерская, где под контролем сотрудников больницы лица с психическими расстройствами (до 30 человек в год) осваивают работу на швейной машине, выполняют работу по пошиву изделий, помогают в качестве подсобных рабочих. Активное участие в организации этого направления деятельности играет Общество инвалидов «Эльф». В загородном отделении больницы (Кормиловский район) функционируют теплицы, поля, где выращиваются овощи для организации питания пациентов данного подразделения. Включение пациентов (до 300 человек в год) в трудовые процессы обеспечивает их ежедневную занятость, формирование ответственного отношения к труду. На территории больницы в г. Омск расположена теплица, где пациенты (15-20 человек в год) принимают участие в подготовке и высадке рассады цветов, выращивании зелени для внутрибольничного пользования.

Культурные учреждения города (ТЮЗ, Пятый театр) последние годы регулярно выделяют бесплатные билеты, предоставляя возможность лицам с психическими расстройствами посещать спектакли. Администрация больницы выделяет автотранспорт для поездки на спектакли пациентов стационарных и детско-подростковых подразделений. На территории клиники выделено помещение, где волонтером-священником организована «церковь», которую посещают пациенты. На территории загородного отделения больницы на пожертвования сотрудников, пациентов, спонсоров продолжается строительство церкви. В летний период волонтеры из числа сотрудников сопровождают пациентов амбулаторной и стационарной служб при поездках в Ачаирский монастырь (автобус выделяется руководством клиники).

Развитие общественно-ориентированных проектов, направленных на развитие клубов по интересам, расширение кругозора, ежедневной занятости инвалидов по психическому расстройству позволяет повысить качество жизни данной категории граждан и, в конечном итоге, способствует профилактике совершения ими общественно опасных деяний.

КОГНИТИВНАЯ РЕМЕДИАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АРТ-ТЕРАПИИ

Чижова С.А.

Симферополь
ГБУЗ РК Крымская республиканская КПБ №1

В последние десятилетия внимание ученых из различных областей нейронаук (психиатрия, нейропсихиатрия, клиническая психология, патопсихология, нейрохирургия и др.) особенно остро привлечено к проблемам шизофрении – ее этиологии, способам диагностики и методам лечения. Несмотря на большой арсенал ресурсов, которые могут быть привлечены в лечебно-реабилитационный процесс, недостаточно изучены вопросы применения методов когнитивной ремедиации. Существующие на данный момент исследования указывают на широкий спектр нарушений когнитивной деятельности при шизофрении: от активационно-энергетических до операционно-регуляторных. Вышеуказанные данные еще раз подчеркивают необходимость обеспечения своевременной диагностики и максимально эффективной комплексной терапии больных, включающей когнитивную ремедиацию в виде тренингов и различных видов психотерапевтических интервенций направленных на улучшение внимания, эмоций, мышления, памяти пациентов, обучение планированию и решению проблем.

С целью изучения эффективности арт-терапевтических техник в структуре когнитивной ремедиации больных шизофренией и разработки практических рекомендаций для оптимизации реабилитационных программ были обследованы 30 больных с диагнозом F 20.0 – Параноидная шизофрения.

В структуре когнитивной ремедиации больных шизофренией применялись арт-терапевтические методы: изобразительные техники (рисование – карандаши, гуашь, мелки, рисование пальцами), коллажи, аппликации, методики портрета и автопортрета, направленной визуализации, групповой рисунок.

С целью анализа воздействия указанных методик на психическое состояние испытуемых нами использовались диагностические шкалы SF-36 (Оценка Качества Жизни), CGI (Шкала Общего Клинического Впечатления) и BPRS (Краткая Психиатрическая оценочная шкала). Изменения в когнитивной сфере (внимание, память, мышление, речевые функции, интеллект) регистрировались с помощью GBS (Шкала Интеллектуальных Нарушений).

В ходе исследования было выявлено положительное влияние использованных техник на стабилизацию психического состояния, мобилизацию когнитивных функций и личностных ресурсов пациентов, преодоление негативных последствий болезни, связанных с «синдромом госпитализма», потерей трудоспособности и ограничением социальных контактов, отмечена позитивная динамика в коммуникативной, познавательной и эмоционально-волевой сферах.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИМИ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Шахтырева О.А., Еремеев М.А.

Пермь
ГБУЗ ПК ПККПБ

Проблема терапии и реабилитации психически больных традиционно сохраняет высокую актуальность. В течение последних десятилетий в психиатрии произошло изменение терапевтических приоритетов с фокусом на восстановление социального функционирования психически больных, адаптационного потенциала с формированием навыков самостоятельной полноценной жизни, социальной автономии [Ястребов В.С., 2008; Ротштейн В.Г., 2010; Кузнецова С.Л., 2012; Лиманкин О.В., 2012; Бохан Н.А., Кривулин Е.Н., 2013; Дудин И.И., с соавт., 2014]. Существенным для оценки жизненного благополучия психически больных стало определение показателей «качества жизни» [Марута Н.А., 2004; Новик А.А., Ионова Т.И., 2007; Максимова Н.Е., 2007; Кирьянова Е.М., 2010; Говорин Н.В., Бодагова Е.А., 2013; Jambon B., 1994; Lehman A.F., 1997; Badenoch D., 2014; Arab M., et al., 2014].

Особенно важны эти показатели для пациентов с длительными сроками госпитализации, в том числе и тех, кто находятся на принудительном лечении в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях [Кочерова М.В., 2011]. Для улучшения качества жизни и уровня социального функционирования в стационарах, кроме лечебных, проводятся реабилитационные мероприятия [Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004].

Цель: Изучение уровня качества жизни у пациентов до и после проведения реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 60 пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре (общего и специализированного типа) ГБУЗ ПК «ПККПБ».

Критерии включения: мужской пол, возраст от 20 до 40 лет, верифицированный диагноз, согласно критериев, соответствующих подрубрик МКБ-10 с шифром F 06.6, F 06.8, F 07.0, F 07.08, F 07.9.

Критерием исключения из исследования служило наличие выраженного интеллектуально-мнестического снижения, психотические состояния, наличие сопутствующих тяжелых соматических заболеваний.

Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 30 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 40 лет, получающих только психофармакотерапию и не принимающих участия в реабилитационных мероприятиях. Вторую группу составили 30 пациентов мужского пола того же возрастного промежутка, которые помимо психофамакотерапии посещают реабилитационные мероприятия. Последние включают в себя психообразование, тренинги коммуникативных и социально-бытовых навыков, арт-терапию, вокалотерапию, трудотерапию (ландшафтный дизайн).

Для оценки уровня качества жизни использовался опросник SF-36 («Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Status«). Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в баллах от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье.

Количественно оцениваются следующие показатели: общее состояние здоровья (ОЗ), физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЕ), социальное функционирование (СФ), интенсивность боли (ИБ) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, жизненная активность (ЖА), психическое здоровье (ПЗ).

Анализ полученных данных проводился с использованием современных методов математической статистики с применением программного продукта «STATISTICA-6».

Результаты. В первой группе были получены следующие результаты: общее состояние здоровья (ОЗ)=62,8+4,69, физическое функционирование (ФФ)=86,7+3,87, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ)=58,3+5,42, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЕ)=59,4+4,18, социальное функционирование (СФ)=38,9+3,46, интенсивность боль (ИБ)=80,3+6,35, жизненная активность (ЖА)=68,9+5,51, психическое здоровье (ПЗ)=74,1+5,67.

Во второй группе показатели качества жизни были выше (*p<0,01, **p<0,05): общее состояние здоровья (ОЗ)=73,4+4,15**, физическое функционирование (ФФ)=94,5+3,02**, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ)=87,5+6,72*, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЕ)=96,7+3,3*, социальное функционирование (СФ)=42,7+3,83, интенсивность боли (ИБ)=100+0*, жизненная активность (ЖА)=76,5+4,35, психическое здоровье (ПЗ)=75,2+6,05.

Очевидно, что комплексная лечебно-реабилитационная помощь пациентам в стационаре оказывает существенное позитивное влияние на их субъективное восприятие своего физического и психического самочувствия, выполнение повседневных физических нагрузок (ходьба, самообслуживание и др.), физическую активность, эмоциональное состояние, ощущение полноты сил и энергии.

Выводы. Таким образом, включение в стационарную помощь реабилитационных мероприятий существенно улучшает качество жизни больных органическими непсихотическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре. Показатели качества жизни могут быть использованы для оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ПОЛУСТАЦИОНАРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Шендеров К.В., Шашкова Н.Г., Лапшин А.О.

Москва

Филиал №1 ГБУЗ г. Москвы Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ, МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В условиях реформирования системы оказания психиатрической помощи в стране, смещении акцента на внебольничное звено, особую актуальность приобретает развитие ее полустационарных форм, которые становится все более разнообразными и дифференцированными, выполняют не только стационарозамещающую роль, но и способствуют лучшей их реабилитации в условиях привычного социального окружения. В 2012 г., среди подразделений, оказывающих полустационарную психиатрическую помощь по принципам дневного стационара (ДС), созданы медико-реабилитационные отделения (МРО) и отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП). Уточнение вопросов дифференциации контингентов каждого из этих подразделений и специфичности применяемых в них лечебно-реабилитационных подходов представляется актуальным. Целью настоящего исследования было провести сравнительный анализ клинико-социальных характеристик пациентов МРО, ОИОПП и ДС на базе филиала №1 (ПНД) ПКБ № 3 им В.А. Гиляровского г. Москвы и используемых терапевтических подходов с оценкой их эффективности.

Материал и методы. Методом сплошного невыборочного обследования была проведена одномоментная перепись пациентов всех диагностических групп, находящихся на лечении в этих отделениях на 24.07. 2014 г (112 человек). Полученные данные включали демографические, социальные характеристики, диагноз по МКБ-10, ведущий синдром, особенности фармакотерапии, приверженность терапии, объем проводимых психосоциальных вмешательств, частоту и длительность предшествующих госпитализаций в психиатрический стационар (ПБ), а также поступлений в ДС. С целью объективизации данных для пациентов шизофренического спектра (F20-F29) использовались шкалы PANSS и PSP. В МРО, предназначенном для проведения психосоциальной терапии и реабилитации пациентов с психическими расстройствами вне обострения, лечилось 35 человек. Сюда направлялись больные, нуждающиеся в коррекции межличностных отношений, навыков самообслуживания, трудовых навыков, помощи в трудоустройстве, решении юридических проблем и т.п. Среди них доминировали больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (65,71%) со стабилизированными состояниями или в стадии становления ремиссии (PANSS=60,74+11,17).Контингент пациентов ДС отличался наибольшей широтой спектра психиатрической патологии и психосоциальных проблем (50 человек). Наряду с терапией психозов подострого уровня, ДС выполнял диагностическую и экспертную роль, функции долечивания и реабилитации больных после выписки из ПБ. 2/3 из них составляли больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20-F29) с преобладанием параноидной формы шизофрении с психозами подострого уровня – 64,86%9, аффективного спектра -14%, с органической патологией, включая органический галлюциноз -10%. Критериями для направления в ОИОПП были частота госпитализаций больных в ПБ – 2 и более раз в течение года или обострение симптоматики), требующее активизации терапии, усиленного наблюдения за больным (при потребности – на дому) при условии отсутствия показаний к недобровольной госпитализации. В ОИОПП (27 чел) также доминировали больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (77,78%), но с большей остротой, выраженностью и полиморфизмом продуктивной симптоматики (PANSS 70,75). Средняя дозировка назначаемых больным шизофренического спектра нейролептиков в хлорпромазиновом эквиваленте составляла в МРО 350,95+255,73, в ДС 489,75+368,65(p=018)в ОИОПП -661,76 +272,49 единиц ($p \leq 0,001$ в сравнении с МРО, p=0,067 в сравнении с ДС), что было обусловлено особенностями психического статуса больных. Диагностическая и лечебно-реабилитационная работа осуществлялась полипрофессиональной бригадой специалистов подразделений, включая врача-психиатра, психотерапевта, клинического психолога, специалиста по социальной работе. Больные включались в групповые психосоциальные занятия. Кроме того, были проанализированы все поступления в ОИОПП за первое полугодие его работы, с более детальным анализом пациентов шизофренической группы и оценкой эффективности комплексного полипрофессионального лечения.

Результаты исследования. На момент исследования средняя длительность пребывания пациентов шизофренического спектра в ДС составляла 32, 16 + 20,31, что превышало показатель по ОИОПП (21,04 +14,28 $p \leq 0,05$) и МПО (21,74 + 19,47, p=0,054). Во всех подразделениях доминировали больные параноидной шизофренией, при этом в МПО и ДС эпизодические и ремиттирующие типы течения болезни преобладали над непрерывнотекущими ($p \leq 0,001$, $p \leq 0,01$,); в ОИОПП доля больных с непрерывным течением была значимо больше (p=0,015) по сравнению с МРО и на уровне тенденций ($p \leq 0,1$) превышала показатели ДС, отсутствовали больные с шизотипическим и шизоаффективным расстройствами. В течение года до исследования пациенты ОИОПП достоверно чаще, чем больные ДС и МПО поступали в психиатрическую больницу, до его организации практически не использовали полустационарное звено помощи, многократно и повторно госпитализировались с обострениями в связи с прекращением приема антипсихотиков, имели большую длительность стационарного лечения. 90% больных ОИОПП ранее отказывались от поддерживающей терапии или принимало ее эпизодически, в связи с чем 76,19% их в отделении получали пролонгированные инъекционные формы нейролептиков (в ДС-35,13%, в МПО-21,74%). Наиболее регулярно принимали препараты пациенты МПО. Показатели персонального и социального функционирования (шкала PSP) больных изучаемых подразделений различались, что отражало степень выраженности в таких областях, как социально полезная деятельность, отношения с близкими, самообслуживание, а также заметные поведенческие нарушения. Средний общий балл PSP пациентов ОИОПП (39,76 74 + 6,20)был значительно ниже данных ДС (44,41+ 10,61; p=, 0,06) и МПО (51,65+9,24; $p \leq 0,001$). Пациенты МРО имели более сохранный реабилитационный потенциал. Большинство больных во всех подразделениях были инвалидами (в МПО -100%, в ДС-75,68%, в ОИОПП- 85,71%), более чем в 2/3 случаев – более 5 лет, имели неблагоприятный семейный статус, пациенты ИОИПП чаще имели конфликтные отношения с родственниками – 71,43% (в ДС 37,84, $p \leq 0,01$; в МРО 26,09, $p \leq 0,01$). Большинство больных всех подразделений испытывали затруднения в самообслуживании. Нуждались в социально-правовой помощи и поддержке 39,13% больных МПО, десятая часть больных ДС ($p \leq 0,01$), каждый пятый больной ОИОПП. Таким образом, пациенты трех изучаемых подразделений имели свои особенности клинического, социального статуса и функционирования, что ставило перед профессиональными бригадами подразделений специфические реабилитационные задачи. Они решались как с помощью индивидуальной работы с больными и их родственниками, так и путем включения пациентов в групповые занятия по психообразованию с формированием мотивации к терапии, тренировке социальных и коммуникативных навыков с учетом индивидуальной потребности больных в той или иной форме вмешательства. Наиболее показательным примером эффективности комплексного вмешательства стали результаты анализа

уровня госпитализаций в ОИОПП до и после лечения в отделении. За период катамнестического наблюдения (в среднем 122, 93+51,64 дня) он снизился в 3 раза, также в 3 раза сократилась длительность стационарного лечения, а также число больных, нарушающих режим терапии, что демонстрирует возможность помощи наиболее тяжелому контингенту больных во внебольничных условиях. Таким образом, исследование показывает, что проводимая в условиях психиатрических полустационаров лечебно-реабилитационная работа соответствует принципам полипрофессиональной помощи и в достаточной мере отражает специфику каждого из изучаемых подразделений.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДУШЕВНО БОЛЬНЫХ

Шмакова М.А., Набиуллина Р.Р., Сайфутдинова Ф.В.

Казань
КГМА,
РКПБ им. В.М. Бехтерева МЗ РТ

Важнейшими задачами оказания психиатрической помощи является восстановление и сохранение личного и социального статуса больного и предупреждение возможных повторных обострений и регоспитализаций. Поэтому биопсихосоциальный подход в лечении и реабилитации душевно больных определяет сейчас целесообразность применения комплексного, полипрофессионального воздействия. Это структурированная и преемственная работа врача психиатра, психотерапевта, психолога и специалиста по социальной работе. Каждый специалист осуществляет помощь пациенту в рамках своей компетенции: врач-психиатр выявляет основные психопатологические синдромы и их фармакологическое сопровождение; психотерапевт – внутреннюю картину болезни и варианты психологической защиты, применяя индивидуальные и групповые формы психотерапии; психолог – склад личности больного и психологические проблемы, используя эспрессдиагностику, психокоррекцию; специалист по соц. работе – определяет уровень качества жизни пациента, учитывая его трудоспособность, адаптацию в семье и использует в работе социально психологический тренинг и милиотерапию. Самое важное – рассматривать пациента комплексно как субъект личности. Полипрофессиональная бригада формирует многоосевой функциональный рабочий диагноз и подбирает пациенту программу реабилитации. Такое направление используется в РКПБ МЗ РТ им. В.М. Бехтерева с 2004 г. Опыт показал, что в условиях психиатрического стационара предпочтительна групповая форма работы, которая позволяет охватить более широкий контингент больных и сфокусировать лечебное воздействие на одной из самых болезненных сторон существования психически больного человека – нарушение межличностных отношений. Терапевтические группы включают 7-12 человек в зависимости от тематики работы и проводится 3-4 раза в неделю. Групповые формы работы развивают творческую деятельность больных, помогая им выработать адекваные стереотипы поведения, уверенность в себе, повысить их самооценку. Учитывая опыт работы российских и зарубежных ученных, в группы включались больные с различной нозологией, обоего пола после купирования острого состояния психического расстройства. Использовались методики: арт-терапия, танцевальный тренинг, двигательно-коррекционный тренинг, песочная терапия, милиотерапия, библиотерапия, терапия творчеством и группа самопомощи. Психосоциальная терапия включала в себя методики психиатрической психотерапии С.Н. Консторума, трудовую активирующую терапию, милиотерапию, психосоциальные тренинги общения, «уроки веры» со священнослужителями двух конфессий и богословами. Одним из серьезных моментов работы является взаимодействие специалистов по социальной работе с родственниками пациентов. Это разъяснительные беседы, информационные стенды, практическая семейная психокоррекция и участие инициативных групп в судьбах своих близких. Результаты работы показали значительное качественное и количественное улучшение в эмоциональной и волевой сфере пациентов, актуализации потребностей в общении, повышение самооценки.

ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВ

Шмакова О.П.

Москва
НЦПЗ

При длительном амбулаторном ведении пациентов, с детства страдающих хроническими психическими расстройствами, большое значение приобретают вопросы социального сопровождения взрослеющих больных: содействия их щадящему коррекционному обучению, социально–бытовой и социально-трудовой абилитации, профориентации, инвалидизации, что требует от врача-психиатра не только широкой компетентности в смежных областях, но и владения надежными технологическими методиками, позволяющими выявлять и определять степень затрудненности повседневной жизнедеятельности больных.

Принятие в свое время в нашей стране критериев определения инвалидности, разработанных на основе предложенной ВОЗ «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (далее – МКФ), хотя и явилось несомненным прогрессом в организации социальной помощи, не позволяет, однако, количественно определять степень сформированности/недоразвития тех или иных социальных навыков. Приводимые в МКФ критерии инвалидности носят слишком общий характер, охватывают все области медицины. Критики МКФ замечают, что вследствие расширенных и размытых критериев классификации функционирования, признаки социальной недостаточности в той или иной сфере жизнедеятельности можно обнаружить чуть ли не у каждого человека.

В отделе по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБНУ НЦПЗ (руководитель – проф., д.м.н. Н.А. Мазаева) в 2009-2013 гг. с целью исследования особенностей социальной адаптации подростков и лиц юношеского возраста (14-19 лет), с детства страдающих психическими заболеваниями, была апробирована методика, позволяющая оценить уровень функционирования больных в социуме («Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами»), составленная на основе собственных результатов и анализа предшествующих методик. Основные блоки жизненно важных навыков, анализируемых методикой: 1. ориентированность в себе и окружающем, умение давать о себе основные сведения; 2.образовательные навыки; 3.навыки общения и межличностного взаимодействия; 4.навыки самообслуживания; 5.бытовые навыки; 6.способность ориентироваться вне дома и пользоваться общественным транспортом; 7.способность к повседневному контролю и планированию своей деятельности.

Апробация методики проводилась на нозологически разнородной группе больных. У больных с умственной отсталостью (далее – УО) снижение общего уровня социальной адаптации зависело от тяжести умственного недоразвития. Пациенты с тяжелой УО, испытывали затруднения при ори-

ентировке в окружающем, имели минимальные возможности к обучению, общению. Они обладали простейшими навыками самообслуживания, но в быту, при необходимости проявлять более сложные умения, были гораздо менее состоятельными. Пациенты с умеренной УО оказались менее гомогенны в плане социальной приспособленности: на одном полюсе находились те, кто страдали отягощенной (психоорганическим синдромом, речевыми, аутистическими расстройствами) умеренной УО, другой полюс был представлен подростками с неотягощенной умеренной УО, оказавшихся более адаптированными, отличавшимися хорошо развитыми навыками самообслуживания и бытовыми умениями, свободным общением на примитивном уровне. Самыми адаптированными были пациенты с легкой УО, чье психическое недоразвитие не вызывало значимых нарушений социальной приспособленности.

Механизмы социальной дезадаптации у подростков с синдромом Дауна отличались некоторым своеобразием, вносимым наличием множественных стигм в строении речевого аппарата, что ухудшало речь больных; видимыми признаками интеллектуального дефицита; сохранностью эмоциональной сферы и относительной сохранностью активности в быту.

Больные шизофренией демонстрировали значительный разброс в уровнях социальной адаптации, негативное влияние на которую оказывали: сохраняющаяся активность эндогенного процесса, ранний возраст его начала, выраженная прогредиентность. У пациентов значительно нарушалась способность к контролю и планированию своей деятельности – навыки, обуславливаемые адекватностью поведения, активностью и работоспособностью; имела место диспропорция в овладении образовательными навыками и навыками самообслуживания и быта. Характерной была диссоциация в использовании простых и сложных навыков в повседневной жизни: выполнялись сложные и не усваивались простые. Пациенты часто обнаруживали индивидуальные предпочтения в реализации навыков.

У пациентов с органическими расстройствами (в т.ч. эпилепсией) также выявлялся значительный разброс уровней сформированности навыков. Лица с эпилептической деменцией имели наибольшие затруднения в адаптации, все они при переходе во взрослый возраст признавались инвалидами. Больные, наблюдавшиеся в связи с астеническими, личностными и поведенческими органическими расстройствами хорошо овладевали различными базовыми умениями, среди них не было грубо дезадаптированных. На социальную адаптацию подростков отрицательное влияние оказывали текущие эпилептические припадки, неврологическая симптоматика.

У всех обследованных выраженность социальной несостоятельности зависела не только от клинических характеристик заболевания, но и от многих дополнительных факторов: благополучности социального окружения, типа воспитания в семье, объема и качества реабилитационных усилий, потраченных на формирование социальных умений.

Выявление и определение степени тяжести нарушений повседневного функционирования использовалось при планировании мер помощи и социальной поддержки. Поскольку рекомендации полностью зависели от симптоматики, и были индивидуальными, представим лишь некоторые. К примеру, в реабилитационные программы детей и подростков с синдромом Дауна включались: длительная логопедическая коррекция с целью компенсации речевых трудностей; тренировка базовых образовательных умений, некоторые из сведений рекомендовалось повторять постоянно (биографические данные, основные сведения об окружающей среде, правила поведения на дороге, сигналы светофора), поскольку в отсутствии повторения они быстро утрачиваются; тренинги самостоятельного функционирования в быту и передвижения вне дома. В рекомендации по социальной реабилитации детей и подростков с детской злокачественной формой шизофрении включались: обучение невербальным способам коммуникации (при отсутствии коммуникативной речи); меры по стимулированию повседневной активности; вовлечение в простую деятельность, отвлекающую от стереотипий; развитие относительно сохранных невербальных способностей, если таковые имеются, преодоление стереотипности в этой деятельности; тренинги эмоциональных навыков; медикаментозная коррекция с включением в схемы лечения препаратов ноотропного действия с целью коррекции нейрокогнитивного дефицита.

Аналитически-измерительный подход в выявлении недоразвития навыков позволил не только индивидуализировать реабилитационные программы, но и способствовал принятию взвешенных решений по вопросам направления пациентов на Бюро медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) для оформления инвалидности. Если итоговый средний балл по «Карте» был ниже или равен 0,5, жизнедеятельность пациентов значительно зависела от опекающих лиц, большинство умений они осуществляли несамостоятельно, поэтому направление на Бюро МСЭ считалось обоснованным. Когда итоговый средний балл по «Карте» и большинство групповых средних баллов приближалось к 1 – жизнедеятельность значительно не нарушалась и медико-психолого-социальная коррекция, реабилитация не включали систематическую социальную поддержку в виде пенсионирования. В случаях диссоциации в развитии групп навыков и снижении некоторых показателей ниже 0,5 баллов, решение о необходимости направления пациентов на Бюро МСЭ принималось индивидуально.

Т.о., аналитически-индивидуальное планирование реабилитационных мероприятий с использованием представленной методики служит минимизации неблагоприятных социальных последствий в форме иждивенчества, жизненной беспомощности повзрослевших больных.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РЕМИССИИ

Шмилович А.А., Гончаренко С.Н.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Исследования социально-трудовой адаптации больных параноидной шизофренией указывают на относительно низкие показатели трудоспособности и социального функционирования данного контингента больных в сравнении с другими формами этого заболевания. Однако, характеристика факторов, влияющих на адаптационные возможности больных, структура мотивов обращения за психиатрической помощью, причина отсутствия мотивов стационирования и множество других социально-психиатрических аспектов этой проблемы остаются малоизученными.

В этой связи целью исследования является установление соотношений между особенностями клинических проявлений параноидной шизофрении и выявленными факторами (биологическими, психопатологическими, социально-психологическими), определяющими уровень социального функционирования. Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи: выявление и сравнительная прогностическая оценка основных факторов, влияющих на уровень социального функционирования больных параноидной шизофренией; оценка влияния негативных и продуктивных ремиссионных расстройств, а также особенностей течения заболевания на уровень социального функционирования.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе кафедры психиатрии и медицинской психоло-

гии РНИМУ им. Н.И. Пирогова – ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева. Отобранные 50 больных наблюдались в медико-реабилитационном отделении и дневном стационаре. Основным критерием включения в исследование был установленный диагноз параноидной шизофрении (F 20.0) в стадии ремиссии. Среди обследованных было 26 (52%) мужчин в возрасте от 24 до 64 лет (средний – 40,3±11,8) и 24 (48%) женщин в возрасте от 26 до 60 лет (средний – 42,7±9,8). При этом 30% больных проживали одиноко при наличии родственников, 57% – в семье родственников, 13% – в собственной семье; 65% больных имели хорошие социально-бытовые условия проживания, а у половины пациентов сохранялись удовлетворительные взаимоотношения с близким окружением. Все больные имели группу инвалидности, из них 38,3% – третью, а остальные 61,7% – вторую группу, при этом 68,3% больных находились на инвалидности более 3 лет. У большинства больных заболевание дебютировало в молодом возрасте. Длительность течения шизофренического процесса в преобладающем большинстве случаев составляла от 4 до 20 лет.

У данной когорты больных отмечался достаточно высокий образовательный уровень: 50% из них имели законченное высшее и среднее специальное образование. На момент исследования 30% больных были трудоустроены вне стен дневного стационара, остальные работали в производственных мастерских. У 65% больных не выявлено наследственной отягощенности; у 25% определена наследственная отягощенность психическими заболеваниями; у 10% в предшествующий период выявлена склонность к злоупотреблению алкоголем; у 10% больных отмечались черепно-мозговые травмы; у 15% больных – наличие соматических заболеваний различной степени выраженности. Таким образом, у 35% больных наблюдались различного рода экзогении и соматические заболевания. У 30% больных в преморбиде отмечалась замкнутость, мнительность, ранимость, у 15% больных имелись гипертимные черты, у 12% – эксплозивные. Негативные расстройства у больных наблюдались от легких изменений личности до выраженных изменений с редукцией энергетического потенциала. Психопатоподобные расстройства выявлены у 10%, аффективные нарушения – у 15%, галлюцинаторно-бредовые – у 45% больных.

В основу статистической обработки экспериментальных данных положены методы оценки показателей вариации, регрессионный анализ динамических характеристик выборки больных, а также расчет коэффициентов ранговой корреляции Спирмена и оценка гипотез по критерию Стьюдента. Расчеты проводились с использованием пакета прикладных программ STATISTICA.

Результаты и обсуждение. На следующем этапе исследования проведена оценка уровня социального функционирования в зависимости от различных факторов (биологических, психопатологических, социально-психологических).

Оценка пола, возраста на момент исследования, семейного положения, наследственной отягощенности, наличия психогений в период, предшествующий заболеванию, подверженности больного экзогенным вредностям не выявили статистически достоверной значимости этих показателей для социального функционирования больных. Однако, уровень негативных и позитивных расстройств, отмечавшийся у больных на момент исследования, аффективные нарушения, количество предшествующих госпитализаций и длительность заболевания выявили значимые статистические корреляции. Именно эти признаки заболевания в условиях полустационарного режима психиатрической помощи являлись определяющими для формирования приспособительных возможностей больных, потенциальной трудоспособности и взаимоотношений с окружающими. Кроме того, установлена прямая корреляционная взаимосвязь между количеством госпитализаций, длительностью течения шизофренического процесса и уровнем социального функционирования.

Проведенные сравнительные исследования выраженности позитивной и негативной симптоматики и уровня нарушений социального функционирования позволили выделить четкие соответствия клинических проявлений болезни и уровня социальной адаптации лишь у 60% больных, тогда как у оставшихся 40% больных клинические проявления параноидной шизофрении не соответствовали уровню их социальной адаптации.

Детальное рассмотрение данного аспекта показало, что при тяжелом непрерывном течении заболевания социальная дезадаптация связана с наличием биологических и психопатологических факторов, включая ранний возраст начала шизофренического процесса, нарастание и выраженность негативных расстройств, наличием более тяжелых проявлений галлюцинаторно-бредовой симптоматики и др. В случаях более легкого течения заболевания доминируют несколько иные биологические и социально-психологические факторы, такие как наследственная отягощенность, экзогении, соматическая патология и особенности акцентуации характера в преморбиде. При этом социальное функционирование этих больных определялось не клиническими факторами, а психологическим климатом в семейном окружении, уровнем образования, трудовой и досуговой занятостью, степенью владения навыками самообслуживания и наличием определенного опыта профессиональной деятельности.

Выводы. Таким образом, установленная в настоящем исследовании структура биопсихосоциальных факторов, влияющих на социальное функционирование больных параноидной шизофренией может использоваться при разработке и внедрении социально-реабилитационных программ на постгоспитальном этапе. Это уменьшит число регоспитализаций и снизит уровень социального госпитализма со значительным экономическим эффектом.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ: МОДЕЛЬ МНОГОЭТАПНОГО ПРОЦЕССА

Шуляк Ю.А., Шмилович А.Л., Рытик Э.Г., Лемешко К.А., Бекетов А.В., Казанцева М.А.

Москва
ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева

Актуальность проблемы. Восстановление трудоспособности является одним из важнейших и обязательных элементов реабилитационных программ в психиатрии.

Проблемы, связанные с организацией профессиональной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, действительно носят системный характер, и для их решения необходимо межведомственное принятие соответствующих мер. К сожалению, в связи с тем, что ЛТМ, являвшиеся центральным звеном подразделений службы, занятых профессиональной реабилитацией психически больных, перестали соответствовать в своем юридическом статусе изменившемуся законодательству, произошло практически сворачивание одного из важнейших направлений реабилитационной деятельности.

Качественные показатели эффективности психиатрической помощи, и, прежде всего, социальная интеграция психически больных, не имеют значимой положительной динамики. Это особенно касается хронизации и ранней инвалидизации пациентов, различных аспектов реабилитации инвалидов вследствие психических заболеваний. Велико число пациентов, которым по тем или иным причинам группа инвалидности не определена, но которые являются инвалидами по существу, и длительно исключены из сферы общественного производства

и активной жизни в обществе. Происходит «накопление» нетрудоспособных пациентов во внебольничных условиях, среди которых увеличивается число пациентов с большой длительностью периода нетрудоспособности. Выписка из стационаров нетрудоспособных пациентов с затяжным течением заболеваний при неразвитости системы поэтапной профессиональной реабилитации справедливо вызывает серьезное беспокойство в том отношении, что при нарастании их числа в населении перекладывается бремя по их содержанию со служб психического здоровья на семьи душевнобольных. Такое положение приводит не только к экономическим потерям государства, но и к существенным социально-этическим проблемам, таким как большие трудности жизнедеятельности психически больных в обществе, их низкий социальный статус, слабая правовая защищенность, низкая толерантность общества к проблемам психиатрии в целом.

Задача каждого стационарно-внебольничного психиатрического объединения – разработка и внедрение модели многоэтапного процесса профессиональной реабилитации психически больных, в основе которого лежит приобретение новых профессиональных навыков, восстановление трудоспособности и рациональной трудоустройство на интегративных предприятиях и свободном рынке труда.

Результаты. С целью сохранения реабилитационной идеологии в психиатрической помощи в рамках ее модернизации, в Департаменте здравоохранения города Москвы находятся на рассмотрении различные предложения по организационному решению проблем, связанных с восстановлением трудоспособности психически больных. Проводимый пилотный проект в ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева позволяет рекомендовать наиболее целесообразный вариант воссоздания многоэтапного процесса профессиональной реабилитации психически больных.

Важнейшим условием реализации реабилитационной программы является преемственность и последовательность: пациенты начинают посещать МРО, находясь на госпитальном этапе, затем со становлением ремиссии уже в полустационарном режиме активно вовлекаются в социо-реабилитационные мероприятия в амбулаторно-активирующем формате. На этом этапе пациенты привлекаются к трудовым процессам без трудоустройства, что позволяет постепенно вовлечь их в организованную деятельность, поддержать и закрепить трудовую мотивацию. В этом случае трудовая занятость позволяет хронологически структурировать комплекс социально-реабилитационных мероприятий в течение всего дня, разработать интенсивную реабилитационную программу. На следующем, поддерживающем, этапе пациенты вначале трудоустраиваются в индивидуально созданных условиях на производстве, а затем получают возможность самостоятельного трудоустройства. При этом сохраняется их реабилитационное сопровождение с целью поддержания устойчивой профессиональной мотивации. Этапный характер программы позволяет четко определить объем и содержание терапевтической помощи, а также обеспечить преемственность ее оказания и дифференцированный уровень профессионального сопровождения в процессе трудовой деятельности пациентов.

На базе медико-реабилитационного отделения ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева с участием благотворительного Фонда «Качество жизни» и интеграционного полиграфического предприятия «Форте-Принт» организован участок, на котором пациенты осваивают более 40 операций, применяемых в полиграфическом производстве и не подлежащих автоматизации, а также некоторые интернет-технологии. Пациенты, освоившие те или иные навыки и достигшие возможности находиться в режиме «щадящей» трудовой занятости не менее пяти часов в день, трудоустраиваются по трудовой книжке на интеграционное предприятие «Форте-Принт» в соответствии с программой «Временная занятость» Департамента Труда и Занятости Правительства Москвы, продолжая работать на данном участке в условиях медико-реабилитационного отделения.

В организации и реализации такой программы участвуют Центры занятости города Москвы, дотирующие заработную плату временно трудоустроенных пациентов (до 80% от минимальной заработной платы при 7-ми часовом рабочем дне в условиях медико-реабилитационного отделения) и организации-работодатели путем заключения соответствующих договоров. Работодатель вместе с медико-реабилитационным отделением определяет виды работ, и создает соответствующие рабочие места. С пациентами, направленными через Центры занятости для участия во временных работах, заключаются срочные трудовые договоры в соответствии с требованиями законодательства о труде и социальном страховании. Однако практика реализации подобной программы показала, что необходимым разнообразием видов труда, отвечающим требованиям реабилитации, обладают немногие предприятия. Сотрудниками медико-реабилитационного отделения ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева отработана система взаимодействия с ЦЗН АО города Москвы и типографией ООО «Форте-Принт», предоставляющей вакансии.

При стабилизации ремиссий и профессиональных возможностей пациенты переводятся на интеграционное предприятие типографии «Форте-Принт» (где развернуто 88 рабочих мест) и в дальнейшем имеют возможность, как профессионалы, трудоустроиться на полиграфические предприятия в условиях открытого рынка труда. На всех этапах обеспечивается необходимое медико-социальное сопровождение специалистами медико-реабилитационного отделения (врач-психиатр, медицинский психолог, социальный работник). В течение 2014 года в программе участвовало около 200 человек, из них трудоустроено 55 инвалидов 2 группы. Подавляющее большинство – пациенты, страдающие шизофренией.

Заключение. Реабилитационная идеология представленной программы состоит в том, что на всем ее протяжении, начиная с этапа трудовой терапии, пациент видит перспективу возможного повышения своего профессионального статуса и имеет мотивацию для освоения новых профессиональных навыков и, в конечном итоге, получения новой профессии и реального трудоустройства по ней.

РАЗДЕЛ 18.
СЕКСОЛОГИЯ

ЦЕЛИ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ СЕКСОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

Алексеев Б.Е.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цели сексологической помощи:

- Вклад в решение демографической проблемы.

Сексуальное здоровье лежит в основе и является необходимым условием достижения репродуктивного здоровья. Поэтому забота о сексуальном здоровье населения как об основе репродуктивного здоровья является приоритетной задачей. Признано, что сексуальное здоровье охватывает больше, чем репродуктивное здоровье. Это подчеркивает важность рассмотрения сексуального здоровья по своим собственным правилам.

- Укрепление семьи.

В укреплении семьи большую роль играют интимные механизмы психологического взаимопонимания и сексуальной гармонии. При неблагополучии в этой сфере семья дестабилизируется, следствием является большое количество разводов (до 50%).

- Профилактика отрицательных последствий сексуальной активности.

Концепция сексуального здоровья служит профилактической направленности сексологической службы не только в отношении сексуальных расстройств, но и тех осложнений, которые несет сексуальное поведение человека: ИППП, ранние незапланированные беременности, сексуальное насилие, парафилии, в частности, педофилия.

Россия занимает лидирующую позицию в мире по уровню абортов (среди стран, где такая статистика ведется). В России коэффициент абортов в 2,27 раз выше, чем в Белоруссии и в 1,5 раза выше, чем в Украине (2009).

Россия и по ИППП является антилидером, уступая лишь Молдавии среди восточно-европейских стран и стран бывшего СССР (2010).

Педофилия отмечает существенный рост. Сексологии принадлежит ключевая роль в научной разработке диагностики, лечения и профилактики данного расстройства. Заблуждением является ограничение только мерами правоохранительного порядка в работе с этой тяжелой проблемой.

- Лечение сексуальных расстройств, которыми по разным источникам страдают от 30 до 40% мужчин и женщин.

- В целом повышение качества жизни, которое предполагает переживание психического, психологического и социокультурального благополучия, связанного с сексуальностью на основе свободного и ответственного выражения сексуальности, которое укрепляет личное и социальное здоровье, обогащает личную и социальную жизнь.

Решение данных задач возможно только на пути перехода от медицинской к биопсихосоциальной модели сексологической помощи на основе принципов разработанных в рамках концепции реабилитационного подхода и междисциплинарного взаимодействия как в научных исследованиях, так и в практической деятельности.

Первичная, вторичная и третичная профилактика лежит в основе укрепления сексуального здоровья населения. Забота о сексуальном здоровье важна на протяжении всего жизненного цикла. Вместе с тем, сексуальное здоровье будущего человека зависит от здоровья его родителей, благополучного внутриутробного развития, благоприятной атмосферы в родительской семье и в социуме, от правильного полового воспитания и т.д.

Различные разделы медицинской науки и практики вносят вклад в решение проблем пациентов с сексуальными расстройствами. В сложившейся ситуации возникает необходимость в целях координации действий специалистов различных профилей интегрировать это многообразие в понятие «Сексологическая медицина». Данная парадигма позволит обоснованно на теоретическом и организационном уровне подойти к созданию алгоритма поэтапной профилактики и оказания помощи сексологическому пациенту, определит и узаконит маршрут пациента на этапах оказания ему медицинской помощи.

Возникающие новые требования к взаимодействию врачей разных специальностей от сексологов до врачей общей практики, а также медицинских психологов ставят вопрос об общей методологии, т.е. общем понимании патогенеза сексуальных расстройств, диагностики, лечения и реабилитации сексологических пациентов. Это означает, что мы нуждаемся в подготовке различных специалистов сексологической медицины с различными практическими умениями, но с общим пониманием природы сексуальных расстройств.

Необходимо, чтобы был общий план подготовки для всех специалистов и дополнительные модули, по которым можно было бы готовить специалистов по направлениям сексологической медицины, например, таким как 1) консервативная терапия сексуальных расстройств и 2) хирургическое лечение. Модули могут быть более дробными с обязательным включением подготовки специалистов по профилактической сексологии.

Для осуществления поставленных целей по улучшению сексуального здоровья, а вместе с тем и репродуктивного здоровья необходимо:

1) Укрепить сексологическую службу.

а) Обеспечить реализацию научно обоснованного алгоритма оказания сексологической помощи пациентам, который утверждает прерогативу сексолога в диагностике и определении дальнейшего маршрута лечения. (Контроль со стороны

Росздравнадзора, антимонопольной службы, со стороны управляющих органов здравоохранения..);

б) Разработать стандарты оказания сексологической медицинской помощи при различных сексуальных расстройствах;

в) Ввести штатные должности сексологов согласно штатным нормам (1 специалист на 250 тыс. населения) и должности медицинских психологов, включенных в штат сексологического кабинета;

г) В целях принятия общей методологии, лежащей в основе диагностики и лечения сексологических пациентов направлять специалистов (не сексологов), участвующих в лечении сексологических пациентов, на обучение по специальной программе «Сексология« (Такая разработана еще в 2010 году на кафедре сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова).

2) Ввести обязательное обучение сексологии по специальным программам в медицинских и педагогических Вузах.

3) Направлять действующих педагогов для обучения по сексологической программе (на образовательные курсы по сексологии).

4) Подготовить структуру специалистов из психологов для проведения совместно с педагогами скрининга детей и подростков для выявления групп риска отклоняющегося психосексуального развития.

5) Подготовить психотерапевтов для коррекции отклоняющегося полового поведения детей и подростков.

6) Создать школы для родителей по половому воспитанию детей и подростков.

7) В связи с важностью и большим объемом поставленных задач, необходимостью научной разработки намеченных подходов организовать НИИ сексологических проблем с филиалами в крупных городах.

Все это, а также меры информационного характера подготовят условия для 2-го этапа, разработки и внедрения научно обоснованной программы сексологического просвещения населения, что имеет огромное профилактическое значение для сохранения сексуального здоровья и здоровья человека в целом. Без сексуального просвещения и формирования ответственного отношения к своей сексуальности трудно представить снижение уровня негативных последствий сексуальной активности (ИППП, в т.ч. ВИЧ, незапланированных беременностей, сексуального насилия и т.п.).

Учитывая чрезвычайную неоднородность нашего общества по культуральным, национальным, экономическим характеристикам, по разному отношению к религии, подготовка и выход на реализацию 2-го этапа программы потребует при наличии политической воли принятия решений на таких уровнях как общество и культура, экономика, образование, система здравоохранения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ (ПОЛИГРАФА) В ПРАКТИКЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ДЕЛИКТЫ

Басинская И.А., Шпак А.В.

Орел
ФКУ Орловская ПБСТИН

Актуальность. Для системы принудительного лечения наиболее значимой остается проблема оценки общественной опасности психически больных, совершивших сексуальные правонарушения. Сексуальная преступность занимает особое место среди тяжких правонарушений против личности и является одной из наиболее опасных форм антисоциального поведения во всем мире. Актуальность проблемы обусловлена не только возрастанием числа сексуальных правонарушений, но и принятым 02.03.2012 г. Федеральным законом от 29.02.2012 № 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних», предусматривающим особые медицинские диагностические и лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении лиц с педофилией. По мнению ряда авторов, известно, что лица с расстройствами влечений чаще всего определяют высокую рецидивность сексуальных правонарушений (Soothill K. et.al. 2000, Pritchard C. 2001).

В настоящее время, в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением на принудительном лечении находятся около 100 пациентов, совершивших сексуальные правонарушения, из них примерно 60% страдают различными формами парафилий (гомо и гетеросексуальная педофилия, множественные расстройства сексуального предпочтения). Среди пациентов, с расстройствами сексуального предпочтения, 40% у которых в прошлом уже были судимости за сексуальные правонарушения. В течение последних 7 лет, в два раза, увеличилось поступление пациентов в ОПБСТИН, совершивших тяжкие половые правонарушения. Наблюдается рост числа многоэпизодных (серийных) сексуальных преступлений и повышение их агрессивности. Данная группа пациентов получает комплексное лечение, которое включает в себя применение нейролептических препаратов, антидепрессантов, нормотимиков, психотерапию в сочетании с антиандрогенами (ципротерон ацетат). Регулярно проводится динамический контроль показателей гормонов крови (тестостерон, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, пролактин), проводится экспериментально психологическое исследование пациентов (методики МиФ, ЦТО и т.д) С пациентами непрерывно и в полном объеме работает полипрофессиональная бригада.

Но несмотря на весь комплекс проводимых лечебных и психокоррекционных мероприятий, важной проблемой остается то, что обследуя пациентов, совершивших сексуальные правонарушения, оценивая их психосексологическое состояние, выработку критического отношения к своему заболеванию, совершившему криминалу, в большинстве случаев наблюдений отмечается диссимуляция парафильных переживаний, отказ от сотрудничества с врачом, отрицание испытуемыми идеаторной активности (фантазии, сновидения) девиантного характера, псевдопарафильный синдром, а так же возможность неосознаваемости расстройств сексуальных предпочтений. Данные особенности препятствует проведению объективной оценки эффективности проводимых лечебных и психокоррекционных мероприятий и диагностики состояний, пациентов, совершивших сексуальные правонарушения.

Решением важной проблемы в условиях принудительного лечения послужит применение психофизиологического метода исследования с использованием полиграфа в рамках сексологического обследования данной группы больных. Применяемый метод исследования обладает высокой валидностью и является эффективным инструментом вспомогательной диагностики, который поможет получить более достоверные и объективные данные о наличие у обследуемых пациентов аномалии сексуального влечения, даст возможность реально оценить отношение пациента к имеющейся у него парафилии, совершенному правонарушению, а так же позволит провести объективную оценку эффективности проводимых лечебных и психокоррекционных мероприятий, оценить общественную опасность этих пациентов.

Эффективность применения полиграфа для диагностики сексуальной направленности влечения у сексуальных правонарушителей составляет 98% (Baranowski G. 1998; Williams V., 1999), а по данным R.Card etal. (1995) – около 80%. А.Ю.Хавкин (2003) также показал, что совпадение результатов тестирования

с клиническими признаками парафилий отмечается приблизительно в 70%, при этом высок уровень ложноположительных результатов. В России психофизиологическое обследование в целях диагностики расстройств сексуального предпочтения проводится в лаборатории судебной сексологии Центра им. Сербского с 2000 г. в научных и практических целях.

В настоящее время, для проведения объективной достоверной оценки и диагностики состояний пациентов, совершивших сексуальные правонарушения, а также для увеличения точности прогноза совершения повторных общественно опасных деяний, все пациенты, совершившие сексуальные деликты обследуются на компьютерном аппарате полиграф «КРИС», специалистом-полиграфологом. Этот метод исследования является единственно возможным способом получения от человека информации, которую он скрывает. В начале исследования с испытуемым проводится предтестовая беседа в течении которой, пациент дает письменное согласие на прохождение психофизиологического обследования. Во время предтестовой беседы испытуемому в краткой форме объясняют его права и обязанности, излагаются цель и особенности проведения тестирования на полиграфе. Кроме того, дается инструкция относительно особенностей поведения в ходе обследования. В дальнейшем используют несколько типов разноформатных тестов поочередно, предъявляют адаптационный стимульный тест, тесты общих контрольных вопросов, тесты вербальной стимуляции по активности и по возрасту, тест пороговой визуальной стимуляции и тест подпороговой визуальной стимуляции с использованием маскирующего изображения. При этом одновременно регистрируют психофизиологические параметры реакций обследуемого, затем осуществляется обработка полученных данных методом экспертно-метрического или методом экспертно-бального анализа полиграмм.

Как показали ранние исследования, на получаемые в ходе тестирования на полиграфе результаты существенное влияние оказывает коморбидная психическая патология, в том числе наличие в клинической картине астенических состояний, депрессивных расстройств, декомпенсация органических или личностных психических расстройств, продуктивная (психотическая и непсихотическая) симптоматика, а так же проявления нейролептических осложнений.

Выводы. Результаты обследования, полученные при применение психофизиологического исследования позволят не только дополнить клиническое обследование, наблюдение и психометрическое тестирование пациентов, но и поможет объективно оценить аномалию сексуального влечения, дифференцированно провести психосексологическую оценку пациентов, предположить наличие у обследуемых эмоционально- значимых переживаний в ответ на специфическую стимуляцию, а так же полученные данные будут обязательно учтены при определении степени общественной опасности пациентов. Использование данного метода позволит всесторонне оценить степень риска повторного совершения сексуальных правонарушений и поможет в решении вопроса об изменении меры медицинского характера при освидетельствовании лиц, совершившего сексуальный деликт, на предмет прекращения или изменения принудительных мер медицинского характера.

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Бердова Е.В., Копытов А.В.

Минск, Беларусь
Белорусский ГМУ

Сексуальное здоровье людей в силу высокой личностной значимости не менее важно, чем их физическое здоровье. Расстройства сексуального здоровья ограничивают репродуктивные возможности, препятствуют достижению супружеской и сексуальной гармонии в па-ре, нарушают стабильность брака, отрицательно влияют на душевное равновесие и работо-способность (Ягубов, М.И., 2006), что может привести к попыткам избавиться от тягостного состояния при помощи наркотических средств. В то же время наркотическая зависимость мо-жет вызывать ухудшение сексуального здоровья, что еще больше усугубит тяжелое душевное состояние зависимой женщины и отдалит возможную перспективу выздоровления.

Цель исследования: произвести оценку сексуального здоровья женщин, страдающих наркотической зависимостью, его взаимосвязь с зависимым поведением для оптимизации лечебных и профилактических мероприятий.

Материал и методы. В 2013-2014 гг. проведено комплексное клинико-сексологическое одномоментное попе-речное исследование 41 женщины методом случай-контроль. Основную группу (ОГ) состави-ли 24 женщины в возрасте от 23 до 39 лет, находившихся на стационарном лечении в нарко-логическом отделении ГУ РНПЦ психического здоровья. Контрольную группу (КГ) составили 17 женщин от 19 до 45 лет без наркопатологии.

Критерии включения в основную группу: женский пол, расстройства, вызванные упот-реблением наркотических средств – опиоидов (F11.2.), наличие опыта сексуальных отноше-ний. Критерии включения в контрольную группу: женский пол, отсутствие наркологической патологии, наличие опыта сексуальных отношений. Средний возраст женщин в ОГ 30±4,9 лет, в КГ 27±6,3 года. В браке состоят 46% женщин ОГ и 35% женщин КГ. При этом 20% за-мужних женщин в каждой группе не проживают со своими мужьями.

Все женщины были проинформированы о сути исследования и дали добровольное согласие на участие в нем. На момент обследования у всех лиц ОГ отсутствовало состояние отмены.

Методы исследования: клинико-сексологический и статистический.

Инструменты при клинико-сексологическом методе:

- Опросник супружеской удовлетворенности;
- Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения (Б. Е. Алек-сеев);
- Анкета для оценки женской сексуальной функции (СФЖ), (T. F. Lue);
- Анкета Фридриха-Штарке в модификации проф.В.А. Доморацкого;
- Тест-опросник удовлетворенности браком (В. В. Столин, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко).

Статистическая обработка данных была произведена с использованием программы SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования были получены следующие данные. Для жен-щин ОГ характерны нерегулярные или полностью прекратившиеся в течение последних лет менструации, в то время как для женщин КГ характерен стабильный менструальный цикл, утрачивающий регулярность только при неблагоприятных факторах. Менструации, всегда со-храняющие свою периодичность, более характерны для женщин КГ – 35%, чем для женщин ОГ – 22% ($p<0,05$).

При анализе данных анкеты для оценки женской сексуальной функции в отношении половой активности установлено: 44% женщин ОГ половой акт доставляет глубокое удовлетворение всегда, вне зависимости от фазы менструального цикла, в то время как у 71% женщин КГ степень наслаждения от полового акта зависит от фазы менструального цикла. При этом для 35% женщин КГ половой акт безразличен и участие в нем происходит без внутреннего побуждения. У 38,78% женщин ОГ обнаружено отсутствие полового влечения, в КГ таких женщин не выявлено.

У 17,4% обследованных женщин ОГ и у 6,25% женщин КГ имеется недостаточность ге-нитальной реакции (p<0,05).

Наступление оргазма примерно в половине всех половых актов характерно для 48% женщин ОГ, в то время как для 53% женщин КГ характерно завершение оргазмом большинства половых актов. Необходимо отметить, что 35% женщин ОГ испытывали единичные слу-чаи оргазма при исключительных обстоятельствах.

У 29,2% женщин ОГ и у 11,8% женщин КГ была установлена оргазмическая дисфункция (p<0,05).

При изучении уровня половой активности было выявлено, что 35% женщин, страдаю-щих наркозависимостью и 65% женщин без наркологической патологии совершают половые акты два раза или несколько чаще в неделю. 22% женщин ОГ совершают половые акты еже-суточно (один или несколько раз в сутки). Высокий уровень половой активности для женщин без наркотической зависимости не характерен.

Супружеские отношения приносят скорее беспокойство и страдание 44% женщин ОГ и 17% женщин КГ (p<0,05). Радость и удовлетворение супружеские отношения приносят 22% женщин ОГ и 58% женщин КГ (p<0,05).

У 78% женщин, страдающих наркотической зависимостью, не все обстоит благополучно с эмоциональной поддержкой в семье, а в КГ таких женщин 40% (p<0,05).

В ходе исследования с помощью метода корреляционного анализа были установлены следующие взаимосвязи. Высокий уровень удовлетворенности семейными отношениями в ОГ достигается за счет: качества (r=0,8) и количества (r=0,66) общения; удовлетворенности тем, как партнеры тратят деньги (r=0,7); удовлетворенности сексуальными отношениями (r=0,5).

Высокий уровень супружеской удовлетворенности в КГ достигается за счет удовлетво-ренности тем, как партнеры тратят деньги (r=0,7).

Также можно отметить, что чем выше на момент исследования у женщин ОГ индекс кроссполового поведения, тем выше показатель СФЖ, то есть чем более выражены в поведении взрослой женщины маскулинные черты, тем выше уровень ее сексуального здоровья. Данный факт требует дальнейшего изучения, так как, возможно, был обусловлен небольшими выборками в основной и контрольной группах.

Особый интерес представляет следующая установленная закономерность изменения ин-декса кроссполового поведения по возрастным периодам: у лиц ОГ наблюдаются более высо-кие средние показатели шкальных оценок измерения Маскулинности-Феминности и полоролевого поведения, чем у женщин КГ. В отличие от женщин КГ в ОГ поведение, свойственное противоположному полу, отмечается с дошкольного возраста.

При сравнении возрастной динамики прослеживается стабильный рост степени выра-женности кроссполового поведения у женщин ОГ в в сравнении с КГ, у которых этот показа-тель в возрастных периодах с 7 до 13 лет и с 13 до 18 лет снижается. Превалирование в пове-дении женщин ОГ маскулинных черт подтверждаются данными о том, что при завязывании контактов с представителями противоположного пола они чаще проявляют высокую актив-ность по сравнению с женщинами без наркозависимости и в их эротических фантазиях чаще имеются представители своего же пола.

Заключение. У женщин страдающих наркотической зависимостью по сравнению с контролем чаще наблюдаются половые дисфункции (соответственно, 47,8% и 12,5% p<0,05).

Среди сексуальных дисфункций у женщин с наркотической зависимостью и без наркопатологии наиболее часто встречались: потеря полового влечения – соответственно, 34,8% и 12,5% (p<0,05), недостаточность генитальной реакции – 17,4% и 6,25% (p<0,05), оргазмическая дисфункция – 30,4% и 12,5% (p<0,05).

Для субъектов ОГ более типично снижение частоты наступления оргазма.

Для женщин, страдающих наркотической зависимостью, характерна более выраженная кроссполовая акцентуация по сравнению с женщинами без наркопатологии (p<0,05), что может являться предиктивным фактором в отношении употребления наркотических веществ и/или последующего формирования наркозависимости.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ СЕКСУАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИНЫ С СЕКСУАЛЬНЫМ ЛИБИДО

Бикмуллин Т.Г., Дубивко Г.Ф., Байкеев Р.Ф.

Казань
ООО Центр психотерапии Гармония,
ГАУЗ госпиталь для ветеранов войн (ГдВВ) г. Казань,
Казанский ГМУ

Разрабатываемая программа правительством РФ по улучшению здоровых социальных взаимоотношений, безусловно, решается положительно при благополучном статусе сексуальных отношений мужчин и женщин, в качестве определяющего биологического фактора.

Развитие научной базы в области женской сексологии является одним из направлений медико-психологической помощи населению, как фактор, обеспечивающий высокий уровень жизни населения РФ.

Идентификация сексуального статуса женщин является актуальной медицинской и социальной проблемой, так как отклонения в психосексуальном развитии женщин составляют 52%, а в сексуальной активности 47% [Г.Ф. Дубивко и др., 2012].

Нормальный сексуальный статус женщины это способность к качественной половой жизни (оргастичной) и воспроизведению здорового потомства.

При общих физиологически нормальных параметрах исключительно важное значение имеет развитие женщины и как женщины, и как личности. Последнее оказывает существенное влияние на эволюцию ее либидо.

Женщина, укладывающаяся в нормальные рамки гетеросексуального влечения, может квалифицироваться как женщина с сексуальным либидо. Часто при отсутствии благоприятных условий женщины надолго (иногда навсегда) зависают в эротической стадии либидо, так и не достигнув сексуальной. Сексуальный компонент либидо у женщины развивается в среднем лишь к 28 годам, и то при соблюдении определенных условий.

Для формирования сексуального компонента либидо у женщины в социуме необходимы следующие условия: 1 нахождение в браке или наличие постоянного партнера, 2. бережное и внимательное отношение супруга (партнера) к потребностям женщины, 3. наличие оргазма, достигаемого в процессе полового акта, так как именно оргазм в коитусе является положительным подкреплением, мотивирующим к дальнейшим половым актам.

К сожалению, этому условия соблюдаются не всегда. Более того, если положительным подкреплением оргазма является не коитус, а нечто иное, например мастурбаторный акт, то именно оно (иное) будет способствовать формированию патологического условного рефлекса и будет мотивировать женщину к совершению не коитуса, а мастурбаторного акта. Таким образом, сексуальный компонент либидо у нее так и не разовьется.

Сексуальный компонент либидо у женщины играет роль только при его наличии, в то время как его отсутствие никак не влияет на характеристику сексуального статуса женщины, так как может быть связан с причинами, не зависящими от женщины.

Из всех видов либидо для сексуального партнера женщины наиболее существенным является именно сексуальное либидо, причем в стадии его реализации как полноценного коитуса.

Сексуальная функция – единственная парная функция человека, имеющая многомерное обеспечение. В связи с этим диагностика нарушений сексуального здоровья, и в частности, сексуального статуса женщины, является сложной нетривиальной задачей.

Сексуальный статус женщины определяется ее способностью к прокреации и рекреации и обусловлен уровнем гормональной насыщенности ее организма.

На сегодня наиболее адекватным считается описание сексуального статуса женщин на уровне нейромедиаторов периферической и центральной нервной системы, а также на уровне эндокринной системы.

При рассмотрении влияния гормонов на женскую сексуальность следует оговориться, что их действие на нормальных женщин отличается от таковых в случае наличия у них заболеваний или от их состояния и возраста по отношению к менопаузе.

Нормальное функционирование яичников женщины является той функциональной основой, которая обеспечивает поддержание уровня эстрогенов в крови женщины. Кроме того нормальное функционирование яичников оказывает регулирующее влияние и на анатомические пути прорекреативной функции и отчасти рекреативной: слизистая матки, расширение отверстия цервикального канала шейки матки. Данный факт позволяет оценивать функционирование яичников, не прибегая к сложному биохимическому анализу крови женщины. Совокупность знаний, накопленных в области физиологии женской прокреативности, а косвенно и рекреативности, т.е. способности испытывать оргазм или сатисфакцию при коитусе, легли в основу ряда методов для оценки сексуального статуса женщины.

Известны способы определения нормального функционирования яичников: 1. по способности слизи из шейки матки давать при высушивании кристаллы, группирующиеся по типу «листа папоротника» [Papanicolaou, 1946]. Интенсивность кристаллизации прямо пропорциональна эстрогенной насыщенности организма. 2.по натяжению корнцангом слизи, выделяемой шейком матки. 3. цитологическому исследованию влагалищных мазков, которое основано на определении в них отдельных видов клеток эпителия. 4. с использованием стрип-теста на овуляционный пик лютеинизирующего гормона (ЛГ), 5. по базальной температуре тела. 6. методом биохимического определения эстрогенов в моче по Брауну, 7. гистологическим исследованием соскоба эндометрия. 8. по квалификационной шкале сексуальной формулы женщин [Бурятский Д.Л., 1990], 9. по векторному определению половой конституции женщин [Ботнева И.Л., 1990], состоящей из трех типов степени конституции (средняя, слабая и сильная), и 9 их вариантов. Он охватывает 7 векторов, включая возраст пробуждения эротического либидо, возраст эндокринной активности гонад (менархе), и трохантерный индекс, с введением понятия половой конституции.

Недостатком способа является то, что способ перегружен определяемыми векторами, из которых объективны только два – трохантерный индекс и характер оволосения лобка. При этом, вместо формулирования заключения о нормальном или ненормальном сексуальном статусе женщины с сексуальным либидо, как это требует всякое медицинское обследование, решается вопрос о том, к какому представителю определенного конституционального типа относится обследуемая, и не занимает ли он одно из крайних положений в вариационном ряду нормального проявления зрелой сексуальности, т.к. в случае измерения трохантерного индекса нет ни верхней, ни нижней границы нормы (может быть как меньше 1,88, так и больше 2,05). Другим недостатком способа является то, что определение векторов сексуальной активности (три последних), зависят не от самой женщины, а от внешних причин (наличие сексуального партнера, нахождение в браке, наличие желания (возможности) иметь детей или его отсутствие).

Анализ показывает, что при оценке сексуального статуса женщины с сексуальным либидо применяются способы, использующие набор анкетных данных респондента, ряд антропометрических параметров, кожный тест и уровень эстрогенов и прогестеронов в крови или слюне. Ограничением их применения являются многовекторность, субъективность, качественный или полуколичественный характер, а также отсутствие критерия однозначного толкования результатов обследованных женщин. Таким образом, отсутствует способ, позволяющий корректно идентифицировать сексуальный статус женщин с сексуальным либидо.

Нами разработан метод по идентификации сексуального статуса женщин по ее антропометрическим данным.

При получении технического результата в виде уравнения, были подвергнуты анализу возраст, семейный и социальный статусы, неврологический статус, морфограмма, полоролевое поведение, включая парный критерий – удовлетворенность от контакта с данной женщиной.

Изложенный анализ по технологии идентификации сексуального статуса женщин показывает, что в РТ имеется достаточная научная база по сексологической курации женщин, как элемент медико-психологической сексологической помощи (МПСП) населению в целом по РТ. Дальнейшее развитие указанного направления МПСП возможно при учете двух факторов 1) необходимо разработать перспективную программу деятельности сексологической службы с конкретным финансированием раздела женской сексологии, с выделением средств на научные исследования в данной области 2) обеспечить адекватную сексологическую медико-психологическую помощь женской популяции Республики Татарстан.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ СЕКСУАЛЬНОГО СТАТУСА МУЖЧИНЫ С СЕКСУАЛЬНЫМ ЛИБИДО

Бикмуллин Т.Г., Дубивко Г.Ф., Байкеев Р.Ф.

Казань
ООО Центр психотерапии Гармония,
ГАУЗ госпиталь для ветеранов войн (ГдВВ) г. Казань,
Казанский ГМУ

Разрабатываемая программа правительством РФ по улучшению здоровых социальных взаимоотношений, безусловно, решается положительно при благополучном статусе сексуальных отношений мужчин и женщин, в качестве определяющего биологического фактора.

Идентификация сексуального статуса мужчин является актуальной медицинской и социальной проблемой, так как отклонения в психосексуальном развитии мужчин составляют 21%, а в сексуальной активности 47% [Г.Ф. Дубивко и др, 2012].

Сексуальная функция – единственная парная функция человека, имеющая многомерное обеспечение. В связи с этим диагностика нарушений сексуального здоровья, и в частности, сексуального статуса мужчины, является сложной не тривиальной задачей.

Трохантерный индекс – антропометрический показатель, представляющий собой отношение высоты тела к длине ноги от площади опоры до большого вертела; коррелирует с темпами полового созревания и индивидуально-типовой характеристикой конституции мужчины [М.Я. Брейтман, 1924]. Вот почему в диагностике сексологических расстройств особую ценность приобретают те объективные показатели, которые позволяют характеризовать не только патологические отклонения, но и нормальные варианты. К числу таких двунаправленных семиологических показателей, характеризующих как патологию, так и норму, относят прежде всего данные антропометрии.

Сексологическая антропометрия, развивающаяся на основе общеклинической антропометрии, вместе с тем имеет свою специфику, адекватную тем особым задачам, с которыми встречается сексолог. Трохантерный индекс используется как один из важнейших объективных показателей предыстории полового развития индивидуума.

При общих физиологически нормальных параметрах исключительно важное значение имеет развитие мужчины и как мужчины, и как личности. Последнее оказывает существенное влияние на эволюцию его либидо.

Либидо (лат. libido – похоть, желание, страсть, стремление) – одно из основных понятий психоанализа, разработанных Фрейдом, которое обозначает сексуальное желание или половой инстинкт. Не касаясь широкого толкования понятия либидо, ограничиваясь в части его обозначения, как гетеросексуальное желание, возможно ввести понятие половое влечение. Либидо или половое влечение, проходит в своем развитии 3 стадии: платоническое либидо, эротический компонент либидо, сексуальное либидо. У мужчин с сильной половой конституцией сексуальное либидо может опережать эротическое, либо формироваться параллельно с ним. Мужчина, укладывающийся в нормальные рамки гетеросексуального влечения, может квалифицироваться как мужчина с сексуальным либидо. Из всех видов либидо для сексуальной партнерши мужчины наиболее существенным является именно сексуальное либидо, причем в стадии его реализации как полноценного коитуса.

Известен способ идентификации сексуального статуса мужчин по квалификационной шкале сексуальной формулы мужчин [Г.С. Васильченко и др., 1977], где сексуальная формула выводится на основании данных, полученных по специальному вопроснику, который состоит из 10 разделов, каждый из которых имеет 5 оценочных опций.

Недостатком способа является: квалификационная шкала в текстовой части, содержит информацию, которая очевидным образом в рамках некоторых, фактически, изолированных разделов, претендует оценить сексуальную формулу мужчины, содержательная часть которых декларируется самим респондентом, т.е. декларируемое определение сексуальной формулы строится преимущественно на личностной оценке респондента самого себя.

Известен способ векторного определения половой конституции мужчин [Д.Л. Бурятский и др., 1990], состоящий из трех типов степени конституции (средняя, слабая и сильная), и 9 их вариантов. Он охватывает 7 векторов, включая трохантерный индекс, с введением понятия половой конституции, соответствующей его значению: слабая, меньше или равно 1,85 – 1,91, средняя, 1,92 – 1,98, сильная, больше или равно 2,0.

Недостатком способа является то, что способ перегружен определяемыми векторами, из которых объективен только один – трохантерный индекс. При этом, вместо формулирования заключения о нормальном или ненормальном сексуальном статусе мужчины с сексуальным либидо, как это требует всякое медицинское обследование, решается вопрос о том, к какому представителю определенного конституционального типа относится обследуемый, и не занимает ли он одно из крайних положений в вариационном ряду нормального проявления зрелой сексуальности, т.к. в случае измерения трохантерного индекса нет ни верхней, ни нижней границы нормы (может быть как меньше 1,85, так и больше 2,0).

Известен способ диагностики эректильной дисфункции у мужчин методом кавернозометрии/кавернозографии [S. Glina at al. 2013].

Недостатками способа являются: 1. Оценивается венозо-окклюзионная дисфункция полового члена, а не сам сексуальный статус мужчины, в более широком плане, чем нормальная эрекция; 2. Не исключается нарушение эрекции у сексуально потентных мужчин.

Известен способ идентификации сексуального статуса у мужчин по андрогенной насыщенности организма: проба Rigoni & Galliani [Г.Г. Корик, 1977]. Результат оценивается полуколичественно после введения внутрикожно тестостерона пропионата, по размеру гиперемии, в виде количества «+», а при отсутствии гиперемии реакция считается отрицательной.

Недостатками способа являются: 1. необходимость применения внутрикожной пробы с масляным раствором тестостерона пропионата; 2. невозможность сформулировать клиническое заключение о сексуальном статусе мужчины однозначно – норма или нет; 3. возможность аллергической реакции в виде гиперемии при введении тестостерона пропионата (липидного компонента), что искажает результат теста; 4. опасность возникновения инфильтрата и его инфицирование.

Известен способ оценки сексуального статуса мужчины – феномен «папоротника» [Б.А. Вартапетов, 1975], основанный на способности гормона-андрогена в слизи, выделяемой предстательной железой, влиять на кристаллизацию сухого остатка слизи при ее высушивании.

Недостатком способа является отсутствие количественной оценки, имеется только субъективная качественная визуальная оценка результата микроскопического исследования.

Известен способ оценки сексуального статуса мужчины, основанный на исследовании содержания тестостерона в сыворотке крови или слюне [C. Wang at al. 2004].

Недостатками способа являются: 1. проводится сложный биохимический анализ; 2. результат говорит лишь об уровне андрогенной насыщенности организма, а не о состоянии сексуального статуса индивидуума.

Анализ показывает, что при оценке сексуального статуса мужчины с сексуальным либидо применяются способы, использующие набор анкетных данных респондента, ряд антропометрических параметров, кавернозометрию, кожный тест и уровень андрогенов в крови или слюне. Ограничением их применения являются многовекторность, субъективность, качественный или полуколичественный характер, а также отсутствие критерия однозначного толкования результатов обследованных мужчин. Таким образом, отсутствует способ, позволяющий корректно идентифицировать сексуальный статус мужчин с сексуальным либидо.

Клинический результат достигается тем, что с помощью ростомера и сантиметровой ленты измеряется рост мужчины, находящегося в положении стоя, и длина ноги от trochanter major до подошвенной стороны стопы, в единицах измерения $1 \cdot 10^{-3}$ м, определяется их соотношение – трохантерный индекс [ТИ], которое подставляется в уравнение. Если значение уравнения больше 0,32, то сексуальный статус мужчины с сексуальным либидо в норме, если меньше или равно 0,32 – сексуальный статус мужчины с сексуальным либидо ниже нормы.

При получении клинического результата в виде уравнения, были подвергнуты анализу возраст, семейный и социальный статусы, неврологический статус, морфограмма, полоролевое поведение, включая парный критерий – удовлетворенность от контакта с данным мужчиной его сексуальной партнерши, всего 65 параметров. Получено положительное заключение на изобретение №2014101102/140 от 14.01.2015.

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У МУЖЧИН И СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСГАРМОНИИ

Буткова Т.В.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Неоднократно многими исследователями отмечалась важность и значимость парных отношений на развитие сексуальных дисфункций, особенно у мужчин, а также на то, что при лечение данных расстройств рекомендуется, по возможности,

привлекать полового партнера. Сексуальные дисгармонии приводят к заниженной самооценке, снижению жизненных интересов и пессимистическому взгляду на будущее, а также влияют на качество жизни и климат в семье.

Было обследовано 12 пациентов, в возрасте от 24 до 45 лет, обратившихся за сексологической помощью. В работе использовались клинический, клинико-психопатологический, клинико-сексологический методы обследования, которые включали в себя изучение соматического статуса. У данных пациентов наблюдалось нарушение эрекции и снижение либидо на фоне расставания с постоянной партнершей. В 10 случаях партнеры не обсуждали свои проблемы в паре, аргументируя тем, что «каждый должен решать свои проблемы со здоровьем самостоятельно». Необходимо обратить внимание, что в 2 случаях партнерши, по личной инициативе, обращались за консультацией к психологам «для решения своих внутренних проблем», однако, предложения совместной работы с парой, мужчины не получали. В итоге, партнерши через 6-8 месяцев, по окончанию прохождения курсов у психолога, принимали самостоятельное решение начать новую жизнь и прекращали отношения. Что в свою очередь способствовало развитию чувства несостоятельности, провоцировало рост самообвинения и формирование сексуальных дисфункций у мужчин.

Средний суммарный показатель по шкале СФМ до начала лечения составил 18,6±1,8 балла. Средний суммарный балл по шкале Бэка составил±16,14, что соответствовало умеренной депрессии. По окончанию лечения показатель СФМ составил 30±1,2 балла, по шкале Бэка – 8,28 баллов.

К психотерапевтической работе привлекался половой партнер, а проводимая психотерапия была направлена на ликвидацию невротических реакций партнеров, восстановление сексуальной функции и коррекцию дисгармоничных отношений в паре, либо ориентацию на поиск нового постоянного партнера. Коррекция сексуальных нарушений предусматривала интегративный подход, включающий проведение ряда мероприятий, повышающих самооценку и формирующих уверенность в себе.

Итогом психотерапии семейно-сексуальных дисгармоний являлось ориентация партнеров на максимальное изменение сложившегося сексуального стереотипа, адекватное реагирование на сексуальные неудачи и анализ их причин, приводящих к внутриличностным и внеличностным конфликтам.

ЭКСПЕРТНЫЕ ВЫВОДЫ ПРИ СУДЕБНОЙ СЕКСОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Введенский Г.Е., Каменсков М.Ю., Штарк Л.Н.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Объективные трудности, возникающие при решении экспертно-диагностических вопросов при производстве сексолого-психиатрических экспертиз, приводят к попыткам теоретического обоснования и внедрения в практику различных по степени однозначности форм экспертных заключений: условных и безусловных, однозначных и альтернативных, а также вероятностных выводов (Руководство по судебной психиатрии, 2013). А.А.Ткаченко (2006) считает, что «запрет на использование вероятных выводов означает существенный отрыв и от исторической, и от мировой практики, и от принципов, устоявшихся в других областях судебной экспертизы», само же психиатрическое экспертное заключение встраивается в ряд собранных доказательств, перед которыми оно не имеет преимуществ и подлежит сопоставлению с ними и может использоваться как косвенное доказательство. Вероятностные формулировки экспертных решений получили свое распространение и в судебной сексологии (Ткаченко А.А. с соавт., 2002), что обусловлено самой спецификой диагностических указаний и тесной связью психосексуальной патологии с механизмами девиантного, противоправного поведения.

Цель исследования – уточнение оснований и условий формулирования категоричных и некатегоричных (вероятностных, условных и т.п.) экспертных выводов, а также отказа от дачи заключения в ходе комплексных судебных сексолого-психиатрических экспертиз.

Материал и методы исследования: проведен анализ 107 судебных сексолого-психиатрических экспертных заключений, проведенных в Центре им. В.П.Сербского по методу случайной выборки.

Результаты и обсуждение. Основную массу заключений составили:

Категоричные выводы по результатам сексологического обследования:

А. По данным материалов уголовного дела и результатам сексологического обследования (36 заключений).

В этой группе был категорично установлен диагноз расстройства сексуального предпочтения, как по данным материалов уголовного дела, так и по результатам сексологического обследования (сексологический анамнез и статус), что подтверждалось результатами психофизиологического обследования в 10 случаях из 36 и направленного экспериментально-психологического исследования в 12 наблюдениях. Длительность поведения во всех случаях превышала 6 месяцев, выявлялись наличие аномального объекта сексуального предпочтения и/или стереотипность аномального сексуального поведения.

Б. Установление диагноза расстройств сексуального предпочтения только по данным материалов уголовного дела – условные выводы (30 заключений).

В этой группе, несмотря на отрицание подэкспертным как инкриминируемого деяния (в том числе и ранее совершенных и отбывших в результате наказание в 10 случаях из 30), так и наличия аномального сексуального влечения, соблюдались все те же характеристики, что и в группе выше: наличие стереотипной патологической сексуальной активности на протяжении более чем полугода (в среднем по группе 7±3,4 года), подтвержденные данными психофизиологии в 4 случаях и направленного экспериментально-психологического исследования в 6 наблюдений (в остальных получен отказ от дополнительных методов обследования).

В. Категоричное отрицание наличия у обследуемого какого-либо расстройства сексуального предпочтения (28 заключений).

В последней группе в отличие от других отсутствовал временной критерий наличия аномального сексуального поведения, был или однократный эпизод совершения сексуального правонарушения, или длительность этого поведения составляла менее 6 месяцев. Во всех случаях подэкспертные отрицали совершение инкриминируемых деяний. Психофизиологическое обследование было проведено в 2 из рассмотренных наблюдений, где реакции на аномальные сексуальные стимулы выявлено не было. Направленное экспериментально-психологическое исследование (в 4 случаях) также не обнаружило характерных особенностей. Эксперты в заключении указывали характерные особенности поведения правонарушителей, обозначали, какому расстройству они могли бы соответствовать, если бы были соблюдены все необходимые условия для постановки диагноза, объясняли критерии, в соответствии с которыми диагноз не мог быть установлен на момент экспертизы (условный вывод).

Вероятностный вывод о наличии расстройства сексуального предпочтения сделан только в 3 экспертных заключениях, был установлен диагноз педофилии с высокой степенью вероятности. Длительность аномального сексуального поведения здесь составила от 7 мес. до 1,5 лет. Подэкспертные отрицали инкриминируемые деяния. Во всех случаях проводилось психофизиологическое обследование, в двух из них получены

значимые реакции на визуальные пороговые педофильные стимулы, в третьем – «однозначные результаты не были получены». При направленном экспериментально-психологическом исследовании обнаружены признаки, которые наиболее часто встречаются среди лиц с расстройствами сексуальных предпочтений: сексуальная привлекательность образа ребенка, недифференцированный образ женщины по возрастному признаку и наделение его инфантильными признаками.

Один из этих подэкспертных судом был повторно направлен на комплексную сексолого-психиатрическую экспертизу в связи «с неясностью выводов». При повторной экспертизе другим экспертом Центра ему был установлен диагноз педофилии в категоричной форме.

Во всех случаях постановки расстройства сексуального предпочтения без наличия описания самим подэкспертным особенностей его формирования и протекания, а также субъективного состояния на момент деликта, вынести заключение о влиянии патологического влечения на поведение не представлялось возможным.

Отказ от экспертного заключения, а точнее, от оценки поведения подэкспертного по данным материалов уголовного дела был дан в 4 случаях. Все подэкспертные данной группы обвинялись в совершении сексуальных действий в отношении своих детей. Обвинению предшествовали длительные судебные разбирательства с супругами по бракоразводному процессу, в некоторых случаях установлению опекунства над детьми. Инкриминируемая длительность поведения всегда составляла несколько лет – от 3 до 8. Содержательная сторона аномальной активности по данным материалов дела отличалась многообразием, непоследовательностью, что не позволяло вычленить какой-либо устойчивый паттерн патологического полового поведения. Данные психофизиологического и направленного экспериментально-психологического исследований носили или неоднозначный характер или (чаще) соответствовали нормативным сексуальным предпочтениям.

Кроме того в 6 наблюдениях отказ от экспертного заключения сопровождался обоснованием в виде невозможности оценить особенности психосексуального развития и полового поведения в виду отказа подэкспертного от обследования или в связи с его актуальным психическим состоянием (например, расстройством адаптации в виде различных депрессивных реакций, диссоциативных расстройств и др.).

Выводы. Вероятностные выводы в настоящее время формулируются достаточно редко и по-прежнему вызывают вопросы у судов, в то же время условные выводы достаточно часты. Основанием для формулировки условных и вероятностных выводов являются непротиворечивое описание сексуального поведения в деликтах в материалах уголовного дела, условием – соответствие данного описания клинической картине расстройства сексуального предпочтения, в том числе критерию длительности болезни. Результаты параклинических методов (психологического, психофизиологического) повышают степень вероятности выводов. При формулировке вероятностных и условных выводов вынести заключение о влиянии их на поведение в деликте не представляется возможным. Отказы от дачи заключения обусловлены в основном противоречивостью объектов исследования.

ТЕСТОСТЕРОН И ДЕПРЕССИЯ: ПАРАДОКСЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ

Ворник Б.М.

Харьков, Киев, Украины
ХМАПО

Актуальность депрессии при сексуальных расстройствах у мужчин не требует обоснования. Особенно заметной эта проблема становится у мужчин старше 40 лет, когда начинается физиологическое снижение уровня тестостерона и формируется возрастной андрогенодефицит. При этом часто снижается настроение, либидо, интерес к противоположного полу, интенсивность социального общения, ухудшается качество сексуальных актов, нарушается сон, снижается настроение, возникает чувство физической усталости, что приводит к нарушению удовлетворенности качеством жизни,.

У таких мужчин наиболее часто встречается астено-депрессивный синдром и синдром возрастного гипогонадизма. При этом, не всегда уровень тестостерона в крови соответствует клиническим симптомам гипогонадизма.

Клинические проявления зависят от динамики возникновения синдромов: а) астено-депрессивный синдром сопровождает или является следствием снижения уровня тестостерона, б) снижение уровня тестостерона сопровождается симптомами астении и депрессии. А поскольку психопатологические симптомы гипоганадизма очень похожи с таковыми при других психических нарушениях, то определить первичность процесса можно только с помощью лонгитудинального анализа возникновения нарушений с учетом всех возможных причин (психогенных и соматогенных).

Исследования о связи уровня тестостерона и депрессии в отечественной литературе практически отсутствуют. Чаще подобные исследования втсречаются в зарубежной литературе, указывая на антидепрессивный эффект препаратов тестостерона.

Проведено изучение взаимозависимости депрессии и уровня тестостерона у 313 мужчин в возрасте от 40 до 83 лет, обратившихся на прием с нарушениям сексуальной функции. Они были разделены на 3 возрастных группы: 40-50, 50-60, 60 и старше.

Симптомы депрессия имели различную степень выраженности: от латентной, субклинической до клиники выраженной депрессии, сопровождающейся соматическими и вегетативными нарушениями. Уровень тестостерона колебался от 8 нмоль/л до 18,3 нмоль/л.

Антидепрессанты подбирались индивидуально. Из препаратов тестотерона у всех больных использовался трансдермальный препарат Андрогель фирмы «Besins Healthcare» в дозе 50 мг 1 раз в день.

Выводы:

1. Возрастное снижение уровня тестостерона, у 57,2% мужчин проявляется различными сексуальными расстройствами и сопровождается симптомами депрессии, разной степени выраженности;

2. Нормализация уровня тестостерона, даже без применения антидепрессантов, значительно снижает и редуцирует симптомы депрессии;

3. Такие симптомы, как агрессия, раздражительность, лабильность нервной системы чаще встречаются у лиц с низким уровнем тестостерона и высоким уровнем эстрогенов. Лица с высоким уровнем тестостерона более спокойны, уверенны в себе, конструктивны;

4. Коморбидная депрессия и антидепрессанты, применяемы для ее лечения, сами по себе снижают уровень тестостерона, осложняя состояние мужчины;

5. Редукция депрессивной симптоматики при одновременном назначении антидепрессантов и тестостерона (Андрогель) наступает на 4-6-ой неделях против 7-10-ой недели у пациентов, лечившихся антидепрессантами, но без тестостерона.

6. Катамнестические наблюдения до 20 месяцев, после окончания лечения показали, что период ремиссии депрессивных состояний сохраняется гораздо дольше.

7. Низкодозовый препарат Андрогель является препаратом выбора из препаратов Тдля котерапии депрессии.

8. Применение Андрогеля позволяет использовать более легкие антидепрессанты и сокращает длительность лечения.

9. Раздельное назначение тестостерона или антидепрессантов пациентам старше 65 лет малоэффективно. Но их одновременное назначение оказывает положительный эффект на симптомы депрессии, даже если лечение начиналось пациентов старше 65 лет.

СЕКСУАЛЬНЫЕ МОТИВЫ У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Выходцев С.В., Трегубенко И.А.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
РГПУ им. А.И. Герцена

Целью исследования было выявление структуры сексуальных мотивов у больных душевными расстройствами.

Всего было обследовано 213 пациентов-мужчин в возрасте от 18 до 75 лет с различными психическими заболеваниями. Все больные были разделены по следующим нозологиям: расстройства шизофренического спектра (36%), органические заболевания головного мозга с психическими нарушениями (33%), зависимость от психоактивных веществ (13%), аффективные расстройства (10%) и расстройства личности и поведения (8%).

Исследование проводилось методом анкетирования и стандартизированного интервью. Пациенты самостоятельно выбирали значимые для себя мотивы сексуальных отношений. Полученные ответы были подвергнуты процедуре кластерного анализа отдельно для каждой группы больных. В результате мы получили группы сексуальных мотивов, характерные для конкретной нозологии. Рассмотрим их.

У больных шизофренического спектра мотивы к сексу объединились в два кластера. Первый составили следующие мотивы: доставить удовольствие партнеру, получить удовольствие от наслаждения партнера, получение положительных эмоций и удовольствия для себя, для гармонии в отношениях, продолжение рода. Во второй кластер вошли мотивы: повышение самооценки, способ самовыражения, снятие напряжения и душевное равновесие. Как видно, первую группу (кластер) составляют мотивы, направленные на другого человека (партнера). Мы обозначили их как «экстравертные сексуальные мотивы». Вторая группа включает мотивы, связанные с решением внутриличностных проблем. Этот кластер мы назвали «интровертные сексуальные мотивы».

В группе пациентов с зависимостью от психоактивных веществ также образовались два кластера сексуальной мотивации. В первый вошли следующие мотивы: получение положительных эмоций и удовольствия для себя, снятие напряжения, доставить удовольствие партнеру, получить удовольствие от наслаждения партнера. Данный кластер был назван «тактические сексуальные мотивы». Второй кластер составили: повышение самооценки, продолжение рода, для душевного равновесия и гармонии в отношениях с партнером. Мы обозначили данную группу «стратегические сексуальные мотивы». В целом, в сознании больных с данной нозологией секс может быть ориентирован либо на сиюминутные (кратковременные) цели, либо на долгосрочные, связанные с гармоничными отношениями и прокреативностью, цели.

У пациентов с органическими психическими расстройствами мотив «получение положительных эмоций и удовольствия для себя» отделен от остальных и не объединяется с другими мотивами. Первый кластер мотивов составили: получение удовольствия от наслаждения партнера, для душевного равновесия и снятия напряжения, доставить удовольствие партнеру и для гармонии в отношениях. Во второй кластер вошли мотивы: продолжение рода и повышение самооценки. В целом, данное разделение мотивов напоминает то, что мы наблюдали у больных предыдущей группы. Однако у больных с органическими психическими расстройствами более четко обозначена тематика решения проблем самоотношения (внутриличностный конфликт) и прокреации.

В сознании пациентов с аффективными расстройствами сексуальные мотивы объединились в две группы. В первый кластер вошли: получение положительных эмоций для себя, доставить удовольствие партнеру, получить удовольствие от наслаждения партнера, а также для гармонии в отношениях. Данный кластер мы назвали «секс как компонент партнерских отношений». Второй кластер объединил следующие мотивы: повышение самооценки, снятие напряжения, душевное равновесие, самовыражение и продолжение рода. Он был обозначен нами «инструментальные функции секса».

У пациентов с личностными расстройствами в первую группу мотивов вошли: повышение самооценки, душевное равновесие, самовыражение, гармония в отношениях, снятие напряжения. Вторую группу составили следующие мотивы: получение положительных эмоций и удовольствия для себя, доставить удовольствие партнеру, получить удовольствие от наслаждения партнера и продолжение рода. Фактически секс в данной нозологии используется для разрешения внутриличностных проблем.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у пациентов шизофренического спектра сексуальные мотивы были направлены либо на партнера – «внешний мир», либо на себя – «внутренний мир». У пациентов с зависимостью от психоактивных веществ сексуальные мотивы были ориентированы либо на достижение сиюминутного удовольствия, либо направлены на жизненную перспективу. В группе больных органическими психическими расстройствами четко выделялись мотивы для решения внутриличностных проблем через прокреацию. Гедонистический мотив – «получение положительных эмоций и удовольствия для себя» – в данной группе ни с чем не объединялся и был отмечен пациентами отдельно. В группе больных с аффективными расстройствами сексуальные мотивы были направлены на решение коммуникативных задач или носили инструментальный характер. Пациенты с расстройствами личности и поведения выделяли те сексуальные мотивы, которые были направлены на решение внутриличностных проблем.

ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ

Демидова Л.Ю.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность исследования по выявлению факторов преступного сексуального поведения в отношении несовершеннолетних не вызывает сомнений. Однако психологические исследования по этой теме в нашей стране крайне немногочисленны (Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., 1997; Дворянчиков Н.В., 1998; Радченко Н.В., 2002). При этом в большинстве исследований внимание уделяется индивидам с диагнозом педофилии, однако слабо изученными остаются лица, совершившие схожие действия, но без расстройств сексуального предпочтения.

Цель исследования – изучение особенностей гендерной идентичности у лиц, совершивших сексуальные преступления в отношении несовершеннолетних (с диагнозом педофилии и без расстройств сексуального предпочтения).

Материал и методы. Обследовано 60 мужчин, проходивших судебную сексолого-психиатрическую экспертизу в связи с совершением сексуальных правонарушений в отно-

шении детей. Первую группу составили 34 человека, которым было установлено расстройство сексуального предпочтения в виде педофилии. Во вторую группу вошли 26 человек, совершивших аналогичные действия при отсутствии диагноза расстройства сексуального предпочтения. Контрольную группу составили 30 человек, никогда не привлекавшихся к уголовной ответственности.

Использованные методики: 1. «МиФ» – Маскулинность и Фемининность; 2. «ЦТО» – Цветовой тест отношений; 3. «Кодирование»; 4. Методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн.

Результаты и их обсуждение. Полоролевая идентичность. Для лиц, совершивших сексуальные преступления в отношении детей, в сравнении с группой нормы характерны: меньшая выраженность маскулинности образа «Я» [МиФ]; более близкое расположение образов «Я» и «Женщина» [МиФ, Дембо-Рубинштейн]; большая частота встречаемости связей между образами «Я» и «Женщина» [ЦТО, Кодирование], «Я» и «Мальчик» / «Девочка» / «Ребенок» [ЦТО].

Правонарушители видят себя как более асексуальных, чем мужчина; более слабых и безынициативных, чем женщина [Дембо-Рубинштейн]. Указанные признаки, хотя и свойственны правонарушителям вообще, более выражены именно у лиц с диагнозом педофилии. Только у лиц с педофилией, в сравнении с другими группами, наблюдается значимо большее расстояние между образами «Я» и «Мужчина должен быть» [МиФ], они значительно реже устанавливают связи между образами «Я» и «Мужчина» [ЦТО, Кодирование]. Все обследованные сексуальные правонарушители в сравнении с группой нормы оценивают себя как более несчастных, слабых, второстепенных, асексуальных, деградирующих, грустных и неуверенных [Дембо-Рубинштейн].

Полоролевые предпочтения и полоролевое поведение. У правонарушителей выявляется стремление соответствовать мужскому образу – образы «Я идеальный» и «Мужчина должен быть», как правило, располагаются у них ближе, чем в группе контроля [МиФ]. Только у них встречаются феминный и недифференцированный типы образа «Я идеальное» и значительно реже – маскулинный тип, а образы «Мужчины считают, что я» и «Женщины считают, что я» наделяются менее выраженной маскулинностью, чем в норме [МиФ].

Представление о полоролевых стереотипах. Правонарушители склонны наделять мужской образ меньшей маскулинностью в сравнении с нормой [МиФ]. На смысловом уровне они значительно реже оценивают мужской образ положительно и чаще нейтрально в сравнении с группой нормы [Кодирование]. Однако на эмоциональном уровне только лица с педофилией крайне редко оценивают мужчину положительно, значимо чаще нейтрально и отрицательно [ЦТО].

Отсутствие различий в восприятии полоролевых качеств женского образа [МиФ] подчеркивает важность аномального представления именно о мужском полоролевом стереотипе для возникновения аномального сексуального поведения. В сравнении с контрольной группой правонарушители воспринимают женщину как более больную, несчастную, второстепенную, одинокую, асексуальную, деградирующую, неуверенную, враждебную [Дембо-Рубинштейн]. Только у лиц с педофилией подобное негативное отношение присутствует и на эмоциональном уровне: они, в сравнении с другими группами, значительно реже положительно относятся к женщине и значительно чаще нейтрально или амбивалентно [ЦТО].

Сексуальные предпочтения. В группах правонарушителей при сравнении с группой нормы значительно реже встречаются связки «Идеальный сексуальный партнер» – «Женщина» / «Девушка» и значимо чаще «Идеальный сексуальный партнер» – «Мальчик» / «Девочка» / «Ребенок» [ЦТО]. Однако у лиц с педофилией в сравнении с другими группами расстояние между образами «сексуальных партнеров» и образом «мужчины» меньше, а с образом «женщины» больше; только у них значительно реже встречается андрогинный тип «идеального сексуального партнера» и чаще – маскулинный и недифференцированный [МиФ].

Выводы. Лица, совершившие сексуальные правонарушения в отношении несовершеннолетних, ощущают себя недостаточно состоятельными с точки зрения мужчины, однако у лиц без диагноза расстройства сексуального предпочтения сохраняются элементы идентификации с мужским образом, а индивиды с диагнозом педофилии идентифицируют себя с женщиной и детскими образами, что находит отражение и в отрицательном эмоциональном отношении к собственной половой роли. Декларируемое, формальное стремление соответствовать мужской половой роли не находит отражения в их реальном поведении. Для правонарушителей без расстройств сексуального предпочтения женский образ оказывается отталкивающим в результате взаимодействия с ними, а для лиц с педофилией женский образ является непривлекательным по своей сути. Образ сексуального партнера у лиц с педофилией не соответствует культурным представлениям о женщине, что может свидетельствовать о том, что зрелая женщина в принципе не может оказаться для них сексуально привлекательной.

ГИПОЛИБИДЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Добаева Н.В.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Изучение влияния хронических дерматозов на сексуальную жизнь является актуальной задачей. Недооценка психосоматического, сексологического состояния этих больных значительно снижает эффективность их лечения. Связи между кожным заболеванием, психопатологическими и сексуальными нарушениями весьма тесные. При возникновении зуда в головном мозге активируются ряд сенсорных, моторных и аффективных зон (Drzezga A., Darsow U., 2001). Сексуальная и социальная жизнь больных данной группы отличается неустроенностью и крайней нестабильностью, ввиду наличия психотравмирующих переживаний (видимые проявления кожной патологии, ухудшающие внешний вид и вызывающие значительный дискомфорт, в общении с окружающими людьми). Формирование аффективного расстройства по поводу косметического дефекта отрицательно воздействуют на личность, страдает сексуальная сфера, а повторные психотравмы ухудшают динамику дерматозов.

Цель исследования – Выявление при помощи применяемых в сексологической практике методов исследования клинических вариантов сексуальных дисфункций у больных хроническими кожными заболеваниями.

Материалы и методы: Было проведено исследование 98 пациентов, страдающих псориазом и нейродермитом в возрасте от 18 до 40 лет, с помощью клинико-психопатологического, психологического, сексологического методов. Для квалификации степени тяжести кожной патологии применялась методика определения Дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и стандартная международная система SCORAD (Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кадушников Р.М., 1999, Severity Scoring of Atopic Dermatitis, 1993, Orange A., 1997, Schofer T., Ring J., 1998)

Результаты и обсуждение. Гиполибидемия наблюдалась у 33 человек (33,7%) из них 19 (57,6%) мужчин и 14 (42,4%) женщин. У них отмечалось выраженное снижение сексуального влечения, отсутствие уверенности в своей сексуальной привлекательности, пониженный фон настроения, астения.

Отмечалась динамика сексуальных нарушений, которые манифестировали расстройствами эякуляции и эрекции у мужчин. В последующем при присоединении аффективной и невротической патологии наблюдалось снижение либидо. В последующем данные сексуальные проявления приводили к полной утрате сексуальных потребностей.

У пациенток данной группы снижение либидо характеризовалось отсутствием стремления к сексуальным контактам, ослаблением соответствующих сексуальных реакций при половом контакте и редукции сексуального напряжения, коитальной аноргазмией. Основную роль в этом играли такие причины, как страх, стыд из-за непривлекательности своего тела (высыпания, лихенизация, расчесы и т.д.). Раздражительность и косметические дефекты, наносили ущерб значимости сексуальности и затрудняли обсуждение данной тематики. Наличие кожного заболевания с раннего детства чаще всего препятствовало правильному сексуальному развитию в периоде полового созревания, из-за ограничения контактов со сверстниками, а также аффективных проявлений, в виде недовольства собой. Половые контакты с партнером представляли собой необходимость, от которой они либо уклонялись, либо соглашались, вопреки своему желанию с чувством внутреннего напряжения. Пациентки неспособны были прочувствовать и осмыслить сексуальную ситуацию и правильно на нее реагировать, в связи с эмоциональным напряжением.

У данной группы выявлены психические расстройства: у 51,5% смешанное тревожное и депрессивное расстройство и у 48,5% больных практически в равном соотношении дистимия и ипохондрическое расстройство.

Выводы. В результате проведенного нами исследования выявлены частота, характер и динамика психических нарушений, дерматологических проявлений и сексуальных дисфункций у лиц, страдающих псориазом и атопическим дерматитом.

Полученные данные явились основой для дифференцированного подбора, наряду с дерматологическим лечением, психофармакологических, психотерапевтических и сексологических методов коррекции пограничных психических нарушений и сексуальных расстройств у изучаемой группы лиц.

НЕЙРОИММУНОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНЫХ АДДИКЦИЙ

Каменсков М.Ю.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Успехи нейробиологических наук на протяжении последних десятилетий явились стимулом для развития судебной нейропсихиатрии, эволюционной и культуральной психиатрии. Прогресс в судебной нейропсихиатрии оказывает влияние и на юридические науки, среди которых нарастает потребность в понимании отношений между мозгом, психической деятельностью и поведением (Silva A., 2007). Это связано с тем, что объективные нейробиологические исследования позволяют обнаружить морфофункциональные изменения в работе головного мозга у лиц с психическими расстройствами, что, в совокупности с клиническими данными, дает возможность специалистам объективно и дифференцированно подходить к психодиагностике и оценке регуляции осознанно-волевого поведения.

Роль нейробиологических парадигм при решении психиатрически-правовых вопросов будет во многом определяться тем, насколько самим специалистам удастся сформировать благоприятную среду для распространения нейробиологических знаний внутри самой судебной психиатрии. В настоящее время уже достигнуты значительные успехи в нейровизуализации, которые позволяет обнаружить морфологические изменения при шизофрении и эмоциональных нарушениях, что свидетельствует о важности судебно-нейропсихиатрических знаний (Мотов В.В., 2007; Silva A., 2007).

Цель. Исследование биологических основ аддиктивного сексуального поведения также является необходимым с учетом его стереотипности, являющейся одним из фундаментальных механизмов становления расстройств сексуальных предпочтений и ярким их диагностическим признаком, имеющим отношение к произвольной регуляции поведения. Изучение функционирования нейротрансмиттерных систем при сексуальных аддикциях позволит говорить не только о механизмах их формирования, но и об особенностях произвольной регуляции аномального сексуального поведения.

Материал и методы. Настоящее исследование основано на изучении 15 мужчин, обвинявшихся в совершении серии однотипных сексуальных правонарушений и проходивших экспертизу в Центре им. В.П.Сербского. В большей части случаев была диагностирована «Педофилия» F65.4 (53%), «Раптофилия» F65.8 (27%). В остальных наблюдениях был поставлен диагноз «Эксгибиционизма» F65.2 (7%), «Садомазохизма» F65.5 (13%). Среди коморбидной психиатрической патологии отмечались органические психические расстройства («Органическое расстройство личности» F07.0, 47%), эндогенные расстройства («Остаточная шизофрения» F20.5, 7%; «Шизоаффективное расстройство» F25.2, 7%), «Смешанное расстройство личности» F61 (7%), «Дистимия» F34.1 (14%) и «Синдром зависимости от алкоголя» F10.21 (14%). В работе проводили исследование параметров общего анализа крови, иммунного статуса (IL-1, IL-2, IL-3, IL-6, TNF-a, g-INF), цитокинового профиля и параметров обмена серотонина и катехоламинов на базе Отдела фундаментальной и прикладной нейробиологии Центра.

Результаты и обсуждение. При анализе функционирования нейромедиаторных и иммунных систем существенными оказались изменения в отношении CD4+, IL-1Я, IL-2, норадреналина, серотонина и дофамина. Изменения носили однонаправленный характер в сторону повышения средних значений за исключением концентрации ДОФУК (диоксифенилуксусная кислота), которая была снижена до 324,34 мкг в суточном анализе мочи.

Были обнаружены корреляционные связи нейроиммунохимических показателей между собой и с психопатологическими феноменами аддиктивного сексуального поведения, но наиболее обширными оказались взаимоотношения с концентрацией ДОФУК. Известно, что снижение активности нейротрансмиттерных систем сопровождается появлением стереотипий (Fink J.S. et al., 1980, 1981). Можно предположить, что сниженный уровень активности центральных дофаминергических систем при сексуальных аддикциях является одним из патогенетических звеньев формирования стереотипного аддиктивного сексуального поведения, поскольку уровень содержания ДОФУК пропорционально зависит от концентрации центрального дофамина. Кроме того, уровень данного метаболита имел связи с клиническими характеристиками сексуальных аддикций: с частотностью появления аномальных сексуальных фантазий ($p=0.067$) и симптомом «охоты» ($p=0.056$), то есть с признаками, отражающими стереотипизацию.

Выявляемый дефицит центрального дофамина может обусловливать и изменения в активации и взаимодействии образований головного мозга, создавая предпосылки для стереотипизации. На морфологическом уровне в первую очередь это касается лобных отделов, которые участвуют в стереотипизации аномального сексуального поведения, что было установлено при нейрофизиологических исследованиях (Киренская А.В. с соавт., 2010). В пользу этого свидетельствует и тот факт, что ряд этапов самого поведения, в частности этап принятия решения, тесно связан с активностью именно этих структур, а нейрохимическое обеспечение функционирования указанных отделов увязано с глутаматергическими и дофаминергическими процессами (Киренская А.В., 2009). Дисфункция же лобных отделов обусловливает потерю в поведении избирательности и

целенаправленности, легкость замещения его привычным стереотипом (Лурия А.Р., 2003), за чем может стоять изменение метаболизма дофамина.

Дисфункция лобных отделов также ведет к нарушениям корково-подкорковых взаимодействий, что создает основу для снижения уровня бодрствования, обусловливая нарушения сознания в виде дисбаланса пространственно-временных взаимоотношений (Хомская Е.Д. с соавт., 1992), в том числе в ситуации правонарушения при парафилиях (Яковлева Е.Ю., 2001). Приведенные литературные данные объясняют тот факт, что в исследуемой когорте реализация парафильного влечения происходит на фоне измененных состояний сознания, проявляющихся временными диссоциативными расстройствами, у лиц с обсессивно-компульсивным или компульсивным характером влечения.

Таким образом, дефицит центрального дофамина обусловливает стереотипизацию аддиктивного сексуального поведения, – с одной стороны, а с другой – имеет патогенетическое значение в развитии диссоциативных расстройств за счет дезинтеграции корково-подкорковых взаимоотношений. При проведении корреляционного анализа нами были обнаружены связи, подтверждающие последнее положение: были выявлены корреляции между аффективным сужением сознания, проявляющегося зрительной и слуховой гипостезией, тактильными расстройствами и сниженной концентрацией ДОФУК ($p=0,01$).

Известно, что цитокины могут оказывать как стимулирующее, так и тормозящее действие на нейротрансмиттерные системы мозга, приводя к модулированию эмоциональных состояний, процессов памяти и мотивации (Абрамов В.В., 1996). Вероятно, при парафилиях имеются такого же рода взаимодействия между нервной и иммунной системами, результатом которого является угнетающее воздействие цитокинов на дофаминергическую систему: так, определялись отрицательные корреляционные связи между IL-1Я, IL-2 и содержанием ДОФУК ($r=-0,48$ и $r=-0,52$; $p<0,05$).

Кроме указанных взаимоотношений, нами также были обнаружены следующие закономерности. В большинстве наблюдений неоднократной компульсивной реализации аддиктивных побуждений могло предшествовать появление навязчивых и неотвязных эротических представлений, наплыв насильственных и овладевающих побуждений на фоне аффективных нарушений в виде стойких дистимических состояний. Такая неотвязность сексуальных представлений и ненасыщаемость влечения (повторность аддиктивных актов в течение суток) оказались связаны с повышением концентрации норадреналина и серотонина в крови ($p=0,009$), а также была выявлена связь между указанными клиническими характеристиками с такими иммунохимическими параметрами как IL-2 ($p=0,03$), B-IgM ($p=0,05$), что требует дальнейшего исследования.

Таким образом, выявляемые в нашем исследовании нейроиммунохимические и психопатологические взаимоотношения позволяют говорить о роли биологических механизмов в формировании сексуальных аддикций, а также об их участии в организации аномального сексуального поведения и нарушениях его произвольной регуляции.

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У МУЖЧИН С СОМАТИЗИРОВАННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кан И.Ю., Ягубов М.И., Кибрик Н.Д.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В сексологической практике нередко встречаются сексуальные нарушения с повторяющимися субъективными жалобами на различные физические симптомы, заставляющими предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования. В качестве таких симптомов обычно выступают патологические ощущения в области гениталий или других частей тела, связываемые пациентами с половой сферой и возникновением сексуальных дисфункций. Наиболее часто в сексологической практике встречаются состояния, которые относятся к таким диагностическим категориям, как соматизированное расстройство, ипохондрическое расстройство и неврастения. При них чаще всего наблюдается различной степени выраженности депрессивная и тревожная симптоматика. В связи со своеобразием предъявляемых пациентами жалоб на тягостные ощущения, локализующиеся в различных анатомических областях, и сексуальные дисфункции, они в течение длительного времени не попадают в поле зрения психиатра и не получают адекватной помощи. Немалую сложность представляет необходимость разграничения расстройств с преобладанием телесных сенсаций и истинных соматических нарушений (псевдоневротический «фасад« стертых соматических заболеваний эндокринной и иной природы), которые могут иметь место и у психически больных. В связи с этим требуется дальнейшее изучение расстройств с преобладанием телесных сенсаций с возможным расширением спектра состояний, в рамках которых могут наблюдаться такие нарушения с сексуально-тематическим оформлением, и оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Целью исследования, проводимого в отделе сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии на протяжении ряда лет, является изучение формирования и клинических особенностей сексуальных дисфункций у мужчин с соматизированными психическими расстройствами, а также подходов в их комплексной терапии.

Материалы и методы. Проанализированы материалы обследования 102 пациентов мужского пола в возрасте от 22 до 52 лет (36,5+8,9 года), обратившихся в отдел сексопатологии Московского НИИ психиатрии. Диагностическая оценка имеющихся у больных психических и сексуальных расстройств проводилась согласно МКБ-10. В исследование помимо больных соматизированным расстройством (F45.0) были включены пациенты с ипохондрическим (F45.2), органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (F06.6) и неврастенией (F48.0). По нашему мнению такой подход к формированию групп по изучении сексуальных нарушений с преобладанием в их клинике телесных сенсаций, вполне оправдан, поскольку психопатологическая неоднородность изучаемых расстройств учитывалась при описании клинических аспектов, диагностике и подборе терапии. Помимо клинико-психопатологического, клинико-сексологического методов и шкал, применяемых для обследования сексологических больных (векторное определение половой конституции, сексуальная формула мужская), использованы данные электроэнцефалографии и реэнцефалографии.

Результаты. В результате проведенного исследования было установлено, что возникновение и специфика клинической картины сексуальных дисфункций у мужчин, определялись их психопатологической структурой. Разработанные лечебно-реабилитационные мероприятия, включающие психо и физиотерапевтические методы и дифференцированное применение фармакологических средств, достаточно эффективны (у 70% пациентов, страдающих сексуальными нарушениями при соматизированном расстройстве, у 63,3% – при ипохондрическом расстройстве и у 80% – при неврастении, у 66,7% при органическом эмоционально лабильном (астеническом) расстройстве), т.к. они направлены не только на нормализацию сексуальной функции, но и на редукцию психопатологической симптоматики и коррекцию партнерских отношений.

Выводы. Несмотря на то, что среди жалоб, предъявляемых пациентами при обращении за сексологической помощью, преобладают расстройство эрекции и эякуляции на фоне патологических ощущений, по нашим данным при более детальном обследовании расстройство полового влечения выявляется не менее, чем в 25-30% случаев. Причиной расстройства полового влечения преимущественно оказываются неотчетливо выраженные психические нарушения, нераспознаваемые врачами соматической практики, к которым чаще всего обращаются пациенты за сексологической помощью. Аффективные расстройства у этих больных чаще представлены в виде соматизированных, субдепрессивных и астенических нарушений, чем и объясняется необращение их к психиатрам. Высокая эффективность психофармакотерапии свидетельствует о необходимости у пациентов, страдающих сексуальными дисфункциями при соматизированных расстройствах, своевременного выявления и коррекции психической патологии.

МЕЖОТРАСЛЕВОЙ КОМИТЕТ ПО СЕКСОЛОГИИ ИЛИ ПРЕДЛОЖЕНИЕ О РЕФОРМИРОВАНИИ СЕКСОЛОГИИ

Кащенко Е.А., Котенева А.Н.

Москва
кафедра междисциплинарной сексологии ГЭ-ТИ

Современная сексология в России – это не признанная ни одной официальной структурой научная дисциплина, где только словосочетание «sexum» – пол и «logos» – учение говорит о научной принадлежности. Российские исследователи называют эту дисциплину всяко: научное знание, область научных знаний, научная дисциплина, наука о поле и половых отношениях и т.д., – в зависимости от компетенции, принадлежности к государственным или общественным структурам, от наличия научного звания и степени, прочтения wikipedia или книг зарубежных и отечественных сексологов.

Во всем мире сексология до сих пор не получила определенный статус, как, например, философия или физика, математика или политология. Но условиться в понимании сексологии, как научного знания о сексуальности, вполне реально. При этом важно сразу определиться, что объектом изучения данного научного знания является сексуальность, под которой понимают «стержневой аспект человеческого бытия на всем протяжении жизни, от рождения до смерти» (см. определение Всемирной организации здравоохранения и Международное техническое руководство по сексуальному просвещению ЮНЕСКО от 2010 года). Это определение достаточно широко, чтобы считаться исключительно медицинским, а потому требует несколько иного, чем до 2010 года, к себе внимания и отношения.

С начала этого века изменился ключевой взгляд и на сексуальное развитие: современная его концепция получила название – «тривиумальная«, и исходит из гипотезы о комплексности изучения соматосексуального, психосексуального, социокультурного полового развития во всем онтогенезе сексуальности (см. Агарков С.Т., Кащенко Е.А. Онтогенез сексуальности: тривиумальная концепция развития, 2004).

Расширилось и понятие нормы, которое получило многочисленные социальные, психологические, медицинские и юридические оттенки. Соответственно, устарел и взгляд на современные направления сексологии, которые обозначил Г.С.Васильченко и предложил в конце прошлого века В. В. Кришталь (см. В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. Сексология. Учебное пособие. Издательство: Когито-Центр – 2002, 880 стр.).

Учитывая вышесказанное, стоит назвать основные направления сексологии в России:

1. Медицинская сексология (сексопатология до 2002 года) – одно из основных направлений сексологии и в тоже время отрасль медицины, изучающая этиологию, патогенез, клинику, лечение и профилактику сексуальных расстройств. Врач, прошедший соответствующее обучение, имеющий сертификат на осуществление медицинской деятельности в области сексологии, именуется врачем-сексологом, а его специальность, согласно номенклатуре врачебных специальностей – сексология (Приказ Минздравсоцразвития РФ N 210н от 29.04.2009, N 415н от 07.07.2009).

2. Социокультурная сексология – одно из основных направлений сексологии, это меж дисциплинарная область знаний, в которой рассматриваются вопросы половой жизни в социальном и культурном пространстве, исследуются проблемы полового просвещения, воспитания и образования. Она изучает сексуальную культуру – часть общей культуры человека, способ утверждения его в социокультурном окружении посредством полового поведения, направленного на продолжение рода, удовлетворение биосоциальных потребностей, гедонистических, нравственных, эстетических интересов, познавательных, коммуникативных, компенсаторных, созидательных запросов.

В этом направлении рождается множество областей: эротология, флиртология, фамилистика, амурология и др., которые изучают сексуальность в части касающейся, и потому носят незаконченный, чаще декларативный характер.

3. Правовая сексология – одно из основных направлений сексологии, которое включает в себя две области: судебную сексологию и криминальную сексологию.

- Криминальная сексология занимается теоретическими и методологическими вопросами, связанными с сексуальностью в правовом поле: описание, характеристики, оценки, нормы, правила и т.д. Она находится на стыке между социокультурной и судебной областями сексологии. Овладев знаниями криминальной сексологии, адвокатам, судьям, оперативным работникам, следователям и прокурорам можно эффективнее проводить свою работу в правовом поле.

- Судебная сексология занимается в большей мере судебно-сексологическими и сексолого-психиатрическими экспертными исследованиями, которые в большей мере носят прикладной характер. Основным Центром, осуществляющим работу в данном направлении, является лаборатория судебной сексологии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского, которая создана на основании решения Ученого Совета ГНЦСиСП им. В.П.Сербского 01.07.94 г. и приказа директора Центра №50-рук от 18.07.94 г.

4. Психология сексуальности – основное направление сексологии, которое исследует вопросы психосексуальной активности и полового поведения. Психологов-сексологов готовят на кафедре междисциплинарной психологии, организованной РНСО. Эти специалисты чаще всего с базовым психологическим образованием работают в паре с врачами-сексологами. Они оказывают психологическую помощь населению и психологическое консультирование в сексологии.

Сексология – междисциплинарная область знаний, где присутствует мультидисциплинарное поле для исследований. В ней чаще описываются, чем предписываются явления сексуальной жизни. Ключевым явлением современной сексологии стало понятие – сексуальное здоровье, которое рассматривается в каждом из четырех основных направлений данного знания.

Первое и третье направления существуют при непосредственном участии Министерство здравоохранения Российской Федерации. Второе и третье – при общественном и коммерческом участии, где без государственного участи развитие ограничено.

В сложившихся условиях врачи не в состоянии заниматься всем спектром различных наук, так как психология, право, культурология, педагогика, биология и прочие дисциплины требуют не поверхностного, а глубокого знания. Соответствен-

но главенство Министерства здравоохранения РФ в сексологии постепенно утрачивает свое значение и влияние. В этих условиях необходимо создание межотраслевого комитета по сексологии, куда следует включить специалистов разных областей знаний (врачей, психологов, педагогов, культурологов, социологов, демографов, философов и др.), и организовать научную, исследовательскую, педагогическую и просветительскую работу во всех направлениях сексологии. Но появление этого комитета будет действенным и эффективным только с участием государственных структур.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

Кибрик Н.Д.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Медицинская сексология (сексопатология) в России успешно развивается в течение 50 лет с момента проведения первого семинара по подготовке сексологов в 1963 году. За это время, утверждена врачебная специальность сексолог, созданы условия для оказания сексологической помощи населению. Однако в научно-практической сфере медицинской сексологии существует достаточно много проблем, требующих не только обсуждений, но и принятия организационных решений. Организационные проблемы касаются в первую очередь совершенствования сексологической помощи населению, подготовке и обучению специалистов. В последние годы на фоне проводимых реформ в здравоохранении произошли существенные изменения условий работы сексологической службы. Число врачей сексологов на протяжении последних лет значительно уменьшилось. Большая часть из них ведет прием в медицинских кооперативах, хозрасчетных поликлиниках, центрах планирование семьи и лишь 20% сексологов, работают в психиатрических учреждениях. Это обстоятельство, несомненно, приблизило сексологическую помощь к населению. С другой стороны большинство приемов стали платными и подчас дорогостоящими, при полном отсутствии контроля за качеством оказываемых услуг. В мужской сексологии отмечается устойчивая тенденция в сторону фармако-инструментальных методов лечения с поиском быстрого одномоментного решения вопроса (фаллофармакопротезирование, назначение гормональных препаратов и ингибиторов фосфодиэстеразы-5). Важно, что показания к применению этих методов четко очерчены на основании клинической картины заболевания. Однако на практике мы встречаемся с тем, что они назначаются без должной оценки сексуальной функции пациента. Введение в сексологическую практику термина «эректильная дисфункция» окончательно выхолащивает значение парности интимных отношений, низводит сексуальность мужчины к чисто физиологическому проявлению сосудистой реакции при парном сексуальном контакте. Это отражается на первом и основном значении сексуальной функции, как единственного парного физиологического акта. Этот момент следует учитывать при анализе семейно-сексуальной дисгармонии, которая разрывает пару на две противоборствующие личности. Поэтому необходимость восстановления гармоничных межличностных отношений становится еще более важной, учитывая для многих пар значимость сексуальной жизни. Распространенность тенденции использования ингибиторов ФДЭ-5 для решения любых сексологических проблем, невзирая на их этиологию и патогенез приводит к усугублению сексуальной патологии. И именно поэтому лечение лишь нарушений эрекции, как правило, оказывается нерезультативным без нормализации эмоциональной стороны сексуальных отношений.

Супружество и партнерские отношения за последние годы претерпели значительные перемены. Изменились представления о роли в семье мужчин и женщин, многие мотивы создания семьи стали неактуальными. Вследствие этого методики системной семейной и супружеской психотерапии, созданные на основании многолетних исследований и клинических наблюдений, ориентированных на традиционный брак малоэффективны и нуждаются в модификации и адаптации социальной реальности.

Особо остро стоит вопрос об оказании помощи пациентам с трансгендерными расстройствами. Существует научно обоснованная и клинически оправданная система динамического наблюдения и объема помощи лицам с нарушениями половой идентичности. Неоднократно издавались методические рекомендации, Международные стандарты оказания помощи (издана уже 7 версия), однако до настоящего времени МЗ РФ не утверждены стандарты и этапы оказания помощи данным пациентам и образцы справок согласованных с Минюстом о необходимости смены паспортного пола, что значительно усложняет помощь пациентам и подталкивает их на решение проблем иными, порой криминальными способами.

Практическая сексология нуждается также в современной классификации сексуальных расстройств, предназначенной не только для статистических целей, как МКБ-10, но и для возможности проведения дифференциально – диагностических оценок, разнообразных по патогенезу, но сходных по проявлениям сексуальных дисфункций.

Основная проблема сексологии состоит в том, что в плане обучения и проведение исследований она представляет собой междисциплинарную специальность, а при осуществлении сексологической помощи, в силу особенностей сексуальной функции ее многомерном обеспечении, социальной значимости и парности нуждается в полипрофессиональном подходе. Наука и практика показывают, что самостоятельный сексологический кабинет – это вчерашний день сексологии. Кабинеты эти, конечно, будут существовать еще долгое время, особенно в малых городах. Врач, работающий с проблемами в сексуальной сфере должен знать основы – психологии, социологии, психиатрии, урологии, физиологии половых органов, возрастной эндокринологии. Уметь диагностировать и лечить аномалии развития, опухоли, воспалительные заболевания половых органов, бесплодие и сексуальные расстройства. Или же все эти специалисты и службы должны располагаться в структуре одного лечебного учреждения, где практикуются консультации и консилиумы специалистов по выработке тактики диагностики и лечения каждого пациента. Будущая же форма организации сексологической службы – это крупные центры поликлинического типа, многопрофильные и хорошо оснащенные современной лечебно-диагностической аппаратурой, позволяющие решить множество современных задач помощи при сексуальных расстройствах, в которых помимо сексологов, урологов, гинекологов, неврологов, психотерапевтов работают другие службы оказывающие помощь семье – психологи, специалисты по внутрисемейным отношениям, психологи – педагоги, социальные работники, только тогда можно говорить не только о междисциплинарности сексологии, но и о полипрофессиональном подходе при оказании сексологической помощи.

В вопросах организации сексологической помощи следует приветствовать создание службы способной в современных условиях осуществить комплексный подход, позволяющий в каждом конкретном случае достичь оптимальных результатов в выборе высококачественной тактики ведения пациентов, за счет высокотехнологичных лечебно-диагностических методик, соответствующих стандартам специализированной помощи. Успешное комплексирование научных исследований, выработка совместной тактики ведения пациентов с врачами других специальностей оптимизирует терапевтический процесс и будет способствовать совершенствованию сексологической

помощи населению. Сексопатология междисциплинарная наука, базирующаяся на урологии, эндокринологии, психиатрии, социологии, культурологии – требует от врача знания этих дисциплин, системного подхода. Необходимость в специальной подготовке по сексопатологии каждого врача, прямо или косвенно, сталкивающегося с этой патологией, должна стать нормой в организации здравоохранения.

Сексолог – специалист с базовым образованием по психиатрии, что регламентировано приказом МЗ о номенклатуре специальностей специалистов, к сожалению, не может владеть энциклопедическими знаниями в смежных областях сексологии, и вынужден сотрудничать с врачами и исследователями других специальностей. Все это ставит вопрос о пересмотре ограничений (только базовое образование по психиатрии) в получении специальности сексолог, специалистами смежных специальностей (урологов, эндокринологов, гинекологов, неврологов), что было возможным ранее.

Совершенствование организации сексологической службы в регионах руководителями психиатрических учреждений будет не только способствовать улучшению сексуального здоровья населения, нормализации семейных отношений, оказывая влияния на демографические показатели, но и содействовать снижению суицидальных рисков в населении, а также профилактики рецидивов сексуальных преступлений, тем самым повышая безопасность нации.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЕКТИВНОГО РИСУНКА У СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕСТУПНИКОВ И ЛИЦ, НЕ СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

Кириакова Э.Н., Иванова М.С., Мартусенко А.В.

Краснодар
Кубанский ГМУ

Проективный рисунок человека – это метод анализа личности, основанный на интерпретации рисунков человеческой фигуры. Приписывание изображенному персонажу определенных признаков и особенностей посредством механизмов идентификации и проекции своих представлений и отношений отражает внутренние проблемы и конфликты в соответствующих сферах (Маховер К., 1949).

Цель исследования: изучить актуальность методики проективного рисунка человека для выявления особенностей половозрастной идентичности и социальных отношений у лиц совершивших сексуальные правонарушения.

Задачи: выявить особенности отношения испытуемого к своему телесному облику, половой идентичности, восприятия половозрастных стереотипов, используя методику проективного рисунка.

Материалы и методы: при проведении исследования были проанализированы рисунки 85 человек (мужчин), 45 из которых совершили сексуальные правонарушения. Изучались такие параметры как половозрастная идентификация (Ткаченко А.А. и соавт., 2001), деперсонификация (Ткаченко А.А. и соавт., 2001), схематичность тела (Дилео Д., 2001), пропорции частей тела, наличие конечностей, внешняя атрибутика, сексуализация рисунка, изображение семьи. Количественные данные в работе представлены в виде абсолютных и относительных величин, стандартной ошибки среднего значения с определением доверительного интервала ($p<0,05$). Статистическая обработка материала проводилась с помощью компьютерной программы «Облегченные способы статистического анализа в клинической медицине».

Результаты и обсуждение: из общего числа рисунков схематичность тела соответствующая для инфантильных личностей присутствует у 25% (10 человек) пациентов и 35,6% (16 человек) преступников; непропорциональность тела у 40% (16 человек) пациентов и 28,9% (13 человек) преступников; конечности отсутствуют на рисунках достоверного большинства преступников 68,9% (31 человек) в сравнении с лицами, не совершившими сексуальные преступления – у 35% (14 человек) $p<0,05$. Возрастная идентификация не соответствует фактическому возрасту среди лиц, не совершивших сексуальные правонарушении у 20% (8 человек), а преступников у 15,6% (7 человек). Половая идентификация не соответствует полу у пациентов 7,5% (3 человек) и у преступников 15,6% (7 человек). Признаки деперсонификации наблюдаются среди лиц не совершивших сексуальные преступления у 47,5% (19 человек), среди преступников у 60% (27 человек). Признаки явной сексуализации были изображены на рисунках 7,5% (3 человек) пациентов и 15,6% (7 человек) преступников, в то время как «скрытая» сексуализация наблюдалась у 52,5% (21 человек) пациентов и 22,2% (10 человек) преступников. Атрибутивные элементы подчеркивающие пол либо возраст присутствовали на рисунке у 50% (20 человек) пациентов и 26,7% (12 человек) преступников. Семья изображалась в достоверном большинстве случаев среди лиц несовершивших сексуальные правонарушения 35,% (14 человек), в сравнении с преступниками – 15,6% (7 человек) $p\leq0,05$.

Выводы: анализ проективных рисунков позволил выявить отсутствие конечностей на рисунках у достоверного большинства преступников, в сравнении с лицами, не совершавшими сексуальные преступления, а также изображение на рисунке семьи в достоверном большинстве случаев среди лиц, не совершавших сексуальные преступления, в сравнении с преступниками.

Можно предположить, что недостоверность данных в остальных случаях (половозрастная идентификация, деперсонификация, схематичность тела, пропорции частей тела, внешняя атрибутика, сексуализация рисунка), возникла в результате недостаточного числа наблюдений в обеих группах. Решение этой проблемы станет основой для нашего дальнейшего исследования.

СЕКСУАЛЬНЫЙ СТАТУС И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАКОМ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Копытов Д.А., Копытов А.В.

Минск, Беларусь
Республиканский научно-практический центр психического здоровья

В структуре хронических психических расстройств особое место занимает алко-гольная зависимость (АЗ). Учитывая особенности течения АЗ, а также сложности социальной и микросоциальной адаптации в период ремиссии заболевания, большую актуальность представляет изучение таких важных составляющих качества жизни, как сексуальная активность и сексуальное благополучие.

В последнее время приобретает актуальность уточнение этиологии и патогенеза сексуальных дисфункций у больных АЗ, а также влияние сексуальных дисфункций на формирование АЗ и уровни его ремиссии.

К факторам, влияющим на злоупотребление алкоголем у мужчин можно отнести также особенности семейно-социального статуса, который в некоторых случаях отрицательно влияет на алкогольное аддиктивное поведение.

Необходимо отметить, что сексуальная дисфункция у одного из партнеров, его систематическое неправильное поведение в ходе интимной близости приводят к частым сексуальным фрустрациям и нарастанию эмоционального и физического дискомфорта у другого партнера, который может сниматься регулярным употреблением спиртного. Некоторые мужчины систематически прибегают к приему алкоголя перед близостью, используя его для удлинения полового акта. В отдельных случаях алкоголь выступает как средство, стимулирующее половую активность (обычно у тревожных, неуверенных в себе лиц). Подобная практика нередко перерастает в злоупотребление спиртными напитками и может привести к развитию АЗ. Возникновение либо усугубление расстройств половой сферы у больных АЗ требует сочетанного лечения как АЗ, так и сопутствующих сексуальных дисфункций.

Вопросы сочетания и взаимовлияния АЗ и половых расстройств далеко выходят за рамки патофизиологии и при несомненном теоретическом интересе имеют практическое значение. Последнее не ограничивается только клиникой половых расстройств, а имеет прямое отношение к некоторым проблемам борьбы с алкоголизмом.

Таким образом, исследование вопроса о действии алкоголя на половые функции мужчин представляет один из аспектов научной разработки актуальной в настоящее время проблемы борьбы с АЗ.

Цель: определить особенности сексуальной сферы и удовлетворенность браком у лиц мужского пола, страдающих АЗ для обоснования эффективных профилактических мероприятий.

Задачи исследования: произвести оценку сексуального статуса у лиц основной контрольной групп; произвести оценку удовлетворенности браком у лиц из ОГ и КГ; исследователь мотивы употребления в обеих группах; произвести сравнительный анализ показателей скрининг-опросника «Сексуальная формула мужчины» (СФМ), опросника удовлетворенности браком, а также особенностей мотивации употребления алкоголя в исследуемых группах; с учетом полученных данных обосновать профилактические мероприятия для лиц, страдающих АЗ.

Материал и методы. Основными методами исследования являлись: клинико-психопатологический, клинико-биографический, социально-психологический.

Для достижения поставленных целевых задач исследования методом направленного отбора сформирована основная группа (ОГ) из 438 (28,5±0,8 лет) лиц мужского пола, страдающих АЗ (согласно исследовательским критериям МКБ-10 и пороговым значениям по тесту AUDIT ≥ 20 баллов). Методом направленного отбора по критерию «отсутствие АЗ» сформирована группа контроля (КГ) из 163 субъекта мужского пола (28,1±0,3 лет), сопоставимая с основной по социально-демографическим характеристикам.

Методы исследования: структурированное клиническое психиатрическое и наркологическое интервью, МКБ-10, Белорусский индекс тяжести аддикции, AUDIT, опросник «Сексуальная формула мужская» (СФМ), тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ), «Мотивы потребления алкоголя (МПА)», SPSS for Windows 17.0.

Результаты исследования. По данным СФМ в ОГ, по сравнению с КГ, более низкие уровни: среднегруппового прогностического показателя (соответственно, 27,3±0,3 и 29,8±0,4; $p<0,05$); «стадии реализации половых намерений» (8,61±0,1 и 9,64±0,1; $p<0,05$); показателей отражающих уровень половой активности (7,86±0,1 и 8,54±0,1; $p<0,05$) и показатели «стадии копуляции» (7,95±0,12 и 7,23±0,2; $p<0,05$).

Ни в одной из групп нет субъектов значительно или полностью удовлетворенных браком. Не установлено достоверной разницы между показателями количества субъектов неудовлетворенных браком в ОГ и КГ (соответственно, 36,2% и 25,0%). В ОГ, по сравнению с КГ, выше абсолютные среднегрупповые значения удовлетворенности браком (соответственно, 29,3±0,7 и 32,6±3,2).

В ОГ у 72,4% субъектов прогностический показатель СФМ ниже условно нормативного, в КГ у 52,2% ($p<0,05$). Среди исследуемых ОГ и КГ те или иные отклонения в параметрах сексуального функционирования имеются, соответственно, у 38,8% и 26,7% ($p<0,05$), на стадии реализации у 35,1% и 28,3%, на стадии половой активности у 47,9% и 55,4%, причем у 5,8% и 1,0% лиц из ОГ и КГ ($p<0,05$) сексуальные проблемы носят пролонгированный характер.

При сравнении среднегрупповых значений МПА в ОГ установлено, что ведущими мотивами являлись атарактические (15,75±0,2 баллов), гедонистические (15,13±0,2 баллов), псевдокультуральные (15,07±0,2 баллов). Среди лиц, неудовлетворенных браком ведущими являются мотивы атарактические (17,5±0,7 баллов), гедонистические (16, 3±0,6 баллов), гиперактивации (16,3±0,7 баллов). По абсолютным значениям в ОГ показатели атарактических, гедонистических, самоповреждающих и мотивов гиперактивации у лиц неудовлетворенных браком выше, чем у лиц удовлетворенных браком ($p<0,05$). Среди лиц ОГ, с показателями СФМ ниже нормативных, ведущими являются мотивы атарактические (16,0±0,3 баллов), гедонистические (15,3±0,3 баллов), псевдокультуральные (15,2±0,2 баллов). У субъектов ОГ, имеющих показатели по СФМ ниже нормативных уровни атарактических, абстинентных и мотивов гиперактивации выше по сравнению с субъектами, имеющих нормативные показатели ($p<0,05$).

При проведении статистической обработки данных, установлено, что чем меньше удовлетворенность браком, чем больше степень выраженности традиционных ($r=-0,24$; $p<0,05$), атарактических ($r=-0,21$; $p<0,05$), гедонистических мотивов ($r=-0,19$; $p<0,05$) и мотивов гиперактивации ($r=-0,24$; $p<0,05$).

При применении корреляционного анализа установлено, что прогностические показатели СФМ в ОГ положительно коррелировали с показателями удовлетворенности браком ($r=+0,4$; $p<0,05$).

В ОГ имеется корреляционная связь между возрастом начала алкогольных проблем и возрастом, в котором появились семейно-сексуальные дисгармонии ($r=0,6$), а также длительностью брака ($r=0,65$).

Выводы: у мужчин с АЗ показатели СФМ свидетельствуют о более частых сексуальных проблемах, чем в группе контроля, которые обнаруживают себя на разных стадиях копулятивного цикла (за исключением стадии копуляции, отражающей относительную сохранность нейроэндокринного обеспечения половой функции); среди лиц с АЗ и в группе контроля нет субъектов значительно или полностью удовлетворенных браком, а по количеству субъектов неудовлетворенных браком исследуемые группы не отличаются ($p<0,05$); у лиц с АЗ начало систематической алкоголизации связано с возникновением супружеской дисгармонии и длительностью брака; среди лиц, неудовлетворенных браком ведущими являются психологические мотивы (атарактические, гедонистические, гиперактивации), отражающие внутриличностные эмоциональные проблемы и проблемы кинестетической сферы; среди лиц с низкими показателями половой сферы ведущими являются психологические мотивы (атарактические, гедонистические, псевдокультуральные), отражающие внутриличностные эмоциональные проблемы и проблемы влияния алкогольной референтной группы; у субъектов с АЗ при неудовлетворенности браком более выражены традиционные и личностные мотивы (атарактические, гедонистические, гиперактивации); установлена связь между качеством сексуального функционирования мужчин, страдающих АЗ и их удовлетворенностью браком; полученные данные желательно учитывать при разработке лечебно-профилактических мероприятий для данного контингента.

РЕФРАКТЕРНЫЙ ПЕРИОД И МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОРГАЗМЫ: СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ

Кочарян Г.С.

Харьков, Украина
Харьковская МАПО МЗ Украины

В настоящее время считается, что к мультиоргазму способны не только женщины, но и мужчины. Раньше придерживались иного мнения, так как исходили из того, что, в отличие от женщин, у мужчин после завершения полового акта непременно наступает рефрактерный период, когда они в течение некоторого времени не способны к проведению повторного полового акта. Вместе с тем в нашей клинической практике мы наблюдали пациентов-мужчин, которые были способны к проведению последующих половых актов сразу после семяизвержения (без какой-либо остановки) при полной сохранности эрекции. Так, один наш пациент жаловался на резкое уменьшение продолжительности полового акта. Если ранее она составляла 30 мин, то теперь составляет только 1,5 мин. При активном опросе выяснилось, что за эти 30 мин он раньше без перерыва совершал 4 коитуса, которые заканчивались семяизвержением, а теперь возможность проведения половых актов без перерыва утратилась. На вопрос о продолжительности первого полового акта в этой серии пациент ответил, что она составляла 1,5 мин. Длительность каждого последующего коитуса была больше, чем предыдущего. Следовательно, ни о каком укорочении полового акта в данном случае говорить не приходится, и речь идет о том, что рефрактерный период, который наступал у мужчины после семяизвержения, чрезвычайно короток, почти незаметен, что нехарактерно для лиц мужского пола. В настоящее время у нас нет полной уверенности в том, был ли вообще у пациента, о котором идет речь, рефрактерный период после первого, второго и третьего полового акта. В одном исследовании 1998 г., проведенном в лабораторных условиях, 35-летний мужчина испытал 6 оргазмов за 36 мин без видимого рефрактерного периода. Каждый из этих оргазмов сопровождался эякуляцией. Он сообщил, что множественные оргазмы с эякуляцией испытывает с 15 лет (B. Whipple et al., 1998). Мужчины, которые испытывают сухой оргазм (оргазм без эякуляции), часто могут иметь множественные оргазмы, так как их рефрактерный период редуцирован. M. E. Dunn, J. E. Trost (1989) сообщают о данных интервьюирования 21 мультиоргастичного мужчины в возрасте от 25 до 69 лет. Эти мужчины утверждали, что они обычно, хотя и не всегда, испытывают множественные оргазмы. Исследователи определили множественные оргазмы у мужчин как два или более оргазма с эякуляцией или без нее, после которых (не считая последний – примечание Г.С.К.) может иметь место очень ограниченная детумесценция (detumesence) (потеря эрекции). Обследованные сообщили, что детумесценция полового члена не всегда следует за оргазмом, а анэякуляторный оргазм может произойти как до, так и после оргазма с эякуляцией, и что возможно иметь серию оргазмов. У некоторых мужчин эякуляция наступала после первого оргазма, за которым следовали более «сухие» оргазмы. Другие же мужчины сообщали, что после нескольких оргазмов без эякуляции у них наступал финальный оргазм, сопровождающийся эякуляцией. Встречались и разные варианты сочетания двух охарактеризованных паттернов. Одни мужчины сообщили, что всегда имели множественные оргазмы, в то время как другие испытали их относительно поздно в своей жизни. Некоторые мужчины специально обучались, чтобы стать мультиоргастичными. На основании проведенного исследования авторы приходят к выводу, что традиционные ожидания в отношении ограничения способности мужчин к переживанию оргазма оказывали сильное влияние на поведение мужчин, а также установки исследователей в этой области. Существуют и другие данные о возможности некоторых мужчин испытывать несколько оргазмов за очень короткий промежуток времени. При проведении одного исследования 13 мужчин указали, что перед финальным оргазмом с эякуляцией они могут пережить ряд оргазмов. Большинство из них сообщили, что во время одного занятия сексом они испытывают от 3 до 10 оргазмов. Отмечается, что, к сожалению, только одного из этих 13 мужчин исследовали в лаборатории, где его заявления подтвердились физиологическими данными. Делается вывод, что, по-видимому, разгадка множественных оргазмов состояла в том, что эти мужчины обладали способностью сдерживать эякуляцию, так как их финальный оргазм в серии оргазмов сопровождался эякуляцией и приводил к рефрактерному периоду (M. Robbins, G. Jensen, 1978). Существуют возможности влияния на рефрактерный период мужчины с помощью определенных веществ. Так, выброс окситоцина при эякуляции участвует в обеспечении рефрактерного периода после копуляции: увеличение уровня этого гормона во время семяизвержения главным образом отвечает за рефрактерный период, и количество выделенного окситоцина может повлиять на длительность рефрактерного периода. Другой агент, который считается ответственным за мужской рефрактерный период, – это пролактин, подавляющий допамин, который, в свою очередь, отвечает за сексуальное возбуждение. В связи с этим в настоящее время возникает экспериментальный интерес к препаратам, ингибирующим пролактин, таким как каберголин (Cabergoline), также известный как Cabeser или Dostinex. Существуют исследования, предполагающие, что каберголин в состоянии полностью устранить рефрактерный период, а это может позволить мужчинам испытывать несколько эякуляций и оргазмов подряд (T. H. Kruger et al., 2003).

К уменьшению рефрактерного периода приводит прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (Г. С. Кочарян, 2012).

В литературе широко представлено мнение о том, что, в отличие от мужчин, у женщин рефрактерный период отсутствует. Однако это утверждение должно быть подвергнуто тщательному анализу. Если это так, то женщина подобна вечному двигателю (perpetuum mobile), и ее можно всегда сексуально возбудить без всяких ограничений. В этом подходе она предстает как неиссякаемый источник энергии, так как половой акт, как известно, характеризуется выраженной интенсификацией активности различных органов и систем организма и сопряжен с большой тратой энергии. В связи с этим интерес представляет классификация женского оргазма J. Singer, I. Singer (1972). Авторы описали 3 типа женского оргазма: вульварный, маточный и смешанный. Вульварный оргазм соответствует типу оргастического ответа, описанному Мастерс и Джонсон. Этот тип оргазма может быть индуцирован коитальной или мануальной стимуляцией. Он сопровождается сокращениями оргастической платформы и обычно не сопровождается рефрактерным периодом. Маточный оргазм возникает только в результате вагинальной пенетрации и характеризуется непроизвольно задерживающимся дыханием по мере того, как приближается оргазм, и взрывным выдохом во время самого оргазма. Авторы полагают, что этот тип оргазма часто индуцирует глубокое чувство релаксации и сексуального удовлетворения и обычно сопровождается рефрактерным периодом. Смешанный оргазм является комбинацией двух первых. Он характеризуется как сокращениями оргастической платформы, так и задержкой дыхания.

Интерес представляют и высказывания А.М. Свядоща (1991) по этой проблеме. По его мнению, после оргазма некоторые женщины с пикообразным, однократным типом оргазма оказываются в половом отношении невозбудимыми, так как у них возникает рефрактерный период. У женщин, способных к повторным оргазмам, рефрактерный период может быть весьма кратковременным – одна минута или немного дольше. Женщины, способные к многократным повторным оргазмам, продолжает автор, нередко после оргазма, если половой акт продолжается, остаются в состоянии возбуждения на уровне «плато» – фазы, и в этой фазе у них вновь и вновь повторно возникают оргазмы, причем каждый раз возбуждение падает лишь до уровня «плато».

По нашему мнению, рефрактерный период у женщин между отдельными оргазмами может отсутствовать, если речь идет о многократных оргазмах. Однако серия таких оргазмов не может быть беспредельной, и можно достичь оргазма, который будет последним в этой серии, за которым неминуемо наступит рефрактерный период. Устоявшееся в литературе мнение о полном отсутствии у женщин рефрактерного периода следует считать мифом, который противоречит не только здравому смыслу, но и общим физиологическим закономерностям.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТАФОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОГЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЭРЕКЦИИ

Кочарян Г.С.

Харьков, Украина
Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

Помимо директивного суггестивного воздействия, для лечения пациентов также может применяться воздействие недирективное. С этой целью могут использоваться терапевтические метафоры (специально придуманные истории, а также притчи, сказки, стихи, анекдоты), которые обеспечивают бессознательное и сознательное обучение человека. Они иносказательно представляют проблему пациента и показывают путь к ее решению. Для того чтобы быть эффективной, терапевтическая метафора конструируется по определенным правилам. Во-первых, она должна быть изоморфной (эквивалентной) проблемному содержанию, т. е. обладать той же или подобной структурой. При этом «изоморфизм» в данном контексте следует понимать как метафорическое сохранение взаимоотношений, которые имеют место в актуальной проблемной ситуации. Во-вторых, терапевтическая метафора должна предлагать замещающий опыт и, таким образом, давать доступ к ранее не замечавшимся возможностям выбора. Помимо этого, и это является третьим необходимым условием, метафора обязана предлагать разрешение или ряд разрешений проблемы в ситуациях, обладающих одинаковой структурой, и таким образом вести пациентов к соответствующим выборам. При построении метафор следует учитывать опыт пациента, в том числе профессиональный, и его знания. Без этого метафора может оказаться весьма отстраненной от пациента и не окажет ожидаемого терапевтического воздействия. Метафоры можно использовать как в бодрствующем состоянии пациента, так и в трансовом, включая состояние, которое развивается при проведении гипносуггестивной терапии.

В литературе по нейролингвистическому программированию (НЛП) и эриксоновскому гипнозу можно найти рекомендации о необходимости использования метафор в обход сознания с целью избежать контроля с его стороны за подаваемой информацией. Это позволяет скрыть намерение терапевта. Следовательно, метафоры играют роль психологических субстратов, оказывающих воздействие на бессознательное пациента, которому преподносят необходимые идеи, пробуждающие его ресурсы, что и определяет возникновение ожидаемых терапевтических изменений.

Приведем несколько примеров использования терапевтических метафор в гипнозе у мужчин с психогенными расстройствами эрекции. Так, де Шазе (1980) одному из своих клиентов, архитектору по профессии, в трансе словесно описал высокое прочное здание цилиндрической формы, имеющее мощный фундамент. Особое внимание фиксировалось на том, что основание этого здания снабжено водоканализационной системой и электрической проводкой, находящимися в полной исправности. Другому пациенту, отставному военному, в гипнозе была дана простая директива: «Хотя вы и ушли из армии, господин К., вам следует время от времени становиться по стойке «смирно». Автор отмечает, что в результате такого лечения эрекционная функция у этих мужчин быстро восстановилась. Вместе с тем, когда расстройства эрекции были обусловлены супружескими конфликтами, подобные приемы оказались неэффективными (по В. А. Доморацкий, 2003).

Для лечения больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) может быть применена следующая, предложенная нами, терапевтическая метафора:

«Один пианист всегда успешно выступал с концертами. На них он настолько был увлечен музыкой и погружен в нее, что все, происходившее с его руками даже при выполнении самых сложных пассажей, оставалось вне поля его внимания. Однажды по какой-то причине он сбился при выполнении пассажа, который до этого выполнял многократно и успешно. С тех пор любая попытка выступить в очередном концерте заканчивалась неудачей, так как, дойдя при выступлении до необходимости исполнить пассаж, о котором идет речь, он был напряжен и вновь сбивался. Вскоре из-за этого ему вовсе пришлось оставить всякие попытки выступления в концертах перед аудиторией. Вместе с тем, когда он сам играл дома на фортепиано, злосчастный пассаж выполнялся без всяких затруднений. Это, однако, было для него крайне недостаточно. Он очень скучал по публике и за концертами, от которых получал большое наслаждение и удовлетворение. Однажды после успешного исполнения пассажа (когда он находился сам) поймал себя на мысли, что причиной успеха является «включенность» в музыку, погружение в нее и растворение в ней. Его желание вновь выступать с концертами было очень сильным, более сильным, чем раньше, так как оно подогревалось его неучастием в них. Огромное желание вновь ощутить аудиторию, слиться с ней, испытать наслаждение от выступления привело к тому, что когда ему в очередной раз предложили выступить перед аудиторией, то он не смог устоять. В день концерта находился на большом эмоциональном подъеме, а когда вышел на сцену, то был настолько погружен в сладостные переживания полного растворения в музыке и эмоциональное единение со слушателями, что «проскочил« (исполнил) злосчастный пассаж, даже не заметив этого. Только когда его выступление закончилось и зрители устроили ему стоя овации, осознал, что же произошло с ним на самом деле. После этого он часто выступал с концертами, и все они проходили весьма успешно».

При анализе этой метафоры первоначальный здоровый автоматизм («все, происходившее с его руками даже при выполнении самых сложных пассажей, оставалось вне поля его внимания»), который характерен для нормального полового акта, нарушился («однажды по какой-то причине он сбился при выполнении пассажа»). Это привело к развитию СТОСН («дойдя при выступлении до необходимости исполнить пассаж, о котором идет речь, он был напряжен и вновь сбивался»). Однако эрекции при мастурбации были полностью сохранными («когда он сам играл дома на фортепиано, злосчастный пассаж выполнялся без всяких затруднений»). Мужчине удалось осознать, что причиной его расстройства является дезавтоматизация сексуальной функции вследствие ее гиперконтроля («однажды после успешного исполнения пассажа [когда он находился сам] поймал себя на мысли, что причиной успеха является «включенность» в музыку, погружение в нее и растворение в ней»). Сильное желание совершить половой акт и полное погружение в сладострастные ощущения и растворение в них обеспечили полноценное протекание полового акта («в день концерта находился на большом эмоциональном подъеме, а когда вышел на сцену, то был настолько погружен в сладостные переживания полного растворения в музыке и эмоциональное единение со слушателями, что «проскочил« (исполнил) злосчастный пассаж, даже не заметив этого». Реализация этой здоровой программы сексуального функционирования привела к тому, что в дальнейшем все половые акты проходили без изъянов («после

этого он часто выступал с концертами, и все они проходили весьма успешно»).

Естественно, что такая метафора может быть использована для терапии пациентов, которые имеют достаточное представление о том, что происходит, когда человек играет на фортепиано.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ

Макарова Т.Е.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

К настоящему времени половозрастная идентичность у лиц, совершивших противоправные сексуальные действия с детьми, никогда не становилась самостоятельным предметом исследования, хотя в литературе есть указания, что у лиц с педофилией выявляются нечеткость, недифференцированность восприятия возрастных качеств сексуально привлекательного объекта (Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В., 2001; Радченко Н.В., 2002). С другой стороны, было отмечено, что в основе сексуального влечения к детям лежит психосексуальный инфантилизм (Догадина М.А., 1998; Дворянчиков Н.В., Макарова Т.Е., 2013). Таким образом, исследование возрастных аспектов полоролевой идентичности представляется актуальным.

Целью данной работы является изучение возрастных аспектов полоролевой идентичности у лиц, совершивших сексуальные правонарушения в отношении несовершеннолетних.

Материал и методы. Обследовано 60 мужчин, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в связи с совершением сексуальных правонарушений в отношении детей. Первую группу составили 34 человека, которым было установлено расстройство сексуального предпочтения в виде педофилии. Во вторую группу вошли 26 человек, совершивших аналогичные действия при отсутствии расстройства сексуального предпочтения. Контрольную группу составили 30 человек, никогда не привлекавшихся к уголовной ответственности.

Использованные методики: 1. «ЦТО» – Цветовой тест отношений; 2. Методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн; 3. «ПВИ-ПВ» – Половозрастная идентификация (Белопольская Н.Л., 2002).

Результаты и их обсуждение. Возрастная идентичность. У испытуемых группы нормы образ «Я» располагается ближе всего к образу «Мужчина», однако у правонарушителей он находится ближе всего к образам подростков – юношей и девушек [Дембо-Рубинштейн]. Кроме того, в этой группе, в сравнении с нормой, значимо чаще встречаются связи между образами «Я» – «Мальчик» / «Девочка» / «Ребенок» [ЦТО], также для них характерна оценка своего возраста в меньшую сторону [ПВИ-ПВ]. Однако только лица с педофилией воспринимают себя как существенно более слабых и асексуальных, а также глупых, чем даже детские образы; только у них образ «Я идеальное» располагается ближе к образам подростков и женщины, нежели мужчины (что наблюдается в двух других группах) [Дембо-Рубинштейн].

Возрастные предпочтения. Правонарушители в целом хотят быть схожи с детскими образами, лишь незначительно отличаясь от них по выраженности тех или иных качеств в лучшую сторону, а испытуемые контрольной группы, наоборот, хотят значимо превосходить детские образы по большинству качеств [Дембо-Рубинштейн]. Кроме того, в группе правонарушителей их желаемый возраст ниже воспринимаемого, а в группе нормы – выше [ПВИ-ПВ].

Восприятие возрастных границ. Правонарушители в сравнении с группой нормы видят меньше различий в качествах между взрослыми и детскими образами, однако лица с педофилией в этом плане оказываются еще более неадекватными: например, они оценивают женщину как более второстепенную и асексуальную, чем подростка-девушку, и такую же сексуальную, как девочка, испытуемые без диагноза педофилии все же наделяют женский образ большей значимостью и сексуальностью, чем детские [Дембо-Рубинштейн]. Кроме того, лица с педофилией значимо реже, чем две другие группы, составляют правильную последовательность возрастов [ПВИ-ПВ].

Выводы. Для всех сексуальных правонарушителей в той или иной степени характерна идентификация с детскими полоролевыми стереотипами, однако у лиц с педофилией она более глубокая как на подсознательном, так и на смысловом уровнях; у правонарушителей без расстройства полового предпочтения отмечается только подсознательная идентификация, указывающая, вероятно, на их личностную незрелость. Лица, совершившие сексуальные правонарушения в отношении детей, стремятся к соответствию детским образам, для них свойственен малый уровень притязаний в полоролевой сфере, в отличие от группы нормы, испытуемые которой стремятся быть более взрослыми. Нарушения восприятия возрастных границ образов свойственно для всех правонарушителей, однако у лиц с педофилией они носит более тотальный характер: так, испытуемые без диагноза в принципе понимают отличие взрослых от детей, хотя и проводят между ними весьма условную границу; у лиц с педофилией, напротив, эти границы сильно размыты.

ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ У ЛИЦ С ПЕДОФИЛИЕЙ

Павлов Г.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность. в практике судебно-психиатрической экспертизы нередки случаи затрудненной диагностики педофилии, причиной чего могут являться как противоречивость или невосполнимая нехватка объективных сведений в материалах уголовного дела, так и нежелание правонарушителей сотрудничать с врачом. Лица, совершившие сексуальные правонарушения в отношении детей зачастую склонны скрывать, диссимулировать случаев аномальное влечение, а в ряде оно может плохо осознаваться, поэтому актуальны поиски параклинических методов диагностики. Лежащие в основе парафилий специфические психопатологические, психологические, биологические механизмы должны отражаться и в особенностях речи. В настоящее время вопрос о степени «феминизации» речи лиц с нарушенной сексуальностью остается открытым: обследование лиц с педофилией (Матевосян Н.С., 2012) показало, что в случаях определения типа полоролевой идентичности (маскулинность/фемининность) имеет место его соответствие с определенным типом речевого поведения, в случаях же слабой дифференциации (андрогинный тип) встречаются как маскулинные, так и фемининные типы речевого поведения.

Цель исследования: выявление особенностей вербального поведения у лиц, совершивших сексуальные правонарушения в отношении несовершеннолетних и оценка их роли в дифференциальной диагностике педофилии.

Материал и методы. На первом этапе исследования было обследовано 8 мужчин, совершивших сексуальные правонарушения в отношении детей и проходивших комплексную судебную сексолого-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского». Подэкспертные были разделены на две группы: 4 с диагнозом педофилии, 4 не имеющих

диагноза расстройства сексуального предпочтения ввиду недостаточности критериев для постановки диагноза (однократный характер деликта, отсутствие идеаторной активности). При анализе речи испытуемых применялись:

1) Оценка различных паралингвистических параметров речи, таких как скорость, громкость, наличие и длина пауз, характеристики речевых актов.

2) В рамках психолингвистического метода определялись следующие параметры: коэффициент Трейгера, коэффициент опредмеченности, коэффициент директивности.

3) Психологический метод – оценивались тип полоролевой идентичности и полоролевые стереотипы.

Результаты и обсуждение: речь у испытуемых с диагнозом педофилии отличается незначительным снижением скорости (68 с/в, 71 с/в), а также незначительным снижением громкости, тогда как у подэкспертных без диагноза речь проходит в обычном темпе. Паузы в речи лиц с педофилией встречаются гораздо чаще, чем в речи испытуемых без диагноза, у которых они являются единичными, либо отсутствуют. Характер заполнения данных пауз в речи в основном включают в себя вдохи, покашливания, нечленораздельные звуки, а в отдельных случаях паузы представлены плачем или смехом. Речь подэкспертных без диагноза отличается также употреблением различных жаргонных и бранных слов («колымлю», «они все попутали»), которые отсутствуют у больных с диагнозом педофилии, что может указывать на более маскулинные качества. Речевые акты у лиц с педофилией представлены в основном в виде экспрессивов (извинения и оправдания по поводу содеянного), тогда как у испытуемых без диагноза они представлены в основном в форме ассертивов (последовательного изложения фактов).

Подсчет психолингвистических коэффициентов показал незначительность их различий между группами, что может объясняться недостаточным объемом выборки.

Особенности речи, выявленные у подэкспертных с диагнозом педофилии (снижение громкости и скорости, большее количество пауз) более свойственны для женской речи (Белянин В.П., 2009), тогда как употребление бранной и жаргонной лексики, а также последовательное изложение фактов, более присуще для лиц мужского пола (Жельвис В.И., 1991; Стернин И.А, 2001).

Выявленные особенности находятся в соответствии с результатами психологического исследования, выявившего у лиц с диагнозом педофилии слабо выраженную маскулинность образа «Я», представление о мужчине, как более феминином и присвоение женщине мужских качеств (инверсия представление о полоролевых стереотипах).

Выводы: уже на данном этапе прослеживаются определенные отличия речи испытуемых с диагнозом педофилии. Дальнейшие исследования позволят дать подробную характеристику речи у выделенных групп сексуальных правонарушителей в отношении детей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СЕКСОЛОГИИ

Панюкова И.А.

Москва
РМАПО

Дисгармоничные сексуальные и супружеские отношения представляют собой континуум, на одном из полюсов которого расположены клинически очерченные расстройства, классифицируемые в МКБ-10, а на другом различные варианты состояний, прямо или косвенно связанные с дисгармонией, однако не рассматриваемые традиционно в рамках данной классификации и медицины в целом. Не вызывает сомнения, что пациентов с невротическими расстройствами больше, чем больных шизофренией. Так и в сексологии – людей без выраженной сексуальной патологии, однако испытывающих затруднения в сексуальных отношениях, больше, чем пациентов с собственно сексуальными расстройствами. Сексуальные дисгармонии становятся причиной распада семей, снижения рождаемости, неустроенной личной жизни, вызывают депрессии, невротические расстройства и расстройства адаптации. Сексуальные и партнерские дисгармонии у людей молодого возраста являются фактором риска суицидального поведения. «Препаратом выбора» при оказании помощи пациентам с функционально-психогенными сексуальными расстройствами и супружескими (партнерскими) дисгармониями может стать психологическое консультирование. Психологическое консультирование – выделившийся из психотерапии метод помощи людям, не имеющим клинических нарушений, но испытывающим трудности в повседневной жизни, в том числе трудности в сексуальных и партнерских отношениях. Консультирование – совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Цель консультирования – помочь клиентам правильно понять происходящее в их жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного, информированного и ответственного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера.

Психологическое консультирование может быть использовано при:

- Трудностях в установлении и поддержании отношений с противоположным полом;
- Сексуальной дезадаптации, связанной с характерологическими особенностями и дисгармониями психосексуального развития;
- Функциональных сексуальных расстройствах, связанных с дезадаптивными сексуальными стратегиями или разными типами сексуальной культуры партнеров;
- Сексуальных расстройствах, связанных с мифами массового сознания, и мнимых сексуальных расстройствах;
- Консультировании по вопросам укрепления сексуального здоровья и долголетия, улучшения качества сексуальной жизни супружеской пары.

Психологическое консультирование может быть также с успехом использовано в некоторых особых случаях, например:

- Консультирование лиц, находящихся в нетралиционных формах отношений (например, полигамные отношения)
- Кризисные ситуации (осложненный развод, нарушение верности и пр.).

Психологическое консультирование может быть также предложено в тех случаях, когда запроса на терапию вообще нет. Например: Мужчина 55 лет обратился за помощью для жены, которая 1,5 года назад впервые узнала о его внебрачной связи (связь существует несколько лет, любовница моложе его на 20 лет, русская, замужем за иностранцем, живет за рубежом, где у обратившейся часто бывает). Брак расторгать не собирался, жену любит, заботится о ней, однако сексуального влечения к ней не испытывает. Отношения с любовницей в основном сексуальные, прекращать их не планирует, так как реализуется в этом «как мужчина», считает наличие любовницы атрибутом успешности и мужской состоятельности. За 1,5 года жена трижды узнавала о связи, каждый раз он сглаживал ситуацию, клялся, что все закончилось, но в последний раз она увидела фотографии и переписку в телефоне, а также случайно ответила на звонок любовницы. Просил «стереть память жене», чтобы она не переживала и не мучилась. Жене была оказана необходимая психотерапевтическая помощь. Себя нуждающимся в помощи не считал, считал, что у него все в порядке, в психо-

терапию не верит, считает, что ее шарлатанством, «как могут помочь разговоры?». Однако согласился на психологическое консультирование, «чтобы помочь жене пережить ситуацию». В ходе консультирования смог выработать более адаптивные стратегии поведения, посмотреть на ситуацию немного иначе, укрепился в ценности существующих супружеских отношений и необходимости их укрепления.

Психологическое консультирование:

1. Позволяет депатологизировать ситуацию, поскольку ориентировано на здоровые стороны личности.

2. Сместить фокус внимания с ограничений на расширение возможностей и рассмотрение альтернатив.

3. Краткосрочно и ориентировано на решение проблемы.

4. Клиент может быть уверен, что все не ограничится приговором «простатит» или «шизофрения».

5. Ориентировано на здоровые стороны личности, развитие, самостоятельность, принятие ответственности, что особенно важно при задержках психосексуального развития, инфантильности, расстройствах личности и психических заболеваниях.

6. Ориентировано на выявление и активизацию внутренних ресурсов и в устранении факторов, мешающих их использованию, вследствие этого уникально и экологично.

7. Доступно, так как может быть проведено по телефону или скайп.

8. Может быть отдельным видом помощи, но и совместимо с любыми видами терапии, а так же как мотивирующая преамбула к ней

9. Способствует созданию здорового психологического климата в жизни, благоприятного для развития и реализации потенциала клиента. Особенно важно – для сексуального долголетия.

Требования к личности консультанта.

- глубокий интерес к людям
- чувствительность к установкам и поведению других людей
- отсутствие предубеждений
- эмоциональная стабильность и объективность
- способность вызывать доверие в людях и доверие к людям
- уважение прав и ценностей других людей
- самопонимание
- сознание профессионального долга
- отсутствие собственных сексуальных проблем
- понимание пределов профессиональной компетентности
- умение интерпретировать замаскированные сексуальные проблемы
- толерантность и отказ от осуждения

Представляется целесообразным активно включать обучение навыкам психологического консультирования в программы последипломного образования, а также использовать в психотерапевтической подготовке врачей-сексологов сочетание теории, практики, супервизии и личной терапии, как при обучении психотерапии в целом.

СУПРУЖЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОНТЕКСТЕ ИЗМЕНЯЮЩИХСЯ БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Панюкова И.А., Макаров В.В.

Москва
РМАПО

«Цель всех успехов в области культуры, которые служат школой человеку, применять полученные знания и навыки к миру; но наиболее важный предмет в мире, к которому эти знания могут быть применены, – это человек, поскольку он и есть собственная последняя цель«.

И. Кант

Институт брака, каким теперь он является, предположительно появился около 4 тысяч лет назад. Функции и формы брака и семьи исторически эволюционируют вместе с обществом и человеком, отражают связь человека и общества, семьи и общества. Поколение, которому сейчас от 25 до 35 лет, репродуктивно ценное и активное в отношении создания пар, родилось в 1980-1990 годах прошлого века. То есть половое воспитание и представление об отношениях мужчин и женщин оно получило в основном в условиях традиционной семьи. В настоящее время возросло объединяющее значение духовной, психотерапевтической и сексуально-рекреативной функции брака (партнерства). Изменились (особенно в мегаполисах) и представления о моделях социально-приемлемого, оптимального и допустимого сексуального и брачного поведения мужчин и женщин. Это поколение выросло в абсолютно новых условиях – появления и распространения социальных сетей, возможности и доступности знакомства и общения с помощью мобильных средств связи и Интернета, легкодоступной информации эротического, сексуального и порнографического содержания. Однако колоссальный объем доступной и противоречивой, не всегда полезной и достоверной информации об отношениях между полами не только не помогает стать счастливее в любви и отношениях, но часто становится стрессором, вызывающим тревогу, неуверенность, страх сравнения, дезорганизацию поведения. Стресс в отношениях усугубляется внешней социальной нестабильностью. Семейные отношения перестают быть местом отдыха, комфорта и восстановления сил. Отношения, утратившие рекреативный ресурс, становятся тягостными, перестают удовлетворять партнеров. Отмечающийся рост психологической андрогинности (сочетания психологических признаков и того, и другого пола) с одной стороны повышает социальную адаптивность, с другой – влияет на стиль отношений в паре. Особенно много психологических проблем возникает в парах, где один из партнеров является психологически андрогинным, а другой – исключительно маскулинным или феминным. Женщины с краевыми формами трансформации полоролевого поведения желают реализовать в партнерстве несовместимые и взаимоисключающие модели. Часть супружеских дисгармоний прямо или косвенно связано с эмоциональной незрелостью, неспособностью регулировать свои эмоции и экологично освобождаться от нервно-психического напряжения. Трудности в паре часто связаны не с противоречиями между мужчиной и женщиной, а с противоречием между существующими моделями отношений и реальностью. И задача супружеской терапии – менять модель, а не реальность. Полимодальный подход к партнерским дисгармониям позволяет создать жизнеспособную, гибкую, развивающуюся и комфортную уникальную форму брака, которая сохраняет традиционные гуманистические (уважение, любовь, взаимопомощь, верность) и современные ценности и основные функции брака, актуальные для данной пары, и развивается в соответствии с меняющимися потребностями участников отношений. Эта форма брака нами называется – развивающаяся семья. С учетом возраста формирования моделей партнерских отношений (дошкольный-младший школьный возраст) особенно актуальны индивидуальные, партнерские и групповые психотерапевтические методики, позволяющие осуществить управляемый регресс к ресурсному и гиперпластичному возрасту допубертата: медитативные, гипнотические и аутогипнотические, практика переключения-сосредоточения-погружения «Океан«. Данный вариант брака получает все большее распространение, конкурируя с патриархальным, иерархическим и партнерским вариантами устройства семьи.

ПСИХИАТРИЗАЦИЯ СЕКСОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ПЕДОФИЛИИ

Перехов А.Я.

Ростов-на-Дону
Ростовский ГМУ

Отношение к необычному половому поведению в значительной степени определяется культурой общества, в котором находится индивидуум: традициями, обычаями, религиозными представлениями и законами. При рассмотрении проблемы психиатризации сексуальности не случайно выбран такой вид сексуального поведения как педофилия. Это связано с широким распространением явления, в целом протекающего латентно, примером чего может служить неутихающий скандал в католических монастырях и школах. Именно педофилия, наряду с некрофилией, зоофилией, реже эксгибиционизмом являются уголовно наказуемым деянием во всех странах современного мира. По тяжести для объекта (детей) педофилия является преступлением перед личностью и сексуальной неприкосновенностью. Отнесение той или иной девиации к непатологическим формам либо, наоборот, к патологии, во многом условно, и обусловлено критерием тяжести состояния, т. е. глубиной социально-психологической дезадаптации субъекта и /или общественно опасным характером реализации его сексуальных потребностей. Так, проявления девиантной сексуальности, которые полностью или частично замещают нормальную половую жизнь, препятствуют установлению партнерских отношений, обезличивают и обесценивают «партнера» (при педофилии – ребенка), низводя его до роли инструмента, необходимого для получения сексуального удовлетворения, причиняют ему моральные и физические страдания, оскорбляют общественную нравственность, являются противоправными и представляют социальную опасность, традиционно относятся к сексуальным перверсиям. (В.А.Доморацкий, 2009). Все вышесказанное полностью подходит к характеристике педофилии, поэтому для всех обычных людей – это безусловное «извращение». Но и многими психиатрами само наличие сексуального влечения к детям, даже в виде разовой фантазии, представления изначально априорно определяется как болезнь, которая не вызывает уже никаких сомнений при реализации влечения. В настоящее время количество аддикций, которые психиатрами быстро и охотно переводятся в ранг болезненных, неуклонно растет. В классификации DSM-V вводятся новые диагностические рубрики: болезненная влюбленность, чрезмерная страсть к излишним покупкам, стремление к опасным для жизни развлечениям и поступкам и др. При таком подходе все поведенческие акты человека могут быть при определенной ситуации отнесены к проявлениям психического расстройства, т.к. «главным проявлением патологического влечения является выход за границы приемлемого для данного общества, за границы табуированного». Этот нозоцентрический подход с попыткой объяснения любого девиантного поведения распознанным или скрытым душевным расстройством парадоксальным образом смыкается с нормоцентрическим, фактически антипсихиатрическим, когда из классификаций, например во всех Скандинавских странах, во многом под давлением ЛГБТ, начинают исчезать не только девиантные сексуальные проявления, но и явные парафилии с зависимым поведением в виде трансвестизма, фетишизма, садомазохизма и пр. В ряде стран, в том числе в США, открыто ведется пропаганда в защиту такого «сексуального меньшинства» как педофилия Попытка объяснения сексуальных (как и других поведенческих) отклонений только «биологической» базой с нахождением генетической предрасположенности, нейрофизиологических и нейрохимических нарушений может быть оправдана только при вариантах безусловно патологических, резко выраженных. Именно в этих случаях, которые можно обозначить как «истинные парафилии» присутствует психопатологическая база в виде синдрома/болезни зависимого поведения по аналогии с химическими зависимостями, где доказательной базой является большой наркоманический синдром (в Российской психиатрии) или так называемые критерии Брауна в американском и западноевропейском понимании: 1) особенность, «сверхценность» (salience); 2) эйфория (euphoria); 3) рост толерантности (tolerance); 4) симптомы отмены (with drawal symptoms); 5) конфликт с окружающими и самим собой (conflict) и 6) рецидив (relapse). Второй критерий, господствующий до сих пор и в научной клинической психиатрии – это социально-психологический критерий приемлемости обществом рассматриваемого поведения, которое может не соответствовать современным представлениям о норме. Но принятие обществом поведенческой нормы эволюционирует как мода, и потому непредсказуемо. Оно рассматривается как ненормальное (или преступное) тогда, когда поведение человека не соответствует представлениям общества о том, что приемлемо или неприемлемо. Оно рассматривается как болезненное, если оно возникает не столько из социальных обстоятельств, сколько из особенностей личности. Но главным критерием отнесения «патологического влечения» к группе нехимических поведенческих (сексуальных) аддикций следует считать не столько степень неприемлемости их в обществе, сколько обсессивно-компульсивный характер влечения, невозможность его самостоятельно корригировать. (Ворошилин С.И., 2014). Определенная часть людей, имеющих девиантное педофильное влечение безусловно имеет психическое (поведенческое) расстройство, которое шифруется в МКБ-10 как F 65.4, но количество таких людей не может превышать 2.14% (математический вывод «кривой Гаусса»). Большая часть сексуальных преступников-педофилов не являются психически больными людьми, также как подавляющее количество людей, употребляющих ПАВ – не больные алкоголизмом и наркоманией. Педофилы это люди, которые реализуют свое девиантное сексуальное желание в соответствии с их безнравственными установками. Педофилия как сексуальное извращение должна признаваться недопустимым явлением психики, душевным расстройством, которое не оправдывает безнравственное и вредное для других людей поведение, но требует осознания и преодоления с опорой на помощь в первую очередь психиатров, психотерапевтов, психологов, не исключающих применение санкций со стороны общества и государства, вплоть до химической кастрации. Не больные люди с педофильными предпочтениями при их реализации должны признаваться «греховными» с точки зрения религиозной морали, либо антисоциальными личностями (преступниками), с точки зрения светской морали. Речь идет здесь не о душевном расстройстве, а об изъянах духовности. Психиатрическая помощь здесь тоже возможна, но основа воздействия на таких людей, кроме обязательных санкций государства, – помощь общественных, религиозных организаций, психологов, сексологов. Является ли девиантная (но не парафильная!) педофилия болезнью? Нет, ее необходимо классифицировать как «социальную патологию» и она может и должна подвергаться репрессиям со стороны общества, но никак не со стороны клинической психиатрии. Одна из практических проблем – добровольно-принудительное лечение антиандрогеновыми препаратами преступников-педофилов. Вполне естественная тактика по отношению к людям с сексуальным зависимым поведением в виде парафилии, совершившим тяжкое преступление. Но в случае педофилов без зависимости (девиантов без душевного расстройства) такое психиатрически-гормональное лечение следует считать этически и научно не оправданным. В связи с тенденцией к гипердиагностике педофилии как сексуально-психиатрической болезни, клиническая психиатрия (сексопатология) вновь может проявить себя, как это было уже неоднократно, не гуманной медицинской наукой и практикой, а оказаться карательной структурой, надзирающей за поведением человека и мечтающей контролировать его мысли, желания, влечения. Попытки рассматривать ВСЮ сексологию как один

из разделов психиатрии являются, таким образом, принципиально ошибочными, будучи следствием не столько непонимания специфики этой научной дисциплины, сколько стремления распространить «принудительный патронат» широко разветвленной в кадровом и административном отношении дисциплины на новую, еще только развивающуюся отрасль науки.

СЕКСУАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ У МУЖЧИН

Петрова Е.В., Вакина Т.Н., Петров О.А., Елистратов Д.Г.

Пенза

Пензенский институт усовершенствования врачей

У пациентов, страдающих невротическими расстройствами в 40-50% случаев обнаруживаются те или иные сексуальные проблемы. Отмечено, что тревожно-депрессивные нарушения и дефицит андрогенов, играющий одну из ключевых ролей в возникновении сексуальных дисфункций у мужчин, находятся в реципрокных соотношениях, и каждое из этих состояний утяжеляет течение другого.

Цель исследования: клинико-динамическое изучение андрогенного статуса и сексуальных дисфункций у пациентов с невротическими расстройствами на фоне применяемой комплексной терапии.

Материал и методы. Обследовано 75 мужчин с невротическими расстройствами (F40 – F43) и сексуальными дисфункциями в возрасте от 28 до 62 лет. В клинико-психопатологическом исследовании учитывались показатели Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Проводилось определение гормонального статуса, использовались опросник Сексуальная формула мужская (СФМ), шкала оценки состояния половой функции (Вакина Т.Н., 2001). В комплексной терапии применяли малые дозы антидепрессантов (тразодон 50-150 мг/сутки), адаптоген природного происхождения «Эромакс» и индивидуальную и /или супружескую когнитивно-поведенческую психотерапию.

Результаты. У основной части исследуемых (72%) установлен слабый и ослабленный вариант средней половой конституции. Сексуальные дисфункции проявлялись в виде снижения либидо и затруднения в наступлении или поддержании эрекции при отсутствии выраженных признаков органической патологии.

У 58 пациентов (77,3%) был выявлен сравнительно низкий уровень тестостерона (ниже 13,5 нмоль/л). В группе пациентов старше 45 лет (50 чел.) значительно чаще отмечались жалобы на вегето-сосудистые нарушения – внезапную гиперемию лица, повышенную потливость, колебания уровня артериального давления; в психоэмоциональной сфере – раздражительность, «снижение жизненных сил», ухудшение концентрации внимания, памяти; повышение массы тела, что в целом отражало клинику возрастного андрогенодефицита.

На фоне комплексной терапии большинство пациентов (62,5%) уже к 7 дню лечения отметили субъективное улучшение настроения, повышение самооценки и уверенности в своих сексуальных возможностях, снижение напряженности и уменьшение конфликтов в супружеских отношениях.

Изучение гормонального статуса к 28 дню лечения показало достоверное повышение содержания общего тестостерона ($p<0,02$) и ДГЭАС на фоне снижения уровня пролактина ($p<0,02$), последнее можно также расценить как повышение стрессоустойчивости у изучаемого контингента. К концу терапии у пациентов отмечалось значимое изменение показателей шкалы оценки состояния половой функции: либидо – 4,0 баллов против исходных 2,8 ($p<0,02$); эрекции – 3,8 баллов против исходных 2,9 ($p<0,032$). При оценке сексуальной функции в соответствии с вопросником СФМ до лечения было выявлено общее снижение показателей мужского копулятивного цикла. К концу терапии суммарный балл сексуальной функции мужской увеличился с 17,7±2,5 до 23,8±2,9 ($p<0,02$). Среди структурных показателей СФМ более значимо улучшились нейрогуморальная и психическая составляющие мужского копулятивного цикла, что обусловило в первую очередь усиление либидо и общее удовлетворение половыми отношениями. По шкале HADS у изучаемого контингента отмечено значительное редуцирование уровня тревоги и депрессии ($p<0,02$).

Выводы. Сексуальные дисфункции часто встречаются у пациентов с невротическими расстройствами и требуют адекватной специфической терапии, обладающей способностью корректировать андрогенный дефицит, повышать либидо и улучшать качество эрекции, стабилизировать сомато-вегетативную и психоэмоциональную сферу.

ПОЗИТИВНАЯ СЕКСОЛОГИЯ – СОВРЕМЕННЫЙ ТРЕНД

Прокопенко Ю.П., Кибрик Н.Д.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Позитивная сексология базируется на принципах позитивной психологии, то есть исследует положительные аспекты сексуального поведения человека. Классическая сексология ориентируется, в основном, на лечении уже существующих расстройств и, в меньшей степени, в проведении профилактики их развития. Позитивная сексология направлена на выявление всех и любых аспектов сексуальности, межличностного общения, социально-ориентированного поведения человека, способствующих достижению максимально комфортного проявления сексуальности как в физическом, так и в социальном аспектах, то есть, в достижении сексуального здоровья согласно определению ВОЗ.

Основной задачей позитивной сексологии является формирование позитивного восприятия собственной сексуальности и сексуальности других людей, максимально комфортная и социально-приемлемая реализация своих сексуальных запросов. В настоящее время для множества пар сексуальные отношения является невротическим, вместо процесса наслаждения. Сексологи, как правило, рекомендуют определенные действия, направленные на преодоление ситуации, что усиливает внутреннее сопротивление человека. Решать проблему в рамках интегрального психиатро-психологического подхода умеют далеко не все врачи, что снижает эффективность проводимой терапии.

Сексуальность всегда была областью человеческих отношений, связанных с социальными ограничениями. И потому практически любое прикосновение к этой теме (начиная с детства) создает негативное напряжение, что проявляется в чувстве неловкости, стыда, тревожности и др.

Негативное действие усиливается при осознании двойных стандартов в области сексуальных отношений: официальная скромность и сдержанность наряду с неофициально, но повсеместно навязываемой активностью на грани патологии или криминала. Выбор собственного пути в интимных отношениях у подавляющегося большинства людей проходит через осознанные и неосознанные препятствия и варианты негативного выбора.

Негативная сексуальность складывалась веками под воздействием религии, как таковой; западной культуры, сложившейся под влиянием христианской веры; первично-медицинского подхода к сексуальности, как источнику расстройств

и патологии; современной психологии, автоматически расценивающей обращение человека за помощью, как признак наличия у него (либо в его партнерских отношениях) неких отклонений от нормы, которые необходимо привести к стандартному виду в рамках социально-приемлемых взглядов; личного опыта воспитания и интимных отношений человека, который на любом из этапов психо-сексуального развития оставлен один на один с реальными и регулярными проблемами оценки собственного поведения и поведения окружающих.

Все эти факторы автоматически влияют негативно на отношение к собственной сексуальности в самом широком смысле – от общественных процессов до поведения во время коитуса.

В противовес этой стандартной сексуальной ориентации, задачи позитивной сексологии включают в себя действия, направленные на:

- позитивное восприятие своей сексуальности,
- освобождение от стандартизованных взглядов и негативного подхода социума к вопросам сексуальности,
- просвещения в области нормальной сексологии, как части естественной жизнедеятельности человека, наряду со всеми другими естественными потребностями,
- формирования естественного поведения человека в вопросах самоидентификации и взаимоотношений с представителями обоих полов,
- создание позитивного знания о психологической стороне сексуальности, эротике, взаимоотношениях в партнерстве,
- формирование позитивной сексуальной самореализации в браке.

Позитивная сексология создает осознанное отношение к многогранному и многомерному миру интимной жизни, любви и секса, комфортной самореализации в сексе.

Для реализации указанных задач необходимо создание и внедрение единой целостной теории сексуальности. Основой такой теории должно стать понятие о биопсихосоциальной природе человека, о примате его индивидуальных и постоянно меняющихся ценностных ориентациях над физиологическими проявлениями и анатомическими данными. Присоединение к этим постулатам законов партнерского взаимодействия позволит создать реальную картину сексуальной реализации в позитивном мире сексуального взаимодействия.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНСКОЙ СЕКСОПАТОЛОГИИ

Прокопенко Ю.П.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Исследования женских сексуальных проблем в современной сексологии занимают не более четверти объема исследований, посвященных мужской сексологии и сексопатологии. В то же время партнерское взаимодействие, межличностные особенности интимного общения исследуют практически исключительно психологи различных направлений, не имеющие знаний о медицинской составляющей этиологии и патогенеза сексуальных расстройств.

Ограниченный подход к исследованиям женской сексуальности и сексопатологии связан, в первую очередь, с немедицинскими факторами: патриархальными общественными взглядами, коммерческими устремлениями фармацевтических фирм, активным влиянием со стороны психологически ориентированных сексологических школ.

Женские сексологические проблемы чаще рассматриваются как почти исключительно психологические, мало зависящие от физиологического фона: гормонального уровня, состояния гениталий, особенности эротической чувствительности и др.

С другой стороны, определенная часть исследователей сводит сексологическое исследование женщины к измерениям физиологических параметров, таких, как степень увлажненности гениталий, частота коитального оргазма, размеры половых органов и др.

Традиционно в женскую сексологию переносят данные, полученные на мужском контингенте, что сопровождается попытками прямого переноса и терапевтических методик. Примечательно, однако, что методы лечения женщин при этом не меняются.

Однако, последние десятилетия характеризуются постепенным осознанием физиологических отличий разных полов и необходимости отдельного исследования сексуальных реакций женщин. В то же время, смешение мужских и женских физиологических факторов практически не отражается на выработке терапевтического подхода к женским проблемам, как таковым и к женским проблемам в рамках постоянной пары.

Поскольку в сексологии наиболее явно проявляется двойственная, био-социальная природа человека, изменения в социальном статусе женщин значимо влияет на развитие сексуальных расстройств. Повышается активность женщин, уровень запросов как по отношению к партнеру, так и к себе, что нередко приводит к развитию вторичных невротических расстройств. Активная сексуальная роль женщин также способствует сексуальным расстройствам у мужчин.

Таким образом, современная женская сексопатология отличается следующими особенностями:

1. Физиологическая трактовка женского сексуального здоровья и женских сексуальных проблем в плане их диагностики и терапии.
2. Психологизация как женской сексуальности, так и диагностики и терапии сексуальных проблем.
3. Калькирование теоретических и практических подходов к мужской сексуальности и мужской сексопатологии в женскую сексологию.
4. Отсутствие комплексного психолого-психиатрического анализа женских сексуальных проблем.
5. Переход психологического и социального сексуальных компонентов женской сексуальности от пассивной к активной роли.
6. Отсутствие объективных показателей запросов, показателей нормы и патологии в женской сексологии.
7. Отсутствие в структуре сексуального расстройства показателей, относящихся к партнерству, как таковому и к сексуальному партнерству, в частности.

Разработки середины-конца прошлого века, когда только происходило становление сексологии, как науки, явно нуждаются в обновлении и уточнении. Имеется насущная потребность разработки новой модели женской сексуальности, стандартов обследования и терапии сексуальных расстройств у женщин.

Это, в первую очередь, связано с происходящими глобальными изменениями гендерной ориентации мужской и женской ролей, несоответствии представлений о женщине, как пассивной стороне интимного общения как в психологическом, так и в чисто физическом плане.

Между тем, несвойственная ранее активность партнерши даже в рамках супружеской секс-терапии, то есть, понятная и объяснимая, нередко вызывает у мужчин неприятие, психологический дискомфорт, поскольку выходит за рамки привычных патриархальных представлений о роли женщины в интимном плане.

Постепенное приближение женской активной к мужскому варианту вовсе не снимает с мужчин нагрузку по поиску партнерши. Более того, женская активность, как правило, не замещает мужскую, а вынуждает мужчину затрачивать больше

усилий для обустройства интимного контакта и для соответствия стандарта, вынуждающего мужчину быть всегда более активным, чем женщина. Совместная интимная активность нередко проявляется не сотрудничеством, а соперничеством. Такая ситуация не может не отражаться на психической готовности к близости, проявляясь невротизацией, развитием синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи, нарушениями социальной адаптации как мужчины, так и самой женщины.

В отделении сексопатологии НИИпсихиатрии разработана новая карта «Сексуальная формула женская», модифицированная в соответствии с изменением поведения женщины на всех этапах копулятивного цикла. Проводятся исследования, направленные на объективизацию данных актуального статуса и взаимоотношений с партнером.

Исследования демонстрируют значительное расхождение рекреационного и прокреационного подхода к интимной жизни у женщин младшего и старшего чадородного возраста, то есть, 17-15 лет и 26-45 лет. Для более старших характерно отношение к сексу, как к явлению, связанному с браком или постоянным партнерством, носящему стигму «супружеского долга», не требующего обязательного переживания оргазма даже в рамках 20-30-процентрой оргастичности.

Группа молодых женщин придает сексу, в первую очередь, рекреационный характер, не зависящий от личности и постоянства партнера. Особенности сексуального дебюта, начала половой жизни, – как физиологические, а тем более, носящие признаки сексуального расстройства, – невротизируют их, чаще всего мобилизуя на силовое преодоление проблемы вопреки как патогенетическим механизмам, так и простой логике происходящего.

Таким образом, можно говорить о появлении новой формации женщин, в сексуальном плане значительно отличающихся от традиционных взглядов на соотношение ролей, возможностей и ответственности в интимных отношениях. Это требует модификации современных методов исследования и терапии в сексопатологии, а также выработки новых подходов к партнерским проблемам.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ У ЖЕНЩИН

Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Сухих Г.Т.

Москва
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова,
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Эндометриоз является гормонально-зависимым хроническим рецидивирующим заболеванием с вариабельным клиническим течением. В мире эндометриоз обнаруживается у каждой 10-й женщины репродуктивного возраста. Две трети из них вынуждены обращаться за медицинской помощью в возрасте до 30 лет. У 65% женщин эндометриоз проявляется хроническим болевым синдромом, одна треть из этих женщин страдает бесплодием. Эндометриоз негативно влияет на качество жизни, производительность труда женщин, требует значительных экономических затрат, что позволяет отнести его к социально значимым заболеваниям (Nnoaham KE, et al., 2011; Buster JE, 2013; Evangelista A, et al., 2014)

Цель исследования: анализ особенностей формирования клинических вариантов сексуальных дисфункций у женщин при эндометриозе.

Материал и методы: клиническую выборку составили 67 пациенток, имевшие постоянного полового партнера, проходившие лечение в ФГБУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова» Минздрава России с 2010 по 2014 гг. по поводу эндометриоза. В группу контроля включены 38 здоровых фертильных женщин. Применялись клинико-психопатологический и клинико-сексологический методы с использованием психометрических шкал. Использовались опросники: «Индекс женской сексуальной функции» (сертифицированная русифицированная версия «Female Sexual Functioning Index» FSFI), шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), тревоги (HARS), анкета для оценки качества жизни (SF-36), партнеры пациенток заполняли анкету «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ). Статистическая обработка данных проводилась с использованием метод корреляционного анализа. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Группа 1 включала 31 пациентку с синдромом хронической тазовой боли в возрасте 32.4±4.5 года. Группа 2 включала 36 пациенток с бесплодием в возрасте 35.9±5.6 лет. Группу 3 (контрольную группу) составили 38 здоровых фертильных женщин, проходивших рутинное гинекологическое обследование в возрасте 32.8 + 6.2 года. Группы были сопоставимы по уровню социально-экономического и образовательного статуса.

Результаты. В группе 1 у всех пациенток выявлены сексуальные дисфункции, сочетавшиеся с невротическими расстройствами (неврастения – у 64,5%, ипохондрическое расстройство – у 35.5%). Сексуальные расстройства представлены глубокой диспареунией (87.1%), коитальной аноргазмией (80,6%), снижением либидо (77,4%), сопровождавшиеся нарушением сексуальной адаптации в паре (93,5%).

В группе 2 сексуальные дисфункции формировались преимущественно на фоне расстройства адаптации в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции – у 75,0%, пролонгированной депрессивной реакции – у 16,7%, а также психологических реакций тревожно-депрессивного спектра – у 8,3%. У пациенток выявлены снижение либидо (52,8%), тотальная аноргазмия (38,9%), поверхностная диспареуния (16,7%), сексуальная дисгармония в паре (38,9%). В группе 3 также выявлены сексуальные дисфункции в виде снижения либидо (23,7%), коитальной аноргазмии (13,2%), сочетавшиеся с невротическими и аффективными расстройствами.

Анализ результатов FSFI показал снижение по всем доменам в обеих клинических группах, но в большей степени в группе 1. Наиболее значительные различия обнаружились в доменах «боль» (3,1 + 0,8 против 4,6 + 0,9) и «удовлетворенность» (4.0 + против 4,7). В обеих клинических группах выявлены высокие уровни депрессии и тревоги, имевшие положительную корреляцию в группе 1 с выраженностью и постоянным характером болевого синдрома, а в группе 2 с длительностью бесплодия и количеством пройденных безрезультатно циклов ЭКО. Также в обеих клинических группах выявлено значимое в сравнении с контрольной группой снижение показателей по всем доменам SF-36, однако наиболее значимое снижение показателей наблюдалось в доменах «боль» (группа 1) и «эмоциональное функционирование» (группа 2). В группе 1 выявлено выраженное снижение физического компонента качества жизни, а в группе 2 – психического компонента. У партнеров пациенток обеих клинических групп выявлено снижение уровня сексуального влечения, удовлетворения и сексуальной активности, а также нарушения эректильной функции.

Заключение. При преобладании в клинической картине эндометриоза хронического болевого синдрома у пациенток формируются невротические расстройства и сексуальные дисфункции, в первую очередь, глубокая диспареуния со вторичным снижением либидо, коитальной аноргазмией. При бесплодии вследствие эндометриоза формируются аффективные расстройства с последующим снижением либидо и расстройством оргазмической функции. Исследование показало, что эндометриоз приводит к значительному нарушению психического и сексуального здоровья женщин, сексуальной дезадаптации в паре, а также снижению качества жизни обоих партнеров.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПРИ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ ЭРЕКЦИИ

Федорова А.И.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Последние десятилетия характеризуются широким применением фармакотерапии (ИФДЭ-5) и оперативного лечения (фаллопротезирование с использованием протезов последних поколений) эректильной дисфункции (ЭД). Однако, врачебная практика показала, что такой, в определенном смысле, «симптоматический» подход к терапии не оправдывает возложенных на него надежд. При назначении ИФДЭ-5 эффект стандартно отсутствует приблизительно у трети пациентов (с колебаниями в ту или иную сторону в зависимости от контингента обследуемых, специализации врача и т.д.). Кроме того, даже при эффективности ИФДЭ-5, доля пациентов, которые прекращают их прием, может доходить до 50%. Это говорит о том, что приверженность лечению ИФДЭ-5 не настолько высока, как можно было бы ожидать, исходя из удобства их применения, безопасности и эффективности. После фаллопротезирования определенный процент пациентов также не возобновляет половую жизнь или вскоре прекращает ее.

В настоящее время появилось много исследований, привлекающих биопсихосоциальную модель для объяснения этих неудач.Эта модель рассматривает биологические, психологические и социальные факторы, как взаимодополняющие и тесно переплетающиеся. Она подчеркивает важнейшую роль психологических факторов, сложных колебаний партнерских взаимоотношений, жизненного стиля в возникновении и поддержании сексуальных дисфункций. Наивно надеяться, что при игнорировании их вклада сексуальные дисфункции будут поддаваться даже мощному напору эффективной фармакотерапии и хирургии. Восстановление физиологического компонента эректильной функции при общей неудовлетворенности половой жизнью на фоне партнерских конфликтов, отсутствия интимности и общей дисгармонии сексуальных отношений, будет влиять на прекращение терапии и отказ от половой жизни.

Существует целый ряд зарубежных работ, посвященых сравнительной оценке эффективности фармакотерапевтического, психотерапевтического лечения ЭД и интегративной терапии с элементами психотерапевтического подхода и сексологического консультирования. Авторы демонстрируют большую эффективность интегративной терапии (81% в сравнении с 60.% при психогенных дисфункциях), большую удовлетворенность ею и большую приверженность. К сожалению, недостаточно работ, посвященных конкретным терапевтическим алгоритмам на основе биопсихосоциального подхода, и демонстрирующих доказательную базу более высокой его эффективности. Требуют решения проблемы практических, организационных аспектов реализации этого подхода в рутинной врачебной практике. Кем, в каком объеме и какой последовательности в каждом конкретном случае должны реализовываться различные компоненты этого подхода? Должен ли это быть один специалист или несколько? Если несколько, то обязательно ли они должны быть объединены в команду? Какой из вариантов и терапевтических алгоритмов будет наиболее эффективным с позиции доказательной медицины? Решение этих проблем позволит значительно повысить эффективность терапии сексуальных дисфункций.

Наличие в России сексологической службы, являющейся специфической структурой, использующей мультидисциплинарный подход к сексуальным дисфункциям, интегративность, как основную терапевтическую стратегию работы, создает возможность гибкого подхода.

МЕДИКО-СЕКСОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ, КАК НАУЧНАЯ ОСНОВА ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧА

Холодный В.А.

Сочи
Санаторно-курортный комплекс «Сочинский» МО РФ

Оценка психосексуального развития пациента – основополагающий компонент работы врача-сексолога, позволяющий установить диагноз. Анализ любого явления обязательно осуществляется с позиций определенной теории. Сформулированные теории и модели психосексуального развития З. Фрейда (1905), Д. Мани (1980), А. Эрхарда и Х. Ф. Л. Майер-Бальбурга (1981), Дж. Банкрофта (1990) являются неполными ввиду многомерности и междисциплинарности сексуальности, как явления. Отечественная сексология базируется на представлениях, проверенных опытом практической работы на протяжении нескольких десятилетий, изложенных в работах В. М. Маслова, И. Л. Ботневой, Г. С. Васильченко (1990). Однако эти представления не сформулированы в виде целостной теории, а значит, не фигурируют в мировой научной литературе, не служат базой для педагогического процесса, не являются надежной основой для дальнейшего развития научных представлений.

Цель исследования – на основании российской практики оказания сексологической помощи и анализа литературы сформулировать отечественную модель психосексуального развития для позиционирования и унификации подходов к оценке сексуальности и оказанию медицинской помощи.

Материал и методы. Анализ научной литературы и практики оказания сексологической помощи, результаты клинического исследования 120 пациентов с сексуальными расстройствами, обратившихся за медицинской помощью к врачу-урологу.

Результаты и их обсуждение. Основными положениями сформулированной нами медико-сексологической модели психосексуального развития являются следующие.

1. Основные составляющие психосексуального развития: половое самосознание, стереотип полоролевого поведения и психосексуальные ориентации, формируются на соответствующих сенситивных этапах. Формирование каждого последующего этапа основывается на предыдущем.

2. Половое влечение включает понятийный, платонический, эротический и сексуальный компоненты.

3. Формирование составляющих психосексуального развития и компонентов полового влечения проходит фазу выработки установки и фазу реализации.

4. Психосексуальное развитие включает диалектически связанные содержательный (смысловой, сценарный) и телесный элементы. Содержательный элемент интегрируется в индивидуальном сексуальном сценарии. Телесный элемент сводится к формированию эрогенных зон и способов их стимуляции для достижения оргазма.

5. Нарушения содержательного элемента подразделяются на ядерные и пограничные. Ядерные формы проявляются в расстройствах поведения, а пограничные (сценарный дизонтогенез) – через сексуальные дисфункции.

Медико-сексологическая модель формулируется исключительно для нужд медицинской сексологии. Реальные процессы сексуального онтогенеза намного сложнее, поэтому любые другие модели могут заслуживать внимания.

Представления о содержательном и телесном элементах психосексуального развития получили развитие в последнее десятилетие (Екимов М. В., 2011). Телесный элемент заключается в приобретении следующих психологических навыков:

- перекодирование тактильных стимулов в эротические;

- накопление телесных эротических стимулов для оргазмической реакции.

Результатом содержательного элемента является формирование сексуальных сценариев, в контексте которых происходит перекодирование тактильных стимулов в эротические и возникновение оргазма. Ведь эротичность стимулу придает не особый характер раздражения определенных зон, а психическая оценка тактильного ощущения.

Патология сексуального онтогенеза подразделяется на нарушения темпов и сроков, нарушения содержательного и телесного элементов. Данное разделение условно, так как отклонения в каждой из групп могут взаимопроникать. Примером является патология содержательного элемента на фоне нарушения темпов и сроков. Так, перенесение полоролевых игр на период полового созревания (нарушение сроков) может зафиксировать их как суррогатную форму реализации либидо в виде гомосексуальности (нарушение содержательного элемента). Другая ситуация: отсутствие своевременного развития эрогенных зон и навыка оргазма (нарушения телесного элемента) в периоде полового созревания при задержке на стадии формирования эротического компонента либидо. В данном случае сочетается патология содержательного и телесного элементов.

При ядерных формах сексуального дизонтогенеза – индивид осознает качественные нарушения своего развития, а при пограничных – нет. Именно поэтому последние маскируются под сексуальные дисфункции. Например, осознавая свой морфологический пол и сформировав мужское полоролевое поведения, в фантазиях мужчина может предпочитать противоположное полоролевое поведение, в том числе в сексе. Именно пассивная роль при активности женщины будет возбуждать такого мужчину.

Главное преимущество описанной модели – практическая ориентированность. Нарушение каждого из сформулированных положений проявляется в определенной нозологии.

Выводы.

1. Медико-сексологическая модель психосексуального развития позиционирует представления отечественной сексологии, облегчает передачу опыта, дальнейшее изучение и развитие этой отрасли знаний, создает практико-ориентированную базу для совершенствования оказания помощи.

2. Выделение телесного элемента совершенствует представления о психосексуальном развитии, заставляет переосмыслить содержание сексуального воспитания и образования, улучшает оказание медицинской и психологической помощи.

РОЛЬ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕКСУАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ОРГАЗМИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН

Шигапова В.И., Ягубов М.И.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования. Разработка лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий на основе изучения клинико-динамических особенностей и факторов, способствующих формированию оргазмических дисфункций у женщин.

Материалы и методы. В исследование включены 105 пациенток женского пола в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст 29,85+5,93), обратившиеся в отдел сексопатологии Московского НИИ психиатрии с жалобами на расстройство оргазма (F 52.3 Оргазмическая дисфункция).

Результаты и их обсуждения. В результате комплексного обследования больные были распределены в 3 клинические группы в зависимости от характера психической патологии: I группа – пациентки с невротическими расстройствами – 39 человек (37,1%) в виде тревожно-депрессивного расстройства, тревожно-фобического расстройства, неврастении; II группа – со специфическими расстройствами личности – 39 человек (37,1%) в виде шизоидного, истерического и тревожного; III группа с шизотипическим расстройством – 27 человек (25,8%).

В результате комплексного обследования и анализа полученных данных было установлено, что в 1-ой и 2-ой группе преобладали пациентки со средней половой конституцией (61,6% и 46,2% соответственно), а в 3-ей – с сильной (40,7%).

Анализ гинекологического анамнеза показал, что абортов больше было у женщин 2-й группы (46,1%), родов – у женщин 1-й группы (43,6%), воспалительных заболеваний в 1 –й (25,6%) и 2-й (23,0%) (по сравнению с 3-й – 7,4%).

При изучении особенностей психосексуального развития было установлено, что преобладание задержки развития на эротической стадии наблюдалось во всех трех группах, но чаще всего в группе со специфическими расстройствами личности (82,0%), в этой же группе статистически значимые отличия были и внутри нее.

При изучении анамнеза и выявлении причин возникновениясексуального расстройства был проведен анализ особенностей воспитания обратившихся женщин.

Поскольку в психосексуальном развитии участвуют и социогенные факторы, при сборе анамнеза подробно уделялось внимание особенностям сексуального воспитания в семье. Привитие отрицательного отношения к сексу (как к чему-то греховному и аморальному, постоянный контроль над ребенком (гиперпротекция), ограничение общения со сверстниками («дурной компании»), запреты, негативно влияя на их развитие, приводят к нарушению уже на платонической и эротической стадии и к трудностям коммуникации с представителями противоположного пола.

78% пациенток указывали на то, что не получили адекватного полового просвещения. Эти вопросы в семьях либо не обсуждались вообще, либо полученная информация ограничивалась лишь объяснением некоторых физиологических особенностей женщины. 18% отмечали, что при обсуждении темы сексуальных отношений в основном слышали от близких о возможной угрозе венерических заболеваний и нежелательных беременностях, встречались даже случаи наказания за сексуальные игры и мастурбацию.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что важнейшим элементом профилактики сексуальных расстройств является формирование необходимого уровня знаний об анатомии, физиологических особенностей половой сферы и психологии сексуальных отношений с формированием правильных установок мужественности и женственности. Объем и характер данной информации должен соответствовать уровню развития ребенка с учетом его характерологических особенностей. При этом важна как роль семьи, так и общеобразовательных учреждений в формировании уже в подростковом возрасте адекватных представлений о нормах взаимоотношений между полами, как в поведенческом, социальном аспекте, так и в сексуальном. Следует отметить, что неправильное сексуальное воспитание нередко является следствием недостаточного или неадекватного полового воспитания самих родителей. Необходимо разрабатывать специальные учебные программы и доступные научно-популярные издания, рассчитанные на разные возрастные группы. Очевидно, стоит создавать курсы добрачной подготовки, приглашая специалистов – сексопатологов и психотерапевтов, психологов для проведения этих занятий, начиная со средней школы, заканчивая ВУЗами. Необходима также такая подготовка для психиатров, гинекологов, урологов, психологов (в том числе и детских), которые еще до первого сексуального опыта или после травмирующей ситуации, способной привести сексуальным проблемам, могут выявить и направить для психотерапии к специалисту – сексологу.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОЙ И СЕКСУАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Ягубов М.И.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Известно, что связь между психопатологическими и сексуальными нарушениями может быть троякой: сексуальные дисфункции, как следствие, как причина или как один из симптомов различных психических расстройств [Starowicz Z., 1985; 1991]. Несмотря на многочисленные литературные данные, остается не до конца изученной взаимосвязь структуры психической и сексуальной патологии при различных психических расстройствах. В связи с этим изучение патогенеза и разработка патогенетически обоснованной терапии сексуальных дисфункций у больных с психическими расстройствами является одной из приоритетных задач как научной, так и практической сексологии.

Цель исследования: Изучение взаимного влияния различных факторов (аффективных, психогенных, личностных, социальных, соматических, эндокринных, конституциональных, возрастных и лекарственных) в формировании и развитии сексуальных нарушений у больных с психическими расстройствами непсихотического уровня.

Материалы исследования: Комплексное изучение 190 пациентов с сексуальными дисфункциями обусловленными психическими расстройствами непсихотического уровня в виде шизотипического расстройства (21,8%), других органических расстройств личности и поведения (18,4%), неврастении (21,1%), расстройства адаптации (11,6%), соматизированного расстройства (10,0%), декомпенсации специфических расстройств личности (7,2%), ипохондрического расстройства (6,3%) и диссоциативного расстройства ощущений (3,6%), с использованием статистического анализа (метод множественной регрессии и корреляции Спирмена) позволило установить взаимосвязь между структурой психической и сексуальной патологии.

Результаты и выводы. В результате проведенного комплексного анализа было установлено, что расстройство либидо возникало преимущественно у лиц со слабой половой конституцией (beta=0,82-0,29; p<0,001-0,05) на фоне длительных и стойких аффективных нарушений с преобладанием астенической и депрессивной симптоматики легкой и средней степени выраженности (beta=0,60-0,28; p<0,001-0,05). Расстройство эрекции, возникающее на фоне аффективных нарушений с преобладанием субдепрессивной, легкой астенической, тревожной и соматовегетативной симптоматики (beta=0,89-0,12; p<0,001-0,05) наблюдалось преимущественно у лиц со средней половой конституцией (beta=0,45-0,15; p<0,05). Расстройство эякуляции в виде ускоренного семяизвержения наблюдающееся преимущественно у больных с неврастенией и резидуально-органическими психическими расстройствами возникали на фоне легких астенических и соматовегетативных нарушений (beta=0,61-0,37; p<0,001-0,05).

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о ключевой роли аффективных нарушений в формировании сексуальных дисфункций у больных с психическими расстройствами непсихотического уровня. Поэтому выбор психофармакотерапии и психотерапии как основных методов в системе лечебно-реабилитационных мероприятий является патогенетически обоснованной. Эффективность и длительность лечебно-реабилитационных мероприятий у исследованных нами больных зависело от структуры сексуальных расстройств, выраженности психических расстройств, половой конституции, личностных особенностей, характера семейных и партнерских взаимоотношений. На начальных этапах наблюдалась редукция аффективной и соматовегетативной симптоматики, а затем постепенное улучшение сексуальной функции, что свидетельствовало о ключевой роли психической патологии в формировании сексуальных дисфункций у данного контингента больных.

РАЗДЕЛ 19.
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

STUDY OF FIFTEEN YEARS OF COMPULSORY TREATMENT: EVOLUTION OF DIAGNOSES, PSYCHOPATHOLOGY AND BEHAVIOURS

Furlan P.M., Pomeri P., Oliva F., Picci R.L.

Turin, Italy

University of Turin, San Luigi Gonzaga Medical School, Dept. of Psychiatry

Introduction. The effects of the revolutionary Italian law (180/1978) closing the mental hospitals, limiting the TSO (compulsory treatment, involuntary treatments) to the general hospitals, have received scant analysis from researchers, for various reasons explained in the paper.

Objectives. To confirm if TSO may represent a useful indicator to evaluate the state of the art of the reform. TSO is currently under debate in the Italian Parliament dispite the absence of reliable data. Furthermore the legislation elsewhere in Europe is comparatively different.

Aims. To conduct a statistical survey to observe diachronically the variations in characteristics (modality, length, diagnoses, frequency, gender, age, nationality…)

Methods. Quantitative and qualitative analysis of the written records of TSOs in the City of Turin from 2006 to 2011, over 13,000, stored in Turin court archives (special ad hoc software was created to enable investigation) and a comparison of the results with those of a similar study conducted by our Department of Mental Health for the years 1985-1998.

Results and conclusions. Many results are discussed but we highlight the TSO length (7 days, renewable) which does not need to be modified, the disclosure of diagnoses reveals how much TSO serves as a tool of social control and how diagnoses are prevalently behavioural and outside the leading classification systems. Comparing the 2006-2011 and 1985-1998 results showed that the number of foreign persons and average age of the subjects has increased considerably in the last twenty years. Finally there has been a significant increase of personality disorders and a reduction of schizophrenic psychoses.

КЛИНИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Александрова Н.А., Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д., Шкитырь Е.Ю.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Ежегодно в России десятки тысяч детей и подростков, совершая противоправные деяния, попадают в сферу уголовного судопроизводства, приобретая статус обвиняемых (подозреваемых). Так, в 2014 г. к уголовной ответственности было привлечено 59,5 тыс. несовершеннолетних, всего совершено преступлений этой возрастной группой- 64 270 (по данным МВД РФ).

Среди подростковых правонарушений почти половину (46%) занимают агрессивно-насильственные деликты, кроме того, среди особенностей подростковой преступности необходимо отметить групповой характер и многоэпизодность противоправных деяний. Среди основных тенденций также наблюдаются утяжеление социальных девиаций у подростков, состоящих на учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, криминальная активность девушек, «омоложение» подростковой преступности, повторяющееся криминальное поведение несовершеннолетних.

По обобщенным данным ВОЗ, собранных в 53 странах Европы, российские показатели подростковой преступности, связанной с агрессией и насилием, превышают общеевропейские примерно в 2,5-3 раза.

Среди основных социальных параметров, характеризующих несовершеннолетних правонарушителей, можно выделить следующие: более 80% воспитывались в неблагополучных семьях; в 65% случаев родители подростков злоупотребляли алкогольными напитками; 45% – воспитывались в неполных семьях; 55% – подвергались жестокому обращению; 56% подростков состояли на учете в ИДН; 37% имели опыт привлечения к уголовной ответственности. Также в последние годы отмечается значительное снижение уровня образования несовершеннолетних осужденных, нередко встречаются неграмотные или малограмотные.

Вызывает тревогу и неуклонный рост несовершеннолетних осужденных с синдромом зависимости от психоактивных веществ (страдающих наркоманией – 11%, алкоголизмом – 12%, при этом каждый пятый осужденный подросток совершил преступление в состоянии опьянения). Различные психические отклонения отмечались у 56% несовершеннолетних правонарушителей.

Характер психического расстройства играет важную роль в поведенческом отклонении несовершеннолетних. Психическое неблагополучие облегчает усвоение подростками отрицательных средовых влияний, способствует формированию «привычного» противоправного поведения. Так, у более 50% несовершеннолетних, отбывающих наказание в уголовно-исправительной системе, выявляются психические нарушения (Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Гиндикин В.Я., Бадмаева В.Д., 2007; Макушкин Е.В., 2009). В 2013 году у каждого четвертого осужденного подростка, содержащегося в воспитательных колониях, выявлялись расстройства поведения.

По данным ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, в 2013 г. среди нозологических форм психических и поведенческих расстройств у подростков с противоправным поведением традиционно отмечалось значительное преобладание органических психических расстройств – 63,4%, следующими по частоте являлись формирующиеся расстройства личности – 15,4%, и расстройства шизофренического спектра – 10,8%.

По данным судебно-психиатрических экспертиз несовершеннолетних РФ, за этот период отмечалась относительно высокая частота диагностики поведенческих расстройств детского и подросткового возраста (19,6%) и умственной отсталости (17,8%) (Мохонько А.Р., Муганцева Л.А., 2014).

Структура экспертных решений в отношении несовершеннолетних по данным ФМИЦПН за 2013 г. выглядела следующим образом: практически половина несовершеннолетних – 47,8% были признаны как «неспособные осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими» (в рамках «невменяемости» – ст. 21 УК РФ), «не в полной мере могли осознавать …, и руководить своими действиями» – 23,19% («ограниченно вменяемые» – ст. 22 УК РФ), в полной мере могли осознавать…, и руководить своими действиями – 19,84% («вменяемые») от общего числа подэкспертных, освидетельствованных в 2013 г.

По РФ в рамках «вменяемости» без ограничений были признаны – более 86,4%, «ограниченно вменяемыми» – 4,7%, «невменяемыми» – 3,1%.

Таким образом, исследование уголовно релевантных психических расстройств у несовершеннолетних с противоправным поведением и разработка более четких критериев (медицинских, юридических) ст. 21 и ст. 22 УК РФ в подростковой экспертной практике представляется чрезвычайно актуальным.

К ВОПРОСУ О ГИПОДИАГНОСТИКЕ НАРКОМАНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Алексеенко Э.М., Гершенович Г.М., Петров А.С.

Красноярск
КГБУЗ ККПНД №1

Цель исследования: Выявить препятствия при установлении диагноза наркомании в амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе (АСПЭ). Гиподиагностика наркоманий в АСПЭ приводит к ограничению применения ст.73 УК РФ, ст.18 УИК РФ, ст.82.1 УК РФ, ст.72.1 УК РФ и, значит, к прогнозируемому росту повторных, типичных для наркозависимых, правонарушений, прозелетизма и, как следствие, генерации следующего поколения наркозависимых родителями-наркоманами.

Материал и методы исследования: Проанализировать частоту установления диагноза наркомании в группе подэкспертных (30 человек), привлекаемых к уголовной ответственности за участие в незаконном обороте наркотических средств, с учетом их (подэкспертных) принадлежности к определенной категории (подгруппе) пирамиды наркобизнеса; выявить, в каких подгруппах устанавливается диагноз синдрома зависимости; изучить причины невозможности установления диагноза наркомании в условиях АСПЭ.

Результаты и их обсуждение: Мы посчитали уместным привести характеристику личности испытуемых, совершивших преступления, относящиеся к обороту наркотических средств (далее НС). Она определяется ролью лица в механизме оборота НС. Была предложена следующая типология личности:

1) руководители организованных групп, созданных с целью совершения преступлений, относящихся к обороту НС, нередко формально принадлежат к высшему обществу, внешне респектабельны, но одновременно аморальны и деспотичны. В нашей выборке таких испытуемых не было;

2) изготовители: в этой группе в основном преобладают лица с высоким образовательным уровнем (нередко кандидаты и доктора наук), имеющие специальные познания в области химии. Этой группы в нашей выборке не было. Данную категорию следует отличать от тех, кто занимается возделыванием наркотикосодержащих культур («сборщики»). Среди них, напротив, преобладают лица с относительно низким образовательным уровнем, порой не имеющие профессии. В представленной нами выборке – 2 подэкспертных. Диагнозы были следующими: синдром зависимости от опиоидов – 1; легкая умственная отсталость, осложненная эпизодическим употреблением каннабиноидов – 1. Диагноз наркомании в этой группе был установлен у 1 из 2 испытуемых (50%, может быть недостоверно из-за небольшого количества испытуемых).

3) «экспедиторы» («почтальоны») – в транспортировке НС задействованы радиооператоры, летчики, водители наземного автомобильного, железнодорожного и иного транспорта; в нашей выборке подобных испытуемых не было.

4) крупнооптовые сбытчики; в нашей выборке таких было 3. В этой группе были установлены диагнозы: злоупотребление ПАВ – у 1, направлены на стационарную экспертизу – 2. Диагноз наркомании в этой группе установлен не был.

5) мелкооптовые сбытчики – в нашей выборке их было 9. Испытуемым устанавливались следующие диагнозы: здоров – 1, органическое расстройство личности (далее РЛ) -1; органическое РЛ посттравматического и экзогенно-токсического генеза/ осложненное эпизодическим употреблением ПАВ -2; синдром зависимости от ПАВ -2; злоупотребление ПАВ -1; диссоциальное РЛ, осложненное злоупотреблением ПАВ – 1; легкая умственная отсталость, осложненная синдромом зависимости от опиоидов – 1; эмоционально неустойчивое РЛ – 1. В этой группе наркомания была установлена у 3 испытуемых из 9 (33,3%).

6) «берущие» – лица, систематически собирающие деньги у нескольких наркоманов для покупки НС у одних и тех же лиц. В нашей выборке – 1 подэкспертный с диагнозом: органическое РЛ, осложненное злоупотреблением ПАВ. В этой группе диагноз наркомании установлен не был.

7) распространители «рекламы» – лица, которые бесплатно раздают НС всем желающим. Таких подэкспертных не было.

8) «сторожа» («кладовщики») – те, кто охраняет груз, обычно крупную партию НС; в нашей выборке – 1 подэкспертный, с диагнозом: эпизодическое употребление ПАВ; для уточнения диагноза направлен на стационарную экспертизу.

9) «кассиры» – распределяют и переводят на счета и банковские карты подельников деньги, полученные от продажи НС. Таких в нашей выборке не было.

10) «прачки» («отмыватели») – владельцы банков, кредитных учреждений, казино, с помощью которых вовлекаются в легальный оборот деньги, полученные от продажи НС, таких в нашей выборке не было.

11) «крыша» – чаще представители правоохранительных органов, обеспечивающие защиту иных участников (прежде всего организаторов) преступного оборота НС. Таких в нашей выборке не было.

Уместно заметить, что существуют и другие классификации участвующих в незаконном обороте НС, но, на наш взгляд, они хуже отражают специфику личности совершивших преступления.

Остальные испытуемые являлись наркопотребителями, которые сами участвуют в незаконном приобретении, хранении, перевозке и даже в сбыте НС. Их в нашей выборке было 15. Диагнозы были следующими: органическое РЛ, осложненное злоупотреблением ПАВ – 4; органическое РЛ, осложненное зависимостью от ПАВ – 1; эмоционально неустойчивое РЛ, осложненное синдромом зависимости от ПАВ – 1; эмоционально неустойчивое расстройство личности – 1; эмоционально неустойчивое РЛ, осложненное злоупотреблением/ эпизодическим употреблением ПАВ -2; эпизодическое употребление ПАВ – 2; синдром зависимости от кокаина/психостимуляторов – 2. В этой группе диагноз наркомании был установлен у 4 испытуемых из 15 (26,6%).

Таким образом, установленный диагноз наркомании в группе из 30 человек имели 8 (26,6%). Предполагаемая наркомания чаще обозначалась диагнозом органическое РЛ, обусловленное или осложненное злоупотреблением/употреблением ПАВ, а также злоупотребление ПАВ.

Причины, по которым диагноз наркомании не мог быть выставлен, были следующими: 1) отсутствие в деле медицинской документации, в том числе выписки из частных клиник и реабилитационных центров; характеристик на испытуемого с работы, учебы, а также родственников, свидетелей; 2) испытуемый категорически отрицает зависимость, несмотря на объективные признаки наркомании в виде различной давности следов от внутривенных инъекций, а также ряд косвенных признаков: не работает, не учится, привлекался к ответственности за употребление наркотиков, круг общения в основном состоит из лиц, употребляющих наркотики; 3) употребление новых синтетических НС с непредсказуемыми эффектами в виде быстрого интеллектуально-мнестического снижения и психопатизации личности; 4) неоднозначность критериев МКБ-10.

Выводы: в нашем исследовании у группы лиц, привлекаемых к уголовной ответственности за участие в незаконном обороте НС, частота выявленных наркоманий составила 26,6% (у 8 испытуемых из 30). В представленной выборке наркомании встречались в группе изготовителей у 1 из 2 «сборщиков» наркосодержащих растений (50%); в группе мелкооптовых сбытчиков у 3 из 9 (33,3%); в самой многочисленной группе потребителей у 4 из 15 (26,6%). Наркомания не встречалась в группе «кладовщиков» (1), крупнооптовых поставщиков (3); «берущих» (1), возможно из-за небольшой выборки. Представителей других групп в нашей выборке не было. Мы полагаем, что частота наркоманий при амбулаторном судебно-психиатрическом освидетельствовании намного ниже реально существующей в данной группе (у 15 испытуемых из 30). Это может происходить по ряду нижеприведенных причин: отсутствие в деле необходимой документации; испытуемый категорически отрицает зависимость, несмотря на объективные признаки регулярного употребления НС; употребление новых синтетических НС, способствующих быстрому интеллектуально-мнестическому снижению и психопатизации личности; неоднозначность критериев МКБ-10. С целью снижения роста повторных, типичных для наркозависимых, правонарушений, мы подготовили рекомендации и программу к семинару по вопросам улучшения качества предоставляемых материалов дела для следователей.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Амбарцумов Л.В.

Ташкент, Узбекистан
Городской ПНД №1

Актуальность. Многочисленные исследования проблемы повторных общественно опасных действий (ООД) психически больных подтверждают положение о том, что единственной реальной мерой продления эффекта принудительного лечения является дифференцированная внебольничная курация этого контингента пациентов (Мальцева М. М., Котов В. П., 1982–2003; Дмитриев А. С., 2001; Финзен А., 2001)

Цель. Изучение причин, способствующих совершению ООД и суицидоопасных действий, и факторов, препятствующих лечебно-реабилитационному процессу в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: Были проанализированы социально-демографические, криминологические и клинические данные 24 лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших те или иные ООД и аутоагрессивные действия и взятых в 2014 году на специализированный учет ГПНД№1 как «социально опасные».

Результаты: в течение 2014 года на учет как «социально опасные» было взято 24 человека, совершивших те или иные ООД и аутоагрессивные действия. Лишь в 3 случаях (12,5%) деяния проявлялись аутоагрессией и были совершены лицами, не состоящими на учете, вследствие воздействия ситуационно неблагоприятных факторов. В остальных 21 случаях (87,5%) были совершены лицами, которые наблюдались ранее в диспансере. В основном это преступления против личности (33%), имущественные деликты (12%) и аутоагрессивные действия (18%). В 3 случаях (12,5%) деяния проявлялись аутоагрессией и были совершены лицами, не состоящими на учете вследствие воздействия ситуационно неблагоприятных факторов. Из них в 71% случаях это лица с неблагоприятной социально-бытовой адаптацией, либо столкнувшиеся с ситуационно неблагоприятными факторами, способствующих общественно опасному поведению либо приведших к суицидоопасным действиям. При этом в выписках из истории болезни не давалась полная информация о факторах, способствующих совершению ООД и аутоагрессии, не указывалась социально-бытовая обстановка, рекомендации по предотвращению повторных ООД.

Выводы: для нацеливания амбулаторного звена на проведение конкретных мероприятий, снижающих общественную опасность и улучшения преемственности между различными звеньями психиатрической службы, необходимо включение в выписку из истории болезни формулы общественной опасности, содержащей необходимые сведения: ведущий синдром; тип течения заболевания; психопатологический механизм, характер и кратность ООД; личностные и ситуационные факторы, способствующие или препятствующие их осуществлению; проведенные на данном этапе лечебно-реабилитационные мероприятия; рекомендуемые меры по предотвращению ООД.

ДИНАМИКА ХАРАКТЕРА ЭКСПЕРТНЫХ РЕШЕНИЙ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ТВЕРСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ С 1985 ПО 2014 ГГ.

Астапченко М.В., Числов А.В.

Тверь
Тверской ГМУ

Цель исследования: выявление изменений числа испытуемых по основным нозологическим формам и по характеру экспертных решений в различные временные промежутки.

Материалы и методы: анализ экспертных заключений амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз (СПЭК) за 1985-2014 гг. путем их разделения на равные промежутки времени (по десятилетиям). Установление числа испытуемых, направляемых на экспертизы. Анализ изменений нозологических форм испытуемых в различные временные отрезки.

Результаты. В последние годы четко наметилась тенденция к увеличению контингента лиц, направляемых на амбулаторную экспертизу и расширению круга вопросов, подлежащих решению в амбулаторных условиях. Значимость амбулаторной формы проведения судебно-психиатрической экспертизы подтверждает и тот факт, что часть испытуемых невозможно обследовать в условиях стационарной экспертизы в связи с их процессуальным положением (свидетели, потерпевшие).

СПЭК при ТОКПНД проводилась:

1. Лицам без психически отягощенного анамнеза, однако, у которых кажущаяся жестокость и нелепость противоправных деяний, совершенных при отягощающих обстоятельствах, могут предусматривать возможно тяжелый приговор.

2. Экспертиза назначалась психически больным лицам с большой давностью заболевания, что было отражено в историях болезни психиатрических больниц и медицинских картах психоневрологических диспансеров.

3. Лицам, в отношении которых у судебно-следственных органов возникали сомнения в психической полноценности и вменяемости, состоявшие ранее или к моменту освидетельствования на диспансерном психиатрическом учете по поводу пограничных нервно-психических нарушений.

4. Лицам, которые независимо от степени сложности диагностики и экспертных решений и по их процессуальному положению не могли без добровольного согласия быть помещены в стационар для обследования.

5. В случае посмертной оценки состояния на предмет совершения сделки.

Общий объем экспертной работы по Твери и Тверской области с 1985 по 2014 гг. составил 41 595 освидетельствований. Наибольшее число экспертиз зафиксировано с 2005 по 2014 гг.- 17934, за 1995-2004 гг. – 13838, наименьшее число экспертиз с 1985 по 1994 гг. – 9823. Комплексные экспертизы (психолого-психиатрические) составили 8% от общего количества освидетельствований. За 1984-1993 гг. от общего количества комплексные экспертизы составили 0%, за 1994-2003 гг. – 17%, за 2004-2013 гг.- 83%.

Перед комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизой были поставлены следующие вопросы: Установление индивидуально-психологических особенностей обвиняемого и их влияния на его поведение во время совершения инкриминируемых ему деяний. Установление у обвиняемого вида и глубины эмоциональных реакций во время совершения инкриминируемых ему деяний. Установление у несовершеннолетнего обвиняемого, который достиг возраста уголовной ответственности, с отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством, невозможности во время совершения общественно опасного деяния в полной мере осознавать фактический характер своих действий (бездействия) либо руководить ими. Установление способности свидетеля или потерпевшего с учетом его психического состояния, индивидуально-психологических свойств и особенностей психического развития правильно воспринимать имеющие значение для дела обстоятельства и давать о них показания. Установление способности потерпевшего с учетом его психического состояния, индивидуально-психологических свойств и особенностей психического развития понимать характер и значение совершаемых с ним действий или оказывать сопротивление виновному. Установление психического состояния лица, в отношении которого подозревается или установлено, что оно покончило жизнь самоубийством; определение возможных причин развития этого состояния и связанной с ним предрасположенности к самоубийству.

Экспертизы по уголовным делам составляли 82%, по гражданским 18%, имея наибольшее количество за 2005-2014 гг. Невменяемыми признаны 3,8%, в то время как психически здоровыми признаны 96,2%. В гражданском процессе отмечалась другая закономерность: из числа проведенных экспертиз недееспособными признано 87,4%. Следует отметить, что основную часть представляли дела о характере завещания.

По нашим данным назначение комплексной экспертизы целесообразно лицам с различными психическими аномалиями: психопатиями, психопатоподобными состояниями различной природы, неврозами, олигофрениями легкой степени, инфантилизмом, при крайних вариантах нормы.

Удельный вес шизофрении составил 1,1%, имея наибольшее количество за 2005-2014 гг. – 50% от всех больных шизофренией. Психопатии составляют 11,2% из числа проведенных экспертиз, наибольшее число за 2005-2014 гг. – 57% от числа всех больных психопатиями. Органические заболевания головного мозга (различного генеза) составляют 10% от общего количества проведенных экспертиз. Наибольшее число за 2005-2014 гг. – 60,9% от числа всех органических заболеваний головного мозга. Умственная отсталость установлена у 22,5% от общего количества проведенных экспертиз, наибольшее количество за 2005-2014 гг. – 50.5% от умственно отсталых.

Количество проведенных освидетельствований у несовершеннолетних составило 12,5% от общего количества проведенных экспертиз, наибольшее число зафиксировано с 1995 по 2004 гг., составляя 43,2%, за 2005-2014 гг.- 35%, за 1985-1994 гг.- 21,8% от всех экспертиз у несовершеннолетних. Диагностика и экспертная оценка психических расстройств у несовершеннолетних требовала особого внимания в связи с наличием отчетливой возрастной специфики клинического оформления психических расстройств в этом возрасте.

Выводы: Анализ изученных данных показал, что из числа проведенных экспертиз наибольшее количество испытуемых по уголовным делам – 82%, по гражданским делам – 18%. Наибольшее количество обследованных признаны недееспособными – 87,4%, невменяемыми признано 3,8%. Выявлено уменьшение освидетельствований, проводимых несовершеннолетним, за последние 10 лет более чем на 8%. С 2005-2014гг. число лиц, направленных на СПЭК, увеличилось в 1,9 раза, что требует существенных изменений организационных аспектов в эффективности проведения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы.

ПРОБЛЕМА УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ОБВИНЯЕМЫХ В ПРАКТИКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Значимость охраны прав детей и подростков, особые подходы в системе отправления уголовного правосудия отражены в Уголовном, Уголовно-процессуальном кодексах РФ, а также в ряде международных и отечественных правовых документах (Пекинские правила, 1985; Постановление пленума Верховного Суда № 1 от 01.02.2011; Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 гг. и др.). Защита прав несовершеннолетних обвиняемых обеспечивается обязательным участием в уголовном процессе защитника (п.2 ч.1 ст. 51 УПК РФ) и законного представителя (ст. 48 УПК РФ). Кроме того, «при допросе несовершеннолетнего подозреваемого, обвиняемого, не достигшего возраста шестнадцати лет либо достигшего этого возраста, но страдающего психическим расстройством или отстающего в психическом развитии, обязательно участвует педагог или психолог» (ч.3 ст. 425 УПК РФ). Вместе с тем определенные требования уголовно-процессуального характера предъявляются и к самому несовершеннолетнему обвиняемому. Согласно п.3 ст.196 УПК РФ, назначение судебно-психиатрической экспертизы является обязательным в том случае, если необходимо установить «психическое и/или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве». Указанная способность получила в работах юристов и судебных психиатров название «уголовно-процессуальной дееспособности» (Полосков П.В., 1985; Шишков С.Н., 1996; Ткаченко А.А., 2006; Горинов В.В. с соавт., 1997, 2006, 2013). В то же время в действующем законодательстве существует понятие гражданской процессуальной дееспособности, но применительно к уголовному процессу категория дееспособности не введена. Тем не менее, в судебно-психиатрической практике она получила свое развитие. Дееспособность субъекта может быть ограничена либо полностью отсутствовать в силу выраженности психических расстройств. В случае несовершеннолетних обвиняемых помимо психопатологических состояний имеет значение нарушение психического развития (психический дизонтогенез) (Макушкин Е.В., 2007).

В зарубежной литературе проблема уголовно-процессуальной дееспособности (competence to stand trial) несовершеннолетних рассматривается, прежде всего, в работах психиатров и психологов США. По отношению к ним действует общее положение, согласно которому «способность предстать перед судом включает в себя способности использовать консультации адвоката и понимать природу судебных процедур, достаточные для того, чтобы принимать в них участие и принимать решения относительно прав, предоставляемых всем подсудимым» (Dusky v. U.S., 1960). Для уголовного процесса США по отношению к несовершеннолетним эта проблема имеет особое значение, так как возраст уголовной ответственности в ряде штатов составляет 11-12 лет. В связи с этим специалистами учитывается, что подросток в уголовном судопроизводстве может быть неспособен к участию в процессе не только вследствие психического расстройства, но и в силу своего недостаточного развития, незрелости. Уголовно-процессуальная дееспособность подростка предполагает существование специфических функциональных способностей, опирающихся на более широкие психолого-юридические конструкты («понимание», «рассуждение», «оценка»). Эти способности базируются на фундаментальных аспектах уголовно-процессуальной дееспособности, или «способности участвовать в процессе»: базовое понимание цели и природы судебного процесса («понимание»), способности передавать важную информацию для консультирования и перерабатывать информацию («рассуждение») и способность применять информацию к своей собственной ситуации неискаженно и рационально («оценка») (Grisso T. et al., 1997, 2000, 2003; Riffin T., 2006).

С нашей точки зрения, при разработке концепта уголовно-процессуальной дееспособности, как и применительно к другим уголовно релевантным способностям (например, способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания и др.), можно использовать разделение на потенциальную способность и актуальную возможность реализации этой способности в конкретной ситуации уголовного процесса (Кудрявцев И.А., 1988, 1999).

Потенциальная уголовно-процессуальная дееспособность у несовершеннолетних обвиняемых (подозреваемых, подсудимых) должна рассматриваться в рамках тех правовых ограничений, связанных с несовершеннолетием, о которых говорилось выше. Несовершеннолетний обвиняемый не вполне «самостоятелен» при защите своих прав и интересов, эту функцию берут на себя его защитник и законный представитель. Тем не менее, понимание своей роли и интересов в уголовном процессе, ролей других участников процесса, способность перерабатывать и передавать своим защитникам важную информацию, получать от них консультации, адекватно вести себя при проведении процессуальных действий, судебных заседаний зависят от самого подростка. Перечисленные функции имеют как интеллектуальный, так и волевой компоненты. Потенциальная способность к их осуществлению связана с отсутствием у несовершеннолетнего выраженных психических расстройств. При наличии такого рода расстройств (психотические состояния, выраженная степень умственной отсталости и др.) может быть констатировано отсутствие потенциальной способности и, следовательно, уголовно-процессуальная недееспособность несовершеннолетнего обвиняемого.

Актуальная уголовно-процессуальная дееспособность, мера ее проявления, зависит от ряда факторов. К ним относятся психопатологический, дизонтогенетический, возрастной, личностный и ситуационный факторы.

Под психопатологическим фактором мы подразумеваем временные психические расстройства, либо психические нарушения, не имеющие существенной глубины (например, умственная отсталость легкой степени, легкое когнитивное расстройство, расстройства адаптации и др.), но оказывающие негативное влияние на интеллектуальный и волевой компоненты уголовно-процессуальной дееспособности. Аналогичным образом действует дизонтогенетический фактор (различные формы психического инфантилизма и др.).

Влияние возрастного фактора связано с различным уровнем функционирования интеллекта и саморегуляции в разных возрастных периодах (подростковый, юношеский) при нормальном развитии. К этому же регистру относятся явления личностной незрелости, которая может проявляться в дефицитарности рефлексии, функций оценки важных обстоятельств уголовного процесса, прогнозирования последствий собственных действий в процессуальных рамках. Так, исследования T. Grisso и его сотрудников (2003) показали существенно более низкий уровень аналогичных способностей у подростков моложе 15 лет по сравнению со старшими несовершеннолетними.

Личностный фактор может быть связан с предыдущим и выражаться в комплексе индивидуально-психологических черт, характеризующих незрелость. Кроме того, некоторые особенности смысловой сферы, характерологических и динамических черт также могут оказывать влияние на характер и степень реализации функций, составляющих уголовно-процессуальную дееспособность подростка.

Ситуационный фактор определяется характеристиками самого уголовного процесса, его сложности, тяжести обвинения, особенностей показания других участников процесса, тактики защитника, длительности следственных и судебных мероприятий и т.п.

Исследование влияния указанных факторов, их влияния на функции, составляющие уголовно-процессуальную дееспособность несовершеннолетних, меру ее реализации или ограничения (включая недееспособность) требует комплексного междисциплинарного рассмотрения в рамках судебной психолого-психиатрической экспертизы.

В настоящей работе лишь намечаются основные вопросы, связанные с экспертной квалификацией уголовно-процессуальной дееспособности несовершеннолетних. В дальнейшем необходимо обратиться к более детальной разработке ее содержания, критериев оценки, соотношения с категорией вменяемости и других уголовно релевантных способностей.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА РИСК СОВЕРШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Баранов А.В., Абашина В.В., Ерошина О.С.

Тамбов

ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность. Доля химической и алкогольной зависимости среди людей с психическими расстройствами составляет приблизительно 50%, среди психически больных правонарушителей эта цифра достигает 90%. Кроме того, больные с двойным диагнозом чаще неоднократно возвращаются в стационары, осуществляющие принудительное лечение (ПЛ). Алкоголизм всегда сопровождается многообразными социальными последствиями, неблагоприятными как для самого больного, так и для общества.

Целью настоящего исследования явилось: изучение клинико-социальных характеристик социально опасных больных с тяжелыми психическими расстройствами, осложненными алкогольной зависимостью

Материал и методы исследования: Исследование проходило на базе отделения для принудительно лечения специализированного типа Тамбовской психиатрической клинической больницы. Было проведено изучение сплошной выборки пациентов, находящихся на принудительном лечении в данном стационаре в период 2013-2014 гг. Всего обследовано 93 человека, из которых 56 человек (60%) больных не страдают сопутствующей наркологической патологией (группа 1) и 37 человек (40%), у которых тяжелое психическое расстройство осложнено алкогольной зависимостью (группа 2).

Все обследованные мужчины. Критериями включения в исследование было наличие верифицированного тяжелого психического расстройства, лишавшего больного способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими (т.е. признанные судом невменяемыми за совершение общественно-опасных деяний различной степени тяжести). Ведущими методами исследования явились клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. Использовались также данные экспериментально-психологического метода исследования.

Результаты исследования: по возрастному составу выделенные группы оказались относительно однородные, при этом были представлены различные возрастные период (от 18 до 59 лет) средний возраст пациентов, совершивших ООД, составил 27 лет в первой и 36 года во второй группе. В результате исследования были получены данные свидетельствующие о том, что по большинству социально-демографических показателей существенных различий в группах нет. Однако особенности микросоциального окружения существенно различаются тем, что во второй группе в 48,6% круг общения пациентов ограничивается случайными знакомыми на почве совместного употребления алкоголя, а соответствующий процент в первой группе составляет 17,9%.

Различия в клинико-психопатологических показателях заключается в следующем: наследственность отягощена алкоголизмом в 13,5% случаев во второй группе, а соответствующий процент в первой группе составляет только 3,6%. Делинквентное поведение отмечалось во второй группе в 54% случаев, а в первой группе данное поведение возникало лишь в 32,1% случаев.

Исследование дало существенные различия в группах по показателям, характеризующим уровень общественной опасности: стационирование в психиатрическую больницу в течение года до совершения ООД было во второй группе в 54%, а в первой 39% соответственно. Это может являться следствием того, что 17,9% пациентов 1 группы регулярно наблюдались у психиатра по месту жительства, а соответствующий процент пациентов 2 группы составляет только 8,1. Как правило, стационирование в психиатрическую больницу имело место в связи с алкоголизмом во второй группе в 13,5%, а в первой группе лишь в 3,6% случаев.

Следует обратить внимание на высокий процент лиц во второй группе (62,1%), совершивших ООД в прошлом. Соответствующий процент первой группы составляет 35,8%, что свидетельствует о высокой значимости злоупотребления алкоголя в качестве фактора прогноза рецидива. Кратность ООД преобладала во второй группе (37,8% совершили 2 и более ООД), хотя и в большинстве случаев в структуре противоправных поступков во второй группе преобладали нетяжкие имущественные деликты. Интервал рецидива у больных с повторными ООД (период с момента совершения предыдущего ООД до совершения повторного деяния) во второй группе составлял менее года в 35,1%, что значительно выше, чем в первой группе (19,6%).

Анализ структуры ООД показал, что для большей части больных были характерны деликты, относящиеся к категории правонарушений против личности (убийство, телесные повреждения различной степени тяжести), что связанно со спецификой отделения специализированного типа лечения. Но обращает на себя внимание, что в первой группе был достоверно больше удельный вес особо тяжких ООД (убийства и причинение тяжкого вреда здоровью составили 48,2%, тогда как в группе 2 – 35,1%). Т.е. тяжесть ООД не следует рассматривать в качестве показателя прогноза совершения повторных деяний и традиционно при определении степени общественной опасности больного тяжесть правонарушения учитывается, но не является ведущим, тогда как большее значение принадлежит оценке психического состояния. Больные второй группы в период осуществления настоящего принудительного лечения чаще нарушали режим стационара (13,5%, а в первой группе только 5,4%).

Анализ клинических особенностей алкоголизма показал, что возраст первого приобщения к алкоголю в 57,3% случаев был старше 18 лет. Алкогольные напитки употреблялись в основном в кругу сверстников – 53,3%. Полученные данные показали, что пик злоупотребления алкоголем пришелся на возраст 18-25 лет – 70,7%. У 77,2% пациентов отмечается тяжелый похмельный синдром. Возраст формирования ААС в 69,3% случаев составил 19 – 25 лет. Как правило, характер злоупотребления алкоголем имел запойную форму – 72%. Чаще всего испытуемые употребляли самогон и алкогольные суррогаты – 61,3% и 89,3% соответственно. Механизм актуализации влечения к алкоголю в 66,7% случаев – внутренний. 93,3% пациентов в нетрезвом виде агрессивны. Что касается совершения ООД до начала алкоголизма, пациенты не совершали 89,3% случаев, а

после начала алкоголизма ООД совершили 80,6% пациентов. В основном ООД совершались в алкогольном опьянении в 93,35% пациентов.

Выводы: таким образом, в оценки прогноза совершения повторных ООД при выписке пациентов из стационара специализированного типа необходимо учитывать совокупность социально-личностных и клинико-психопатологических характеристик. При этом в качестве факторов риска наиболее существенное значение имеют: характер микросоциального окружения, социальный статус пациентов – их профессионально-трудовая и семейная дезадаптация, утрата устойчивых социальных связей; наследственная отягощенность алкоголизмом, ситуационные факторы в виде нарастающей алкоголизации пациентов; недостаточности динамического наблюдения у психиатра по месту жительства.

Увеличение интенсивности противоправной активности на фоне развития алкоголизма свидетельствует о том, что психические расстройства вследствие алкогольной зависимости влияют на социальный вектор поведения этих лиц. В связи с этим проведение этим лицам лечебно-реабилитационных мероприятий по поводу имеющегося у них наркологического заболевания является важной профилактической мерой по предупреждению совершения ими повторных правонарушений.

ЮРИДИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ОГРАНИЧЕННОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ В СВЕТЕ НОВЕЛЛ ГРАЖДАНСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Бартенев Д.Г.

Санкт-Петербург
СПбГУ

2 марта 2015 года вступили в силу поправки к Гражданскому кодексу Российской Федерации, которые по-новому определяют подходы к ограничению дееспособности людей с психическими нарушениями. Данные поправки стали закономерным следствием двух важных событий 2012 года: во-первых, ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов, и, во-вторых, принятия 27 июня 2012 года Конституционным Судом Российской Федерации постановления по делу Ирины Деловой.

Согласно новой редакции Гражданского кодекса гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности. Суть ограничения дееспособности состоит в том, что такой гражданин сохраняет самостоятельное право совершать все сделки, связанные с распоряжением своим заработком, стипендией и иными доходами, а также совершать мелкие бытовые сделки и: (1) сделки, направленные на безвозмездное получение выгоды, не требующие нотариального удостоверения либо государственной регистрации (например, принять имущество в дар); (2) сделки по распоряжению средствами, предоставленными законным представителем или с согласия последнего третьим лицом для определенной цели или для свободного распоряжения (независимо от суммы таких средств).

Все остальные сделки гражданин, ограниченный в дееспособности, совершает сам, но с письменного согласия своего попечителя. Письменное согласие попечителя необходимо также для распоряжения алиментами, социальной пенсией, возмещением вреда здоровью и в связи со смертью кормильца и иными предоставляемыми на содержание подопечного выплатами (за исключением распоряжения заработком, стипендией и иными доходами).

Появление в российском законодательстве возможности ограничения, а не лишения, дееспособности гражданина должно способствовать сохранению самостоятельности людей с психическими нарушениями, как основного принципа Конвенции о правах инвалидов.

Между тем, ограничение дееспособности, как новая форма защиты интересов людей с психическими нарушениями, требует переосмысления традиционных подходов к оценке дееспособности, поскольку ключевым условием для ограничения дееспособности гражданина является установление его способности понимать значение своих действий и руководить ими «при помощи других лиц».

Закон также не разъясняет того, что означает способность понимать значение своих действий или руководить ими: насколько глубоко человек должен быть готов объяснить условия какого-либо договора, чтобы можно было с уверенностью сказать, что он действительно понимает все последствия его заключения. Если человек ошибся в понимании последствий договора и заключил его на невыгодных для себя условиях, означает ли это неспособность понимать значение своих действий? Или если человек подписал договор, не прочитав его, потому что ему не хотелось вдаваться в тонкости юридического текста или потому, что он прислушался к неверному совету? Задавая эти вопросы, мы не ставим под сомнение дееспособность невнимательного, легкомысленного или доверчивого человека. Между тем, если речь идет о человеке с ментальной инвалидностью, любое его действие зачастую понимается как следствие психического расстройства, а любая ошибка или неверное решение – как проявление нарушенной способности понимать значение своих действий.

Такой подход отражает упрощенное понимание дееспособности и не учитывает того, что каждый человек принимает юридические значимые решения в определенном контексте. Абстрактное определение способности понимать значение своих действий и руководить ими не имеет практического смысла, поскольку круг тех решений и действий, которые совершает конкретный человек, ограничен определенными потребностями. Соответственно, оценка дееспособности должна учитывать индивидуальный контекст, то есть жизненную ситуацию человека и, в частности, следующие факторы:

- наличие и характер собственного имущества: в отсутствие какого-либо ценного имущества (недвижимости) необходимость защиты имущественного интереса является минимальной;
- наличие собственного дохода: если единственным доходом гражданина является пенсия по инвалидности, необходимость назначения мер защиты должна рассматриваться с учетом того, как он распоряжается пенсией;
- наличие лиц, готовых предоставить поддержку в решении юридических вопросов и повседневных проблем;
- характер отношений между инвалидом и лицами, которые предоставляют ему поддержку;
- понимание инвалидом возможности и необходимости обратиться за помощью других лиц при решении повседневных вопросов;
- риск злоупотреблений в конкретной жизненной ситуации человека, имеющего ментальную инвалидность.

Также как и признание гражданина недееспособным, ограничение дееспособности является вмешательством в сферу личной свободы человека и составляет ограничение его прав и свобод. Объем таких ограничений существенно меньше, чем в случае недееспособности, однако любое ограничение прав и свобод человека допустимо только в исключительных ситуациях, когда иные меры защиты оказываются недостаточными. Соответственно, назначение любых мер защиты должно учитывать два принципа: максимальное сохранение дееспособности и индивидуализация мер защиты.

В свете изменений гражданского законодательства основными принципами оценки дееспособности должны стать необходимость и соразмерность любой меры защиты конкретной жизненной ситуации человека с психическим расстройством, с учетом необходимости максимального сохранения дееспособности.

УЧЕТ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПРОГНОЗЕ ХАРАКТЕРА ПОВТОРНЫХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ

Березкин А.С., Кузнецов Д.А., Козлов Т.Н.

Москва
ГКУЗ ПБ №5 ДЗМ

При оценке общественной опасности лиц с психическими расстройствами сущест-венное значение имеет определение особенностей течения заболевания, а также выраженность психотических расстройств на момент совершения деликта. Лица, страдающие шизофренией, способны совершить правонарушение вне зависимости от стадии заболевания и при каждом из многочисленных клинических вариантов течения процесса, причем и вне психоза во время ремиссии (Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2002; Кондратьев Ф.В.; Modestin J., 1996, 1998). Высокая криминогенность может сформироваться еще до заболевания у лиц с отрицательными преморбидными социальными установками, а также у заболевших в период формирования личности и системы социальных отношений (Осколкова С.Н., Кумечко В.М., 1999, Осколкова С.Н., 2009; Ф. В. Кондратьев 2006, 2010; Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2004).

На практике при проведении судебно-психиатрического освидетельствования или врачебно-комиссионного освидетельствования необходима оценка ведущего психопатологического синдрома в клинической картине болезни с дальнейшим учетом дифференцированного влияния продуктивно-психотических и негативно-личностных синдромов на механизм совершения общественно опасного деяния (ООД) (Котов В.П., Мальцева М.М., 1995-2006).

С целью определения влияния психопатологических синдромов на характер ООД анализировалась динамика ведущего психопатологического механизма ООД у больных шизофренией (68 чел.), проходящих стационарное принудительное лечение в ГКУЗ ПБ№5 ДЗ г. Москвы, совершивших повторные правонарушения. Были выделены устойчивые механизмы (идентичные при первом и последнем правонарушении) и трансформировавшиеся (механизмы при первом и последнем деликте были различными).

Применялись клинико-психопатологический, криминологический и математико-статистический методы исследования. Инструментом исследования являлась специально разработанная индивидуальная карта обследования психически больного, включающая в себя клинико-социальные данные о больном.

При анализе устойчивых психопатологических механизмов ООД выявлено, что, как правило, вне зависимости от гендерной принадлежности устойчивыми являлись негативно-личностные психопатологические механизмы (92,86%). Также были проанализированы пациенты, у которых с трансформацией психопатологического механизма последнее правонарушение стало более тяжким или, наоборот, менее тяжким по сравнению с первым деликтом в анамнезе. Выявлено, что у мужчин, больных шизофренией, часто при утяжелении ООД отмечалась трансформация механизма с негативно-личностного на продуктивно-психотический, а при уменьшении тяжести – наоборот. В 87,5% случаев при трансформации негативно-личностного психопатологического механизма в продуктивно-психотический отмечались тяжкие агрессивные преступления против личности и убийства. При обратной трансформации в 100% случаев тяжесть ООД снижалась. Также часто утяжеление характера ООД отмечалось при трансформации психопатологического механизма в рамках продуктивно-психотических. Для женщин, больных шизофренией, во всех случаях была характерна трансформация с негативно-личностного на продуктивно-психотический механизм совершения ООД при его утяжелении, и в 80% случаев это были тяжкие агрессивные правонарушения против личности и убийство. В 80% случаев трансформации подвергся негативно-личностный механизм «эмоциональной бесконтрольности» (при характере ООД – корыстные без насилия – кража), и трансформировался он на продуктивно-психотические механизмы: «бредовая месть», «императивные галлюцинации» и «импульсивные действия».

Полученные результаты совпадают с научными данными (Ю. А. Ильинский, 1994; Мальцева М.М., Котов В. П., 1995; Печерникова Т. П., 2005; Ткаченко А.А. и др., 2012; Benezech M. et al., 1984; d'Orban P.T., 1990; Rogers R., 1990 и др.), подтверждающими, что наиболее тяжкие правонарушения против личности (убийства, нанесение тяжких телес-ных повреждений и др.), совершаемые лицами больными шизофренией, реализуются в состоянии психоза (бредовые идеи ревности и преследования с вовлечением конкретных лиц, императивные галлюцинации и др.).

В случае преобладания в клинической картине больного негативно-личностных изменений, повышенное значение имеет анализ стойких негативно-личностных механизмов совершения ООД. Также, как оказалось в ходе данного исследования, довольно часто при совершении повторных опасных деяний мужчинами и женщинами больными шизофренией, в случае негативно-личностного механизма совершения первого правонарушения, происходила трансформация на продуктивно-психотический механизм. Причем, тяжесть последнего совершенного правонарушения увеличивалась (агрессивные правонарушения против личности и убийства). Т.е. при неблагоприятной динамике развития психического заболевания с тенденцией к полиморфизму психопатологической симптоматики и наличии отягощенного криминального анамнеза отмечается повышение общественной опасности такого лица.

Таким образом, в зависимости от этапа и динамики течения заболевания, особенностей криминального анамнеза (характер и тяжесть совершенных правонарушений и др.), можно уточнить степень общественной опасности больных шизофренией, а также составить вероятностный прогноз характера и тяжести потенциального деликта.

К ПРОБЛЕМЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Березкин А.С., Позднякова В.Б., Козлов Т.Н.

Москва
ГКУЗ ПБ№5 ДЗМ

Разработка методов обеспечения качества медицинской помощи при психических расстройствах стала в настоящее время самостоятельным направлением психиатрии. Отдел психиатрии ВОЗ сформулировал теоретическую концепцию по данной проблеме. В Австралии, Канаде созданы национальные комитеты по качеству. Критерии обеспечения качества в психиатрии были отнесены к приоритетному направлению здравоохранения в Германии и определены законодательно. В нашей стране качество психиатрической помощи сегодня косвенно оценивают по многочисленным статистическим показателям деятельности

службы на уровне страны, региона или отдельных учреждений. Таким образом, и ранее существовавшие, и ныне действующие подходы к оценке качества и безопасности оказания психиатрической помощи охватывают лишь отдельные ее аспекты. Имеющиеся работы по данной тематике практически не затрагивают вопросов судебной психиатрии, а если и затрагивают, то только в части судебно-психиатрической экспертизы.

Актуальность проблемы качества и безопасности медицинской помощи при реализации принудительных мер медицинского характера у психически больных обусловлена тем, что она как в нашей стране, так и за рубежом практически не разработана.

Целью настоящего исследования является разработка и внедрение в практику элементов оценки качества оказания медицинской помощи в психиатрическом стационаре специализированного типа, осуществляющем принудительное лечение пациентов, совершивших общественно опасные деяния, предусмотренные особенной частью Уголовного Кодекса Российской Федерации.

Задачами исследования являлись:

- анализ разработанных Министерством здравоохранения Российской Федерации и Департаментом здравоохранения города Москвы форм оценки качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях поликлинического и стационарного типа;

- выбор наиболее значимых для оценки качества оказания медицинской помощи показателей в работе врачей – психиатров, осуществляющих принудительное лечение в условиях стационара специализированного типа;

- адаптация форм таблиц для оценки качества медицинской помощи к условиям работы психиатрического стационара специализированного типа;

- внедрение этих форм в работу психиатрического стационара, путем издания соответствующих приказов и методических указаний, подготовленных администрацией больницы.

Материалы и методы, используемые в работе, сводятся к углубленному анализу имеющихся в доступной литературе сведений о построении систем контроля качества при оказании медицинской помощи и обобщение опыта такой работы в психиатрической больнице специализированного типа.

В настоящее время качество медицинской помощи рассматривается с позиций ее доступности, безопасности, оптимальности и оценивается по трем направлениям, получившим название «триада Донабедиана» – качество структуры, качество процесса и качество результата.

Структурное качество – компонент качества, описывающий условия оказания медицинской услуги: квалификацию кадров, состав и состояние материально-технической базы и оборудования, состояние зданий и помещений, лекарственное обеспечение в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ), наличие и пополнение расходных материалов, рациональность использования всех видов ресурсов и т.д.

Качество процесса – это компонент качества медицинской услуги, описывающий, насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, был оптимален. К качеству процесса относят, в том числе, информационное и медико-техническое обслуживание.

Качество результата – это компонент качества медицинской помощи, описывающий отношение фактически достигнутых результатов к реально достижимым (планируемым).

Естественно, что только все отмеченные элементы в их взаимосвязи дают возможность управления процессом качества при оказании медицинской помощи и оптимизации управления всеми аспектами деятельности ЛПУ. Это универсальный подход, который распространяется и на деятельность психиатрического стационара специализированного типа, осуществляющего принудительное лечение, каким является Психиатрическая больница № 5 Департамента здравоохранения г. Москвы.

В плане обеспечения структурного качества оказания медицинской помощи в больнице начата и проходит оптимизация штатного расписания, формирование новых функциональных подразделений, таких как контрактная служба, информационно- аналитический отдел, юридический отдел больницы. Заново формулируются, определяются и уточняются цели и задачи этих подразделений. Создаются условия для оптимизации системы подготовки и повышения квалификации кадров. Одновременно с этим идет процесс освобождения от непрофильных видов деятельности больницы – передача элементов структуры непрофильных объектов (жилой фонд, систем отопления, водозабора, очистных сооружений) муниципальным образованиям. Рассматриваются вопросы аутсорсинга – передачи больницей, на основании договора, некоторых производственных функций на обслуживание другой компании. Реализация этих элементов позволит существенно снизить стоимость немедицинских затрат больницы.

В плане оптимизации качества процесса оказания принудительных мер медицинского характера в условиях психиатрического стационара специализированного типа нами была проведена оптимизация форм оценки качества оказания медицинской помощи, разработанных Министерством здравоохранения РФ и Департаментом здравоохранения города Москвы применительно к нашим условиям. Внедрение этих форм в практику работы отделений больницы, с одной стороны, выявило наиболее уязвимые места при реализации принудительных мер, с другой – способствовало разработке подходов по нивелированию выявленных недостатков. Работа в этом плане в настоящий момент ограничилась оценкой деятельности врачебного персонала. В ближайшей перспективе – разработка и распространение критериев и подходов к оценке качества и безопасности работы среднего медицинского персонала больницы. Причем, вопросы безопасности оказания такой помощи, с учетом общественной опасности нашего контингента, имеют ряд особенностей, требующих своего углубленного анализа.

Последнее, третье направление создания системы качества при реализации стационарного принудительного лечения – это разработка и создание стандартов оказания медицинской помощи в этих условиях. Особенности этой работы заключаются в том, что критерием эффективности проведения принудительного лечения являются не только медицинские показатели, но и а социальный – общественная опасность пациента. При этом нозологическая форма заболевания (собственно психиатрический диагноз) условно приобретает подчиненное значение по сравнению с социальным фактором – общественной опасностью. Глубокое исследование соотношения медицинских и социологических явлений, научная разработка междисциплинарных подходов к решению данной задачи требует подключения к ее решению специалистов смежных специальностей (юристов, психологов, социальных работников и др.). Разработка таких стандартов требует широкой кооперации специалистов в области принудительного лечения. Представляется целесообразным ставить вопрос о выделении целевых государственных или негосударственных грантов для решения этой задачи.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЕ АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Берсенева Ю.А.

Москва, ГБУЗ ПКБ №3 ДЗМ

Внутрибольничная агрессия психически больных, приводящая к общественно опасным действиям, является одной из актуальных проблем общей и судебной психиатрии. Для разра-

ботки эффективной системы мер предупреждения внутрибольничной агрессии, способа оценки ее вероятности (в том числе при рекомендации мер медицинского характера) необходимо установление клинико-психопатологических, психологических и социальных детерминант.

Как показал результат сплошного исследования 1730 больных, проходивших стационарное лечение, у 693 (40,06%) выявлены те или иные проявления агрессии. Наиболее распространенными формами психических расстройств, встречающихся среди этих больных, явились органические заболевания головного мозга, расстройства личности и поведения, шизофрения и аффективные расстройства. Наличие агрессивности на момент обследования определялось во всех группах актуальным психическим статусом. В группе больных с органическими психическими расстройствами в клинической картине преобладали личностные (58,09%) и аффективные (22,43%) расстройства, пароксизмальные нарушения (10,29%) и бредовые синдромы (9,19%). У больных с расстройствами личности в актуальном психическом статусе определялись аффективные расстройства – дисфорические (38,12%) и дистимические (24,38%) состояния, синдромы астено-ипохондрического (20,00%) и циклотимического (17,50%) характера. У больных шизофренией наличие агрессивности определялось содержанием бредовых (5,75%) и галлюцинаторно-бредовых расстройств (11,51%), присутствием аффективного компонента (42,45%), дефектными состояниями (40,29%) с выступающими на первый план психопатоподобными проявлениями. Представленность различных симптомов в актуальном психическом статусе больных аффективными расстройствами была полиморфна и динамична, при этом наиболее часто встречались астено-депрессивный (13,79%), тревожно-депрессивный (42,53%), депрессивно-ипохондрический (19,54%) и депрессивно-бредовой (24,14%) синдромы.

Между формой психической патологии и характером проявления агрессии были установлены взаимосвязи: для органических расстройств была наиболее характерна враждебная вербальная и спонтанная физическая агрессия; для личностных расстройств – физическая враждебная, для шизофрении – спонтанная, для аффективных расстройств – реактивная. Взаимосвязь между ведущим в клинической картине синдромом и тяжестью агрессии верифицировалась корреляционным анализом (корреляция Пирсона, тау-b Кендалла и ро Спирмана). Наиболее высокие значения корреляции между параметрами «синдром – тяжесть агрессии» определялись в группе больных с аффективными расстройствами (r=0,426-0,692) и шизофренией (r=0,497-0,648) при максимально высоком уровне значимости корреляции ($p<0,01$). Несколько меньше эти значения были у больных органическими (r=0,432-0,509) и личностными (r=0,315-0,495) расстройствам. Наиболее «тяжелые» проявления агрессии соответствовали и «тяжелым», в отношении возможной агрессии, психическим состояниям, что позволило выделить наиболее и наименее «патогномоничные» агрессии синдромы. В группе больных органическими психическими расстройствами указанные синдромы по степени «тяжести» или «опасности» в отношении возможного проявления агрессии можно ранжировать в порядке снижения указанной опасности: пароксизмальный, психопатоподобный (личностный), бредовой, аффективный. В группе больных с расстройствами личности в следующем порядке: дисфорический, дистимический, циклотимический, астено-ипохондрический. В группе больных шизофренией: психопатоподобный, галлюцинаторно-бредовой, бредовой, аффективный, а в группе больных аффективными расстройствами: тревожно-депрессивный, депрессивно-бредовой, депрессивно-ипохондрический, астено-депрессивный.

Независимо от формы психической патологии, выраженная агрессия чаще всего определялась личностными расстройствами в виде собственно проявлений психопатий (расстройства личности), либо проявлениями психопатоподобных состояний (органические расстройства, шизофрения) и выраженным отрицательным аффектом, носящим злобный, напряженный характер. Отсутствие агрессивности также, независимо от формы психического расстройства, чаще всего соотносилось с астеническими состояниями различного характера (астено-ипохондрический, астено-адинамический, астено-депрессивный).

Наибольшую выраженность взаимосвязей между перечисленными выше проявлениями психических расстройств и «тяжестью» агрессивного поведения подтверждает психологический анализ, выявляющий большую выраженность агрессивности как присущего личности свойства при личностных и органических расстройствах. Корреляционный анализ между определяющим актуальный психический статус синдромом и выраженностью агрессивности как свойства личности показало, что на агрессивное поведение больных органическими и личностными расстройствами существенное влияние оказывают как клинические (актуальный психический статус), так и личностные (выраженность агрессивности как свойства личности) факторы. Агрессивное поведение больных шизофренией и аффективными расстройствами определяется в большей степени клиническими параметрами.

Среди механизмов агрессии, в зависимости от клинико-психопатологических и личностных составляющих были выделены три основные группы: преимущественно психопатологические, психопатологически-личностные, преимущественно личностные. Преимущественно психопатологические механизмы присущи в большей степени больным шизофренией и аффективными расстройствами, психопатологически-личностные – больным органическими заболеваниями, преимущественно личностные – больным с расстройствами личности и поведения.

Сравнительный анализ социальных факторов показал наибольшую значимость в формировании агрессивного поведения таких параметров, как нарушение адаптации, тип воспитания, условия воспитания, взаимоотношения в семье. Указанные факторы в несколько большей степени взаимосвязаны с «тяжестью» ведущего синдрома при личностных и органических расстройствах, приблизительно на одинаковом уровне при всех формах психической патологии они коррелируют с «тяжестью» агрессии и в наибольшей степени взаимосвязаны с агрессивностью как свойством личности при органических и личностных расстройствах.

На основании результатов проведенного исследования очевидно, что внутрибольничная агрессия обусловлена комплексом различных факторов: клинических, психологических, социальных и решить задачу прогноза можно только путем учета их в совокупности.

ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ ЛИЦАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В НОВОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Берсенева Ю.А., Костюк Г.П., Нохуров Б.А.

Москва
ГБУЗ ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ

Проблема профилактики общественно опасных действий (ООД), совершаемых лицами с психическими расстройствами, достаточно сложна и требует разностороннего и тщательного изучения. Необходимость комплексного воздействия (медикаментозная терапия, психологическая и социальная адаптация) на делинквентное поведение обусловлено переплетающимися взаимосвязями биологических предикторов, особенностями психопатологической симптоматики и уровнем социализации каждого конкретного больного.

Наибольшее значение для профилактики ООД приобретает активное диспансерное наблюдение (АДН), определяющее, с одной стороны, завершение ресоциализации пациентов, ранее совершивших ООД (вторичная профилактика), с другой – является основной мерой по снижению риска социальной опасности у склонных к противоправному поведению пациентов (первичная профилактика) (Гурович И.Я. и соавт., 1988; Макушкина О.А. и соавт., 2012, 2014; Мальцева М.М., Котов В.П., 2013).

Продолжающаяся реформа в сфере здравоохранения, деинституционализация психиатрической помощи направлена, в том числе, на повышение эффективности мер по профилактике ООД. В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. №566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» в Филиалах (ПНД) ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского были открыты кабинеты активного диспансерного наблюдения – амбулаторного принудительного наблюдения и лечения (АДН – АПНЛ). Выделение такой обособленной штатной единицы в структуре психиатрического отделения и направлено, прежде всего, на профилактику ООД, совершаемых лицами с психическими расстройствами.

Вместе с тем, большое значение в решении данной проблемы приобретает деятельность участковой службы, на которую, помимо присущих ей традиционно многочисленных функций, возлагаются также выявление пациентов, склонных к противоправным действиям. Особое внимание участковому врачу-психиатру следует уделить своевременной диагностике психопатологических синдромов, способствующих совершению ООД. В соответствии с классификацией М.М. Мальцевой и В.П. Котова (1995), психопатологические механизмы ООД разделены на две группы по характеру лежащих в их основе психических нарушений: продуктивно-психотические и негативно-личностные. Необходимо отметить, что стойкий персонифицированный бред отношения, мести, формирующий феномен бредового поведения, является важным предиктором совершения ООД по продуктивно-психотическим механизмам. Психопатоподобное поведение с расстройствами влечений (сексуальные девиации, алкоголизация/наркотизация) и значительным морально-этическим снижением личности, приводящие к повторным госпитализациям, в том числе в недобровольном порядке (п. «а» ст. 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании») также должны насторожить участкового врача-психиатра, так как подобное клиническое состояние нередко приводит к так называемым инициативным деяниям в рамках ООД, совершаемых по негативно-личностным механизмам.

Помимо активного взаимодействия врача-психиатра кабинета АДН–АПНЛ с участковой службой по выявлению клинических синдромов, детерминирующих психопатологические механизмы ООД, важную роль приобретает деятельность социальных работников и медицинских психологов. Их посильная помощь направлена не только на выявление социальных, ситуационных и личностных факторов, определяющих противоправное поведение, но и на своевременное решение указанных проблем пациента.

С реорганизацией амбулаторной психиатрической помощи, формированием таких структурных подразделений дневного стационара, как отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) и медико-реабилитационное отделение (МРО) расширились возможности врача-психиатра кабинета АДН-АПНЛ и участковой службы по первичной профилактике ООД.

С созданием ОИОПП и МРО психиатрическая помощь стала более дифференцированной, мобильной и приближенной к пациенту. Это позволяет своевременно начать лечение обострения психического расстройства в случаях, не требующих недобровольной госпитализации, улучшает качество жизни больных и соответственно препятствует наступлению противоправного поведения.

Таким образом, деятельность врача-психиатра кабинета АДН-АПНЛ и его взаимодействие со всеми структурными подразделениями психиатрической службы (участковым врачом-психиатром, отделениями дневного стационара ОИОПП, МРО и круглосуточным стационаром) определяют эффективность первичной профилактики ООД, совершаемых лицами с психическими расстройствами.

ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИЗНАННЫХ НЕВМЕНЯЕМЫМИ, НА ЭТАПЕ АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Богомаз С.Е.

Тюмень
ГБУЗ ТО ОКПБ

Профилактика общественно опасных действий (ООД) психически больных – одна из важнейших задач практической психиатрии. Существенная часть Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» посвящена правовому обоснованию и регулированию именно этих вопросов. Более проработанным в организационном и правовом отношении разделом профилактики ООД психически больных являются принудительные меры медицинского характера (принудительное лечение), применяемые судом в рамках уголовного процесса. К сожалению, они представляют собой меры вторичной профилактики, поскольку применяются к лицам, уже совершившим правонарушение, и могут предотвратить только его повторение. Особую роль здесь играют внебольничные психиатрические учреждения и их подразделения (психоневрологические диспансеры, отделения, кабинеты). Среди общественно опасных деяний психически больных в социальном плане наиболее значимы агрессивные действия против личности, поскольку они связаны с угрозой жизни и здоровью граждан. При решении вопросов о включении или выведении пациента из группы активного диспансерного наблюдения (АДН), а также о продолжении или прекращении амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ) большое значение имеют знание и учет клинико-психопатологических, индивидуально-психологических, социально-ситуационных факторов, влияющих на уровень и характер потенциальной общественной опасности больного. Эти факторы не являются специфичными для внебольничных учреждений, они подлежат анализу при решении различных вопросов, связанных с оценкой актуальной и потенциальной общественной опасности пациента (показания для недобровольной госпитализации, выбор принудительной меры медицинского характера, продление или прекращение принудительного лечения и т.д.). Знание и учет этих факторов имеют особое значение применительно к больным, включаемым в группу АДН по инициативе участкового психиатра, поскольку такая инициатива основывается не на формализованных объективных данных о судимостях или совершенных ООД, а на анализе клинико-социального статуса больного.

В последние годы для совершенствования профилактики общественно-опасных деяний и формирования системы прогностических критериев в научной литературе все больше внимания уделяется изучению структуры психических нарушений, клинической характеристике состояния больных, систематизации факторов, влияющих на клиническую динамику данных состояний на этапе осуществления принудительного лечения, выявлению дополнительных факторов, определяющих динамику, прогноз и исход психических расстройств, а также факторам социального функционирования и качества

жизни психически больных, совершивших противоправные деяния. Однако, несмотря на значительное количество работ, посвященных данной проблематике, нет точных данных, касающихся отдаленного катамнеза лиц, страдающих шизофренией, их общественной опасности и процесса ресоциализации после прекращения принудительного лечения на этапе активного диспансерного наблюдения у психиатра по месту жительства.

В проведенном пилотажном исследовании использовался клинико-психопатологический метод исследования в сочетании с анализом экспериментально-психологических данных. Работа проведена на базе ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», была обследована группа больных из 20 человек (16 мужчин в возрасте 30-50 лет – 80%, 4 женщины в возрасте 40-45 лет – 20%), выписанных из стационара общего типа на АПНЛ/АДН (принудительное лечение прекращено), страдающих тяжелым психическим расстройством (шизофренией), впервые (повторно) совершивших правонарушения различной степени тяжести и признанных невменяемыми (2012–2014 гг.). Критерием отбора пациентов послужили признаки тяжелого психического расстройства (шизофрении) с дебютом клинической картины эндогенного заболевания до совершения первых противоправных деяний, после и в ходе производства судебно-следственных действий. В исследуемой группе у 53,7% больных был установлен диагноз параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения, у 39,4% – параноидной шизофрении с непрерывным типом течения, 3,3% больных страдало простым и детским типом шизофрении, 3,6% – гебефренической, кататонической, псевдоневротической, психопатоподобной шизофренией и шизоаффективным вариантом приступообразной шизофрении. Сопутствующий диагноз зависимости от алкоголя или других психоактивных веществ имели 64,2%. У 80,9% из числа всех исследуемых больных стаж заболевания составлял более 10 лет.

В ходе исследования изучен катамнез психически больных, признанных невменяемыми (данные за 3 года). Всем испытуемым диагноз психического заболевания был установлен до совершения противоправного деяния и послужил причиной назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы. При расширении периода изучения (2000-2014 гг.) в пилотажном исследовании выявлено нарастание противоправного поведения среди психически больных лиц, освобожденных от уголовной ответственности за совершение преступлений в состоянии невменяемости, после прохождения принудительного лечения. Изученные группы не были однородными по нозологической принадлежности, социальному статусу, религиозной и культуральной принадлежности, степени социальной адаптации и качеству жизни.

При анализе совершенных преступлений были выделены две группы больных: первую группу – 5 человек (25%) – составили пациенты с продуктивно-психотическими механизмами общественно опасных действий, а вторую группу – 15 человек (75%) – пациенты с негативно-личностными. Как показало исследование, подавляющее большинство случаев в первой группе – 4 человека (20%), имеющие диагноз шизофрении с эпизодическим типом течения, в остром состоянии совершили преступления против личности (ст.105 УК РФ – убийство, ст.111 УК РФ – умышленное причинение тяжкого вреда здоровью) по механизму с бредовой мотивацией (бредовая защита у 2 человек (10%), бредовая месть у 1 (5%)), в одном случае (5%) преступление совершено по механизму, обусловленному наличием императивных слуховых обманов восприятия.

В отличие от первой во второй группе большинство преступлений – 55% (11 человек) – было совершено против личной собственности граждан на этапе активного диспансерного наблюдения (ст.158 УК РФ – кража, ст.161 УК РФ – грабеж, ст.162 УК РФ – разбой) по негативно-личностному механизму, связанному с извращенностью и расторможенностью влечений, по инициативе самого больного (инициативные действия), в трех случаях (15%) общественно опасные действия совершены против личности (ст.112 УК РФ – умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, ст.116 УК РФ – побои, ст.119 УК РФ – угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью) под влиянием реальной побуждающей ситуации (ситуационно спровоцированные действия) по механизму эмоциональной бесконтрольности и в одном случае (5%) психопатологический механизм совершенного преступления (ст.228 УК РФ – незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств…), связанный с дефицитом высших эмоций, полностью совпал с синдромальной характеристикой самого больного (бедность эмоциональной сферы, преобладание низменных интересов и потребностей, примитивность духовной жизни, эгоистическая жизненная позиция).

Предварительные результаты показали, что на процесс ресоциализации психически больных лиц влияют не только качество и продолжительность проводимого в отношении них принудительного лечения, механизмы общественно опасных действий, но и клинические и социальные характеристики, макросоциальные (социально-экономические) факторы, а так же культуральные и религиозные аспекты.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ СРОКАМИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Буравцов К.А., Макушкина О.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
ГКУЗ Психиатрическая больница №5 ДЗМ

Профилактика общественно опасных действий (ООД) психически больных всегда являлась одной из важнейших задач психиатрической службы. Особая социальная значимость этого вопроса связана с высоким риском повторности совершения такими пациентами противоправных действий, большая часть которых связана с насилием.

Количество больных с повторными опасными действиями остается стабильным на протяжении ряда лет и составляет примерно 30% от числа поступающих на принудительное лечение. Отмечая различия в природе однократных и повторных опасных действий психически больных, судебные психиатры разрабатывают дифференцированные подходы к их профилактике. Важное значение при этом придается качеству исполнения принудительных мер медицинского характера, их продолжительности.

Вопросы оптимальной длительности нахождения пациента на принудительном лечении в разное время обсуждались во врачебном сообществе. На сегодняшний день существуют противоположные точки зрения на этот счет. К примеру, Ю.О. Мусаев (1984) указывал на отсутствие зависимости между продолжительностью принудительного лечения и временным интервалом повторного опасного деяния. В то же время некоторые авторы (Воронин В.С., Каганович Ю.Т., 2007) полагают, что такая зависимость существует и чем длительнее пациент находится на принудительном лечении, тем ниже вероятность совершения нового ООД. По мнению А.С. Дмитриева с соавт. (2009), выписка с длительного стационарного принудительного лечения является стрессовым фактором для пациента, что опосредованно влияет на риск совершения повторного ООД.

Нормативная правовая регламентация длительности принудительного лечения отсутствует, в связи с чем, при наличии медицинских показаний, оно может пролонгироваться судом неограниченно долго. Проблема лиц, длительно нахо-

дящихся на принудительном лечении, актуальна для многих стран. При этом выделяется группа пациентов, которые никогда не будут выписаны из психиатрического стационара с тенденцией к их «накоплению» (Дианов Д.А. 2007).

В последние годы в нашей стране отмечается выраженная тенденция удлинения сроков пребывания больных на принудительном лечении. Так, по данным Государственных статистических отчетов, средняя продолжительность принудительного лечения в стационаре за период с 2006 по 2014 гг. возросла на 32,1% и составила в 2014 году 727,6 к/д.

Изложенное обусловливает необходимость изучения причин длительных сроков пребывания больных в стационаре, поиска факторов, способствующих длительной пролонгации принудительного лечения, с целью определения мишеней для оптимизации лечебно-реабилитационного процесса.

Цель исследования. Определение клинико-социальных и криминологических особенностей больных с длительными сроками принудительного лечения и эффективности психиатрической помощи указанному контингенту пациентов.

Материал и методы. Объект исследования – лица, страдающие психическими расстройствами, длительно находящиеся на стационарном принудительном лечении в ГКУЗ ПБ № 5 Департамента здравоохранения г. Москвы, а также медицинская документация, оформляемая при исполнении принудительных мер медицинского характера. Отбор пациентов проводился методом сплошной выборки в соответствии с критериями включения: верифицированный диагноз психического расстройства; решение судебно-психиатрической экспертной комиссии о невменяемости пациента на момент совершения ООД; направление судом на принудительное лечение в психиатрический стационар; длительная (более 10 лет) пролонгация принудительного лечения. Критерий исключения: начало заболевания после совершенного ООД. В качестве основных методов исследования использованы клинико-психопатологический, с учетом данных патопсихологического обследования, катамнестический и клинико-статистический методы. Первичные научные данные структурированы при помощи специально разработанной для выполнения задач исследования карты.

Результаты и их обсуждение. Обследовано 42 больных, средний возраст на момент обследования – 63,6 года. В нозологической структуре психических расстройств преобладала шизофрения, доля которой составила 73,8%, у 54,8% больных заболевание имело непрерывное течение. Все обследованные являлись инвалидами 2 группы.

Большая часть (85,7%) совершенных ими опасных деяний была направлена против личности (ст. 105-157 УК РФ). В структуре психопатологических механизмов ООД доминировали продуктивно-психотические (64,3%), доля негативно-личностных составляла 35,7%.

Длительность настоящего принудительного лечения к моменту исследования составляла в среднем 17,8 лет. За столь длительный период пребывания больных в стационаре произошло ухудшение их взаимоотношений с родственниками. Так, если в первые годы принудительного лечения большинство пациентов (86,1%) навещались родственниками чаще одного раза в месяц, то на момент обследования 65,1% больных навещались менее 1 раза в квартал. Взаимоотношения с близкими родственниками были эмоционально-холодными, либо конфликтными у 76,8% обследованных.

Все пациенты до поступления на принудительное лечения переносили экзогенные вредности, наиболее распространенными из которых являлись черепно-мозговые травмы и зависимость от психоактивных веществ, у 67,4% больных имело место их сочетание. Большинство пациентов (73,8%) ранее привлекались к уголовной ответственности, при этом 62,8% – в прошлом находились на принудительном лечении. Превалирующая часть больных (67,4%) были не комплаентны к лечению, в связи с чем в схеме терапии у 60,5% пациентов применялись пролонгированные формы препаратов. У большей части пациентов (90,5%) отмечалось психопатоподобное поведение с проявлением агрессии к окружающим; 67,4% больных, в связи с неустойчивым психическим состоянием, переводились в отделение интенсивной терапии, при этом 31,0% – неоднократно. Все пациенты периодически проходили обследование психологом, но ни в одном из случаев не отмечено проведение психокоррекционной работы. Больные участвовали в трудотерапии внутри отделения, трудовая занятость в основном сводилась к элементарному участию в дежурствах по столовой и палате. Настоящая работа, направленная на определение причин длительного пребывания на принудительном лечении в психиатрическом стационаре на сегодняшний день не завершена, однако, полученные результаты позволяют сформулировать предварительные суждения по данной проблеме.

Выводы. Длительные сроки исполнения принудительных мер медицинского характера обусловлены не только неустойчивостью психического состояния больных с экзацербацией тяжелого психического расстройства, наличием выраженных нарушений поведения, но и влиянием неблагоприятных социальных факторов, десоциализацией пациентов за годы принудительного лечения, определяющими их общественную опасность. В свою очередь социальная дезадаптация объясняется не только длительной изоляцией от общества, но и отсутствием развитой системы трудовой и психосоциальной реабилитации – лечебно-трудовых мастерских, социальных работников, необходимой психокоррекционной работы.

Таким образом, с целью избежания развития госпитализма, целесообразно вовлекать длительно находящихся на принудительном лечении пациентов в психокоррекционную работу, важными разделами которой для данной категории лиц являются психообразование, формирование приверженности лечению, работа с зависимостью от психоактивных веществ и др. Учитывая хроническое протекание психопатологических процессов, превалирование формальной критики к болезни и содеянному у большой части больных, возможно, в индивидуальном порядке, рассмотрение вопроса об изменении таким пациентам вида принудительной меры медицинского характера на принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях, а в части случаев (при наличии показаний) оформления их в психоневрологический интернат.

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ)

Вандыш-Бубко В.В., Тарасова Г.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Проблема психических расстройств, коморбидных с эндокринной патологией, является одной из наиболее значимых в судебной психиатрии в силу специфики экспертной оценки психоэндокринных нарушений – проблем дифференциальной диагностики, экспертной значимости при оценке их влияния на способность субъекта к произвольной регуляции своего поведения. Сказанное относится как к категории дефицитарных в широком смысле проявлений в рамках психоэндокринного синдрома, так и острых психозов.

Практика показывает, что в судебной психиатрии у лиц с эндокринной патологией наиболее актуальными с учетом их частоты являются аффективные психические расстройства.

Целью работы явилось изучение аффективных расстройств, возникающих у больных, страдающих эндокринной

патологией и проходящих судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Работа основана на клинико-психопатологическом, параклиническом, статистическом анализе 46 судебно-психиатрических освидетельствований лиц мужского пола, прошедших экспертизу в 2013-2014 гг. (средний возраст 35,8±17,92).

Результаты исследования. Известно, что на клиническое оформление исследованных психических расстройств влияют характер базисной эндокринной патологии (этиология, стадия заболевания, тяжесть течения), такие факторы как преморбидные особенности (состояние соматического здоровья в целом, характер предпочтительного личностного реагирования, особенности социального функционирования), качество оказываемой медицинской помощи, а также возраст больного.

Последнее обстоятельство определяет и характер предпочтительной психоэндокринной патологии. С учетом последнего обстоятельства были сформированы две группы наблюдений: 1) несовершеннолетние с нарушениями психоэндокринного созревания (10 набл., 21,7%); 2) лица пожилого возраста, страдающие соматоэндокринной патологией (36 набл., 78,3%); в последнем случае эндокринная патология в трети наблюдений сочетается с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

В 1 группе наблюдений (с задержкой соматоэндокринного созревания) психические расстройства были представлены в виде психического инфантилизма разной степени выраженности с такими ведущими расстройствами в интеллектуальной сфере как неравномерность темпа психической деятельности, поверхностность, незрелость суждений, недостаточная способность прогнозирования, «эмоциональная» логика и др. Для мотивации поведения, в том числе противоправного, релевантными были такие волевые расстройства как повышенная внушаемость и подчиняемость, нарушение волевого контроля, неустойчивость поведенческих стереотипов, нарушения в эмоциональной сфере – лабильность и поверхностность эмоций, аффективная неустойчивость. Один из принципиальных критериев экспертной оценки предполагал учет стабильно повышенного настроения подростков, предопределявшего их повышенную активность, в том числе противоправную. Вкупе с указанными проблемами интеллектуального и волевого контроля аффективные расстройства подростков на практике были существенной предпосылкой вынесения экспертного решения о невменяемости.

В другой возрастной группе наблюдений все обследованные страдали сахарным диабетом. Аффективная патология у них была представлена в основном различными по структуре, выраженности и длительности депрессивными состояниями, преимущественно смешанными – депрессии с дисфорией, депрессивно-апатические состояния, астенические депрессии. Обследованные жаловались на ощущения физической и психической слабости, у них отмечалась повышенная утомляемость, истощаемость, плаксивость, доходящая до слабодушия, явления раздражительной слабости, гневливости по малейшему поводу, которые носили нестойкий характер. Отмечались вегетосоматические проявления депрессии, такие как плохой аппетит, головные боли, нарушения сна, тяжесть в различных частях тела, что чаще связывалось с соматическим неблагополучием. При декомпенсации эндокринного заболевания отмечалось усугубление депрессии. На этом фоне возникали идеи самообвинения, рудиментарные идеи отношения, отравления, преследования. Основная экспертная проблема оценки актуального психического состояния состояла в дифференцированной оценке глубины депрессии, что затрудняло ретроспективную оценку момента правонарушения. Отдельной проблемой при анализе аффективных нарушений у обследуемых, страдающих сахарным диабетом, являлась оценка периода ООД, что связанно с легкостью возникновения у них дисфорических расстройств, усугублявшихся алкогольным опьянением.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о многообразии и неоднородности клинических проявлений аффективных расстройств при эндокринной патологии, необходимости их дифференцированной оценки при вынесения экспертного заключения.

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ЭТАПАХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Винникова И.Н., Дмитриев А.С.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования: совершенствование лечебно-реабилитационных мероприятий у больных шизофренией на этапах АПНЛ.

Обследовано 97 мужчин в возрасте от 18 до 54 лет, страдающих шизофренией, со-вершивших общественно опасные деяния, которым после проведения принудительного лечения в психиатрическом стационаре (Московская клиническая ПБ №1 им. Н.А.Алексеева и Московская ПБ №5) мера медицинского характера на основании определения суда была изменена на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Исследование проводилось в психоневрологических диспансерах города Москвы (2009-2014 гг.). Отбор больных проводился методом сплошной выборки в соответствии с критериями включения: мужской пол; верифицированный диагноз шизофрении; решение судебно-психиатрической экспертной комиссии об изменении принудительной меры медицинского характера на АПНЛ; возраст старше 17 лет. Критериями исключения были: шизофреноподобные расстройства различной нозологической принадлежности; подростковый возраст. В качестве основного метода исследования в работе был использован динамический клинико-психопатологический анализ психического состояния больных с учетом данных патопсихологического обследования.

Изучение динамики психического состояния пациентов показало, что период перехода от стационарного к амбулаторному принудительному лечению является индивидуально значимой психотравмирующей ситуацией, на фоне которой возникают клинически очерченные формы психогенных наслоений в виде невротических реакций либо психогенно спровоцированных заострений психопатоподобных расстройств. Разработка лечебно-реабилитационных программ в условиях АПНЛ строилась в три этапа: адаптационный, плановой дифференцированной курации (коррекционный) и завершающий. Задачей адаптационного этапа являлось минимизировать влияние дезадаптирующих факторов. Больным проводилась коррекция схемы поддерживающего лечения, выработанной в стационаре с максимальной направленностью терапии на предотвращение возможных рецидивов заболевания. Наряду с этим уточнялись социально значимые вопросы, совместно с психологом и социальным работником структурировались пути и последовательность их решения. Среди психотерапевтических методов работы наиболее эффективной в этот период являлась семейная психотерапия. Оптимальной частотой наблюдения была периодичность 1 раз в неделю. Длительность данного этапа составляла в среднем 3-4 недели. На этапе плановой дифференцированной курации схему лечения корректировали в зависимости от характера и выраженности психогенных включений. В последующем присоединялись психокоррекционные мероприятия (тренинги, индивидуальные и групповые занятия). По мере адаптации больных к внебольничным условиям оказывалась помощь в трудоустройстве, а при

наличии инвалидности – работы в лечебно-трудовых мастерских. В случаях аутохтонных изменений психического состояния пациентов проводилась коррекция психофармакотерапии, при необходимости больные направлялись в стационар на общих основаниях. Оптимальный режим наблюдения в течение первых двух месяцев определялся как 1 раз в 7-10 дней, в последующем – 1 раз в 3-4 недели. Продолжительность коррекционного этапа составляла от 5 до 18 месяцев (в среднем 8,36±4,12 месяца). Завершающий этап АПНЛ предполагал проведение подготовительных мероприятий к отмене принудительных мер медицинского характера и перевод их на активное динамическое наблюдение психоневрологического диспансера. Он включал в себя разъяснительную психотерапию, психокоррекционные мероприятия и поддерживающую психофармакотерапию. На данном этапе для больных была характерна достаточная стабильность психического состояния в течение последних 6 месяцев наблюдения и признаки восстановления социальной адаптации. Наблюдение 1 раз в месяц являлось достаточным на данном этапе. Длительность составляла в среднем 2-3 месяца.

При вынесении рекомендаций об отмене амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у больных шизофренией необходимо учитывать все составляющие отмечавшегося ранее психопатологического механизма их общественной опасности, взаимодействие факторов между собой с учетом данных социального, клинического и криминального анамнеза пациентов. По данным проведенного исследования показания для отмены АПНЛ представляется возможным сформулировать следующим образом: 1. Стабильность психического состояния – признаки повышения качества ремиссии у больных шизофренией в течение полугода до отмены амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра. 2. Достижение уровня достаточной социальной адаптации для формирования стойкой позитивной социальной ориентации. 3. Формирование на фоне повышения критических и прогностических способностей осознанного отношения к принудительному характеру проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий. 4. Отсутствие у больных в течение года нарушений режима наблюдения и лечения в психоневрологическом диспансере, эпизодов общественно опасного поведения, госпитализаций в психиатрические больницы, данных об употреблении психоактивных веществ (алкогольных напитков, наркотиков и пр.).

Таким образом, поэтапный, комплексный подход к осуществлению лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра больных шизофренией позволяет последовательно решать задачи по стабилизации психического состояния пациентов, с учетом их адаптационных возможностей, степени восстановления у них навыков социального функционирования, способствует более объективной оценке их общественной опасности, а также своевременной и обоснованной отмене принудительной меры медицинского характера.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Волкогонов О.А., Сорокина В.А., Гацковская Ю.С.

Кемерово
ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ

Врачам, профессионально занимающимся вопросами судебно-психиатрической экспертизы, хорошо известен тот факт, что в течение последних лет амбулаторные судебно-психиатрические экспертизы (АСПЭ) количественно доминируют и составляют большинство всех освидетельствований (87,5% по России в 2012 г.).

С одной стороны, кратковременность амбулаторного исследования позволяет быстро давать экспертные заключения, сокращая, в свою очередь, сроки предварительного следствия и судопроизводства, что и обусловливает рост числа АСПЭ. С другой – при возрастающем количестве исследований в случае даже минимальных диагностических затруднений у эксперта возникает соблазн уклониться от решения сложных вопросов, дав «сообщение о невозможности вынести экспертное решение» и рекомендовав лицу, ведущему производство по делу, направить испытуемого на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. В ряде случаев эксперты, игнорируя предоставленные им действующим законодательством права, не утруждают себя необходимостью клинически оценить юридически значимое событие, составляя, «сообщение о невозможности». Особенно это заметно на примере т.н. «исключительных состояний», к которым относится большинство временных психических расстройств. Такая тенденция со временем способна понизить профессиональную самооценку эксперта АСПЭ, превратив его в своеобразного «диспетчера», неплохо решающего типовые вопросы, но испытывающего неуверенность и пасующего при нестандартных ситуациях, и порой без достаточных оснований направляющего испытуемого в стационар.

Судебно-психиатрическим экспертам Кемеровской области приходится работать в сложных условиях. Криминальная ситуация в регионе продолжает оставаться сложной в течение ряда лет. Негативно влияют на состояние оперативной обстановки объективные факторы, среди которых высокая концентрация мест лишения свободы и, как следствие, лиц, имевших ранее проблемы с законом, алкоголизация и наркотизация населения. По итогам 2013 г. Кемеровская область находилась в числе лидеров по удельному весу лиц, ранее судимых и вновь привлекавшихся к уголовной ответственности – 61,4%, при среднем показателе по России – 47,7% и по Сибирскому Федеральному округу – 53,8% (данные опубликованы на сайте ГУ МВД России по Кемеровской области). Отразилось это и на объемах экспертной судебно-психиатрической работы. Так, в 2012 г. в КОКПБ было проведено 1323 амбулаторных экспертизы, из них 747 (56,5%) по уголовным делам, в 2013 г. количество исследований возросло до 1393 при 894 (64,2%) уголовных, а в 2014 г. уже 1619 АСПЭ, из которых 1080 (66,7%) по уголовным делам. Из приведенных цифр видно, что в течение 3-х лет количество экспертиз по уголовным делам в отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз КОКПБ увеличилось более чем на 300 исследований, темп прироста составил 44,6%.

Для повышения качества амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз администрацией Кемеровской областной клинической психиатрической больницы (КОКПБ) был разработан и реализован комплекс мероприятий, позволяющий избегать необоснованного затягивания сроков следствия и судопроизводства при возрастающем объеме нагрузки как у правоохранительных органов, так и экспертных служб. Кратковременность амбулаторного экспертного исследования требует от эксперта хорошего знания материалов дела, адекватной оценки их полноты и содержательности для предстоящего интервьюирования испытуемого, возможного проведения дополнительных методов исследования с привлечением сторонних специалистов и вынесения клинически обоснованных объективных выводов о психическом состоянии фигуранта. С этой целью сотрудники отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз КОКПБ в порядке очередности были привлечены к предварительному изучению материалов дел на стадии направления их судебно-следственными органами в экспертное учреждение. Это дало возможность оценить полноту

материалов, необходимость предоставления дополнительных сведений, характеризующих личность испытуемого, а также особенности его поведения и психического состояния в юридически значимый период. В тоже время куратором отделения осуществлялась постоянная связь с оперативными, следственными и криминалистическими службами, куда сообщалось о необходимости предоставления экспертам-психиатрам либо психологам необходимых сведений. По договоренности с руководителями правоохранительных органов, эксперты отделения АСПЭ не только консультировали следователей по вопросам судебно-психиатрической экспертизы, но и выезжали непосредственно на места преступлений, где участвовали в допросах свидетелей и подозреваемых, оценивая их психическое состояние непосредственно в кабинете следователя. При возникновении затруднений, связанных с недостаточностью материалов дел для вынесения обоснованного экспертного решения, непосредственно в ходе работы судебно-психиатрической комиссии, немедленно экспертами направлялись письменные ходатайства о предоставлении дополнительных сведений. В случае неисполнения следователем такого ходатайства, куратор службы связывался с руководством следственных органов, которые воздействовали на нерадивого сотрудника в рамках своей компетенции. В течение непродолжительного времени ходатайства экспертов удовлетворялись, дополнительные сведения направлялись в комиссию, что давало возможность адекватного судебно-психиатрического анализа ситуации, выявления в амбулаторных условиях достаточно тонких нюансов мотивации и особенностей поведения испытуемых. Это позволило диагностировать в амбулаторных условиях наличие временных психических расстройств по типу «исключительных состояний», что значительно сократило сроки следствия. Обоснованность выводов, как правило, позволяла суду обходиться без участия судебно-психиатрического эксперта при вынесении решения, но и в случае вызова эксперта в суд, решение комиссии не подвергалось оспариванию. Каждый сложный случай разбирался руководством больницы с молодыми экспертами, которым предлагалось самим обосновать и сформулировать выводы и лишь затем озвучивалось комиссионное решение и приговор суда по данному делу. Такой подход не только повысил качество амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз в Кемеровской областной клинической психиатрической больнице, практически исключив необходимость назначения повторных исследований, но и позволил экспертам стационарного отделения сконцентрироваться на действительно сложных случаях, требующих углубленной дифференциальной диагностики психических расстройств.

Руководство правоохранительных органов Кемеровской области, особенно Следственного Комитета, оценило положительные изменения в работе судебно-психиатрической службы, представив ряд врачей судебно-психиатрических экспертов отделения амбулаторных СПЭ Кемеровской областной клинической психиатрической больницы к ведомственным наградам.

КЛИНИКО-КРИМИНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

Ворсина О.П., Дианова С.В.

Иркутск
ОГКУЗ Иркутская областная КПБ №1,
Иркутская ГМАПО

Целью данного исследования явилось изучение клинико-социальных характеристик женщин, признанных невменяемыми после совершения агрессивных деяний.

Объектом исследования стали 70 пациенток, находящихся в отделении принудительного лечения специализированного и общего типов в Иркутской областной клинической психиатрической больнице №1 в 2001-2010гг.

Все пациентки совершили тяжелые противоправные деяния – преступления против жизни и здоровья: убийства, умышленное причинение вреда здоровью различной степени тяжести (ст. 105, 111,116,119 УК РФ) – 63 (90%), а также грабеж и разбой (ст.161,162 УК РФ) -7 (10%).

Анализ клинико-нозологической структуры психических расстройств у пациенток показал следующее. Наиболее часто обнаруживались шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29) -53%, далее следовали группа умственно отсталых (F70-79) – 23% и пациенты с органическими расстройствами различного генеза (F00-09) – 22%. Обращает на себя внимание большой процент коморбидной патологии (алкогольная либо наркотическая зависимость) – 76%.

Возраст пациенток колебался от 15 до 75 лет, наибольшее число составляли лица в возрасте 30-39 лет – 25% и 20-29 лет -23%, далее следовали группы 50 лет и старше – 22%, 40-49 лет – 20%, 15-19 лет – 12%.

Анализ образовательного уровня показал, что 43% пациенток имели неполное среднее, 19% – среднее и 18% – средне-специальное образование. 15% женщин имели начальное образование либо не учились совсем. Таким образом, образовательный ценз пациенток был невысок.

Несмотря на то, что подавляющее большинство женщин, совершивших акты криминальной агрессии, находились в трудоспособном возрасте, только 8% были адаптированы в трудовом отношении (работали или учились). Большинство были дезадаптированы и в семейном плане: лишь 13% состояли в официальном и 7% – в гражданском браках, 80% не имели собственной семьи, так как не вступали в брак (51%), были разведены (19%) либо овдовели (10%).

Наследственная отягощенность психическими расстройствами и алкоголизмом отмечена у 69% пациенток: 83% родственников I степени родства с наследственной отягощенностью страдали алкоголизмом,10% – шизофренией, в единичных случаях –умственной отсталостью и эпилепсией. Отчетливые характерологические сдвиги в преморбиде выявлены в 38% случаев, 39% пациенток совершали акты аутоагрессии.

Деструктивные формы семейного взаимодействия в родительских семьях (отсутствие матери или отца в связи со смертью, развод родителей, алкоголизация одного или обоих родителей, отвергающее безразличие со стороны близких) выявлены у 80%.

Ретроспективное изучение особенностей воспитания в родительских семьях позволил установить, что в 96% случаев стиль воспитания был патологическим. Наиболее часто при неправильном воспитании встречалась гипоопека.

Ранее привлекались к уголовной ответственности 18 пациенток (26%), из них 12 отбывали наказание в местах лишения свободы (2 – за убийства), 6 – находились ранее на принудительном лечении.

Совершению настоящего ООД предшествовало: дебют психического заболевания (1,4%), ухудшение психического состояния (23,9%), конфликтная и психотравмирующая ситуации (10%).

Объектами агрессии чаще всего становились члены семьи (дети, родители, сибсы, мужья) – 52%. В 28% жертвами агрессии становились близкие знакомые люди (подруга, соседи, собутыльники, соперницы по отношению к мужчинам). 22% потерпевших были случайными незнакомыми лицами, чаще всего они становились жертвами грабежей и разбоев.

В генезе противоправного поведения у пациенток преобладали продуктивно-психотические механизмы: психотический механизм с бредовой мотивацией деликта –21,4%, без

бредовой мотивации – 50%. Психотические расстройства бредового содержания, ставшие причиной ООД, чаще всего проявлялись бредовой защитой (10% от общего числа пациенток) и бредовой местью (8,6%). Деликты без бредовой мотивации совершались чаще всего вследствие импульсивных действий и дисфорической агрессии (по 21,4%). Негативно-личностные механизмы были в 28,6% случаев, причем превалировали эмоциональная бесконтрольность (14,3%) и повышенная внушаемость и подчиняемость (11,4%).

Полученные данные имеют практическое значение для оптимизации социальной и трудовой реабилитации, направленных на профилактику совершения повторных ООД женщинами.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В АНАМНЕЗЕ

Ворсина О.П., Павлова Е.Н., Волчатова Л.Л., Баталкин С.А.

Иркутск
ОГКУЗ Иркутская областная КПБ №1

Целью исследования явилось изучение представленности факторов риска суицидального поведения у психически больных, находящихся на принудительном лечении.

Объектом исследования стали 78 пациентов, находящиеся на лечении в отделении принудительного лечения специализированного типа в Иркутской областной клинической психиатрической больнице №1 в 2015 году. Была отобрана выборка из 40 человек (51,2%), имеющих в анамнезе одну или несколько суицидальных попыток. Использовался клинический метод.

Подавляющее большинство пациентов совершили тяжелые противоправные деяния – преступления против жизни и здоровья: убийства, умышленное причинение вреда здоровью различной степени тяжести (ст. 105, 111, 112, 119 УК РФ) – 26 (65%).

Анализ клинико-нозологической структуры психических расстройств у парасуицидентов показал следующее. Наиболее часто у пациентов обнаруживались шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29) -55%, далее следовали группа умственно отсталых (F70-79) – 30% и пациенты с органическими расстройствами различного генеза (F00-09) – 12,5%.

Наибольшая доля совершенных суицидальных попыток приходилась на лиц 20-29 лет – 52,5%, второе место занимала группа 15-19 лет – 27,5%, далее следовали группы 30-39 лет -10%, до 15 лет -7,5%, 40-49 лет -2,5%.

Анализ образовательного уровня суицидентов показал, что 35% составили лица без образования либо с начальным образованием, 32,5% – имели неполное среднее, 20% – среднее и 12,5% – средне-специальное образование. Таким образом, образовательный ценз суицидентов был невысок.

Несмотря на то, что подавляющее большинство лиц, совершивших суицидальные попытки, находились в трудоспособном возрасте, только 5% были адаптированы в трудовом отношении (работали или учились).

Большинство суицидентов были дезадаптированы и в семейном плане: лишь 5% состояли в официальном и 17,5% – в гражданском браках, 77,5% не имели собственной семьи, так как не вступали в брак (67,5%) либо были разведены (10%).

Изучение наследственной отягощенности по психическим заболеваниям показало, что у 70% пациентов наследственность была отягощена.

Анализ преморбидной структуры личности показал, что у большинства пациентов, совершивших суицидальную попытку, уровень личностных расстройств достигал степени акцентуаций.

Деструктивные формы семейного взаимодействия в родительских семьях (отсутствие матери или отца в связи со смертью, развод родителей, алкоголизация одного или обоих родителей, неоднократное физическое насилие со стороны родителей, отвергающее безразличие со стороны близких) выявлены у 85% пациентов.

Ретроспективное изучение особенностей воспитания в родительских семьях суицидентов позволил установить, что в 92,5% случаев стиль воспитания был патологическим. Наиболее часто при неправильном воспитании встречалась гипоопека. Различные проявления девиантного поведения в детско-подростковом возрасте (ранняя алкоголизация и наркотизация, побеги из дома, реакции группирования со сверстниками, совершение противоправных действий) наблюдалось в 40% случаев.

По ведущим мотивам суицидального поведения («категории личностного смысла») пациенты распределились следующим образом: «протест», отражающий агрессивную позицию, встретился в 50% случаев; «призыв» с целью привлечения внимания наблюдался в 32,5%; «отказ от жизни», когда целью поведения являлось самоубийство и «избегание угрозы» встретились по 7,5%, реже всего выявлялось «самонаказание», под которым понималось желание искупить чувство собственной вины путем совершения суицидальных действий – 2,5%. Таким образом, чаще всего звучало желание каким-либо способом изменить кризисную ситуацию или изменить к ней отношение, а не уйти из жизни.

Ведущей сферой суицидального конфликта была личностно-семейная (болезнь и смерть близких, оскорбление со стороны окружающих, ссоры с ближайшим окружением) – 60%. Реже встретились конфликты, связанные с антисоциальным поведением (опасение уголовной ответственности, позора, наказания) – 32,5% и состояние психического и соматического здоровья -7,5%.

70% пациентов, предпринявших суицидальные попытки, сделали это впервые, 30% – повторно или многократно.

Анализ способов суицидальных попыток выявил преобладание нанесения суицидентами телесных повреждений в виде колото-резаных ран (живот, конечности) – 77,5%, реже встретились повешение – 12,5% и отравление – 5%. В единичных случаях наблюдалось падение с высоты и под транспорт – по 2,5%. В целом большинство суицидальных попыток носило демонстративно-шантажный характер и реально не угрожало жизни пациентов. Об этом же говорит и тот факт, что 52,5% пациентов после совершения суицидальной попытки не обращались за медицинской помощью. В стационарных условиях помощь оказывалась 30% суицидентов, для 17,5% достаточной оказалось медицинская помощь, оказанная по месту вызова бригад СМП.

Изучение мест совершения суицидальных попыток показало, что половина суицидентов предпринимали парасуициды в общественных местах (камерах предварительного заключения, следственных изоляторах, учреждениях здравоохранения), 35% – дома, реже попытки предпринимались в других местах (сараи, ограда дома, мост) -15%.

Таким образом, уровень представленности суицидогенных признаков у пациентов, находящихся на принудительном лечении, высок. Важно учитывать совокупность всех суицидогенных факторов при оценке вероятности совершения суицидальных действий и своевременно оказывать помощь пациентам, находящимся на принудительном лечении.

ЗНАЧЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

Гажа А.К., Тулупова О.В., Ерошина О.С.

Тамбов

ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность. Реабилитация психически больных в связи с гуманизацией психиатрии становится приоритетным направлением в процессе оказания психиатрической помощи и имеет важное значение как для общей, так и для судебной психиатрии, в частности при проведении принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния (ООД). Около 70% больных, совершивших ООД и находящихся на принудительном лечении, не требуют интенсивной медикаментозной терапии. Им, прежде всего, показано пребывание в стационаре с хорошо организованным комплексом лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования. Повышение качества лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий в условиях принудительного лечения с учетом механизма совершения ООД.

Материал и методы исследования. Исследование проходило на базе отделения принудительного лечения психиатрического стационара специализированного типа Тамбовской психиатрической клинической больницы. Было проведено изучение сплошной выборки пациентов, поступивших в данный стационар в период с 2008 по 2015 гг. и находящихся на принудительном лечении до настоящего времени. Всего обследовано 54 человека, из которых 28 (52%) больных совершили ООД по негативно-личностным механизмам (1) и 26 (48%) по продуктивно-психотическим (2). Все обследованные мужчины. Критериями включения в исследование было наличие психического расстройства, лишавшего больного способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

Результаты исследования. При поступлении в стационар низкий реабилитационный потенциал имели пациенты с диагнозами «умственная отсталость», «деменция», «органическое поражение ЦНС», которые преобладают у пациентов, совершивших ООД по негативно-личностному механизму. Для пациентов, совершивших ООД по продуктивно-психотическому механизму, ведущим диагнозом является шизофрения и, как правило, до поступления на принудительное лечение пациенты этой группы имели средний и, в некоторых случаях, высокий реабилитационный потенциал.

Рассматривая причины совершения ООД для каждой из обследуемых групп, можно выделить следующие: для 1 группы характерными являются алкоголизация, социальная неустроенность и трудовая дезадаптация, а для 2 группы – отсутствие лечения либо нарушение лекарственного режима и, как следствие, обострение заболевания.

Исходя из вышеизложенного, становится ясно, что каждая из групп должна иметь свои особенные маркеры в процессе психосоциальной реабилитации. Для пациентов с негативно-личностным механизмом совершения ООД наиболее приемлемыми и эффективными, как показала практика, являются: достижение ремиссии ведущего синдрома совершения ООД, с профилактикой алкоголизма, восстановление их социального статуса, тренинги социальных навыков и участие в трудовой терапии (врач-психиатр, социальный работник и инструктор по трудовой терапии). По результатам исследований у 100% пациентов этой категории реабилитационный потенциал возрос до среднего. Для пациентов 2 группы наиболее эффективными являются: достижение ремиссии ведущего синдрома совершения ООД, работа по преодолению стигмы и эмоциональной поддержке пациента и его семьи (врач-психиатр, психолог и родственники).

Анализируя степень тяжести совершенных ООД, можно говорить о том, что для второй группы пациентов характерными являются тяжкие и особо тяжкие правонарушения, что совсем не характерно для первой группы пациентов.

Программа реабилитации для пациентов, находящихся на принудительном лечении, рассчитана на длительный срок в учреждении закрытого типа, что позволяет исключить влияние неблагоприятных факторов социума на реабилитируемую личность. Индивидуальный подход (с учетом формулы ООД), бригадный метод работы (врач-психиатр, психолог, социальный работник, инструктор по трудовой терапии, родственники), этапность, длительность, преемственность (между внутрибольничной и внебольничной службами) являются условиями формирования стойкого социально-приемлемого стереотипа поведения у пациентов со стойким снижением их социальной опасности для себя и окружающих, что будет являться профилактикой совершения ими ООД.

Учитывая результаты прохождения индивидуальной программы реабилитации, практика показала, что смена вида принудительного лечения специализированного типа на принудительное лечение общего типа показана:

1. для пациентов с параноидным типом ремиссии (при непрерывно-прогредиентном типе течения шизофрении);

2. для пациентов со стойким асоциальным стереотипом поведения в анамнезе;

3. для пациентов с полной социальной неустроенностью.

Для оставшегося контингента пациентов возможен перевод на амбулаторное принудительное лечение, минуя этап общего типа.

Преемственность в прохождении всех этапов индивидуальной программы реабилитации между стационарами и амбулаторной службой является неотъемлемой частью для качественного проведения принудительного лечения в целом и профилактики повторного совершения ООД.

Выводы: создание индивидуальных реабилитационных программ и их эффективное практическое применение на основе бригадного подхода и формулы общественной опасности будет способствовать одной из главных задач судебной психиатрии – профилактике общественно опасных действий психически больных. Неотъемлемыми участниками процесса реабилитации во время прохождения принудительного лечения должны стать инструкторы по трудовой терапии и родственники пациентов.

При успешном прохождении и усвоении пациентами всех этапов индивидуальной программы реабилитации при повышении их реабилитационного потенциала, при ремиссии ведущего синдрома ООД более года и при их социальной устроенности возможно изменение вида принудительного лечения со специализированного типа на амбулаторное, минуя ступень общего типа, в целях модернизации в системе здравоохранения.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СБОРА ИНФОРМАЦИИ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ПОТЕРПЕВШЕГО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КСППЭ

Гершенович Г.М., Зюзина Н.В., Мухаметрахимова Д.М., Петров А.С., Табацкая М.И., Шарыпов А.А.

Красноярск

КГБУЗ ККПНД №1

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза лица, окончившего жизнь самоубийством, является одним из наиболее сложных видов судебной экспертизы. В связи с тем, что этот вид КСППЭ проводится только по материалам

уголовного дела или доследственной проверки, качество собранных материалов во многом определяет надежность и эффективность решения экспертных вопросов.

После вступления в законную силу ФЗ № 23 от 04.03.2013 г., регламентирующего назначение судебной экспертизы на этапе доследственной проверки, многократно увеличилось количество КСППЭ по факту самоубийства в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы КГБУЗ ККПНД №1 г. Красноярска. Предметом данного вида экспертизы является «установление суицидоопасного характера психического состояния, непосредственно предшествовавшего факту смерти, оценка связанного с ним риска суицидального поведения и его причинных зависимостей» (Кудрявцев И.А., 1999). Основной целью суда при квалификации статей 110 УК РФ, п. «б» ст. 63 УК РФ является доказательство наличия или отсутствия причинно-следственной связи между действиями обвиняемого (изнасилование или такие действия, как угрозы, жестокое обращение, систематическое унижение человеческого достоинства) и фактом самоубийства потерпевшего лица. При этом, помимо уголовно значимых действий обвиняемого, могут существовать и другие причины возникновения и развития пресуицидального состояния – это личностные особенности потерпевшего, устойчивые ценностные представления и мотивы, наличие иных субъективно непереносимых факторов в жизни потерпевшего в исследуемый период, пресуицидальные переживания и их динамика, наличие психопатологических причин и мотивов. В результате экспертного исследования могут выявиться иные значимые факторы социально-психологической дезадаптации потерпевшего, в таком случае причинно-следственная связь между действиями обвиняемых и фактом самоубийства не прослеживается (Сафуанов Ф.С., 2014). Все эти обстоятельства, результатом которых становится установление прямой причинно-следственной связи либо невозможность установить таковую, накладывают особенную ответственность на экспертов при проведении КСППЭ по факту самоубийства. При этом предоставляемые в распоряжение судебных экспертов психологов и психиатров материалы, опросы свидетелей зачастую малоинформативны и не позволяют провести полноценное исследование. В связи с этим возникает необходимость запроса дополнительных материалов, что значительно увеличивает сроки проведения экспертизы. Безусловно, в материалах дела может не содержаться значимой для проведения экспертизы информации из-за личностных особенностей суицидента (глубокая интровертированность, отсутствие склонности демонстрировать свои истинные переживания, стремление держать в себе свою боль, избегать общения, вести себя на людях так, как будто у него все хорошо и ничего не произошло). Информации может быть недостаточно из-за психологического состояния опрашиваемых, мучительных переживаний, охвативших родственников и знакомых суицидента, которым трудно говорить о случившемся и предшествующих событиях. Однако, в большинстве случаев недостаточная информативность предоставляемых для экспертизы материалов обусловлена невысокой осведомленностью следователя или дознавателя в тематике суицида, что существенно осложняет сбор информации, необходимой для экспертного исследования.

Целью нашей работы является повышение эффективности взаимодействия с органами следствия и дознания на этапе сбора информации о суицидальном поведении потерпевшего. В связи с этим нами разработан опросник для следователей, включающий краткую теоретическую информацию о суицидальном поведении и вопросы, требующие освещения в материалах уголовного дела или доследственной проверки для предоставления на экспертизу.

Материал и методы: Опросник разработан на основе анализа материалов уголовных дел, предоставляемых на экспертизу, вопросов, возникающих на судебных заседаниях при последующем рассмотрении дел в суде, жалоб, составленных родственниками потерпевших и их адвокатами, причин назначения дополнительных и повторных экспертиз, а так же научных знаний о суицидальном поведении и факторах суицидального риска. При составлении вопросов мы также использовали схему обследования суицидальных пациентов (Исаев Д.С., Шерстнев К.В. Схема обследования суицидальных пациентов http://www.twirpx.com/file/239200/).

Результаты и их обсуждение: Материалы опросника даны в шести блоках, соответствующих логике сбора сведений о потерпевшем для экспертного анализа: 1) сведения о родительской семье потерпевшего; 2) сведения об особенностях развития; 3) система отношений и личностные особенности суицидента; 4) восприятие сложившейся ситуации и отношение к себе; 5) сведения об актуальном состоянии в период, предшествовавший самоубийству; 6) сведения об изменениях в общении, самочувствии, работоспособности, интересах. Каждый блок включает от трех до двадцати вопросов. Вопросы составлены в открытой и уточняющей форме, чтобы не ограничивать возможность опрашиваемых свободно высказаться о чувствах, отношениях, планах и делах потерпевшего, его эмоциональных реакциях на различные события, способах взаимодействия и решения жизненных проблем. Вопросы побуждают свидетелей рассказать о значимых людях из круга общения и ситуациях, об эмоциональных проявлениях, высказываниях и действиях потерпевшего. При этом мы избегали однозначно наводящих вопросов. К каждому блоку вопросов дано краткое пояснение для следователей, обобщенно отражающее цель беседы с опрашиваемым и суть предлагаемых вопросов. В качестве примера приведем пятый блок вопросов об актуальном состоянии суицидента.

«V. Сведения об актуальном состоянии в период, предшествовавший самоубийству.

Информация о поведении и высказываниях, динамика субъективных переживаний, особенности его осмысления ситуации в целом и восприятия действий обвиняемого (если таковой имеется), особенности осмысления своих действий, эмоциональных реакций в кризисной ситуации (чувства, мысли, переживания, эмоциональные реакции на действия окружающих, изменения обстановки и т.д.)

1. Какие происходили события в жизни суицидента в период, предшествующий самоубийству, когда и как начались события, участники событий, ход развития событий?

2. Как суицидент относился к событиям, его эмоции, внешние признаки переживаний, высказывания?

3. Как суицидент воспринимал/оценивал события, действия участников этих событий?

4. Как суицидент воспринимал/оценивал свою роль в происходящем?

5. Какие были попытки разрешения проблем: самостоятельно и/или с помощью специалистов (обращение к врачу, психологу, психотерапевту), их результаты, употребление лекарств (каких, в какой период).

6. Как изменялись в этот период его чувства, мысли, переживания, эмоциональные реакции на действия окружающих, изменения обстановки и т.д.? Когда именно опрашиваемые отмечали эти изменения, при каких обстоятельствах?»

Опросник проходит апробацию непродолжительное время, однако уже можно говорить о первых успехах взаимодействия экспертов психологов и психиатров с органами следствия и дознания.

Выводы. Материалы для проведения КСППЭ лица, окончившего жизнь самоубийством, предоставляемые следователями или дознавателями с использованием опросника, более полно отражают анамнестические сведения о подэкспертном, его индивидуально-психологические особенности, основные ценностные ориентации, особенности межличностного взаимодействия, сведения об актуальном состоянии в период, предшествовавший самоубийству, что позволяет более обоснованно сформулировать экспертные выводы и ответить на поставленные перед экспертами вопросы.

По мере накопления данных об эффективности использования опросника и практического опыта мы планируем внести коррективы и расширить нашу работу до создания методических рекомендаций.

ОПЫТ РАБОТЫ КГБУЗ «КРАСНОЯРСКИЙ КРАЕВОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР №1» ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Гершенович Г.М., Петров А.С.

Красноярск
КГБУЗ ККПНД №1

Для КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1» производство судебно-психиатрических экспертиз является приоритетным направлением деятельности, которая осуществляется при плодотворном межведомственном взаимодействии с судебно-следственными органами Красноярского края.

КГБУЗ ККПНД №1 производит более 9 тыс. судебно-психиатрических, в том числе комплексных психолого-психиатрических экспертиз в год. Стационарные экспертизы для стражных и нестражных подэкспертных проводятся не только для населения Красноярского края, но и для судебно-следственных органов соседних субъектов РФ (республики Хакассия, Тыва, Кемеровская, Томская области и др.). Экспертизу выполняют 46 сертифицированных врачей судебно-психиатрических экспертов (до 50% внутренние совместители) и 17 медицинских психологов-экспертов. Количество штатных должностей психиатров–экспертов 50, психологов-экспертов 31, что соответствует штатным нормативам.

В результате постоянного в течение последних 10 лет роста количества экспертиз, достигающего 5% в год, в Красноярском крае возникла проблема несоответствия возможностей экспертных отделений по производству экспертиз потребностям судебно-следственных органов, стали формироваться очереди на экспертизу. Для решения задачи по обеспечению своевременного производства судебно-психиатрических экспертиз был разработан и успешно реализован в течение 2014 года комплекс мер, направленный на повышение эффективности судебно-психиатрической экспертной деятельности.

КГБУЗ ККПНД №1 является учреждением филиальной структуры, объединяющее в одно юридическое лицо практически всю психиатрическую службу Красноярского края (за исключением психоневрологического диспансера г.Норильска). За счет наличия филиальной сети из всех амбулаторных отделений судебно-психиатрической экспертизы КГБУЗ ККПНД №1 в г. Красноярске, г.Канске. г.Лесосибирске. г.Минусинске, г. Ачинске и двух стационарных отделений в г. Красноярске была создана единая судебно-психиатрическая экспертная служба под управлением профильного заместителя главного врача по судебно-психиатрической экспертизе, ему же вменено в обязанности осуществлять непосредственное руководство самым крупным головным амбулаторным отделением СПЭ в г. Красноярске (мощность 3200 экспертиз в год).

Для улучшения межведомственного взаимодействия со следственными органами были организованы в режиме видеоконференций планерные совещания врачей–экспертов и представителей следствия. Кроме того, с этой же целью для взаимодействия с экспертной службой диспансера со стороны Следственного комитета, Управления МВД по краю, УФСКН закреплены специальные кураторы (работники управленческого аппарата).

Организован мониторинг производства экспертиз, осуществляемый в форме Единого электронного Реестра судебно-психиатрических экспертиз. Применение электронного Реестра позволяет обеспечить мониторинг сроков производства судебно-психиатрических экспертиз во всех отделениях судебно-психиатрических экспертиз (не более 21 дня при амбулаторных экспертизах, не более 30 дней при стационарных экспертизах). Использование Реестра обеспечивает объективное оперативное информирование следователей, руководство следственных подразделений, судей, судебного департамента об этапах производства экспертиз. Для обеспечения ведения Реестра специалистами диспансера проведена модернизация сайта диспансера (kraspsixo.ru), разработан необходимый программный продукт, предназначенный для многоканальной совместной удаленной работы. Разработанная компьютерная программа Реестра позволяет внести медрегистратору отделения экспертизы всю необходимую информацию с минимальными затратами времени, при этом за счет использования формализованных справочников исключается возможность совершения какой-либо ошибки, а цветовая индикация различных этапов производства экспертизы делает информацию Реестра удобной для использования следователями и судьями. Реестр на сайте находится в свободном доступе, так как в нем не указываются персональные данные, а только номер уголовного или гражданского дела.

На сайте диспансера для следователей размещены разработанные специалистами экспертной службы методические материалы по порядку подготовки уголовного дела для судебно-психиатрической экспертизы, по юридическому обоснованию назначения тех или иных экспертиз, специальные опросники для работы со свидетелями по сбору необходимых для экспертов информации. Для следователей организованы предварительные консультации руководителей экспертных отделений по различным аспектам назначения, планируемой судебно-психиатрической экспертизы, что позволяет сформулировать экспертное задание оптимально соответствующее целям следствия.

Для улучшения межведомственного взаимодействия с судебно-следственными органами, улучшения качества подготовки дел к экспертизе в штат головного амбулаторного отделения судебно-психиатрической экспертизы в г. Красноярске введена должность юрисконсульта, на которую принят специалист с юридическим образованием и опытом работы в качестве следователя Следственного комитета. В должностные обязанности юрисконсульта входит прием уголовных и гражданских дел, проверка материалов дела на соответствие обязательным требованиям, взаимодействие со следователя и судьями по вопросам предоставления в случае необходимости дополнительных материалов.

Все рабочие места экспертов обеспечены компьютерами с подключением к локальной сети, Интернету, юридической справочной системе «Гарант», электронному архиву экспертных заключений (в электронном архиве накоплены заключения начиная с 1997 года), электронной библиотеке методических материалов по СПЭ.

С целью усиления профессиональной мотивации и соответственно увеличения производительности труда психиатры-эксперты переведены на трудовой договор в форме «эффективного контракта», где заработная плата зависит от количества экспертиз и сроков их исполнения. Экспертизы по гражданским делам для определения сделкоспособности проводятся в рамках платных медицинских услуг (стоимость экспертизы 16 тыс. рублей). Средняя заработная плата психиатра-эксперта к настоящему времени составляет 55-60 тыс. рублей.

Для увеличения объема экспертной работы психиатрам-экспертам высшей категории, количество которых составляет до 70% от общего числа экспертов, предоставлено право единоличного производства экспертиз.

Для производства экспертиз в отношении обвиняемых по ст. 228 УК РФ с постановкой вопросов в соответствии со ст. 82.1 УК РФ в штат всех экспертных отделений приняты сертифицированные врачи психиатры-наркологи.

Контроль качества экспертной деятельности организован в форме перекрестных проверок заключений судебно-психиатрических экспертов на соответствие стандартам судебно-психиатрической экспертизы. Принципиальной особенностью перекрестного рецензирования является то, что контроль качества судебно-психиатрической экспертизы осуществляют не только специалисты административно-управленческого уровня, но врачи судебно-психиатрические эксперты, точнее команда специалистов, что позволяет создать атмосферу взаимного доверия, достичь полной объективности в оценке работы коллег. Причем, каждый из экспертов обязательно бывает в роли как проверяющего, так и проверяемого, что позволяет трансформировать процесс контроля других в более эффективный для совершенствования качества в процесс самоконтроля.

Проведенная в течение 2014 года модернизация судебно-экспертной деятельности позволила достигнуть полного обеспечения потребности судебно-следственных органов в необходимых объемах экспертиз надлежащего качества при отсутствии очередей на производство экспертиз.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОМОРБИДНЫМ ОПР И ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Гиленко М.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Проблема коморбидности особенно актуальна в последние десятилетия. Это связано, с одной стороны, с патоморфозом психических расстройств, в частности, повышением удельного веса сочетанных форм патологии, а с другой – с отходом от линейной оценки в системе «причина – следствие» при квалификации этиологии, а также с внедрением в диагностическую практику принципов многомерной оценки: функциональный психиатрический диагноз, многоосевая диагностика и др.

Высокая коморбидность органических психических расстройств (ОПР) и синдрома зависимости от алкоголя имеет специфическую обусловленность в силу того, что ОПР представляет собой фактор предиспозиции становления алкогольной зависимости, злокачественных ее вариантов; алкогольная же зависимость в силу деструктивных тенденций рассматривается как один из важных этиопатогенетических факторов ОПР.

Для судебной психиатрии эта проблема представляется актуальной вследствие повышения риска совершения противоправных действий лицами с указанными заболеваниями. ОПР, коморбидные с зависимостью от алкоголя, препятствуют нормальному социальному функционированию, привносят своеобразную мотивацию поступков, формируют определенный уровень потребностей, что делает эту патологию не только серьезной общемедицинской, но и социально-правовой проблемой.

Вместе с тем этот важный раздел теории и практики судебно-психиатрической экспертизы остается до сегодняшнего дня недостаточно разработанным. Отсутствует единая систематика данной коморбидной патологии, отражающая ее различные аспекты (этиопатогенетические, клинические, динамические, прогностические), способствующая оптимизации ее судебно-психиатрической оценки.

С целью обоснования основных диагностических моделей коморбидных ОПР и зависимости от алкоголя для последующей разработки дифференцированных экспертных подходов обследованы 302 обвиняемых мужского пола, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

Методы: клинико-психопатологический, клинико-динамический, статистический.

Результаты. Для всех ОПР, коморбидных с зависимостью от алкоголя, в судебной психиатрии характерны: смешанная этиология ОПР (сочетание травматического и интоксикационного этиологических факторов); прогредиентное течение (n=229, 75,8%); существенное нарушение социального функционирования, проявляющееся во всех сферах – образовательной, профессиональной, брачной; инвалидизация больных, в сочетании с недостаточной охваченностью специализированной медицинской помощью, наличием сложностей при диагностике и лечении коморбидных расстройств. В судебно-психиатрическом аспекте общим для ОПР, коморбидных с зависимостью от алкоголя, являются совершение тяжких преступлений против личности: убийства (n=151, 50%), тяжкие телесные повреждения (n=59, 19,5%).

Анализ преморбида коморбидных расстройств позволил выделить две группы: 1. первичные ОПР, осложненные зависимостью от алкоголя (n=194, 64,2%); 2. вторичные ОПР, коморбидные зависимости от алкоголя (n=108, 35,8%). Обоснованность приведенного разделения была подтверждена клинико-статистическими методами, выявившими достоверные различия между группами по ряду значимых характеристик и основным социодемографическим параметрам.

Характерной особенностью изучаемой коморбидной патологии являлось сходство клинической сущности расстройств на отдаленных этапах заболевания. При этом основным в клинической картине всегда являлся тот или иной вариант психоорганического синдрома. Анализ ведущего психопатологического синдрома, имеющего приоритетное значение при вынесении экспертного решения показал, что ОПР, коморбидные с зависимостью от алкоголя, могут быть представлены следующими клиническими вариантами: деменции (F02.8; F10.73; n=47; 15,6%), психотические расстройства (F06.8x8; F06.28; F10.5; F10.75; n=14; 4,6%), расстройства личности (РЛ) без отчетливых когнитивных нарушений (F07.08, F10.71; n=34; 11,3%), расстройства личности с когнитивными нарушениями (F07.08, F07.98; F10.71; n=195; 64,5%) и прочие не психотические расстройства (F 06.68; F06.78; F07.2; n=12; 4%).

Подобное разграничение ОПР, коморбидных с зависимостью от алкоголя, дает возможность более четкого формулирования диагноза с выделением различных диагностических кластеров (преобладание тех или иных ведущих психических расстройств) в рамках приоритетной диагностической модели (ОПР или алкоголизм), которая с течением заболевания может меняться.

Другим значимым для экспертной оценки параметром является клиническая динамика расстройств. Анализ динамики дает возможность оценить общие тенденции течения болезни, соответственно – вероятный уровень психических расстройств. Прикладное экспертное значение этого параметра состоит в возможности, с учетом видоизменения в клинической картине, вынести как ретроспективные (вменяемость, уголовно-процессуальная дееспособность в период предварительного следствия) так и прогностические экспертные суждения (потенциальная опасность, способность участвовать в судебном заседании).

С точки зрения клинической динамики ОПР, коморбидные с зависимостью от алкоголя, на этапе после привлечения к уголовной ответственности были представлены: стабильными (56%) или динамичными (44%) состояниями. Динамичность состояния была обусловлена: 1) утяжелением имеющихся расстройств в рамках основной (18,5%) / коморбидной (7,6%) патологии; 2) усложнением клинической картины за счет присоединения психогенных расстройств (4%); в) трансформацией – сменой ведущего синдрома (9,6%).

Заключение. Специфические для выделенных клинических вариантов синдромокинез и клиническая динамика предопределяют различные диагностическую, экспертную и реабилитационную тактику. Учет приведенной систематики при оценке ОПР, коморбидных с зависимостью от алкоголя, в уголовном процессе позволяет оптимизировать процедуру экспертного исследования.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ОБВИНЯЕМЫХ В СОВЕРШЕНИИ ДТП

Голева О.И., Борисова Н.М., Спирин Л.Л., Агишева Т.Г.

Красноярск
КГБУЗ ККПНД№1

Актуальность и цели исследования. Последние годы в РФ растет число ДТП с пострадавшими, в том числе пострадавшими являются зачастую и сами виновники ДТП. В судебной психиатрии изучению когнитивных расстройств органического генеза уделяется большое внимание, однако, в случае с обвиняемыми в совершении ДТП трудность экспертной оценки состоит в том, что при направлении на экспертизу (чаще 2-5 месяцев после правонарушения) они сами находятся в подостром периоде черепно-мозговой травмы, и их состояние по мере лечения у невропатолога и с течением времени (в том числе и на протяжении уголовно-процессуальных действий) меняется в ту или иную сторону. Диагностируемое у подэкспертных органическое поражение головного мозга может быть полностью обратимым, мало обратимым, а также необратимым. То есть в судебный процесс подэкспертный выходит в ином, нежели он был на экспертизе состоянии. Соответственно экспертную оценку имеющихся у него органических расстройств необходимо проводить с учетом его клинической перспективы. В доступной нам литературе мы не обнаружили каких-либо развернутых методических рекомендаций для решения экспертных вопросов по данной проблеме. Целью нашего исследования является разработка принципов и дифференцированных критериев судебно-психиатрической оценки органически обусловленных когнитивных расстройств у обвиняемых по ст. 264 УК РФ, получивших какие-либо травмы в момент ДТП.

Материалы и методы. Был проведен анализ экспертных заключений СПЭ 139 обвиняемых по ст. 264 УК РФ. Исследование проведено на базе отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ККПНД №1 г. Красноярска. Анализу подверглись заключения за период с 2000 по 2014 гг. включительно.

Результаты. При анализе заключений СПЭ обращает на себя внимание значимое преобладание среди подэкспертных лиц молодого возраста (20-35 лет), а также преобладание лиц мужского пола: из 139 подэкспертных было 5 женщин. Также обращает на себя внимание, что следователями СПЭ назначалась в основном через 2-5 месяцев после ДТП.

Из 139 человек на момент правонарушения психическим расстройством не страдали 73 человека. Остальные подэкспертные (66 человек) на момент совершения правонарушения обнаруживали те или иные психические расстройства: 17 человек с умственной отсталостью, 1 человек с диагнозом шизофрении в стадии ремиссии, 14 человек с диагнозом расстройства личности, у 34 человека диагностировались органические психические расстройства. Из этой группы 1 подэкспертный направлен на принудительное лечение с диагнозом выраженного психоорганического синдрома, который диагностирован у него и на момент совершения правонарушения. У одного подэкспертного комиссия предположила на момент ДТП сумеречное расстройство сознания и рекомендовала проведение стационарной СПЭ. В момент ДТП 29 человек перенесли черепно-мозговые травмы различной степени тяжести от сотрясений головного мозга до ушибов головного мозга тяжелой степени, которые повлекли за собой развитие тех или иных психических расстройств посттравматического генеза, им устанавливались следующие диагнозы в момент экспертизы: органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство, легкое когнитивное расстройство, органическое расстройство личности – подэкспертные с вышеуказанными диагнозами признавались не нуждающимися в принудительных мерах медицинского характера и могущими осознавать характер своих действий и руководить ими и на момент правонарушения и на момент экспертизы (25 человек). Другим подэкспертным (4 человека) выставлялись диагнозы: посттравматическая деменция, амнестический синдром, посттравматический мозговой синдром. Следует отметить, что ввиду малого периода после получения ЧМТ подэкспертным зачастую выставлялись диагнозы на синдромальном уровне с учетом дальнейшей динамики психоорганического расстройства. Экспертные решения по вышеуказанной группе распределились следующим образом: 1 подэкспертная с диагнозом посттравматической деменции признана не способной на момент производства СПЭ осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, но не нуждающейся в принудительных мерах медицинского характера, рекомендовано лечение на общих основаниях у невропатолога, 1 подэкспертный с диагнозом посттравматический мозговой синдром, а также 2 подэкспертных с диагнозом «органический посттравматический амнестический синдром» признаны на момент совершения правонарушения способными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, однако, на момент производства СПЭ выявленные у них изменения со стороны психики в настоящее время столь выражены, что лишали подэкспертных способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания, участвовать в судебно-следственных мероприятиях, самостоятельно защищать свои интересы в суде. Им рекомендованы принудительные меры медицинского характера в виде принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра по месту жительства. В случае их выздоровления и возобновления следственных действий в соответствии с ч. 4 ст. 81 УК РФ рекомендовано повторное направление на судебно-психиатрическую экспертизу для решения экспертных вопросов. Дальнейший катамнез этих подэкспертных неизвестен. Кроме того, у 10 человек из группы перенесших ЧМТ в момент ДТП на период проведения СПЭ отмечено наличие ретроантероградных амнезий, по 6 из них дано заключение, что они не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, а по 4 подэкспертным вынесено решение, что они могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать показания.

Выводы. Наиболее значимыми расстройствами, влияющими на вынесение экспертного решения, в клинической картине подострого периода ЧМТ, то есть в период, когда обвиняемый направляется на СПЭ, являются амнестические расстройства, явления выраженного психоорганического синдрома, а также явления ретро и антероградной амнезии. Данные расстройства не являются стабильными и имеют высокую вероятность благоприятного развития, поэтому мы рекомендуем вынесение не окончательного экспертного решения, а назначение повторной СПЭ после проведенного лечения у неврологов и, если это необходимо, психиатров. Кроме того, обращает на себя внимание факт неоднозначных решений по способности давать показания при выявлении у подэкспертного ретро и антероградной амнезии. Считаем, что при вынесении экспертных решений по данным подэкспертным необходимо давать

заключение о невозможности дачи ими показаний, так как данные нарушения оказывают непосредственное влияние на воспроизведение криминальной ситуации во время следствия. По результатам исследования нами подготовлено семинарское занятие, а также разработаны рекомендации для следователей.

ПОВТОРНЫЕ УБИЙСТВА, СОВЕРШЕННЫЕ ЛИЦАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Голенков А.В.

Чебоксары
Чувашский ГУ им. И.Н. Ульянова

В судебной психиатрии профилактике общественно опасных действий (ООД) психически больных уделяется первостепенное значение. Особую актуальность представляют повторные тяжкие деликты против жизни.

Проанализированы акты судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), проведенных в Республиканской психиатрической больнице г. Чебоксары в 1981-2010 гг. лицам с психическими расстройствами (ПР), совершившим повторные убийства. По специальной анкете учитывались клинико-социальные и криминально-юридические показатели. Все ПР квалифицировались по МКБ-10. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение), $\chi 2$-распределения.

За 30 лет из 1564 актов СПЭ с диагнозом ПР повторные убийства были выявлены в 58 (3,7%). Это достоверно чаще по сравнению с испытуемыми без ПР (21 из 1818, или 1,16%; $\chi 2=24,02$; df=2; $p<0,001$).

Среди ПР фигурировали шизофрения в 8,2% случаев, личностные расстройства – в 3,7%, умственная отсталость – в 3,3%, органические ПР – в 3,0%, алкогольная зависимость (АЗ) – в 2,9% и коморбидные ПР – в 3,7%; различия между группами ПР недостоверны ($p=0,084$). Однако, если в группе больных шизофренией учитывать четыре случая коморбидных ПР (шизофрения с АЗ или органическими ПР), то доля повторных убийств составляет уже 10,6 ($\chi 2=22,98$; df=5; $p<0,001$), что может свидетельствовать о повышенном риске совершения этими пациентами повторных убийств. Отчетливо лидировали мужчины (5,1% vs 0,2% у женщин; $p<0,001$) и сельские жители (67,2% vs 32,8% у горожан). По возрасту группы больных с ПР не различались (от 19 до 75 лет; средний возраст – 42,9±10,2 года; минимальный в группе больных шизофренией – 42,3±10,9; максимальный в группе органических ПР – 45,4±10,9 года; $p>0,05$).

Среднее или начальное образование было у 94,8%. Свои семьи имели только 15,5%, наследственная психопатологическая отягощенность выявлялась у 34,5% (чаще всего АЗ); туберкулезом переболели в прошлом 36,2%. В многодетных семьях с низким материальным и культурным уровнем воспитывались 77,6%.

Невменяемыми на СПЭ были признаны 31,0% (все больные с диагнозом шизофрении, включая коморбидные ПР, а также обнаружившиеся на момент деликта психотические расстройства или состояния слабоумия). По продуктивно-психотическим механизмам ООД (М.М. Мальцева, В.П. Котов) совершено 38,8% убийств (под воздействием галлюцинаций, автоматизмов – 3, бредовых идей – 4), по негативно-личностным – 61,2% (извращенность и расторможенность влечений – 5, дефицит высших эмоций – 3, эмоциональная бесконтрольность – 2, интеллектуальная несостоятельность – 1).

Среди жертв чаще всего (44,8%) оказывались знакомые люди; родственники, родители – 25,9%, жены (сожительницы) – 10,3%; незнакомые люди – 19,0%; несколько жертв – 5,2%. Из орудий убийств преобладали колюще-режущие – в 55,2% случаев. От нанесения телесных повреждений умерло 19,0% жертв, удушения – 12,1%; прочие способы встречались в 13,7%. В помещениях совершено 89,7% убийств, на улице – 10,3%; в группе – в 3,4% случаев. Сокрытие деликта наблюдалось – в 15,5%.

В 2001-2010 гг. отмечалось увеличение случаев повторных убийств среди больных шизофренией (с 3 случаев в 1981-1990 и 1991-2000 гг. до 6 за последние 10 лет), АЗ (с 2-4 до 9) и коморбидных ПР (с 3 до 6). С одной стороны, эти показатели обусловлены лучшим оформлением экспертами медицинской документации, более подробным описанием клинико-социальных и криминальных показателей. С другой, повышением потребления алкогольных напитков в населении и среди психически больных, включая суррогаты алкоголя, и как следствие – увеличение агрессивного поведения и совершения убийств, сложная экономическая ситуация и ухудшение адаптации больных с ПР к современным условиям, их меньшая социальная защищенность. Особенно это характерно для психически больных, проживающих в сельской местности.

Таким образом, повторные убийства чаще совершают лица с ПР. Они наблюдаются во всех группах выраженных и стойких ПР, но наиболее часто их совершали больные шизофренией, мужчины и жители сельской местности. Жертвами деликтов чаще всего оказывались знакомые люди и родственники, что указывает на конфликтные отношения в семьях больных и асоциальное окружение. Высокая доля повторных убийств среди больных шизофренией, проживающих в сельской местности, указывает на проблемы с активным диспансерным наблюдением данной категории ПР и их социальной дезадаптацией после длительного нахождения на принудительном лечении в психиатрических больницах различного уровня.

ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Горинов В.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Психогенно обусловленные расстройства различаются особенностями причинных факторов, механизмов развития и почвы, с которой взаимодействует психическая травма. В классификациях термин «психогенный» не встречается, поскольку применяется категория «ассоциированность со стрессом». Стресс может способствовать преципитации диапазона психических расстройств.

Психическая травма действует в комплексе социально-психологических, биологических, патопсихологических и психопатологических факторов. В судебно-психиатрической клинике у подэкспертных примерно в 75% случаев имеет место «пограничная» психическая патология – расстройство личности, зависимость от психоактивных веществ, органические психические расстройства различной глубины. Главным оказывается возраст обвиняемых, уровень интеллектуального развития, темперамент, эмоциональность, самооценка. К факторам риска развития психогении относят также генетический и нейроэндокринный фон, раннюю психическую травматизацию, низкий уровень образования. В судебно-психиатрической клинике традиционной формой психогенно обусловленных психических расстройств был реактивный психоз с массивными истерическими включениями (конверсия), который чаще всего развивался у субъектов с личностной патологией.

В последние десятилетия психогении стали протекать на поверхностном, менее витализированном личностном психопатологическом уровне. Структурная неразвернутость, редуцированность, стертость, «размытость» психогенных расстройств, их «бедность» и «скудность» – все это характеризует современную психогению. Психогенно обусловленные расстройства в судебно-психиатрической клинике представлены в основном адаптационными расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством, диссоциативными расстройствами, соматоформными расстройствами, расстройствами приспособительных реакций, а также психогенными формами органических расстройств.

цированность – общий признак современных диссоциативных (конверсионных) расстройств, что обусловлено наличием менее глубокого сужения сознания. Судебно-психиатрические эксперты преимущественно диагностируют эндоформные психогенные психозы. Эндоформное – это эндореактивное, полиморфное психопатологическое образование, которое включает симптоматику психогенного и эндогенного спектра. Психогенное – психогенез болезненного психического расстройства, психогенное содержание психопатологических феноменов, выводимость симптомов из ситуационно-личностных параметров. Эндогенное – тенденция к отрыву болезненного процесса от психогении, появление нейтральной симптоматики.

«Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов и с симптомами шизофрении», «Депрессивные эпизоды тяжелой и средней степени с психотическими симптомами» диагностируются у обвиняемых в настоящее время. Эти расстройства, ассоциированные со стрессом, не только затрудняют решение экспертных заданий (вменяемость-невменяемость, процессуальная дее-недееспособность), их трудно дифференцировать с психозами, которые манифестируют в психогенно-травмирующей ситуации. В первую очередь речь идет об острых психотических расстройствах, ассоциированных со стрессом. После короткого инициального периода с явлениями тревоги, двигательного беспокойства, бессонницы, растерянности возникает острый чувственный бред с быстрыми изменениями структуры. Идеи отношения, значения, преследования, инсценировки, ложные узнавания, бред Капгра возникают на фоне мифологического символического истолкования окружающего, субъект сам оказывается в центре событий. Могут отмечаться переживания с одухотворением животных, растений, неодушевленных предметов, с ощущением сноподобности. Обманы восприятия также отличаются нестойкостью, они быстро сменяют друг друга. Из аффективных нарушений можно отметить состояния счастья, страха, удивления и недоумения. Продолжительность острого психоза с полным выздоровлением не должны превышать 3-х месяцев.

Депрессивные эпизоды с психотическими симптомами развиваются подостро, обнаруживается непосредственная связь содержания болезненной симптоматики с реальной травмирующей ситуацией (арест – следствие – возможное наказание). Изменение ситуации находит отражение в структурно-динамических характеристиках. Эти расстройства относятся к группе эндоформных, развитие отражают общепатологические закономерности и отличаются от типичных диссоциативных (конверсионных) расстройств. В отличие от острых полиморфных психотических расстройств эти состояния имеют тенденцию к более продолжительному течению, что зависит от возраста, наличия патологической почвы, сопутствующих соматических заболеваний, тяжести обвинения.

Поскольку в сложной травмирующей ситуации возможна манифестация шизофренического процесса, целесообразно направление пациентов на принудительное лечение (без решения основного экспертного задания о вменяемости) с целью получения новых данных о динамике болезненного. Такое заключение правомерно также в связи с тем, что обвиняемый, у которого диагностируется тяжелое психогенно обусловленное психическое расстройство, не может понимать значение уголовного судопроизводства или совершать действия, направленные на реализацию своих процессуальных прав.

Следующая проблема – это вопрос соотношения «патологической» почвы и психогении, где можно выделить различные уровни. При наиболее поверхностном почва облегчает возникновение психогенных расстройств, является одним из формообразующих факторов. Более глубокий – это уровень, при котором фактор почвы играет вместе с психогенией патогенетическую роль. Поэтому при действии однотипного стрессора у разных лиц развиваются различные по тяжести образования. При самом глубоком уровне на этапах течения психогении почва играет роль не только патогенетического, но и этиологического фактора. Клинически это выражается в том, что формируются личностные развития, нарастают проявления психоорганического синдрома.

Психогенные расстройства можно представить в виде континуума, где каждый определенный симптомокомплекс, возникая на патогенетической почве, является ступенью, ведущей от преобладания психогенного к эндоморфному. Можно выделить следующие группы психогенных расстройств, которые развиваются на патологической почве. Первая группа – психогенные реакции с относительной простотой синдромальной структуры, возникающие у психически здоровых лиц или у обвиняемых с расстройствами личности. Вторая группа – психозы депрессивно-параноидной структуры, развивающиеся на приобретенной патологической почве. В третьей группе преобладают эндоформные образования бредовой структуры. Четвертая группа – психогенно-спровоцированные манифестации шизофренического процесса.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Грачева Т.Ю., Москвина Я.В., Самусь И.В.

Кемерово
ГКУЗ КО Кемеровская областная КПБ

Проблема принудительного лечения больных наркоманией в настоящее время является крайне актуальной. Существуют проблемы с организацией диагностики, лечения и медицинской и социальной реабилитации таких лиц.

Цель исследования – разработать комплекс мероприятий по реабилитации и социализации наркозависимых при принудительном лечении.

Материалами и методами исследования стали изучение нормативно-правовых актов, регламентирующих принудительное лечение наркозависимых. Введенные поправки в Уголовный и Административный кодексы вступили в силу 28 мая 2014 года № 484 «Об утверждении Правил контроля за исполнением лицом возложенной на него судом при назначении административного наказания обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача». Поправки позволяют суду предоставлять больным наркоманией отсрочку отбывания наказания, при нетяжких преступлениях, совершенные впервые, с условием добровольности лечения. Также согласно данной поправке суд может назначить в дополнение к основному наказанию обязанность пройти диагностику и лечение наркологической зависимости.

Результаты данное направление в оказании наркологической помощи не имеет практических наработок. Специалистами ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» разработан и применяется стандарт проведения обследования, лечения и медицинской реабилитации пациентов, изъявивших желание добровольно пройти курс лечения от наркомании.

На лечение и медицинскую реабилитацию пациент поступает с направлением, выданным территориальной уголовно-исполнительной инспекцией Федеральной службы исполнения наказаний Министерства юстиции Российской Федерации на основании решения суда.

Перед проведением лечения пациенту проводится необходимый объем обследований для выявления наличия или

отсутствия наркологического заболевания, включающий в себя: осмотр и консультацию врачом-психиатром-наркологом с проведением дополнительных исследований, и оформлением необходимых документов. Проводится флюорографическое исследование легких, исследование крови на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, сифилис, экспериментально-психологическое исследование (особенности развития личности, определение уровня мотивации к лечению и реабилитации, отношение к лечению и реабилитации, наличие установок на трезвость). Суд направляет осужденного наркоманией с уставленным диагнозом наркомании на лечение и медико-социальную реабилитацию в государственное медицинское учреждение по месту его жительства. В соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Наркология» (утвержденным Приказом Минздрава РФ от 15.11.2012 г. № 929н), где разрабатывается индивидуальная программа лечения и реабилитации, определяющаяся состоянием пациента на момент обращения за наркологической помощью. Основные направления программы включают активную терапию в стационарном наркологическом отделении или дневном стационаре (курс лечения от 10 до 28 дней), медицинскую реабилитацию (при согласии и выборе пациента): в наркологическом реабилитационном стационарном отделении (срок реабилитации от 3 до 6 месяцев и больше), в условиях дневного стационара (курс до 28 дней) с последующей амбулаторной реабилитацией до 90 дней с поддерживающим (противорецидивным) лечением, психокоррекцией и тест-контролем трезвости. Параллельно пациенту предлагается посещение групп само- и взаимопомощи «Анонимные наркоманы».

Диспансерное наблюдение у врача-психиатра-нарколога в амбулаторных условиях до достижения срока ремиссии наркологического заболевания, необходимого для снятия с учета в соответствии с действующим законодательством.

Для подтверждения того, что пациент находится в состоянии трезвости, предлагается проводить ему стационарное обследование в течение двух-трех недель один раз в 6 месяцев в течение всего периода наблюдения для уточнения качества ремиссии наркотической зависимости.

Лечение или реабилитация прекращаются согласно действующему законодательству при двукратном нарушении режима пребывания в стационаре или амбулаторного наблюдения, после которых следует выписка пациента с указанием причины. Соответствующая информация направляется в уголовно-исполнительную инспекцию или суд.

Выводы: проблемой для исполнения принудительного лечения является нехватка реабилитационного звена. При адекватно сформулированных принципах, формах и направлениях антинаркотической деятельности отсутствует реально действующий механизм их реализации. В течение последних десятилетий наблюдается высокий уровень потребления психоактивных веществ, значительно расширился их спектр, которые применяются не в медицинских целях. Становится низкая мотивация на прохождение реабилитации такими больными, низкая загруженность коек, снижение числа специалистов для работы с данным контингентом, отсутствие систематизированного мониторинга, отсутствие взаимосвязи между государственными и негосударственными медицинскими учреждениями.

В наркологической службе органов здравоохранения действует 5 государственных реабилитационных центров, 110 наркологических диспансеров, около 90 отделений реабилитации. Эти цифры реабилитационных центров малы и не соответствуют статистике наркозависимых.

Для повышения эффективности оказания наркологической помощи принудительного лечения наркозависимых необходимо разработать методические указания по организации медицинской и социальной реабилитации больных наркоманией с жестким контролем за их поведением на всех этапах проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. В соответствии с п.4 ст. 178.1 УИК РФ такой контроль должна осуществлять уголовно-исполнительная инспекция ФСИН Минюста РФ. Создать сети работающих по новейшим технологиям реабилитационных центров: на начальном этапе специализированные реабилитационные центры, где возможна не только психотерапия, но и более длительная медикаментозная коррекция, при благоприятном развитии такого процесса, перевод на второй этап профилактической реабилитации, т.е. амбулаторное наблюдение не реже 1 раза в месяц. Для увеличения пропускной способности необходимо привлекать негосударственные реабилитационные центры, которые также будут контролироваться государством. Создание конкурсов для таких реабилитационных центров на получении грантов с получением поддержки от государства не только в виде финансирования, но и сформированного потока пациентов. Если пациент находится на реабилитации в стационаре, оптимальным является ежемесячное посещение данной медицинской организации сотрудниками УИИ. При амбулаторном режиме медико-социальной реабилитации целесообразно установить порядок ежемесячного посещения в УИИ, либо информированного запроса о прохождении конкретного лица медицинской реабилитации.

Принудительное лечение должно быть завершено в сроки, которые зависят от состояния больного, а не от производства суда.

Также необходимо взаимодействие со службой занятости населения, которая помогала бы пациентам в трудоустройстве, обучении какой-либо профессии, социального жилья. Для более профессиональной социальной адаптации таких лиц в обществе.

При уклонении на любом из этапов проведения терапии необходимо обеспечить возвращение для отбывания наказания в уголовно-исполнительную систему.

ОСНОВОПОЛОЖНИК РОССИЙСКОЙ ПСИХИАТРИИ П.А. БУТКОВСКИЙ У ИСТОКОВ МИРОВОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Двирский А.Е.

Симферополь
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского,
ФГАОУВО Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского

Петр Александрович Бутковский (1801-1844) родился в г. Смоленске в семье священника. В 1823 г. закончил петербургскую медико-хирургическую академию, где слушал лекции об эволюционном учении профессора Я.К. Кайданова и познакомился с психологическими воззрениями профессора И.А. Галича. В последующие 10 лет он служил врачом в российской армии. В свободное от службы время вел врачебную практику среди населения по соматическим и душевным болезням.

В начале декабря 1832 г. штаб-лекарь П.А. Бутковский защитил в Петербургской медико-хирургической академии диссертацию «О нарушениях психической жизни вообще« и ему была присвоена степень доктора медицины по психиатрии. В 1834 г. он опубликовал первый в России учебник (руководство) «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании«. В знак признания заслуг автора министр просвещения С.С. Уваров утвердил его ординарным профессором Харьковского университета по кафедре хирургии и душевных болезней, которые преподавал 10 лет.

П.А. Бутковский (1834) впервые внедрил термин «психиатрия«, предложенный J.Ch. Reil (1803). Он первым проводил описание психопатологических понятий с представлением их психологических характеристик, «дабы через них-то лучше

можно было понимать существенные моменты патологических изменений«. Автор впервые дал четкое определение «науки (психиатрии), соединяющей в себе… все, что относится до нормального и болезненного состояния душевных действий«.

П.А. Бутковский (1834) прежде, чем В. Гризингер (1845), указал, что «при душевной болезни поражается преимущественно… мозг«. Роль эволюции в формировании головного мозга он отметил на 33 года раньше, чем Г. Модзли (1867). Ему, а не K. Kahlbaum (1863) принадлежит приоритет в создании нозологических принципов в психиатрии.

Среди галлюцинаций зрения П.А. Бутковский (1834) описал такие, когда «показывают предметы… вне сферы их зрения«. Их E. Bleuler [1920] назвал экстракампинными галлюцинациями. Автор описал иллюзии ложного узнавания людей, что соответствует синдрому Капгра (1923), а описания «неправильности общего чувствования.. касательно количества и качества частей тела« – синдрому расстройства схемы тела (М.О. Гуревич, 1949).

Им впервые в 1834 г. под названием «класс чудаков« выделены психопатии, а J. Prichard представил их в 1835 г. Бешенство соответствует галлюцинаторно-параноидной шизофрении – П.А. Бутковский (1834) отметил у этих больных «чувствования, мысли… без связи и порядка«, что идентично интрапсихической атаксии (Stransky E., 1909). У этих пациентов «словесные изъяснения… без связности, повторяют иногда одно и то же слово, одну и ту же речь, изобретают себе особенный язык, другие говорят о себе не иначе как в третьем лице«. В последующем эти расстройства описывал E. Bleuler (1920).

Дурачество красочно описано П.А. Бутковским. Оно характеризуется «ложным присвоением высокого сана. Больной… отличается своею одеждою, украшением… Поведение… соразмерно… сану«. Дурачество трактуется как парафрения. Глупость в изложении П.А. Бутковского (1834) идентична простой шизофрении, которая почти через 70 лет была описана O. Diem (1903). Указания автора на роль снижения энергии мыслительных возможностей в развитии глупости соответствуют редукции энергетического потенциала K. Conrad (1958). В исступлении П.А. Бутковский (1834) описал «сонное состояние« с переживаниями фантастического характера с потерей ощущения времени, частичной амнезией, «сбивчивыми воспоминаниями, … как бы после настоящего сна, которые нельзя припомнить«. Исступление идентично периодической шизофрении с онейроидным синдром.

Безбредное бешенство соответствует гомицидомании. В неистовстве представлены картины психомоторного возбуждения при различных болезнях. Здесь автор представил «самовольные поступки без всякого помышления«, обозначенные Н.П. Бруханским (1928) импульсивными действиями. При бездейственном равнодушии П.А. Бутковским (1834), раньше K. Kahlbaum (1874), описан кататонический ступор с явлениями каталепсии. Больной «не противится ни чему и может быть сгибаем подобно свинцу«.

В 1834 г. П.А. Бутковский первым выделил признаки невменяемости, соответствующие юридическому критерию: «Человек, лишенный ума, не может владеть собою и пользоваться правильно свободным самоопределением«. Автор указал на необходимость обследования подозреваемых и предложил правила выявления симуляции помешательства. Этим он заложил основы судебно-психиатрической экспертизы. Им впервые показана криминогенная значимость различных форм помешательства, выделены психопатии под названием «класс чудаков«, а также представлены «самовольные поступки без всякого помышления«, соответствующие импульсивным действиям (Бруханский Н.П., 1928). Впервые описав «неутомимое побуждение к плотскому совокуплению (satyriasis et nymphomania)«, П.А. Бутковский заложил основы сексуальной психопатологии и судебной сексологии. Эти факты свидетельствуют о том, что П.А. Бутковский является основоположником мировой судебной психиатриии.

Спустя 27 лет после П.А. Бутковского (1834) В. Гризингер (1861) отметил, что в 1845 г. он «обратил внимание на судебно-медицинскую сторону психиатрии«. В 1861 г. автор представил способы выявления «вымышленного сумасшествия«, выделил критерии невменяемости и отметил характер правонарушений при различных формах помешательства. Эти данные указывают на то, что не В. Гризингер (1861), а П.А. Бутковский (1834) заложил основы мировой судебной психиатрии.

Таким образом, П.А. Бутковский является основоположником российской психиатрии, мировой судебной психиатрии и судебной сексологии.

КЛИНИЧЕСККИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ООД В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА

Дворин Д.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Проведенные исследования Игонина А.Л., Клименко Т.В. с соавт. (2001) показали, что у лиц, совершивших ООД в состоянии алкогольного психоза, обнаруживается алкоголизм II или III стадии с длительностью заболевания 15-20 лет. Форма злоупотребления алкоголем имеет характер постоянного ежедневного многомесячного, либо тяжелых запоев, либо сочетания того и другого. Социально-психологические характеристики больных, как правило, свидетельствуют об их невысоком уровне развития личности и наличии антисоциальных тенденций. Более чем в половине случаев они привлекались в прошлом к уголовной ответственности.

Признанные невменяемыми больные по форме психоза существенно отличаются от тех, которые встречаются в повседневной лечебной практике (Гофман А.Г., Шамота А.С., 1994), у них чаще наблюдаются параноидные состояния, реже – случаи вербального галлюциноза и лишь в единичных наблюдениях перенесенный психоз можно квалифицировать как делирий. По типу течения преобладают подострые состояния, длящиеся несколько недель.

Отличительной чертой, отражающей специфику состояния больных алкоголизмом, является нежелание лечиться и отсутствие установки в будущем на воздержание от алкоголя. Это связано с резкой выраженностью проявлений психологической защиты как реакции на фрустрацию, т.е. анозогнозии, так называемый феномен отрицания. Больной не только не отдает себе отчет в наличии у него симптомов алкоголизма, но и вообще отрицает существование каких-либо связанных с алкоголем проблем. Те эпизоды злоупотребления спиртным, которые отражены в документах, он всячески преуменьшает и объясняет случайными обстоятельствами, а не зависимостью от алкоголя.

Психологическая защита на бессознательном уровне (чаще всего в виде вытеснения) сочетается с сознательной установкой на сокрытие фактов употребления алкоголя в прошлом и настоящем.

Другая особенность поведения связана с развитием у них своеобразных признаков госпитализма. Этот феномен обусловлен длительным выключением больных из круга привычных обязанностей и связей на производстве, отрывом от семьи, домашнего окружения, невозможностью реализовать свои интересы, увлечения, социальной депривацией в специфической среде учреждения, осуществляющего принудительные меры.

Указанные явления вынуждают специалистов видоизменять тактику и назначать любые лечебные методы, в особенности психотерапевтические, тем более, что наличие госпитализма повышает роль реабилитационных мероприятий.

При выработке врачебной тактики в отношении больных следует учитывать характер так называемого постпсихотического состояния, которое имеет место в период принудительного лечения. Наблюдается пять вариантов таких состояний с преобладанием следующих нарушений: 1) типично алкогольных изменений личности; 2) психопатоподобных нарушений; 3) неврозоподобных расстройств; 4) остаточных явлений органического поражения головного мозга; 5) резидуальных психотических симптомов.

Типично алкогольные изменения личности констатируются в тех случаях, когда у больных обнаруживаются специфические изменения личности в аффективной сфере (лабильность и поверхностность эмоций), морально-этические дефекты, а также снижение критического отношения к своему состоянию.

При варианте с преобладанием психопатоподобных расстройств наблюдаются мозаичные преходящие проявления в виде возбудимости, раздражения, гнева быстро сменяющиеся успокоением. Возбудимость часто сочетается с демонстративностью и другими истерическими формами поведения. Реже при возбудимости отмечается вязкость аффекта.

Под неврозоподобных расстройствах в первую очередь наблюдаются раздражительная слабость, ранимость, впечатлительность, неумение отстоять свои интересы.

В тех случаях, когда доминируют остаточные явления органического поражения головного мозга, в анамнезе у больных, кроме алкоголизма и перенесенных психозов, обнаруживаются, как правило, другие экзогенные вредности, обычно травмы черепа. У этих лиц выявляется более выраженная, чем у остальных больных, рассеянная неврологическая симптоматика, общемозговые симптомы (головные боли, непереносимость жары и пр.), психосенсорные расстройства. У них также значительно чаще возникают эпилептиформные проявления (чаще в структуре абстинентного синдрома), а также признаки интеллектуально-мнестического снижения.

Наконец, при последнем варианте постпсихотических состояний имеют место резидуальные психотические симптомы бредового и галлюцинаторного характера. Бредовые расстройства выступают либо в виде остаточного бреда, либо в форме быстро проявляющихся и исчезающих нестойких идей отношения, преследования. Галлюцинаторные симптомы имеют характер эпизодически возникающих вербальных слуховых обманов, к которым, как правило, больные обнаруживают критическое отношение.

Больные алкоголизмом, совершившие ООД в состоянии алкогольного психоза и признанные невменяемыми, проходят принудительное лечение (в соответствии со ст.ст. 21 и п. «в» ч. 1 97 УК РФ) в психиатрических учреждениях. В наркологическом реабилитационном центре эти лица проходить принудительное лечение по решению суда не могут.

Тем не менее, принципы реабилитационного подхода к лечению больных алкоголизмом используются и в психиатрических учреждениях, которые осуществляют принудительное лечение больных, совершивших ООД в состоянии алкогольного психоза. Например, проведение реабилитационных (психосоциальных) мероприятий на основе психотерапевтического сообщества практикуется при лечении наркологических больных в психиатрической больнице специального типа с интенсивным наблюдением Санкт-Петербург (Казаковцев Б.А. и соавт., 2002).

Прохождение длительного реабилитационного процесса позволяет пациентам существенно изменить стиль жизни. Происходит смена ценностных ориентаций, осваиваются новые полезные навыки и умения. В случае, если после выписки на больного не будет оказано сильного деструктивного влияния асоциальной среды, позитивные эффекты могут проявляться в течение многих лет или даже стать необратимыми.

Позитивные сдвиги у больных, прошедших курс реабилитации, продолжаются и после выписки. Нередко удается восстановить нарушенные семейные отношения или стабилизировать их на новой основе. Более продуктивной становится трудовая деятельность пациентов. Резко снижается вероятность совершения повторных общественно опасных деяний.

АЛЬТЕРНАТИВНОЕ УГОЛОВНОМУ НАКАЗАНИЮ ЛЕЧЕНИЕ ОСУЖДЕННЫХ ОТ НАРКОМАНИИ

Дворин Д.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

ФЗ от 07.12.2011 № 420-ФЗ «О внедрении изменений в УК РФ и отдельные законодательные акты РФ был дополнен ст. 82.1 («Отсрочка отбывания наказания больным наркоманией«), УИК – ст.178.1 «Отсрочка отбывания наказания осужденным, признанным в установленном порядке больными наркоманией, и контроль за соблюдением отсрочки отбывания наказания«. Возможность отсрочки отбывания наказания при условии, что они согласны пройти лечение от наркомании, медицинскую и (или) социальную реабилитацию (МСР), т.е. предусматривают возможность применения для осужденных так называемого альтернативного лечения (АЛ).

Законодательство о замене наказания при совершении преступлений небольшой тяжести на АЛ применяется во многих странах мира и дает несомненный положительный результат (Клименко Т.В. с соавт., 2012) и является своеобразной формой давления на пациента, побуждающего его к лечению. Данная мера считается с правозащитной точки зрения допустимой и отвечающей современным гуманитарным требованиям. Осужденному за преступление небольшой тяжести, которое связано с проявлениями зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), дается право выбора: либо он отбывает наказание в местах лишения свободы, либо проходит лечение в медицинском учреждении.

Как известно, у многих криминализированных наркоманов установка на лечение и отказ от приема ПАВ отсутствуют или носят формальный характер. Законодательство позволяет вовлекать пациентов в терапевтические и реабилитационные программы; удерживать их на достаточно продолжительное время в них; «выводить« пациентов из пенитенциарной среды, которая может еще больше деформировать их личность (Игонин А.Л.с соавт., 2013). Это относится в первую очередь к лицам молодого возраста, впервые привлекаемых к уголовной ответственности.

Лечение и МСР наркоманов невозможна без жесткого контроля за их проведением на всех этапах мероприятий. В соответствии с п. 4 ст.178.1 УИК РФ контроль возложен на уголовно-исполнительную инспекцию (УИИ) ФСИН Минюста РФ при взаимодействии с наркологическими учреждениями МЗ РФ, непосредственно проводящими лечение и реабилитацию наркоманов. В соответствии с пунктом 5 ст.178.1 УИК РФ Минюст РФ совместно с рядом других министерств и ведомств должен разработать нормативно-правовую базу для осуществления контроля. Отсутствие необходимых правовых актов не позволяет наладить взаимодействие между учреждениями наркологической службы, с одной стороны, и УИИ ФСИН РФ – с другой. Между тем в некоторых субъектах РФ суды уже выносят определения об отсрочке отбывания наказания по ст.ст.82.1. УК РФ и 178.1 УИК РФ и направляют больных наркоманиями на лечение и реабилитацию только в тех случаях, если они совершили хотя бы одно из следующих преступлений, предусмотренных УК РФ: – ч. 1 ст.228; – частью 1 ст.231; – 233.

Перечисленные нормы УК предусматривают различные виды наказаний: штраф, исправительные работы, обязательные

работы, принудительные работы, ограничение свободы, лишение свободы или права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью. Однако, согласно ст.ст.82.1. УК и 178.1 УИК, отсрочка отбывания наказания допускается лишь в случаях осуждения больных наркоманией к лишению свободы (максимальный – по ч. 1 ст.228 – 3 г., ч.1 ст.231 – 2 г., ст.233 – 2 г.).

Если по заключению экспертов обвиняемый страдает наркоманией и нуждается в лечении, то суд, наряду с обвинительным приговором, выносит определение об отсрочке отбывания наказания для проведения лечения и МСР. Однако в соответствии с п. 2 ст.82.1 УК РФ наркологический больной может отказаться от прохождения лечения и МСР, и тогда отсрочка не предоставляется. Осужденный направляется по приговору суда в места лишения свободы.

При согласии больного на лечение и МСР суд высылает в УИИ ФСИН Минюста РФ по месту жительства осужденного копию приговора и определения об отсрочке наказания. В соответствии с п. 4 ст.178.1. УИК РФ на инспекции возлагается осуществление контроля за прохождением лечения и МСР. Кроме того, больной обязан дать подписку о явке в УИИ не позднее чем через 3 дня после прибытия на место постоянного проживания. Если пациент в ходе лечения стал уклоняться от прохождения тех или иных терапевтических мероприятий, суд по представлению УИИ может отменить отсрочку отбывания наказания, и в силу вступает обвинительный приговор.

При наличии объективно подтвержденной стойкой ремиссии продолжительностью не менее 2 лет суд может освободить осужденного, прошедшего лечение от отбывания наказания или оставшейся части наказания. Таким образом, освобождение от наказания касается и тех лиц, которые были приговорены к лишению свободы на срок, больший, чем 2 года (до 3 лет).

Перечисленные законодательные акты, а также принятые в соответствии с ними подзаконные нормативные документы не предусматривают возможности организации государственной судебно-экспертной деятельности в наркологических учреждениях. Специальность судебного эксперта-нарколога также отсутствует. Поэтому для решения специальных вопросов, связанных с отсрочкой отбывания наказания, назначается судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ), в ходе которой вопросы могут решаться экспертами-психиатрами наряду с другими входящими в предмет СПЭ обвиняемого (о наличии или отсутствии психического расстройства, исключающего вменяемость, о необходимости применения принудительных мер медицинского характера и пр.). Такого рода вопросы могут быть сформулированы следователем или судом в постановлении (определении) о назначении экспертизы либо решены экспертами-психиатрами самостоятельно, в порядке реализации предоставленного им законом права экспертной инициативы (п.4 ч.3 ст.57 УПК).

При установлении тяжелого психического расстройства, несовместимого с уголовной ответственностью и/или невозможностью отбывать наказание (ст.21 и ч.1 ст.81 УК), вопросы, связанные с отсрочкой отбывания наказания, экспертами не решаются, ибо в данном случае они теряют смысл.

Правовые и организационно-правовые аспекты производства СПЭ регламентированы перечисленными выше законодательными актами, а также подзаконными нормативными документами и «Инструкцией об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений«, утвержденной приказом МЗ и социального развития РФ« от 30.05.2005 № 370. В соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Наркология« (утвержденным Приказом МЗ РФ от 15.11.2012 № 929н) лечение и МСР наркологических больных в нашей стране оказывается в учреждениях следующих типов: наркологический диспансер, наркологическая больница, наркологический центр, наркологический реабилитационный центр. В большинстве перечисленных наркологических учреждений есть подразделения, оказывающие как стационарную, так и амбулаторную помощь. В ряде субъектов РФ стационарные наркологические отделения функционируют еще и в структуре психиатрических больниц. Выбор учреждения и подразделения, в которые будет направлен больной с отсрочкой отбывания наказания по ст.ст.82.1 УК и 178.1 УИК, определяется местными органами здравоохранения и администрацией учреждения, ответственного за лечение и реабилитацию пациента. В зависимости от этапа прохождения лечебно-реабилитационных мероприятий больной наркоманией может переводиться из одного подразделения в другое или даже из одного учреждения в другое. Если пациент находится на лечении или МСР в стационаре, оптимальным является ежемесячное посещение данной медицинской организации сотрудниками УИИ, а также контроль может быть дополнен запросами, направляемыми УИИ в медицинскую организацию. При амбулаторном режиме лечения и МСР целесообразно установить порядок ежемесячной явки в УИИ самих больных наркоманией с параллельным запросами, позволяющими уточнить текущую ситуацию с прохождением пациентом лечебно-реабилитационных мероприятий.

ВЫЯВЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ, УПРАВЛЯЮЩИХ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ

Дворин Д.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В связи с Постановлением Правительства РФ от 27.12.2014г. №1604 «Об утверждении перечней медицинских показаний…. к управлению транспортным средством» в наркологический диспансер (НД) стали обращаться лица, которым ранее устанавливался диагноз наркомании, но в последующем они находились вне поля зрения врачей-психиатров-наркологов. Больные заявляли, что длительное время вообще не употребляли какие-либо психоактивные вещества (ПАВ) и настаивали на снятие диагноза и, соответственно, восстановления их водительских прав. В Постановлении представлены «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (до прекращения диспансерного наблюдения в связи со стойкой ремиссией (выздоровлением)» и «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» (п. 7).

В соответствии с этим больные, за которыми диспансерное наблюдение прекращено в связи со стойкой ремиссией (выздоровлением), могут управлять транспортным средством, а при ее отсутствии не могут. Наиболее сложным и неразработанным остается вопрос об освидетельствовании их в НД, особенно при проведении судебно-психиатрической экспертизы в рамках гражданского судопроизводства при отсутствии объективных сведений о воздержании от ПАВ. Диагностика зависимости от ПАВ в экспертных условиях, в отличие от проводимого лечения в наркологических стационарах, является непростой задачей. Проблемы, как правило, связаны с диссимулятивным поведением пациентов, которые стараются избежать «клейма» наркомана, у которого имели место или последуют социально-правовые последствия. Сложность заключается в том, что в Постановлении речь идет вообще о наркоманах управляющих транспортным средством без указания категорий (А, В, С, Д), различных типов и видов транспортных средств. Приходится давать ответ на вопросы: 1. Страдает ли

данное лицо в момент обследования наркоманией? 2. Находится ли оно в состоянии «стойкой ремиссии» (выздоровления)? 3. Есть ли медицинские противопоказания к управлению транспортным средством? Следует отметить, что давать заключения такого рода приходится не только в отношении водителей, но и других граждан, занятых в различных сферах профессиональной деятельности. Например, при допуске к некоторым видам трудовой деятельности (Приказ МЗ РФ от 12.04.2011г. №302); при выдаче лицензии на приобретение оружия (Постановление Правительства РФ от 21.07.1998г. №814); проведении военно-врачебной экспертизы (Постановление Правительства РФ от 25.03.2003г. №123); назначения лечения в соответствии со статьями 72.1, 73, 82.1 УК РФ, 178.1 УИК РФ (ФЗ РФ от 07.12.2011г. №420 и ФЗ РФ от 25.11.2013г. №313»О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ»).

Целью настоящей работы является выявление критериев наличия или отсутствия стойкой ремиссии у больных наркоманией.

Под ремиссиями понимается полное воздержание от употребления ПАВ. Ремиссии могут быть спонтанными (возникают редко и, как правило, обусловлены тяжелыми соматическими заболеваниями или социальными последствиями наркомании) и терапевтическими. Динамика формирования и стабильность определяются влиянием социальных, клинических, лечебно-реабилитационных биологических, стрессовых, индивидуально-психологических) факторов, причем в большинстве случаев имеет место их взаимодействие. Наиболее положительно коррелирующие с длительностью ремиссии (в порядке убывания) – установка на отказ от употребления ПАВ; полная критика; умеренная степень выраженности и периодический вариант патологического влечениям; непрерывность лечения; позитивное влияние микросоциального окружения; наличие в анамнезе спонтанных и терапевтических ремиссий; длительность добровольного стационарного лечения.

М.А.Винниковой (2004) описаны факторы, способствующие актуализации влечения и развития рецидива болезни. К биологическим относится: 1. Обострение патологического влечения к наркотикам (ПВН) связано со спонтанным, без видимых причин повышением уровня дофамина, не укладывающееся в какой-либо закономерный, цикличный процесс. 2. Формирование ПВН в раннем возрасте ведет к злокачественному (безремиссионному) течению, но и возможны благоприятные (малопрогредиентные) формы или «выход по взрослению»; 3. Тяжесть заболевания прямо пропорциональна тяжести личностных девиаций; 4. Длительность заболевания и соматические последствия хронической интоксикации приводят к угасанию ПВН, а улучшение здоровья – к его усилению (феномен «соматопсихического балансирования»); 5. Длительное лечение предотвращает рецидивы заболевания, так как оказывается воздействие на биологический субстрат.

Индивидуально-психологические факторы – установка на лечение с поддержанием трезвого образа жизни, чем она менее сформирована, тем вероятнее рецидив. Данный фактор тесно связан с наличием и полнотой критической оценки своего состояния. Мотивация повышается, когда удается сформировать новые интересы, достаточно прочные и разнообразные, более привлекательные, чем состояние опьянения.

Средовые причины – 1. Возвращение в прежнюю компанию с поддержанием псевдомодного, распространенного имиджа «я такой же, я как все»; 2. Внутрисемейные конфликты, когда требования, предъявляемые членами семьи к больному, изменяются на такие, как к «здоровой» личности; 3. Низкая трудовая занятость или увеличение конфликтов на работе.

М.А.Винникова (2004) считает, что на этапе становления ремиссии, помимо биологических, влияют индивидуально-психологические и средовые факторы. При удлинении, стабилизации и увеличении качества ремиссии ведущую роль в формировании рецидива приобретают биологические факторы. Данная тенденция наблюдается и при увеличении длительности заболевания. Так, психологические и социальные факторы играют определенную роль при сравнительно небольшой длительности заболевания, в большинстве случаев глубина имеющихся психопатологических расстройств не достигает тяжелой степени. При прогрессировании заболевания и увеличении его длительности рецидивы чаще развивались под влиянием актуализации ПВН и мало зависели от внешних факторов, психогений.

При оценке ремиссий необходимо анализировать:

- эффективность проведенного лечения (самостоятельность обращения за медицинской помощью, длительность пребывания, отношение к лечению, имеющихся установок на воздержание от употребления ПАВ, повторность обращений, длительность ремиссий, причины срывов или рецидивов);

- уровень реабилитационного потенциала (высокий, средний, низкий) изложен в Приказе МЗ РФ от 22 октября 2003г. N500 «О реабилитации больных наркоманией»;

- наличие или отсутствие основных психических нарушений: физической и психической (патологического влечения) зависимости, астенических и аффективных синдромов, поведенческих расстройств, интеллектуально-мнестических нарушений, эмоционально-волевой сферы (мотивации, критики), деградации личности, социальной адаптации (или дезадаптации), наличие отношений в семье, на работе и к окружающим, а также возможного влияния провоцирующих факторов.

Следует отметить, что отдельные клинические проявления могут присутствовать в той или иной мере и в ремиссии. Так, синдром зависимости характеризуется потребностью (часто сильной, иногда непреодолимой) принимать ПАВ (предписанное или нет врачом), алкоголь или табак;

- синдром отмены проявляется в виде так называемой «сухой абстиненции« или «псевдоабстиненции» (по Благову Л.Н., 2010), при котором отмечается неярко выраженная симптоматика спонтанного влечения к ПАВ с появлением алгических, вегето-сосудистых, эмоциональных и поведенческих расстройств. Отмечается повышенная астеническая рефлексия, раздражительность, возбудимость, аморфность мышления, затрудненность фиксации внимания, быстрая отвлекаемость. Подобные фазные приводили к неустойчивому равновесию и могли приводить к срывам, но не моделировали наступление факта наркотизации. При освидетельствовании оценка ремиссии должна осуществляться не со слов больных, а с учетом объективных данных.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К МЕСТАМ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ ОСУЖДЕННЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕСТУПНИКОВ, СОВЕРШИВШИХ ПРЕСТУПЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, НЕ ДОСТИГШИХ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ

Диденко А.В.

Томск

ФКОУ ДПО Томский институт повышения квалификации работников ФСИН России

Актуальность исследования. Изучение клинико-динамических характеристик и особенностей адаптации осужденных, отбывающих уголовные наказания в местах лишения свободы в связи с совершением преступлений сексуального характера в отношении лиц, не достигших половой зрелости, в последние годы актуально в связи с необходимостью решения ряда практических вопросов. К их числу можно отнести разработку механизма реализации амбулаторного принудительного наблюдения и лечения, соединенного с исполнением

уголовного наказания в отношении сексуальных преступников, формулирование модели (стандарта) терапии аномального сексуального поведения применительно к условиям мест лишения свободы, а также решение актуальной пенитенциарной проблемы исправимости сексуальных преступников и снижения рецидива совершаемых преступлений.

Целью исследования явилось изучение клинико-динамических параметров и социальной адаптации к условиям пенитенциарной среды осужденных, совершивших преступления сексуального характера.

Задачами исследования явились: анализ социальных и криминологических характеристик сексуальных преступников, изучение синдромальной характеристики психического состояния и ее динамики в процессе отбывания наказания, выделение адаптационных этапов с описанием характерных типов поведения осужденных сексуальных преступников в местах лишения свободы.

Материалом исследования послужили данные, полученные при изучении 70 осужденных, впервые совершивших преступления сексуального характера в отношении лиц, не достигших половой зрелости (ст.131-135 УК РФ) и отбывающих уголовные наказания в исправительных учреждениях строгого режима. Использовались клинико-динамическое наблюдение, изучение личных дел осужденных, медицинских амбулаторных карт, сведения об особенностях поведения осужденных, полученные от сотрудников различных служб исправительного учреждения, с привлечением данных о семейной, трудовой, внутригрупповой адаптации. Длительность наблюдения составила 2 года.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический; социологический и социально-психологический методы с информацией о социальных ролевых характеристиках, динамике социального статуса, данные психологического обследования личности осужденных, формализованные в характеристиках личности, представленных психологами исправительного учреждения. Для оценки социокультуральной адаптации к пенитенциарной социальной среде использовался модифицированный под условия пенитенциарной среды «Опросник адаптации личности к социокультуральной среде» (Янковский Л. В., 1995).

Результаты исследования и обсуждение. При клинической оценке 70 осужденных было выявлено, что расстройства сексуального предпочтения в форме педофилии (включая их сочетания с другими психическими расстройствами по МКБ-10) составили всего 12 случаев из 70 (17,1%). Кроме того, у 15 человек, совершивших данные преступления, психические расстройства на момент обследования не выявлялись (21,4%). Оставшиеся осужденные обнаруживали проявления других психических расстройств, в большинстве установленных по прибытии в исправительное учреждение. Среди них выделялись расстройства личности (n=19, 27,1%) с преобладающими в клинической картине нарушениями эмоциональной сферы (эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип, пограничный тип; истерическое расстройство личности, диссоциальное расстройство личности), органические психические расстройства (n=6, 8,6%), умственная отсталость легкой степени (n=13, 18,6%). Характерно наличие сочетания психических расстройств с зависимостью от психоактивных веществ (алкоголя), составляющее 26 случаев (37,2%).

В процессе изучения социальной адаптации осужденных были выявлены варианты, связанные со стабильностью или нестабильностью социальных и клинических характеристик, зависящие от влияния на личность экзогенно-органических или социально-психологических факторов, в том числе коморбидной психической патологии в виде органических расстройств, зависимости от психоактивных веществ, умственной отсталости. Было отмечено, что в группе лиц, формирующих стабильные формы адаптации, отмечаются осужденные без психических расстройств (при нестабильной адаптации все осужденные имеют психические расстройства). Напротив, в группе осужденных со стабильной социальной адаптацией присутствовали лица с сочетанными психическими расстройствами (например, зависимостью от алкоголя и расстройством личности). Однако, динамика психических расстройств, выявляемых у осужденных со стабильной социальной адаптацией на момент изучения, носила компенсированный характер.

Для осужденных со стабильной социальной адаптацией к исправительному учреждению (n=44) было характерно подчинение режиму исправительного учреждения и неформальным пенитенциарным нормам, имеющих характер т.н. «активного» или «пассивного правопослушного поведения» (в терминологии пенитенциарной социологии). При этом, «пассивное правопослушное поведение» характеризовалось социальной изоляцией осужденных в пределах отряда в относительно однородную низкостатусную группу лиц с низкой социальной активностью в плане трудовой занятости. Наличие указанного социального поведения сочеталось со следующей динамикой психического состояния: постепенного исчезновение характерологических форм реагирования, сопровождающих адаптационный процесс в исправительном учреждении, на фоне общего снижения синдромальных проявлений и нарастания числа лиц без актуальной симптоматики на момент обследования. Указанная динамика психического состояния позволяла осужденным формировать описанное выше т.н. «просоциальное поведение» с выполнением всех требований администрации и всех вышестоящих в социальном плане лиц (в системе неформальной иерархии осужденных).

Для нестабильного варианта адаптации к среде исправительного учреждения (n=26) было характерно следующее. На фоне пассивного правопослушного поведения наличие фасадных ипохондрических проявлений с формированием образа хронического больного с целью смягчения режимных требований (ипохондрический вариант); характерологический вариант поведения, являясь дезадаптивной формой поведения, отличался сочетанием аффективной нестабильности со стойкими характерологическими реакциями в виде протеста, отрицания факта совершения преступления, выражения прямой и косвенной агрессии, чаще направленной на сотрудников исправительного учреждения, а также привлечения внимания сотрудников исправительного учреждения угрозами совершения суицида или суицидальными попытками.

Анализ особенностей стабильной социокультуральной адаптации осужденных с педофилией с помощью модифицированной методики для изучения адаптации личности к социокультуральной среде показал, что поиск социальных ниш в исправительном учреждении и стабильность социальной адаптации в исправительном учреждении поддерживались следующим способом. Срабатывал механизм снижения активности в контактах, формализации общения с окружающими осужденными в виде снижение т.н. «интерактивности», с фиксацией осужденных на внутренних переживаниях, что проявлялось в повышении уровня значений по шкале методики «ностальгия» в сочетании с низким уровнем конформизма по отношению к неформальным тюремным нормам поведения, выполняющимся осужденными автоматически. Этот механизм приводил к стабилизации адаптации к исправительному учреждению. Сочетание данных значений с неприятием пенитенциарного социума как среды, обеспечивающей социальную поддержку, проявлялось в увеличении значений по шкалам «социальная отчужденность» и «депрессивность».

Выводы. Пенитенциарная социальная среда способствует формированию особых типов социальной адаптации осужденных сексуальных преступников, изучение механизмов формирования которых необходимо продолжить для решения поставленных выше задач.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВМЕНЯЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С БРЕДОВЫМИ И БРЕДОПОДОБНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Илюшина Е.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Доказательная база судебно-психиатрической оценки должна быть основана на дифференцированном экспертном подходе, отражающем взаимосвязь медицинского и юридического критериев формулы невменяемости. Применительно к бредовым и сверхценным состояниям это может быть осуществимо благодаря выявлению нарушений регуляторных процессов, определяющих способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими (юридический критерий).

Цель исследования: установление критериев невменяемости больных с бредовыми и сверхценными состояниями, основанных на дифференциации лежащих в их основе нарушений процессов саморегуляции.

Материал и методы: сопоставлялись 4 выборки подэкспертных с бредовыми (с чувственным бредом – 26 человек, с образным бредом – 26, с интерпретативным бредом – 16) и сверхценными состояниями (СЦ) (26), проходивших стационарную экспертизу в Центре им. В.П.Сербского с 2009 по 2012 гг. Проводился клинико-психопатологический и статистический анализ.

Результаты и их обсуждение. При разработке дифференцированного подхода к экспертной оценке невменяемости учитывались выявленные в ходе исследования особенности психопатологической структуры, динамических закономерностей, механизмов формирования бредовых и сверхценных состояний. Оказалось, что из всех этих характеристик ключевую роль в нарушениях саморегуляции (смыслового либо операционально-технического уровня) играют механизмы синдромообразования.

Квалификация психопатологического состояния как бредового определяет неспособность больного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Это объясняется тем, что лежащий в основе бредового феномена механизм (придание патологического «личностного смысла», противоречащего прошлому опыту личности, при осуществлении различных уровней познания) определяет рассогласование в функционировании в первую очередь смыслового уровня регуляции психической деятельности, что приводит к нарушению обоих компонентов юридического критерия (интеллектуального и волевого). При бреде дефекты в различных звеньях операционально-технического уровня имеют вторичный характер и могут отличаться у больных в зависимости от вида бреда и его морбидной принадлежности.

СЦ требуют более дифференцированной судебно-психиатрической оценки, что определяется их исключительным местом на рубеже непсихотических и психотических расстройств, морбидной неспецифичностью, клинической неоднородностью, вариативностью динамических характеристик (СЦ в рамках стационарного состояния, реакции либо развития). Все это объясняет различную степень выраженности регуляторных нарушений и обусловливает возможность принятия любого из существующих экспертных решений.

Заложенный в основе СЦ кататимный механизм способствует изменению иерархического строения мотивационно-потребностной сферы с актуализацией определенной потребности. Данные изменения смыслового уровня саморегуляции приводят к преобладанию в деятельности личности мотивов, связанных со сверхценным переживанием.

Как правило, при СЦ в рамках стационарного состояния изменения регуляторных процессов ограничиваются перечисленными особенностями, что свидетельствует о сохранности способности к произвольной регуляции криминального поведения и обусловливает вменяемость данных больных. Однако возникновению и нарастанию регуляторной дисфункции операционально-технического уровня саморегуляции (планирование, моделирование, программирование, оценивание результатов своих действий и их коррекция) в этом случае может способствовать влияние выраженного ситуационного психотравмирующего фактора, что обусловливает необходимость учета не только потенциальной, но и актуальной способности к саморегуляции в момент правонарушения.

При СЦ в рамках реакций за клиническими проявлениями стоят личностные изменения в виде заострения аномальных черт характера, сопровождающиеся регуляторными нарушениями. Недостаточность функционирования различных звеньев саморегуляции при совершении ООД больных со СЦ свидетельствует об ограничении способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Также следует учитывать, что в условиях фрустрации свехзначимой потребности СЦ могут становиться базой для развития психогенных расстройств сознания вплоть до срыва регуляторных процессов с неспособностью больного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В подобных случаях сверхценное состояние становится условием для синдромообразования иных психопатологических состояний.

Достижение СЦ в рамках патологического развития психотического уровня сопровождается видоизменением клинических проявлений, что делает их внешне сходными с бредовыми состояниями. Как показывает корреляционный анализ, в данном случае СЦ становятся свойственны выраженное аффективное напряжение, аффект тревоги, страха, подозрительность, реакции раздражения и агрессии, нарастание систематизированности, развернутости, убежденности в достоверности овладевающих идей, а также их непрерывная реализация в поведении при невозможности его коррекции. Однако за данными клиническими проявлениями лежат отличные от бреда механизмы синдромообразования. Переход личностной реакции в патологическое развитие сопровождается регрессом личностной структуры, что подтверждается его корреляционными связями с такими свойствами темперамента, как повышенные реактивность, активность и ригидность. Подобная зависимость свидетельствует о возрастании автоматизированной деятельности в ущерб смысловой регуляции поведения. Здесь психотическая дезорганизация психики является следствием регресса осознанных смысловых регуляторных процессов с упрощением и сужением смысла деятельности по механизму «сдвига мотива на цель» и переходом личности на низшие автоматизированные уровни функционирования. Однако в отличие от бредовых больных подэкспертные со СЦ сохраняют свой личностный опыт и оценивают окружающее согласно пусть примитивным, односторонним, доведенным до автоматизма, но своим личностным установкам, сохраняя признак понятности переживания. Таким образом, при СЦ в структуре патологического развития наблюдается выраженная дезорганизация психики с подчиненностью деятельности целевому и операциональному уровню регуляции, что определяет экскульпацию данных больных.

Выводы. Взаимосвязь медицинского и юридического критериев формулы невменяемости у больных с бредовыми и сверхценными состояниями может быть отражена благодаря выявлению дефектов саморегуляции. Различия в нарушениях регуляторных процессов при данных симптомокомплексах объясняются патогенетической неоднородностью механизмов их синдромообразования и обусловливают необходимость применения дифференцированного подхода к судебно-психиатрической оценке.

Экскульпация больных с бредовым состоянием обусловливается в первую очередь рассогласованием функционирования смыслового уровня регуляции психической деятельности, связанным с основным механизмом бредообразования, заключающемся в придании патологического «личностного смысла», противоречащего прошлому опыту личности, на различных уровнях познания.

В основе формирования СЦ лежит изменение иерархического строения мотивационно-потребностной сферы, что в случае отрицательной динамики может приводить к упрощению и сужению смысла деятельности по механизму «сдвига мотива на цель». При судебно-психиатрической оценке СЦ должна учитываться различная степень выраженности сопровождающих их регуляторных нарушений, зависящих и от структурно-динамических особенностей психопатологического феномена, и от морбидной психопатологической почвы, и от конкретной (личностно значимой) ситуации.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И АГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ЖЕНЩИН – ЖЕРТВ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ

Качаева М.А., Скибина Н.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Исследование поддерживается грантом РГНФ № 13-06-00127.

В последние годы увеличивается количество исследований последствий для психического здоровья женщин, подвергающихся жестокому обращению в семье. По данным ВОЗ, домашнее насилие является острой проблемой во всем мире, так как снижает качество жизни, нарушает физическое и психическое здоровье, часто является причиной смерти. Женщины – жертвы домашнего насилия страдают депрессиями, у них выявляются тревога, посттравматическое стрессовое расстройство (данные ВОЗ, 2009). Исследования выявляют, что жестокость и насилие, направленные против женщин, приводят к весьма серьезным последствиям – нарушениям физического и психического здоровья. Женщины – жертвы домашнего насилия страдают депрессиями, у них выявляются тревога, посттравматическое стрессовое расстройство, злоупотребление психоактивными веществами, низкая самооценка, сексуальная дисфункция, психологический дисстресс на фоне острых и хронических физических (соматических) заболеваний (данные ВОЗ, 2005). В последние годы проблема охраны психического здоровья женщин и девочек-подростков включена в ряд наиболее важных и приоритетных аспектов здравоохранения, выделенных ВОЗ. Исследованиями доказано, что жестокость и насилие, имевшие место в детстве, являются предикторами психических расстройств, особенно депрессий, во взрослой жизни женщин. Жестокость, направленная против женщин, приводит к негативным вторичным последствиям, влияя на отношения в семье и социуме. Жестокость против женщин имеет множество форм: избиение, сексуальное нападение, психический террор.

Большинство современных зарубежных авторов (Bassuk E.L.,2003; Allen I.G., 2005) считают, что наряду с исследованием клинических аспектов, необходимо принимать во внимание и социальные факторы, а именно, – проблему неравенства полов (экономическое, физическое, законодательное неравенство). Анализируя социальный аспект проблемы, ВОЗ разработала научную концепцию «цикла насилия» и жестокости внутри семьи, согласно которой в процессе длительной виктимизации подвергаемая психическом террору женщина сама может стать источником насилия. В результате длительной, часто многолетней, пролонгированной психогенно – травмирующей ситуации, связанной с внутрисемейным насилием, избиваемая, унижаемая женщина может совершить тяжелые агрессивные действия, а жертва и агрессор как бы меняются местами. В последние годы появилось много исследований, касающихся посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). В результате действия стрессора, имеющего чрезвычайную и индивидуальную значимость, у жертвы насилия возможно развитие тяжелой психической патологии.

Цель исследования. Разработка принципов профилактики и диагностики депрессивных расстройств у женщин – жертв домашнего насилия, а также предотвращение правонарушений, совершаемых этими женщинами.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом были обследованы 28 женщин, обвинявшихся в совершении агрессивных правонарушений (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений).

Результаты. Исследование показало, что во всех наблюдениях агрессивные действия были направлены на непосредственных виновников психотравмирующих переживаний (мужья, сожители, чаще всего злоупотреблявшие алкоголем и наносившие женщинам и их детям не только физические, но и моральные травмы). В условиях психотравмирующих ситуаций у женщин (часто в течение многих лет) развивались депрессивные состояния, сопровождавшиеся соматическими эквивалентами. На начальном этапе депрессия протекает на невротическом уровне (по МКБ-10 – легкий депрессивный эпизод F.32.0). При этом разнообразные вегетативные и функциональные соматические расстройства «маскируют» депрессивную симптоматику. На раннем этапе депрессии женщины нередко обращались к врачам различных специальностей с жалобами на бессонницу, головные боли, боли в области сердца и колебания артериального давления, нарушения менструального цикла, при этом выставлялись различные диагнозы: «неврастения», «вегето-сосудистая дистония». При нарастании депрессии состояние женщин квалифицируется уже как умеренный депрессивный эпизод (F.32.1), сопровождавшийся нарастанием волевых нарушений с отсутствием всяких попыток разрешения психотравмирующей ситуации. На фоне неуклонного нарастания депрессии при воздействии дополнительных психотравмирующих факторов у женщин развивалось острое депрессивное психотическое состояние, тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами (F.32.3). Это состояние сопровождается витальной тоской, тревогой, страхом, отчаянием, депрессивными идеями о «неминуемой гибели», мыслями о безысходности сложившейся ситуации, определявшими агрессивные действия женщин.

Заключение. Для профилактики последствий семейного насилия у женщин необходимо разработать комплекс мероприятий, направленных на своевременное распознавание и лечение депрессивных расстройств, которые приводят к превращению жертвы в источник насилия. Учет факторов риска совершения агрессивных и аутоагрессивных действий женщинами, находящимися в ситуации физического и психического насилия, наличие данных о предшествующих многократных конфликтах и перенесенных депрессивных эпизодах, способствует предупреждению агрессии и оказание своевременной медицинской помощи. Госпитализация в психиатрический стационар является в подобных случаях важным аспектом профилактики агрессии женщин-жертв внутрисемейного насилия. Успех стационарного лечения зависит от непрерывного применения психофармакологических средств и методов социальной и психологической реабилитации. Конечным завершающим звеном этой многоступенчатой профилактики является служба психоневрологических диспансеров, включающая комплекс психокоррекционных мероприятий, а также социальную помощь, в которой постоянно нуждаются эти женщины. При этом необходим постоянный мониторинг жертв внутрисемейного насилия, находившихся на стационарном лечении в связи

с депрессией, возникшей в условиях внутрисемейного насилия. Практика показывает, что зачастую складывается ситуация, когда пострадавшая от домашнего террора женщина, получив квалифицированную врачебную помощь, возвращается в семью, где не может самостоятельно справиться со стрессами и ее психическое состояние снова ухудшается.

В последние годы в России существует сеть учреждений, которая оказывает женщинам помощь (кризисные центры по оказанию помощи женщинам – жертвам домашнего насилия, временные приюты для избиваемых жен). Целью кризисного центра является оказание психологической, юридической, педагогической, социальной и другой помощи женщинам – жертвам домашнего насилия. Основными задачами центра являются: создание необходимых условий для обеспечения максимально полной социально-психологической реабилитации и адаптации женщин в обществе, семье, привлечение различных государственных органов и общественных объединений к решению вопросов социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, и координация их деятельности в этом направлении.

На современном этапе акцент в развитии психиатрической помощи женщинам-жертвам внутрисемейного насилия должен быть смещен в сторону внебольничных форм помощи. Это диктуется как экономической целесообразностью, так и современной гуманистической установкой на предотвращение социальной дезадаптации и явлений госпитализма. Реальный путь коренного изменения ситуации состоит в организации сети специализированной службы помощи женщинам – жертвам домашнего насилия, имеющей собственные задачи, структуру и функции, ориентированные на специфику обслуживания данного контингента пациенток. Эффективность функционирования службы может быть обеспечена при соответствии следующим условиям:

- она должна быть комплексной, т. е. сочетаться с другими видами медицинской помощи;

- служба должна быть максимально приближена к населению и быть доступной;

- служба должна выполнять интегрирующие функции в обеспечении не только психиатрической, но и социальной, а также юридической помощью.

АМБУЛАТОРНОЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИЗНАННЫХ НЕВМЕНЯЕМЫМИ

Кунафина Е.Р.

Уфа
Башкирский ГМУ

Согласно Федеральным нормативно-правовым актам, одной из основных форм предупреждения общественно опасных действий (ООД) психически больных являются принудительные меры медицинского характера. В течение многих лет одним из главных их недостатков называли преобладание ограничительных мер над реабилитационными (Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В., 2002). Инновацией в решении этого вопроса стало появление в отечественном законодательстве в 1997 году амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ). Амбулаторный характер оказания помощи позволяет широко использовать социотерапевтические методы воздействия, направленные на улучшение параметров социального функционирования пациентов.

Российскими учеными был предложен ряд лечебно-реабилитационных программ для ведения лиц, находящихся на амбулаторном принудительном лечении, в процессе которого предложено выделять несколько этапов: 1) адаптационно-диагностический; 2) плановой дифференцированной курации; 3) завершающий. В качестве критерия назначения и отмены амбулаторного принудительного наблюдения и лечения предложено использовать «индекс потенциальной общественной опасности» – (О), под которым понимается среднее арифметическое между оценкой тяжести ожидаемого у пациента ООД (Т) и оценкой вероятности совершения ООД в баллах (В). Степень тяжести ООД определяется согласно тяжести соответствующих преступлений, отраженных в максимальных сроках наказания в Уголовном кодексе: 1 – небольшой тяжести (до 2 лет лишения свободы), 2 – средней тяжести (до 5 лет лишения свободы), 3 – тяжкие (до 10 лет лишения свободы), 4 – особо тяжкие (свыше 10 лет лишения свободы). Вероятность ООД (В) также измеряется в баллах: 0 – отсутствие вероятности, 1 – малая вероятность, 2 – условная вероятность, 3 – безусловная вероятность, 4 – высокая вероятность. Индекс потенциальной общественной опасности (О) может иметь 9 значений – от 0 до 4-х. Считается, что оптимальные значения индекса у пациентов с адекватно назначенным АПНЛ лежат в диапазоне от 1 до 1,5 балла.

Сплошным методом был изучен контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находившихся на АПНЛ в Республиканской клинической психиатрической больнице №1 МЗ РБ с 2004 по 2014 гг. в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение различных противоправных деяний, признанных невменяемыми (173 чел.), в возрасте от 26 до 63 лет. Среди них параноидная шизофрения была выявлена у 77,5% больных, а шизоаффективное и шизотипическое расстройства встречались значительно реже (14,4 и 8,1% соответственно). Все обследованные были мужчины. Основными методами исследования явились клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и клинико-статистический. Психический статус пациентов оценивался с использованием диагностических критериев шкалы PANSS.

Структура и характер опасных действий у больных исследованных групп свидетельствует о невысоких показателях удельного веса особо опасных действий против здоровья и жизни граждан по сравнению с общей популяцией невменяемых лиц, страдающих шизофренией. По соответствующим статьям Уголовного Кодекса квалифицировано 16% всех деликтов. Это, очевидно, связано с изначальным выбором наиболее «легкой« принудительной меры медицинского характера к лицам с ООД небольшой степени тяжести.

По критерию «психопатологический механизм ООД» все больные были разделены на две группы. Такой подход позволяет наиболее полно учесть вклад клинических, личностных и социальных составляющих в генез противоправного поведения больных. В изучаемой популяции больных по продуктивно-психотическому механизму совершили ООД 74 (42,8%), по негативно-личностному – 99 человек (57,2%).

Средний возраст пациентов в первой подгруппе (с продуктивно-психотическим механизмом ООД) составил 33,1±9,6 года. Диагноз параноидной шизофрении (F20) был верифицирован у 51 больного; шизоаффективный психоз (F25) – у 23. Синдромологическая структура психических расстройств у больных этой подгруппы была представлена галлюцинаторно-бредовыми и аффективно-бредовыми расстройствами.

Средний возраст пациентов второй подгруппы (с негативно-личностным механизмом деликта) составил 28,7±9,8 года. Диагноз параноидной шизофрении (F20) был установлен у 82 респондентов; шизотипическое расстройство (F21) – у 14 пациентов и у 3 обследованных был выявлен шизоаффективный психоз (F25). Клинические проявления заболевания в момент совершения правонарушения исчерпывались психопатоподобными состояниями и дефицитарными расстройствами по шизофреническому типу.

При сравнении двух групп между собой было установлено, что пациенты, совершившие ООД по негативно-личностному

механизму, на момент правонарушения были достоверно моложе ($p<0,01$). Кроме того, для них были характерны более низкий уровень образования и доходов ($p<0,05$), большая частота сопутствующих личностных девиаций и тесная связь между совершением опасного деяния и наличием алкогольного опьянения ($p<0,001$).

В клиническом плане для пациентов с продуктивно-психотическим механизмом деликта типичным было начало заболевания в более поздние сроки на фоне сохранной личностной структуры и умеренной степени прогредиентности шизофренического процесса. Совершенные ООД были обусловлены галлюцинаторно-бредовыми и аффективно-бредовыми состояниями. У больных с негативно-личностным механизмом отмечалось раннее начало эндогенного заболевания, которое формировалось на фоне преморбидных личностных аномалий, а деликты ассоциировались с психопатоподобными расстройствами и явлениями шизофренического дефекта.

Характер противоправного поведения больных зависел от механизма совершения ООД: при продуктивно-психотическом механизме пациентами совершались преимущественно агрессивные деликты, которые в большинстве случае являлись первыми в жизни. У больных с негативно-личностным механизмом обнаруживалась отчетливая тенденция к систематическому совершению правонарушений, которые носили в основном имущественный характер.

Полученные данные об особенностях формирования опасного поведения у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на АПНЛ, были положены в основу лечебно-реабилитационных программ.

Таким образом, необходимо отметить, что вопросы, связанные с организацией принудительного амбулаторного наблюдения и лечения лиц, страдающих шизофренией, требует дальнейшего изучения. Для успешного решения вопросов профилактики опасного поведения больных шизофренией необходимо учитывать весь комплекс психопатологических, личностных и ситуационных факторов риска ООД. Соответственно, после установления этих факторов должна строиться и профилактика опасных действий.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СЛУЖБЫ

Макушкин Е.В., Мохонько А.Р., Муганцева Л.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Судебно-психиатрическая экспертная служба (СПЭС) РФ представлена 136 учреждениями. Единственным федеральным судебно-психиатрическим экспертным учреждением (СПЭУ) является ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. В субъектах РФ на базе психиатрических учреждений развернуты отделения судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), что дает право рассматривать эти учреждения в качестве экспертных.

СПЭУ в территориях находятся в ведении органов управления здравоохранением субъектов РФ. Именно на этих органах лежит обязанность по организации СПЭС, достаточной для обеспечения потребности в СПЭ органов предварительного расследования и судов «своей» территории. Вопросы такого рода решаются региональным органом управления здравоохранением во взаимодействии с правоохранительными органами региона и с учетом его особенностей.

Общий объем экспертной работы, выполненный СПЭУ РФ в 2014 г., составил почти 220 тыс. освидетельствований. Если за период с 2004 г. по 2013 г. средний ежегодный прирост числа СПЭ составлял 1%, то в 2014 г. их число увеличилось на 11,5%. Это связано с законодательными новациями (в ст.196 УПК РФ Федерального Закона № 313-ФЗ внесен новый пункт 3.2), в соответствии с которыми лица, совершившие противоправные деяния, должны направляться на СПЭ, если имеются основания полагать, что они страдают наркоманией. Несмотря на то, что Закон вступил в силу с 24 мая 2014 г., число подэкспертных, страдающих наркоманией, увеличилось в 2014 г. в 3,5 раза.

Кроме того, следует отметить рост числа СПЭ, представляющих особую сложность при решении экспертно-диагностических вопросов. Так, только за последние 5 лет число посмертных СПЭ увеличилось на 18,6%, комплексных СПЭ (психолого-психиатрических, сексолого-психиатрических) – на 32,6%.

Учитывая, что и до введения этих законодательных новаций укомплектованность отделений СПЭ в среднем по России составляла в последние 5 лет 70-74%, увеличившийся объем экспертной работы создал дополнительные организационные трудности для проведения судебно-психиатрических освидетельствований. По данным на 31.12.2014 г., укомплектованность отделений СПЭ в 2014 г. в целом по РФ составила 63,5%. При этом, число врачей экспертов, участвовавших в судебно-психиатрических экспертизах, практически не изменилось. Укомплектованность отделений психологами снизилась в целом по РФ до 45% в 2014 г. (в 2009-2013 гг. – 48%).

Амбулаторная СПЭ по-прежнему составляет подавляющее большинство всех освидетельствований (88,5%). Небольшой среднегодовой темп прироста (+1,3%) сохранялся на протяжении последних 10 лет (до 2013г.), в 2014г. число амбулаторных СПЭ увеличилось на 13,8%.

Что касается других видов судебно-психиатрических освидетельствований (стационарных, заочных, посмертных), то их прирост в 2014г. не превысил средних по РФ показателей за последние 10 лет. Следовательно, «обрушившийся» вал СПЭ в 2014 г. пришелся на амбулаторную СПЭС, что, безусловно, создало большие сложности в ее работе. В результате очередь на проведение СПЭ в ряде субъектов РФ составила от 1 до 3,5 мес.

Несмотря на небольшой рост числа стационарных СПЭ в 2014г. (на 1,7%), их удельный вес составил лишь 7,7%, и это самое низкое значение показателя за последние десятилетия.

Следует отметить, что проблемы осуществления стационарной экспертизы остались нерешенными и в 2014 г. Так, общее число судебно-психиатрических экспертных коек хотя и увеличилось в 2014 г. на 0,7%, прервав отрицательную тенденцию прироста коечного фонда за последние 10 лет, следует учесть, что это увеличение обусловлено присоединением Республики Крым, где функционируют 2 стационарных отделения СПЭ (на 20 и 10 коек).

В целом за 10-летний период общее число судебно-психиатрических коек уменьшилось на 9,4%, однако, эта динамика неровная. Обеспеченность судебно-психиатрическими койками в пересчете на 1000 СПЭ, составлявшая 11-12 в 2004-2008 гг., снизилась к 2014 г. до 8,8. По данным на 2014г. наиболее обеспечены судебно-психиатрическими койками Крымский ФО (13,3 на 1000 СПЭ) и Центральный ФО (12,0 на 1000 СПЭ), где функционируют 200 коек в Центре им. В.П. Сербского. К наименее обеспеченным судебно-психиатрическими койками (менее 7,0 на 1000 СПЭ) следует отнести Южный и Сибирский ФО.

Несмотря на большую потребность в направлении на стационарную СПЭ лиц, содержащихся под стражей, второе десятилетие остается нерешенной проблема охраны «стражных» отделений. За последние годы были закрыты отделения в 10 субъектах РФ. Уже в 2014 г. было закрыто еще одно отделение в Нижегородской области. Присоединение Республики Крым, где развернуто «стражное» отделение на 20 коек, не изменило общей отрицательной тенденции. Число судебно-психиатрических коек для лиц, содержащихся под стражей, уменьшилось за последние 10 лет на 32,5%, их удельный вес в общем числе коечного фонда составил в 2014 г. 38,3% (в 2004 г. – 44,8%).

Наиболее неблагополучными в этом плане следует назвать Северо-Кавказский ФО, где вообще нет судебно-психиатрических коек для лиц, содержащихся под стражей, Южный и Приволжский ФО, где обеспеченность «стражными» койками составила 1,5-1,7 на 1000 СПЭ при среднероссийском показателе 5,1. В Южном ФО функционирует лишь одно «стражное» отделение в Астраханской области (отделения в Краснодарском крае, Вологодской и Ростовской областях были закрыты). В Приволжском ФО «стражные» койки функционируют в 4 из 14 субъектов (Республики Башкортостан, Татарстан, Чувашская Республика, Саратовская область).

Нерешенной остается проблема стационарного судебно-психиатрического освидетельствования лиц, содержащихся под стражей, в субъектах, где «стражные» отделения не организованы. Из числа функционирующих на 01.01.2015г. 26 «стражных» отделений СПЭ 10 выполняют функции межобластных, обеспечивая СПЭ правоохранительных органов не только своего региона, но и ряда других субъектов РФ, не имеющих у себя подобных отделений. Необходимость возмещения межобластному отделению СПЭ расходов, которое оно несет в связи с обслуживанием других территорий, породила серьезные финансовые вопросы, связанные с межбюджетными отношениями субъектов РФ. Эти проблемы оказались трудноразрешимыми из-за недостатков их законодательной регламентации, что стало одной из причин инициирования вопроса о переводе СПЭС РФ на федеральный уровень.

В территориях, где стационарные отделения СПЭ не организованы, а из-за отсутствия финансирования нет возможности направить подэкспертных в стационарные отделения других субъектов РФ, подэкспертным проводится только амбулаторная СПЭ. Иногда такие «расширенные» амбулаторные СПЭ проводятся в несколько этапов, что увеличивает сроки проведения амбулаторных СПЭ.

Наметившийся в последние годы ряд негативных факторов деятельности СПЭУ, безусловно, осложняет работу экспертов. Рост новых видов экспертиз, как в уголовном, так и в гражданском процессе, требующих изучения и подготовки методических рекомендаций, с одной стороны, с другой – снижение показателей укомплектованности отделений СПЭ специалистами, снижение числа стационарных коек, соответственно и числа стационарных освидетельствований, безусловно, сказывается на качестве судебно-психиатрических освидетельствований.

Многие из перечисленных негативных тенденций зависят не только от судебных психиатров, руководителей СПЭУ, органов управления здравоохранением, но и требуют своего решения на межведомственном уровне.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Макушкина О.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования. С использованием данных мониторинга деятельности психиатрической службы страны по предупреждению общественно опасных действий (ООД) психически больных определить основные задачи и перспективы развития системы судебно-психиатрической профилактики (СПП).

Материал и методы. Использованы данные Государственных статистических отчетов за 2009-2013 гг. по России и субъектам Российской Федерации: «Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении» (отчетная форма № 36-ПЛ).

Результаты и их обсуждение. Лица с тяжелыми психическими расстройствами, исключающими вменяемость, ежегодно совершают порядка 1% всех зарегистрированных в Российской Федерации деяний, повлекших возбуждение уголовного дела. В 2013 г. их количество составляло 10642. Сложившийся к настоящему времени порядок предупреждения ООД психически больных включает комплекс мер, которые условно можно разделить на меры первичной и вторичной профилактики. Первичная профилактика заключается в своевременном выявлении из числа лиц, страдающих психическими расстройствами, больных с риском опасного поведения и реализации медицинских мероприятий по его предупреждению. В этой работе в той или иной степени задействованы все подразделения психиатрической службы страны.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторного совершения психически больными опасных действий и осуществляется путем исполнения принудительных мер медицинского характера (ПММХ), а также выполнения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий по превенции рецидива опасного поведения после проведенного принудительного лечения. В этой работе задействованы как общие психиатрические подразделения, так и специально созданные (кабинеты активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения; отделения и больницы для стационарного принудительного лечения специализированного типа, специализированного типа с интенсивным наблюдением).

Результаты многолетнего мониторинга качества и эффективности этой работы свидетельствуют о наличии позитивной динамики ряда показателей, ее характеризующих. Так, за 5-летний период (2009 – 2013 гг.) количество ООД, совершенных лицами с тяжелыми психическими расстройствами, уменьшилось на 9,4%. По данным отчетов психиатрических стационаров, показатель повторности ООД снизился с 31,0% до 28,6%; годичной повторности – с 7,3% до 6,4%. Значительно (на 51,1%) сократилось число побегов, а также нападений на персонал и других больных (на 13,3%) в период исполнения ПММХ.

Наряду с определенными успехами психиатрической службы страны по предупреждению опасных действий психически больных имеют место значительные территориальные различия в ресурсном обеспечении и качестве профилактической работы, что ежегодно находит отражение в данных государственной отчетности и свидетельствует о наличии проблем в организации системы СПП в части регионов.

Нельзя признать удовлетворительными темпы организации кабинетов активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения, а также медико-реабилитационных отделений для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. Наличие указанных подразделений предусмотрено действующим Порядком оказания психиатрической помощи и является необходимым условием эффективной профилактики опасных действий психически больных на региональном уровне.

Тревожным фактом является также некоторое снижение активности работы внебольничных подразделений психиатрической службы. Об этом, в частности, свидетельствует ежегодное уменьшение контингента больных, находящихся под активным диспансерным наблюдением, сокращение количества недобровольных освидетельствований. Опыт взаимодействия с психоневрологическими диспансерами, анализ медицинской документации лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших ООД, свидетельствует также об актуальности проблемы оценки потенциальной опасности больных при решении вопроса о целесообразности применения специальных мер профилактики.

Выводы. С учетом изложенного, важным направлением оптимизации системы СПП является дальнейшее совершенствование ее нормативно-правовой базы, регламентирующей требования к организации и ресурсному обеспечению системы профилактики ООД, порядок оценки ее эффективности, обязательные к исполнению во всех регионах страны.

Перспективным также представляется формирование комплексной структурированной процедуры оценки риска опасного поведения у больных тяжелыми психическими расстройствами с использованием многоосевого принципа, клинического и статистического прогнозов. Структурированный подход, многокомпонентная процедура скрининга, основанного на единых критериях, будет способствовать повышению эффективности прогноза, его объективизации и доказательности. Таким образом мы приблизимся к решению одной из основополагающих системных задач судебно-психиатрической профилактики.

ПОВТОРНЫЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Макушкина О.А., Яхимович Л.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Показатель повторности противоправных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, ежегодно составляет порядка 30%. Большое значение в их профилактике имеет эффективная организация лечебно-реабилитационного процесса при исполнении принудительных мер медицинского характера (ПММХ).

Целью исследования являлась разработка предложений по повышению эффективности профилактики повторных общественно опасных действий психическим больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрических больницах.

Материал и методы. Изучены клинико-социальные характеристики 311 психически больных, совершивших повторные общественно опасные действия (ООД), и находившихся на принудительном лечении (ПЛ) в психиатрических стационарах общего, специализированного, а также специализированного типа с интенсивным наблюдением. В качестве основных методов исследования использованы клинико-психопатологический, патопсихологический, катамнестический и клинико-статистический методы.

Результаты и их обсуждение. По результатам научного анализа установлены демографические и клинико-социальные особенности пациентов с повторным опасным поведением. В большинстве своем это лица в возрасте 20-39 лет; больные шизофренией, либо органическим психическим расстройством; с ранним дебютом заболевания; с отягощенной алкоголизмом родителей наследственностью; в детском возрасте имевшие нарушения социализации, девиантное поведение; со средним, либо неполным средним образованием; не работающие; испытывающие выраженные материальные затруднения; холостые; не имеющие заботы и помощи со стороны родных и близких; неоднократно переносившие травмы головы; злоупотребляющие, либо имеющие зависимость от алкоголя и психоактивных веществ.

К клинико-психопатологическим характеристикам таких больных можно отнести устойчивость болезненной симптоматики, распространенность психопатоподобных состояний с повышенной возбудимостью и конфликтностью, с упорными антисоциальными установками и криминальной активностью, отличающихся малой курабельностью и тенденцией к рецидивированию.

Большую часть из числа повторно поступивших на стационарное принудительное лечение составляли больные, совершившие ООД по негативно-личностным механизмам, имевшие стойкие изменения личности в сочетании с неблагоприятными ситуационными и микросоциальными условиями.

В ряде случаев имела место значительная прогредиентность заболевания, массивность продуктивной психопатологической симптоматики, выраженность негативных расстройств, приводящих к нарушениям поведения, нонкомплаентности больных наряду со склонностью к злоупотреблению алкоголем и ПАВ, т.е. сочетание неблагоприятных клинических и социальных факторов, требующих комплексного биологического и психосоциального воздействия.

Отмечалась стойкость их опасного поведения с повторными правонарушениями, склонностью к протестным реакциям, в ряде случаев с агрессией, нарушением режима принудительного лечения.

Причиной социальной опасности больных и совершения ими повторных ООД в большом числе случаев были психопатоподобные состояния с повышенной поведенческой активностью и расторможенностью влечений, имеющих асоциальную направленность при наличии резистентности к лечению. При продуктивно-психотической симптоматике важными предикторами опасного поведения являлись персонифицированные бредовые переживания.

В целом основу рецидивов ООД у таких больных составляли разнородные факторы, связанные, с одной стороны, с клинико-психопатологическими и социально-личностными особенностями, с другой – с недостатками в проведении предыдущего ПЛ и работе внебольничных психиатрических служб, а также их взаимодействия. Терапевтическая резистентность психических расстройств и склонность больных к их диссимуляции являлись причиной недооценки степени общественной опасности пациентов при выборе лечебно-реабилитационной тактики, а также при отмене предыдущего ПЛ.

Исполнение ПММХ в отношении данной категории больных должно проводиться с учетом стойкости психопатологических механизмов ООД, обусловленной малокурабельными психическими расстройствами в сочетании с асоциальными личностными установками, злоупотреблением или зависимостью от алкоголя и психоактивных веществ. Коррекционно-воспитательные и реабилитационные мероприятия целесообразно направлять на изменение жизненного стереотипа, перестройку ценностной ориентации пациента с целью социальной адаптации, повышения устойчивости в отношении неблагоприятных психогенных воздействий, психологической готовности противостоять негативному социальному окружению, отказ от алкоголя и ПАВ. Указанные задачи необходимо решать совместными усилиями специалистов полипрофессиональной бригады (психиатр, психолог, социальный работник, специалист по социальной работе). Формирование и реализация индивидуальных лечебно-реабилитационных программ должны осуществляться как в период стационарного ПЛ, так и во время внебольничного наблюдения.

Важное значение в практике принудительного лечения имеет применение дифференцированного подхода к принятию решения об изменении либо отмене ПЛ с учетом анамнеза, клинико-психопатологических и социально-психологических характеристик больного с тщательным выявлением диссимулятивных и скрытых антисоциальных тенденций. Заключение комиссии должно основываться не только на состоянии больного на момент освидетельствования. Важным условием является оценка психического расстройства в прогностическом отношении (с учетом проведенного лечения и динамики состояния больного за период ПЛ) с целью исключения наличия предикторов совершения повторного ООД после выписки из психиатрического стационара.

Аргументами в пользу этого решения являются: констатация выраженной положительной динамики психического состояния в результате проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, отсутствие психических расстройств, обусловивших асоциальные поступки, стойкость наступившего позитивного изменения психического состояния, появление критического отношения к совершенному ООД, а также повышение адаптационных возможностей.

Исходя из отмеченных клинических особенностей рассматриваемого контингента пациентов, а также учитывая значение ситуационных и микросоциальных факторов в генезе их общественной опасности, система мер по предупреждению повторных ООД, реализуемых в стационарном и амбулаторном подразделениях психиатрической службы, имеет особую специфику и должна отвечать следующим основным требованиям:

1. Целесообразно соблюдение принципа ступенчатости и преемственности между стационарами, осуществляющими различные виды ПЛ, и внебольничными учреждениями с адекватным применением амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ) и активного диспансерного наблюдения (АДН), продолжением начатой в стационаре лечебно-реабилитационной работы. Для совершенствования курации больных после прекращения стационарного ПЛ рекомендуется более широкое применение АПНЛ, позволяющего в ряде случаев возвращать пациента в стационарные условия для продолжения ПЛ.

2. Необходимо обеспечение взаимодействия амбулаторных подразделений психиатрической службы с подразделениями МВД РФ по вопросам профилактики общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами.

3. В условиях стационарного ПЛ, а также диспансерного наблюдения (АДН, АПНЛ) необходима организация полипрофессиональных бригад с участием специалистов, имеющих специальную подготовку для работы с контингентом психически больных, представляющих общественную опасность.

Предложенные рекомендации могут способствовать повышению эффективности деятельности специализированных медицинских учреждений по профилактике повторных опасных действий психически больных.

ПСИХОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ОСУЖДЕННЫХ И КОНЦЕПЦИЯ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ

Малкин Д.А.

Москва
ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева

Анализ исследований в области пенитенциарной психиатрии показывает, что действие пенитенциарного стресса создает континуум форм реактивных расстройств, значительно маскирует психогенным напластованием возникновение и развитие эндогенных психических расстройств, патопластически влияет на динамику преморбидных психических расстройств осужденного, обусловливая подчас значительные диагностические трудности и сложности судебно-психиатрической оценки.

Можно выделить несколько вариантов психогенно обусловленной динамики психических расстройств: 1) психогенно спровоцированная манифестация или экзацербация шизофренического процесса, а также манифестация бредового расстройства; 2) развитие на патологической почве в виде расстройства личности или умственной отсталости реактивных психотических состояний галлюцинаторно-бредовой, бредовой или депрессивно-бредовой структуры; 3) углубление уровня поражения при органическом психическом расстройстве с полиморфной симптоматикой в виде нарастания когнитивного дефекта, сопровождающееся психотическими состояниями галлюцинаторно-бредовой, бредовой или депрессивно-бредовой структуры; 4) развитие на патологической почве (расстройство личности, органическое расстройство личности, легкая умственная отсталость) непсихотических реактивных состояний, имеющих в своей структуре преимущественно аффективную патологию; 5) психогенно модифицированное патопластическое изменение клиники органического слабоумия.

Многочисленные исследователи, оценивая различные психические расстройства у осужденных, приходят к выводу о необходимости освобождения от наказания по большей части умозрительно, опираясь в основном на тяжесть и выраженность психического расстройства, и ожидаемый неблагоприятный его прогноз. Институт пенитенциарной недееспособности имеется как в отечественной, так и зарубежной правовой практике, однако научно обоснованной концепции пенитенциарной недееспособности нет.

Можно сделать вывод о максимальном психогенно травмирующем влиянии длительных сроков наказания (3-10 лет), которые назначаются впервые. Короткие сроки наказания (до 3 лет) и сверхдлительные сроки наказания (более 10 лет), что парадоксально, оказывают менее психотравмирующее влияние. Нарушения поведения, гетероагрессивные действия и дезадаптация на начальном этапе отбывания срока наказания у осужденных не являются предиктором пенитенциарной недееспособности. Тяжелое психическое расстройство, сопровождающееся лишением пенитенциарной дееспособности, чаще констатируется к концу срока наказания или перед освобождением, после повторных, длительных и часто недобровольных госпитализаций в психиатрические стационары уголовно-исполнительной системы.

Юридический и медицинский критерий пенитенциарной недееспособности отражены в статье 81 УК РФ, а также в Постановлении Правительства № 54 от 06.02.2004 г. По результатам проведенного исследования предлагается уточнить критерии пенитенциарной недееспособности. Медицинский критерий должен иметь следующую формулировку: «Тяжелое (психотического уровня или сопровождающееся грубым дефектом когнитивных функций) и стойкое (длительностью более 6 месяцев или часто рецидивирующее – ремиссии менее 1 года) психическое расстройство». Юридический критерий соответственно: «неспособность лица понимать характер и значение требований, предъявляемых уголовно-исполнительным законодательством». Под неспособностью понимать характер подразумевается: а) неспособность по своему психическому состоянию понимать причинно-следственные связи между уголовно наказуемыми действиями и наказанием; б) неспособность понимать насильственность и неотвратимость наказания; в) неспособность понимать цели наказания. Под неспособностью понимать значение требований, предъявляемых уголовно-исполнительным законодательством, подразумевается: а) неспособность понимать значение отношения к собственному чувству вины; б) неспособность понимать значение отношения к степени тяжести наказания.

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАЧАЛА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Мокшанова С.В., Анцыферова О.А.

Пенза
ОПБ им. К.Р. Евграфова

Злоупотребление психоактивными веществами является международной проблемой, от которой страдает почти каж-

дая страна на земном шаре, в том числе и Россия. Возникновение наркомании являются результатом сложного взаимодействия между психоактивными веществами, конкретным человеком и средой. Начиная с апреля 2014 г., количество экспертиз, проводимых в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ОПБ им. К.Р. Евграфова г. Пензы по ст. 228 УК РФ, увеличилось в 5 раз с 5 до 25% от общего числа проведенных СПЭ и КСППЭ, что связано как с приобретением права на проведение данного вида экспертиз, так и с общим увеличением лиц, направляемых на обследование по ст. 228 УК РФ

Целью данной работы является выделение некоторых социально-психологических факторов риска начала употребления психоактивных веществ на основе экспериментальных исследований, проведенных в рамках комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз подэкспертных, обвиняемых по ст. 228 УК РФ.

Материалы и методы исследования: для решения поставленных задач исследовались две стороны личности обвиняемого (подозреваемого): социально-демографическая и собственно психологическая. Для исследования социально-демографических характеристик применялась специально разработанная анкета. Исследование личности проводилась с помощью Модифицированного опросника Леонгарда – расширенная версия и восьмицветового теста М. Люшера. Для исследования интеллекта и когнитивных процессов использовались стандартные патопсихологические методики. Путем метода направленного опроса исследовалась также мотивация человека, решившего впервые употребить наркотическое средство.

Психологом в рамках данной работы были обследованы 46 подэкспертных. Результаты исследования показали, что 95,6% – 44 чел. обследованных по ст. 228 УК РФ составляют мужчины, возраст которых преимущественно от 18 до 30 лет (62%). Несовершеннолетние, составили 20% (9 чел.) от всех обследованных. Среди всех подэксперных только 3 человека были с высшим образованием, большинство – 25 чел. (55%) имели 9-11классов средней школы. 46% обследованных не работают, 26% – являются учащимися. Большинство подэкспертных не женаты (67%). Из 44 мужчин 35 или 80% не служили в армии. 17 мужчин и 1 женщина (39%) ранее были судимы. 17 человек из обследованных (39%) выросли в неполных семьях, двое – воспитанники детского дома. Единственными в семье были 14 человек (30%). Из 46 подэкспертных курят сигареты 87% – 40 человек. Алкоголь вообще не употребляют только 7 человек – 15%. У 32,5% обследованных отсутствовали какие-либо увлечения в школьные годы, а 52% обследованных непродолжительное время, эпизодически занимались спортом и только 4% испытуемых имели интеллектуальные хобби. Основными мотивами начала употребления наркотических веществ подэкспертные отметили следующие: из любопытства – 46%, за компанию с приятелями – 41%.

По результатам экспериментально-психологического исследования все подэкспертные имели средний уровень интеллекта. И у 43-х испытуемых, за исключением направленных в стационар, каких-либо значимых нарушений когнитивных процессов выявлено не было. Согласно заключению комиссии экспертов, в 27 случаях (58%) подэкспертные были признаны психически здоровыми. В 3-х случаях была назначена стационарная КСППЭ. У 2 подэкспертных было диагностировано расстройство личности. У 5 был обнаружен синдром зависимости от психоактивных веществ. У 5 испытуемых отмечалось пагубное (с вредными последствиями) употребление наркотического вещества. У 4-х (8,7%) была диагностирована полинаркомания.

По результатам заполнения испытуемыми личностного опросника Леонгарда (42 человека) и проективного теста Люшера выделены 2 ведущих типа личности, имеющие общие стержневые черты. 1-я группа (22 человека) – гипертимно-демонстративные личности. 2-я группа (20 чел.) – эмотивно-гипертимные личности. Во 2-ю группу вошли также испытуемые с эмотивно-демонстративными чертами, т.к. и гипертимные черты у них были выражены значительно.

Для всех подэкспертных характерен низкий уровень тревожности.

Выводы:

1. Проблему употребления наркотических веществ следует рассматривать не только как физиологическую проблему, но прежде всего как проблему личности, прибегающей к наркотикам в конкретной социальной ситуации. Возникновение наркомании являются результатом сложного взаимодействия между психоактивными веществами, конкретным человеком и средой.

2. Усредненный социально-демографический портрет человека, обвиняемого по ст. 228 УК РФ, выглядит следующим образом: это мужчина в возрасте преимущественно от 17 до 30 лет с невысоким уровнем образования. Он либо еще продолжает учиться в ПТУ или колледже, либо ничем не занят, нигде не работает, даже имея профессию. Причем, получившие профессиональное образование, никогда не работали по имеющейся специальности. Мужчина этот скорее всего не женат, не служил в армии, возможно, он вырос в неполной семье и уже был судим. В школьные годы он, вероятно, занимался каким-либо спортом, но это было в течение непродолжительного времени, и никаких серьезных успехов в данных видах спорта он не достиг. Твердых жизненных установок и целей он не имеет. Конечно, он курит, причем с раннего подросткового возраста, а также, хотя и нечасто, но употребляет спиртные напитки. Попробовал он наркотики, скорее всего, из любопытства или за компанию со своими приятелями. При этом зависимым от психоактивных веществ он себя не считает.

3. По результатам экспериментального исследования личностных особенностей лиц, совершавших правонарушения по ст. 228 УК РФ, выделены 2 доминирующих типа: гипертимно-демонстративные личности и эмотивно-гипертимные личности. Для всех испытуемых характерен низкий уровень тревожности. Они не склонны к беспокойству, легко принимают непродуманные решения, склонны к риску, снисходительно относятся к своим промахам и недостаткам, подвержены сиюминутным настроениям, действуют под влиянием момента, ориентируется на внешние обстоятельства и впечатления, не отличаются ответственностью.

4. Мужчины молодого возраста чаще стремятся установить пределы своих возможностей, и, в силу склада своей личности, имеют тягу к рискованным ситуациям. Предрасполагает к употреблению наркотических средств невысокий уровень образования, отсутствие работы, ограниченность круга интересов, ничем не заполненное свободное время, низкая культура досуга. Наличие в структуре личности гипертимно-демонстративных и эмотивно-гипертимных черт должно настораживать в плане предрасположенности этих людей к употреблению наркотиков.

5. Применение модифицированного личностного опросника Леонгарда и восьмицветового тесла М. Люшера дает возможность достаточно надежно диагностировать некоторые ведущие свойства личности, причем данные этих тестов хорошо коррелируют между собой, что увеличивает надежность результатов. Указанные методики, могут быть использованы при обследовании подростков с целью выявления тех характерологических особенностей, которые могут предрасполагать к употреблению наркотических средств.

ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ В АНАЛИЗЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ СРЕДИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Нестерова Е.А., Аслаева З.Я., Анисимова М.О., Шмакова М.А.

Казань
ГАУЗ РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ, КГМА

Современные представления о причинах и условиях совершения психически больными общественно опасных действии (далее – ООД) основаны на принципах системного подхода и изучении их в рамках социально-психологических, биологических и психопатологических факторов. Считается, что психопатологический механизм ООД психически больных – это стойкая индивидуальная особенность, свойственная данному больному в стереотипном повторении клинических проявлений в период обострений и ремиссий его заболевания. Поэтому при оценке общественной опасности пациента мы ориентируемся преимущественно на клинические особенности заболевания. В динамике выделяют продуктивно-психотические и негативно-личностные состояния инициативно или ситуационно спровоцированных ООД. При инициативных механизмах вероятность ООД максимально выражена, т.к. больные склонны к систематическому их совершению, а при ситуационно спровоцированных механизмах все зависит от аффективной и интеллектуальной их несостоятельности. По статистическим данным психически больные, признанные невменяемыми, не менее чем в 70% случаев совершили ООД по негативно-личностным механизмам. Соответственно, отмечается и преобладание таких пациентов среди лиц, находящихся в психиатрической больнице на принудительном лечении.

В ГАУЗ «РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ« есть 4 отделения принудительного лечения для мужчин и всего 25 коек в одном женском отделении.

Мы решили проанализировать особенности правонарушений и клиники заболевания у больных, совершивших ООД, по гендерному признаку. Рассмотрено 86 историй болезни – 61 в 5 м.о., 25 – в 5 ж.о.

Анализ показал, что женщины чаще совершают преступления против личности (ст.105, 111 ч.1 и ч.4, 112, 116, 118, 131, 132, 213): 64% против 50,8% у мужчин. Из них тяжких преступлений (ст.105 и ст.111 ч.4) также в процентном отношении больше у женщин (62%), чем у мужчин (54,8%). Напротив, имущественные преступления чаще совершают мужчины (45,9%), среди женщин – 28%.

По нозологическому признаку одинаково часто совершают преступления против личности больные шизофренией (F20), как мужчины, так и женщины (38,7% и 37,5% соответственно), однако убийства среди мужчин чаще совершают больные шизофренией-41,1% против 29% у женщин, на втором месте – больные с органическими психозами (F06) – (35,2% против 20% у женщин). Среди женщин на 1 месте по совершению убийств- больные с умственной отсталостью (F70-71) (40%) и равен процент совершения убийств у женщин, страдающих шизофренией, органическими психозами, органической деменцией – по 20% соответственно. Больные с умственной отсталостью одинаково часто совершают имущественные правонарушения как среди мужчин, так и среди женщин (64,3% и 57,1% соответственно).

Сравнение по возрастному признаку показало, что мужчины начинают совершать правонарушения в более молодом возрасте (в возрасте до 20 лет – 6,5%, среди женщин -0), а женщины по сравнению с мужчинами чаще совершают ООД в возрасте старше 50 лет – 24% против 11,3% соответственно.

Частота алкоголизации существенно не отличается у совершивших правонарушения психически больных обоих полов (57% у мужчин и 60% у женщин).

Неблагоприятные социально-бытовые условия большее влияние оказывают на женщин, чем на мужчин (76% и 42,7% соответственно).

Повторность ООД у мужчин и женщин одинакова – 45% и 44% соответственно, но при этом у мужчин повторность особенно высока в группе больных с умственной отсталостью (53,5%), а у женщин – в группе больных шизофренией (20%).

Мы надеемся, что данный гендерный анализ поможет учитывать эти особенности при разработке профилактических программ в работе с социально опасными больными и для предотвращения ООД среди психически больных.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОТКЛАДЫВАНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ РЕШЕНИЙ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Павленко Е.А., Стрижев В.А., Елисеенко Н.А., Корякова М.Г., Мартусенко А.В.

Краснодар
ГБУЗ Специализированная КПБ №1 МЗ КК

Актуальность вопроса откладывания экспертных решений в судебно-психиатрической практике связана с отмечающейся в последние 3 года (2012-2014 гг.) тенденцией к увеличению случаев нерешенных экспертных вопросов. **Целью предпринятого исследования** явилось изучение причин откладывания решения экспертных вопросов при проведении СПЭ в Краснодарском крае. В основу исследования положены данные отчетов о работе судебно-психиатрических отделений ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края. Анализ имеющихся в нашем распоряжении материалов показал, что около 10% из общего числа проведенных СПЭ заканчивается откладыванием экспертных решений. Причем, этот показатель по амбулаторным экспертным отделениям значительно выше, чем по стационарным, и составляет в амбулаторной СПЭ в 2012 году 6%, в 2013 – 7,6%, в 2014 – 7,9%. Показатели стационарной СПЭ следующие: 2012 год – 0,2%, 2013 – 1,2%, 2014 – 0,9%.

Распределение судебно-психиатрических экспертиз по причинам откладывания экспертных решений показало, что отсрочка судебно-психиатрического решения в большинстве случаев обусловлено сложностью клинических проявлений. Подэкспертные с неясной клинической картиной заболевания составили 80,8% от общего числа судебно-психиатрических экспертиз, оставленных без окончательного решения. Причем, по амбулаторным СПЭ удельный вес случаев отсрочки в связи со сложностью и неясностью клинической картины значительно выше (75,9%) из числа «нерешенных» экспертиз, чем по стационарной судебно-психиатрической службе (4,1%). Также значителен (20%) удельный вес откладывания экспертных решений в связи со сложностью и неясностью клинической картины при проведении судебно-психиатрической экспертизы в суде. Возникшие трудности при диагностике в этих случаях вполне оправдывают откладывание экспертных решений и вынесение рекомендаций о необходимости направления подэкспертного на стационарное обследование. Нередко вынесение экспертного решения откладывается в связи с отсутствием необходимых документов и сведений в материалах уголовных дел. Уходит много времени с момента вынесения экспертами ходатайства до получения дополнительной информации. Удельный вес экспертиз без окончательного решения в связи с недостаточностью материалов дела составил 19,2% из числа «нерешенных» экспертиз, причем большинство отложенных решений по этой причине (92,1%) подает на долю амбулаторных судебно-психиатрических комиссий.

Таким образом, проведенный анализ судебно-психиатрических заключений, в отношении которых первичными экспертизами не было вынесено окончательное заключение, показывает неоднородность причин, повлекших за собой откладывание решения. При этом для подавляющего большинства подэкспертных была характерна определенная сложность клинической картины, требующая более или менее длительного динамического наблюдения за ними в условиях стационара, использование параклинических методов исследования, назначение консультаций специалистов, лечения и пр. Значительные дифференциально-диагностические трудности, обусловленные сложностью и неясностью клинической симптоматики, вполне оправдывают в этих случаях временное откладывание экспертного решения, хотя правильный выбор формы проведения экспертизы (например, назначение стационарной экспертизы вместо амбулаторной или экспертизы в суде) с самого начала мог бы предотвратить такого рода «ступенчатое» решение экспертных вопросов. Задержки сроков экспертизы в связи с недостаточностью материалов дела нельзя считать обоснованными, их можно избежать при качественной подготовке материалов уголовного дела при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Полностью подготовленные судебно-следственными органами материалы для судебно-психиатрической экспертизы положительно сказываются как на качестве, так и на сроках производства экспертизы.

ПЕРСПЕКТИВЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЭКСПЕРТИЗЕ ПО СУДЕБНЫМ СПОРАМ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ, СВЯЗАННЫМ С ЗАЩИТОЙ ИНТЕРЕСОВ ДЕТЕЙ

Павлова Е.В., Баранская Л.Т.

Екатеринбург
Уральский ГМУ

Современная российская правоприменительная практика судов ориентирована на безусловное выполнение требований ст. 46 Конституции РФ, гарантирующей право каждого на судебную защиту при возникновении споров и правовых конфликтов в сфере гражданского оборота. Ратификация РФ в 1998 году Конвенции о защите прав человека и основных свобод дала толчок к увеличению общего количества гражданских дел. Особое значение имеет тенденция к реализации Конвенции о правах ребенка (02.09.1990), ФЗ-190 «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» (21.12.1994), Семейного кодекса РФ, Областного Закона Свердловской области № 28-03 «О защите прав ребенка» (23.10.1995).

Вместе с тем, в судебной практике решение споров о праве на воспитание детей в гражданском судопроизводстве является одним из наиболее спорных и трудных вопросов. В этой связи опора на научные психологические знания имеет существенное значение для обеспечения «объективности» и «надежности» судебных решений. Однако добиться реализации этих принципов возможно только в случае грамотного использования психологических знаний в юридической практике.

Многолетний опыт участия в судебных заседаниях по данной категории дел в качестве специалиста и эксперта позволяет предположить перспективное использование нейропсихологической диагностики детей дошкольного и младшего школьного возраста при решении целого ряда вопросов.

Проведение развернутой нейропсихологической диагностики основано на теоретико-методических разработках Т.В. Ахутиной, профессора кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова. Постановка нейропсихологического диагноза в терминах функциональных компонентов позволяет оценить уровень развития высших психических функций ребенка, соответствия их возрастной норме, «сильные» и «слабые» звенья системы, а также возможности и заинтересованность обоих родителей (бабушки, дедушки и т.д.) в их развитии и коррекции. Особая значимость такого подхода возрастает в связи с тем, что более чем у половины детей, проходящих диагностику, имеются неврологические нарушения раннего возраста (например, перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, пирамидная недостаточность и т.д.). Выявление уровня развития высших психических функций детей, обусловленного спецификой их мозговой организации, позволяет дать прогноз общего индивидуально-психологического развития конкретного ребенка с учетом условий, в которых это развитие будет осуществляться.

Нейропсихологическая диагностика на основе проведения специфических проб позволяет оценивать, насколько функциональные возможности мозга и отдельных его областей соответствуют возрастным нормативам, установленным в результате специальных исследований. Также в процессе диагностики могут быть обнаружены индивидуальные особенности или темповые отклонения в процессе развития тех или иных компонентов психического функционирования, связанные с недостаточной сформированностью (морфофункциональной незрелостью) определенных мозговых зон.

Результаты нейропсихологической диагностики позволяют составить представление об уровне развития следующих компонентов высшей психической деятельности: а) нейродинамическая составляющая, связанная с работой глубинных подкорковых и стволовых отделов головного мозга (возможности поддержание оптимального уровня активности мозга, способность выдерживать интеллектуальные и эмоциональные нагрузки, регуляция непроизвольных компонентов движений – поддержание мышечного тонуса, позы); б) перцептивные процессы и связанные с ними виды психической активности, соотносимые с работой задних отделов коры больших полушарий (зрительное восприятие, зрительная память, зрительно-пространственное восприятие и память, пространственный анализ и синтез (в т.ч. в речи – понимание сложных логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные отношения между объектами), слуховое восприятие и слухомоторные координации, слухоречевая память, тактильное восприятие и мелкая моторика рук, оральный праксис и моторика речевого аппарата); в) управляющие функции (программирование, произвольная регуляция и контроль за своей деятельностью), а также серийная организация (способности плавного переключения от одного элемента к другому – в движениях, речи, интеллектуальных операциях), связанные с функционированием лобных отделов коры; г) особенности латеральной организации мозга и сформированность межполушарного взаимодействия.

В соответствии с концепцией выделения трех функциональных блоков мозга А.Р.Лурии, разные виды трудностей при выполнении заданий в процессе нейропсихологической диагностики (и соответственно трудностей в процессе воспитания и обучения) могут быть сгруппированы по трем категориям: 1) связанные с дефицитарностью работы блока регуляции уровня активности мозга; 2) связанные с недостаточной сформированностью процессов восприятия, хранения и переработки информации, полученной из внешнего мира; 3) связанные с несформированностью программирования, регуляции и контроля за собственной деятельностью. В каждом отдельном случае у ребенка может наблюдаться индивидуальная картина сочетания затруднений из одной или нескольких категорий, причем степень их выраженности тоже может быть разной (от минимальных проявлений до значительных отклонений).

Итогом нейропсихологического обследования становится оформление заключения о конкретном составе сильных звеньев психического функционирования, на которые можно

опираться в процессе взаимодействия с ребенком (его воспитании и обучении), об отсутствии или наличии слабых звеньев, требующих коррекционно-развивающих воздействий. Таким образом, нейропсихологическая диагностика позволяет выявить необходимость специальных занятий с ребенком, целью которых является создание оптимальных условий для формирования той или иной психической функции (регулярных развивающих игр, заданий и упражнений, дающих нагрузку для недостаточно сформированных функциональных систем мозга, способствующих развитию соответствующих корковых зон и нервных связей между ними).

Все это способствует повышению уровня доказательности специальных познаний, используемых в судебной практике по гражданским делам, связанным с защитой интересов детей (определение места жительства ребенка при раздельном проживании родителей, назначения опеки над несовершеннолетними до достижения ими 14 лет и т.д.).

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПАРАДИГМА В ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛИЦ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)

Пищикова Л.Е., Макушкин Е.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Международные исследования процессов старения признаны ООН и ВОЗ глобальными вопросами повестки дня, что связано с демографическими, политическими, социально-экономическими, культуральными, медицинскими, правовыми и криминологическими проблемами, обусловленными ростом числа лиц позднего возраста во всем мире. Среди них – дискриминационные тенденции по возрастному принципу, социально-экономическая стратификация, жестокое и пренебрежительное отношение к пожилым, их недостаточная правовая и социальная защищенность, нарастающая «эпидемия деменций», что наряду с неразвитостью геронтологической службы обусловливает уязвимость и виктимность людей позднего возраста.

Изменение социальной парадигмы повышает профессиональные и этические требования к качеству психиатрической и судебно-психиатрической помощи, а также к доказательности клинического и экспертного исследования психического состояния у лиц позднего возраста в плане его обоснованности, системности, междисциплинарности. В этой части современные и фундаментальные научные и профессиональные требования основываются на знании клинико-динамических особенностей специфических органических психических расстройств позднего возраста, комплексного раскрытия и понимания процессов инволюции и необходимости применения в любом геронтологическом исследовании концептуального подхода.

Цель исследования. Формулирование концепции понимания психических расстройств позднего возраста в клинической и судебной психиатрии.

Материал исследования. Комплексно обследовано 235 пациентов позднего возраста (42,1%(99 чел) мужчин и 57,9%(136 чел) женщин) по следующим параметрам:

Возраст: 60-69 лет – 31,1% (73 чел); 70-79 лет – 39,6%(93 чел); 80-89 лет – 26%(61 чел), старше 90 лет – 3,4%(8 чел) пациентов.

Судебно-процессуальное положение:

Производство СПЭ по уголовным делам: 30,2%(71 чел), из них 81,7%(59 чел) обвиняемых лиц и 18,3%(12 чел) потерпевших от преступных посягательств.

Производство СПЭ по гражданским делам – решение вопросов «сделкоспособности»: 22,6%(53 чел).

Производство СПЭ по гражданским делам – определение дее- и недееспособности: 47,2%(111 чел), при этом у 96,3%(107 чел) пациентов этой группы определялась недееспособность, у 3,7%(4 чел) – дееспособность восстанавливалась.

Клинические типы органических психических расстройств:

Недементные психические расстройства – 45,5%(107 чел).

Психозы – 7,7%(18 чел).

Деменции – 46,8%(110 чел).

Методы исследования. Клинико-психопатологический, психометрический, соматоневрологическое обследование, дуплексное ангиосканирование, статистический.

Результаты исследования. Разработана системная концепция понимания психических расстройств позднего возраста органической природы в общей и судебной психиатрии, в результате чего выделены и постулированы следующие теоретические позиции и дефиниции:

I. Нормативность постепенного благоприятного старения и возрастной психической нормы жизнедеятельности.

II. Презумпции психического здоровья, вменяемости, сделкоспособности, дееспособности пожилого человека.

III. Биопсихосоциальные факторы (детерминанты) инволюции и старения – биологические, социально-психологические, правовые, виктимологические.

Среди биологических детерминант оказались значимы сенсорная и двигательная депривация, мультикоморбидная соматоневрологическая патология, специфические синдромы и расстройства позднего возраста, включая деменции.

Социально-психологические детерминанты были представлены прекращением профессиональной трудовой деятельности, одиноким проживанием и одиночеством, конфликтными отношениями в микросоциуме (преимущественно с детьми), обусловленными жилищными спорами и употреблением алкоголя.

Правовые детерминанты определялись правовыми действиями, совершаемыми пожилыми пациентами (заключение и оспаривание гражданско-правовых актов, участие в уголовном процессе в качестве потерпевших и обвиняемых), процессуальной трансформацией, правовой неграмотностью, законодательными противоречиями, не разработанностью вопросов правовой защиты, ситуациями, влекущими решение в отношении них вопросов недееспособности.

Виктимологические детерминанты включали физическое (нанесение телесных повреждений, жестокое обращение), психологическое (угрозы определения в учреждения социального обеспечения, недобровольное помещение в психиатрический стационар, освидетельствование у психиатра, удержание в психиатрическом стационаре до момента проведения СПЭ), финансовое (мошенничество с жильем, притязания на жилье пожилых людей, обман, манипуляции при заключении гражданско-правовых актов) насилие, нарушение прав пожилого человека (неправомерное лишение дееспособности).

IV. Формы инволюции.

Благоприятное (нормативное) старение – определяется сохранностью как жизненного опыта, профессиональных навыков и квалификаций, так и биологических, социальных, адаптационных ресурсов, возможностью дальнейшего эволюционного развития пожилого человека. Может проявляться количественными специфическими сомато-неврологическими и психическими изменениями и легкими (недементными) психическими расстройствами. Отсутствие аффективных, когнитивных, клинических (синдромальных), поведенческих признаков при сохраняющихся саморегуляции и прогнозировании не влечет изменений психической деятельности. Пожилое лицо с благоприятным старением в полном смысловом, интеллектуальном, когнитивном, мыслительном процессе адекватно воспринима-

ет, определяет, формулирует, переосмысливает проблемную ситуацию и трансформирует ее в целенаправленную регулятивную (поведенческую) деятельность. Применительно к задачам судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) информационная, аналитическая, критическая переработка субъекта права приводит к результату, объяснимому социальному (асоциальному) правовому действию (в уголовном или гражданском процессе), обусловливает функционирование на определенном уровне (в случаях определения дееспособности). На интеллектуальном, эмоциональном, смысловом уровне определяется и осуществляется гражданско- или уголовно-релевантное событие. Регуляция поведения не страдает и не ограничивается, как это бывает при различных формах психических заболеваний (деменции, психозы). Под влиянием биопсихосоциальных детерминат в мотивационно сложных, конфликтных ситуациях, связанных с жестоким обращением, ограничением прав и свобод, совершением противоправных действий возможна декомпенсация психического состояния с транзиторным нарушением саморегуляции, способствующим совершению ответных правонарушений, заключению, а затем оспариванию сделок и т.д.

Неблагоприятное (асинхронное) старение – определяется опережающим клиническим поражением психических функций, очерченными патологическими формами соматоневрологических расстройств с легкими, умеренными и тяжелыми формами деменций, психозами. При этом количественные изменения переходят в качественные, синдромальные психопатологические расстройства, происходит необратимое снижение, либо ограничение, либо утрата эмоциональной, интеллектуальной, смысловой и регулятивной составляющей поведенческой деятельности. Наряду с клинической (медицинской) картиной заболевания можно квалифицировать постоянное снижение, ограничение саморегуляции вплоть до ее утраты (дизрегуляция).

Выводы. При исследовании и клиническом осмыслении процессов инволюции, социальных, прогностических характеристик пациентов позднего возраста и их клинической дифференциации основополагающим становится биопсихосоциальный подход. Предлагаемая концепция направлена на антидискриминацию лиц позднего возраста, защиту их прав и свобод через повышение качества диагностики и судебно-психиатрической экспертизы органических психических расстройств позднего возраста.

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ, СОЕДИНЕННОГО С ИСПОЛНЕНИЕМ НАКАЗАНИЯ

Руженская Е.В.

Иваново
ОБУЗ ОКПБ Богородское

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра как принудительная мера медицинского характера имеет в российском законодательстве почти 20-летнюю практику. В настоящее время уголовным кодексом РФ оно обозначается как принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях (ПНЛАУ). В связи с более активной рекомендацией судам назначения этой меры медицинского характера у психически больных с тяжелыми психическими расстройствами, признанными невменяемыми, появились методические наработки по тактике ведения пациентов этой группы в амбулаторной практике. Вопросы же ПНЛАУ, соединенного с исполнением наказания, у пациентов с психическими расстройствами, не относящимися к категории тяжелых (ограниченно вменяемых), четко не регламентированы.

Данный правой пробел и существующий опыт проведения ПНЛАУ, соединенного с исполнением наказания, способствовал выработке региональной тактики по вопросам организации данной деятельности. С соответствие с действующим законодательством (п.1. ст.97 УК РФ) принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом. Лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, в том числе лицам, указанным в пункте «д« части первой статьи 97 УК РФ, суд, в соответствии с п.2 ст. 99 УК РФ, наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях (ПНЛАУ).

Суть психического состояния граждан, которым назначено принудительное лечение, соединенное с исполнением наказания:

1. ПНЛАУ, соединенное с исполнением наказания, назначается лицам, совершившим правонарушение, признанным вменяемыми (ограниченно, но вменяемыми) и осужденным за совершенное правонарушение.

2. Данные граждане страдают психическими расстройствами, личностными расстройствами или находились в момент совершения правонарушения в психическом состоянии, которое не относится к категории тяжелых.

3. Их ограниченная вменяемость обусловлена тем, что, осознавая фактический характер и общественную опасность своих действий, способные руководить ими в настоящий момент, их психические или личностные особенности не позволяли им в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в момент совершения правонарушения.

Правовой статус граждан, проходящих ПНЛАУ у психиатра, и органы, ответственные за его исполнение:

1. Данные граждане подлежали уголовной ответственности, были осуждены и назначение ПНЛАУ у психиатра является дополнительной обязанностью, возложенной на них судом.

2. Если при назначении ПНЛАУ у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами (невменяемыми) суд возлагает обязанность проведения ПММХ на лечебное учреждение, то в случае ПНЛАУ у психиатра ограниченно вменяемых лиц исполнение приговора является обязанностью уголовно-исполнительной системы.

3. ПНЛАУ, соединенное с исполнением наказания, граждане проходят по месту отбывания наказания. При отбывании наказания в закрытых учреждениях ПНЛАУ проводится силами психиатрической службы этих учреждений. При условном осуждении гражданина ПНЛАУ проводится в учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную психиатрическую помощь по месту жительства пациента, с чем мы и сталкиваемся.

4. Инициатива в проведении в учреждении здравоохранения ПНЛАУ, соединенного с исполнением наказания принадлежит уголовно-исполнительной инспекции. Это логично, т.к. у психиатра данный пациент получает в лечебно-консультативную помощь (расстройство не относится к категории тяжелых и не позволяет психиатрической службе осуществлять ПММХ – вызов, принуждение к посещениям и т.д.), а может вообще не быть пациентом (расстройство выявлено при СПЭ).

5. Согласно ст. 187, 188, 190 УИК РФ, условно осужденные находятся под контролем уголовно-исполнительных инспекций (УИИ) по месту жительства. УИИ осуществляют персональный учет условно осужденных в течение испытательного срока, контролируют с участием работников других служб органов внутренних дел соблюдение условно осужденными общественного порядка и исполнение ими возложенных судом обязанностей (в том числе и ПНЛАУ у психиатра). Полу-

чение УИИ (по инициативе самой инспекции или сообщению психиатра) сведений о том, что гражданин уклоняется от проведения ПНЛАУ (более 2 раз в год) или допускает нарушения режима, может быть признано УИИ основанием для признания факта систематического уклонения гражданином от обязанностей, возложенных на него судом. В этой ситуации УИИ может направить в суд представление об отмене условного осуждения и исполнении наказания, назначенного приговором суда.

6. Согласно ст.104 УК РФ прекращение применения принудительной меры медицинского характера, соединенной с исполнением наказания, производится судом по представлению органа, исполняющего наказание, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Таким образом, ПНЛАУ у психиатра для условно осужденного лица является его обязанностью, должно происходить по его инициативе и контролироваться УИИ.

Обязанностью психиатрической службы является организация адекватных мероприятий по наблюдению и лечению пациента, сотрудничество с УИИ, обеспечивающей контроль за исполнением осужденным возложенных на него судом обязанностей по амбулаторному наблюдению и лечению у психиатра.

Опыт проведения в Ивановской области за последние несколько лет ПНЛАУ, соединенного с исполнением наказания, наглядно показывает, что УИИ по отношению к условно осужденным в части выполнения возложенных на них судом обязанностей по ПНЛАУ, четко следует законодательству и активно сотрудничает с психиатрической службой. По пациентам, проходящим такой вид ПНЛАУ у психиатра, регулярно поступают запросы из ФСИН. Активные обращения психиатров в УИИ по фактам неявки пациентов, их неаккуратности в выполнении назначений имеют исход в виде доставления пациента, проведения с ним со стороны УИИ разъяснительной работы, контроля дальнейших посещений врача.

Основными проблемами при организации ПНЛАУ, соединенного с исполнением наказания, являются отсутствие законодательного регламентирования обязательности продления, его минимального срока, и контроля за ПНЛАУ при особых видах наказания.

По букве и сути Закона ПНЛАУ назначается на весь срок условного наказания или может быть снято при отсутствии оснований для продолжения, но ни УК РФ, ни УПК РФ, ни УИК РФ не предусматривают осмотр его продления.

В отношении минимального срока, законодательством не предусмотрена регламентация проведения ПНЛАУ, соединенного с исполнением наказания, если это наказание не является ни реальным, ни условным. Как, к примеру, и в какие сроки проводить ПНЛАУ, если такая обязанность на гражданина возложена, а наказанием является штраф. С какого времени наказание будет считаться исполненным – с момента уплаты штрафа или окончания принудительного лечения. И какой орган контролирует исполнение этой обязанности. Опять же, по букве закона, ПНЛАУ – это дополнительная обязанность, возложенная на гражданина судом. Окончание условного срока означает окончание наказания и не требует со стороны УИИ дополнительных сведений об окончании ПНЛАУ. Этот же принцип действует и при наложении на гражданина штрафа.

Таким образом, вопросы амбулаторного принудительного лечения, соединенного с исполнением наказания у пациентов с психическими расстройствами, не относящимися к категории тяжелых (ограниченно вменяемых) четко не регламентированы. Отсутствие четкой правовой регламентации и существующий опыт проведения амбулаторного принудительного лечения, соединенного с исполнением наказания, способствовал выработке региональной тактики по вопросам организации данной деятельности. Нерешенные вопросы определяются правовым вакуумом стратегического уровня и не могут быть определены региональной тактикой и требуют законодательной регламентацией федерального уровня.

ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ УГОЛОВНО РЕЛЕВАНТНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Сафуанов Ф.С.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Упоминание выраженного эмоционального состояния обвиняемого как обстоятельства, способствующего смягчению наказания, можно найти впервые в правовом документе «Артикуле воинском» 1715 года, при этом поведение потерпевшего в нем не упоминается. Впервые причинно-следственная связь действий потерпевшего и возникающего у правонарушителя эмоционального состояния отражена в «Уложении о наказаниях уголовных и исправительных» (1845 год) как обстоятельство, уменьшающее вину подсудимого: в пункте 5 ст. 134 к таким обстоятельствам отнесено «сильное раздражение». Понятие «сильного душевного волнения» в знакомой нам формулировке прозвучало впервые в Уголовном уложении 1903 года, где обстоятельством, вызывающим его, указывались противозаконность действий потерпевшего или тяжкое оскорбление, а также смягчалось наказание за преступления, совершенные при данных обстоятельствах. В УК РСФСР (1920, 1922, 1926, 1960 годов) убийство, а впоследствии и нанесение телесных повреждений, в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения были выделены в отдельные составы преступления (в последней редакции – ст. 104 и 110), а само состояние сильного душевного волнения рассматривалось как смягчающее вину обстоятельство (п. 5 ст. 36): все эти нормы подразумевали, что сильное душевное волнение возникало вследствие противозаконных (неправомерных) действий потерпевшего.

Исследования «аффекта» протекали как в общепсихологическом, так и в судебно-психологическом направлениях.

Общепсихологическое направление связано с рассмотрением аффектов особого вида эмоциональных состояний (наряду с собственно эмоциями, настроениями и чувствами), отражающих оценку и отношение к неожиданно наступившей экстремальной как основной их функцией в регуляции деятельности (А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, В.К. Вилюнас и др.). При этом отмечались достаточно широкий диапазон их модальности – от положительных до отрицательных; стенические и астенические формы; дезорганизующая, мобилизующая, аккумулирующая и канализирующая функции, возникновение аффектов помимо воли субъекта.

В работах судебно-психологических и судебно-психиатрических исследований, аффект, как и в общей психологии, рассматривался как бурная эмоциональная реакция на противоправные действия потерпевшего. Было введено понятие «физиологического аффекта» для отграничения данного состояния от патологического аффекта как условия невменяемости (Р. Крафт-Эбинг, А.Я. Боткин, В.Ф. Чиж, Я.М. Калашник). В последующем были выделены кумулятивные формы аффекта, а также введено понятие «эмоционального состояния, оказавшего существенное влияние на сознание и поведение» обвиняемого в ситуации правонарушения (М.М. Коченов).

До введения нового УК РФ (1987 г.) суды при оценке экспертных заключений могли квалифицировать внезапно возникшее сильное душевное волнение у обвиняемого (и соответственно ст. 104 и 110 УК РФ) как при судебно-психологической диагностике физиологического или кумулятивного аффекта, так и при определении иных эмоциональных реакций и состояний, которые характеризовались и внезапностью возникновения, и спровоцированностью действиями потерпевшего, и частичным сужением сознания. При отсутствии признака внезапности вторая группа имела правовое значение в соответствии с п. 5 ст. 38 УК РСФСР, определяющей смягчающие обстоятельства.

С введением в действие УК РФ произошло включение в текст ст. 107 и ст. 113 понятия «аффект» в значении, тождественном «сильному душевному волнению», а также расширился круг обстоятельств, связанных с поведением потерпевшего (потерпевших), являющихся поводом для квалификации указанных статей. Кроме того, в действующем УК РФ прямое указание на выраженные эмоциональные состояния в качестве смягчающих ответственность обстоятельств отсутствует.

В результате у правоприменителей возникли две проблемы: 1) какие эмоциональные реакции и состояния входят в объем судебно-психологического экспертного понятия аффекта, дающего возможность суду соотнести его с внезапно возникшим сильным душевным волнением по смыслу ст. 107 и 113 УК РФ? 2) как соотнести с нормами уголовного права экспертный вывод о том, что эмоциональное состояние обвиняемого оказывало существенное влияние на его сознание и деятельность при совершении преступления?

Анализ 158 заключений КСППЭ, данных 34 допросов экспертов следователями и судами, а также 56 решений (определений) Судебной коллегии по уголовным делам (Президиума) Верховного Суда РФ за 1997-2014 годы, рассматривавших кассационные жалобы или протесты по делам, связанным с квалификацией ст. 107 или 113 УК РФ показал следующие варианты соотнесения экспертных выводов об эмоциональном состоянии обвиняемого с возможными правовыми последствиями.

1. «Подэкспертный не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими вследствие временного психического расстройства в виде патологического аффекта» – ст. 21 УК РФ «Невменяемость».

2. «Подэкспертный во время совершения инкриминируемого ему деяния находился в состоянии физиологического или кумулятивного аффекта» – квалификация одного из элементов привилегированных составов преступления по ст. 107 (Убийство, совершенное в состоянии аффекта) или ст. 113 (Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта) УК РФ.

3. «Подэкспертный во время совершения инкриминируемого ему деяния находился в эмоциональном состоянии (возбуждения, напряжения), которое оказало существенное влияние на его сознание и поведение и ограничило способность к осознанно-волевой регуляции своих действий»:

- при наличии признаков внезапности возникновения эмоционального состояния и спровоцированности его действиями потерпевшего – квалификация одного из элементов привилегированных составов преступления по ст. 107 или ст. 113;

- при отсутствии признака внезапности и диагностике влияния на ограничение способности к осознанно-волевой регуляции своих действий пограничного психического расстройства – ст. 22 УК РФ (Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости);

- при отсутствии признака внезапности – возможность использования ч. 2 ст. 61 УК РФ («При назначении наказания могут учитываться в качестве смягчающих и обстоятельства, не предусмотренные частью первой настоящей статьи»).

4. «Подэкспертный во время совершения инкриминируемого ему деяния не находился в состоянии аффекта или ином эмоциональном состоянии (возбуждения, напряжения), которое оказывало существенное влияние на его сознание и поведение» – подлежит уголовной ответственности на общих основаниях.

Таким образом, диагностика экспертом-психологом разных видов эмоциональных состояний обвиняемого (патологического аффекта, физиологического и кумулятивного аффекта, существенного влияния эмоционального состояния обвиняемого на его криминальные действия) имеет неоднородные уголовно-правовые последствия.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ УГОЛОВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Сергеева Ю.В., Мокшанова С.В., Анцыферова О.А.

Пенза

ОПБ им. К.Р. Евграфова

Обобщенное экспертное описание своеобразия внутренней психологической структуры личности обвиняемого (подозреваемого) имеет важное юридическое значение. Оно может быть использовано судом при анализе и оценке непосредственных мотивов противоправных деяний, поскольку конкретно-ситуационные мотивы являются выражением устойчивых мотивационных направленностей личности, ее установок.

Целью настоящей работы является рассмотрение некоторых методологических и диагностических аспектов проблемы индивидуально-психологических особенностей лиц, совершивших правонарушения против жизни и здоровья других граждан, в рамках проведения амбулаторных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз на основании экспериментально-психологических исследований.

В данном психологическом исследовании изучались особенности личности преступников, в частности агрессивность; выдвигалась гипотеза о том, что личностям с доминирующим свойством агрессивности более свойственно совершать преступления против жизни и здоровья граждан.

Методы исследования необходимо было подобрать таким образом, чтобы их можно было использовать в условиях ограниченного времени и места, они должны были быть небольшими по объему и адаптированными для российского населения, валидны и надежны. В ходе проведения исследования применялись методы: 1) опрос по нескольким шкалам анкеты**:** пол, возраст, семейное положение, образование, профессиональную принадлежность, род занятий, социальное положение, наличие судимостей, отношении испытуемых к алкоголю и наркотикам и проч.; 2) Индивидуально-типологический опросник (ИТО – Собчик Л.Н.), 3) Модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера; 4) стандартные патопсихологические методики (заучивание 10 слов, сравнение понятий, исключение 4-го и др.).

Среди экспертиз, которые проводятся в отделении амбулаторной СПЭ ОПБ им. К.Р. Евграфова г. Пензы, экспертизы по 105 ст. УК РФ (умышленное убийство) и 111 ст. УК РФ (тяжкие телесные повреждения) составляют около 25% Психологом в рамках данного исследования были обследованы 32 подэкспертных (27 мужчин и 5 женщин). Выборка данных 32 подэкспертных была случайной.

По результатам обследования можно сделать некоторые выводы:

1. Правонарушения против жизни и здоровья граждан чаще совершают мужчины, средний возраст которых – 30-32 года. Это лица с невысоким уровнем образования, преимущественно холостые или разведенные, не поддерживающие теплых отношений со своими детьми. Они не имеют постоянного места работы, каких-либо социально одобряемых увлечений или занятий, в большинстве своем злоупотребляют спиртными напитками. Чаще совершают правонарушения лица, ранее уже судимые, причем, первые судимости отмечены в молодом возрасте.

2. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение методик ИТО и Модифицированного восьмицветового тесла Люшера в рамках проведения амбулаторных КСППЭ дает возможность достаточно надежно диагностировать некоторые ведущие свойства личности подэкспертных. Результаты по использованным методикам хорошо корреллируют между собой и с теми сведениями, которые были получены из психо-

логической беседы и характеризующих материалов уголовных дел.

3. По результатам экспериментально-психологического исследования индивидуально-психологических особенностей среди лиц, совершавших правонарушения против здоровья и жизни граждан, выделены 2 доминирующих типа: спонтанно-агрессивные (возбудимые) и ригидные личности.

4. Обследованные подэкспертные, совершившие правонарушения против жизни и здоровья граждан, в целом имели внутренние механизмы к сглаживанию, компенсации своего агрессивного поведения в момент правонарушения, и определяющим было не то, насколько у них была выражена такая черта личности как агрессивность, а иные причины – в том числе, их нравственные качества, ценностные ориентации, состояние алкогольное опьянения и проч. Таким образом, первоначальная гипотеза была подтверждена лишь частично.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Симбирцев А.А., Макушкина О.А., Березкин А.С.

Москва
ГКУЗ Психиатрическая больница №5 ДЗМ, ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность исследования. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, и методы ее медицинской профилактики являются одной из актуальных проблем и задач общей и судебной психиатрии.

Цель исследования – совершенствование стационарного принудительного лечения с учетом изменения клинико-социальных характеристик психически больных, совершивших опасные действия, находившихся на принудительном лечении в 1987 и 2012 гг.

Материал и методы. Объектом исследования являлись 400 больных, совершивших общественно опасные деяния (ООД) и находившихся на стационарном принудительном лечении в ГКУЗ «Психиатрическая больница №5» ДЗ г. Москвы. В соответствии с целью исследования было выделено две группы: первая – 200 больных, поступивших на принудительное лечение в 1987 г., и вторая, включавшая 200 пациентов, находившихся на принудительном лечении в 2012 г. Выборку составляли пациенты мужского пола старше 18 лет, направленные судом на принудительное лечение в психиатрический стационар с различными типами наблюдения.

Методы исследования: Клинико-психопатологический, катамнестический и клинико-статистический методы. Первичные научные данные структурированы при помощи специально разработанной под задачи исследования эпидемиологической карты. Выбор временных промежутков (1987 г. и 2012 г.) определялся значимыми различиями социально-экономической ситуации в обществе, а также терапевтических подходов к ведению больных в эти периоды.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных о трудоспособности показал значительное число инвалидов по психическому заболеванию среди лиц, находящихся на принудительном лечении (41,0% в 1987 г. и 43,0% в 2012 г.). При этом обращает на себя внимание возросшее количество больных с неоформленной инвалидностью при нарушенной трудоспособности (с 29,0% в 1987 г. до 42,0% в 2012 г.). В результате проведенного сравнительного анализа установлено, что наиболее частыми были расстройства шизофренического спектра (шизофрения, хроническое бредовое расстройство), доля которых в 1987 г. и 2012 г. составила в 63,5% и 60% соответственно. На втором месте по частоте встречаемости находились «органические психические расстройства». Частота умственной отсталости была равна 4,0% в 1987 г. и 6,0% в 2012 г. ($p>0,05$). Синдромальная характеристика психического состояния больных в исследуемые периоды совершения общественно опасных действий изменилась за счет увеличения (в 1,5 раза) частоты встречаемости ($p<0,05$) галлюцинаторно-параноидного синдрома. Обращает на себя внимание установленный высокий уровень распространенности у больных злоупотребления и зависимости от ПАВ с изменением соотношения их видов в исследуемые периоды времени – снижением доли злоупотребления и зависимости от алкоголя и ростом злоупотребления наркотическими средствами. Установлен значительный рост числа противоправных действий насильственного характера. Так, рост доли убийств составил 2,5 раза (с 10,0% в 1987 г. до 25,0% в 2012 г.). Достоверно увеличилась доля корыстных правонарушений, связанных с насилием (с 8,5% в 1987 г. до 20,5% в 2012 г.). Существенно (с 2,0% в 1987 г. до 13,5% в 2012 г.) увеличилась частота правонарушений, связанных с приемом и/или распространением наркотических средств. При этом в структуре совершенных противоправных деяний уменьшилась ($p<0,05$) доля хулиганства (с 23,0% в 1987 г. до 4,5% в 2012 г.) и имущественных правонарушений (с 32,5% до 18,0%). Анализ социальных факторов риска у обследуемых больных в период, предшествующий совершению ООД, показал, что как в 1987 г., так и в 2012 г. превалировал такой фактор, как неблагоприятное социальное положение (91,5% и 88,5% соответственно). Вместе с тем, в 2012 г. чаще отмечались такие факторы риска, как неблагоприятные жилищные условия ($p<0,01$), вынужденная смена места жительства ($p<0,01$), утрата работы, угроза безработицы ($p<0,01$) отсутствие перспектив на будущее ($p<0,01$), конфликтные отношения в семье ($p<0,05$). Оценка особенностей психического состояния больных в период совершения противоправных действий проводилась нами с использованием принятой в судебной психиатрии научной концепции психопатологических механизмов ООД (Д.Р. Лунц; Мальцева М.М., Котов В.П.). Установлено, что в оба временных периода преобладали «негативно-личностные механизмы». Нами установлено значительное снижение доли «негативно-личностных» механизмов с 77,5% в 1987 г. до 62,0% в 2012 г. ($p<0,05$). Динамика «продуктивно-психотических» механизмов – тех случаев, когда ООД было обусловлено продуктивными психотическими проявлениями психического расстройства, имела обратный характер, в 2012 г. они были выявлены практически у каждого третьего пациента (38,0%) из числа обследованных. Сопоставление данных, характеризующих варианты продуктивно-психотических механизмов ООД, показало значимое ($p<0,05$) увеличение доли правонарушений по мотивам «бредовой мести» – с 7,0 до 18,0%. Проведенный сравнительный анализ характеристики «негативно-личностных» механизмов ООД выявил наличие определенных различий. Так, в 2012 г., по сравнению с 1987 г., у обследованных больных уменьшилась доля ООД, совершенных вследствие «интеллектуальной несостоятельности» ($p<0,05$), а также связанных с «эмоциональной бесконтрольностью» ($p<0,05$). Был отмечен рост распространенности психопатологических механизмов, связанных с «извращенностью и расторможенностью влечений», а также обусловленных «псевдосоциальной гиперактивностью» ($p<0,05$). Анализ результатов исследования показал высокий уровень коморбидности психических расстройств с различными соматическими заболеваниями у лиц, находящихся на принудительном лечении.

Выводы. 1) Результаты указывают на ухудшение социальной адаптации пациентов, находившихся на стационарном принудительном лечении, за 25-летний период, что выражается в увеличении количества больных, не имеющих постоянного места жительства, не работающих, не имеющих семьи; в увеличении доли пациентов с неоформленной инвалидностью при нарушенной трудоспособности.

2) Нозологическая структура больных, представлена в основном расстройствами шизофренического спектра и органическими психическими расстройствами. Увеличилась распространенность коморбидности имеющихся у больных тяжелых психических расстройств со злоупотреблением и зависимостью от наркотических средств.

3) В структуре психопатологических механизмов опасных действий психически больных наиболее распространенными являются негативно-личностные. Выявлен значительный рост распространенности продуктивно-психотических механизмов ООД со значительным увеличением частоты встречаемости галлюцинаторно-параноидного синдрома.

4) Рост распространенности продуктивных психотических расстройств в генезе общественной опасности психически больных может быть обусловлен недостаточной работой по диагностике обострений психических расстройств, применению недобровольных видов психиатрической помощи, несоблюдением принципов активного диспансерного наблюдения в отношении больных с риском опасного поведения.

5) Изменения криминологической характеристики больных, проявились увеличением ($p<0,05$) количества пациентов, совершивших противоправные действия, направленные против личности: убийства (в 2,5 раза – до 25,0% в 2012 г.); корыстные правонарушения, связанные с насилием (до 20,5% в 2012г.); иные деликты, направленные против личности (до 17,5% в 2012 г.). Увеличилась частота правонарушений, связанных с приемом и/или распространением наркотических средств (до 13,5% в 2012 г.). Рост опасных действий, направленных против личности (прежде всего убийств), может быть обусловлен тем, что в их генезе значительно увеличилась доля продуктивно-психотических механизмов, галлюцинаторно-бредовой симптоматики.

6) Увеличилась частота выявления сердечно-сосудистых заболеваний и гепатитов, туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Рост распространенности сопутствующей соматической патологии отражается на переносимости психотропных препаратов, что приводит к снижению эффективности терапии и удлинению сроков принудительного лечения.

ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СУДЕБНЫХ СПОРАХ, СВЯЗАННЫХ С РЕШЕНИЕМ ВОПРОСОВ О ВОСПИТАНИИ РЕБЕНКА ПРИ РАЗДЕЛЬНОМ ПРОЖИВАНИИ РОДИТЕЛЕЙ

Смирнова Т.Г., Колоколова Т.А., Каменева М.А.

Санкт-Петербург
СПб ГКУЗ ГПБ №6 (стационар с диспансером),
СПбГУ

В последние годы все больше детей становятся объектом судебных споров между родителями, не пришедшими к соглашению по вопросу определения места жительства детей и их воспитания, а также по вопросу определения порядка общения ребенка с отдельно проживающим родителем. Оценка отношения ребенка к каждому из родителей является центральным вопросом при проведении комплексных психолого-психиатрических экспертиз в рамках Семейного законодательства и одним из существенных оснований при определении судом места проживания ребенка с тем или иным родителем, порядком общения с ними после родительского развода (ч. 3 ст. 65 СК РФ). Привязанность к родителям и наличие позитивных детско-родительских взаимоотношений являются необходимым условием нормального психического и психологического развития ребенка. В норме, ребенок и после развода сохраняет любовь и привязанность к обоим родителям, в то время как «ситуацию, при которой ребенок утрачивает позитивное отношение к одному из родителей, с клинико-психологической точки зрения следует рассматривать как аномальную и создающую риск нарушений психического развития ребенка» (Сафуанов Ф.С., Харитонова Н.К., Русаковская О.А., 2011).

Практика производства судебно-психологических и психолого-психиатрических экспертиз при решении вопросов, касающихся интересов ребенка, показывает, что указание на негативное отношение ребенка к проживающему отдельно родителю, а также ссылка на отрицательное влияние отдельно проживающего родителя на ребенка – частый и, как кажется, весомый аргумент истцов (ответчиков) в судебных спорах, нередко подкрепляемый таким доказательством как «Заключение специалиста» (психолога, психиатра, невролога и т.д.). Как правило, подобные заключения содержат указания на наличие у ребенка расстройств невротического уровня (энурез, тики, фобии, психосоматические проблемы, нарушения поведения в форме капризности, тревожности и пр.), появление и/или усиление которых нередко связывается с фактами общения ребенка с отдельно проживающим родителем.

Наш опыт анализа материалов гражданских дел и рецензирования экспертных заключений свидетельствует, что категоричные выводы привлеченных специалистов о существующих детско-родительских отношениях зачастую строятся на основании информации, полученной лишь от того родителя, с которым на момент обследования проживает ребенок; сведениях, сообщаемых самим ребенком в беседе; результатах выполнения ребенком и одним из родителей тестовых заданий. Исследование взаимоотношений ребенка и взрослого путем организации их совместной деятельности – игры как модели реального взаимодействия родителя и ребенка – используется редко.

С целью выявления механизмов формирования и особенностей проявления негативного отношения ребенка к отдельно проживающему родителю были проанализированы 90 (41 судебно-психологических и 49 комплексных психолого-психиатрических) экспертных заключений, выполненных в СПб ГКУЗ «ГПБ№ 6 (стационар с диспансером)» за период 2007-2014 гг. В рамках указанных экспертиз было обследовано 118 детей и 186 взрослых. В 8 случаях у одного из родителей было подтверждено наличие психического заболевания в соответствии с критериями МКБ-10 (F10, F11, F07, F20, F21, F31, F61). Возраст детей от 3 до 17 лет, преобладающая возрастная категория 5-10 лет (85 детей). При обследовании были выявлены следующие варианты отношения ребенка к отдельно проживающему родителю: позитивное, недифференцированное (безразличное), амбивалентное (противоречивое), негативное. Исследовалась динамики отношения ребенка к отдельно проживающему родителю непосредственно в процессе производства экспертизы. Установлено, что у 60 детей из 118 (50,8%) позитивное отношение к отдельно проживающему родителю сохранилось и после развода родителей. Позитивные отношения отличались стабильностью и не менялись в процессе проведения экспертизы. Недифференцированное (безразличное) отношение к родителю встречалось крайне редко – 3 случая (2,5%) – и было связано с отсутствием воспоминаний об отдельно проживающем родителе в результате длительной сепарации. Признаки негативного отношения к отдельно проживающему родителю прослеживались в высказываниях и поведении 55 детей (46,6%). В 25 из этих 55 случаев (т.е. у 45,5% детей) произошла трансформация негативного отношения на позитивное, что проявилось в быстром налаживании контакта между ребенком и родителем в процессе игровой деятельности, в позитивных эмоциях ребенка от взаимодействия с этим родителем, в стремлении ребенка продолжить общение с родителем после завершения игры и даже после проведения

экспертизы. Та или иная степень проявления негативного отношения к родителю сохранилось у 30 детей (54,5%), при этом только в 7 случаях фиксировалось остро негативное отношение ребенка с полным отказом от контакта с родителем, что сопровождалось интенсивными неотреагированными чувствами обиды, гнева, злости к родителю. В остальных случаях эксперты отмечали, что позитивные изменения во время игры с отвергаемыми родителями были, но они носили характер кратковременных, легко сменялись напряженностью, тревогой, часто сопровождались выдвижением со стороны ребенка условий для возможности продолжения общения (например, только в присутствии или с разрешения другого родителя).

Также обнаружились возрастные закономерности негативного отношения детей к отдельно проживающему родителю: в возрасте 5-7 лет у детей чаще фиксируется амбивалентное отношение с легкостью восстановления контакта с родителем в процессе моделирования экспертами совместной деятельности; негативное отношение к родителю детей 9-14 лет отличается стойкостью, сопровождаются упрямством, негибкостью и максимализмом установок.

Проведенный анализ экспертного материала позволяет сформулировать следующие выводы:

1. Обязательность экспертного исследования всех заинтересованных и указанных в постановлении о назначении экспертизы лиц: обоих родителей, ребенка и сиблингов.

2. В случае отсутствия одного из родителей целесообразен отказ от экспертной оценки вопросов, касающихся межличностных взаимоотношений ребенка и отсутствующего родителя.

3. Считаем обязательным включение этапа совместной деятельности ребенка с каждым из родителей. Высказывания ребенка о его негативном отношении к отдельно проживающему родителю или высказывания одного из родителей о негативном влиянии другого родителя на ребенка не являются достаточным основанием для отказа экспертов от попыток организации этапа моделирования совместной деятельности, при условии внимательной оценки экспертами эмоционального состояния ребенка в момент экспертизы и гибкости в подборе приемов организации совместного общения ребенка и взрослого.

4. Обязателен учет возрастного фактора при выборе методов экспертного исследования. Игра, являясь ведущей деятельностью детей дошкольного и младшего школьного возраста, представляется наиболее подходящим методом исследования, позволяющим выявить спонтанные истинные привязанности ребенка и оценить его взаимоотношения с родителями. Также совместная игра позволяет делать выводы об индивидуально-психологических особенностях взрослого, и о том, как эти особенности проявляются при осуществлении им родительских функций. Кроме того, даже в рамках экспертного исследования совместная игра обладает определенным психокоррекционным эффектом, помогая ребенку отреагировать негативные эмоции к родителю, снизить уровень эмоционального напряжения и стать базой для восстановления контакта.

5. Стойкое негативное отношение ребенка к отдельно проживающему родителю, при котором эмоциональные и поведенческие реакции ребенка соответствуют его высказываниям, сопровождается отказом от контакта с родителем в период экспертизы либо этот контакт носит напряженный характер, является крайне неблагоприятным фактором риска развития эмоциональных и поведенческих нарушений у ребенка.

ДИНАМИКА НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИНУДИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ У ПСИХИАТРА В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Степанова Э.В., Макушкина О.А., Диденко А.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность исследования. Успешное исполнение амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ) в отношении осужденных, отбывающих уголовное наказание в местах лишения свободы, зависит от решения актуальных организационно-правовых и клинических задач, связанных с данной мерой уголовно-правового характера. На сегодняшний день отсутствует подробное и непротиворечивое законодательное регулирование АПНЛ (Макушкина О.А., Полубинская С.В., 2014). В соответствии с действующим Уголовным кодексом порядок исполнения принудительных мер медицинского характера (ПММХ) должен устанавливаться уголовно-исполнительным законодательством РФ и иными федеральными законами, однако на сегодняшний день это предписание уголовного закона фактически остается не реализованным. Другим аспектом указанной проблемы является необходимость формирования оптимальной модели реализации ПММХ в учреждениях исполнения наказания, обеспечивающей качество оказания психиатрической помощи, а также эффективную профилактику рецидивов преступлений. Важным при этом является понимание особенностей нозологической структуры психических расстройств у лиц, содержащихся в местах лишения свободы и находящихся на АПНЛ, во многом определяющих потребность в финансовых и кадровых ресурсах, необходимых для исполнения ПММХ, соединенных с исполнением уголовного наказания.

Цель исследования. Изучить нозологическую структуру и распространенность психических расстройств у осужденных, с целью последующего формирования оптимальной модели организации АПНЛ у лиц, отбывающих уголовное наказание в местах лишения свободы.

Задачи исследования. Проанализировать структуру психических расстройств у осужденных за период с 2008-2013гг., выделив из нее лиц, которым решением суда назначено АПНЛ. Определить основные тенденции применения АПНЛ в РФ в отношении осужденных, отбывающих уголовное наказание в местах лишения свободы.

Материал исследования. Данные статистических отчетов по нозологической структуре психических расстройств у осужденных; сведения о лицах, находящихся на АПНЛ, полученные со всех территориальных органов ФСИН России за период с 2008 по 2013 гг.

Методы исследования: клинико-эпидемиологический, статистический.

Результаты исследования и обсуждение. На начало 2014 года из 682 тысяч осужденных, находящихся в местах лишения свободы, 122 148 человек имели диагноз психического расстройства (F 00-99 по МКБ 10). Это составляло порядка 18,0% от общего числа осужденных. Распространенность психических и поведенческих расстройств в исправительных учреждениях УИС значительно превышает соответствующий показатель в целом по России, что объясняется высокой концентрацией лиц с асоциальной направленностью поведения, имеющих зависимость от психоактивных веществ, большая часть из которых ранее (до совершения правонарушения) не обращалась за помощью и никогда не находилась под наблюдением психиатра, либо психиатра-нарколога.

В связи с тем, что лица с тяжелыми психическими расстройствами на этапе судебно-психиатрических экспертиз и судебного разбирательства признаются невменяемыми и освобождаются от уголовной ответственности, нозологическая характеристика психических расстройств у осужденных в местах лишения свободы существенно отличается от популяционных показателей. Наиболее распространенными среди них являются: психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (56,4%), органические психические расстройства (15,1%), расстройства личности (11,1%) и умственная отсталость (9,0%). За последние годы произошло уменьшение числа осужденных, находившихся на АПНЛ, что пропорционально сокращению количества лиц, содержащихся в местах лишения свободы. Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях в 2013 г. исполнялось в отношении 863 больных, что значительно меньше аналогичного показателя за 2008 г. (2021 человек) и обусловлено уменьшением количества приговоров судов с назначением, наряду с наказанием, АПНЛ.

Проведенный сравнительный анализ нозологической структуры лиц, находящихся на АПНЛ в учреждениях УИС, выявил ее существенные изменения. В 2008 г. среди этой категории пациентов преобладали лица с умственной отсталостью (62,7%). В 2013 г. их доля сократилась до 15,3% с пропорциональным ростом распространенности расстройств личности (с 22,1% в 2008 г. до 63,8% в 2013 г.). Указанная динамика, по-видимому, является следствием не только изменения практики назначения судами АПНЛ, соединенного с исполнением наказания, но и переосмысления экспертных квалификаций в смысле «ограниченной вменяемости» в отношении названных нозологий.

Установленные особенности нозологической структуры пациентов, находящихся на АПНЛ в учреждениях УИС, с преобладанием расстройств личности (рисунок 2), определяют характер лечебно-реабилитационной работы, значимыми составляющими которой должны являться комплексный подход с обязательным применением, кроме психофармакотерапии, индивидуальной и групповой психологической коррекции.

С учетом наличия в пенитенциарных учреждениях большого числа лиц с зависимостью от психоактивных веществ, а также высокой ее распространенности у больных, находящихся на АПНЛ, работа по преодолению зависимого поведения с формированием установки на отказ от употребления ПАВ имеет особое значение, в том числе с позиций профилактики рецидива противоправного поведения.

Кроме этого, важной составляющей обеспечения эффективности исполнения АПНЛ является разработка ведомственного регламента, определяющего круг ответственных специалистов, последовательность их работы и механизм оценки ее качества в медицинских организациях УИС. Важным аспектом данной работы является развитие межведомственного взаимодействия между ФСИН России и медицинскими организациями Минздрава России, оказывающими психиатрическую помощь, в отношении лиц, в период заключения находившихся на АПНЛ.

АЛКОГОЛИЗАЦИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ

Стукалова Н.А., Белевитина Н.А., Казакова Е.Ю.

Тамбов

ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Наличие тесных связей между антиобщественным поведением и зависимостью является общепризнанным фактом и не нуждается в дополнительном обосновании. В.А. Гурьева и В.Я. Гиндикин (1980), изучавшие различные контингенты подростков с отклоняющимся поведением («трудные школьники», состоящие на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, учащиеся спецшкол и воспитанники колоний), установили, что чем тяжелее обследованный контингент, тем больше распространены в нем пьянство и зависимость от ПАВ.

Большинство исследователей рассматривают подростковую алкоголизацию в качестве одной из форм отклоняющегося поведения, которая обычно сочетается с другими его вариантами (отказ от учебы, нарушение общественного порядка, криминальность и т.д.). Согласно данным сравнительного анализа по заключениям комплексных психолого-психиатрических экспертиз проведенных в ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» (за последние 5 лет) данная закономерность прослеживается в 83% случаях. В.А. Гурьева и В.Я. Гиндикин отмечают, что развитию алкоголизма у несовершеннолетних, как правило, предшествует период антиобщественного поведения. Дурная компания и криминальность – проявление тех поведенческих расстройств, «в ряду которых равнозначной составляющей стоит и алкоголизация».

Начало систематической алкоголизации несовершеннолетних обычно приходится на возраст 11-12 лет (Буторина Н.Е., Мовчан Н.Г., Казаков В.С., Рыбакова Л.П., 1978; Шурыгин Г.И., 1981). Данный факт находит подтверждение и в нашей практике. Алкогольная зависимость у юношей формируется в 3-4 раза быстрее, чем у лиц зрелого возраста, что объясняется незрелостью организма и его нервной системы, бурным ростом в период полового созревания, ограниченностью физиологической способностью к увеличению продукции андрогенов, повышенной внушаемостью по отношению к агрессивной рекламе алкогольной продукции (Гиндикин В.Я., Макушкин Е.В., 2007).

Большая роль в генезе алкоголизации, как и других форм отклоняющегося поведения, придается преморбидным особенностям. Как показывает практика, алкогольная зависимость чаще возникает у несовершеннолетних с чертами психической незрелости, на фоне дисгармонического инфантилизма, у повышенно внушаемых подростков, не имеющих выраженных интеллектуальных интересов, а также на фоне выраженной резидуально-органической патологии, при наличии церебрастении или же на основе конституциональной психопатии. Также в генезе подростковой алкогольной зависимости придается значение низкому интеллектуальному развитию (Гофман А.Г., Нижниченко Т.Н., 1982; Соцевич Г.Н., 1982 и др.), нравственно-этическим дефектам (Муратова И.Д., Сидоров П.И., Ишенков Н.С. и др., 1982), «неразвитости нравственных представлений и социальных чувств» (Найденов О.Ф., 1982). Социально-психологические дефекты личности подростков, злоупотребляющих алкоголем, отмечает И.Н. Пятницкая (1988). Среди прочих факторов, содействующих алкоголизации, она упоминает неблагоприятное влияние микросреды и отсутствие медико-педагогической коррекции в отношении подростков, которые в ней нуждаются.

Алкоголизация утяжеляет динамику расстройств, на фоне которых она возникла, выполняя патогенетическую или патопластическую роль. У подростков с легкой степенью дебильности под ее влиянием усугубляется степень интеллектуальной недостаточности, особенно страдают память и эмоциональная сфера. Уже на ранних стадиях алкоголизация утяжеляет клинику психопатий (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980; Деларю В.В., 1982). Многочисленные исследования показывают, что алкоголизация у несовершеннолетних резко ухудшает клиническую динамику и других заболеваний. При наличии психической патологии она вырабатывает отрицательный жизненный стереотип, который служит источником повышенной социальной опасности. Эти положения подтверждаются и собственными наблюдениями.

В случаях, когда, алкогольная зависимость уже сформировалась, выраженность абстинентных явлений нередко достигает большой интенсивности. Подростки неоднократно

совершают дерзкие преступления, чтобы достать деньги для приобретения спиртного, которое немедленно выпивалось, что является показателем большой тяжести абстинентных расстройств. Обычным явлением становится неоднократный прием алкоголя в течение суток, утрата ситуационного контроля, выраженная дезадаптация. В ходе проведенных экспертиз у них выявлялись также интеллектуально-мнестические расстройства, общее снижение психической активности, психопатоподобные проявления. Кроме того систематическая алкоголизация оказывает мощное деморализующее влияние на формирующуюся личность подростка. Злоупотребление алкоголем фактически делает подростка неспособным к занятиям в учебных заведениях, подавляет у него выработку трудовых навыков, содействует формированию склонности к праздному времяпрепровождению, к паразитизму. Достаточно часто подростки, длительное время пребывающие без определенных занятий, систематически употребляют в больших дозах алкоголь. Наличие связи между праздным времяпрепровождением и массивной алкоголизацией очевидно.

Таким образом, очень важным, в том числе и при проведении судебно-психиатрических (комплексных психолого-психиатрических) экспертиз представляется своевременная диагностика зависимости от алкоголя у несовершеннолетних правонарушителей для принятия своевременных мер, направленных на лечение и реабилитацию.

ЭКСПЕРТНЫЕ МОДЕЛИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ткаченко А.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Основной смысл реформ законодательства в части, затрагивающей предмет судебно-психиатрических экспертиз, заключается во все возрастающих требованиях по дифференцированному регулированию прав лиц с психическими расстройствами. Из этого вытекает необходимость в дифференцированной экспертной оценке психических расстройств с выявлением сохранных и нарушенных юридически релевантных способностей, что, в свою очередь, подразумевает прицельное клиническое разграничение в соответствии с различными экспертными задачами. Одной из наиболее наглядных в этом смысле моделей стала экспертиза уголовно-процессуальной дееспособности в силу изменений в законодательстве (федеральный закон № 323-ФЗ «О внесении изменений в уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» 29.11.2010 г.), закрепивших права лиц, в отношении которых ведется судебное производство о применении принудительной меры медицинского характера. Такому лицу должно быть предоставлено право лично осуществлять принадлежащие ему процессуальные права, если это позволяет ему его психическое состояние (ч.1 ст.437 УПК).

На сегодняшний день экспертиза обвиняемого связана с выполнением целого ряда самостоятельных экспертных заданий (оценка вменяемости, уголовно-процессуальной дееспособности, способности к даче показаний, потенциальной опасности, выбор мер медицинского характера). Каждое из них, во-первых, подразумевает особый алгоритм решения, основанный на своей логико-методологической и методической базе. Во-вторых, становятся возможными неоднозначные ответы в силу разноуровневых требований к степени сохранности психической деятельности из-за несовпадения юридических критериев разных правовых категорий. Наконец, вариативность экспертных оценок может обусловливаться динамикой психического расстройства: исследование 92 подэкспертных, страдающих шизофренией, показало, что у многих больных клиническая картина во время совершения инкриминируемого деяния существенно отличается от состояния в период проведения судебно-психиатрической экспертизы, что обусловливает принципиальную невозможность единообразного обоснования вменяемости/невменяемости и уголовно-процессуальной дееспособности.

Дименсионально ориентированный анализ психических нарушений у обвиняемых, страдающих шизофренией, показал, что каждый из психопатологических кластеров вносит свой вклад в обоснование юридического критерия уголовно-процессуальной недееспособности. Позитивные расстройства ведут к проекции патологических переживаний на судебно-следственную ситуацию; негативные (аутизация, эмоциональное обеднение) определяют безучастность к процессуальным действиям, а стенический дефект – парадоксальность и противоречивость решений; дезорганизация связана с нарушениями смыслообразования с выраженным субъективизмом происходящего в процессе судопроизводства; аффективные расстройства определяют неустойчивость защитной позиции вследствие депрессивно-тревожного или гипоманиакального аффекта; наконец, когнитивный дефицит (неустойчивость внимания, замедленная переключаемость и т.д.) нарушает последовательность деятельности по своей защите. Между тем, выявляемые подобным образом взаимосвязи между клиническими характеристиками и параметрами юридически релевантного поведения представляют собой разрозненные факты, способные играть роль хотя и ценных, но всего лишь промежуточных по своей экспертной значимости результатов исследования.

Любой самый детальный анализ клинической картины не содержит в непосредственном виде информации об экспертном ответе, достижимом только при сопоставлении психопатологических данных с юридическим (психологическим) критерием, который является обобщенным выражением существующих представлений о произвольной саморегуляции применительно к конкретной юридически значимой деятельности. Согласно современным взглядам, выделяются мотивационный (смысловой) и операционально-технический уровни саморегуляции, существующие в строгой иерархической взаимосвязи. Высший мотивационный связан с содержанием деятельности и организацией общей ее направленности при помощи сознательного управления. Операционально-технический отражает формальную организацию действия и включает такие звенья как планирование, моделирование, программирование, оценивание результатов своих действий и их коррекцию (этапы целеполагания и целедостижения). С этой точки зрения любой юридический критерий может быть раскрыт через две фундаментальные характеристики деятельности – предметности и осмысленности (осознанности), которым соответствуют и две формы ее регуляции: а) интенциональной стороне деятельности (связанной со смысловым содержанием) соответствует смысловая регуляция – согласование целей и средств деятельности с мотивами, потребностями, ценностями и установками; б) операциональной (целевой) стороне соответствует предметная регуляция – обеспечение адекватности операциональных характеристик деятельности особенностям ее предмета (объекта).

Максимально приближенной к этой стратегии экспертного анализа остается феноменологическая диагностика с выделением в качестве приоритетной оценочной категории синдрома. Последний не только отражает устойчивые свойства и характеристики актуального состояния, но и является показателем качества психического расстройства, нарушающего процесс формирования значений и личностных смыслов либо способствующего его распаду.

Деятельностный подход позволяет проводить требуемые разграничения внутри юридического критерия. Так, при оценке уголовно-процессуальной дееспособности (спо-

собности понимать значение уголовного судопроизводства и совершать действия, направленные на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей) становится возможным обоснованное выделение помимо полной также и «ограниченной» процессуальной дееспособности (в свете ст.51 УПК РФ, которая регламентирует обязательное участие защитника в уголовном судопроизводстве в случаях, когда «подозреваемый, обвиняемый в силу физических или психических недостатков не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту»).

Исследование показало, что у больных, соответствующих категории «ограниченной» процессуальной дееспособности, смысловой уровень регуляции деятельности сохранен. У них, однако, нарушен либо целевой уровень, либо уровень целедостижения при регуляции юридически значимой деятельности, хотя механизмы этих нарушений различны в зависимости от преобладания тех или иных психопатологических расстройств. В зависимости от механизмов нарушения структуры деятельности различной представляется и роль защитника, от которого требуется восполнение нарушенных вследствие психических недостатков юридически значимых способностей.

Таким образом, единство медицинского и юридического критериев различных юридически значимых способностей реализуется через сопоставление сохранных и нарушенных психических процессов со структурой сохранных и нарушенных звеньев в структуре целостной деятельности, выраженной через конкретный юридический (психологический) критерий. Оптимальной основой для этого является дифференцированный подход, интегрирующий дименсиональную оценку клинической картины со структурно-динамическим анализом (выделением ведущего синдрома).

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ФЕНОМЕНА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ЭКСПЕРТИЗ В РАМКАХ СЕМЕЙНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Туркова Н.А.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

В последние годы в России увеличивается количество судебных споров об определении места жительства детей при раздельном проживании родителей, а также порядка общения ребенка с отдельно проживающим родителем. Необходимость выявления судом в подобных спорах психологических аспектов, оказывающих влияние на обеспечение ребенку условий воспитания и развития в ситуации раздельного проживания родителей, определяет растущий запрос на проведение психологических, комплексных психолого-психиатрических экспертиз (ст.ст. 65, 66 СК РФ). Основной целью экспертизы в рамках Семейного законодательства является определение психологических интересов ребенка в рамках актуального судебного спора межу родителями. Для реализации данной цели психолог-эксперт исследует индивидуально-психологические особенности всех членов семьи, выявляет особенности детско-родительских взаимоотношений. В силу естественной возрастной незрелости каждый ребенок в той или иной степени подвержен психологическому влиянию со стороны родителей. Психологическое влияние – важный аспект родительского воспитания, который в рамках бракоразводного процесса может приобретать как конструктивную, так и деструктивную направленность. При производстве судебно-психологической экспертизы психологическое влияние является важной экспертной категорией. Психологическое индуцирование, вовлечение в родительский конфликт с фиксацией негативного отношения к одному из родителей оказывают негативное влияние на психическое развитие ребенка. Наряду с этим психологическое влияние, как экспертная категория, является недостаточно теоретически разработанной, отсутствует единый методологический подход к ее констатации и выявлению глубины деструктивного воздействия на психику ребенка. В ходе производства «семейной экспертизы» целесообразно констатировать направленность, вид, характер влияния родителя на ребенка. Так, психологическое воздействие может носить как преднамеренный, так и непреднамеренный характер, быть направленным на формирование негативного отношения ребенка к другому родителю, либо не иметь четкой цели, и, по сути, являться способом утверждения собственной эгоцентричной позиции посредством отреагированием негативных эмоций в контакте с ребенком. Влияние может иметь различную природу, как психологическую, так и психопатологическую, для констатации последней требуются специальные познания в области психиатрии, что в свою очередь определяет необходимость назначения и проведение комплексной психолого-психиатрической экспертизы. Таким образом, экспертная категория деструктивного влияния родителя на ребенка является сложным, многогранным феноменом. Единый экспертный подход к выявлению деструктивного влияния в настоящее время отсутствует. Актуальным остается вопрос определения психологических причин и механизмов формирования у ребенка негативного отношения к одному из родителей. На практике трудно отграничить базовое негативное воздействие самой конфликтной ситуации между родителями на психику ребенка от намеренного манипулирования ребенком одним из родителей. Следует отметить, что преднамеренное влияние всегда имеет конкретную цель (мотив родителя, осуществляющего воздействие), в то время как непреднамеренное влияние имеет только причину (наличие деструктивного влияния высококонфликтных взаимоотношений между родителями). Результат психологического влияния зависит не только от силы воздействующего фактора или конкретного лица, но и индивидуально-психологических особенностей самого ребенка (наличие повышенной внушаемости, ведомости, степени развития волевых и интеллектуальных способностей, коммуникативных навыков, эмоциональной устойчивости и т.д.). Практический опыт показывает, что суд нередко формулирует вопрос о наличии намеренного воздействия на ребенка со стороны одного из родителей, это же основание кладется в основу последующего рецензирования уже проведенных экспертиз. Тем не менее, обоснование наличия намеренного воздействия одного из родителей на ребенка в условиях отсутствия единого экспертно-диагностического подхода к диагностике данного феномена является крайне сложной задачей. В настоящее время специальные методы диагностики отсутствуют, используется базовый экспертный подход – изучение материалов гражданского дела, метода наблюдения, общая констатация характера детско-родительских отношений.

ОБ УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ НЕДЕЕСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Усюкина М.В., Харитоненкова Е.Ю.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Реализация своих обязанностей и прав, как правило, затруднительна для больных эпилепсией в связи с наличием у них различных продуктивных и негативных психопатологических расстройств. В связи с этим эпилепсия может являться моделью, при которой исследование уголовно-процессуальной дееспособности представляет самостоятельный интерес.

Целью исследования является разработка критериев дифференцированной судебно-психиатрической оценки психических расстройств вследствие эпилепсии, влияющих на уголовно-процессуальную дееспособность (УПД) обвиняемых.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 лиц мужского пола, в возрасте от 18 до 58 лет, страдающих эпилепсией с длительностью заболевания от 11 до 30 лет, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

Результаты исследования. Первым этапом оценки уголовно-процессуальной дееспособности был анализ клинической картины заболевания с выделением когнитивных, продуктивных и негативных психопатологических расстройств.

Когнитивные расстройства, выявленные у обследуемых больных, включали нарушения: внимания: истощаемость психических процессов (94%), замедленное переключение (застреваемость внимания) (86%), отвлекаемость внимания (20%); мышления: замедленность и конкретность (100%); трудности абстрагирования (90%); нарушения операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщений (90%) и целенаправленности мышления (75%); нарушения динамического компонента мышления (тугоподвижность – 51%) и мотивационной стороны мышления (55%) в виде разноплановости, резонерства; памяти: ослабление способности к запоминанию (94%), нарушения долгосрочной (80%) и кратковременной (74%) памяти.

Негативные расстройства включали: эмоционально-волевые расстройства: лабильность с эксплозивностью (80%), снижение интенсивности эмоций (46%), нарушения адекватности эмоций (29%); снижение уровня и регресс личности (54%); патохарактерологические особенности: эксплозивные в виде брутальности, агрессивности (97%), жестокости (77%); эпилептоидные: полярность аффекта, обидчивость (97%), злопамятность (91%), мстительность (80%) эгоцентризм (86%); паранойяльные (прямолинейность (58%), придирчивость (91%), недоверчивость и подозрительность (83%).

Позитивные нарушения были представлены психотическими расстройствами, преимущественно галлюцинаторно-бредовой структуры (26%); аффективными нарушениями с преобладанием дисфорических состояний (69%)

На втором этапе для установления механизмов нарушения юридического критерия процессуальной дееспособности проводилось сопоставление особенностей клинической картины заболевания с различными вариантами поведения подэкспертных на всех этапах судебно-следственной ситуации со степенью осознания своего процессуального положения. Юридический критерий включает два компонента – интеллектуальный, представленный двумя признаками (понимание характера и значения уголовного судопроизводства и своего процессуального положения) и волевой.

Для 20% подэкспертных было недоступно понимание даже характера юридически значимых событий. В силу выраженного интеллектуального дефицита, сугубой конкретности и непродуктивности мышления, выраженного снижения как кратковременной, так и долговременной памяти, обследуемые не могли воспринимать юридически значимые события. Практически у всех подэкспертных (94%) было нарушено понимание значения юридически значимых событий. У 26% обследуемых это было связано с наличием психотической симптоматики, что проявлялось проекцией патологических переживаний на конкретную судебно-следственную ситуацию с искажением смысла воспринимаемых событий, изменением самосознания, бредовой интерпретацией событий. Большая часть обследуемых (91%) формально оценивали суть предъявленного обвинения, но возможные последствия для себя, связанные с этим обвинением, понимали не полностью. Нарушение понимания значения юридически значимых событий было также обусловлено нарушениями операциональной стороны мышления. Свой статус обвиняемого больные понимали поверхностно, осведомленность в конституционных правах и основных законодательных понятиях, целях и последствиях экспертизы были формальны. Понимание значения юридически значимых событий было также нарушено в связи с отмеченными у обследуемых лиц специфическими эпилептоидными патохарактерологическими особенностями, прежде всего выраженным эгоцентризмом. В результате так называемого «эгоцентрического сужения» больным становится недоступным понимание переживаний других людей, а также соотнесение личностного смысла событий с общепринятой системой ценностей.

Нарушение волевого критерия, выявленное у всех обследуемых, было связано с различными психопатологическими состояниями. У ряда больных (23%) имела место патологическая защитная мотивация вследствие сверхценной, а иногда и бредовой убежденности в несправедливом отношении окружающих к их нуждам, ущемлении их прав. Однако, в связи с имеющимися у них когнитивными нарушениями в виде вязкости, ригидности, торпидности психических процессов вектор защитной деятельности был направлен только на восстановление тех мелких «бытовых» прав, в которых, по мнению самих больных, они были ущемлены, что обусловливало непродуктивность их защитной деятельности. У части больных (12%) выявленная неустойчивость мотивационных предпосылок к защите была обусловлена присущими им патохарактерологическими особенностями, что приводило к нарушению волевой регуляции поведения. У большинства обследуемых (65%) отмечалось снижение мотивационных предпосылок к защите. Вследствие присущего им снижения волевых побуждений они безразлично относились к судебно-следственной ситуации в целом, предъявленному им обвинению. Нарушение волевого критерия у всех больных было связано и с истощаемостью интеллектуальных процессов (94%), отвлекаемостью внимания (20%), что в сочетании с замедленностью, обстоятельностью, вязкостью и детализированностью мышления, выявленными у всех подэкспертных, нарушало способность к длительному волевому напряжению с быстро снижающейся продуктивностью любой деятельности и приводило к нарушению способности придерживаться выбранной линии защиты, затрудняло проведение процессуальных действий.

Заключение. Для экспертной оценки УПД недостаточно диагностического заключения, необходим анализ клинической картины с выделением ключевых симптомокомплексов, влияющих на конкретные механизмы нарушений интеллектуального и волевого критерия УПД. Наибольшее значение при этом имеют нарушения дефицитарного характера.

ЭКСПЕРТНЫЕ КРИТЕРИИ ПРИМЕНЕНИЯ СТ. 22 УК РФ У ЛИЦ С АТИПИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПТСР

Фастовцов Г.А., Зайцева Е.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Судебно-психиатрическая оценка атипичных вариантов посттравматического стрессового расстройства представляет значительную важность в связи с высоким уровнем общественной опасности, проявлявшимся в тенденции к совершению особо тяжких противоправных действий, направленных против личности (Фастовцов Г.А., 2001-2010; Дмитриева Т.Б. с соавт., 2003; Бакалейник М.М., 2005). В качестве факторов, ограничивавших способность осознавать фактический характер своих действий и руководить ими в соответствии со ст. 22 УК РФ, Г.В. Василевский с соавт. (2005) отмечали личностные особенности и трансформированную мотивационно-ценностную и измененную эмоционально-волевую сферы.

Объектом исследования являлась репрезентативная группа, составляющая 100 лиц с атипичными вариантами посттравматического стрессового расстройства, проходивших судебно-психиатрическую экспертиз. Критерием отбора являлось наличие ПТСР, диагностированного в соответствии с МКБ-10, в структуре которого выявлялись клинические симптомы, выходившие за рамки данного психического расстройства. Симптоматика посттравматического стрессового расстройства изначально была ведущей и подчиняла себе синдромокинез и динамику сложного психопатологического состояния. При этом течение атипичных вариантов ПТСР отличалось от классических форм за счет видоизменения и усложнения собственно симптомов посттравматического стрессового расстройства, а также сочетания с коморбидными расстройствами тревожного, аффективного и соматоформного регистров. Были дифференцированы четыре клинических варианта атипичного посттравматического стрессового расстройства с учетом соотношения облигатных, факультативных симптомов ПТСР и клинических проявлений коморбидных психических расстройств: тревожный вариант (17%), депрессивный вариант (22%), соматоформный вариант (30%), психотический вариант (31%).

В зависимости от вида экспертного решения обследованные были подразделены следующим образом: в 44 наблюдениях (44%) было вынесено экспертное заключение о способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, в 29 наблюдениях (29%) – о невозможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, в 27 наблюдениях (27%) была применена ст. 22 УК РФ. По данным исследования, категория ограниченной вменяемости применялась не во всех необходимых случаях. Указанная закономерность определялась рядом факторов: гиподиагностика атипичного варианта ПТСР и, соответственно, недоучет выраженности и стойкости психопатологических расстройств; недостаточная оценка характера влияния психического расстройства на мотивацию противоправного деяния и способность к целенаправленной регуляции поведения.

Необходимость применение ст.22 УК РФ определялась совокупностью следующих закономерностей. Во временном интервале, предшествовавшем совершению противоправных действий, во всех наблюдениях отмечалось усугубление сложной социальной ситуации: потеря работы, конфликты в семье, расторжение брака, ухудшение межличностных отношений и усиление злоупотребления алкогольными напитками. На данном этапе отмечалось воздействием совокупности стрессовых факторов, как обыденного, так и катастрофического характера. Структура социальной деятельности полностью определялась психопатологическими переживаниями в клинической картине атипичного варианта ПТСР, усугублялась невозможностью найти выход из сложившейся ситуации и неспособностью к конструктивной деятельности по ее разрешению. На этом фоне в период, предшествующий и последующий совершению противоправного деяния, клиническая картина ПТСР утяжелялась, течение психического расстройства было прогредиентным или волнообразным, отмечалось усложнение структуры и трансформация синдромов. Вне зависимости от вида атипичного варианта ПТСР характерными были высокий уровень тревоги при отсутствии механизмов совладания, внутренняя напряженность, подозрительность, заострение стойких личностных черт, в первую очередь подозрительности, конфликтности, эксплозивности, учащение привычных агрессивных форм реагирования. Типичными были аффективные нарушения с преобладанием дистимического фона настроения, усиление на фоне алкоголизации эмоциональной неустойчивости со склонностью к возникновению реакций раздражения, сопровождавшихся психомоторным возбуждением. Агрессивные противоправные действия во всех случаях были ситуационно спровоцированными. Психическое состояние в период правонарушения характеризовалось аффективно суженным сознанием, что определяло невозможность полного контроля над своей деятельностью в связи с особой эмоциональной значимостью происходящего. Отмечалось снижение волевого контроля поступков, легкость актуализации привычных агрессивных форм поведения с неполным осознанием происходившего и автоматизированными действиями. Эмоциональные расстройства характеризовались развитием эмоционального взрыва с разрядкой накопившейся напряженности и тревоги, а также брутальностью и жестокостью. Когнитивные нарушения проявлялись психогенной дезорганизацией психической деятельности, искаженным восприятием действительности, актуализацией сверхценных идей с утрированным восприятием поведения потерпевших, при этом нейтральные действия могли восприниматься как негативные и оскорбительные. Косвенные указания на ситуацию, вызвавшую ПТСР, актуализировали, в соответствии с субъективной логикой, всю совокупность переживаний, обусловленных психотравмирующими факторами, что определяло несоответствие незначительности повода выраженности аффективного разряда.

Содержание юридического компонента критерия ст. 22 УК РФ составляло в первую очередь снижение способности к целенаправленной регуляции поведения, нарушение функции прогноза своих действий и их последствий. Отмечалось снижение способности к целенаправленной деятельности, совладающим стратегиям поведения, невозможность найти выход из ситуации, которая воспринималась как субъективно непереносимая. Некоторое снижение критических функций определяло сложности к оценке сложившейся ситуации, своей роли в ней, характера межличностных отношений, что определяло нарушение способности выбора конструктивных способов ее разрешения.

Необходимость применения амбулаторных принудительных мер медицинского характера в местах лишения свободы обусловлена необходимостью длительной терапии с применением психокоррекционных методик и реабилитационных мероприятий, направленных на редукцию проявлений личностной и социальной дезадаптации, развитие и интеграцию личности в обществе.

ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ С ЛИЧНОСТНОЙ НЕЗРЕЛОСТЬЮ ПРИ НОРМАЛЬНОМ И АНОМАЛЬНОМ ЛИЧНОСТНОМ РАЗВИТИИ

Федонкина А.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В основе уголовной ответственности лежит способность человека к осознанной саморегуляции. Эта способность как функция развитой личности в норме формируется к концу подросткового возрастного периода, что позволяет считать обоснованным правовое установление названных возрастных границ уголовной ответственности. Вместе с тем, не все подростки, достигшие возраста уголовной ответственности, одновременно достигают необходимого уровня личностного развития. Личность – система, отвечающая за регуляцию поведения человека. У подростков с незрелой личностью такая способность дефицитарна. Многие несовершеннолетние совершают правонарушения вследствие незрелости мотивов и смыслов, ориентации на мнение значимого окружения, слабого прогноза последствий собственных действий, то есть таких особенностей, которые отражают недостаточное развитие личностной сферы. Дифференциация естественной возрастной личностной незрелости подростков и клинических форм нарушения темпов личностного развития имеет большое значение для практики комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз

(КСППЭ) несовершеннолетних обвиняемых, в частности, при решении вопросов, определяемых ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Целью нашего исследования было построение структурно-содержательной модели личностной незрелости у несовершеннолетних, совершивших общественно опасные деяния, для разработки психологических критериев экспертной диагностики и рекомендаций по профилактике и реабилитации. Было проанализировано 159 экспериментально-психологических заключений, выполненных в Лаборатории психологии детского и подросткового возраста ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России в рамках комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетних обвиняемых в 2007–2014 годах. Из общей выборки были выделены группы подростков с личностной незрелостью и проанализированы результаты ЭПИ, проведенного на контингенте несовершеннолетних с нормативным поведением.

Данные клинической диагностики несовершеннолетних с личностной незрелостью показывают, что более 70% таких подростков обнаруживают психопатологию органического генеза, в том числе у 18.4% подростков этой категории помимо органически неполноценной почвы психиатры отмечали синдром инфантилизма. Лишь у 6% несовершеннолетних психических расстройств не выявлялось. Изучение решений экспертной комиссии показало, что у значительного числа правонарушителей подросткового возраста с личностной незрелостью способность к волевой регуляции собственной деятельности снижена. 30.05% подростков из выборки несовершеннолетних правонарушителей с личностной незрелостью полностью способны к осознанному руководству своими действиями. Вместе с тем, у 27.7% таких подростков эта способность при совершении ими противоправных действий проявилась не в полной мере в силу психического расстройства, не исключающего вменяемости, в структуру которого включается личностная незрелость. Среди несовершеннолетних правонарушителей, для которых личностная незрелость не характерна, полная способность осознанно руководить своими действиями была констатирована в 57.6% случаев.

При исследовании интеллектуальной деятельности несовершеннолетних с личностной незрелостью было выявлено, что большинство подростков и юношей с личностной незрелостью обнаруживают снижение уровня интеллектуального развития. У 40.05% таких подэкспертных наблюдалась тенденция к конкретности мышления, проявляющаяся в эпизодической актуализации поверхностных, наглядных признаков предметов, узкий кругозор, наблюдались колебания внимания. Пониженный уровень интеллектуального развития обнаруживают 39.6% правонарушителей с личностной незрелостью, у таких несовершеннолетних отмечаются, в том числе, трудности опосредования, затрудненности самостоятельного установления причинно-следственных связей и интерпретации условных смыслов. Достаточный уровень интеллектуального развития был выявлен лишь у 20.3% подэкспертных личностной незрелостью. У несовершеннолетних правонарушителей с отсутствием личностной незрелости достаточный уровень интеллектуального развития выявлялся в 42.8% случаев. Примерно у половины таких несовершеннолетних отмечалась тенденция к конкретности мышления. Все подростки с нормативным поведением демонстрировали в целом достаточный уровень интеллектуального развития. Таким образом, несовершеннолетние с личностной незрелостью демонстрируют более низкие интеллектуальные возможности, чем их сверстники без личностной незрелости и не совершавшие общественно опасных деяний. Можно предположить, что недостаток интеллектуальных ресурсов ограничивает потенциальное личностное развитие. В сложных и эмоционально насыщенных ситуациях, наряду с другими индивидуальными особенностями, такие свойства могут ограничивать способность подростка к принятию решений, адекватных конкретной ситуации, и выбору конструктивных путей разрешения проблемы.

Способность несовершеннолетних правонарушителей с личностной незрелостью к организации собственной деятельности исследовалась с помощью ряда методик (методика «Пиктограммы», методика Кооса, «The Tower of London test»). Было обнаружено, что у значительной части несовершеннолетних правонарушителей с личностной незрелостью (46.7%) наблюдаются трудности организации интеллектуальной деятельности, проявляющейся в виде слабой упорядоченности рисунков на листе при выполнении методики, трудности планирования и организации деятельности, неспособность к выстраиванию определенной стратегии и эффективному решению задачи. Деятельность, как правило, носит нецеленаправленный характер, подэкспертные затрачивают большее количество времени и действий на выполнение задания, чем несовершеннолетние с отсутствием личностной незрелости либо с наличием ее нерезко выраженных признаков. Их сверстники с нормативным поведением в большинстве случаев демонстрируют в целом достаточную способность к организации деятельности. Вероятно, что в субъективно сложных ситуациях несовершеннолетние с личностной незрелостью могут испытывать сложности в принятии адекватных решений и построении стратегии своих действий, недостаточно учитывать внешнесредовые условия, что в свою очередь может привести к совершению необдуманных поступков.

При исследовании особенностей реагирования несовершеннолетних, совершивших общественно опасные действия, в ситуации фрустрации с помощью теста фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, мы отметили, что несовершеннолетние с личностной незрелостью в большей степени склонны к защитным внешнеобвиняющим формам реагирования. Их сверстники с нормативным поведением в сложных ситуациях склонны брать вину на себя, стремятся к разрешению проблемы самостоятельно, либо при помощи других лиц. В целом, можно отметить, что стратегии поведения подростков-правонарушителей с личностной незрелостью в ситуации фрустрации менее эффективны для ее разрешения, чем стратегии поведения подростков с нормативным поведением.

Смысловая сфера несовершеннолетних с личностной незрелостью (по данным методики «Цветовой тест отношений») характеризовалась слабой сформированностью и дифференцированностью смыслов, слабой сформированностью самосознания. У несовершеннолетних правонарушителей с отсутствием личностной незрелости, также как и несовершеннолетних с нормативным поведением наблюдалась в целом большая структурированность смысловой сферы и более дифференцированный образ я.

Дальнейшим этапом нашего исследования является разработка критериев диагностики степени выраженности личностной незрелости, дифференциальной диагностики личностной незрелости у несовершеннолетних правонарушителей с психическими расстройствами при проведении КСППЭ, разработка критериев оценки потенциальной способности несовершеннолетнего правонарушителя к осознанному руководству своими действиями при наличии у него естественной возрастной или связанной с психопатологией личностной незрелости и для последующей реабилитации подростков и профилактики совершения ими повторных общественно опасных деяний.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭКСПЕРТНЫЕ ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Харитонова Н.К., Королева Е.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Основные международные принципы ограничения дееспособности лиц с психическими расстройствами в соответствии с Рекомендациями № R/99/4 Комитета Министров Совета

Европы государствам – членам должны придерживаться максимального сохранения дееспособности. Меры защиты должны быть «соизмеримы» и автоматически не должны лишать лицо всех прав в случаях, когда заинтересованное лицо способно совершать определенные действия. В России существуют социальные правовые механизмы защиты лиц с психическими расстройствами. Они включают в себя институт патронажа (ст.41 ГК РФ, указания в ПКС РФ от 27.07.2012 г.); признание лица с психическим расстройством ограниченно дееспособным (ФЗ №302 от 30.12.2012 г.; ч.2ст.30 ГК РФ, вступила в действие с 02.03.2015 г.); признание лица с психическим расстройством недееспособным (ст.29 ГК РФ). Как показывает судебно-психиатрическая практика, социальные запросы в гражданских делах по лишению дееспособности представляют собой: необходимость получения денежных средств; превенцию отчуждения собственности; превенцию растраты денежных средств, в том числе кредиты и займы; ситуация, связанная с определением в психоневрологический интернат. Гражданские дела по ограничению дееспособности в связи с психическими расстройствами могут быть обусловлены превенцией растраты денежных средств (кредиты, займы и т.п.) и отчуждения собственности. Несмотря на то, что на настоящем этапе институт патронажа практически не используется, он может быть применен для оказания гражданину помощи в решении сложных имущественных, финансовых, правовых и других вопросов.

В соответствии с ч.2 ст.30 ГК РФ ограниченная дееспособность лиц с психическими расстройствами определяется следующим образом: гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским законодательством. Над ним устанавливается попечительство. Такой гражданин совершает сделки, за исключением сделок, предусмотренных п.п.1 и 4 п. 2 ст.26 настоящего Кодекса, с письменного согласия попечителя. Сделки, предусмотренные подпунктами 1 и 4 пункта 2 ст.26 настоящего Кодекса, такой гражданин вправе совершать самостоятельно. На данном этапе ограничения дееспособности лиц с психическими расстройствами касаются только имущественного права. Законодатель ограничил их сделкоспособность, сохранив право самостоятельно совершать мелкие бытовые сделки, распоряжаться заработком и другими доходами.

Конституционный Суд, согласно Постановлению от 27.06.2012 г. №15-П, предлагает дифференцированный подход, который подразумевает комплексную оценку различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма, в том числе нарушения психических функций и позволяет выделить четыре степени их выраженности. Они включают в себя незначительные нарушения; умеренные нарушения; выраженные нарушения; значительно выраженные нарушения.

Для разработки экспертных критериев ограниченной дееспособности предлагается использовать методологию, которая включает категориальный (качественный) и дименсиональный (количественный) подходы. Это позволит более дифференцированно, индивидуально подойти к клинической оценке психического состояния больного и степени тяжести имеющихся у него психических расстройств. В качестве предложений по новым научно-методическим разработкам судебно-психиатрической экспертизы лиц, в отношении которых решается вопрос об ограничении дееспособности, можно рекомендовать оценивать качественные клинические характеристики нарушений познавательной, эмоциональной и волевой сферы, критические и прогностические функции, продуктивные и негативные расстройства, уровень поведенческой активности и социального функционирования, используя стандартизированные дисменсиональные (балльные) показатели в рамках диагностических показателей. Также рекомендуется сделать более доказательным экспертный вывод о степени нарушений психических функций и, соответственно, о критериях ограниченной дееспособности.

Рекомендуются следующие подходы к экспертной оценке ограничения дееспособности у лиц с психическими расстройствами. Оцениваются совокупные качественные клинические характеристики тяжести психических расстройств, такие как продуктивная психопатологическая симптоматика, нарушения эмоциональной, волевой, личностной сферы, нарушение критических и прогностических функций, а также динамические характеристики заболевания. Наряду с этим осуществляется количественная оценка нарушений познавательной деятельности, уровня социального функционирования.

Комплексный подход к оценке ограниченной дееспособности позволяет выделить медицинский критерий ограниченной дееспособности у лиц с психическими расстройствами, который основывается на определении ряда параметров. К ним относятся: выраженность психопатологических (продуктивных и негативных) расстройств; динамика заболевания; степень выраженности нарушений когнитивных функций; степень выраженности нарушений эмоционально-волевых функций; степень выраженности нарушений критических и прогностических функций; степень выраженности нарушений поведенческой активности, уровня социального функционирования. Юридический критерий ограниченной дееспособности у лиц с психическими расстройствами основывается на степени нарушения способности самостоятельно осознавать и регулировать свою деятельность, в частности, при совершении имущественных сделок.

Алгоритм экспертной оценки психических расстройств в соответствии с правовой нормой ограниченной дееспособности у лиц с психическими расстройствами состоит из следующих этапов. Первый этап включает в себя диагностику психического расстройства. Второй этап представляет собой определение степени тяжести психических расстройств через категориальный и дименсиональный подходы. На третьем этапе осуществляется определение состояний, релевантных правовому понятию ограниченная дееспособность, с учетом соответствия юридическому критерию (понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц).

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА РОДИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, В СПОРАХ О ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ

Харитонова Н.К., Русаковская О.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В судебных спорах о воспитании предметом комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы родителей, страдающих психическими расстройствами, наряду с определением опасности для ребенка (ст. 73, 75, 76 СК РФ), является оценка вреда психическому здоровью и развитию ребенка вследствие его проживания (общения) с данным родителем (ст.65, 66 СК РФ).

Проанализированы заключения КСППЭ в отношении родителей, страдающих психическими расстройствами, по гражданским спорам об ограничении (отмене ограничения) родительских прав, определении места жительства ребенка, определении порядка общения ребенка с родителем, проживающим отдельно.

Цель исследования: выделение факторов, имеющих экспертное значение при оценке опасности для ребенка или негативного влияния на его психическое состояние и развитие вследствие воспитания родителем, страдающим психическим расстройством.

Результаты. Негативные последствия воспитания ребенка родителем, страдающим психическим расстройством, могут выражаться в следующих формах: 1) опасность в виде риска совершения агрессивных действий или оставления ребенка в беспомощном состоянии; 2) причинение вреда психическому здоровью и развитию ребенка.

При заболеваниях, сопровождающихся психотической симптоматикой, больные наиболее часто представляли непосредственную опасность для детей с риском совершения тяжелых противоправных действий, что определяло необходимость ограничения их родительских прав. Также непосредственная опасность для ребенка вследствие воспитания родителем, страдающим психическим расстройством, определялась выраженностью эмоционально-волевого дефекта с эмоциональной холодностью, измененностью характера отношения к ребенку. У больных с выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями, апато-абулическим дефектом опасность родителя для ребенка выражалась в невозможности осуществлять контроль за обучением, поведением, социальными связями, личностным развитием ребенка. В подобных случаях общение ребенка с родителем при условии отдельного от него проживания опасности для несовершеннолетнего, как правило, не представляло. При наличии у ребенка хронического заболевания, определяющего особые потребности в уходе, медицинском наблюдении и лечении, опасность для ребенка выражалась в неспособности родителя оценить состояние ребенка и оказать ему жизненно необходимую помощь.

При расстройствах шизофренического спектра основными факторами, определяющими негативное влияние на психическое состояние и развитие ребенка, являлись нарушения эмоционально-волевой и мотивационно-смысловой сферы, неадекватность родительской позиции, проявляющаяся в грубом несоответствии представлений о ребенке его возрастным и индивидуально-психологическим особенностям, своеобразии воспитательных целей и методов. Выделены следующие клинико-психопатологические и социально-психологические факторы, значимые для заключения о сохранной способности родителя к полноценному выполнению родительских обязанностей при расстройствах шизофренического спектра: редкие обострения психического расстройства; отсутствие включения ребенка в бредовые переживания; быстрая редукция психотической симптоматики на фоне лекарственной терапии; длительные ремиссии в стадии устойчивой компенсации; наличие критики к заболеванию и установки на лечение; отсутствие выраженных нарушений мышления и глубокого эмоционально-волевого дефекта; достаточный уровень социальной адаптации и сохранность основных установок личности; сохранение эмоциональной привязанности к ребенку; эмоциональная, когнитивная и поведенческая включенность родителя в процесс воспитания ребенка; способность к адекватной оценке психологических особенностей и потребностей ребенка. Резидуальные продуктивные психопатологические симптомы при устойчивой стабилизации компенсированного дефекта, а также выявляемые при экспериментально-психологическом исследовании нерезко выраженные нарушения мышления при сохранных способностях к оценке сложившейся семейной ситуации и к прогнозу, сохранности эмоциональной привязанности к ребенку, в большинстве случаев, не оказывали негативного влияния на психическое состояние и развитие ребенка.

При расстройствах личности негативное влияние на психическое состояние и развитие ребенка определялось, в большинстве случаев такими патохарактерологическими особенностями как эмоциональная неустойчивость, импульсивность, эксплозивность, при которых больные проявляли к ребенку жестокость или были склонны выносить супружеский конфликт в сферу воспитания с изоляцией ребенка от второго родителя.

При умственной отсталости легкой степени факторами, определяющими негативное влияние на психическое развитие ребенка, были неадекватность представлений об индивидуально-психологических особенностях ребенка, нечувствительность к его эмоциональному состоянию и потребностям, объектное отношение к ребенку, низкая прогностичность родительской позиции, негибкость воспитательных стратегий.

При ремиссии синдрома зависимости от наркотических веществ неспособность в полной мере выполнять родительские обязанности и негативное влияние на психическое развитие ребенка определялась личностной незрелостью и такими особенностями родительской позиции, как инфантилизация образа ребенка, недоучет особенностей его познавательного развития и соответствующих потребностей.

При расстройствах половой идентификации фактором, определяющим негативное влияние родителя на психическое развитие ребенка, являлись особенности родительской позиции с недостаточным учетом индивидуально-психологических и возрастных особенностей ребенка, его актуального психологического состояния, отношения к сложившейся ситуации.

При имеющемся риске опасности для ребенка в случае обострения заболевания родителя, а также в случаях, когда родитель вследствие своих патохарактерологических особенностей может оказать негативное влияние на психическое состояние и развитие ребенка, целесообразным представляется пролонгированное медико-психолого-педагогическое сопровождение семьи, включающее амбулаторное наблюдение у врача-психиатра, что, к сожалению, не предусмотрено действующим законодательством.

ОЦЕНКА «ОПАСНОСТИ« ПРИСУТСТВИЯ В ЗАЛЕ СУДЕБНОГО ЗАСЕДАНИЯ ЛИЦ ПРИ ЛИШЕНИИ ИХ ДЕЕСПОСОБНОСТИ

Христофорова М.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В современных социально-правовых условиях отмечается повышенное внимание к правам лиц с психическими расстройствами, в частности при лишении их дееспособности. Как показывает судебно-психиатрическая практика, в ряде гражданских дел по лишению лица дееспособности, эксперты указывали о невозможности присутствия лица в зале судебного заседания, что само по себе предопределяло решение суда о лишении лица дееспособности без его участия.

Федеральным законом от 06.04.2011 №67-ФЗ в ГПК РФ были внесены изменения. Согласно новой редакции ст.284 ГПК РФ гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван в судебное заседание, если его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни или здоровья либо для жизни и здоровья окружающих, для предоставления ему судом возможности изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей. В случае если личное участие гражданина в проводимом помещении суда судебном заседании по делу о признании гражданина недееспособным создает опасность для его жизни и здоровья либо для жизни и здоровья окружающих, данное дело рассматривается судом по месту нахождения гражданина, в том числе в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, или стационарном учреждении социального обслуживания для лиц, страдающих психическими, с участием самого гражданина.

Участие самого гражданина в судебном заседании необходимо не только для того, что бы дать возможность ему как

заинтересованному лицу представлять свою позицию по делу, но и для того, чтобы позволить судье составить собственное мнение о психическом состоянии гражданина и непосредственно убедиться в том, что гражданин не может понимать значение своих действий и руководить ими. Рассмотрение дела при невозможности самого гражданина присутствовать в зале судебного заседания допустимо лишь при особых обстоятельствах, когда его психическое состояние создает опасность для его жизни либо здоровья или для жизни и здоровья окружающих. Нарушение положения о необходимости участия лица в судебном заседании может стать основанием для оспаривания решения о признании гражданина дееспособным.

В связи с этим в рамках судебно-психиатрической экспертизы должен быть дать ответ на вопрос о возможности присутствия в зале судебного заседания лица, в отношении которого решается вопрос о лишении его дееспособности. Соответственно, в ходе проведения судебно-психиатрической экспертизы по факту лишения дееспособности, обязательной задачей является оценка опасности присутствия лица в зале судебного заседания для его жизни или здоровья либо для жизни и здоровья окружающих.

Целью проведенного нами исследования являлась разработка критериев определения неспособности присутствия в зале судебного заседании лиц, страдающих психическими расстройствами, при решении вопроса о лишении их дееспособности с учетом оценки опасности для жизни и здоровья самого гражданина и для жизни и здоровья окружающих.

Материал и методы. Обследованы 66 больных с различными нозологическими формами, в отношении которых было вынесено решение об их неспособности понимать значение своих действий и руководить ими (предположительно недееспособных). В исследований были использованы клинико-психопатологический и статистический методы.

Результаты и обсуждение. При проведении судебно-психиатрической экспертизы 39 (59,09%) больным был поставлен диагноз деменция, 15 (22,72%) – шизофрения, 8 (12,12%) – умственная отсталость, 4 (6,06%) – органическое расстройство личности. Из них 21 (31,81%) обследуемому было дано заключение о его невозможности присутствия в зале судебного заседания, так как его психическое состояние может представлять опасность для жизни и здоровья самого больного, так для жизни и здоровья окружающих. В каждом случае этот вопрос решается индивидуально исходя из особенностей психического состояния, уровня социально-бытового функционирования, поведенческих нарушений, с учетом сомато-неврологического состояния.

Среди обследуемых, которые не могут присутствовать в зале судебного заседания, у 7 (33,33%) больных психическое состояние представляло опасность для жизни и здоровья окружающих. У них были выявлены актуальные бредовые идеи, определяющие их поведение; гипердинамический вариант психомоторных и поведенческих расстройств, обуславливающие возможность совершения импульсивных действий. Указанные расстройства делают высоко вероятной возможность совершения больными агрессивных действий. Так же клинико-экспертный подход к оценке опасности для жизни и здоровья окружающих осуществляется при сопоставлении клинической картины актуального состояния с анамнестическими данными. Неблагоприятными факторами являются: привлечение ранее к уголовной ответственности за правонарушение против личности; агрессивные действия либо угроза совершения таких действий, которая была предотвращена в ходе госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Из 66 больных ранее привлекалось к уголовной ответственности 7 (10,61%) обследуемых, все они признавались невменяемым. 13 (19,69%) обследуемых в прошлом неоднократно были госпитализированы в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Обследуемые, которым было дано заключение о невозможности присутствия в зале судебного заседания, у 14 (66,67%) больных психическое состояние представляло опасность для жизни и здоровья самого больного. У обследуемых с диагнозом деменция отмечалась утрата речевых функций, нарушение социальной и бытовой ориентировки в сочетании с тяжелыми соматоневрологическими расстройствами, вероятность резкого ухудшения которых могла возникнуть во время судебного заседания, а также при транспортировке при отсутствии должного медицинского сопровождения. Больные с тяжелыми формами умственной отсталости обнаруживали поведенческие и соматоневрологические расстройства, которые препятствовали самостоятельному, упорядоченному поведению и пребыванию в помещении суда, отсутствие осознанного речевого контакта. Из 14 больных, которые не могли присутствовать в зале судебного заседания по своему психическому и соматоневрологическому состоянию, что представляло опасность для жизни и здоровья самого больного, составило 5 (35,71%) обследуемых. Среди больных с диагнозом шизофрения выявлялись глубокие апатико-абулические состояния с отсутствием поведенческой активности, социального поведения; выраженные кататонические расстройства, а именно субступорозные состояния с явлениями мутизма и негативизма. У больных с диагнозом органическое расстройство личности выявлялись признаки психоорганического синдрома с выраженной степенью психических нарушений и волнообразным течением, усугубляющихся под влиянием экзогенных и психогенных факторов.

Выводы. Выделены критерии определения неспособности присутствия в зале судебного заседании лиц, страдающих психическими расстройствами, при решении вопроса о недееспособности с учетом оценки опасности для жизни и здоровья самого гражданина и для жизни и здоровья окружающих. К состояниям, которые препятствую участию гражданина в суде при лишении его дееспособности по признаку опасности для его жизни и здоровья, можно отнести тяжелые психические расстройства в сочетании с выраженными соматоневрологическими нарушениями, с высоким риском ухудшения состояния во время судебного заседания, а так же при транспортировке, при отсутствии необходимого медицинского сопровождения. К состояниям, определяющим опасность для жизни и здоровья окружающих, должны быть отнесены стойкие галлюцинаторно-бредовые состояния с высоким риском немотивированной агрессии.

Применение критериев, определяющих возможность лица присутствовать в зале судебного заседания, будет являться соблюдением законных интересов и свобод граждан.

АНАЛИЗ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Царьков А.А.

Москва

ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ

Цель: изучение особенностей общественно опасных деяний (ООД), совершенных психически больными.

Материалы и методы: обследованы 67 обвиняемых (подозреваемых) старше 18 лет, проходивших АСПЭ в 2012–2014 гг. в ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева и лишенных возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Использованы клинико-психопатологический (анамнез, клиническое наблюдение, клиническая беседа) и статистический методы.

Результаты. больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра составили 34,8% подэкспертных, органическими расстройствами – 31,6% и больные с умствен-

ной отсталостью – 23,4% подэкспертных. В клинической картине преобладали психопатоподобные проявления. Подавляющее количество правонарушений, совершенных психически больными, приходится на преступления против жизни и здоровья (причинение вреда здоровью, убийство) – около 35% всех общественно опасных деяний и на преступления против собственности (кражи, грабеж, разбой, мошенничество) – до половины всех общественно опасных деяний психически больных. Различия в соотношении видов правонарушений за 2012 – 2014 гг. статистически не значимы. 55,2% подэкспертных ранее уже привлекались к уголовной ответственности. Основная доля ООД совершена по негативно-личностному механизму – более 85% ООД (эмоциональная бесконтрольность – 2/3 всех ООД, дефицит высших эмоций – 16% всех ООД). По продуктивно-психотическому механизму совершены не более 14% всех ООД (половина – по бредовым мотивам). Из числа лиц, лишенных возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, 98,0% было рекомендовано принудительное лечение (ПЛ), в том числе 6,3% – в психиатрических больницах (ПБ) специализированного типа с интенсивным наблюдением (СТИН); 22,3% – в ПБ (отделениях) специализированного типа (СТ); 54,7% – в психиатрических отделениях общего типа (ОТ), а 14,7% рекомендовалось амбулаторное ПЛ.

Выводы: большинство ООД было совершено психически больными по тем или иным реально-бытовым мотивам лицами с эмоциональной бесконтрольностью и дефицитом высших эмоций. Велика доля таких больных среди лиц с повторными ООД. В нозологическом отношении преобладают больные шизофренией и органическими расстройствами с феноменологически сходной симптоматикой – у всех больных на первый план выступают психопатоподобные проявления.

РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ НА СТАЦИОНАРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Цымбалова А.Б., Голенков А.В.

Чебоксары
Республиканская психиатрическая больница, Чувашский ГУ

Временные и зачастую обратимые психические расстройства (ПР) в ответ на стресс и психическую травму − одна из актуальных научно-практических проблем судебной психиатрии. В настоящее время особый интерес представляет распространенность и клиническая структура реактивных состояний в условиях стационарной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ).

В течение 10 лет (2002-2011) в отделении стационарной СПЭ Республиканской психиатрической больницы г. Чебоксары, имеющем «стражные койки«, наблюдали 26 случаев реактивных состояний (23 мужчины и 3 женщины). Испытуемые были в возрасте от 21 до 57 лет (средний возраст − 36,1±10,5 года). Начальное образование имели 16, среднее − 7, среднее специальное − 3. В городских поселениях проживало 52%, в сельских − 48%; из Чувашии − 12 человек, других регионов (в основном Ульяновская область) − 14.

Совершили деликты против личности 11 испытуемых (убийства − 9, другие − 2), имущественные − 5, связанные с наркотиками − 5, сексуальные − 3, прочие − 2. Судимость имели 16 испытуемых. У психиатров (7) и наркологов (7) ранее наблюдались − 14. Черепно-мозговые травмы со стационарным лечением (ушибы мозга, удаление гематомы) в прошлом перенесли 8, нейроинфекции − 1; хронический вирусный гепатит С − 8, ВИЧ-инфекция − 1.

Реактивные состояния квалифицировались у 1,65% испытуемых (26 из 1575 СПЭ по уголовным делам), среди жителей Чувашии − в 0,93% случаев (12 из 1297), среди направленных на стационарную СПЭ из других регионов России − в 5,04% (14 из 278).

Типичные реактивные состояния по классификации Н.И. Фелинской (1968) квалифицировались у 2 испытуемых (мужчина и женщина) из 26, совершивших жестокие убийства своих супругов (нанесла около 50 ударов ножом по телу, причинив две резанные раны шеи, множественные колото-резанные раны груди, бедер, живота с повреждением магистральных сосудов и внутренних органов, отсекла половой член; испытуемый ударил несколько раз ножом жену, а затем нанес себе удар ножом в грудь). Деликтам предшествовали длительные стрессовые (конфликтные) ситуации в семье, которые трансформировались в острый психогенный параноид и галлюциноз в момент совершения убийства с помрачением сознания и попыткой самоубийства. В обоих описанных случаях острое состояние завершилось переходом в затяжную реактивную депрессию.

В 24 случаях наблюдались атипичные реактивные состояния: на фоне наркологических заболеваний − в 9 (4 − с алкогольной зависимостью, 5 − с наркотической: героиновой − 3, каннабиноидной − 2); органических ПР − в 6 (1 женщина), шизофрении − в 2 (1 женщина), умственной отсталости − в 1, коморбидных ПР − в 6 (пропфшизофрения − 3; умственная отсталость, личностные расстройства и наркотическая зависимость − 2; шизофрения и наркотическая зависимость − 1).

У больных с алкогольной зависимостью психогенный галлюциноз квалифицировался в 3 случаях, реактивная депрессия − в 1; наркотической зависимостью − реактивная депрессия − в 3, психогенный галлюциноз − в 2; органическими ПР − реактивная депрессия − в 4 (1 женщина); психогенный параноид и галлюциноз − в 1, псевдодеменция − в 1; шизофренией − псевдодеменция и пуэрилизм − в 1 (женщина), ступорозный синдром − в 1; умственной отсталостью − псевдодеменция − в 1; коморбидными ПР − субступорозный синдром − в 2, псевдодеменция − в 2, вялоапатическая реакция − в 1, психогенный параноид − в 1.

Все испытуемые были направлены на принудительное лечение до выхода из реактивного состояния. Повторные СПЭ в нашей больнице, после выхода подэкспертных из реактивного состояния, проведены 10 из 26. Невменяемыми признаны 5 (шизофрения − 2, пропфшизофрения − 2, органическое ПР − 1). Диагноз ПР впервые установлен − 2 (ранее судимы), оба совершили тяжкие деликты (убийство, причинение телесных повреждений со смертельным исходом), поэтому были направлены на лечение в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Повторный реактивный психоз отмечен у одного испытуемого, имеющего коморбидное ПР (легкая умственная отсталость, личностное расстройство, опийная наркомания, осложненная гепатитом С и ВИЧ-инфекцией), которому в 2003 г. была проведена стационарная СПЭ. У него диагностирована псевдодеменция с бедностью содержания, монотонностью, примитивностью реактивных проявлений, амнезией многих событий периода реактивного состояния. Лечился три месяца в психиатрической больнице; после выхода из реактивного состояния признан вменяемым. Повторное реактивное состояние схожей клинической структурой наблюдалось повторно в 2007 г., после совершения очередного деликта и помещения в следственный изолятор, рекомендовано принудительное лечение до выхода из реактивного состояния. Так как пациент проживает в Ульяновской области, катамнез проследить не удалось.

Описанные случаи позволяют констатировать, что реактивные состояния чаще всего возникали на фоне других ПР. В их генезе существенную роль также играли такие факторы, как черепно-мозговые травмы, инфекции и хроническая интоксикация психоактивными веществами. Наблюдаемые случаи представляли значительные сложности в дифферен-

циальном диагнозе между затяжным реактивным психозом и шизофренией, коморбидными ПР и симуляцией (установочным поведением).

НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И МЕТОДОЛОГИИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Шаклеин К.Н.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

С 2005 г. порядок организации производства судебно-психиатрических экспертиз определяла «Инструкция об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрических экспертиз государственных психиатрических учреждений», утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 30.05.2005 г. № 370. Основу данного документа составили положения Федерального закона от з1.05.2001 г. 3 73- ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

В 2005 г. был утвержден также Протокол ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза». Указанный документ был разработан с целью установления единых требований к условиям и прядку проведения судебно-психиатрической экспертизы и унификации требований к проведению экспертного исследования и вынесения экспертного решения.

В настоящее время, в соответствии со ст.ст. 37, 62 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 –ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разработан «Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы» (далее – Порядок). Указанный Порядок устанавливает правила проведения судебно0психиатрической экспертизы в медицинских организациях и (или) структурных подразделениях медицинских организаций государственной системы здравоохранения. Основу Порядка составили положения двух вышеуказанных нормативных документов.

В структуре Порядка можно выделить несколько основных аспектов.

Организационный аспект определяет основания для производства СПЭ, время начала и сроки проведения экспертных исследований, предусматривает возможность взаимодействия врача судебно-психиатрического эксперта с иными врачами-специалистами. При этом необходимость консультации врачей-специалистов определяется диагностической потребностью.

Методологический аспект определяет этапы производства судебно-психиатрической экспертизы, уточняет объем проведения психиатрического, соматического, неврологического, сексологического и экспериментально-психологического исследований.

В Приложениях к Порядку устанавливаются правила организации деятельности, стандарт оснащения и рекомендуемые штатные нормативы структурных подразделений медицинской организации, осуществляющих производство судебно-психиатрической экспертизы.

Структура разработанного Порядка диктует необходимость утверждения других нормативных и методических документов в области производства судебно-психиатрической экспертизы, прежде всего нормативного документа, определяющего комплекс медицинских работ и услуг при производстве различных видов судебно-психиатрической экспертизы.

РАЗДЕЛ 20.
СУИЦИДОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Абдуллаева В.К., Тураев Ж.П.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Одной из важных медико-социальных проблем современного общества ВОЗ выделяет проблему самоубийств (R.F. Diekstra, 2006). На сегодняшний день главным «поставщиком» самоубийств служит депрессия (А.Б. Смулевич, 2001; Н.М. Жариков с соавт., 2007). Она является причиной 70% всех совершенных самоубийств (Ф. Дж. Яничак, Дж. М. Дэвис, Ш. Х. Прескорн и др., 2009; D. G. Jacobs, 1999).

Цель исследования: изучение клинических особенностей больных с суицидальными тенденциями при депрессивных расстройствах.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 26 больных депрессивными расстройствами 25-45 лет в городской клинической психиатрической больнице.

Результаты исследования. Суицидальные тенденции больных депрессиями возникают как при повторяющихся однотипных психотравмах, так и при длительных субъективно неразрешимых психотравмирующих ситуациях. Провоцирующие факторы чаще носят временный характер, отмечается сочетание ряда проблем, на фоне которых запуском суицидального действия служит случайное событие. Больным с выраженной социальной дезадаптацией присущи нарциссизм, гиперсенситивность, зависимость, снижение толерантности к психическим нагрузкам, комплекс неполноценности, заострение личностных черт, неумение нести ответственность за свои поступки, когнитивные расстройства (рассеянность, навязчивые размышления пессимистического содержания), озабоченность соматическим состоянием, снижение трудоспособности,

Выводы. У депрессивных больничных больных суицидальный конфликт формируется под влиянием реальных жизненных обстоятельств и патологических переживаний. У больных с суицидальными попытками чаще конфликты, связанные с изменением жизненного стереотипа и несостоятельностью.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССАХ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Азарных Т.Д.

Воронеж
Воронежский университет инженерных технологий

Цель исследования: определение групп риска суицидального поведения при посттравматических стрессах (ПТС)

Материалы и методы. Выборки студентов государственных вузов Воронежа 18-20 лет (446 девушек и 144 юношей в группе ПТС и 549 и 237 соответственно в контрольной) в 2003-2012 гг. После стрессового события прошло не менее полугода (среднее время: M=3,8, SD=3,6 у девушек и M=3,4, SD=2,9 у юношей), т.е. стрессы в основном получены в подростковом возрасте. Использованы коэффициенты корреляции Крамера между частотой суицидальных идеаций (СИ) и психометрическими показателями ПТС: уровни 1) ПТС по Миссисипской шкале, гражданский вариант (MS) (T.M. Keane) и шкале оценки влияния травматических событий (IES-R) (M.J. Horovitz), 2) депрессии (BDI) (A. Beck), 3) психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (L. Derogatis et al.), 4) тревожности Тейлор MAS) (Собчик Л.Н., 2003), 5) наличие суицидальных идеаций по положительным ответам на вопрос о самоубийстве в тестах MS, BDI, SCL-90-R и последующей беседе, 6) наличие акцентуаций характера в концепции Леонгарда-Русалова (Русалов В.М., 2003). Группы тяжести течения ПТС определены через квартили MS (точками деления служили баллы 79 и 104 у девушек, 79 и 105 у юношей). При статистической обработке использованы анализ таблиц сопряженности с вычислением $\chi 2$–Пирсона и логлинейный анализ таблиц сопряженности. В качестве показателя величины связи использован коэффициент Крамера (VCr), аналог коэффициента корреляции для номинативных данных. Использован статистический пакет SPSS (версия 13).

Результаты. В группе с ПТС СИ чаще, чем в контрольной у девушек (45,4 и 16,2%, VCr=0,318, p=0,000) и у юношей (39,6 и 9,8%, VCr=0,353, p=0,000). ПТС – значимый фактор, связанный с суицидальным поведением. По мере утяжеления течения ПТС (нет ПТС, частичный ПТС, полный ПТС) учащается СИ у девушек (14,2%, 40,3%, 85%, VCr=0,508, df=2, p=0,000) и юношей (11,4%, 31,9% и 81,1%, VCr=0,527, df=2, p=0,000). При этом между подгруппами тяжести ПТС статистически значимая разница в частоте СИ у девушек ($\chi 2$=23,080, VCr=0,261 и $\chi 2$=62,999, VCr=0,422 p=0,000, в обоих случаях) и у юношей ($\chi 2$=4,223, p=0,04, VCr=0,222 и $\chi 2$=21,696, p=0,000, VCr=0,466). Такая зависимость (монотонное возрастание частоты СИ между группами тяжести ПТС) свидетельствует о том, что суицидальное

поведение не является предиктором ПТС, т.е. СИ не облегчают формирование ПТС, и при ПТС о самоубийстве помышляют те, кто до ПТС этого не делал, а частота таких мыслей будет увеличиваться по мере утяжеления течения ПТС. Появление СИ при ПТС отражает тяжесть состояния. Частота СИ в группе с коморбидной депрессией BDI (с 10 баллов) (Тарабрина Н.В, 2007) выше у девушек (65,5% и 20,3%, VCr=0,452, p=0,000) и у юношей (66,2% и 17,9%, VCr=0,490, p=0,000). Отмечен вклад ПТС в появление СИ помимо депрессии, с которой связано появление суицидального поведения (Вассерман Д.,2005; Положий Б.С., 2012; Корнетов Н.А., 2013). Об этом свидетельствует учащение СИ при депрессии в группе ПТС по сравнению с контрольной у девушек (44,6% и 65,5%, $\chi 2$=12,505, p=0,000) и юношей (17,9% и 66,2%, $\chi 2$=6,942 p=0,008). С СИ связана коморбидная тревожность MAS. В группе с высоким уровнем тревожности (>25 баллов) частота СИ выше у девушек (65,3% и 28,4%, VCr=0,367, p=0,000) и у юношей (76,7% и 28,3%, VCr=0,411, p=0,000). СИ в группе с тревожно-депрессивным расстройством выше у девушек (72,9% и 28,4%, VCr=0,432, p=0,000 и юношей (77,8% и 28,3%, VCr=0,409, p=0,000). В группе с СИ более выражена психопатологическая симптоматика (по SCL-90-R). Поскольку выраженность ее вариативна, при разделении на группы тяжести использованы собственные данные: первый и третий квартили индекса тяжести стресса GSI (0,51 и 1,24 у девушек, 0,38 и 1,04 у юношей). Частота по подгруппам тяжести стресса монотонно увеличивается у девушек (17,6%, 45,3%, 72,7%, VCr=0,467, p=0,000) и у юношей (13,9%, 34,2% 77,1%, VCr=0,393, p=0,000). СИ связаны также с комплексом акцентуаций, варьирующим по количественному и качественному составу в зависимости от пола. У девушек частота СИ начинает увеличиваться при семи акцентуациях (застревающая, эмотивная, тревожная, циклотимная, возбудимая, дистимная, экзальтированная). При увеличении количества акцентуаций растет и коэффициент Крамера (VCr=0,21÷0,74, p =0,047÷0,000). У юношей частота СИ начинает возрастать при четырех акцентуациях (тревожная, циклотимная, возбудимая, дистимная) (VCr=0,28÷0,40, p =0,014÷0,000). Комплексы акцентуаций более важны в плане возникновения СИ, чем отдельно взятые. Логлинейный анализ таблиц сопряженности и последующий попарный анализ таблиц сопряженности по выделенным комплексам акцентуаций позволил установить, что в группе «есть СИ» чаще комплексы с определенными акцентуациями, в частности, у девушек: 1×2×3×4×5×7 (VCr=0,651), 1×2×3×5×6×7 (VCr=0,576), 1×4×5×6×7 (VCr=0,615), 2×3×4×5×6 (VCr=0,651), 1×2×3×4×6 (VCr=0,654), 1×2×4×6×7 (VCr=0,623), 1×3×4×6×7 (VCr=0,623), 2×3×4×6×7 (VCr=0,589); у юношей диадные сочетания: 3×4 (VCr=0,413), 4×6 (VCr=0,414) (p=0,000 во всех случаях), где 1 – застревающая, 2 – эмотивная, 3 – тревожная, 4 – циклотимная, 5 – возбудимая, 6 – дистимная, 7 – экзальтированная. Поскольку эмотивная акцентуация у девушек и дистимная у юношей служат предикторами ПТС, то можно предположить, что акцентуации, входящие в комплекс, будут облегчать формирование ПТС и способствовать появлению СИ. Отечественные исследователи рассматривают личностные акцентуации как фактор, утяжеляющий течение ПТСР (Семке В.Я. и др., 2009). Поэтому обнаруженные связи свидетельствуют о том, что появление СИ отражает тяжесть течения ПТС.

Выводы. 1. Появление СИ при ПТС связано с тяжестью течения ПТС: в группе с тяжело текущим ПТС 4/5 молодых людей думают о самоубийстве. 2. Психометрические показатели ПТС, входящие в рассмотренные модели, умеренно связаны с суицидальным поведением в виде появления СИ, т.е. высокая выраженность каждого из показателей позволяет в двух из трех случаев предположить СИ. 3. Акцентуации характера связаны с СИ. Независимо от пола комплекс в виде большого количества выделенных акцентуаций служит более важным фактором риска появления СИ, чем отдельно взятая акцентуация.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОЛОНТЕРАМИ ГРУПП САМОПОМОЩИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ПОТЕРЯВШИХ БЛИЗКИХ ОТ СУИЦИДА

Алавердова Л.Л.

Нью-Йорк

Американское общество по предотвращению самоубийств (American Foundation for Suicide Prevention)

По данным ВОЗ, каждое самоубийство затрагивает не менее 6-8 человек, но эффект самоубийства шире, особо если трагедия получает широкую огласку. Нередко школа или рабочий коллектив ощущают бремя всеобщей вины. Когда от самоубийства погибает близкий, на пережившего трагедию родственника или друга обрушивается лавина чувств: горе, ощущение вины, шок, неверие в происшедшее и отрицание поступка, гнев, направленный на кого угодно, включая самоубийцу, стыд. Неизбежное ощущение – чувство одиночества, оторванности от мира. Общение между претерпевшими сходную трагедию помогает в преодолении изоляции, дает пример того, что трагедию можно и нужно пережить, продолжая жить, помогает найти сходство между смертями близких и лучше понять происшедшее, смирившись с тем, что полного ответа на «почему?» получить невозможно. Члены группы поддержки могут обсуждать то, что их волнует, не опасаясь, что их неправильно поймут; помогают горюющим справиться с трагедией, делятся сведениями о том, что могло бы им помочь; дают надежду на то, что можно выжить и после катастрофы. Пережившие самоубийство близкого попадают в зону суицидального риска. Ведь на их глазах преодолен инстинкт самосохранения – желание жить. Поэтому жизненно необходимо не оставлять потерпевших катастрофу без внимания и поддержки. Принципы организации подобных групп на сайте ВОЗ (http://goo.gl/OR3cmU). При организации группы самопомощи опиралась на руководство Американского общества по предотвращению самоубийств как его доброволец. Неправильно организовывать группу немедленно после трагедии, рассчитывая на самоисцеление, но по прошествии не менее двух лет. Прошло десять лет после гибели брата, прежде чем почувствовала себя готовой эффективно руководить группой. Непросто преодолеть психологический барьер стыда перед окружающими, равносильный публичному признанию в том, что в вашей семье такая трагедия. Легче уйти, в раковину улитки, зализывать раны и внушать себе, что никто ни о чем не подозревает. Самораскрытие болезненно и чревато непредсказуемыми последствиями. Могла бы создать группу и раньше, но не хватало решимости. Искала профессионала, который хотел бы ее возглавить. Когда же решилась создать группу на базе библиотеки, где работаю, то, к моему удивлению, не встретила ни единого вопроса от окружающих. Так что страхи мои были не обоснованы. Одна из сложностей – найти помощников. Нельзя полагаться только на собственные силы. Во время встречи в группе может возникнуть непредвиденная или сложная ситуация, при которой присутствие прошедшего тренинг другого волонтера может пригодиться. Как и любое начинание, организация группы требует время на «раскрутку». В моем случае сыграло роль то, что я волонтер большой общественной организации со своим сайтом, и ищущие поддержку могут сами найти информацию о группе. Все участники группы узнали о ней из интернета. Намереваюсь сообщать и другим организациям, связанным с проблемами суицида и психического здоровья, о группе. За неделю до встречи рассылаю приглашение приходившим ранее или спрашивавшим о моей группе. На сайте библиотеки информация о заседании, вывешивается листовка о встрече. Если группа организована волонтером, а не профессионалом, есть риск, что присутствующие не смогут распознать депрессию и суицидальный риск одного из участников. К тому же волонтеры не обучены групповой терапией. Однако участники группы не высказывают сожаления, что встречаются без психолога. Обычно они могут встречаться

с профессионалом индивидуально. Участники группы ценят общение с пережившими сходную трагедию. Одна из потерявших сына сказала, что хочет общаться только с такими матерями. Вдова, не пришедшая на встречу, интересовалась, были ли там еще вдовы. Советы психологов ценятся, но признается барьер между профессионалом и пережившим трагедию. Как сказала мать, потерявшая молодого сына, психолог не может ее понять, не пережив ничего подобного. Встречи проводить нелегко: возникают паузы, которые не всегда знаешь, чем заполнить. Лучше всего обращаться к участникам с общим вопросом, чтобы все могли высказаться, как: «Что помогает справляться с бедой день ото дня?» или «Давайте вспомним о самом лучшем, что связано с любимым человеком». Модератору нужно меньше говорить о себе и ни в коем случае не поучать, а только слушать и помогать направлять беседу, избегая тупиков и рифов. После встречи чувствуется некое эмоциональное опустошение, не все проходит идеально или так, как хотелось бы. Есть те, кто возвращается из раза в раз, есть пришедшие однажды: рассказал о себе и ушел. Главное: человек выговорился, выплеснул свое горе. Ему было к кому пойти. Приходят несколько человек или двое. Важно присутствие желающего выслушать и понять того, кто прошел через сходное горе. Для создания подобных групп необходима предварительная работа центров психического здоровья, научных учреждений. Предложить тренинг желающим, помощь и поддержку в организации, приглашать волонтеров – этим надо заниматься не равнодушным к данной проблеме. Пережившие самоубийство близкого очень чувствительны, бестактность ощущается болезненно и может вызвать реакцию отторжения даже при благих намерениях. Необходим тренинг волонтеров и специалистов. Не каждый психиатр или психолог искушен в суицидологии, есть природный такт и понимание. У многих могут возникнуть проблемы с организацией группы: поиск помещения, помощников, участников. Главное – не пасовать перед трудностями.

СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДЕНТОВ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ПОСМЕРТНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Александрова Н.А., Шкитырь Е.Ю.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность. Средняя частота суицидов среди взрослых и несовершеннолетних в РФ в 1,6 раза превышает общемировой показатель (11,4, здесь и далее – на 100 тыс. населения) при «критическом уровне» ВОЗ – 20. Если в населении РФ тенденция постепенного уменьшения частоты суицидов (на 7% в 2014г. по сравнению с предыдущим), то количество самоубийств несовершеннолетних растет, составляя 13,4% общего числа умерших от неестественных причин. Поликонфессиональное общество РФ влияет на морально-нравственные ценности ребенка и подростка, особенно малых народностей Севера, Сибири и Дальнего Востока, этнических групп (финно-угорской и монгольской), у которых количество суицидов несовершеннолетних значительно превышает общероссийские показатели. Так, по данным Росстата в 2013 году, наиболее высокие показатели частоты детско-подросткового суицида в Республике Алтай – 17,8, превышая общероссийский показатель в 8,5 раз; в Республике Тыва – 14,5 (в 6,9 раза); Чукотском АО – 8,0 (в 3,8 раза); Республике Бурятия -7,5 (в 3,5 раза); Забайкальском крае – 6,9 (в 3,2 раза).

Цель исследования: изучение биопсихосоциальных факторов риска суицидов детей и подростков.

Материалы и методы. Клинико-эпидемиологический анализ 47 посмертных экспертиз (в 2011-2015гг.) несовершеннолетних (64% мужского пола) в возрасте на момент смерти 11-17 (14,0±0,75) лет.

Результаты. Половина (51%) суицидентов из полных «благополучных» семьях (показатель вырос в 2014-15гг. в 1,7 раза по сравнению с предыдущим периодом); неполные семьи, в которых воспитателями были мать или бабушка составили 41%, опекунские – 8%. Условия воспитания в семье «без проблем и конфликтов» в 65% случаев (оценка семейных характеристик в материалах дела). Как показал ретроспективный анализ представленных на экспертизу материалов уголовного дела, у 27% несовершеннолетних суицидентов отмечено девиантное поведение. При анализе мотивации суицидов на первом месте семейные конфликты (66%), затем – проблемы романтических отношений /неразделенные чувства (24%), на третьем месте внутри- и межличностные проблемы (10%). Среди способов суицида падение с высоты (64%,) самоповешение (34%), самоотравление (2%). Преобладающим психическим расстройством стала формирующаяся личностная патология (40%), пограничные психические расстройства и органическое расстройство личности составили по 21%, эндогенные расстройства 16%; неуточненные психотические расстройства 2%. У «психически здоровых» в предсуициде преимущественно аффективные расстройства в рамках расстройств адаптации (35%). Суициды по типу демонстративно-шантажных в 8,5% случаев (в анамнезе шантажное поведение иногда с демонстративными суицидальными тенденциями), в 36% – импульсивное поведение (на фоне выраженных негативных переживаний, зачастую имеющих сугубо субъективную значимость). Анализируя предсмертные записки, сообщения в социальных сетях, смс-сообщения, а также высказывания суицидентов незадолго до смерти, можно сделать вывод о том, что, несмотря на формальное представление о конечности жизни, у подростков своеобразное романтическое отношение к собственной смерти, иногда суицид трактуется как единственно правильный переход к другому способу и форме существования («иная жизнь», «иной мир, в котором живут любимые персонажи из комиксов»).

Выводы. Происходит «омоложение» суицидентов (минимальный возраст жертвы суицида – 9 лет, по данным Росстата). Растет доля суицидов в младшем подростковом возрасте во внешне благополучных семьях с высоким уровнем образования и дохода, что косвенно говорит о психологической дезадаптации несовершеннолетнего при формально сохраненных межличностных контактах вне и внутри семьи. Эмоциональная лабильность, отсутствие в силу возраста сформированной системы ценностей и достаточных представлений о неизбежном конце жизни с имеющимися суицидальными смыслами приводят к принятию суицидального решения и его реализации. Необходимо развитие комплекса профилактических мер (социальных, педагогических, клинико-психологических и непосредственно медицинских) в области охраны психического здоровья несовершеннолетних.

ПОСТПСИХОТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ И СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ

Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Крюкова Е.М.

Оренбург
Оренбургский ГМУ,
Оренбургская областная КПБ №1

Актуальность изучения аффективных состояний при шизофрении обусловлена суицидальными попытками (СП) на фоне депрессии. C.Mulholland с соавт. (2000) отмечают риск са-

моубийства у 10% больных, в течение жизни – в 10-20 раз больший по сравнению с населением в целом (Ran M.C. et al., 2009) и особо – в первые годы верифицированного диагноза (Любов Е.Б. с соавт., 2013. Выше частота предшествующих депрессий при суицидах больных шизофренией по сравнению с совершившими суицидальные попытки (Roy A., 1982; Drake R.F. et al.,1986). Больные с попытками суицида в анамнезе обнаруживали более тяжелую депрессию, чем больные шизофренией без попыток. По данным Н.И.Распоповой с соавт. (2004), в основе суицидальных попыток больных шизофренией частота депрессии на втором месте после параноидных симптомов.

Цель исследования: определение особенностей клиники и личностных особенностей больных шизофренией с постпсихотической депрессией, совершивших СП в дебюте заболевания.

Материал и методы исследования. Обследовано 118 больных (43 мужчин, или 36,4%; средний возраст всех пациентов 30,4±9,3 лет) в первом эпизоде (≤5 лет после установления диагноза) шизофрении и постпсихотической депрессией. Депрессивный статус, помимо клинического метода, объективизирован шкалой оценки депрессии Калгари (CDRS) – не менее 6 баллов. 79 пациентов (28 мужчин, или 35,4%), совершившие СП в дебюте шизофрении из больных с постпсихотической депрессией, составили основную группу. 39 пациентов (15 мужчин, или 38,4%) без СП, составили группу сравнения. Клинико-психопатологический метод дополнен симптоматическим опросником SCL-90-R (Тарабрина Н.В., 2001; Derogatis L.R., 1977), заполняемым пациентом. Исключены больные с>3 приступами в анамнезе, сопутствующей зависимостью от ПАВ. Использованы методики диагностики перфекционизма Н.Г.Гаранян-А.Б.Холмогоровой (2007), копинга SVF (Janke W. et al., 1985, E.Heim, 1988), самостигматизации (Ястребов В.С. и соавт., 2004), механизмов психологической защиты (МПЗ) Келлермана-Плутчика (Вассерман Л.И. с соавт., 1998). Статистическая обработка с использованием программы STATISTICA 7,0 (описательная статистика, непараметрические U-критерии Манна-Уитни, R-коэффициент корреляции Спирмена).

Результаты. В основной группе преобладал тревожно- депрессивныйсиндром. Так, показатели шкалы Калгари выше (p<0,05) в основной группе (8,37+1,31), чем в контрольной (6,15+0,96). В группе суицидентов более выражены жалобы на раннее пробуждение с более тяжелой утренней депрессией, безнадежность, патологическое чувство вины. Чаще мысли о повторной СП, которые активно вербализовались в беседе. Обращала внимание связь мыслей о бесперспективности и пессимистическая оценка будущего с осознанием приступа. Чувство вины обусловливала субъективно усиленная «неправильность и неадекватность» поведения в психозе. Тревожные ожидания возобновления психотической симптоматики, несмотря на лечение, усугубляли депрессивные проявления, что определяло и большую чувствительность в межличностных отношениях, особо с родственниками, которые нередко инициировали или поддерживали госпитализацию. В основной группе более тяжело воспринимались побочные действия лекарств. В силу остроты заболевания, после СП в первые две недели госпитализации использовались типичные нейролептики, вызывавшие экстрапирамидную симптоматику. По-видимому, в силу этого в синдромальном профиле группы суицидентов, по данным SCL-90-R, более выражены показатели «соматизации» и «враждебности» (прогностически меньшая комплаентность поддерживающей терапии). Риск нонкомплаенса обусловлен и большей выраженностью самостигматизации в основной группе, аутопсихической ее формы, прогностически повышающей риск СП по выписке. При проблематичной комплаентности необходим быстрый перевод пациентов на атипичные антипсихотики, преимущественно пролонгированного действия, с возможностью купирования тревожно-депрессивного аффекта как фактора риска СП. Так, сероквель пролонг назначен 80% пациентам основной группы с позитивной антидепрессивной и антитревожной динамикой и нивелировкой суицидальных мыслей. Более частое обращение врача к «проверенным» типичным нейролептикам является фактором более психологическим, чем практически обоснованным, нередко ведущим к полипрагмазии. При исследовании свойств личности в основной группе выше показатели по фактору перфекционизма «восприятие других людей как делегирующих чрезмерные ожидания». В психотерапии пациенты к «другим» относили близких. В таких случаях проводилась семейная терапия. В протективной личностной структуре (копинг, МПЗ) большая выраженность МПЗ в контрольной группе и чаще дезадаптивные стратегии совладания с болезнью через облегчение переживаний, неприятие «всерьез», тенденции бегства, агрессии, подавление эмоций. Показаны взаимосвязи между выраженностью «психотизма», «паранойяльности» и дезадаптивными способами совладания (тенденции избегания, игнорирование, смирение, растерянность, подавление эмоций, покорность, диссимуляция, уход от ситуации, регрессия).

Выводы. Показаны различия симптоматики постпсихотической депрессии в группах больных в зависимости от наличия/отсутствия СП в первом эпизоде шизофрении. Постпсихотическая депрессия у суицидентов более выражена, представлена преимущественно тревожной депрессией с соматизацией, обусловленной отчасти и экстрапирамидной симптоматикой. Выраженность аутопсихической формы самостигматизации у суицидентов в определенной степени связана с интенсивностью нейролептического синдрома (Антохин Е.Ю. с соавт., 2007). Большая тяжесть постпсихотической депрессии суицидентов обусловлена дезадаптивными стратегиями совладания с дистрессом. Обозначенные «мишени» комплексной терапии (фармако- и психотерапии) позволяют оптимизировать ведение больных шизофренией с постпсихотической депрессией, С СП на ранних этапах расстройства. Участие психологических механизмов в формировании психотической симптоматики указывает на возможные «мишени» психотерапии на постпсихотическом этапе. Работа с защитными структурами может стать фактором (помимо фармакотерапии) предотвращения возобновления психоза и суицидального поведения.

СУИЦИД И ЛАТЕНТНАЯ АГРЕССИЯ

Арпентьева М.Р.

Калуга
Калужский ГУ

Скрытая, или латентная агрессия – типичный способ поведения, когда человек или группа не могут выразить враждебность в открытой форме и прибегают к осмеянию, игнорированию собеседника или к навязыванию ему «любви» и «помощи», а также – одна из линий суицидального поведения. Агрессия может быть выражением отчаяния, вызванного непониманием и отсутствием любви, невозможностью изменить что-то и осознанием ненужности, переживаний, связанных с разрушением отношений внутри и вне личности. По А. Адлеру (1995), агрессия связана с «волей к власти»: человек пытается завоевать «место под солнцем». Деперсонализация служит ключевым феноменом кризиса личности, включает широкий ряд расстройств от отчуждения воли до десоциализации с нарушением духовного развития, неспособности различать добро и зло. Несоответствие между пониманием себя и мира личностью и ее окружением ведут к конфликтам и кризисам: от отрицания авторитетов до стремления к зависимости от них. Противоречие между претензиями к жизни и реальностью могут привести к сознательному одиночеству. Чувство разделенности «Я» в экзистенциально-феноменологическом смысле, т. е. ощущение потерянности в мире, отсутствие чувства собствен-

ной реальности, «самости» – центральны при «онтологической незащищенности. Личность теряет способность осознания себя как реальной и завершенной данности (Лейнг Р., 1995), вместо счастья человек подчас ищет смерть, обстоятельства жизни – хорошие и плохие – воспринимаются как угрожающие существованию того, чего давно нет. Иллюзия, что можно не страдать, видя страдания других – одна из причин конфликтов, доводящая до суицида. Выученная беспомощность, приобретенная или заученная (Зелигман М., 2003) появляется после неудачных попыток воздействовать на негативные обстоятельства среды (или избежать их) и характеризуется отказом от действия, нежеланием менять враждебную среду или избегать ее; сопровождается потерей чувства свободы и контроля, неверием в возможность изменений и в свои силы, подавленностью, депрессией и желанием ускорить наступление смерти. Ситуативная выученная беспомощность выступает как временная реакция на события, которые воспринимаются как не подконтрольные, или как устойчивая характеристика, которая формируется в процессе развития под воздействием взаимоотношений с другими людьми. Выученная беспомощность связана с трудностями постановки цели («ничего не хочу», «не знаю, что выбрать»), начала действия («не сейчас», «хотелось бы, но…»), поддержания первоначального намерения («передумал», «стало не интересно») и преодоления препятствий (не знал, что будет так трудно»). Противоположность беспомощности – поисковая активность. Если человек прекращает поисковое поведение, то этот «перепад» вызывает «болезни достижения», или «синдром Мартина Идена»: человек долго стремился к чему-либо и остановился «почивать на лаврах», но вместо счастья начинаются проблемы. Пассивная агрессия приводит к психическим нарушениям как факторам риска суицида.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. МОСКВЫ (МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ).

Банников Г.С., Вихристюк О.В., Павлова Т.С., Кошкин К.А.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
Центр экстренной психологической помощи МГППУ

Актуальность. В 2012 г. в РФ зарегистрированы 9, в 2013г.-10 самоубийств несовершеннолетних, но в 2014 г. специалисты Центра выезжали в образовательные учреждения в связи с самоубийствами 25 раз. Сохраняется тенденция и в 2015 г. 15 выездов. В 2013 г. на Всемирной ассамблее здравоохранения поставлена цель снизить к 2020 г. частоту самоубийств в мире на 10%. Учебные заведения – важные площадки превенции суицидального поведения (СП) молодежи (ВОЗ, 2004). К основным направлениям предупреждения СП в школе следует отнести: 1. Привитие навыков преодоления трудных жизненных ситуаций через внедрение образовательных и ознакомительных программ. 2. Выявление групп риска СП. Примеры первого направления: обсуждение вопросов жизни и смерти после совместного просмотра фильма о молодом человеке, пытавшимся покончить с собой, но нашедшим пути преодоления жизненных трудностей; школьный форум, на котором подростки могут обсудить вопросы жизни и смерти. Эффективность выше, если учителя и социальные работники, отвечавшие за демонстрацию фильма и проведение дискуссий, прошли целевую подготовку.

Материалы и методы. Обследованы 70 несовершеннолетних с подтвержденными суицидальными тенденциями-350 подростков образовательных учреждений Москвы. Средний возраст 15,6 лет. Мальчики и девочки в равной пропорции. Отделением суицидологии МНИИП и ЦЭПП МГППУ в рамках второго направления по выявление лиц, подверженных риску СП (социально-психологической дезадаптации) в образовательных учреждениях, подобраны и апробированы следующие методики скрининга: опросники безнадежности (A. Beck et al. 1974) и одиночества, WHO-5 – Индекс хорошего самочувствия, Басса-Перри, PDQ-IV и FACES-3.

Результаты. 85 подростков, или j выборки отнесены к группе риска. Статистический анализ скрининга групп «норма», «риск», «суицид» выявил прогностически значимые признаки пресуицидального состояния. По Опроснику безнадежности Бека «мне пора сдаться, т. к. я ничего не могу изменить к лучшему» (<0,001), «у меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем» (<0,05), «мой прошлый опыт не подготовил меня к будущему» (<0,05). По Индексу хорошего самочувствия WHO-5: «Моя жизнь не наполнена для меня интересными событиями» (<0,05). По Опроснику одиночества Рассела – «я одинок, я никому не нужен» (<0,001), «мне не к кому обратиться за помощью» (<0,005). При выявлении патохарактерологических нарушений PDQ-IV (Personality Disorders Questionnaire IV) в группе «суицидентов» статистически значимы результаты по пунктам опросника: «я чувствую, что другие не понимают или не ценят меня» (<0,05), «бывало, что я наносил себе вред или пытался убить себя» (<0,001), «я порой чувствую, что жизнь моя уныла и бессмысленна» (<0,05), «мне трудно сдерживать свой гнев и про-явления моего характера» (<0,05), «в момент сильного стресса я веду себя как ненормальный или просто не помню потом, что происходило» (<0,005). Опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности« (FACES-3 / Тест Олсона) оценивал уровень семейной сплоченности. Экстремальные уровни обычно рассматриваются как проблематичные, ведущие к нарушениям функционирования семейной системы. Выявлены корреляции между экстремальным уровнем семейной дисфункции, пограничной структурой личности и безнадежностью. По результатам кризисного консультирования несовершеннолетних «группы риска» выделены группы с риском развития суицидального поведения: 1. Подростки с тревожно-депрессивным состоянием, 2. Подростки с тревожно-дисфорическими реакциями с личностной акцентуацией по пограничному и нарциссическому типам личностей. Состояние 21 подростка расценено как критическое, родителям рекомендована помощь психиатра / психотерапевта.

Обсуждение. К проблемам первичной профилактики в образовательных учреждениях Москвы можно отнести следующие. 1. Недостаток специалистов по оказанию кризисной психологической помощи и их возможности передавать знания. 2. Отсутствие доступной, профессионально подготовленной литературы для учителей, родителей, подростков. 3. Сложности организации межведомственного взаимодействия, как по сопровождению подростков в кризисном состоянии, так и создании единой программы профилактики. В ходе работы по выявлению и сопровождению группы «риска» мы столкнулись со следующими проблемами: 1. Нежелание родителей мероприятий, направленных на выявление и профилактику СП. 2. Нежелание родителей признавать проблемы подростка. 3. Страх родителей, школьных психологов перед разговором с подростком на тему смерти, невозможность обратиться к школе за помощью вследствие недоверия к ней. 4. Страх перед стигматизацией при обращении к специалистам, 5. Перенос ответственности за СП с семьи на школу, в результате чего психологические службы неэффективны. 6. Недостаточное межведомственное взаимодействие. В связи со случаями самоубийств и попыток самоубийств в образовательных учреждениях Москвы сотрудниками Центра и МНИИП в 2014-2015 гг. проведены 167 групповых и 259 индивидуальных консультаций 2343 переживающих горе, потерю и другие кризисные состояния. Общие проблемы, сложности работы: 1. Отсутствие внутриведомственного регламента и

межведомственных договоренностей по оперативному оповещению о кризисной ситуации. 2. Недостаток квалификации школьных психологов, касающейся основ кризисной психологической помощи, выявления и профилактики континуума СП подростков, 3. Ослаблен кадровый ресурс окружных антикризисных подразделений центров психолого-медико-социального сопровождения. Не реализован принцип шаговой доступности медицинской помощи, 3. Отсутствие единой/типовой программы профилактики суицидального поведения, антивитальных настроений подростков, 4. Низкая обращаемость родителей за психиатрической помощью в ситуациях высокого суицидального риска. Предложения: 1. Укрепление медико-психолого-педагогических ресурсов (психологические школьные службы; классные руководители; окружные группы по профилактике негативных проявлений; окружные антикризисные подразделения Центра), 2.Создание межведомственной рабочей группы для координации профилактической работы; разработки унифицированной программы профилактики суицидальных рисков и межведомственного алгоритма (регламента) по сопровождению детей группы риска, 3. Открытие на базе детских поликлиник кризисных психотерапевтических кабинетов.

ОПЫТ РАБОТЫ «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ» СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Белебеха Е.А., Мурина И.Н.

Омск
КПБ им. Н.Н. Солодникова

В экстренной медико-психологической помощи ведущее значение принадлежит «Телефону доверия» (ТД). В Омской области в 1991 г. создана суицидологическая служба с ТД, структурным подразделением Омской ОКПБ для работы с кризисными и суицидоопасными состояниями. Помощь ТД можно получить анонимно, круглосуточно, бесплатно, конфиденциально. В ряде случаев психотерапевтическая помощь представляет единственно возможный вид помощи переживающим кризисные и суицидоопасные состояния. Сравнительный анализ обращений на ТД показал, что первое место по количеству обращений занимают профильные звонки, требующие непосредственно психологической помощи (79%-95%), далее идут непрофильные обращения; наименьшее количество звонков – «немые» обращения. Знание психологической проблематики обращений на ТД является для консультантов вопросом профессиональной компетентности и эффективности. В 2010-2014 гг. наиболее актуальной проблемой, с которой обращаются на ТД, остается здоровье (36-38% профильных обращений). Большое количество обращений составляют звонки от инвалидов в связи с телесными болезнями, одиночество которых в значительной степени вынуждено. Они не создали или утратили семью («паспортное одиночество») или страдают от отсутствия эмоциональных контактов при формальном наличии родных. Одиночество приводит к тягостным переживаниям и представляет фактор риска СП. Для всех абонентов рассматриваемой группы, особенно соматически отягощенных лиц, характерны повторные обращения в ночные часы, так как большинство из них страдает бессонницей. Проблема зависимости от ПАВ в 2010-2013 гг. вышла на второе место, а в 2014 г. – на третье. Что делать, если любимый начал пить? Отправить к врачу? «А если не пойдет..» Не менее 25% звонков от близких злоупотребляющих спиртным. Проблемы семейных и супружеских отношений в 2010-2013 гг. вышла на третье место, а в 2014 г.- на второе (11-13% проблемных обращений). Такие обращения связаны, прежде всего, с охлаждением чувств в супружеской паре, уходом одного из них из семьи, разрывом с партнером, изменой. На проблемы, связанные с детско-родительскими отношениями, конфликтами, ссорами приходятся 8 -9% профильных обращений. Количество обращений на ТД постепенно растет, что объясняется преимуществами помощи, постоянной социальной рекламой ТД в СМИ. Среднее число обращений на ТД от 8 тыс. в 2010 г. до 13,5 тыс. в 2014 году. В сутки на ТД поступает 25-45 обращений. По времени суток обращения распределены следующим образом: в 8.00-18.00 – 47,5% обращений, в 18.00-23.00 – 31,9%, в 23.00-8.00 – 20,6%. Наибольшее число звонков от лиц 36-50 лет с актуальными психологическими трудностями. Доля обращений женщин стабильно высока (75-78%), видимо, в связи с их большей социальной открытостью; стремлением получить стороннюю помощь. Мужчины реже обращаются – поиск помощи ассоциируется с «немужским» типом поведения. Высока доля работающих (44-47%). Постепенно повышается доля абонентов-пенсионеров (10-11%) и высок процент обращаемости инвалидов (21-25%). Соотношение первичных и повторных обращений на ТД, стабилен – преобладают первичные (53-63%). В 2014 г доля первичных абонентов достигла 68%. Любой обратившийся за экстренной помощью на ТД и нуждающийся в дальнейшем наблюдении и/ или лечении приглашается на консультацию к психиатру, психотерапевту, наркологу, проводится психодиагностическое исследование, при тяжелом психическом состоянии возможны направление в психиатрический стационар, решение социальных проблем.

О ПРОЕКТЕ ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Бисимбаева Г.А.

Казахстан, Костанай
Юные лидеры Костаная

Актуальность. Казахстан на третьем месте по количеству суицидов в мире и первом – по числу суицидов девушек 15-19 лет среди 24 стран Европейского региона ВОЗ. Ежедневно 10-12 казахстанцев убивают себя, среди них – один ребенок. Нашей общественной организацией проведен мониторинг причин высокого роста суицидального поведения подростков и выделены следующие контролируемые факторы: 1. В городе отсутствует центр профилактики суицидов. 2. Работают много молодых психологов, некомпетентных в вопросах диагностики, выявления и коррекции суицидального риска. 3. Коррекция выявленных групп подростков с суицидальным риском не проводится в силу отсутствия профессиональной программы. 4. Отсутствует систематическое обучение специалистов. В связи с этим необходим Центр профилактики суицидального поведения (СП) детей и подростков.

Цель и задачи: описание модели типового центра профилактики суицидального поведения детей и подростков в рамках многоуровневой городской программы.

Описание программы и планируемые результаты. Проект будет реализован в несколько этапов: I. Первоначально запланирован опрос школьных психологов для определения изначальной «суицидологической бдительности« и, косвенно, степени профессионального «выгорания» самих специалистов, что негативно сказывается на качестве их работы. На основании полученных данных будет строиться 72-часовая (по типу тематического усовершенствования) программа обучения школьных психологов. II. Шестидневный семинар-тренинг «Клиническая суицидология» для 32 психологов 32-х школ города). Программа семинара предполагает проведение интерактивных лекций, практических занятий, тренингов (методология работы по профилактике суицидов, психокоррекционные мероприятия), обучение принципам разработки и реализации

программы по формированию стрессоустойчивости и профилактики СП детей и подростков в общеобразовательных школах (направления работ, выделение целевых групп, формы и методы работы, оценка эффективности). III. По завершению семинара начнется процесс внедрения новых методик в школах. Для улучшения качества работы школьным психологам выдадут учебно-методическое пособие по подробному инструктажу – диагностической, коррекционной, консультационной работы с детьми и подростками группы риска СП. Психологи города за 3 месяца проведут диагностику и коррекцию суицидальных рисков учащихся, консультирование детей и подростков группы риска СП с направлением к профессионалам (психиатрам, психотерапевтам), просветительская работа со школьниками и их родителями, педагогами. IV. По окончанию коррекционной работы в школах запланирован повторный скрининг, на основе которого будет сделан анализ о результативности деятельности школьных психологов. На основании данных психодиагностики, коррекции будут подготовлены рекомендации для образовательных учреждений страны.

Выводы. Проект должен способствовать: 1) улучшению профилактики и лечения (при своевременной профессиональной помощи) СП детей и подростков; 2) сокращению риска СП в возрастной группе; 3) повышению «суицидальной грамотности» психологов, родителей школьников и самих учащихся. Проект станет частью работы по внедрению новых образовательных и воспитательных программ в учебные заведения Косанайской области и Республики в целом.

СУИЦИДАЛЬНОСТЬ В КЛИНИКЕ НЕМАНИФЕСТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С АФФЕКТИВНОЙ СТРУКТУРОЙ ПРИСТУПОВ И КОМОРБИДНОЙ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

Бобров А.С., Чуюрова О.Н.

Иркутск
Иркутская ГМАПО,
Иркутский ОПНД

Цель исследования: изучение частоты и мотивов суицидальных мыслей и поведения у больных неманифестной шизофренией в зависимости от типологии аффекта в структуре приступа/приступов

Материалы и методы: изучены больные неманифестной приступообразной шизофренией (НПШ) с аффективной структурой приступов (n=100, из них мужчин 65). К неманифестной шизофрении отнесена ее форма (тип течения), позитивная симптоматика которой ограничена психопатоподобными, неврозоподобными и аффективными расстройствами (Максимов В.И., Зверкова И.В., 1986). В соответствии с типом аффекта в структуре приступа выделены 3 клинические группы больных: НПШ с униполярной депрессией (n=32), биполярными аффективными расстройствами (n=39) и смешанной депрессией в структуре приступа. К смешанной депрессии отнесены состояния с комбинациями маниакальных и депрессивных симптомов в одном эпизоде расстройства настроения (Benazzi F., 2006). В течение заболевания среди всех вариантов НПШ с аффективной структурой приступов выделены продром и этап активного проявления заболевания. Активный этап начала заболевания у большинства (n=70) совпадал с пубертатным или юношеским возрастом, реже приходился на зрелый возраст (n=30). Длительность активного этапа течения заболевания к моменту исследования составила 8-9 лет.

Результаты: на стадии депрессии отмечена значительная общность ее клинических проявлений среди всех трех клинических групп НПШ. Отличительными особенностями шизофренической депрессии являются: промежуточная степень тяжести между тяжелым и умеренным депрессивным эпизодом по МКБ-10 либо тяжелая степень тяжести ДЭ; генерализованный вариант симптома утраты интересов («нет интереса ни к чему»); астения в степени «нет сил ни на что» либо гротескный ее вариант на самое незначительное интеллектуальное или физическое усилие; снижение концентрации внимания за счет, очевидно, нарушения мышления («голова как пустая»), проявлений нейрокогнитивного дефицита, реже идеаторной заторможенности; незначительная представленность симптомов «идеи виновности», «мрачное и пессимистическое видение будущего»; особая мотивация суицидальных мыслей и поведения; расстройства сна со значительной частотой ранней инсомнии (в том числе сверхдлительный ее вариант и последующий сон до 11-12 и даже 14-16 часов дня); отсутствие типичного суточного ритма, свойственного эндогенной депрессии в рамках диагностической рубрики МКБ. В качестве коморбидной депрессии симптоматики отметим бесфабульную флоттирующую тревогу, нередко с ощущением «напряжения во всем теле»; эпизодический и перманентный варианты вегетативной тревоги, полиморфные фобии и обсессивно-компульсивные (в основном идеаторный вариант) расстройства; патологические телесные сенсации (сенестоалгии, сенестопатии, значительно реже психалгии) с различной степенью генерализации. Свойственны ряду больных трех клинических групп и негативные проявления в поведении в виде социальной изоляции, прекращения учебы либо отсутствие стремления к профессиональной деятельности после завершения обучения, нарушение ролевого поведения. У части больных обеих клинических групп в продроме и на активном этапе течения заболевания отмечена склонность к алкоголизации и эпизоды субпсихотической симптоматики без обращения за психиатрической помощью. Выявлена общность мотивов суицидальных мыслей в зависимости от возраста активного начала заболевания. Так, в более молодой группе в основе суицидальных мыслей лежали стойкая и выраженная депрессивная анестезия с жалобами «ничто в жизни не радует, жизнь как застыла, замерла» или «чувства и ощущения притупились – я как пустой сосуд, во мне ничто не откликается» и итоге, по выражению одного больного – «нет смысла дальше жить, если не возвратятся эмоции». В основе суицидальных мыслей могли быть и своеобразные идеи самоуничижения, но не виновности, спаянные со стойкими проявлениями депрессивной анестезии и тоскливым аффектом («мало что хорошего в жизни: одна скука и чернота, жизнь пресная, кто я в ней – никто и звать меня никак»). В ином случае в основе суицидальных мыслей ставится больший акцент на утрате интересов, что находит выражение в констатации «утраты смысла в жизни», «жизнь потеряла смысл» («постоянно дома, ничем не занят, никаких планов на будущее»), в итоге ощущение бессмысленности жизни. Суицидальные мысли могли возникать на фоне интенсивного тоскливого аффекта в вечерние часы («невыносимая тоска, грусть накатывает с ощущением вселенского одиночества») с актуализацией несостоятельности, никчемности в жизни. В единичных наблюдениях среди больных с активным проявлением болезни в зрелом возрасте и особенно длительным по времени (15-20 лет) ее течением суицидальные мысли являлись производными чувства вины за то бремя («тяготы»), которые, по мнению больных, ложатся на плечи родственников в связи с их душевным физическим состоянием, к примеру, когда «престарелая мать вынуждена убираться в квартире, а сын готовит пищу, а сама больная не встает с постели из-за «отсутствия сил, даже в покое» и ощущения безрадостности («живу как мебель»). Достоверно чаще суицидальные мысли высказывали больные НПШ с биполярными аффективными расстройствами в сравнении НПШ с униполярной депрессией (p=0,01) и смешанной депрессией в структуре приступа. Выделены 2 варианта суицидальных мыслей по степени их выраженности. Постоянное наличие без тенденции к усилению/ослаблению и, напротив, постоянное присутствие с тенденцией к усилению до степени

«непреодолимого желаний уйти из жизни («жажда смерти» как навязчивая идея, по определению больного) с возможностью импульсивного усиления – «как накатывает желание что-то сделать с собой и визуализацией картины своей смерти («представляю себя мертвой»). Среди способов возможного ухода из жизни больные перечисляют: вскрыть вены, повеситься, выброситься из окна многоэтажного дома, утопиться в ванной, броситься под транспорт. Отмечены существенные различия в частоте суицидального поведения в зависимости от клинического варианта НПШ: его отсутствие у больных НПШ с униполярной депрессией, единичность в группе больных со смешанной депрессией (n=1, 12,5%|8), напротив, статистически значимо увеличивается частота суицидального поведения у больных с биполярными аффективными расстройствами и суицидальными мыслями (n=9, 60,0%/15) в сравнении с НПШ с униполярной депрессией (p=0,01). Суицидальные попытки, в том числе повторные у больных НПШ с биполярной структурой приступов возникают не только в период актуального депрессивного приступа, но и как реакция на ситуационный фактор. К примеру, в дебюте манифестного приступа в виде депрессии в ответ на ссору с родителями, психопатоподобной мании в ситуации безответной влюбленности; на активном этапе течения заболевания в виде депрессивного приступа – на отказ знакомых сверстников посетить больного в день его рождения, в стадии неполной ремиссии – на разрыв межличностных отношений.

Выводы: общими особенностями суицидальных мыслей в клинике НПШ с аффективной структурой приступов являются их непроизвольность, временами неотступный характер с возможным усилением до импульсивности суицидального влечения. Достоверно большая частота суицидальных попыток (в том числе повторных) свойственна больным НПШ с биполярными аффективными расстройствами, проявления суицидальности возможны как в рамках актуальной депрессии, так и в виде реакции на стрессовый фактор в дебюте манифестного приступа, на стадии неполной ремиссии и актуальной депрессии в течении заболевания.

ОПЫТ РАЗВИТИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ (2012-2014).

Боев О.И.

Ставрополь
Ставропольская краевая КПБ №1

Одним из объективных индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения является уровень суицидов (УС). В Северо-Кавказском федеральном округе (СКФО) данный показатель традиционно самый низкий из всех ФО и составил в 2012 г. – 6 (здесь и далее – на 100 тыс. населения), в 2013 – 5,4. В Ставропольском крае (СК) в 2012 – 11,6, 2013 – 9,7, 2014 – 8,8 (226 человек). Положительная динамика (за 2 года снижение показателя на 8,3%) на фоне интенсивного развития краевой суицидологической службы с 2012 г. Требуют анализа данные (2014 г.) о зарегистрированных 645 суицидальных попытках (в 2,4 раза больше, чем суицидов): 20,6% повторных; 40,3% совершены в алкогольном опьянении; 61% – на фоне конфликта в семье, 91% суицидентов сожалеют о случившемся; лишь 5,6% были под наблюдением ПНД, большинство без опыта обращения к психологу или психиатру; 50% категорически отказались от медицинской и психологической помощи. Так выявлена целевая группа населения для профилактики СП.

Проведен ряд структурных и организационных изменений. Подготовлен приказ МЗ №01-05/1348 от 20.11.2013г. «О некоторых мерах по созданию на территории СК региональной суицидологической службы». В 2013 г. открыты отделение «Телефон доверия» (ТД) с круглосуточным режимом работы и Центр регистрации суицидальных случаев (из 82,4% медицинских учреждений СК). С конца 2014 г. работает кабинет профилактики суицидального поведения (СП) в Ставрополе. Для лучшей информированности молодежи о профессиональной помощи созданы группы психологов, охватившие в 2013-2014 гг. психопрофилактическими мероприятиями 13600 и 7460 школьников соответственно. Обучены 46 специалистов на циклах тематического усовершенствования. Проведены 2 круглых стола, 2 семинара, на которых обучены 142 врача первичного звена, прошли 3 межведомственных рабочих совещания. За 2014 г. в СМИ опубликованы 159 материалов: в печатных СМИ – 24, интернет новостях – 123, на телевидении – 12. Для сравнения: в 2013 г. были 14 публикаций. Активна реклама отделения ТД на радио. В 2014 г. создана группа в социальной сети для кризисной психологической помощи и информации: «В Контакте» (https://vk.com/club68233378), «Одноклассники» (http://www.odnoklassniki.ru/besplatnyt). Выпущены буклеты для родителей «Как не допустить суицид у подростка» тиражом 10000 экз. и для педагогов: «Как не допустить суицид у подростка» (5892 экз.). Буклеты распространяются как методические пособия при проведении психопросветительских мероприятий. В 2015 г. подготовлена единая форма электронной базы данных пациентов с СП, внедряется ведомственный алгоритм взаимодействия специалистов. Важно целенаправленное развитие преемственности помощи между специалистами амбулаторной службы и стационарного звена, когда еще в отделении ПБ начинается работа суицидента с психологом и врачом кабинета профилактики СП. В 2015-2017 гг. утвержден ряд количественных критериев эффективности службы: количество звонков в год на ТД; из них доля звонков, связанных с СП; доля медицинских учреждений, регистрирующих СП с выявлением дефектов регистрации; количество впервые и повторно обратившихся в кабинет медико-социально-психологической помощи; доля получивших медико-психологическую помощь из зарегистрированных с попыткой самоубийства; доля среди совершивших пациентов ПНД; количество психопрофилактических мероприятий (семинаров, тренингов); количество участников психопрофилактических мероприятий (взрослые, дети); количество посетителей на сайте; количество подписчиков в социальных сетях. Качественные критерии эффективности: самостоятельное обращение находящихся в кризисном состоянии в кабинет медико-социально-психологической помощи, отсутствие у прошедших курс психологической коррекции суицидальных тенденций. В 2015 г. запланированы открытие кабинета суицидолога при районном ПНД; разработать алгоритм ведения суицидента; определить уровень латентных самоубийств; продолжить интернет продвижение сайта ТД; по итогам работы Центра регистрации суицидов за 2014-2015 гг. подготовлена аналитическая справка по динамике суицидальной активности населения края на уровне районов; издание общественно-публицистического журнала для населения по профилактике психических расстройств и СП.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ДОПРИЗЫВНОГО И ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Ложникова Л.Е., Мыльникова Ю.А., Стрижев В.А.

Краснодар
Кубанский ГМУ

Цель исследования: изучение факторов риска аутоагрессивного поведения (АП) лиц допризывного и призывного возраста.

Материалы и методы. В исследование включены 200 юношей 16-27 (19±0,4) лет с АП в анамнезе, направленные на стационарное обследование в КПБ № 1 райвоенкоматами Краснодарского края. Использованы анкетирование, клинический, экспериментально-психологический, статистический методы. Статистический анализ с использованием пакета статистических программ STATISTICA 10.

Результаты и выводы: для обследуемых характерен комплекс из 15 ведущих признаков – клинических, социальных и личностных. Выявлены факторы риска, для которых корреляция Спирмена и гамма имеют статистически значимую корреляцию ($p<0,05$) с переменной «ведущий диагноз»: неполная семья, асоциальное поведение и низкий уровень образования родителей и обследуемого, патохарактерологические реакции, отсутствие увлечений, нежелание служить в армии, алкоголизация, уровень тревоги, черепно-мозговые травмы в анамнезе, перинатальная патология. При кластерном анализе выявлены следующие взаимосвязи. Первый кластер характеризуется наибольшей разнородностью признаков: отношение к службе в армии, вид обучения обследуемого, экзогенно-органические вредности как употребление алкоголя и других психоактивных веществ и черепно-мозговые травмы в анамнезе. Указанный кластер необходимо учитывать, так как входящие в него признаки могут существенно влиять друг на друга. Второй кластер, представленный наибольшим количеством характеристик, представлен социальными факторами как уровень образования матери и обследуемого, дисгармоничное воспитание и асоциальное поведение матери; личностными (уровень тревожности) и клиническими (психическое расстройство). Третий – социальный кластер, в состав которого входят состав родительской семьи, патохарактерологические реакции и характер проведения досуга. Фактор перинатальной патологии оказывает наименьшее влияние на возникновение АП, но значительно влияет на формирование психической патологии. Данная кластерная структура признаков говорит о том, что возникновение АП – результат комплекса взаимосвязанных характеристик отдельных категорий, среди которых личностные характеристики, клинические проявления и микросоциальные факторы определяют риск АП. Своевременная диагностика психических расстройств у данного контингента обследуемых, а также выявление факторов, тесно коррелирующих с ними, необходима для совершенствования лечебно-реабилитационных мероприятий для лиц группы риска АП.

БРЕМЯ СЕМЬИ СУИЦИДЕНТА: КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ

Борисоник Е.В., Паршин А.Н.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность. По данным ВОЗ, суицид затрагивает 6-10 близких жертвы. Бремя семьи суицидента мало изучено, и лечебно-профилактическая (т.е. третичная профилактика суицидального поведения) работа не систематизирована.

Цель и задачи работы: Анализ факторов риска, влияющих на выраженность бремени семьи после суицидальной попытки. Изучение эмоционального бремени, динамики состояния близких суицидентов.

Материалы и методы. Проведен опрос по оригинальному полуструктурированному опроснику с рядом тематических блоков: семейный контекст суицидальной попытки, эмоциональные реакции на суицидальную попытку и их динамика, причины попытки с позиции близких – трех родственников (две матери и вдовец 33-55 лет) совершивших суицидальные попытки (19-32 лет) 2 недели – 10 лет назад.

Результаты и обсуждение. Первая реакция респондентов – эмоциональное потрясение (3-5 дней) в рамках острого горя. Несмотря на выявленную ретроспективно депрессию близких, для респондентов суицидальная попытка стала неожиданностью. Риск развития депрессии повышен при депрессии в анамнезе у респондента. Горе, отчаяние способствовали появлению суицидальных мыслей. «Первой идеей было на Донбасс уехать, чтобы меня там убили … чтобы я это больше не видел». Респондент отмечает, что физическая усталость знаменует некоторый переход, когда человек уже не может переживать больше, и интенсивность эмоций снижается: «Беспокойство и отчаянье снизилось за счет физической усталости». Среди эмоций ярко выражена вина. Уже после случившегося родственникам вспоминаются тревожные сигналы в поведении суицидента, свои предчувствия. Родственники боятся, не было ли в их поведении такого, что стало причиной суицидального поступка. Чувство вины не только перед суицидентом, но и перед другими родственниками. Родители суицидента чувствовали ущербность из-за социальных сравнений (чей-то ребенок поступил в институт, успешно работает) и не хотели общаться с близкими и прежними друзьями. Ограничения на общение накладывает не только стыд суицидального поступка, но и изменения с самими респондентами (исхудала, перестала мыть голову). Иногда им кажется, что бесполезно говорить о беде с кем-то: «Брату это неинтересно»; «Все равно не успокоишься, пока не поймешь, как помочь» «Если я с кем-то поговорю, у меня мысли не пройдут, проблема останется«. Сами родственники, даже когда их просят о поддержке, не способны оказать ее: «Я не получила моральной поддержки от первого мужа, мне одной лучше». Стыд родственников суицидента, выражается самостигматизацией: «Стыдно перед друзьями, об этом нормально говорить?». Невозможность получить поддержку приводит к одиночеству («Я чувствовала, что одна на всем земном шаре»). Среди других чувств присутствуют обида и злость, которые члены семьи держат в себе и боятся высказать открыто, затрудняются найти подходящие слова. Страх после суицидальной попытки может нарастать со временем. «Вначале не так боялась. Первый раз не очень испугалась, потом больше». Страх обусловлен непониманием причин произошедшего и туманностью будущего; родственники бояться развития психического заболевания у суицидента, медицинских последствий попытки. Отгороженность и отдаленность в отношениях между суицидентом и членами семьи усиливают непонимание. Люди испытывают недоумение, не понимая причин суицидального поведения их родственника: «Просто ни с того ни с сего, без конфликта. Я покончу с собой». При этом может быть не недостаток общения, а плохое взаимопонимание в семье: «Отсутствие обратной связи меня выводит из себя». Другой крайностью, отягощающей бремя, является симбиотические отношения, когда родственникам тяжело отделиться от суицидента. Часто они говорят о событиях, произошедших с близким, как будто те происходили с ними обоими «У нас развод». Динамика состояния родственника после попытки зависит от эмоционального состояния суицидента, т.е. от типа постсуицида. После суицидальной попытки респонденты отмечают, что стали лучше понимать психические болезни, гуманнее относиться к таким больным: «Я злилась от непонимания.» Респонденты ценят приобретенный опыт. Иногда это приводит к вере в Бога «У меня только одна инстанция осталась». Суицидальная попытка служит толчком к получению профессиональной помощи суицидентом и его родственниками, появляется надежда, что с помощью профессионала или (в большей мере) при неформальной помощи семейные проблемы разрешатся.

Выводы: близких суицидента обуревают различные негативные эмоции, составляющие субъективное бремя семьи: шок, отчаянье, затем чувство вины, стыда, которые ведут к самостигматизации, иногда гнев, страхи за здоровье суицидента. Уязвимость к психическому расстройству (депрессии) горюющего утяжеляет бремя, а своевременная профессиональная и неформальная помощь – облегчить его.

ОСВЕЩЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫМИ СМИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Борисоник Е.В., Чубина С.А.

Москва, Тула
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
Тульская ОПБ им. Н.П. Каменева

Актуальность. СМИ могут способствовать повышению риска суицидального поведения (СП) уязвимых личностей, но при профессиональном освещении, напротив, выступают в качестве действенного антисуицидального фактора.

Цель и задачи работы. Анализ качества сообщений электронных СМИ о СП.

Материалы и методы. Впервые невыборочно проведен анализ качества (по критериям ВОЗ) 1854 сообщений электронных СМИ (181 сайты правоохранительных органов; 320- электронные издания газет; 1299 – интернет ресурсы; 54 – блоги) о СП населения во всех субъектах РФ в 2013 г.

Результаты и обсуждение: >1/3 (36%) сообщений во всех Федеральных Округах (ФО) посвящено суициду подростков, тогда как, по официальным данным, в массиве суицидов на лиц до 20 лет приходится <5% (меньше, чем представленность возрастной группы в населении). Напротив, не >5% сообщений касаются СП пожилых (>65 лет), тогда как на них приходится 16% случаев суицидов россиян, и уровень суицидов на порядок превышает таковой у подростков. Большинство (83%) суицидов совершает мужчины среднего возраста, и СМИ указывают преобладание (72%) мужчин. В относительно благополучных регионах и мегаполисах (Москва, Санкт-Петербург) внимание к СП повышено. В ряде субъектов РФ с высоким уровнем суицидов (Башкортостан, Свердловская область) сообщений столько же сколько в других регионах. В Чечне, Ингушетии, где уровни суицидов минимальны (и малодостоверны) – сообщений почти нет. Каждая пятая статья кричаще названа: «Самый страшный суицид«; «Жизнь паршива – в петлю головой«. В >1/3 (35%) статей прямо в названии указан способ самоубийства и фасадная причина «Подросток в Можге повесился, не желая полоть грядки». Только 13% статей содержать нейтральное название, с использованием «суицида«, а не «самоубийство« без лишних деталей. Сообщения сопровождают фотографии суицидентов при жизни; мест происшествия – окна, крыши; силуэты совершающих суициды; часть фотографий иллюстрирует способы суицидов- пистолеты, фото петель (61%). В 8-ми статьях фото трупа, в одной в крови лицо жертвы. Реже машины полиции, таблички следственного комитета. В статьях сообщается точный адрес происшествия (20%), реальные имена и фамилии суицидентов (10%). Сообщения о наиболее ярких случаях быстро распространяются по интернету (из статей, с указанной датой происшествия >1/2 – в первые 48 час., 17% в первые сутки). «Резонансные» суициды (подростков, известных людей, представителей правоохранительных органов) тиражируются (до 22 сообщений по одному случаю). Каждое десятое сообщение касается экстраординарных случаев: совершены публично (на Красной площади), необычным способом («Мужчина совершил самоубийство, подорвавшись на гранате»). Привлечено внимание к статистически нетипичным парным суицидам («Шок: отец и мать четырех маленьких детей повесились в Волгоградской области Семья самоубийц«) и самоубийствам-убийствам («Житель Ленобласти убил гостя, расстроился и застрелился сам«). В статьях часто указан способ самоубийства (85%), такая информация может «подсказать« читателю способы ухода их жизни: описано с какого этажа выбросился человек и был ли летальный исход, в некоторых случаях чем пытался отравиться (уксусной эссенцией), на чем можно повесится (качели, прыгалки, и даже собачий поводок, резинки от штанов). Редко отмечен ужас смерти, возможно СМИ могло бы развенчивать миф о безболезненных способов суицида. СМИ живописуют необычные способы ухода из жизни (10%): задохнулся в пакете на голове, проглотил металлическую проволоку, бросился под работающие винты судна. Причины суицида редко (14%) объяснены психическими проблемами. Только в 2% сообщений упомянута «депрессия», употребление ПАВ перед суицидом или зависимость от них упомянуты в <10% сообщений. Только в 2% сообщений привлечено мнение «специалистов-экспертов», обычно рассуждающих об «эпидемии» суицидов. Редкие сообщения касаются предотвращения суицида, но лишь полицией. В 1% привлечено внимание к «тревожащим сигналам» СП (у подростка), в 3% советы обратиться к психиатру, психологу (порой в стигматизирующем ключе: «Психушки ждут самоубийц»), но<2% статей указали адрес, телефон антикризисной службы даже при их наличии в регионе; 3% статей рассказывают о программах профилактики, 1% сообщают об альтернативных ресурсах помощи (религия). Хотя в ряде сообщений отмечено, что у жертвы ранее были попытки самоубийства или суицидальные мысли, лишь в одной (!) отмечен как расхожий миф: «Коли кто-либо говорит о суициде, он его не совершит». Сообщения в СМИ порождают волну повторных самоубийств, так в опубликованной в СМИ предсмертной записке содержится непосредственное указание на прошлые суициды: «Завтра 7 февраля – ровно год назад в этот день случилась трагедия». К посту в социальной сети девушки прилагается информация о растиражированном самоубийстве двух подростков. Сайты следственных комитетов и управлений по региону публикуют сдержанную информацию без указания деталей (например, sledcom.ru). Особенно яркие истории в электронных версиях газетных изданий, в которых объем статей больше и информации тоже («Московский комсомолец», «Комсомольская правда»). Существуют электронные ресурсы, которые приводят подборки с сообщениями о суицидах в регионе. (http://neva.today, http://bezformata.ru).

Выводы. Следует избегать излишнего привлечения внимания к суицидам несовершеннолетних; романтизированных, кричащих фотографий суицидентов. Непозволительно печатать фото трупов; нельзя привлекать внимание к неординарным, нетипичным случаям СП, Непрофессионально опрашивать близких, несовершеннолетних, вторгаться в их личную жизнь, тем более в первые дни после трагедии. Следует избегать детализации портрета суицидента, способов ухода из жизни, кричащих обвиняющих заголовков на первых полосах и натуралистических фото, использовать вульгаризмы, романтизировать СП. Важно чаще обращаться за экспертной оценкой профессионалов, подчеркивать связь не выявленных нелеченых психических расстройств (депрессии) и СП, указывать ресурсы помощи особо для социально уязвимых групп населения с высоким риском СП (пожилые, одинокие, безработные). Мониторинг качества сообщений СМИ составляет интегральную часть типовой антикризисной программы. Назрела необходимость разработки рекомендаций по ответственному освещению СМИ столь сложной и актуальной междисциплинарной и межведомственной проблемы.

ОБ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ САМОУБИЙСТВ

Букин С.И., Лазаревич С.Н.

Гродно, Беларусь
ГОКЦ Психиатрия-наркология,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Актуальность. Суицидальные попытки более часты (в 10-20 раз), чем суициды. Суицидальное поведение представляет собой не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему.

Цель исследования: оценка экономического бремени парасуицидов в Гродно.

Материалы и методы: изучены 330 эпизодов госпитализаций горожан в связи с попыткой самоубийства в областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (ГОКЦ) и Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи (БСМП) в 2012г. и 9 месяцев 2013 г.

Результаты. Прямые (медицинские) потери без долечивания в дневных стационарах и у психотерапевтов составили 0,27% объема бюджетного финансирования БСМП и 0,99% – ГОКЦ. Финансовые затраты на оказание амбулаторной психотерапевтической помощи (8-10 сеансов) составили бы 0,05% бюджета ГОКЦ.

Выводы. Объективные затруднения в своевременном выявлении вероятности совершения самоубийства у лиц вне системы здравоохранения обуславливают значительные экономические потери бюджетных организаций здравоохранения, связанные с оказанием медицинской стационарной помощи совершившим попытку самоубийства.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ САМОУБИЙСТВ

Букин С.И., Тищенко Е.М., Гребень А.Г., Слапик О.М.

Гродно, Беларусь
ГОКЦ Психиатрия-наркология,
Гродненский ГМУ

Актуальность. Мероприятия антисуицидальной направленности проводятся различными ведомствами. Уровни суицидов в области с 2007 г. имеет устойчивую отрицательную динамику: от 426 до 289 случаев на 100 тыс. населения (снижение на 10 – 20% ежегодно).

Цель исследования: изучить медико-социальную эффективность профилактики суицидального поведения (СП) в общемедицинских учреждениях города.

Материалы и методы. Проведено оценочное социологическое исследование. Опрошены две целевые группы: врачебный и средний медицинский персонал (МП) (164 респондента) и пациенты (П) в суб- либо компенсированном состоянии (204 респондента) непсихиатрических учреждений здравоохранения (УЗ).

Результаты: в Гродненской области с 2004 г. в стационарах созданы условия, предопределяющие компетентность персонала в диагностике риска самоубийства и использовании методов ранней превенции СП. Самоубийство можно предотвратить без участия сотрудников (не более 13% П и МП). При возникновении суицидальных мыслей готовы обратиться за помощью до 62% П и 69% МП. Вдвое реже МП рассматривают суицид вариантом разрешения проблем и в 1,5 раз чаще указывают, что самоубийство можно предотвратить. В S случаев П и МП констатируют, что самоубийство – шантаж или способ проверки чувства другого, основная причина – страх будущего. МП втрое чаще называют причину самоубийства – депрессию и вдвое реже – «сумасшествие». Значимым в оценке является более низкое материальное положение МП (отношение удельного веса общего дохода на члена семьи МП/П: менее 100$ – 3/1, более 300$ – 1/4), высокое чувство долга МП (МП/П=2,4/1), аддиктивное поведение МП (М/П=3,4/1) и трудоголизм П (МП/П=1/1,7).

Выводы. Общее снижение суицидальной активности в области происходит на фоне востребованности ресурсов профилактики самоубийств у населения. Внедрение порядка выявления и профилактики СП в ЛПУ области, предопределяющего обязательность соответствующих знаний и практических навыков МП, обуславливает высокий уровень толерантности МП к СП и, как следствие, медико-социальную эффективность профилактических антисуицидальных мероприятий.

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА

Валеева А.М., Палачева Т.И.

Казань
Казанская ГМА

Актуальность. Рост суицидального поведения (СП) детей и подростков в Республике Татарстан (РТ) за последние три года вызывает особую тревогу. В 2007 г. зафиксировано 59 случаев СП (в 2005 г.- 43, в 2006 – 50): 35 суицидов и 24 суицидных попыток. В 2008 г. зафиксированы 34 суицида, в 2013 г.– 17, в 2014 г. – 23 за 2 месяца 2015 г. – 2. Особенно остра проблема подростковых суицидов в городах и крупных населенных пунктах. Так, наибольшее количество суицидов приходится на Казань и Набережные Челны (в 2014 г. 6 и 4 соответственно). В 2014 г. 3 суициды отмечены в Бугульминском районе, в Алексеевском, Бавлинском, Дрожжановском, Нижнекамском, Новошешминском, Пестречинском, Тукаевском районах – по 1.

Основные причины суицида несовершеннолетних в РТ: неразделенная любовь, конфликты с родителями и сверстниками, страх перед будущим, одиночество. Этому способствуют и смещение ориентиров нравственных внутрисемейных ценностей на материальное и социальное положение, изменение приоритетов воспитания, бесконтрольное использование Интернет-ресурсов. Ребенок, сидящий постоянно за компьютером, лишает себя жизненно важного общения. Спецификой подросткового возраста является повышенная чувствительность, совпадающая с периодом неопределенности и вхождения во взрослую жизнь. В кризисной ситуации подросток может выбрать добровольный уход из жизни как наиболее «легкий» способ разрешения типовых проблем. Подробное освещение подростковых суицидов в СМИ порождает новую волну суицидов в соответствующей возрастной или социальной группе. На этапе антивитальных переживаний подростки чаще обращаются к друзьям, чем к учителям, школьным психологам. Профилактические мероприятия следующие: психологическое просвещение, тренинги, семинары, групповые дискуссии. Обучение несовершеннолетних умению распознать сверстников в группе риска СП может ускорить помощь, дает знания о факторах суицидального риска, как звонить в кризисный центр или на «горячую линию» и как порекомендовать другу/подруге обратиться к консультанту. Индивидуальная и групповая работа с воспитанниками образовательных учреждений включает: планирование и проведение тренингов в группе, индивидуальные консультации с целью нормализации психического и психофизиологического состояния, «выстраивания» позитивного будущего, формирование позитивного мышления, оптимизации взаимоотношений с родителями и сверстниками. Этому способствует организация группового обсуждения с использованием методики «Ценить настоящее», цикла занятий «Позитивное мышление», «Работа с эмоциями», обучение саморегуляции. Пониманию и предотвращению проблемы способствуют показ и обсуждение фильмов. Проводится на педагогических советах информирование учителей о видах СП, психологических особенностях подросткового и юношеского возраста, «маркерах» суицидальных намерений, о создании безопасной среды в образовательном учреждении, возможностях помощи в преодолении кризиса с указанием мест ее получения. Важно информирование родителей о психологических особенностях подросткового и юношеского возраста, особенностях поведения подростка, имеющего суицидальные намерения, создании безопасной психологической атмосферы в семье, об имеющихся психологических службах. Диагностику суицидального риска следует проводить на основе наблюдения, беседы, диагностических методик, изучения документов (рисунков, выдержек с сайтов персональных страничек, предпочитаемых фильмов, песен и т.п.). Для выявления депрессии, агрессивных и аутоагрессивных тенденций можно использо-

вать шкалу депрессии для детей и подростков M. Kovacs (адаптация и валидизация А.Б. Холмогоровой); методику выявления и предупреждения самоубийств (В.П. Костюкевич, А.А. Биркин, В.П. Войцех, А.А. Кучер); проективные методы: рисунки на свободную тему, «Мое состояние», метод незаконченных предложений, игра «Волшебная страна чувств». Психологические службы учреждений здравоохранения, социальной защиты, образования могут оказать реальную помощь по раннему выявлению и профилактике СП несовершеннолетних. Целью эффективной психологической помощи несовершеннолетним является лучшее понимание собственного «Я», выявление конфликтующих эмоций, повышение самоуважения, изменение неадаптивного поведения, тренировка умения разрешения конфликтов и более активное общение со сверстниками.

РОЛЬ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОДЭКСПЕРТНЫХ В ФОРМИРОВАНИИ НЕФАТАЛЬНОГО АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Вальздорф Е.В., Незнанов Н.Г., Рожкова Н.Ю., Лисенкова О.А.

Санкт-Петербург, Иркутск
ЛОПНД,
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
ИГМАПО,
ООО ИГЦМД

Цель исследования: изучить роль аддиктивных расстройств подэкспертных, привлекаемых к ответственности по статьям УК РФ, к моменту сбора социально-демографических, клинических, судебно-психиатрических и суицидологических характеристик носящих статус «нефатальных суицидентов».

Материал и методы исследования: клиническому психиатрическому исследованию подвергся 101 человек (88 мужчин) 14-58 лет Использованы клинико-психопатологический, патопсихологический и статистический (пакет программ Statistica 6.1.) методы, опросник Суицидального Риска (ОСР). Подэкспертные дали добровольное письменное согласие на обработку анамнестических сведений, собранных судебно-психиатрическим экспертом, соавтором работы.

Результаты исследования: выделены 2 возрастные группы с началом употребления алкоголя: в 12-18 лет – 57 подэкспертных (56,4%), ≥18 лет – 44 (43,6%). 49 человек (48,5%), начавшие употреблять спиртное в 12-18 лет с развитием алкоголизма, совершили аутоагрессивные поступки ($\chi 2$ =22,57, df=1, p=0,0111). Из 44 суицидентов 18 лет и старше, лишь у 18 отмечена алкогольная зависимость (17,8%). Таким образом, чем ранее начало употребления спиртного, тем вероятнее развития алкогольной зависимости. Конфликты в дошкольном учреждении сыграли роль в возникновении алкоголизма. Страдающих алкоголизмом и конфликтующих в детстве почти впятеро больше (24 человека, 23,8%), чем среди не страдающих алкоголизмом (5 человек, 4,95%). Лица без конфликтов в детстве, но страдающих алкоголизмом больше в 1,5 раз (35 человек, 34,7%), чем не страдающих алкоголизмом (20 человек, 19,8%). 13 человек (12,9%) при совершении суицидальной попытки страдали эпилепсией и алкоголизмом, а лиц, страдающих алкоголизмом без судорожных приступов в анамнезе, не оказалось (X2 =9,27, df=2, p=0,00967). Лиц без алкоголизма и без эпилепсии оказалось 33 человека (32,7%), а без эпилепсии, но страдающих алкоголизмом – 54 (53,5%). Алкоголизация повлияла на риск административных правонарушений (t – value=2,34866, df=99, p=0,020829; Std. Dev. для страдающих алкоголизмом=0,446606 и для не страдающих=0,507519), а также на развитие тревожного состояния на экспертизе (t – value=3,26445, df=99, p=0,001507; Std. Dev. для страдающих алкоголизмом=0,446606, для не страдающих=0,499554). При наличии алкоголизма, вербальных угроз покончить с собой и мыслей покончить с собой в анамнезе, суицидальных попыток в опьянении наличие фактора «алкоголизация» повлияла на риск суицидальной попытки в виде самоповешения (t – value=2,20736, df=99, p=0,029598; Std. Dev. для страдающих алкоголизмом=0,496938, для не страдающих=0,485071), прыжков под поезд (t – value=-2,02598, df=99, p=0,045458; Std. Dev. для страдающих алкоголизмом=0,000000 и для не страдающих=0,238833), намеренной передозировки наркотиков (t – value=-2,02598, df=99, p=0,045458; Std. Dev. для страдающих алкоголизмом=0,000000, для не страдающих=0,238833). Орудиями попыток служили шприц (t – value=-2,02598, df=99, p=0,045458; Std. Dev. для страдающих алкоголизмом=0,000000 и для не страдающих=0,238833), предмет одежды (t – value=-2,95913, df=99, p=0,003860; Std. Dev. для страдающих алкоголизмом=0,000000 и для не страдающих=0,327035), бельевая веревка (t – value=2,71148, df=99, p=0,007898; Std. Dev. для страдающих алкоголизмом=0,473160 и для не страдающих=0,287902), уксусная эссенция (t – value=-2,52101, df=99, p=0,013299; Std. Dev. для страдающих алкоголизмом=0,000000 и для не страдающих=0,287902). Лица с алкоголизмом чаще грозили покончить с собой (t – value=-2,13322, df=99, p=0,035378; Std. Dev. для страдающих=0,467390 и для не страдающих=0,506640), а также совершали попытки в опьянении (t – value=2,47553, df=99, p=0,015002; Std. Dev. для страдающих алкоголизмом=0,496938 и для не страдающих=0,386953). Подэкспертные с алкоголизмом страдали и другими видами зависимостей от ПАВ (t – value=-2,99051, df=99, p=0,003514; Std. Dev. для страдающих аддиктивным расстройством=0,502369 и для не страдающих=0,430562) при употребление «анаши») (t – value=-2,10160, df=99, p=0,038127; Std. Dev. для страдающих аддиктивным расстройством=0,478389 и для не страдающих=0,503995).

Выводы: роль аддиктивных расстройств в формировании суицидального поведения подэкспертных достаточно большая и требует разработки мер, направленных на предупреждение и предотвращение суицидальных попыток с учетом социально-демографических, клинических, судебно-психиатрических и суицидологических характеристик в ходе сбора анамнестических сведений.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О.

Краснодар
Специализированная КПБ №1

В структуре смертности от неестественных причин суициды детей и подростков края занимают 3-4 места после ДТП, случайных отравлений и утоплений, опережая травмы, несчастные случаи и убийства и составляя около 10% этого числа. В соответствии с приказом департамента здравоохранения Краснодарского края от 26.08.2004 №442 «О мерах по улучшению психиатрической и психотерапевтической помощи детскому населению Краснодарского края», с 2004 г. на базе диспансерного отделения КПБ № 1 организованы специализированная помощь детям с ПТСР и суицидальным поведением (СП); мониторинг суицидальных попыток, утвержден порядок взаимодействия специалистов при оказании экстренной и плановой помощи суицидентам. В пресуицидальный период после обращения на «Телефон доверия» или в кабинет социально-психологической помощи детской территориальной поликлиники психолог оценивает ситуацию. Ребенок направляется на консультацию к

детскому психиатру, осуществляющему освидетельствование пациента, подбор адекватной терапии в амбулаторных условиях (возможна госпитализация); определяет индивидуальную психотерапевтическую тактику. Неотложная помощь суицидентам оказывается в профильных отделениях лечебных учреждений. Затем пациенты направляются к детскому (районному) психиатру, в сложных случаях – в краевой отдел. Отказ от помощи психиатра оформляется записью в медицинской документации, и ребенок направляется под наблюдение психолога медико-социального отделения (кабинета) детской территориальной поликлиники. Специалисты краевого отдела детской психиатрии осуществляют комплексное психолого-психиатрическое и функциональное обследование, дифференциальную диагностику и подбор адекватной терапии в амбулаторных условиях, определяют индивидуальную психотерапевтическую программу, решают вопросы госпитализации. Пациент, получивший специализированную помощь в краевых лечебных учреждениях, согласно рекомендациям, проходит реабилитацию по месту жительства. За 2004-2014 гг. уровни суицидов детей и подростков (до 18 лет) в пересчете на 100 000 возрастной популяции колеблются от 3,3 в 2005 г. до 1,1 в 2013 г. и 2,5 в 2014 г., что отражает роль негативных социально-психологических, экономических и политических факторов (война на территории соседнего государства, обесценивание человеческой жизни, гражданские конфликты, проблемы беженцев и мигрантов, информационная война в СМИ, нестабильность общества, дискриминация, стигматизация, изоляция), вызывая кризис морально-нравственных ценностей и устоев, неизбежно приводит к повышению уровня тревожности и дистресса в семье и в обществе в целом. В силу незрелости психики под гнетом взрослых проблем наиболее уязвимы и сильнее страдают дети и подростки. В 2004 – 2014гг. психиатрической службой края зарегистрированы 1 440 суицидальных попыток и 246 суицида. Преобладают подростки 15 –17 лет; суицидальные попытки чаще у девушек, а суициды более чем совершают юноши; при истинных суицидальных намерениях избраны наиболее травматичные способы – самоповешения, падения с высоты, огнестрельные ранения; в случаях привлечения внимания к себе и своим проблемам – медикаментозные отравления. Вскрытие поверхностных вен запястья выбиралось чаще для привлечения внимания, но встречалось и при истинном суицидальном поведении. Не выявлена связь суицидального поведения (СП) с религиозными мотивами, принадлежностью к подростковым субкультурам. Большинство суицидальных попыток зарегистрировано в крупных городах края, а погибали от суицидов чаще сельские подростки; четкой сезонности суицидов не наблюдалось, но большая часть приходилась на осенне-зимние месяцы; соответствуя сезонности депрессий. Около 5% освидетельствованных детей с СП направлены в психиатрические больницы, остальные получили амбулаторную помощь. Главными причинами, приведшими к суицидальным попыткам, большинством пациентов названы конфликтные отношения в семье (более 70%): авторитарные методы воспитания с физическим и психологическим насилием, либо, напротив, игнорирование потребностей детей, депривация и избегание эмоциональной близости; отвержение сверстниками (15%), успеваемость в школе, в том числе сдача ЕГЭ и ГИА (10%); проблемы в любовных и сексуальных отношениях (5%). Проблема суицидов детей – межведомственная, междисциплинарная, н, «по традиции», мониторинг ситуации и разработка мер профилактики ложится на психиатрическую службу. В рамках *Универсальной профилактики СП* силами краевых специалистов психиатрической и психотерапевтической службы для повышения компетентности педагогов, психологов, социальных работников системы образования в распознавании маркеров депрессии и суицидального риска детей ежеквартально проводятся практические семинары и краевые научно – практические конференции; используются психологическая анкета оценки риска СП детей и методические рекомендации «Проблемы суицидального поведения у детей и подростков». Для повышения компетентности врачей первичного звена здравоохранения, оказывающих помощь лицам в кризисных состояниях, регулярно проводятся краевые научно-практические конференции, межрайонные обучающие семинары, читаются лекции на циклах усовершенствования, публикуются тематические научные статьи. Для повышения компетентности родителей проводятся программы в эфире краевых телеканалов и публикуются статьи в СМИ, распространяются практические пособия для родителей «Как не допустить суицида», «Детская агрессия и суицид. Как избежать беды», функционируют 8 отделений «Телефон доверия». В рамках *Селективной и антикризисной профилактики СП* специалистами психиатрической службы проводится оказание психиатрической и психотерапевтической помощи, включая медикаментозное лечение, реабилитацию, подбор адаптивных игровых и бытовых стратегий совладания. Основными результатами работы являются малое количество повторных суицидальных попыток (за 2004-2014 гг.- 18) и отсутствие суицидов детей, обратившихся за помощью в краевой отдел. Однако проблема детского суицида очень злободневна и требует пристального внимания и совместных межведомственных усилий.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ

Ваулин С.В., Алексеева М.В., Моренец Т.В.

Смоленск
Смоленский ГМУ

Самоубийства и суицидальные попытки в психиатрической клинике являются достаточно редким событием относительно суицидальных проявлений в населении. Однако изучение суицидогенеза в условиях постоянного медицинского наблюдения имеет клиническое и организационное значение, так как в психиатрическом стационаре лечатся пациенты с наиболее высоким суицидальным риском (Цыганков Б.Д., Ваулин С.В., 2012). Исследование развития и реализации суицидального поведения пациентов психиатрического стационара является сложной задачей, сопровождается неоднозначной реакцией медперсонала, так как изучаемое явление – не только критерий качества суицидологической помощи, но и показатель качества всего лечебно-диагностического процесса. Однако тщательный клинический анализ суицидальной попытки или суицида больного в клинике с определением ошибок диагностики и курации со стороны врачей и медперсонала, необходим. Регулярные клинические конференции по разбору сложных в диагностическом плане случаев способствуют совершенствованию психиатрической помощи и предотвращению подобных трагических событий в последующем.

Цель исследования: изучение суицидального поведения (СП) больничных пациентов и в ранние сроки по их выписке с учетом клинико-социальных особенностей, целей суицидальных действий, характеристик суицидального конфликта, терапевтического вмешательства.

Материалы и методы. Изучены 35 эпизодов СП (7 суицидов и 28 суицидальных попыток) в психиатрических стационарах Брянска и Смоленска в 2012-2014 гг. и в ранние сроки после выписки. Средний возраст больных 35,3±13,2 лет. Проведены ретроспективный анализ медицинской документации, комплекснвй психиатрический и клинико-психологический анализ с применением шкал депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) и суицидального мышления Бека (SSI). Не включены пациенты с аутодеструктивными действиями под влиянием

бредовых или галлюцинаторных расстройств. Контрольную группу составили пациенты с депрессией без СП, сопоставимые по поло-возрастному и нозологическому составу (35 пациентов). Опрошены психиатры стационаров на предмет знаний принципов и закономерностей оказания психиатрической помощи суицидентам.

Результаты. Лишь у 2% пациентов были свои семьи и дети, 45% одиноки. Каждый пятый имел низкий профессиональный статус, а каждый второй – инвалид по психическому заболеванию. У всех госпитализации повторны. Преобладали (60%) больные шизофренией (МКБ-10) и органическим поражением головного мозга – 27%. Пациенты с F3 и F4 составили 13%. В группе шизофрении гипотимия сочеталась с тоской (30%;) тревогой (55%); апатией (15%). В группе органических расстройств у всех отмечена тревожная депрессия. У 70% – выявлена тяжелая, у 30% – умеренная депрессия, сопоставимо с контрольной группой (63 и 37% соответственно). Выявлены высокие показатели (22-38 баллов) шкалы SSI у 70% суицидентов. Среди способов суицидальных попыток чаще самопорезы осколками битого стекла (35%) и самоотравления лекарствами (25%.) Количество попыток самоповешения и падения с высоты составило по 20% соответственно. Для 75% суицидентов попытка стала повторной, для 40% – повторной в психиатрическом стационаре. У каждого второго в анамнезе более трех покушений на самоубийство. Суицидальные акты совершены преимущественно в ночное и вечернее время, когда снижался уровень активного наблюдения медперсонала. Анализ событий, предшествующих суицидальным действиям, выявил конфликты или агрессивные действия в отношении персонала (30%), конфликты с родственниками или сообщение о разрыве отношений во время свидания (35%), недовольство условиями пребывания (30%). В 46% случаев суицидальное поведение зарегистрировано в стационаре, 4% – во время лечебного отпуска, 30% – при лечении в дневном стационаре и 20% – в течение недели по выписке из больницы. Анализ временного фактора суицидального риска в психиатрическом стационаре выявил два критических периода для реализации суицидальных намерений: на первой неделе (23%) и при госпитализации>60 дней (62%). У пациентов с высоким риском СП адекватно выбранная терапевтическая тактика служит ведущим антисуицидальным фактором, а госпитализации клинически обоснованы. Анализ фармакотерапии суицидентов позволил выявить следующие негативные тенденции: отсутствие или редкая корректировка лечения (80%); одномоментная отмена препаратов седативного действия (50%); назначение антидепрессантов стимулирующего действия в дозах, превышающих средние терапевтические (47%), причем в 75% случаев на фоне одновременной отмены седативной терапии без обоснования в истории болезни.

Выводы. Прогностически значимой для оценки риска СП в психиатрических стационарах служит динамическая оценка суицидального статуса пациентов при длительных госпитализациях, оформлении лечебных отпусков и перед выпиской. Особое внимание следует уделить пациентам с выраженной депрессивно-тревожной симптоматикой. СП на поздних этапах лечения часто является показателем неэффективности лечебных мероприятий, может свидетельствовать о социальной дезадаптации пациента в связи с длительным пребыванием в психиатрической больнице, инвалидизацией вследствие психического расстройства. Лечебно-реабилитационные программы с учетом выявленных факторов позволят повысить качество суицидологической помощи путем снижения риска СП.

ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ-ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ЗА 10 ЛЕТ

Ведяшкин В.Н., Шереметьева И.И.

Барнаул
Алтайский краевой ПНД для детей,
Алтайский ГМУ

Подростковый возраст – период повышенного риска суицидального поведения (СП) (Персидская А.Е., 2011). По количеству самоубийств детей и подростков 15-19 лет Россия занимает первое место в мире (Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В., 2013). Количество суицидальных попыток многократно превышает количество самоубийств (Положий Б.С., 2010).

Материалы и методы исследования. Изучены клинико-социальные характеристики СП двух групп подростков. Первая, «современная» из 117 пациентов наркологического стационара. Вторая, архивная из 152 историй болезни подростков, пролеченных в том же наркологическом стационаре в 2001-2002 гг. Критериями отбора пациентов служили клинические проявления, соответствующие рубрикам МКБ-10 «несоциализированное (F91.1) и «социализированное» (F91.2) расстройства поведения».

Результаты исследования. Большинство современных подростков получило среднее (34,2%); среднее специальное (61,5%) образование, на момент обследования не обучались 4,3%. Подростки II группы на момент лечения обучались в среднеобразовательной школе (12,5%); получали среднее специальное образование (30,1%,)>S (56,6%) не учились. Большинство (70,9%) современных подростков жили в семье с нарушенной структурой, в многодетных семьях – 15,4%, по сравнению с II группой II: 40,8 и 5,9% соответственно. В благоустроенных условиях жили меньше современных подростков (29,1%), чем в группе II (67,1%). У современных подростков матери (61,1%) и отцы (53,3%) меньше работали, чем у подростков в группе II: 74,1 и 60,5% соответственно. Суицидальные угрозы предъявляли 70 (59,8%) подростков I группы, больше ($p<0,05$), чем в группе II: 67 (44,1%). Средний возраст первых угроз суицидального характера в I группе 13,2±0,3 года, во II-й группе достоверно ($p<0,001$) позже: в 14,9±0,2. Суицидальные угрозы демонстративного характера, с целью привлечь внимание, достоверно больше ($p<0,05$) предъявляли в I группе 36 (51,4%) по сравнению со II-й, где угрозы предъявляли 20 (29,9%) подростков. Шантажный характер суицидальные угрозы чаще ($p<0,01$) у подростков II группы – 47 (70,1%), чем в I-й – 19 (27,1%). Протестные суицидальные угрозы в I-й группе предъявляли больше ($p<0,05$) – 22 (31,4%) подростков, чем воII-й группе: 8 (11,9%) подростков. В I группе больше ($p<0,05$) подростков совершали суицидальные попытки: 38 (32,5%), чем во II –й: 30 (19,7%). Из них повторные суицидальные попытки в I группе совершили 16 (42,1%) подростков, а во II группе 13 (43,3%), что не имело различий ($p>0,05$). Среднее количество суицидальных попыток в I группе 1,7±0,4, во II группе 1,6±0,3 ($p>0,05$). Средний возраст первой суицидальной попытки в I группе 14±0,4 лет, во II группе – позже – 15,1+0,4 лет ($p<0,001$).

Выводы: современный подросток с отклоняющимся поведением живет в худших жилищных и семейных условиях при формально лучшем образовательном цензе. У современных подростков прослеживается более частое и раннее СП.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ (1991-2014 ГГ.).

Ворсина О.П.

Иркутск
Иркутская областная КПБ №1,
Иркутская ГМАПО

Высокий социально-экономический и моральный ущерб для общества, связанный с самоубийствами, определяет важность профилактики суицидов.

Цель исследования: изучение динамики уровней суицидов (УС) в Иркутской области в 1991-2014 гг.

Результаты. С 1991 г. (37,3 здесь и далее на 100 тыс. населения) выражен рост УС, достигая в 1994-1995 гг. наибольшего уровня: 60,7 и 63,5 соответственно. За первые 5 лет анализируемого периода УС вырос в 1,7 раза. В 1996-1998 гг. УС несколько снизился, но в 1999г. вновь достиг 61,1 и высок до 2002г. (65,2) С 2003г. постепенное снижение УС с 58,1 до 23,4 в 2014г., на фоне социально-экономической стабилизациии в стране. Данную картину определяет динамика УС мужчин. У женщин 24-летняя тенденция УС более стабильна. Показатели УС в начале изучаемого периода (1991) 14,4, в дальнейшем УС вернулся к первоначальным значениям -14,4, а в 2013-2014 гг. УС снижен – 10,8 и 8,3 соответственно. Интенсивные показатели УС сельского населения превышали таковые горожан в 1,3-2 раза (54,1 и 25,5 в 2013 г.). В 2014 г. число суицидов составило 567, причем 81% совершили мужчины. УС мужчин 41, женщин в 5 раз меньше – 8,3. Наибольший УС в 80-84 лет и старше – 42,1 и 42,7 соответственно, в 25-29 лет – 40,2. Самым частым способом суицидов мужчин (81%) и женщин (77,8%) служит самоповешение. Реже самоотравления (2 и 13,9% соответственно), падение с высоты (1,1 и 1,9%), самосожжение (0,4 и 1,8%), утопление (0,4 и 0,9%). Суициды путем нанесения огнестрельных (6,3%) или колото-резаных ранений (4,4%) совершены только мужчинами.

Выводы. Данные позволяют совершенствовать контроль суицидологической ситуации в области и меры по ее коррекции.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИСУИЦИДАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И У ЛИЦ, РАНЕЕ НЕ ОБРАЩАВШИХСЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Втюрина М.В., Святогор М.В.

Нижний Новгород
Нижегородская ГМА

Цель исследования: изучение антисуицидальных факторов у пациентов с психической патологией и у лиц, ранее не обращавшихся за психиатрической помощью.

Материалы и методы. Обследованы 713 жителей Нижнего Новгорода (мужчин – 176, женщин – 537, средний возраст 39,21±12,62 лет), ранее не обращавшихся за психиатрической помощью и 481 пациентов (238 мужчин и 243женщины, средний возраст 37,81±13,48 лет) КПБ №1 Нижнего Новгорода с диагнозами шизофрения, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F 20, F 23.1), биполярным аффективным расстройством, депрессивным эпизодом, рекуррентным депрессивным расстройством (F 31, F 32, F 33). Исследование психического состояния ранее не обращавшихся за психиатрической помощью проводилось с использованием «Базисной карты для клинико-эпидемиологических этнокультуральных исследований», включающей социо-демографические сведения, данные анамнеза, клиническую часть. Для оценки антисуицидальных факторов использована «Шкала причин для жизни», RFL (Linehan M.M. et al., 1983) Статистическая обработка материала с помощью программы SPSS 20.0.

Результаты и обсуждение. Пациенты с аффективными расстройствами имели более низкие показатели шкалы причин для жизни: низкий общий показатель, значения подшкал веры в способность выжить, беспокойство о детях, страх социального неодобрения, моральные убеждения ($p<0,01$), но значимых отличий по подшкалам ответственности перед семьей и страха самоубийства не выявлено, что может свидетельствовать о высоком защитном действии этих факторов у пациентов с аффективными нарушениями. Наибольшее количество защитных факторов по шкале RFL у пациентов с острым полиморфным психотическим расстройством ($p<0,003$). Для них важнее стремление к выживанию и вера в лучшее, ответственность перед семьей, беспокойство о детях. Для больных с биполярным аффективным расстройством большее значение имели моральные убеждения, а для пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством – страх социального неодобрения. Пациенты с впервые возникшим депрессивным эпизодом имели выше показатели подшкал ответственности перед семьей и беспокойства о детях, чем больные с другими психопатологическими нарушениями. Наибольшие показатели по шкале RFL у «здоровых». У психиатрических пациентов низки значения антисуицидальных факторов, для них менее важны факторы семьи, детей, веры в будущее и стремления к выживанию, чем для здоровых психически ($p<0,0001$). Проведено сравнение «защитных» факторов у пациентов с аффективными расстройствами, находящихся под наблюдением психиатра и у лиц с выявленными депрессивными расстройствами, но не обращавшихся к психиатру. Статистически значимых отличий по RFL выявлено не было, что говорит о высокой опасности самоубийства лиц с нелеченными депрессивными расстройствами. Больные острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении значимо не отличались от «здоровых» по шкале RFL; для них равно значимы семья, дети и стремление к выживанию.

Выводы. Психологическая защита от суицидального поведения в большей степени выражены у психически здоровых. Наиболее высокий суицидальный риск выявлен у пациентов с аффективными расстройствами. Целесообразно в комплексное обследование пациентов с психическими расстройствами и лиц, впервые обратившихся за помощью к психиатрам, включать опросник RFL для оценки антисуицидальных факторов.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ АДАПТАЦИИ ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ АРМЕЙСКОЙ СЛУЖБЫ

Гажа А.К., Тареева Ю.С., Горкина М.Г.

Тамбов
Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Особое беспокойство вызывает суицидальное поведение (СП) как чрезвычайное происшествие в Вооруженных Силах. Условия военной службы сами по себе экстремальны в силу воздействия многочисленных как социальных, так и индивидуально – личностных факторов (обязательный и жесткий характер службы, резкое изменение жизненного уклада, разлука с семьей и домом, строгая регламентация режима, повышенные эмоциональные и физические нагрузки, новые отношения в коллективе и т.д.). Комплекс факторов, связанных со спецификой армейской службы, могут способствовать психосоциальной дезадаптации и приводить к СП.

Цель исследования стало изучение личностных особенностей военнослужащих срочной службы с СП при расстройстве адаптации во время армейской службы.

Материалы и методы. Использованы Минесотский многофакторный личностный опросник MMPI, методика диагностики ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина, тест фрустрационной толерантности Розенцвейга; опросник акцентуаций характера Леонгарда – Шмишека. Пациенты отбирались по мере поступления из воинских частей в психиатрический стационар Тамбовской ПБ в 2014-2015 г., где одновременно решался вопрос о годности к дальнейшей службе. Изучены 48 военнослужащих в возрасте 18-20 лет (97,9%). Обследуемые лица в абсолютном большинстве имели срок службы до 3 месяцев службы. Суицидальные мысли и намерения отмечались в 75% случаев, у 25% военнослужащих отмечались суицидальные действия. В клинической картине военнослужащих срочной службы с суицидальным поведение преобладали расстройства личности – 17 (35,4%) человек, «депрессивная реакция» – 7 (14,6%); «смешанная тревожная и депрессивная реакция» – 6 (12,5%); «расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения» – 11 (22,9%); «смешанное расстройство эмоций и поведения» -7 (14,6%). Причины СП 15% обследуемых объясняли непосильностью физических нагрузок; оказание морального давления и конфликты с сослуживцами отмечали 73% обследуемых; 12% – указали семейно- бытовые проблемы (тоска по дому, разрыв с девушкой). У 43,8% испытуемых с СП выявлены акцентуации характера (по эмотивному типу -19,1%, экзальтированному –23,8%, тревожному – 9,5%, циклоидному – 9,5%, возбудимому -14,3%, демонстративному -23,8%). Высоки показатели личностной и реактивной тревожности. Показатель самооценки в целом занижен у 43%. У 45,8% обследуемых снижена переносимость фрустрации с низким показателем групповой конформности, у 40,9% преобладали интропунитивные реакции с самообвиняющими тенденциями, формированием чувства вины и неполноценности. Преобладали впечатлительность, повышенная чувствительность, ранимость, склонность к замкнутости, ригидность, мнительность, низкий уровень межличностного общения и взаимодействия, поверхностность установок в сочетании с недостаточной способностью осознавать необходимые нормы и правила поведения, возможностью импульсивного поведения.

Выводы: военнослужащие с СП при расстройстве адаптации отличаются доминированием акцентуаций, высоким уровнем реактивной тревожности, заниженной самооценкой, низкой фрустрационной толерантностью, формированием интропунитивных реакций, преобладанием сенситивности, склонности к замкнутости, ригидностью, мнительностью, низким уровнем межличностного общения и взаимодействия, поверхностностью установок в сочетании с недостаточной способностью осознавать необходимые нормы и правила поведения, возможностью импульсивного поведения.

ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Гажа А.К., Баранов А.В., Струкова Е.Ю.

Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Профилактика суицидального поведения (СП) – одна из задач Государственной программы «Развитие здравоохранения Российской Федерации до 2020 года». При тенденции снижения уровня самоубийств в РФ и ЦФО – ситуация в области нестабильна. В структуре смертности населения от внешних причин самоубийства занимают лидирующую позицию наряду с ДТП и более, чем вдвое превышают смертность от убийств. Наиболее высок уровень суицидов (УС) в 5 районах, в 1,5 раза превышая среднероссийский показатель. Среди горожан УС ниже. Более S суицидентов – мужчины трудоспособного возраста без своей семьи и постоянной работы, велика доля пенсионеров по возрасту или инвалидности. 84% суицидентов никогда не обращались за психиатрической помощью, что подчеркивает актуальность развития и доступности кризисной помощи и совершенствования межведомственного взаимодействия. Хотя доля несовершеннолетних суицидентов невелика (в 2014 г. – 1,9%.), в 2014 г. отмечен рост СП несовершеннолетних на 30% в сравнении с 2013 г., особо подростков 15-17 лет (87,5%). С 2012 г. проводится планомерная работа по организации трехуровневой системы профилактики кризисных состояний и помощи лицам с СП. На первых этапах (2012 гг.) – разработана и утверждена региональная нормативно-правовая база по развитию суицидологической помощи и мониторингу СП, обучены психиатры и психологи, организована работа «Телефона доверия» (ТД). С 2013 г. начато обучение врачей первичного звена здравоохранения по вопросам профилактики и раннего выявления СП (лекции и семинары), открыт кабинет медико-социально-психологической помощи (МСПП) на базе городской поликлиники №5, ведется привлечены СМИ, распространены информационные материалы. В 2014 г. в Тамбовской ПКБ открыто психотерапевтическое отделение с функциями кризисного стационара, тем самым завершив создание трехуровневой системы профилактики СП. Динамика числа обращений на ТД и в МСПП указывает рост востребованности помощи. Подавляющая часть пациентов психотерапевтического отделения – впервые обратившиеся за психотерапевтической помощью. В 2014 г. разработана маршрутизация совершившего суицидальную попытку, обязательным условием которой является консультация психиатра и информирование участковой службы в целях организации преемственности ведения пациента. Дальнейшие пути совершенствования суицидологической помощи Тамбовской области следующие. Расширение сети КМСПП, особо в городах с высоким уровнем суицидов. Непрерывное обучение врачей первичного звена здравоохранения методам профилактики и своевременного выявления лиц с СП путем межрайонных конференций. Развитие психотерапевтической помощи в лечебных учреждениях. Использование возможностей Интернет ресурсов, официальных сайтов ЛПУ области, социальных сетей в популяризации психологической, психотерапевтической помощи. Сотрудничество со СМИ по информационно-психологической безопасности и формированию информационной политики (телевидение, публикации, интервью, пресс-конференции). Проблема СП – междисциплинарная, и решаться должна путем создания системы, объединяющей меры психологического, медицинского, социального, правового и педагогического характера. Для более эффективной профилактической работы необходимо совершенствование межведомственного взаимодействия: разработка нормативно-правовой базы, и механизма взаимодействия учреждений системы профилактики. Предлагается следующая схема межведомственного взаимодействия: создание единого информационного поля между органами здравоохранения, социальной защиты и образования; задачи здравоохранения – организация медицинской помощи суицидентам и находящимся в кризисных состояниях; социальной службы – поддержка лиц в сложной жизненной ситуации; органов образования – непрерывное психолого-педагогическое сопровождение учащихся с риском СП; профилактика социальной дезадаптации несовершеннолетних; формирование навыков преодоления трудных жизненных ситуаций (конфликты в семье, школьные проблемы, отношения со сверстниками); повышать уровень социально-психолого-педагогической грамотности специалистов, работающих с детьми. Специалисты СМИ могут внести большой вклад в увеличение осознания проблемы обществом и формирование реалистичных представлений о СП, в распространение

информации о преодолении кризисных ситуаций, доступности психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи, способствовать дестигматизации психических расстройств и специализированной помощи. Предупреждение СП представляет комплексную задачу, решение которой возможно при взаимодействии различных структур (социальный сектор, государственные органы, учреждения образования, охраны правопорядка, здравоохранения, религиозные организации), так как причины СП многообразны. Создается межведомственный совет при Администрации области.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И АЛКОГОЛЬ: ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ

Говорин Н.В., Сахаров А.В.

Чита
Читинская ГМА

Актуальность. В последние десятилетия проблеме суицидального поведения (СП) уделяется все больше внимания, особенно в аспекте их предотвращения. По оценкам ВОЗ, в 2012 г. в мире число самоубийств составило 804 тыс. случаев (11,4, здесь и далее – на 100 тыс. населения), но их количество за 13 лет снизилось на 9%. В России за 10 лет снижен уровень самоубийств (УС) (в РФ в 2014 г. – 18,2). Значительные региональные различия УС (до 600 раз) определяют необходимость изучения факторов, влияющих на УС в конкретных регионах. При этом Забайкальский край входит в число субъектов РФ с максимальными показателями УС (в 2014 г. 47,1, или четвертое место в стране).

Цель исследования: оценить значение алкогольного фактора риска СП в Забайкальском крае.

Материал и методы. На первом этапе проанализированы данные, полученные из Государственного (с 1980 по 1994 гг.) и отдела Государственной статистики (с 1995 по 2014 гг.). На втором этапе осуществлен анализ данных, полученные из карт вскрытий и журналов регистрации трупов Краевого бюро судебно-медицинской экспертизы за 1993-2014 гг. В бюро СМЭ проведено 47 135 вскрытий, из них на самоубийства пришлось 3 121 (6,6%). Результаты третьего этапа основаны на ретроспективном анализе историй болезни совершивших суицидальную попытку путем самоотравления и госпитализированных в Краевой токсикологический центр в 1995-2014 гг. (5 050 человек). Статистическая обработка с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-6.0». Достоверность различий по t критерию Стьюдента. Взаимное влияние изучаемых параметров с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Чтобы подтвердить влияние алкогольного фактора на УС, необходимо сопоставить динамику указанного вида смертности с частотой случайных отравлений и алкогольных психозов. Их уровни снизились во время антиалкогольной компании, вырос во время реформ 90-х, отчетливо уменьшается в последние 10 лет; корреляция между ними высока (r=+0,881). Анализ за 35 последних лет показал, что корреляция между связанными с алкоголем показателями и смертностью по причине самоубийств является сильной прямой (+0,835 и +0,920). Это является подтверждением весомого вклада алкоголя в УС в Забайкальском крае. Для углубленного исследования значения приема алкоголя при суицидальных действиях, проанализированы случаи суицидов в Чите и Читинском сельском районе, парасуициды в Чите за 20 лет. Что касается самоубийств, женщин было 17,6% (548), мужчин – 82,4% (2573), подавляющее большинство составили лица трудоспособного возраста. Выявлен весенне-летний подъем со снижением количества самоубийств осенью и зимой. Исключением стал январь (особенно среди мужского контингента), что, на наш взгляд, связано с возрастающей алкоголизацией населения в этот месяц. Доля суицидов в алкогольном опьянении – 54,5% (мужчин – 57,8%, женщин – 39,1%; p<0,001) с максимумами в 15-20 лет (58,4%) и 21-30 лет (64,6%), минимумом у детей (36%) и>60 лет (31%). Содержание этанола в крови, отражающее степень алкогольного опьянения, составило у мужчин 2,34±0,07‰, у женщин – 2,31±0,08‰. Распределение концентраций алкоголя в крови суицидентов: 0,5‰ и менее – 4,5%; 0,51-1,5‰ – 21,0%; 1,51-2,5‰ – 36,4%; 2,51-3,5‰ – 26,2%; 3,51-4,5‰ – 8,7%; 4,51-5,5‰ – 1,6%; 5,51‰ и более – 1,4%, что свидетельствует о тяжелом опьянении или отравлении алкоголем у 38% суицидентов (мужчин – 37,9%; женщин – 38,8%). Среди умерших в опьянении 89,2% закончили жизнь самоповешением, 6,5% – путем самострела. При самоповешении в опьянении были 59,3% суицидентов, при самострелах – 64,5%, самоотравлениях –15,4%. Суицидальные попытки путем самоотравления совершили 3828 женщин (75,8%) и 1222 мужчин (24,2%). Количество попыток самоубийства в алкогольном опьянении составило 45,8% (мужчины – 53,0%; женщины – 43,5%; p<0,001). В группе<20 лет в опьянении 24,7%; 21-30 лет – 47,9%; 31-50 лет – 52,5%;>50 лет – 42,9%. Преобладали неработающие – 56,1%. У 25,4% совершивших суицидальную попытку диагностированы психические и поведенческие расстройства: алкоголизм – 42,5%, шизофрения – 20,4%, депрессия – 10,3%, эпилепсия – 12,1%, расстройства личности – 5,6%, наркомания – 3,4%, умственная отсталость – 3,2%, ОЗГМ – 2,5%. У 28,8% суицидентов в опьянении отмечены психические расстройства: на алкоголизм пришлись 70,3%, на эндогенные заболевания – 11,3%. У 22,3% совершивших попытку трезвыми выявлена сопутствующая психопатология (p<0,001), но в структуре на зависимость от алкоголя пришлось только 12,3% (p<0,001), на эндогенные расстройства – 51,7% (p<0,001). Отравление уксусной кислотой и другими химикалиями у парасуицидентов в опьянении составило 21,0%, что в 1,4 раза больше, чем у трезвых (15%; p<0,001). В алкогольном опьянении при отравлениях медикаментами были 43,9%; при отравлениях уксусной кислотой и химикалиями – 54,2% (p<0,001).

Выводы. Забайкальский край в числе субъектов РФ с максимальными показателями УС, при этом данный вид смертности тесно связан с алкоголь-обусловленной смертностью и заболеваемостью алкогольными психозами. Большая часть самоубийств мужчин совершено в алкогольном опьянении (57,8%), в структуре которого у 38,0% отравление этиловым спиртом. Прием спиртного способствует выбору более грубого и «надежного» способа суицида. При парасуицидах в алкогольном опьянении были 45,8% суицидентов, психические расстройства у j суицидентов, в структуре которых преобладал алкоголизм. Существенны отличия в структуре психических расстройств в зависимости от алкогольного опьянения на момент СП: в алкогольном опьянении в 5,7 раза преобладает алкоголизм, а у трезвых – в 4,6 раза превалируют эндогенные заболевания. Данные о роли алкогольного фактора в суицидогенезе позволяют новые подходы предупреждения СП.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РЕАЛИЗАЦИИ СУИЦИДА

Днов К.В., Тихенко В.В., Ятманов А.Н.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Проблема суицидального поведения в Вооруженных силах (ВС) сохраняет свою актуальность не только из-за их распространенности (благодаря профессиональному отбору риск

самоубийств военнослужащих меньше, чем среди гражданской молодежи), сколько из-за широкого общественного резонанса самоубийства военнослужащего. В ВС большинство суицидальных попыток носит демонстративно-шантажный характер, но демонстративно-шантажные суицидальные попытки приводили к инвалидности или смерти.

Цель исследования: изучение личностных особенностей военнослужащих, совершивших суицидальные попытки с высоким риском смерти.

Материал и методы. 87 военнослужащие после совершенной ими в течение 3-х суток до обследования суицидальной попытки (ранний постсуицид). Возраст 60 военнослужащих по призыву (69,8% суицидентов) 18.7±0,5 лет и 23,1±4,4 лет у 26 служащих по контракту. Среди последних 6 человек (7% обследованных) составили офицеры и прапорщики. Основной метод оценки психического состояния – клинико-психопатологический с привлечением симптоматического опросника SCL-90-R, личностного диагностического опросника PDQ 4. Выраженность суицидального риска оценена клинически, в качестве дополнительного метода применялась Шкала суицидальных интенций Пирса (ШСИП, D.W. Pierce, 1977). Достоверность различий между показателями групп по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Суицидальные попытки военнослужащих по призыву в большинстве своем (90%) носили демонстративно-шантажный характер, но ряд из них (3,3%) отличались высоким риском смерти. Такие военнослужащие имели черты социально-психологической незрелости, в большинстве случаев ими не осознавалась реальная опасность действий. Истинные суицидальные намерения выявлены у 10% военнослужащих по призыву. Среди контрактников доля демонстративно-шантажных попыток составляла 84,6%. По сравнению с военнослужащими по призыву такие попытки с высоким риском смерти почти в 10 раз чаще (30,8%) и, как правило, происходили (87,5%) на фоне алкогольного опьянения; 75,5% из них – путем самоотравления. Истинные суицидальные попытки у 15,4% военнослужащих по контракту. У совершивших истинные суицидальные попытки показатели ШСИП составили 11,2±1,9 баллов. Показатели ШСИП у совершивших демонстративно-шантажные попытки с высоким риском смерти значительно меньше: 6,1±1,7. У военнослужащих с низким риском реализации суицида показатели ШСИП 3,6±1,3 баллов, статистически значимых различий выявлено не было. В группу I объединены лица, совершившие истинные суицидальные и демонстративно-шантажные попытки с высоким риском смерти. Остальные военнослужащие составили группу II с низким риском реализации суицида. Среди военнослужащих по призыву с высоким риском реализации суицида достоверно ($p<0.01$) чаще встречались обсессивно-компульсивные симптомы (2,40±1,03), межличностная сенситивность (2,21±0,70), симптомы депрессии (1,85±0,45), паранойяльность (1,23±0,48). Общая выраженность психопатологии (по индексу PSDI) выше в I группе. Наиболее характерными особенностями личности военнослужащих по призыву, совершивших суицидальные попытки с высоким риском смерти, явились черты обсессивно-компульсивного (4,6±0,7) и избегающего (4,3±1,3) расстройств личности. То есть сочетание тревожно-избегающих черт. У контрактников с высоким риском реализации суицида наиболее частыми симптомами (по SCL-90-R) были паранойяльные (1,93±0,65), «психотизма» (0,86±0,25), повышенная «враждебность» (2,58±0,72). Особенности личности определялись сочетанием шизоидных (3,7±0,8), шизотипальных (3,7±0,7) и параноидных (4,0±1,3), истерических (3,7±1,2) и пограничных » (4,0±1,3) черт.

Выводы. Клинико-психопатологические особенности военнослужащих по призыву с высоким риском реализации суицида– астенический личностный радикал (62,5%), повышенная сенситивность (75,0%), фиксация на негативных переживаниях (87,5%), черты социально-психологической незрелости (50%); военнослужащих по контракту – истеро-возбудимый личностный радикал (75%), повышенная импульсивность (83,3%), склонность к аддиктивному поведению (66,7%), враждебное отношение к окружающему (71,4%). В основе психопрофилактических мероприятий наряду с действенной помощью в разрешении семейно-бытовых проблем и военно-профессиональных трудностей, должно быть динамическое наблюдение за военнослужащими из группы риска суицидального поведения.

ОТНОШЕНИЕ К СУИЦИДУ ПРИ АНТИВИТАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЯХ

Журавлева Т.В., Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н.

Москва
МГППУ,
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
НЦПЗ

Не совершившие попытки суицида, но планирующие их относятся к «трудным» пациентам: риск суицидальной попытки высок, несмотря на самостоятельное обращение за помощью. Размышления о суициде усугубляют неблагополучие пациентов, так как мысли убеждают в никчемности жизни и «единственном выходе».

Материалы и методы. Изучены 18 амбулаторных пациентов (8 мужчин) Детского центра диагностики и лечения имени Н.А. Семашко 21,2±0,83 лет с антивитальными переживаниями (АП). В группе сравнения 150 психически здоровых студентов и аспирантов МГУ им. М.В. Ломоносова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, РГСУ, МГГУ, учащиеся 10-11 классов столичных школ № 1613 и № 1501. Использованы шкала «Безнадежность» А.Т. Бека, шкала «Душевная боль Р. Холдена и соавт., опросник «Причины для жизни» М. Линехан и соавт. (адаптация Т.В. Журавлевой, С.Н. Ениколопова, К.А. Чистопольской), опросник Отношение к смерти П. Вонга и соавт., шкала «Страх личной смерти» В. Флориан, С. Кравец (адаптация К.А. Чистопольской, С.Н. Ениколопова), опросник «Смыслы попытки суицида» (адаптация Т.В. Журавлевой, С.Н. Ениколопова, К.А. Чистопольской).

Результаты. Основная причина АП 89% пациентов – отношения с лицами противоположного пола и родителями, в 5,5% случаев – сексуальное насилие, та же доля – в связи с инвалидностью по соматической болезни. У лиц с АП средний балл по шкале «Безнадежность» в 2,8 раза ($p<0,001$) превысил таковой в группе контроля, а по шкале «Душевная боль» – в 1,7 раза ($p<0,001$). При этом средние баллы по шкалам «Способность к выживанию и совладанию», «Ответственность перед семьей» и «Забота о детях» у представителей данной группы достоверно ниже, чем у лиц без суицидальных проявлений в 1,4 раза ($p<0,001$), в 1,2 раза ($p<0,05$) и в 1,2 раза ($p<0,05$) соответственно. Достоверны различия по шкалам «Отношение к смерти», «Страх личной смерти» и «Смыслы попытки суицида». Так, средний балл по шкале «Страх смерти» у лиц с АП в 1,2 раза ($p<0,05$) ниже, чем в группе контроля. Однако по шкале «Принятие смерти как бегства» средний балл превышал таковой в контрольной группе в 1,3 раза ($p<0,01$). Средние баллы шкал «Последствия для личности» и «Последствия для личных стремлений» соответственно в 1,2 раза ($p<0,05$) и в 1,4 раза ($p<0,001$) ниже, чем у лиц без суицидальных наклонностей. Средние баллы по шкалам теста «Смысл попытки суицида» достоверно различались. По шкале «Манипулятивная мотивация / Обвинение окружающих» и по шкале «Внутреннее смятение» в 1,3 раза ($p<0,01$) превышали средние баллы контрольной группы. Баллы шкалы «Безнадежность» лиц с АП положительно коррелировали с баллами шкал «Последствия для личности» ($r=0,59$, $p<0,01$) и «Трансцендентные последствия» ($r=0,63$, $p<0,01$), а баллы шкалы «Душевная боль» – с таковыми шкал

«Внутреннее смятение» (r=0,62, p<0,01), что свидетельствует о выраженном внутреннем неблагополучии. Но в отличие от группы контроля, у лиц с АП баллы шкал «Безнадежность» и «Душевная боль» между собой не связаны. При этом у лиц с АП выявлена связь негативной направленностью между баллами шкал «Способность к выживанию и совладанию» и «Принятие смерти как бегства» (r= –0,67, p<0,01). Баллы шкалы «Избегание темы смерти» с высокой степенью достоверности положительно коррелировали с баллами шкалы «Страх смерти» (r=0,71, p<0,001) и отрицательно с той же степенью достоверности – с баллами шкалы «Принятие смерти как бегства» (r= –0,75, p<0,001), то есть отказ от вовлеченности в тему смерти служил защитой от суицидальных наклонностей. Кроме того, у лиц с АП отрицательная взаимосвязь между баллами шкал «Последствия для тела» и «Внутреннее смятение» (r= –0,73, p<0,001), что говорит о высокой суицидальной опасности – страх за тело снижается при увеличении внутреннего смятения, и положительная – между баллами шкал «Последствия для близких» и «Манипулятивная мотивация / Обвинение окружающих» (r=0,58, p<0,05), что указывает погруженность в конфликт и амбивалентное отношение к ближайшему окружению (одновременно обида и страх за близких). При этом, в отличие от группы лиц без суицидальных наклонностей, взаимосвязь баллов шкал опросника «Смыслы попытки суицида» между собой у лиц с АП отсутствует.

Выводы. У лиц с антивитальными переживаниями негативное восприятие ближайшего и отдаленного будущего. Чувства безнадежности и интенсивной душевной боли способствуют снижению способности и умений справляться с кризисными ситуациями, ведут к ослаблению внутрисемейных привязанностей и снижению жизненных притязаний. При антивитальных переживаниях пропадает интерес к жизни, пациенты начинают воспринимать суицидальный акт как действенный способ решения жизненных проблем. У лиц с антивитальными переживаниями отсутствует ценностное отношение к жизни, они негативно воспринимают свое будущее и испытывают интенсивную психическую боль, что определяет суицидальное поведение.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПОСТСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Заливин А.А., Дроздовский Ю.В.

Омск
Омская ГМА

Актуальность. Психосоциальный дистресс повышает риск суицидального поведения (СП). Актуальна профилактика больных пограничными психическими расстройствами.

Цель: изучение эффективности дифференцированных реабилитационных программ для непсихотических пациентов после суицидальной попытки.

Материалы и методы. Невыборочно в 2006-2010 гг. изучены 143 суицидента обоего пола 18-59 лет, лечившиеся в токсико-реанимационное и психиатрических отделениях с диагнозами (МКБ-10): расстройства адаптации; расстройства личности; органические расстройства личности (F07); депрессивные расстройства. Выделены 4 когорты с критическим (25,9%, n=37), манипулятивным (28,7%, n=41), аналитическим (25,1%, n=36) и суицидально-фиксированным (20,3%, n=29) вариантами постсуицидального периода (ПСП). Для каждого варианта с учетом клинико-патогенетических факторов разработана дифференцированная программа реабилитации. Так, в когорте с критическим вариантом ПСП программа предназначена для лиц с диагнозами «Острая реакция на стресс» и «Расстройство личности», «Пролонгированная депрессивная реакция», «Органическое расстройство личности. Вторая программа для пациентов с манипулятивным ПСП применялась при расстройствах личности, обнаруживших возбудимый и тормозимый радикалы. Третья программа – для пациентов с пограничными психическими расстройствами, обнаруживших аналитический вариант ПСП, включала коррекцию реактивных расстройств депрессивного спектра. Четвертая программа для суицидально-фиксированного ПСП ориентирована на лиц с органическими расстройствами личности возбудимого и тормозимого спектра. Эффективность терапии по подшкале CGI–I составила 78,2% (очень хорошая и хорошая эффективность), очень хорошая – 47,4%, хорошая – 32,8%, из них 22 случая в аналитическом постсуициде, частичное улучшение – 12,1%, отсутствие улучшения -7,8%. Оценка дифференцированных программ реабилитации суицидентов с пограничными формами психических расстройств показала: существенное улучшение (состояние «А» и «В») у 79,3% пациентов; неполное выздоровление (состояние «С») в 13,8% случаев; незначительное улучшение адаптивных возможностей (состояние «D») – в 6,9% случаев.

Выводы: ранняя диагностика варианта ПСП на основе клинико-патогенетических факторов у лиц с пограничными психическими расстройствами в рамках дифференцированных программ реабилитации позволят снизить суицидальный риск и выраженность симптоматики.

МЕДИТАЦИЯ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ КАЗАХСТАНА

Захарова О.В.

Москва
Межрегиональное общественное движение Sahaja Yoga

Актуальность. У уязвимых детей и подростков период 8 -16 лет при среднем возрасте 13,7 лет наиболее суицидоопасен (UNICEF, 2013). По данным ЮНИСЕФ за 1999-2009 гг. количество самоубийств молодых в Казахстане увеличилось на 23%. Наиболее неблагоприятным районом признана Южно-Казахстанская область. В сельском округе Карабулак в 2011 г. отмечен пик суицидальной активности среди детей и подростков – 30 самоубийств. К основным причинам суицида местные относят психологическое давление на детей при обучении и подготовки к ПГК (промежуточный государственный контроль) и ЕНТ (единый национальный тест), пропаганда проповедников райской жизни после смерти. Помощь психолога стигматизирована в казахской общине и малодоступна. Практика медитации – действенное профилактическим и лечебное антикризисное вмешательство (Birnbaum L., 2005, Mohammadkhani P., 2015).

Цель: изучить эффективность медитативной техники саморегуляции в психопрофилактике и психотерапии переживающим кризисное состояние.

Материалы и методы: в 2011-2014 гг. в округе Карабулак в рамках государственной программы «Саламатты« («Здоровый Казахстан») и поддержке местной администрации проведены групповые Сахадж-медитации>3 тыс. школьников, их родителей, педагогов, психологов из 10 школ. Участники обучены способам медитации, проведен мастер-класс активной и пассивной музыкотерапии. Желающие получали методические пособия и практические рекомендации для самостоятельной работы. Через несколько месяцев занятия повторены.

Результаты и обсуждение. С 2012 г. в округе снижен уровень суицидов, к концу 2014 г. зафиксированы единичные случаи в учреждениях, не охваченных занятиями медитацией.

В дальнейшей нашей работе планируется расширение территориального охвата по профилактике самоубийств и помощи находящимся в тяжелой жизненной ситуации. Большинство детей и подростков поселка владеет индивидуальным методом поддержания эмоционального баланса, проводится поддержка потерявших близких, не используются средства регионального бюджета.

Выводы. Нейрофизиологические механизмы медитации позволяют использовать ее как средство лечения и профилактики тревожных состояний, депрессии (Kasala E.R., 2014) и повысить стрессоустойчивость уязвимых лиц с учетом культуральных особенностей и доступности специализированной помощи. Изучение эффекта и места медитации в психогигиенических программах антисуицидальной направленности следует продолжить

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В., Калмыков Ю.А.

Казань
Республиканская КПБ им. акад. В.М. Бехтерева, Казанский ГМУ

В Республиканской КПБ суицидологическая служба работает с 1993 г. В 2011 г. она модернизирована: открыт call-центр с многоканальным «Телефоном доверия» (ТД) и помощью онлайн на сайте в Интернете; вдвое увеличено штатное расписание службы. В 2012 г. служба стала лауреатом конкурса «100 лучших товаров России» в номинации «Услуги для населения». Служба уделяет внимание всем уровням профилактики суицидов (Положий Б.С. с соавт., 2013) с упором на селективную профилактику, ориентированную на активное выявление входящих в группы суицидального риска и оказание им адекватной помощи. Из 16354 посещений кабинета социально-психологической помощи (КСПП) за три года 42% обратились самостоятельно, 37% – по рекомендации консультанта ТД, 12% – направлены психологами, 4% – неврологами, 3% – психиатрами и 2% – другими специалистами. Количество обращений за три года увеличилось на 30%: уменьшается число обращений на ТД при росте амбулаторных посещений. Среди обратившихся за помощью на очный прием, только 6% ранее обращались к психиатрам, у 11% высок суицидальный риск. Важна профилактика суицидального поведения (СП) несовершеннолетних (Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012; Казаковцев Б.А. с соавт., 2013; Розанов В.А., 2014). Работа в РТ ведется различными учреждениями и ведомствами. В 2014 г. реализована пилотная модель трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и семьям в трудной жизненной ситуации. В роли координатора межведомственной профилактической работы выступает Республиканская комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав, на заседаниях которой в режиме видеоконференции проводится анализ суицидов детей и подростков. Большинство (78,6%) из 126 несовершеннолетних пришло в КСПП с родителями. У 19 (15%) несовершеннолетних высокий суицидальный риск Самыми частыми причинами обращений стали семейные конфликты (40,5%), успеваемость (25,4%) и отношения с окружающими (14,3%). Максимум обращений в феврале (21,4%) и октябре (15,8%) при минимуме в январе и июне (по 2,4%). В службе работают медицинские психологи с опытом работы в школе. С 2012 г. на базе РКПБ сотрудники службы с Казанским государственным медицинским университетом ежегодно проводят двухнедельный цикл тематического усовершенствования «Кризисная медико-психологическая помощь» для психологов ведомств. Сотрудники обучены в Санкт-Петербурге и Израиле. Сотрудники службы регулярно проводят семинары для специалистов, работающих с населением в системе образования, здравоохранения и МВД с целью обучения навыкам распознавания СП. Эффективность служб снижает отсутствие системного суицидологического учета (Зотов П.Б. с соавт., 2012). В РТ организован мониторинг суицидальных попыток. На основании приказа МЗ от 29 декабря 2011 г. № 1847 «Об информационном взаимодействии при оказании медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» все учреждения здравоохранения предоставляют в РКПБ извещение о суицидальной попытке в течение 24 часов после обращения за медпомощью с соблюдением порядка защиты персональных данных. Смертность от самоубийств в РТ в 2014 г. увеличилась в сравнении с 2013 г. на 0,2% составив 17,8 случаев на 100 000 населения (в 2013 году – 17,6). Количество суицидальных попыток в 2014 г., напротив, снизилось в сравнении с 2013 г. на 7,9%. Из 1204 суицидентов 913 человек госпитализированы, причем 129 человек в наркологический диспансер. Большая часть суицидальных попыток женщин и у мужчин приходится на 20-40 лет. Среди способов покушения на самоубийство на первом месте самопорезы и самоотравления. 55% попыток в алкогольном опьянении. В РТ резкое увеличение количества самоубийств несовершеннолетних зафиксировано в 2008 г. с 5 до 27 случаев, по данным Федеральной службы государственной статистики (ФСГС). Число суицидальных попыток несовершеннолетних выросло в 1,5 раза. В следующие годы постепенное уменьшение количества случаев СП, но показательно различие сведений ФСГС и МВД по РТ., в 2014 г. зарегистрировавшими 8 и 23 суицидов несовершеннолетних соответственно. Ни один ребенок до самоубийства не наблюдался психиатром, все из внешне благополучных семей. Показательна формальность характеристик образовательных учреждений, в которых не отражены изменения эмоционального состояния до суицида, личностные особенности учащихся. Установлена корреляция между динамикой уровня суицидов и профилактической деятельностью региональных служб психологической помощи (Казаковцев Б.А. с соавт., 2013). Располагая статистикой о суицидальных попытках, имеем возможность проанализировать СП населения и целенаправленно принять межведомственные организационно-практические меры по профилактике СП. Делу информирования населения о возможности получения бесплатной кризисной психологической помощи помогает психообразовательная и просветительская деятельность службы, участие в конкурсах и выставках, сотрудничество со СМИ, сайт в Интернете. В 2014 г. служба участвовала в VIII Всероссийском Форуме «Здоровье нации – основа процветания России» в Москве.

ДЕПРЕССИИ ЮНОШЕСКОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ПРЕДИКТОРЫ ПРОГНОЗА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Щелокова О.А.

Москва
НЦПЗ

Актуальность. Суицидальное поведение (СП) в молодом возрасте может закрепиться в виде устойчивого паттерна поведения, суицид рассматривается как выход из ситуации, привычный способ решения. Может формироваться не только негативное отношение к жизни, но и своеобразное позитивное ценностное отношение к смерти, характерные для истинного суицида.

Цель исследования. Выявление предикторов прогноза СП молодых депрессивных больных на основе анализа специфики образов, используемых для символизации страха смерти.

Материалы и методы. Обследовано 44 больных депрессивными расстройствами (F 31 по МКБ-10): 14 чел. с ≥ 1 суицидальной попыткой в анамнезе и больные с депрессией без СП (30 чел.). Контрольная группа здоровых (60 чел.). При сравнении семантических пространств (методика «Семантический дифференциал») испытуемым предлагалось оценить понятия «вера»», «красота», «жизнь», «здоровье», «честь», «болезнь», «справедливость», «смерть», «истина», «польза», «любовь» по биполярным шкалам: быстрый, сильный, активный, тяжелый, горячий, добрый, твердый, приятный, напряженный, большой, красивый, достойный, глубокий, толстый, угловатый. Анализ специфики образов для символизации страха смерти проведен методикой «Проективный рисунок»: предлагалось изобразить в удобной форме абстрактные понятия: вера, красота, жизнь, здоровье, честь, болезнь, справедливость, смерть, истина, польза, любовь. Обработка данных с помощью программы SPSS.

Результаты и обсуждение. В процессе обработки результатов методики семантического дифференциала для контрольной группы выделено 3 фактора: 1) сильный, активный, горячий, добрый, приятный, большой, красивый, достойный, глубокий, толстый, к противоположному полюсу отнесен угловатый; 2) тяжелый, твердый, напряженный; 3) быстрый. Для построения семантического пространства рассчитаны расстояния между понятиями в семантическом поле. Наиболее «удаленными» друг от друга оказались понятия: понятие «болезнь» является удаленным от большинства понятий: «здоровье», «жизнь», «красота», «вера», «честь», «справедливость», «любовь», при этом «болезнь» наиболее далеко отстоит от понятий «жизнь» (2,34) и «любовь» (2,25); понятие «смерть» также в достаточном отдалении от всех, исключая «болезнь»; наиболее отдаленным от «смерти» оказалась «любовь» (2,01); понятие «честь» достаточно удалена от всех понятий, кроме «справедливости» (0,26). Наиболее близки понятия: «здоровье» и «красота» (0,38), «польза» (0,34), «любовь» (0,45); «болезнь» и «смерть» (0,48); «истина» и «вера» (0,36), «справедливость» (0,49); «справедливость» и «честь» (0,26). Подсчитана частота образов для изображения понятий «смерть», «жизнь», «здоровье» и «болезнь» для групп испытуемых по результатам методики «Проективный рисунок». Испытуемые контрольной группы дали больше всего образов, соответствующих понятию «жизнь» (в среднем по 1,6 ответов на человека, тогда как для понятий «здоровье», «болезнь» и «смерть» показатель равен 1,35; 1,42 и 1,45, соответственно). Это может быть свидетельством наибольшей проработанности понятия «жизнь» по отношению к остальным. Понятия «жизнь» и «здоровье» в контрольной группе оцениваются сходно: они связаны с природой и естественностью. «Болезнь» противопоставлена «жизни» и «здоровью» и характеризуется как ненормальное состояние, ограничение возможностей. Для изображения «смерти» большинство испытуемых использует общеупотребимое выражение – «смерть с косой». «Смерть» в большинстве случаев рисуется вместе с жизнью и объясняется через нее (например, как окончание жизни, как нечто противопоставленное ей и др.). В результате обработки результатов методики семантического дифференциала в группе больных депрессией выделено 4 фактора, первые два остались прежними. Расчет расстояния между понятиями в семантическом пространстве в координатах факторов, выделенных в контрольной группе, показал, что наиболее «удалена» «болезнь» от большинства понятий как «красота», «честь», «справедливость», «польза», «любовь», при этом «болезнь» наиболее далеко отстоит от понятия «красота» (2,05); понятие «смерть» в достаточном отдалении от «красоты» (1,77). Наиболее близкими оказались понятия «честь» и «справедливость» (0,22), «истина» (0,22); «польза» и «любовь» (0,18), «здоровье» (0,26). В группе больных депрессией понятие «здоровье», в отличие от контрольной группы, связано, прежде всего, с врачебной помощью, не воспринимается ими как естественное состояние. Изображений и описаний «здоровья» как способности радоваться жизни в группе больных на несколько порядков меньше, чем в контроле (13,3 и 41,7% ответов, соответственно). Изображение и описание «здоровья» похоже на описание «болезни» в представлениях контрольной группы (и то и другое испытуемые связывают в первую очередь с медициной и фармакологией). Для группы испытуемых с суицидальными тенденциями в результате факторного анализа выделено 4 фактора, два первых остались прежними. Рассчитаны расстояния между понятиями в семантическом пространстве в координатах факторов, выделенных на материале контрольной группы. Наиболее «удаленными» оказались понятия: «здоровье», «честь» и «вера» удалены от «красоты», «смерти» и «истины». Наиболее близки понятия «красота» с «истиной» (0,25) и «смертью» (0,43); «справедливость», «любовь» и «польза» (между собой). «Болезнь» изображается депрессивными больными с суицидальными тенденциями, как и в контрольной группе, прежде всего, как ненормальное состояние, ограничение возможностей. «Жизнь» характеризуется как страдание и тяжелое бремя, тогда как «смерть» – освобождение от страдания и мучений. Окраска понятий «жизнь» и «смерть» у этой группы, по сравнению с контрольной, инвертирована: «смерть» скорее позитивно окрашена, а «жизнь» – негативно окрашена.

Выводы. Выявлена специфика в характере связи между понятиями «смерть», «болезнь», «жизнь» и «здоровье» в сравниваемых группах У большинства здоровых понятие «смерти» недостаточно проработано, для изображения «смерти» используется общеупотребимый символ, что помогает «обезличить» смерть и справиться со страхом смерти. У больных депрессией понятие «смерти» проработано более детально, чем в норме. Пациенты представляют «смерть» как страдание и боль и сближают с понятием «болезнь». У испытуемых с СП в анамнезе рассказ о «смерти» вписан в «общую концепцию», представление о мире. Понятие «смерть» связано с освобождением от страданий, а в семантическом поле приближено к понятиям «красота», «справедливость» и «польза». Понятие «смерть» имеет динамический аспект и является, скорее, «выходом» в новую жизнь, избавленную от страданий. Результаты важны для более эффективной диагностики суицидального риска больных депрессией и построения психотерапевтической работы.

ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С КОМОРБИДНОЙ КАННАБИНОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Климова И.Ю.

Новосибирск
Новосибирский ГМУ

Актуальность. Риск самоубийств страдающих шизофренией и употребляющих психоактивные вещества (ПАВ) в 80 раз выше, чем в населении в целом. До 14% пациентов с коморбидной патологией склонны к повторению суицидных попыток, из которых 8,5% приводят к смерти. Суициды более характерны для мужчин. Женщины склонны к парасуицидам [Крыжановская, Л.А., 2005, Шигеев, С.В., 2006, Kutcher S., Chehil S., 2007].

Цель исследования. Оценить риск суицидального поведения (СП) больных шизофренией с коморбидной каннабиноидной зависимостью. Обосновать актуальность разработки комплекса мероприятий с целью предупреждения СП.

Материалы и методы. Включены 84 пациента 23,19±1.74 лет (по 42 – в основной и контрольной группах). Длительность психического расстройства в группах>2 лет В основную группу вошли пациенты с диагнозом «параноидная шизофрения» с коморбидной каннабиноидной зависимостью. Контрольная представлена больными без коморбидности. Все

пациенты принимали адекватную психофармакотерапию. Исследование на этапе отсутствия острой психотической симптоматики (более 1 мес.), интоксикации ПАВ, суицидальных попыток в анамнезе. Использованы полуструктурированное психиатрическое интервью для оценки психического статуса, социо-демографические и этнокультуральные сведения, клинико-катамнестический метод. Использованы шкала оценки суицидального риска (Tool for Assessment of Suicide Risk – TASR), тест – опросник депрессии Бека. Статистическая обработка с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий по t-критерию Стьюдента.

Результаты в первой группе у 16,6% очень высок риск суицида (7 -10 баллов TASR); у 28,6% высокий риск суицида (5-6 баллов); у 42,8% средний риск суицида (3-4 балла); у 11,9% низкий риск (0-2 балла). Во второй группе 1,2%, 16,6% и 33,3% соответственно. В обеих группах в равной степени выявлен средний риск суицида ($p<0,001$). По шкале Бека все испытуемые в группах набрали>10 баллов, что свидетельствует о депрессивной симптоматике ($p<0,001$). В 1 группе 54,7% набрали 10 -15 баллов (легкая депрессия) ($p<0,001$); 42,8% набрали 16-19 баллов (умеренная депрессия) ($p<0,01$); 1 мужчина (2,3%) набрал 20-29 баллов – выраженная депрессия ($p<0,05$). Во второй группе данных за выраженную депрессию нет, у 37 человек (88,1%) легкая депрессия ($p<0,01$), у 5 (11,9%) – умеренная ($p<0,001$). У всех выявлена выраженная тревога ($p<0,05$).

Выводы: страдающие шизофренией с коморбидной каннабиноидной зависимостью более склонны к тяжелой депрессивной симптоматике (в 1 группе у 42,8% признаки умеренной депрессии, во 2 группе у 11,9%). У всех выявлен суицидальный риск. Необходим комплекс реабилитационных программ с целью профилактики СП в данной группе.

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ И ДЕПРЕССИЙ

Корнетов Н.А.

Томск
СибГМУ

В развитых странах депрессивные расстройства (ДР) стали наиболее распространенны с конца XX в., а самоубийства оказались связанными на 70% со спектром ДР а ассоциированных с ними состояниях. Мониторинг ДР и суицидов в послевоенный период, показал их постоянный рост. Конец XX века стали называть «веком» меланхолии,. что требовало разработку распознавания и раннего лечения ДР и профилактики суицидов. Важнейшим путем профилактики является ранее распознавание и терапия ДР в общемедицинской практике (ВОЗ,2001).

Исследования показали, что в поликлинических службах каждый третий пациент из четырех страдает от того или иного психического расстройства, а депрессия достигает 15%. При ее выявлении в первичной медицинской сети, депрессия проходит быстро, поэтому во всем мире происходит обучение ее распознавания и терапии во всей клинической медицине.

Общие принципы подхода к распознаванию депрессий и профилактике суицидов в Томской области были организованы на основании следующих принципов: межведомственности; неотложности; преемственности; функциональной взаимосвязи; организационного соответствия. Помимо этих пяти организационных принципов, следует выделить ряд клинических положений, которые были обоснованы в ходе многолетних исследований депрессивных расстройств и суицидального поведения [Корнетов Н.А., 1993; 1995, 1999; 2012; 2013;]:

- лица, совершающие суицидальные действия имеют разный уровень психических расстройств, а так называемые непатологические ситуационные и акцентированные характерологические реакции отражают общие психологические и патопсихологические механизмы формирования социально-психологической дезадаптации;

- истинные суициды в большинстве случаев совершают лица, страдающие психическим расстройством, а парасуицид (умышленные самоповреждения) часто являются импульсивным и демонстративным актом, как формой призыва к помощи при ситуационно обусловленных легких психических нарушениях;

- риск насильственной смерти резко возрастает при наличии в семье самоубийств, предшествующих суицидальных попыток в истории жизни индивида, стойких суицидальных идей, социальной изоляции, хронических заболеваниях, протекающих с сильной болью, при алкогольном опьянении, склонности к агрессивному поведению, свободном доступе к средствам самоубийства, состояниях безнадежности и безысходности;

- депрессия и суицид генетически связаны, поскольку при депрессивных расстройствах наиболее часто совершаются самоубийства, а мысли о смерти и суицидальные идеи являются обычным психологическим симптомом депрессии.

- депрессия при суицидальном поведении часто может выступать в коморбидности с другими психическими нарушениями (тревожные, соматоформные и ипохондрические расстройства, социальные фобии, шизофрения), наркологическими заболеваниями (алкогольная, наркоманическая, токсикоманическая, лекоманическая зависимости);

увеличивается риск суицидов при тяжелых соматическими и неврологическими заболеваниями.

Создание интегрированной системы неотложной антикризисной помощи включала: Телефон экстренной психологической помощи в методическом социальном центре г. Томска и кабинет кризисной терапии при обращении;. дочерние Телефоны экстренной социально-психологической помощи и кабинеты социально психологической службы «сельская суицидология») – эктрамуральная социально психологическая как одна часть модели. Вторая часть модели состояла из. диагностического центра Сибирского государственного медицинского университета; токсикологического отделения областной клинической больницы с неотложной курацией парасуицидов психиатром и койки кризисной интервенции для пациентов после суицидальных попыток, и высоким суицидальным риском – медико-психотерапевтическая модель. Третья часть модели – профилактическая. Основным ее аспектом деятельности являлось сотрудничество по программе распознавания и терапии депрессий между первичной медицинской сетью и психиатрической службой; образовательные программы для диагностики и лечения ДР в клинической (интернальной) медицине – модель модульного образования, основанного на тематических усовершенствованиях для врачей различных специальностей и четырех образовательных разделах по программам WPA/PTD [1996, 1997, 1999, 2001] (для врачей 3 раза в год по 28-30 дней) клинических психологов, социальных работников (двухнедельные циклы). Клиническая эпидемиология в дифференцированной популяциях, коморбидность депрессивных и соматических расстройств совместно с клиническими кафедрами университета – первая часть этой клинической научной модели.

ВОЗ выдвинула на первый план учет переориентацию в направлении превенции инвалидизирующих заболеваний и ранней смерти; международные стандарты в диагностике и лечении ДР. К этому мы добавили,. симпозиумы, конференции и обучающие семинары по проблеме диагностики ДР и превенции суицидов с супервизией экспертов Всемирной психиатрической ассоциацией по распознавания ДР в первичной медицинской сети. Основные полные образовательные курсы врачей первичной медицинской сети прошли 799 врачей. Высокий уровень диагностики и лечения депрессии показали в поликлинической службе врачи-неврологи, терапевты 30-40 лет.

Доказательным оказалось, что только знания, превращенные в навыки, и мотивация специалистов в сфере охраны психического здоровья дают оптимальные показатели в превенции суицидов и депрессий. Программа по снижению показателей суицидов в Томской области (ТО) стала опережать РФ в 2007 году (29,1 и 28,1 соответственно на 100 тыс. населения) и в 2010 г расхождение по коэффициенту суицидов составило 23,4 (РФ) и 18,6 (ТО) по этим же показателям. При оценки динамики снижения показателя суицидов в ТО в 2004 г.отмечалось 38,6 на 100 тыс. населения, а по последним данным в 2012 г. коэффициент суицидов снизился до 17,6 Наиболее доказательным влиянием обладают стабильные образовательные программы по распознаванию ДР и профилактики суицидов, как показали результаты, полученные в г.Томске и г. Северске. Обучение проводилось в интенсивном и непрерывном режиме непосредственно с врачами. Если показатель смертности от суицидов 2004 г. составлял 22,5 на 100 тыс. населения, то с 2008 по 2011 показатели смертности от суицидов достигли низких коэффициентов по критериям ВОЗ (9,6; 7,2;3,8; 2,0) Во всех случаях при коэффициенте смертности от суицидов на 100000 населения. В г. Северске показатель смертности от суицидов 2004 г. составлял -9,2 на 100000 населения. с 2008 эти показатели стали очень низкими (1,8; 0,9;0,9)

Заключение. Несмотря на различные попытки профилактики суицидов наилучшие результаты в динамической оценке снижения суицидов показывает комплексный межведомственный подход и обучение распознаванию и терапии депрессий в первичной врачебной практике

ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Кунафина Е.Р., Курамшина З.А.

Уфа
Башкирский ГМУ

Самоубийство – это реакция человека на проблему, которая кажется ему непреодолимой. По уровню смертности от самоубийств среди подростков 15-19 лет Россия занимает первое место в Европе и одно из первых мест в мире. Более полутора тысяч несовершеннолетних в России ежегодно кончают жизнь самоубийством. В последние годы частота самоубийств 10-14-летних детей составляет 3-4 случая на 100 тысяч, а среди подростков 15-19 лет – 19-20 случаев, превышая средний мировой показатель в 2,7 раза. Треть покончивших с собой – дети и подростки из наиболее социально уязвимых групп: из неблагополучных семей, сироты, представители коренных народностей и субкультур (эмо, готы), инвалиды. Наиболее неблагополучными в этом плане признаны, такие регионы, как Башкирия, Якутия, Челябинская, Тюменская области и Пермский край (П. Астахов, 2013). По сведениям Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, за последние годы количество детских суицидов и попыток самоубийств увеличилось на 35-37%. «Официальная статистика фиксирует явные случаи суицидов. В действительности масштабы подростковых самоубийств в России могут быть гораздо выше в силу ряда субъективных и объективных факторов, приводящих к недоучету потерь, обусловленных подростковыми самоубийствами», – говорится в сообщении ведомства. Специалисты Роспотребнадзора установили, что лишь у 10% подростков в случае самоубийства имеется истинное желание покончить собой, в остальных 90% – это «крик о помощи»: суицидальные действия подростков носят демонстративный характер, осуществляются в виде своеобразного «суицидального шантажа».

В последние годы число детских суицидов в Республике Башкортостан постепенно снижалось. В 2011 году в республике было 64 случая детского суицида. В 2012-м – 36, в 2013-м – 37 случаев. В целом уровень самоубийств в сельской местности в 2,2 раза выше данного показателя у городского населения. Лидерами по несовершеннолетним самоубийцам стали Белорецкий, Баймакский, Учалинский и другие районы Зауралья, что объясняется несовершенной системой медицинского обслуживания, безработицей и низким уровнем жизни.

Непосредственные причины суицида обычно тесно связаны с проблемами в ближайшем окружении: с разводами родителей, с их повторными браками, алкоголизмом, конфликтами, с болезнью и потерей близких родственников. Сфера общения детей изменяется и вызывает сложный внутренний конфликт: потребность общаться остается, а реализовать ее в привычных формах уже нельзя. Не зная, как повлиять на членов семьи или окружающих, ребенок задумывает самоубийство. Суицид может быть и средством выхода самого человека из непереносимой ситуации.

Риску суицида подвержены дети и подростки с определенными психологическими особенностями:

- эмоционально чувствительные, ранимые;
- настойчивые в трудных ситуациях и одновременно неспособные к компромиссам;
- негибкие в общении (их способы взаимодействия с окружающими достаточно однотипны и прямолинейны);
- склонные к импульсивным, эмоциональным, необдуманным поступкам;
- склонные к сосредоточенности на эмоциональной проблеме и к формированию сверхзначимого отношения;
- пессимистичные;
- замкнутые, имеющие ограниченный круг общения.

Основным звеном в деле предотвращения самоубийств является анонимная телефонная служба («Телефон Доверия») Телефон доверия – это в первую очередь поддерживающая служба. Его основная задача – поддержать человека в кризисной ситуации. подростковый возраст сам по себе является достаточно кризисным периодом жизни человека. По данным кризисной психологической службы «Телефон Доверия» («ТД»), созданного на базе Республиканской клинической психиатрической больницы № 1 МЗ РБ, формирование суицидального поведения в детском и подростковом возрасте во многом зависит от особенностей личности суицидента. У детей, обратившихся на «ТД» были обнаружены эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, сензитивность, некоторая эксплозивность, импульсивность. Была выявлена «группа риска» детей, склонных к суициду:

1. Отличники, т.к. к ним все предъявляют повышенные требования, а если они не справляются с заданным стандартом, то начинают испытывать чувство неудовлетворенности собой, способное привести к депрессивному состоянию. К тому же эти дети редко бывают приняты в социальной группе сверстников, что также может привести к суицидальному исходу.

2. Дети, которые резко снижают успехи в учебной деятельности, естественно взывая тем самым недоумение и возмущение родителей и учителей.

3. Дети, к которым окружающие предъявляют завышенные требования, которые они в силу субъективных причин не могут выполнить.

4. Дети с повышенной тревожностью и склонностью к депрессиям (в основном, это дети с родовыми травмами, правополушарные и те, у которых в роду или ближайшем окружении были случаи или попытки самоубийства), особенно в пубертате.

Максимализм в оценках, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков и прогнозировать исходы сложившейся ситуации, отсутствие жизненного опыта, свойственные периоду детства, и создают ощущение безысходности,

неразрешимости конфликта, порождают чувство отчаяния и одиночества. Все это делает даже незначительную конфликтную ситуацию суицидоопасной для ребенка и, особенно, для подростка, что подчас недооценивается окружающими, и обуславливает повышенный суицидальный риск.

На основе полученных данных в Республике Башкортостан разработана Программа профилактики состояния психологического кризиса у детей и подростков, которая включает:

1. Информировать учащихся о возможности бесплатного обращения с актуальными возрастными проблемами на телефон экстренной психологической помощи – «Телефон доверия» с указанием на то, что звонок бесплатный.

2. Проведение лекций для педагогов-психологов, социальных педагогов «Профилактика суицидального риска среди детей и подростков: факторы, индикаторы суицидального риска». Шкала суицидального риска.

3. Проведение лекций для педагогов-психологов, социальных педагогов «Особенности подросткового возраста. Проблемы девиантного поведения. Профилактика аутоагрессии».

4. Осуществление диагностики структуры психических процессов, индивидуально-психологических особенностей с участием специалистов в учебных заведениях Республики.

5. Проведение психологических тренингов по оздоровлению и сплочению ученических коллективов и др.

6. Проведение экспресс-диагностики кризисных состояний с использованием опросника Г.Айзенка, теста Леонгарда, теста «незаконченные предложения», опросника суицидального риска, теста фрустрационной толерантности Розенцвейга.

Основные задачи Программы:

- своевременное распознавание и ликвидация состояний, несущих потенциальную угрозу самоубийства;
- раннее выявление суицидальных тенденций среди детей и подростков;
- решение диагностических вопросов и применение необходимых профилактических мер;
- лечение постсуицидальных состояний, социальная реадаптация;
- регистрация и учет самоубийств и покушений;
- проведение широкой психогигиенической работы среди населения.

О КАБИНЕТЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (КСПП) В ВУЗЕ

Кушнарев В.М., Любов Е.Б., Семикин Г.И., Гилод В.М.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
Московский государственный технологический университет

Актуальность. Ранние диагностика, профилактика и лечение психосоциальной дезадаптации и суицидального поведения (СП) в частности вписана в программу многолетнего сотрудничества МНИИП и МГТУ (Любов Е.Б., Семикин Г.И,) и стала интегральным элементом более широкой «Комплексной программы здоровьесберегающих технологий и профилактики наркомании в воспитательно-образовательной среде» МГТУ.

Цели исследования: изучить диагностический спектр (МКБ-10) пациентов КСПП, пути получения помощи, содержание и результаты работы КСПП.

Материалы и методы. Исследование проведено в КСПП МГТУ в 2011-2013 гг. По оригинальной медико-статистической карте невыборочно изучены социально-демографические и клинические характеристики 165 студентов I-II курсов 18-23 лет (юноши – 61%), курируемых одним из соавторов (В.М.Кушнарев). Большинство (83%) пациентов КСПП – жило в общежитии (иногородние), никто не был женат (замужем). Расстройство адаптации (МКБ-10) отмечены у 24%, депрессивные расстройства – у 45%, биполярное – у 7%. Употребляли ПАВ (спиртное), обычно как средство самолечения, не более 7%, но страдали сопутствующими сомато-неврологическими расстройствами (требующими постоянного лечения) – 15%. СП выявлено у 28% пациентов, у каждого пятого из них отмечены суицидальные попытки в анамнезе, у каждого четвертого в подгруппе – агрессивное (вербальное, физическое насилие) поведение.

Результаты. Все пациенты направлены к психиатру впервые при длительности нелеченой болезни до 5 лет. Показательно, что 2,5% пациентов страдали шизофренией с длительностью нелеченого психоза до 3-х лет. Большинство (84%) студентов направлена психологами лаборатории психологической поддержки учебно-методического центра (руководитель Г.И.Семикин) после скринингового обследования и лишь 16% – кураторами учебных групп в связи со снижением успеваемости, конфликтами с преподавателями и одногрупниками. Клиническая картина большинства студентов представлена стертой депрессивной (тревожно-депрессивной) симптоматикой. СП (у 1/3 на уровне замыслов) выявлено при прицельном опросе, но не было поводом обращения. Большинство (3/4) пациентов привлечено к амбулаторной терапии (кризисная психотерапия, назначение антидепрессантов), 22% направлены в кризисный стационар ГКБ№20 (заведующий В.М.Гилод) и наиболее тяжелые (2,5%) – на «суицидологические койки» ГКПБ№4.

Главной задачей сочетанного биопсихосоциального лечения на различных этапах помощи была перестройка ценностный ориентаций, изменение отношения к неправильному (дезадаптивному) поведению и к окружающим с формированием устойчивости к психосоциальному дистрессу в быту и учебном процессе, усиление защитных психологических механизмов личности. По выписке из ПБ и кризисного отделения ГКБ 37% пациентов (с наиболее выраженной симптоматикой) получили академический отпуск, но 82% вернулись в ВУЗ через год после долечивания с последующим психологическим мониторингом и психиатрическим наблюдением в КСПП. Отчислены из ВУЗа «по собственному желанию» при отказе от помощи 7% пациентов с ориентацией на другие виды деятельности.

Выводы. Сочетанные клинико-социальные проблемы студентов требуют междисциплинарного и межведомственного подходов в КСПП при учебных учреждениях. Такая, пока малоразвитая или претерпевшая упадок, форма внедиспансерной психиатрической помощи полезна с клинической и социально-экономической позиций в системе первичной и вторичной профилактики СП молодежи и в русле междисциплинарного и межведомственного взаимодействия и биопсихосоциального подхода. К проблемам развития КСПП следует отнести недостаточное информирование студентов (студенты были «направлены», но не обращались самостоятельно) и неопределенность статуса психиатра КСПП, затрудняющего назначение и контроль необходимого лечения. Перспективно он-лайн консультирование студентов посредством интернета.

[1]. Любов Е.Б., Семикин Г.И. Кризисные состояния учащейся молодежи: диагностика, лечение, профилактика (опыт межпрофессионального и межведомственного подходов) / Мат. Всероссийской конференции «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным». СПб: Ай-синг. 2011. С. 433.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СУИЦИДОВ В Г. ИЖЕВСКЕ И УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА

Лазебник А.И.

Ижевск
БУЗ и СПЭ УР РКПБ МЗ УР

Во время социальных преобразований в Удмуртской Республике (УР) уровни распространенности самоубийств колебались около 68 на 100000 населения. Однако за такой общей динамикой могут скрываться и менее высокие показатели суицидов в отдельных группах населения.

Цель исследования: динамическое изучение частоты самоубийств в г. Ижевске при сравнении с УР в переходный период адаптации общества к условиям рыночной экономики.

Материал и методы. Эпидемиологический анализ на основе официальной статистики показателей распространенности завершенных суицидов в столице УР – г. Ижевске и в общей популяции УР за 12 лет (1992-2003 гг.). Период условно разделен на три различающихся в социально-экономическом плане этапа (по Положему Б.С., 2006)

Результаты и их обсуждение. На первом этапе – радикальных социально-экономических реформ (1992-1995 гг.) отмечено лавинообразное нарастание самоубийств в обеих популяциях, вызванное стрессами вследствие значительного спада производства, набирающей обороты безработицы, падения доходов, явлений духовного кризиса. С 1992 по 1995 гг. показатель распространенности суицидов в столичной популяции увеличился в 1,5 раза – с 36,9 до 55,0 на 100000 населения. Средний уровень самоубийств в эти годы составил 46,0 в столичной популяции против 66,5 в общей популяции, т.е. в 1,4 раза ниже (p= 0,0024). На втором этапе – социально-экономической нестабильности (1996-1999 гг.) текущая суицидальная обстановка несколько улучшилась, что, по-видимому, не случайно совпало по времени с замедлением спада промпроизводства. Впервые за переходный период средние темпы прироста частоты суицидов столичной и общей популяции стали отрицательными (соответственно – 2,9% и – 2,2%). Начиная с 1996 г. показатель распространенности суицидов в обеих популяциях постепенно снижается, к 1998 г. – уменьшился в столичной популяции с 51,8 до 43,3, в общей популяции с 71,9 до 61,4. Тенденция к снижению частоты самоубийств нестойкая и после дефолта – нового источника стрессов в 1999 г. рост суицидов снова возобновляется. В столичной популяции показатель распространенности самоубийств увеличился на 4,2% по сравнению с предыдущим этапом и составил 48,0 против 68,1 в общей популяции, оставаясь, как и в 1992-1995 гг., ниже в 1,4 раза (p=0,0002). Однако принципиальные отличия в динамике суицидов между обеими популяциями установлены на третьем этапе – социально-экономической стабилизации (2000-2003 гг.). Так, если в столичной популяции рост показателя распространенности самоубийств сменился снижением, то в общей популяции он продолжал увеличиваться, достигнув в 2002 г. 72,3. В 2000-2003 гг. средний показатель частоты суицидов столичной популяции возвратился к исходному значению 1992-1995 гг., составив 45,7. По сравнению с предыдущим этапом показатель упал на 4,8%. В общей популяции, наоборот, уровень самоубийств поднялся на 2,9%, составив 70,1, превысив аналогичный показатель столичной популяции в 1,5 раза (p=0,0000), что свидетельствует о повышенной уязвимости данной популяции к стрессам переходного периода.

Выводы. Показатели распространенности суицидов в г. Ижевске достоверно ниже средне республиканского уровня на всех этапах переходного периода. На этапе социально-экономической стабилизации указанные показатели выбиваются из общего тренда на рост самоубийства среди населения УР. Более благоприятная динамика среди населения г. Ижевска объяснима его большей стрессоустойчивостью в новых социально-экономических реалиях. Вероятно, это связано с тем, что в столице преобладает славянское население в сравнении с проживающим там же коренным (финно-угорским) населением с его высокой сенситивностью и восприимчивостью к стрессу. Выделение групп населения, различавшихся по динамике распространенности самоубийств, позволяет прогнозировать суицидальную обстановку и разрабатывать дифференцированные меры профилактики.

АНТИКРИЗИСНАЯ (СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ) ПОМОЩЬ В РОССИИ: БРЕМЯ ПЕРЕМЕН

Любов Е.Б.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность. Суицидальное поведение (СП) и уровни суицидов (УС), в частности, – общепринятые показатели социально-психологического благополучия страны, особо во времена экономических невзгод. Тренд снижения УС в РФ не может дезориентировать общество, правительство и профессионалов. Местные УС отличаются до двух порядков, имея неоднозначную динамику, в группе особого риска – наименее социально защищенные слои населения, дискриминированные в получении общемедицинской и специализированной помощи.

Цель исследования: научно-доказательное обоснование развития государственной и местных лечебно-профилактических антикризисных программ.

Задачи: 1) определение социально-экономического бремени суицидов (БС) на национальном и региональном уровнях; 2) изучение структуры и функции местных суицидологических служб (Сс) с выявлением их типовых проблем; оценка позиции персонала психиатрических служб (на примере ПБ) по отношению к СП.

Материалы и методы: Исследование (2012-2014 гг.) включило три логично связанных последовательных этапа. На первом – БС определено, по методике ВОЗ, суммой потерянных лет трудоспособной жизни (YLL) в руб. (2009 г.). На втором – с привлечением оригинального полуструктурированного опросника для главных психиатров систематизированы данные о Сс 57 регионов из всех ФО РФ. На третьем – анонимно невыборочно опрошены 1485 (82,5% женщин, у 70% стаж ≥10 лет) психиатров, медицинских психологов, консультантов, медсестер, санитарок и соцработников 9 ПБ в 8 регионах.

Результаты. БС выше бремени от иных внешних причин и сравнимо с потерями из-за онкологических и сердечных болезней. Более 1/3 (37%) потерь YLL пришлась на лиц <30 лет, сравнимо с бременем ДТП, в 2,5 раза выше суммарных потерь от ИБС и онкологических заболеваний. БС трудоспособного возраста наибольшее в группе внешних причин смертей. Гибель мужчин определяют 90% БС. Суммарное БС в РФ>145 млрд. руб., или 0,4 ВВП. По потерям ВРП впереди Чукотский АО (2,7%), Республика Алтай и Забайкальский край (по 1,6%). Наиболее (в 2/3 регионов) распространено звено Сс как «Телефон Доверия», относящиеся к разным ведомствам, малодоступные, особо селянам. Кабинеты социально-психологической помощи и кризисные отделения развернуты обычно в областных (республиканских) столицах на базе ПБ (ПНД). Полный состав звеньев Сс –исключение (<1/6 регионов). Местные антисуицидальные программы, если прописаны (<1/5 регионов), не обеспечены материальными и кадровыми ресурсами. Происходят противонаправленные процессы распада и восстановления континуума Сс вне связи с суицидологической ситуацией, но с определенной зависимостью от развитости общемедицинских и психиатрических учреждений. Типовые про-

блемы местных раздробленных при различном ведомственном подчинении и Сс: опора на психиатрические ЛПУ, неполнота отчетности о СП, малая преемственность помощи при забвении реабилитационного направления, неясность функциональных обязанностей в новых условиях, критериев оценки эффективности работы, неразвитость научно-доказательного подхода при ведении суицидентов и их близких, нехватка подготовленного персонала, представляющего, в свою очередь, профессиональную группу риска СП. Так, «не понимают молодых и здоровых» суицидентов ≥1/3 респондентов. Называют СП «грехом» ≥½ ответивших, но допускает суицид как выход в тяжкой жизненной ситуации (болезни) 1/3. Мысли о суициде обыденны для 1/3 работников. Суициденты «раздражают» ¾ психиатров, психологов, соцработников. Не менее 1/3 психиатров и >60% медсестер и санитарок полагают, что заявившие о намерении – суицид не совершат. Потребность в суицидологических койках (палатах) ощущает ½ медперсонала и ¼ соцработников. Допускают возможность пресечь СП>85% психиатров, психологов и соцработников, но вдвое меньше консультантов, медсестер, санитарок. Полагают, что обучены опытом работе с СП<¼ психиатров, психологов, ½ консультантов, соцработников, все (!) медсестры и санитарки; признаются, однако, в достаточности знаний и умения <½ респондентов.

Выводы. БС, то есть потенциально предотвратимой смертности, сравнимое с таковым при болезнях, традиционно приоритетных для здравоохранения, подчеркивает «сверхвысокий» УС в регионах, отличных по социально-экономическому уровню, этно-культуральным характеристикам, развитости общемедицинских, психиатрических и Сс. Предупреждение СП – гуманно и несет ресурсосберегающий потенциал в противовес неразвитости (отсутствия) Сс в «проблемных» районах. Недостаточная «суицидологическая бдительность» персонала ПБ вне связи со стажем и должностью при сопереживании (понимании) СП, сочетающемся с неприязнью к пациентам с СП свидетельствуют об актуальности целевого обучения суицидологии работников здравоохранения в целом как необходимой части профилактической программы, а также необходимости формальной и неформальной поддержки профессиональной группы высокого риска «выгорания». В основе деятельности Сс, внедиспансерного раздела психиатрической помощи, согласно биопсихосоциальной природе СП, заложен полипрофессиональный (бригадный) и межведомственный подходы, а цели антикризисной помощи вписаны в русло парадигмы общественного здравоохранения и его интегральной части – психиатрии: приумножение «социального капитала» россиянина через сохранение и восстановление его физического и душевного благополучия. Государственная и местные программы предупреждения СП в условиях хронического дефицита ресурсов должны быть изначально обращены к отчасти пересекающимся возрастным, профессиональным и клиническим группам населения, столь уязвимых в годы социально-экономической нестабильности.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Магурдумова Л.Г.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В России почти половина населения – пожилые. Часть из них в трудной жизненной ситуации: падение социально-трудовых возможностей, внутрисемейные конфликты, утрата близких, одиночество, возрастные болезни, психотравмирующие переживания, влияющие на качество жизни и, как следствие, формирование суицидального риска. Поздний возраст рассматривают как «пиковый», с максимальным уровнем суицидов.

Цель исследования: изучение биопсихосоциальных факторов риска суицидального поведения лиц позднего возраста с диагнозами непсихотических (пограничных) психических расстройств.

Материалы исследования. Комплексное изучение 100 пациентов ≥ 60 лет, мужчин и женщин, самостоятельно обратившихся или направленных отделением Телефона Доверия, психиатрами ПНД, из территориальных поликлиник и городских больниц Москвы. Работа проводилась в кабинете социально-психологической помощи (КСПП) отдела суицидологии МНИИП и на базе ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского» в 2011-2014 гг.

В возрасте 61-70 лет – суицидальное поведение может формироваться на фоне биологического старения за счет снижения когнитивных, волевых и социально-трудовых возможностей. Условия жизни подавляют волю стареющего человека, погружают в пессимизм с мыслями о нежелании жить. Ключевым статусом оказываются смешанные расстройства эмоций и поведения по типу суицидоопасного состояния «демобилизации». Пациенты желают «быстрой смерти», допуская самоубийство. Для данной возрастной категории характерны повторные суициды.

В возрасте 71-80 лет наблюдались возрастные старческие тревоги с тягостным чувством «приближения конца», одиночества, беспомощности. Данный возрастной этап характеризовался тревожными эмоциями, навязчивыми антивитальными переживаниями, утренними ухудшениями настроения на фоне моторного беспокойства, некоторой растерянности, незащищенности, безнадежности, побуждая к самоубийству. Постсуицидальный период характеризовался фиксированно-пессимистическими реакциями и повторными суицидами в течение первых месяцев.

В возрасте 80-85 лет и старше психическое состояние нередко характеризуется «отвращением к жизни». Пациенты не интересуются происходящим в мире, в семье, все представляется малоценным. Фантазируют на тему «скорее бы умереть», не исключая самоубийство с помощью «брутальных» способов.

Выводы. В результате проведенного 4-х летнего комплексного изучения лиц позднего возраста в рамках непсихотических (пограничных) психических расстройств в амбулаторных условиях, можно утверждать, что факторы, влияющие на качество жизни пожилых и старых людей и формирующих суицидальное поведение имеют особенности. Суицидальный риск в позднем возрасте значительно превышал таковой в группе психозов. Важным фактором риска суицидального поведения оказались преморбидные черты личности, общее состояние здоровья, положение в обществе. Зная факторы и особенности формирования суицидальной опасности пожилых можно прогнозировать индивидуальный суицидальный риск, создавать условия, обеспечивающие удовлетворительное качество жизни и активное долголетие – согласно пожеланиям Президента В.В. Путина на заседании в Воронеже в августе 2014 г.

НАРУШЕНИЕ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ И СУИЦИДАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю., Бебуришвили А.А.

Москва
НЦПЗ

Актуальность проблемы изучения суицидального поведения пациентов, страдающих шизофренией, обусловлена высоким уровнем самоубийств в этой группе. Суицидальный

акт является следствием принятого решения. В настоящем исследовании рассматривалась связь потенциального риска принятия человеком суицидально решения и таких нейрокогнитивных механизмов, как эмоциональное научение и регуляторные составляющие когнитивных функций – планирование и контроль, удержание принципа решения, переключение.

Оценка способности к эмоциональному научению в данном исследовании основывалась на анализе механизма принятия решений, изложенного в гипотезе соматических маркеров А. Дамасио [6; 3], в которой описан нейрокогнитивный механизм, с помощью которого эмоциональные процессы могут направлять поведение и влиять на принятие решений. Эта способность, которая субъективно оценивается как «интуиция», позволяет интегрировать эмоциональные последствия предыдущих взаимодействий с объектами в мире, и прогнозировать вероятный результат возможного действия. Для оценки роли эмоций в принятии решений в современных исследованиях широко используется Игровая задача Iowa gambling task (IGT) разработанная Бечара [4]. Выполнение этой задачи нарушено у больных шизофренией [2], аддикциями, девиантным поведением, обсессивно-компульсивными расстройствами. Также с помощью этой методики было показано, что процесс принятия основанных на эмоциях решений нарушен у людей, совершивших суицидальные попытки.

Регуляторные составляющие когнитивных функций в настоящем исследовании оценивались с помощью Висконсинского теста сортировки карточек.

Суицидальное решение, как и любое другое, детерминировано различными факторами, знание которых и вероятностная оценка их совокупного влияния могут повысить эффективность клинико-психологической диагностики риска самоубийства. В данном исследовании для диагностики потенциального риска суицидального поведения использовалась интегративная система психодиагностики методом Роршаха (оценка по системе Экснера [1]). В тесте Роршаха ответы испытуемого представляют собой решение тестовых проблемных неопределенных ситуаций, и переменные суицидальной констелляции можно рассматривать как факторы, участвующие в процессе принятия решения о совершении суицида. В системе Экснера используется комплексный показатель «суицидальная констелляция» – индекс, который включает 12 критериев.

Гипотеза исследования. При нарушении способности принимать основанные на эмоциях решения в неопределенных ситуациях повышается потенциальный риск суицидального поведения.

Методики и испытуемые. Обследованную когорту составили 44 мужчины, проходящих лечение в стационаре с диагнозом эндогенного психического расстройства шизофренического спектра (категории F 20 и F 21 по МКБ-10). Из них 17 человек – «группа суицидального риска» – имели в анамнезе либо попытку суицида, либо явно заявляли о суицидальных идеях. Другие 27 пациентов – «группа без суицидального риска» – не имели в анамнезе суицидальных попыток и идей. При выполнении исследования были использованы методики: тест Роршаха, компьютерная методика Игровая задача (IGT), Висконсинский тест сортировки карточек (WCST). Для оценки результатов использовались методы статистического анализа.

При анализе результатов Игровой задачи оценивалось общее превышение «хороших» выборов над «плохими». Использовалась модель «ожидание-результат» Expectancy-valence (EV) [5], в которой вводятся параметры для вероятностного моделирования принятия решений: «внимание к выигрышу-проигрышу», «научение-забывание», «импульсивность-детерминированность». Вычисляется вероятность каждого следующего хода на основе введенных параметров с учетом коэффициента импульсивности, который определяется по результатам всех испытаний и не меняется со временем. При помощи функции fmincon из системы Matlab 7 находятся значения параметров, максимизирующих функцию правдоподобия, вычисляемую по результатам всех ходов в отдельном испытании. В данном исследовании использовался параметр «внимание к выигрышу-проигрышу». Для теста Роршаха оценивался «суицидальный индекс».

Результаты и обсуждение. Средние значения «суицидального индекса» в тесте Роршаха значимо различались для групп с суицидальным риском и без суицидального риска – 6,4 и 4,8 соответственно (p=0,01).

В группе с суицидальным риском было значимо снижено «внимание к проигрышу» в Игровой задаче. Значения этого параметра для групп с суицидальным риском и без суицидального риска 0,31 и 0,63 соответственно (p=0,00). Анализ показал, что при снижении значений интегрального параметра Игровой задачи – преобладание «хороших» выборов над «плохими» – увеличивались показатели суицидального индекса (коэффициенты корреляции -0,317, p<0.03).

Висконсинский тест значимо лучше выполнялся группой с суицидальным риском, количество собранных серий 4,4 и 2,7 соответственно (уровень значимости различий p=0,01), аналогичная ситуация наблюдалась и для других параметров Висконсинского теста, кроме параметра «процент неперсеверативных ошибок», который значимо не различался в обеих группах.

Анализ полученных результатов показывает, что повышенный суицидальный риск связан с нарушением процесса принятия основанных на эмоциях решений в неопределенных ситуациях, что проявляется в снижении «внимания к проигрышу», а именно, в игнорировании отрицательных последствий своего выбора.

Высокая значимость различий в показателях «суицидального индекса» в тесте Роршаха между группами с суицидальным риском и без суицидального риска и корреляция между «суицидальным индексом» в тесте Роршаха и интегральным показателем Игровой задачи показывает связь нарушения эмоционального научения с факторами, потенциально участвующими в процессе принятия решения о совершении суицида. Эти факторы выявляются в тестовой ситуации неопределенности в тесте Роршаха.

Лучшее выполнение Висконсинского теста группой с суицидальным риском показывает, что способность к логическим рассуждениям, основанная на регуляторных составляющих когнитивных функций, таких как планирование и контроль, удержание принципа решения, переключение, связана с повышением суицидального риска. Это подтверждается другими исследованиями, в которых показано, что высокий уровень формального интеллекта – способность к логическим рассуждениям – для больных шизофренией является одним факторов суицидального риска.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают возможность оценки суицидального риска с точки зрения нарушения нейрокогнитивных механизмов принятия решений. И показывают, что при снижении способности принимать основанные на эмоциях решения в неопределенных ситуациях и сохранности способности к формальным логическим рассуждениям повышается потенциальный риск суицидального поведения.

1. Ассанович М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха -Москва: Когито-Центр, 2011.

2. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Бархатова А.Н., Каледа В.Г., Ениколопов С.Н. Особенности эмоциональной регуляции принятия решений при манифестирующей в юношеском возрасте приступообразной шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – V. 114. – N 9. – p. 53-60.

3. Медведева Т.И., Ениколопова Е.В., Ениколопов С.Н. Гипотеза соматических маркеров Дамасио и игровая задача (IGT): обзор // Психологические исследования. – 2013. – V. 6. – N 32. – p. 10.

4. Bechara A., Damasio A.R., Damasio H., Anderson S.W. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex // Cognition. – 1994. – V. 50. – N 1-3. – p. 7-15.

5. Busemeyer J.R., Stout J.C. A contribution of cognitive decision models to clinical assessment: decomposing performance on the Bechara gambling task // Psychol Assess. – 2002. – V. 14. – N 3. – p. 253-62.

6. Damasio A.R., Tranel D., Damasio H. Somatic markers and the guidance of behaviour: theory and preliminary testing / Frontal lobe function and dysfunction / eds. Levin H.S., Eisenberg H.M., Benton A.L. – New York: Oxford University Press, 1991.

«ЗАБЫТЫЕ« СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Меринов А.В., Лукашук А.В.

Рязань

Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова

Все чаще появляется информация о суицидальной активности наркологических больных (Брюн Е.А., Шустов Д.И., Бузик О.Ж., 2007). Алкогольная зависимость рассматривается как «катализатор» суицидальности в обществе (Немцов А.В., 2003), а сами больные потенциально опасны в плане аутоагрессивного поведения (Шустов Д.И., 2005).

В клинической работе врача-нарколога информация о парасуициде в анамнезе наиболее часто получается путем целенаправленного расспроса пациента, когда ему прямо задаются вопросы, касающиеся наличия у него суицидальных феноменов (субъективный анамнез). Многим специалистам знакома избирательная забывчивость лиц, страдающих алкогольной зависимостью. С одной стороны, это связано с механизмами отрицания болезни и механизмами вытеснения «неприемлемых» воспоминаний, а с другой – постепенным нарушением мнестической сферы в результате хронической алкогольной интоксикации. Часто эти мнестические лакуны касаются фактов анамнеза, представляющих важное значение как для наркологической, так и суицидологической практик, например, суицидальных попыток. В своей работе мы периодически сталкивались с феноменом «сокрытия» суицидальных попыток и нас интересовал приблизительный размах данного феномена в алкогольной субпопуляции. Во время проведения широкомасштабного исследования зависимого и созависимого алкогольного саморазрушающего поведения, у нас появилась возможность получение данной информации от ближайших родственников больного, а именно его супруги (с его согласия), поскольку в дальнейшем подразумевалась семейная терапия носителя алкогольной зависимости. Таким образом, мы получили доступ к объективной части анамнестических сведений, касающихся антивитальных моделей поведения. Полученные данные, имеют важное значение для наркологической практики и должны учитываться при построении работы с больными алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. Были обследованы 125 семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ). Возраст МСАЗ составил – 41,2±4,2; жен МСАЗ – 40,52±4,7 года. Срок семейной жизни в среднем составил 18,96±5,7 года. Все обследованные мужчины клинически находились во второй стадии заболевания и имели псевдозапойный тип употребления алкоголя. Средняя продолжительность запойного периода по группе составила в днях – 7,1±2,3, толерантность к спиртному в пересчете на водку – 1,1±0,5 литра. Обследованная группа представляла собой наиболее типичный срез алкогольной популяции. Обследование проводилось с помощью модифицированного полуструктурированного опросника для выявления аутоагрессивных паттернов поведения в прошлом и настоящем (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2000), включающего в себя помимо вопросов, касающихся выявления собственных саморазрушающих паттернов и предиспонирующих психологических конструктов, в частности вопрос: «Имел ли Ваш супруг в прошлом суицидальную попытку, высказывал открыто мысли покончить с собой?» Опросники заполнялись совместно с врачом каждым супругом по отдельности.

Результаты исследования и их обсуждение. У десяти (8%) МСАЗ из 125 парасуициды в анамнезе были обнаружены только со слов супруги, сами больные на вопрос о наличии у них подобных феноменов ответили отрицательно. Эта цифра приобретает иное значение, если учесть тот факт, что вообще попытка суицида в анамнезе со слов самих респондентов была выявлена у 30 МСАЗ (24% от общего количества обследованных), а с учетом МСАЗ, скрывших попытку самоубийства – у 40 (32%). Иными словами, 25% суицидальных попыток в анамнезе у зависимых от алкоголя мужчин обнаружились только с использованием информации полученной от ближайших родственников (в нашем случае, жен). Или выражаясь иначе, с использованием «объективных сведений» о пациенте в традициях и рамках классической психиатрии. Еще раз подчеркнем, добровольное согласие МСАЗ на привлечение их жен для получения сведений, касающихся особенностей их заболевания, в частности всего спектра аутоагрессивных проявлений, что с одной стороны, является фактом установления доверительных и конфиденциальных отношений, а с другой, вероятно, характеризует тотальность и мощность механизмов вытеснения и отрицания у пациентов.

Так же любопытным оказался факт, что только трое (7,5%) МСАЗ из 40, имевших парасуицид в анамнезе были помещены в «кризисный» стационар, и попали в поле зрения соответствующего специалиста (в нашем случае, приходящего психиатра), пополнив объективную статистику наркологической ситуации в области.

Отметим так же, что из 125 обследованных мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, лишь 14 (11,2%) формально находились на учете у участкового нарколога (все, по причине перенесенного алкогольного делирия, то есть, не по собственному желанию). У семи из них (50%) нами при целенаправленном расспросе были выявлены суицидальные попытки в прошлом (у двух (14,28%), со слов супруги). Однако, из пяти, лично предоставивших данные сведения нам, четверо скрыли их при предыдущих беседах с наркологом стационара или участковым наркологом. Причиной называлось: отсутствие прямого вопроса или возможная расплывчатая формулировка (три наблюдения), то есть вопрос возможно не задавался; либо страх каких-либо дополнительных медицинских мероприятий (одно наблюдение), то есть вопрос формально задан был. Беседа с супругами, затрагивающая эту тему в условиях стационара не проводилась.

Несмотря на размер группы, тем не менее, можно говорить о некоторых ее суицидологических и наркологических характеристиках, отличающих ее от остальной обследованной выборки.

У МСАЗ из этой группы значительно чаще (в 2-3 раза) встретились такие предикторы суицидальности как моменты острого одиночества и безнадежности, длительные периоды угрызения совести, а так же гетероагрессивное поведения (в основном в отношении супруги) на фоне выраженной взаимной неудовлетворенности семейной жизнью. Все респонденты этой группы имели частые амнестические формы опьянения, более 90% из них употребляли суррогаты алкоголя, 70% оказывалось реанимационное пособие по поводу отравления алкоголем. Более половины пациентов этой группы периодически употребляло и иные наркотические препараты (60% опрошенных).

Таким образом, поскольку получение достоверной информации о предшествующих суицидальных попытках паци-

ентов имеет принципиальный характер и диктуется правилом «суицидальной» настороженности в наркологической практике, в ряде случаев показано использование анамнестических данных со слов родственников для объективизации информации.

В ряде случаев возможно использование «парного» сбора анамнестических сведений, касающихся аутоагрессивных форм поведения, поскольку конфронтационные реакции второго супруга позволяют исключить обесценивающе-отрицающее поведение носителя суицидальных типов реакции.

Важно так же помнить, что тенденция просто «расколоть» пациента признать «свою забывчивость» может иметь крайне опасные последствия, особенно при краткосрочных вариантах терапии.

Выводы.

1) Реальные показатели суицидальной активности больных алкогольной зависимостью занижены на 25%. Таким образом, значительное число мужчин, страдающих алкогольной зависимостью и имевших в прошлом суицидальную попытку, не попадают при первом и последующих обращениях к наркологу в суицидальную «группу риска», и никакая специфическая и неспецифическая работа по этому поводу не проводится;

2) При лечении необходимо иметь легитимную возможность сбора объективного анамнеза от родственников, в частности по поводу наличия суицидальных попыток в прошлом;

3) Наличие достоверной информации о суицидальном поведении в прошлом имеет большое значение для выстраивания терапевтической программы лечения алкогольной зависимости, а так же возможности превенции аутоагрессивного поведения.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕВУШЕК, ВОСПИТАННЫХ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ

Меринов А.В., Лукашук А.В., Бычкова Т.А.

Рязань

Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова

Семья играет бесценную роль в жизни любого человека. Отсутствие полноценного образца для внутрисемейной социализации почти всегда ведет к различным срывам в психическом и личностном развитии человека. Количество неполных семей, воспитывающих хотя бы одного ребенка, в России за последние годы возросло почти до 40%. И, к сожалению, продолжает увеличиваться. В плане суицидологической практики данный факт является весьма настораживающим, так как количество детей, подростков и лиц юношеского возраста, покончивших с собой и воспитанных одним родителем, составляет порядка 60% (Конева О.Б., 2012; Кравченко Н.Е., Зикеев С.А., 2014). Не лишним будет напомнить и о значительном росте самоубийств лиц данной возрастной группы в нашей стране за последнее время (Зотов П.Б., Родяшин Е.В., 2013), что все вместе делает вопрос изучения преддиспонирующих суицидальному поведению факторов крайне актуальным, имеющим серьезное медико-профилактическое значение (Зотов П.Б, 2013). Безусловно, мы полностью согласны с мнением, что семейный фактор может относиться к значимым антисуицидальным только в случае, если мы говорим о здоровой и гармоничной семейной атмосфере. К сожалению, в противном случае, семейный институт может не полноценно выполнять свои функции и даже выступать в роли главного просуицидального катализатора (Лукашук А.В., Меринов А.В., 2014).

Нас заинтересовал следующий вопрос: как влияет на суицидологические и личностно-психологические характеристики факт воспитания ребенка в неполной семье? Особенно, учитывая тот факт, что отсутствие одного из родителей большинством людей априори считается «ненормальным» и неправильным.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач были обследованы 40 девушек (студенток ВУЗа) в возрасте 21,2±1,45 лет, воспитанных одним родителем (матерью). В качестве контрольной группы использованы студентки, воспитанные, соответственно, в полных семьях – в количестве 153 человек (20,8±1,12 лет). Обе группы были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник, направленный на выявление суицидальных и несуицидальных феноменов аутоагрессии в прошлом и настоящем, а также «Шкала родительских предписаний» (Drego P., 1983), широко используемая в рамках трансакционного анализа.

Статистический анализ произведен посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики на базе компьютерной программы Microsoft Excel 2007 (с использованием критерия Стьюдента и хи-квадрат).

Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде M±m (средней±стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и их обсуждение. Из полученных данных следует, что между изученными группами имеются значительные различия. Классические суицидальные паттерны (суицидальные мысли), чаще обнаруживались у студенток, выросших в семьях с обоими родителями. В то же время, несуицидальный спектр аутоагрессивных паттернов качественно и количественно характеризовал девушек из неполных семей в большей мере.

Суицидальные идеации преобладают у девушек, воспитанных полными семьями, что на первый взгляд может показаться странным и противоречит общепринятому «народному» мнению, что полная семья – безусловное благо. Обратим внимание и на то, что по количеству суицидальных попыток в анамнезе группы не имеют отличий (в обоих случаях их количество не превышало 3%, что укладывается в популяционные «границы» данной половозрастной группы).

Кроме того, учитывая возрастные особенности суицидального поведения, а именно традиционно высокие уровни идеаторной аутоагрессивной активности девочек-подростков и девушек, мы обнаружили, что суицидальные мысли в группе девушек из полных семей, наиболее часто возникали на фоне «несерьезных» причин реактивно-личностного характера, чаще всего без обдумывания конкретных способов реализации суицидальной попытки. Девушки в этой группе были более склонны к шантажному поведению и «девичьим» эмоциональным колебаниям – капризам – «когда хотелось привлечь к себе внимание», даже посредством парасуицида. В свою очередь, в группе девушек, воспитанных в семьях с одним родителем, суицидальные мысли наиболее часто возникали на фоне чувства безнадежности, нередко сопровождались обдумыванием реализации суицида и его последствий, с ощущением утраты смысла существования.

Учитывая то, что количество подростков, совершивших завершенный суицид и выросших в неполных семьях, весьма значительно, можно предположить, что существует некий перекос в «реализуемости» суицидальных мыслей в попытку в исследуемой группе, к сожалению, зачастую в фатальную. Безусловно, может иметь место и смещение в пропорции отношения попыток к завершенным суицидам (Grollman E.A., 1988) в сторону последних.

С другой стороны, обращает на себя внимание явное преобладание несуицидальных аутоагрессивных паттернов в экспериментальной группе, что почти всегда демонстрирует нам интенсивность «непрямого», менее одиозного, и, в ряде случаев, социально приемлемого пути реализации антивитальных

импульсов. Респондентки данной группы в основном характеризуются рискованно-виктимными паттернами поведения: склонностью к опасным хобби, неоправданному риску, большому количеству ожогов и обморожений. Отдельно отметим высокую частоту физического и сексуального насилия, которые у обследуемых из полных семей отсутствуют вообще.

Большинство из девушек, воспитанных в полных семьях, имели четкое понимание смысла собственной жизни, что в значительной степени отличает их от девушек первой группы.

При оценке шкалы предписаний обнаружены весьма специфические профили родительских посланий. Группы достоверно отличались в отношении посланий «Не существуй» и «Не будь ребенком».

Первое послание наиболее токсично в суицидологическом плане, поскольку прямо определяет аутоагрессивный потенциал личности. Оно в значительно большей степени характеризует именно девушек из неполных семей. Наиболее часто основной причиной этого исследователи называют атмосферу физической и/или психологической брошенности ребенка, формирующей осознаваемое или нет, чувство собственной ненужности и нелюбви (Стюард Я., Джонс В., 1996).

Высокая активность послания «Не будь ребенком» объясняется частым ранним психологическим «взрослением» детей в неполных семьях, возлагаемой на них ответственностью за отсутствующего родителя. С чем, в контексте суицидологии, наиболее вероятно связана редкость шантажно-капризных парасуицидальных паттернов в группе и частота завершенных суицидов.

Выводы.

1. Девушки, воспитанные одним родителем, являются группой с более высоким аутоагрессивным потенциалом;

2. Это касается как несуицидальных аутоагрессивных паттернов, что продемонстрировано нашим исследованием, так и суицидальных, что подтверждается многочисленными литературными данными. Группа также характеризуется целым рядом важнейших предикторов аутодеструкции;

3. Обнаруженные клинико-суицидологические особенности значимо коррелируют с высоким уровнем родительского послания «Не живи», которое в исследуемой группе значительно превышает аналогичные показатели контрольной группы и среднепопуляционные показатели;

4. Таким образом, девушки, воспитанные в семьях с одним родителем, являются группой, требующей дальнейшего, более пристального изучения в контексте суицидологии;

5. Факт воспитания в неполной семье в ряде ситуаций может рассматриваться как прогностически просуицидальный;

6. Значительное количество суицидальных идеаций в относительно благополучной группе девушек из полных семей является весьма настораживающим фактором, требующим дальнейшего изучения. За кажущейся «легкостью» и шантажностью суицидальных тенденций, тем не менее, скрывается явная возможность необратимого решения конфликтной ситуации.

ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ЛЮДЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Миллер Л.В., Паршин А.Н.

Москва
МГППУ,
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Соотношение цели и мотива составляет личностный смысл самоубийства (Амбрумова А.Г, Тихоненко В.А., 1980). Смысложизненные ориентации – целостная система сознательных и избирательных связей, отражающая направленность личности на поиск целей и смысла жизни, осмысленность выборов и оценок, определяющие удовлетворенность жизнью (самореализацией) и способность брать за нее ответственность, влияя на ее ход (Леонтьев Д.А., 2003; Каунова Н.Г., 2006). Смысложизненные ориентации проявляются в целях, идеалах, убеждениях, интересах и других аспектах сознания личности, отражают оценку прошлого, настоящего и возможного будущего, направляют поведение и личностное развитие, влияют на выбор жизненного пути, самоопределение человека, его потенциал в настоящем и будущем (Гончар С. Н., 2012).

Задача исследования: выявление особенностей уровня выраженности и содержания компонентов смысложизненных ориентаций и жизнестойкости людей с суицидальным поведением (СП).

Материалы и методы. Выборки исследования составили пациенты кризисного стационара ГКБ №20 г. Москвы (60 человек 17 -56 лет). Диагнозы пациентов (МКБ-10): расстройство адаптации, депрессивное расстройство представлены в равной степени. Учитывались разные уровни развития СП (мысли без намерений, с намерениями, попытки). У 47 пациентов отмечены суицидальные мысли, при этом у 34 из них – суицидальные намерения, 24 пациента совершали суицидальные попытки, 13 человек без СП. Использованы следующие методики: тест смысложизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев), модификация теста «Цель в жизни» Дж. Крамбо и Л. Махолика, тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой.

Результаты исследования. С развитием континуума СП (суицидальные мысли без суицидальных намерений, с суицидальными намерениями, суицидальные попытки) наблюдается снижение показателей смысложизненных ориентаций: «Цели жизни», «*П*роцесс жизни» и «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией». Отмечены низкие значения шкалы «Локус контроля – Я» *и* «Локус контроля – жизнь», то есть отсутствие целей жизни, придающих жизни осмысленность, направленность и временную перспективу; неудовлетворенность результатами жизни, жизнью в настоящее время, отсутствие веры в свободу выбора, в свои силы контролировать события жизни, в возможность влиять на свою жизнь в соответствии со своими целями и задачами и представлениями о ее смысле; фатализм, убежденность в том, что жизнь неподвластна сознательному контролю и бессмысленно что-либо загадывать. Чем более выражено СП, тем очевиднее и ярко проявляются данные закономерности. При этом разница между суицидальными намерениями и суицидальными попытками не столь значительна. Поэтому остановимся на нескольких утверждениях, с которыми соглашаются люди с суицидальными намерениями: «Моя жизнь представляется мне крайне бессмысленной и бесцельной», «В жизни я не имею определенных целей и намерений» (при этом есть, как мы видим, намерения суицидальные), «Я едва ли способен найти призвание и интересные цели в жизни», «Моя жизнь пуста и неинтересна», «Мои повседневные дела приносят мне сплошные неприятности и переживания». Таким образом, наблюдается не только дефицит, отсутствие целей и смыслов жизни, но и неверие в свои возможности их обрести. Возможно, это связано с положением дел в настоящий момент и с общим состоянием по типу «сломленности», когда человек не только перестает замечать позитивные моменты жизни, но и не верит в свои возможности, как и те, которые может предоставить сама жизнь. Такое восприятие, интерпретация событий определяет развитие СП. Человек с СП не осознает того, что его интерпретация может быть ошибочна и поэтому может не видеть и даже не допускать мысли о том, что существуют новые горизонты, в которых открываются другие, жизнеутверждающие возможности. Эти возможности человек открывает сам, когда обнаруживает смыслы и понимает жизненные цели в процессе восстановления после психотравмирующих событий. Открытие новых возможностей зачастую

происходит уже в самом процессе движения по направлению к цели (для человека с суицидальными намерениями это могут быть цели, ради осуществления которых стоит жить). Результаты по тесту жизнестойкости согласуются с результатами по смысложизненным ориентациям и в то же время их дополняют. Так, с развитием СП наблюдается снижение уровня выраженности компонентов жизнестойкости (вовлеченности, контроля, принятия риска). Если рассмотреть конкретные ответы людей, например, с суицидальными намерениями, то они более склонны соглашаться с утверждением «Мне кажется, если бы в прошлом у меня было меньше разочарований и невзгод, мне было бы сейчас легче жить на свете», т.е. они концентрируются на негативах прошлого и не интегрируют его в жизненный опыт, объясняют неудачи невзгодами прошлого. Следующие ответы говорят о пассивности, неверии в себя: отрицательные ответы на утверждение «Я стараюсь быть в курсе происходящего вокруг меня», и положительные – на утверждения: «Возникающие проблемы часто кажутся неразрешимыми», «Часто предпочитаю плыть по течению».

Выводы. Направление движения по пути восстановления и личностного роста, осуществляемого самостоятельно или при поддержке психотерапевта, может быть следующее: принятие реальных событий (на когнитивном и эмоциональном уровнях); поиск смысла и жизнеутверждающих целей, формирование веры в возможности (личные и те, что предлагает жизнь), интеграция негативно окрашенных событий в жизненный опыт, претворение в действие планов в соответствии с целью и открытие новых возможностей в процессе ее достижения. Осуществление психотерапевтических задач требует учета особенностей пациентов как низкая мотивация, беспомощность, нежелание брать ответственность. Они готовы предоставить специалисту возможность их спасать. Данные мишени представляются приоритетными для психотерапевтических вмешательств. На более глубоком уровне необходима работа по выявлению и коррекции жизненных установок и поведенческих паттернов, приводящих к формированию представлений о суициде как способе разрешения сложной жизненной ситуации. Данное направление, которое базируется на логотерапии В. Франкла, согласуется со всеми психотерапевтическими направлениями, дополняя их.

ДИНАМИКА АФФЕКТИВНЫХ И МОТИВАЦИОННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ЛИЦ С АССОЦИИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛИЗМА И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДА

Мингазов А.Х., Бочкарева И.Ю.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Актуальность исследования. В настоящем исследовании в качестве одного из основополагающих принципов, определяющих содержание и особенности специализированной помощи больным ассоциированными формами алкоголизма с суицидальным поведением является принцип комплексного подхода и применения много-осевой оценки проявлений суицидального риска как в процессе диагностической квалификации пациентов, обращающихся на лечение в наркологическое лечебно- реабилитационное отделение так и в процессе их участия в лечебно- реабилитационном процессе (Бохан Н.А., 2009, Кривулин Е.Н., 2013).

Оказание лечебно-реабилитационной помощи этим пациентам сопровождается рядом трудностей, связанных с низким уровнем мотивации, анозогнозией, неадекватным отношением к сопутствующей патологии, высокой представленностью аффективных расстройств, искажениями в эмоционально- мотивационной сфере. Сохранные звенья в иерархии неаддиктивных потребностей и факторы антисуицидальной защиты являются терапевтическими мишенями реабилитационного процесса, способными противодействовать алкогольной доминанте. (Шустов Д.И.,2007)

В лечебно-реабилитационном отделении ГБУЗ «Областной наркологический диспансер» (г. Магнитогорск) реализуется программа превенции суицидального поведения у лиц с ассоциированными формами алкогольной зависимости. Наряду с традиционными мероприятиями: дифференцированное медикаментозное и психотерапевтическое воздействие на выявленный психопатологический симптомокомплекс, медикаментозная терапия аффективных нарушений, восстановление соматоневрологического статуса; программа предусматривает выявление суицидального риска у данной группы, оценку соотношения факторов и индикаторов суицидального риска и ресурсов антисуицидальной мотивации, выявление психопатологических симптомов и синдромов-мишеней психотерапевтического воздействия для коррекции проблемного поведения; медикаментозную и психологическую коррекцию, динамическое наблюдение, оценку результатов.

Целью исследования было проведение комплексной оценки динамики эмоционально-мотивационной сферы и оценку суицидального риска в группе пациентов с ассоциированными формами алкогольной зависимости с суицидальным поведением и без такового для определения мишеней терапии в ходе реализации программы превенции суицидального поведения у больных ассоциированными формами алкоголизма.

Пациенты и методы исследования. Проведено комплексное обследование клинической выборки 229 пациентов с ассоциированными формами алкогольной зависимости с суицидальным поведением либо без суицидальных тенденций: 1я группа (АсАС), n=125- больные ассоциированными формами алкогольной зависимости, имеющие суицидальный анамнез и 2я группа (АсА), n=104 -больных ассоциированными формами алкоголизма без суицидальных тенденций, проходивших лечение в амбулаторном лечебно – реабилитационном отделении ГБУЗ «Областной наркологический диспансер» г. Магнитогорска в 2010-2011 гг. Из исследования исключались больные с наличием других зависимостей (кроме никотиновой). Статистическая стандартизация испытуемых проведена по полу и возрасту (все пациенты – мужчины трудоспособного возраста от 18 до 60 лет), образованию, времени обследования и месту проживания.

Оценка проводилась по клинико-психологическому (самоотчеты, анализ медицинской документации), клинико-динамическому, экспериментальному методам (психодиагностический метод и математико-статистический анализ). Использовались психодиагностические методики: тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева, шкала депрессии Гамильтона, тест безнадежности Бека, тест ситуационной и личностной тревожности Спилбергера- Ханина, шкала оценки риска суицида Паттерсона. Для исследования уровня мотивации к отказу от потребления ПАВ был использован «Опросник оценки мотивации на отказ от потребления ПАВ» (НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009).

Исследование проводилось после купирования синдрома отмены до вступления в программу и через 1 месяц пребывания в амбулаторной краткосрочной программе превенции суицидов.

Результаты и обсуждение. Депрессия как главный предиктор суицидальности отмечен большинством исследователей. Среди наших амбулаторных больных не было случаев тяжелой депрессии, т.к. они подлежат стационарному лечению,

но по частоте депрессий получены значимые различия в группах по таким показателям: легкая депрессия выявлена у 44,8% больных АсАС и у 17,6% респондентов АсА, среднетяжелая 17,6% и 6,7% соответственно (p<0,05).

Выраженность аффективных нарушений в нашем эксперименте корригировала с суицидальной активностью респондентов. Пассивные суицидальные тенденции, суицидальные мысли встречались у всех респондентов группы АсАС, но до этапа суицидальных попыток они развивались у четверти больных с легкой депрессией и почти у половины со среднетяжелой.

Состояние безнадежности, бесперспективности своего существования на фоне депрессии является триггерным механизмом реализации суицидального поведения. Состояние тяжелой безнадежности выявлено в группе АсАС в 6 случаях (4.8%), в группе АсА-0. Нет безнадежности у 17,6% в группе АсАС и у 63.5% в группе АсА (p<0,05).

Оценка смысложизненных ориентаций (тест Д.А.Леонтьева) показал более высокие баллы по всем шкалам у пациентов без суицидального анамнеза.

Анализ результатов «Опросника оценки мотивации на отказ от потребления ПАВ» показал значимые различия в мотивации на отказ от потребления алкоголя: 58% в группе АсА и 37.4% в группе АсАС (p<0.05).

При оценке суицидального риска по шкале Паттерсона все респонденты обеих групп обнаруживали как минимум 3 критерия суицидального риска: мужской пол, алкоголизм, сопутствующее хроническое заболевание, которые соответствуют средней зоне суицидального риска (55,2 и 84,6%). Значимые различия по таким критериям, как одиночество, депрессия и суицидальная карьера, обеспечивают высокий (36,8%) и крайне высокий (8%) суицидальный риск в группе АсАС. В то же время 15,4% больных группы АсА, не имеющих осознаваемых суицидальных тенденций, находятся в зоне высокого суицидального риска.

Повторное динамическое исследование показало редукцию таких важных предикторов суицидального риска как депрессия и безнадежность и отсутствие значимых различий в исследуемых группах. Лишь показатели ситуативной тревожности средней степени оставались выше у АсАС 44% против 32% у АсА (p<0,05).

Выводы. Медицинскими предикторами суицидального поведения являются как собственно аддиктивные расстройства, так и ассоциированная с алкоголизмом психическая и соматоневрологическая патология. Больные ассоциированными формами алкоголизма с суицидальным анамнезом, в фазе обострения заболевания обнаруживают высокие показатели по шкале оценки угрозы суицида, а также большую выраженность признаков психологической дезадаптации (депрессия, тревожность, безнадежность). Эти же больные в фазе ремиссии заболевания в период участия в реабилитационной программе превенции суицидального поведения при оценке соотношения факторов и предикторов суицидального риска сопоставимы с группой сравнения – больными ассоциированными формами алкоголизма без суицидального поведения. Разделение пациентов ассоциированными формами алкогольной зависимости на группы исследования по признаку суицидальной активности позволяют выявить значимые различия в сфере мотивации на отказ от потребления алкоголя и взаимозависимых нарушений эмоциональной сферы, межличностных коммуникаций. Это позволяет определить индивидуальные мишени коррекции проблемного поведения.

Таким образом, комплексное медикаментозное и психотерапевтическое сопровождение наркологических больных является эффективным механизмом снижения угроз суицида у лиц с ассоциированными формами алкогольной зависимости.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЯ СУИЦИДОВ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД 1992-2012 ГГ.

Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С.

Москва
НЦПЗ

Цель исследования. Оценка динамики показателя суицидов в зависимости от изменения медико-демографических и социо-экономических факторов жизни населения России в период 1992-2012 гг.

Материал и методы. Основным материалом для данной работы послужила совокупность российских научных публикаций, посвященных эпидемиологическим аспектам суицидального поведения населения на уровне популяционных исследований. В качестве источников информации использовались следующие данные:

- данные официальной российской медицинской статистики о контингентах лиц, имевших психические расстройства в период 1992-2012 гг. Использовались материалы известных сборников (Гурович И.Я. и соавт., 1995, 2007, 2012), дополненные материалами Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (Чуркин А.А. и соавт., 2011).

- данные официальной государственной статистики о медико-демографическом и социально-экономическом положении населения России в период 1992 – 2012 гг.

Методы анализа данных:

- для оценки значимости связей между показателем суицида и медико-демографическими, социально-экономическими факторами использовался корреляционный и регрессионный анализ;

- данная работа использует методику системного анализа данных и аналитические методы, предложенные в предыдущих работах авторов (Ястребов В.С. и соавт., 2008; Митихина И.А. и соавт., 2012);

- все расчеты и статистические оценки значимости полученных моделей выполнялись в среде MS Excel.

Результаты и обсуждение. Суициды остаются одной из важнейших проблем здравоохранения и общества, являясь наиболее частой причиной обращения для оказания неотложной психиатрической помощи. Уровень суицидов (в расчете на сто тысяч человек населения) служит одним из важнейших индикаторов психического здоровья населения.

В целом, результаты исследований последних лет в рамках биопсихосоциального подхода согласуются с гипотезой о том, что суицидальное поведение определяется синергетическим взаимодействием биологических, психологических, социальных, культуральных факторов и факторов внешней среды с биогенетической предрасположенностью, специфичной в отношении суицидального поведения.

Результаты нейробиологических и генетических исследований изменений в функционировании норадренергической системы у лиц с суицидальным поведением свидетельствуют о возможности ее быстрого истощения у жертв суицида в ответ на стресс. Генетические аномалии и нарушения развития в ряде нейробиологических систем коррелируют с суицидальным поведением (Mann J.J. et al., 2001; Van Heeringen K., 2003; Пирузян Л.А. и соавт., 2009; Jancic D. et al., 2012; Розанов В.А., 2013). Например, низкий уровень серотонина приводит к серьезным суицидальным попыткам среди пациентов с аффективными расстройствами, шизофренией и личностными нарушениями.

Есть основания утверждать, что подобные исследования позволят понять нейробиологические и молекулярно-генетические механизмы предрасположенности к суицидальному поведению и его реализации, а также разработать набор ДНК-тестов для медико-генетического консультирования в разных этнических группах и сформировать группы риска.

Но нельзя не согласиться (см., например, Розанов В.А., 2013) с тем, что вряд ли консервативные генетические механизмы могут полностью объяснить наблюдаемое быстрое (в течение 10-15 лет) ухудшение психического здоровья больших контингентов населения, нарастание суицидальных проявлений и иных проблем психического здоровья среди подростков и молодых людей. Следовательно, основной вес при изучении суицида получают медико-демографические, социально-экономические и культуральные условия существования популяции, усиливающийся психосоциальный и информационный стресс, экологические факторы внешней среды и, возможно, обусловленные ими эпигенетические изменения. Перечисленные факторы с большей долей вероятности претендуют на роль тех спусковых механизмов, которые лежат в основе вариации показателя суицидов.

В ряде работ (Жариков Н.М. и соавт., 1997; Войцех В.Ф., 2006; Опенко Т.Г., 2009; Митихина И.А. и соавт., 2012; Морев М.В. и соавт., 2014; Положий Б.С. и соавт., 2014) приведены результаты системного анализа связи показателя суицидов (в России и на региональном уровне) с набором социально-экономических, демографических и культуральных факторов.

На основании полученных результатов сделан вывод о достаточно тесной взаимосвязи динамики показателя самоубийств с социальными изменениями в России. Условно выделены 3 типа регионов, в которых уровень суицидов зависит от: 1) культурно-этнической характеристики региона; 2) степени его индустриализации; 3) развитости сельского производства. Отмечено, что уровень самоубийств зависит в определенной степени от интенсивности ряда социально-экономических процессов, приводящих к дезадаптации целые категории населения.

Опираясь на результаты, изложенные в этих работах, а также на проведенный авторами расширенный корреляционный анализ данных за период 1992-2012 гг. (общий список медико-демографических и социально-экономических факторов и показателей включал более 50 наименований) можно предложить простую, но достаточно точную регрессионную модель для описания динамики показателя суицидов в рассматриваемый период. Регрессионная модель связывает значение показателя суицидов с двумя факторами: 1) ожидаемая продолжительность жизни при рождении; 2) болезненность психотическими расстройствами. Модель получена с высокой надежностью, объясняющая на 95,9% вариацию показателя суицидов.

Первый фактор интегрально отражает множество самых разнообразных факторов, начиная от экологических условий проживания, эффективности системы здравоохранения, от образа жизни, доходов граждан, наследственности, качества питания до стереотипов поведения и психологического самочувствия граждан. Второй фактор также является интегральным (Митихина И.А. и соавт., 2012), с ним тесно связаны такие показатели социального стресса, как депопуляция и доля вынужденных (по медико-социальным показаниям) абортов (последнее является индикатором степени нездоровья женской популяции и источником возникновения психотравмирующих ситуаций в популяции в целом).

Дополнительную информацию по суицидальной ситуации в России в рассматриваемый период можно получить при изучении вариации показателя суицидов. Самые существенные скачки вариации показателя суицидов, соответствующие росту суицидов, наблюдались в периоды, связанные с тяжелой социально-экономической ситуацией в России: это 1992-1993 гг. (вариации соответственно +22,9% и +10,5%) и в 1998 г. (+10,2%). Начиная с 2001 г., начинается период устойчивого снижения показателя самоубийств, который совпадает с периодом относительной стабилизации политической и социально-экономической ситуации.

Выводы.

1. Полученная модель, объясняющая на 95,9% вариацию показателя суицидов, отражает количественную связь показателя суицидов населения России в рассматриваемый период с достаточно широким набором медико-демографических и социально-экономических факторов, «действующих» через интегральные индикаторы: а) ожидаемая продолжительность жизни и б) болезненность психотическими расстройствами. Модель можно использовать в качестве инструмента оперативного прогноза и мониторинга суицидальной ситуации при планировании деятельности властных структур и медико-социальных служб.

2. Снижение уровня суицидов в России возможно при условии, как минимум, стабильности политической и социально-экономической ситуации, а также при обеспечении необходимой ресурсной базы (кадровой и материальной) службы психического здоровья, что обеспечит: а) доступность помощи и повышение качества ранней диагностики и эффективного ведения психических патологий; б) развитие инфраструктуры внебольничных психиатрических служб.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, МОТИВАЦИЯМИ СУЙДИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК И НАРУШЕНИЯМИ СНА

Орлов Г.В., Федечкина М.Д., Рахимуллина Л.И.

Казань
КГМУ

Актуальность темы исследования состоит в том, что Россия находится на 15 месте в мире по количеству самоубийств (по данным Всемирной Организации Здравоохранения, 32 тысячи самоубийств ежегодно, что по численности соответствует населению г. Нурлата Республики Татарстан) и на первом месте в Европе по числу самоубийств среди детей и подростков.

При этом из общего числа самоубийств на долю пациентов с хроническими психическими расстройствами приходится около одной трети.

В связи с этим изучение суицидального поведения пациентов психиатрического стационара для определения методик предотвращения самоубийств является актуальным.

Целью исследования являлось выявление взаимосвязи между нозологическими формами психических расстройств, мотивациями суицидальных по-пыток и характерными нарушениями сна при этом.

В своей работе мы ставили ряд задач, основными из которых являлись определение склонности пациента к суицидальной попытке и повторной суицидальной попытке в зависимости от характерных нарушений сна, выявление определенных нарушений сна в зависимости от нозологии заболевания и социо-демографических данных пациента, а так же определение мотивации суицидальных попыток в зависимости от их повторности.

В качестве материала исследования мы взяли выборку объемом 24 пациента психиатрического стационара разного возраста и пола с суицидальными тенденциями и одной или несколькими суицидальными попытками. При этом была исследована контрольная группа, которая состояла из 10 человек, соответствующих основной группе по поло-возрастным параметрам, но без про-явления суицидальных тенденций и суицидов в анамнезе (студенты 5 и 6 курса лечебного факультета КазГМУ, работающие г. Казань).

В ходе работы мы поделили всех пациентов на 3 группы.

В первой группе находились пациенты с суицидальными тенденциями (они говорили о своем желании покончить с собой и способах самоубийств родным и знакомым),

во второй группе находились пациенты с однократной суицидальной попыткой, в третьей – с повторной суицидальной попыткой.

В числе исследованных оказались пациенты с различными формами шизофрении, биполярным аффективным расстройством и психоорганическим синдромом.

Нами были использованы валидные методы изучения пациентов. Это социо-демографический метод, экспериментально-психологический метод – применялись Колумбийская шкала оценки тяжести суицида, опросник депрессии Бека, цветовой тест Люшера; клинико-психопатологический метод, статистический метод обработки данных, а так же анализ и синтез данных из литературы.

После сбора материала и обработки полученных данных мы получили следующие результаты.

Различные виды нарушения сна свойственны 90,9% изученных пациентов, в контрольной группе – только 20%.

При увеличении кратности суицидальных попыток выявились специфические особенности сна таких пациентов.

Было найдено, что у пациентов с повторными суицидальными попытками наблюдаются увеличение общей продолжительности ночного сна (5-7 часов у 67% пациентов с суицидальными тенденциями и 8-10 часов у 100% пациентов с повторными суицидальными попытками), более ранний уход ко сну, обычный дневной сон, уменьшение числа ночных пробуждений, уменьшение времени засыпании и частоты бессонницы.

Также нами были выявлены характерные нарушения сна в зависимости от нозологии заболевания.

Для больных шизофренией характерны бессонница (в 31,125% случаев) и частые ночные пробуждения (у 43,75% исследованных пациентов).

При биполярном аффективном расстройстве более свойственны уменьшение продолжительности сна (менее 7 часов у 66,6% пациентов), раннее утреннее пробуждение (в 66,6% случаев).

При органических поражениях головного мозга чаще всего встречаются нарушение засыпания (в 100% случаев) и частые ночные пробуждения (у 66,6% пациентов).

Кроме того, выявилось, что возраст пациента, пол, занятость, наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркомания), инвалидность, сопутствующие заболевания и другие социо-демографические характеристики обследованных пациентов не явились в исследовании факторами, влияющими на наличие и повторность суицидальных попыток, а так же на характерные изменения сна.

Обнаружилось, что мотивы суицидальных попыток в зависимости от их повторности существенно отличаются.

75% обследованных пациентов с однократными суицидальными попытками утверждают, что пошли на данный шаг для того, чтобы прекратить страдания.

Основной мотив самоубийств пациентов с суицидальными тенденциями – при-влечение внимания (63%), т. е. это демонстративный вид самоубийства в рам-ках шантажно-демонстративного стиля поведения.

Доля пациентов, целью которых явилось привлечение внимания, больше в группе пациентов с повторными суицидальными попытками (33%), чем в группе пациентов однократными суицидальными попытками (13%).

У пациентов с несколькими суицидальными попытками суицидальные мысли приходят в голову реже, чем у людей с однократными попытками, но эти мыс-ли заметно продолжительнее; у пациентов с суицидальными попытками дли-тельность суицидальных мыслей менее часа или они мимолетны.

С помощью опросника депрессии Бэка было выявлено, что более тяжелая депрессия и менее стабильное настроение свойственно группе пациентов с однократной суицидальной попыткой, чем с суицидальными тенденциями и повторными суицидами в анамнезе.

Цветовой тест Люшера показал, что в группе пациентов с повторными суицидальными попытками эмоциональная лабильность менее выражена.

Самая низкая эмоциональная лабильность была выявлена среди пациентов с шизофренией (20%).

Анализируя полученные результаты, мы пришли к следующим выводам.

Выяснилось, что большая потребность во сне (ночном и дневном) свойственна пациентам с суицидальным попытками или с повторными суицидальными попытками; сон у таких пациентов более глубокий, продолжительный, без нарушений. Это говорит об уменьшении активности и снижении общего фона настроения пациентов из этой группы, что подтвердилось цветовым тестом Люшера и опросником депрессии Бэка.

При шизофрении пациенты чаще, чем при других заболеваниях, страдают бессонницей и частыми ночными пробуждениями; при биполярном аффективном расстройстве уменьшается продолжительности сна, характерны ранние утренние пробуждения; при психоорганическом синдроме основные формы нарушения сна – нарушение засыпания и частые ночные пробуждения.

Социо-демографические характеристики пациентов в нашем исследовании не явились факторами, способными влиять на наличие и повторность суицидальных попыток, а так же на характерные изменения сна.

Основной мотив суицидальных мыслей у пациентов с суицидальными тенденциями и повторными суицидальными попытками – демонстративный. При однократной суицидальной попытке основным мотивом является желание уйти из жизни для прекращения страданий, т. е. это обдуманный (истинный) вид суицида.

Основываясь на полученных нами выводах, можно заключить, что характерные нарушения сна имеют важное значение в прогнозировании самоубийств.

Следовательно, врачу-психиатру стоит обращать внимание на более углубленное изучение состояния сна пациента для профилактики его суицидальных тенденций и суицидальных попыток. Особенно если после беспокойного, непродолжительного сна с ранними утренними пробуждениями продолжительность сна пациента резко увеличилась, появилась склонность к дневному сну, раннему уходу ко сну, позднему пробуждению.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Перфильева О.Ю., Копырюлина Н.В., Логачева А.А., Струкова Е.Ю.

Тамбов

ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность исследования. Наблюдающийся в последнее десятилетие рост количества самоубийств и суицидальных попыток (СП), в том числе и среди лиц, имеющих психические расстройства, определяет значимость изучения проблемы суицидального поведения с целью профилактики суицидов, выявления групп «риска« и организации эффективной работы различных звеньев суицидологической службы. Суицидальная ситуация среди пациентов с психическими расстройствами носит неоднозначный характер. Это связано с тем, что факт установления психиатрического диагноза влечет за собой целый ряд социальных ограничений для пациента и является стигмой в общественном мнении.

Целью исследования являлось изучение особенностей суицидального поведения психически больных в амбулаторных условиях.

Результаты. Был проведен анализ зарегистрированных в 2014г суицидальных попыток и завершенных суицидов среди психически больных, проживающих в зоне обслуживания диспансерного психоневрологического отделения ОГБУЗ «ТПКБ». Всего зарегистрировано 32 случая, из которых 6 завершенных суицидов.

Из 32 пациентов с суицидальным поведением женщины составили 59,4%, мужчины -40,6%. Возрастной состав представлен в широком диапазоне: от 18 до 87 лет. Среди них преобладали лица трудоспособного возраста (18 -60 лет) – 75%.

В клинической структуре психических расстройств большинство составили непсихотические расстройства: невротические – 43,8% и депрессивные – 37,5%. Обращают на себя внимание расстройства шизофренического спектра, которые составляют 18,7%.

До совершения суицидальной попытки 37.5% больных у психиатра не наблюдались. Лечебно-консультативную помощь получали 50% суицидентов. В группе диспансерного наблюдения состояли 12,5%.

Среди способов покушения на самоубийство преобладали отравления (50%), далее следовали самоповешение (28,1%), самоповреждения колюще-режущими предметами (18,8%), падения с высоты (3,1%).

У 12,5% суицидальное поведение в течение жизни отмечалось неоднократно.

После совершения суицидальной попытки 56,3% пациентам оказывалась помощь в стационарах общесоматического профиля, где они были консультированы врачом-психиатром. Специализированную психиатрическую стационарную помощь получили 30.8%.

Только 48% от всех лиц с незавершенными СП обратились за помощью в диспансерное отделение. Остальные пациенты от сотрудничества с врачом-психиатром отказались.

Для улучшения качества оказываемой суицидологической помощи и соблюдения преемственности этапов в нашей больнице реализована трехуровневая система профилактики суицидов и кризисных состояний, которая на амбулаторном уровне представлена «телефоном доверия» и кабинетом медико-социально-психологической помощи, расположенным вне территории больницы. Пациентам, опасающимся стигматизации, рекомендуется обращение в этот кабинет, где они могут получить анонимную помощь.

В работе участкового врача-психиатра ДПНО используется дифференцированный подход в распределении пациентов по группам наблюдения с использованием маркировки на амбулаторных картах. Оказание суицидологической помощи включает в себя подбор медикаментозных препаратов, динамическую оценку эффективности терапии с использованием стандартизированных шкал, обязательную совместную с психологом и специалистом по социальной работе разработку плана социальной и психологической поддержки суицидента. Взаимодействие стационарной и амбулаторной службы начинается на этапе выписки пациента из стационара. На биопсихосоциальных комиссиях вырабатывается тактика ведения пациента всеми специалистами полипрофессиональной бригады. Особое внимание уделяется работе с ближайшим окружением суицидента. Работа с родственниками пациента по суицидологическому просвещению позволяет своевременно распознать у больного признаки формирования суицидального поведения и предотвратить повторные СП.

В ОГБУЗ «ТПКБ» регулярно организуются клинические разборы случаев совершения суицидальных попыток пациентами, тематические конференции. Врачи-психиатры и психологи больницы проводят информационную работу среди населения, а также выступают на врачебных конференциях в других лечебных учреждениях первичной медицинской сети о работе кризисной службы.

Вывод. Организация амбулаторной комплексной медико-социально-психологической помощи психически больным с суицидальными тенденциями является эффективной мерой профилактики повторных суицидов.

СУИЦИДАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ

Положий Б.С.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

В последние 15 лет в России достигнуто определенное улучшение суицидальной ситуации. По сравнению с 2000 годом, частота суицидов в стране снизилась почти в 2 раза: с 39,3 до 20,1 на 100 000 населения. Это позволило России переместиться со второго места в мире по частоте суицидов на 11-е. Кроме того, в 14 субъектах Федерации, включая Москву и Санкт-Петербург, показатель частоты суицидов снизился до низкого (по критериям ВОЗ) уровня, не превышающего 10 случаев на 100 000 населения. Такой позитивной динамике способствовал ряд факторов, среди которых особое значение имели процессы социальной стабилизации в обществе.

Вместе с тем, несмотря на существенное улучшение суицидальной ситуации, страна по-прежнему находится в зоне критического уровня ВОЗ по частоте самоубийств – 20 и более случаев на 100 000. Для сравнения, сегодняшний среднемировой показатель почти в 2 раза меньше и равен 11,4 на 100 000. Дальнейшее улучшение суицидальной ситуации в нашей стране требует целенаправленных действий по предупреждению самоубийств, в том числе, дифференцированных подходов к организации суицидологической помощи в регионах.

Для сегодняшней России характерен высокий разброс показателей частоты суицидов в ее административно-территориальных образованиях, достигающий 60 и более раз. В настоящее время частота суицидов в 45 субъектах Федерации (52,9% от их общего количества) превышает критический уровень ВОЗ. Наиболее тяжелая суицидальная ситуация отмечается в республиках Алтай, Бурятия и Тыва, Забайкальском крае и Чукотском автономном округе. Частота суицидов в этих регионах составляет сверхкритическую величину – 50-60 случаев на 100 000 населения. Немногим лучше ситуация в Удмуртской Республике, Амурской и Курганской областях, Еврейской автономной области и Ненецком автономном округе, где частота суицидов находится в интервале 40-50 случаев на 100 000 населения. Справедливости ради, следует заметить, что по сравнению с 2000 годом частота суицидов в этих регионах также снизилась, однако это снижение было незначительным (в 1,2-1,3 раза), что и отражает сверхкритическая величина нынешних показателей. Обращает на себя внимание то, что, за исключением Ненецкого автономного округа, все суицидально неблагополучные регионы расположены в восточной части страны, в том числе, 5 – в Сибири и 3 – на Дальнем Востоке. Кроме того, 7 из 10 перечисленных регионов являются национальными образованиями, что лишний раз подчеркивает важность применения этнокультуральных подходов к профилактике самоубийств. Наконец, еще одна важная особенность. Все перечисленные субъекты отличаются неблагополучным социально-экономическим положением. По данным рейтингового агентства РИА «Рейтинг» за 2014 год, по этому показателю они находятся в пятом-шестом десятке среди субъектов РФ, а Еврейская автономная область, Республика Алтай и Республика Тыва занимают последние места.

Учитывая вышеизложенное, можно прийти к заключению о том, что для дальнейшего улучшения суицидальной ситуации в стране, необходима реорганизация системы суицидо-

логической помощи в стране. Существующие формы уже не отвечают современным научным представлениям о суицидальном поведении, не имеют четкой методологической основы, страдают ведомственной разобщенностью. С нашей точки зрения, назрела необходимость организации суицидологического звена в структуре психиатрической помощи, четкого определения его места, задач, функций, методов работы, механизмов взаимодействия с общемедицинской сетью. Необходимо внедрение современных методов профилактики суицидов, включающих универсальный, селективный, в том числе, оправдавший себя за рубежом опыт подготовки гейткиперов; антикризисный и индикативный уровни. Назрела потребность включения во врачебную номенклатуру специальности «врач-психиатр-суицидолог» с последующей подготовкой кадров. Учитывая региональную специфику суицидальной ситуации в России, основные усилия должны быть направлены на регионы со сверхвысокой частотой самоубийств. С этой целью необходимо проведение специальных исследований с привлечением ведущих суицидологов страны, направленных на выявление причин сверхвысокой суицидальной активности населения и разработку региональных программ профилактики самоубийств. Эти программы должны учитывать характерные для конкретных территорий факторы риска суицидального поведения, доступность психиатрической, наркологической и суицидологической помощи, уровень социально-экономического состояния регионов и этнокультуральные особенности проживающего в них населения.

Реализация поставленных задач требует создания Государственной программы предупреждения суицидов. Опыт европейских стран (Финляндии, Швеции, Германии, Голландии, и др.) убедительно показывает высокую эффективность именно такого подхода, позволяющего объединить усилия многих ведомств и контролировать их выполнение.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Рубина Л.П., Горьковая И.А., Яковенко В.В.

Санкт-Петербург
ЦВЛ Детская психиатрия им. С.С. Мнухина,
РГПУ им. А.И. Герцена

В России в последние годы все чаще регистрируются суициды в детско-подростковом возрасте. По последним данным суициды встречаются в 19-20 случаев на 100 тысяч подросткового населения, тогда как в мировой практике эта цифра составляет 7 случаев на 100 тысяч населения (Бизина Л.Н., Хохлова Н.В., Авдеева Л.В., Левшакова Т.М., Чернова О.В., 2013). В связи с этим, проблема профилактики суицидального поведения является актуальной и носит междисциплинарный характер с привлечением врачей, педагогов, психологов, сотрудников правоохранительной системы, работников социальных служб.

Существует довольно много исследований суицидального поведения с акцентом на биологической и генетической предрасположенности (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г, 2013), другие авторы к основным факторам суицидального поведения относят социальные причины, где наиболее часто встречаются нарушения в сфере общения в детско-родительских отношениях и со сверстникам, а также как следствие жестокого отношения (Алексеева И.А., Новосельский И.Г., 2005). Тем не менее, так и остается нерешенным вопрос о своевременном выявлении детей и подростков с высоким риском суицидального поведения, а также эффективности оказания им кризисной помощи.

Целью данного исследования явилось изучение динамики по годам суицидального поведения при обращении на детский телефон доверия и при обращении на очный прием, причин суицидального поведения, распределение по нозологическим группам, в связи с определением мишеней кризисной помощи.

За 25 лет существования Кризисно-профилактического отделения для детей и подростков с телефоном экстренной психологической помощи ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина обращения по поводу детско-подростковых суицидов составляют не более 1% на детском телефоне доверия и 2,5% на очных приемах от всех причин обращения. Несмотря на относительно небольшое количество обращений с данной проблемой, она требует особого внимания и дальнейшей разработки стратегии в своевременной диагностике суицидоопасного поведения. Несмотря на то, что относительный показатель обращений с суицидальным поведением остается стабильным, отмечается рост абсолютного количества обращений по данной причине.

Этих обращений становится особенно больше на детском телефоне доверия. Так, в 2010 г. – 81 обращение, в 2011 г. – 119 обращений, в 2012 г. – 249 обращений, в 2013 г. – 225 обращений, в 2014 г. – 311 обращений. Предлагается следующая схема проведения беседы по телефону: а) определение этапа суицидального поведения; б) выявление мотивов суицидального поведения; в) предварительная оценка вида суицидального поведения; г) выявление наличия или отсутствия признаков депрессии у детей и подростков. В целом, все перечисленные составляющие в той или иной мере уже описаны в публикациях, посвященных особенностям работы на телефоне доверия. Этот перечень может быть дополнен. Основными задачами кризисной помощи здесь является снижение интенсивности переживаний (эмоциональный компонент), посредством вербализации проблемы помощь в ее понимании (когнитивный компонент); поиск ресурсов и возможности их использования (поведенческий компонент). Наиболее оптимальным представляется запись на очный прием в кризисно-профилактическое отделение. В методических рекомендациях для консультантов детского телефона доверия под единым общероссийским номером 8 800 2000 122, где достаточно подробно описывается работа с обращениями с суицидальным поведением, в частности, приводятся пять наиболее часто встречаемых негативных приемов в разговоре с потенциальным самоубийцей: паника, нравоучения, преуменьшение серьезности, быстрый «переброс» позвонившего на другого специалиста, жалость вместо сочувствия (2011).

Здесь наиглавнейшим становится вопрос о степени риска суицидального поведения после беседы с телефонным консультантом. Согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 17.05.12 N566н в правилах организации деятельности отделения «телефона доверия» указано, что в функции отделения входит принятие мер по установлению места пребывания абонента. Обязывает сообщить о нем в милицию, скорую помощь и другие учреждения, если абонент представляет непосредственную опасность для себя, и при этом установление контакта с окружающими абонента лицами невозможно. При звонке со стационарного телефона установить местонахождение потенциального суицидента возможно довольно быстро. В современных реалиях дети, в подавляющем большинстве, звонят с мобильного телефона, который зарегистрирован, чаще всего, на одного из родителя. В связи с этим, из–за особенностей межведомственного взаимодействия и различных юридических актов, возникают многочисленные препятствия для оперативно установления местонахождения позвонившего. В результате проходят недели в поисках абонента, обратившегося на «телефон доверия».

Обращения на очные приемы по годам распределились следующим образом: с 2010 год по 2014 года – суицидальные попытки 24, 22, 30, 27, 15; суицидальные высказывания 57, 53, 35, 42, 65; всего обращений на очные приемы в связи с суицидальным поведением в 2010 г. – 81 обращение, 2011 г. – 75 обращений, 2012 г. – 65 обращений, 2013 г. – 69 обращений, 2014 г. – 80 обращений.

При анализе распределения пациентов с суицидальным поведением по полу и возрасту отмечается многолетняя тенденция, что с суицидальными высказываниями чаще в 2.5 раза за психотерапевтической помощью обращаются юноши, а после суицидных попыток в 1.5 раза чаще обращаются девочки.

Наиболее часто суицидальные попытки совершали пациенты с психопатоподобным поведением (46%), часто на фоне приема алкоголя или других ПАВ. На втором месте суицидные попытки совершают пациенты с расстройством адаптации на стресс и ПТСР (22% и 21% соответственно). Третье место занимают суицидные попытки в структуре депрессивных эпизодов (13%) с неуточненной этиологией: или в структуре биполярного F32, или непсихотическое депрессивное расстройство органической природы F06.36. Данные больные были госпитализированы, дальнейшая судьба нам не известна.

Среди контингента Кризисно-профилактического отделения с суицидальными проблемами наиболее частой причиной является одномоментное переживание несовершеннолетними нескольких психологических проблем – 57%: дисгармоничные отношения в семье в сочетании со школьными проблемами являются предрасполагающими факторами для катастрофического реагирования на проблемы отношений со сверстниками. На втором месте несчастная любовь 29%, на третьем – конфликты с родителями – 9%, острая реакция на стресс – 5% (непоступление в ВУЗ, смерть близких и др.)

Как видно из приведенных выше данных, основными мишенями кризисной помощи выступают нарушения системы отношений с родителями и сверстниками, а также низкая стрессоустойчивость.

Опыт работы показывает, что наиболее эффективными в работе с детьми и подростками с суицидальным поведением являются следующие подходы: 1) совладающего поведения, куда входят личностные и средовые ресурсы и копинг-стратегии (Крюкова Т.Л., 2012); 2) когнитивно-поведенческого с использованием научения, позитивного подкрепления и способности формировать образы желаемых будущих результатов (Кокоренко В.Л., 2015); 3) прогрессивного коммуникативного развития с опорой на структуру субъекта общения (Самохвалова А.Г., 2013).

Выводы.

1. За последние 5 лет в четыре раза выросло количество обращений по поводу суицидального поведения детей и подростков по телефону доверия, входящему в состав кризисно-профилактического отделения ЦВЛ «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина». Основными мишенями кризисной помощи являются снижение интенсивности кризисных переживаний, понимание проблемы, поиск ресурсов и научение ими пользоваться.

2. Количество очных приемов по поводу суицидального поведения детей и подростков практически не меняется в течение последних пяти лет. Нарушение системы детско-родительских отношений, взаимоотношения со сверстниками, низкая стрессоустойчивость выступают основными мишенями кризисной помощи.

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

Рычкова И.А., Абриталин Е.Ю., Рутковская Н.С.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербургская ПБ №1 им. П.П. Кащенко

У лиц молодого возраста самоубийство как причина смерти в настоящее время занимает третье место, ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2500 несовершеннолетних. В России в конце прошлого столетия частота суицидов среди подростков возросла в 3 раза, причем по абсолютному количеству самоубийств среди лиц в возрасте от 15 до 19 лет наша страна занимает печальное первое место в мире [Горюнов А.В., 2002; Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011]. Высокий уровень самоубийств среди подростков обусловливает необходимость выяснения причин возникновения этого медико-социального явления и активизации поиска оптимальных средств его предупреждения.

Целью исследования явилось изучение социального функционирования подростков, совершивших попытку самоубийства. С помощью клинико-психопатологического и социально-психологического методов было проведено обследование 123 подростков: (47 – 38,21% юношей и 76 – 61,79% девушек, средний возраст 16,41±1,12 лет), которые совершили суицидальную попытку и были госпитализированы в психиатрическую больницу на протяжении 2012-2013 гг. Социальное функционирование изучалось с помощью шкалы глобального функционирования «Global Assessment of Functioning Scale» (GAFS) и опросника «Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire short form» (Q-LES-Q-SF).

По результатам исследования было выделено три группы суицидентов: 1-я – 52 пациента, которые совершили суицидальную попытку при реакциях на тяжелый стресс и расстройствах адаптации (F 43); 2-я – 49 пациентов, совершивших попытку самоубийства при имеющейся психической патологии пограничного регистра (расстройства личности) и/или зависимостях от психоактивных веществ (F 07, F 60.30, F 10.2, F 11.2, F 19.2) в рамках реакции на тяжелый стресс и расстройств адаптации (F 43); 3-я – 22 суицидента, которые страда-ли различными психическими расстройствами с имеющейся в клинике активной психотической симптоматикой (F 20.0, F 23.1, F 23.3, F31.5, F 32.3).

По результатам обследования с помощью шкалы GAFS в остром постсуицидальном периоде установлено, что в 1-ой группе нарушения в сфере психологического, социального и профессионального функционирования определялись в балльном диапазоне 41-50 (средний балл – 45,1±7,8), что соответствовало серьезным симптомам, таким как суицидальное мышление, выраженная обсессивно-компульсивная симптоматика, либо серьезным нарушениям в социальном, профессиональном или школьном функционировании. Средний балл качества жизни по опроснику Q-LES-Q-SF у обследованных суицидентов 1-ой группы составил 46,6±5,5. При этом наиболее низкие показатели (неудовлетворенность и крайняя неудовлетворенность) наблюдались по сферам отношений с людьми, отношений в семье, финансового положения и условий проживания.

У подростков 2-ой группы использование шкалы GAFS в остром постсуицидальном периоде обнаружило нарушения в сфере психологического, социального и профессионального функционирования в том же балльном диапазоне 41-50 (средний балл – 46,4±6,3), что соответствовало серьезным симптомам либо серьезным нарушениям в социальном, профессиональном или школьном функционировании. Средний балл по Q-LES-Q-SF в данной группе составил 43,7±8,2. Существенных отличий по превалированию наиболее низких показателей (неудовлетворенность и крайняя неудовлетворенность) с пациентами 1-ой группы не обнаружено: преобладала неудовлетворенность в сфере семейных отношений и отношений с людьми.

У подростков 3-ей группы по шкале GAFS в остром постсуицидальном периоде обнаружены нарушения в сфере психологического, социального и профессионального функционирования в балльном диапазоне 21-30 (средний балл – 27,1±5,4), что соответствовало серьезным симптомам психотического регистра, таким как бредовые идеи и галлюцинации, либо серьезным нарушениям в коммуникации и способности принимать адекватные решения, либо неспособности к функционированию практически во всех областях. Средний балл по Q-LES-Q-SF в

3-ей группе составил 29,1±4,9. Практически все суициденты в данной группе (86,4%, p<0,01) выбирали наиболее низкие показатели по всем сферам жизнедеятельности и функционирования. В сравнении с обследованными предыдущих 2-х групп, между которыми статистически значимых отличий по данным шкалам выявлено не было, пациенты 3-ей группы обнаружили наиболее выраженные проявления нарушений общего функционирования и наиболее низкие показатели качества жизни (p<0,01).

Таким образом, проведенное изучение социальной адаптации и качества жизни подростков, совершивших суицидальную попытку, выявило у них серьезные нарушения в сферах психологического, социального и профессионального функционирования, а также низкие показатели качества жизни, что свидетельствует о социальной дезадаптации суицидентов.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СУИЦИДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Смирнов И.И., Панкова О.Ф., Усачева Е.Л., Колдунова Г.К., Зенкова Н.А.

Москва
НПЦПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Актуальность. Предотвращение самоубийств является неотъемлемой частью плана ВОЗ, поставившего цель снизить к 2020 г. частоту самоубийств на 10%. Эксперты ВОЗ рассматривают уровень суицидов как один из конечных результатов деятельности служб охраны психического здоровья детей и подростков на всех уровнях. Частота завершенных суицидов несовершеннолетних в РФ, на протяжении ряда лет остающаяся одной из самых высоких в мире. В письме на имя президента РФ (2012 г.) уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка П. Астахов одной из приоритетных задач называет создание отвечающей современным требованиям системы профилактики суицидального поведения у детей и подростков. В практической суицидологии существует множество проблем, связанных, в первую очередь, со сложностью дифференциации суицидальных проявлений, а также использования действенных профилактических программ по снижению уровня суицидов (Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2014).

Цель исследования. Совершенствование системы оказания помощи пациентам с суицидальными проявлениями в зависимости от типа суицидальных проявлений и структуры психопатологических расстройств, коморбидных с суицидальным поведением.

Материалы и методы. Изучены 244 пациента с суицидальными проявлениями, поступившие в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков» в течение 2013 года. Основным методом явился клинико-психопатологический с использованием ретроспективного анализа анамнестических сведений и катамнестического исследования при повторных суицидах. Использовались экспериментально-психологические методы, позволяющие косвенно оценить вероятность суицидальных действий: «Шкала безнадежности» А.Бека, «Шкала одиночества» Д. Рассела и М. Фергюсона, опросник диагностики показателей и форм агрессии А.Басса и А.Дарки, «Экспресс-диагностика уровня самооценки» (Фетискин Н.П. и др.). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения MS OFFICE EXCEL, проверка достоверности различий между переменными проведена с применением Критерия Пирсона.

Из 244 пациентов с суицидальным поведением 234 пациента были госпитализированы в экстренном порядке (38% от общего числа пациентов, поступивших в стационар в порядке неотложной помощи). В соответствии с систематикой суицидов, предложенной А.Е.Личко, пациенты были поделены на три группы: группа шантажных суицидов (65%), группа импульсивных (12%) и истинных суицидов (23%). В качестве ключевых признаков выделения данных групп использовались сохранность инстинкта самосохранения и способность к самоконтролю. Соответственно, данные показатели не были грубо нарушены у пациентов первой группы, у пациентов второй группы на фоне кратковременной, но полной утраты способности к адекватному самоконтролю и блокирования функции самосохранения молниеносно возникали суицидальные переживания, которые в короткий срок трансформировались в суицидальные действия. У пациентов третьей группы наблюдалось постепенное снижение и утрата функции самосохранения при относительно сохранной (до определенного критического момента) способности к самоконтролю над своими поступками. Все случаи суицидальных проявлений в рамках данной группы были поделены на две подгруппы. В первую из них (33 пациента) вошли пациенты, еще не совершавшие суицидальных действий, но имевших стойкие антивитальные переживания, переходящие в суицидальные мысли и замыслы. Вторую подгруппу (25 пациентов) составили пациенты, которые совершили суицидальные действия.

Подобное разделение пациентов на группы не совсем корректно, так как не учитывает структуру психопатологической симптоматики, обуславливающей или сопутствующей суицидальному поведению. Кроме того, точно установить наличие антивитальных переживаний и суицидальные намерения в ряде случаев нелегко, поскольку может отмечаться амбивалентность или диссимуляция истинных переживаний и намерений. Поэтому по психологическим и клинико-психопатологическим механизмам совершения аутодеструктивных (суицидальных) действий все изученные случаи суицидального поведения у детей и подростков нами также были разделены на три группы: 1) действия, совершенные под влиянием аффекта, связанные с ситуационными факторами и личностными особенностями пациентов 76% (n=186); 2) суицидальные мысли, высказывания и действия, коморбидные с депрессией 16% (n=39), 3) аутоагрессивные (включая суицидальные) проявления в рамках иной психической патологии, включая шизофрению, эпилепсию, органические психозы 8% (n=19).

Для изучения некоторых психических механизмов и факторов риска суицидального поведения у детей и подростков нами были использованы психологические тесты. Проведенное исследование не выявило значимых показателей и закономерностей в зависимости от принадлежности пациентов к соответствующим группам. Несколько более высокие показатели по шкале «Безнадежность» были получены у пациентов 2-й группы: у 7% тяжелая степень и у 19% – умеренная. Примерно такие же показатели получены по шкале «Одиночество». Статистически не значимые различия зафиксированы и по шкалам методики А.Басса и А.Дарки. У пациентов, совершивших суицидальные (парасуицидальные) действия оказались наиболее высокими показатели по шкалам вербальной и физической агрессии, а также по шкале «Чувство вины». Сходные показатели у пациентов 1-й и 2-й групп получены по шкале самооценки: пониженный у 20% и 33%, критический уровень – у 9% и 15% соответственно.

Исследование показало, что применение данных методик практически не решает проблему эффективной диагностики суицидального риска, что обусловлено рядом причин. К сугубо психологическим причинам можно отнести интрапсихические защитные тенденции и фактор социальной желательности, находящие отражение в ответах испытуемых. Недостаточная эффективность вербальных тестовых методик для выявления предикторов суицидального поведения может также объясняться особенностями положения обследованного континген-

та: неожиданная госпитализация в психиатрическую больницу, в том числе недобровольная, вынужденный отрыв ребенка или подростка от привычной среды, пусть и не всегда комфортной для него, желание поскорее выписаться заставляют пациентов прибегать к диссимуляции своего состояния, скрывать истинные переживания. Способствуют диссимуляции прямые и косвенные действия родителей (законных представителей), также стремящихся поскорее изъять ребенка из психиатрического учреждения, опасаясь стигмы.

Выводы.

1. Анализ причин суицидального (аутодеструктивного) поведения, его психологических и психопатологических механизмов подтверждает ранее представленные в литературе данные о том, что суицидальное поведение является в основном проблемой «пограничной» психиатрии – поведенческих и связанных со стрессом расстройств. Так, у около 80% всех пациентов суицидальные проявления возникали под влиянием аффекта, были непосредственно связаны с ситуационными и личностными особенностями пациентов.

2. Не умаляя значимости использования вербальных психологических тестов, важно понимать, что клинико-психопатологические методы, используемые психиатрами, а также непосредственная работа врача-психиатра и психолога с пациентом должны оставаться ведущими, а тестовые методики являются лишь дополнительными инструментами в работе профессионалов с пациентами.

3. Серьезные проблемы, связанные с недостаточной информированностью врачей общесоматического профиля, родителей, опасающихся психиатрической стигмы, существуют в организации оказания психологической и психиатрической помощи детям и подросткам в постсуицидальном периоде. В основе данного вида помощи должны лежать принципы комплексности и преемственности.

4. Своевременная квалифицированная помощь пациентам, оптимальная программа медицинских и немедицинских мероприятий, активное привлечение семьи пациента, возможность анонимного обращения за помощью на постгоспитальном этапе снизит опасения пациентов и их законных представителей перед психиатрической стигмой, позволит отслеживать суицидальные риски и проводить профилактические мероприятия.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Соколов Е.Ю.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

«Выгорание» (Фрейденберг, 1974) означает состояние физического, эмоционального и умственного истощения, изнеможения, опустошенности, усталости, снижения профессиональных способностей, изменения личностных особенностей вплоть до необратимых (деформация личности под влиянием дистресса профессиональных обязанностей. «Выгоранию» подвержены специалисты, работающие с большой отдачей сил как сотрудники внутренних дел. Возникновению эмоционального выгорания способствуют внешние и внутренние факторы. Внешние факторы риска: хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность, повышенная ответственность; неблагополучная психологическая среда деятельности при конфликтной ситуации между подчиненным и руководителем или коллегами, психологически трудный контингент или трудные ситуации сотрудников. Внутренние факторы: психологические особенности личности. Медленнее развиваются симптомы у людей, гармонично сочетающих интеллектуальные нагрузки с физическим. Умение находить положительные эмоции и использовать их осознанно – барьер для противостояния эмоционального, профессионального сгорания личности. Повышенная впечатлительность, неуверенность, чувствительность могут блокировать механизм защиты от эмоционально-напряженного болезненного состояния; интенсивные переживания обстоятельств профессиональной деятельности; нравственные дефекты личности. Этот изъян у человека может быть и до работы в ОВД. Дефект обусловлен неспособностью включать во взаимодействие с сотрудниками моральные категории как совесть, добродетель, честность, уважение прав и достоинств личности. Стадии эмоционального выгорания. На первой – сотрудник ОВД отмечает усталость, эмоциональное истощение, опустошенность. На второй – симптомы более выражены и постоянны. Появляются цинизм, равнодушие к другим, трудно сосредоточиться, не хватает сил и энергии на повседневные дела. На третьей стадии сотрудник ощущает себя разбитым, неудачником; отсутствие энергии и трудовой мотивации, общая недееспособность, снижение иммунитета, углубление депрессии с суицидальным риском и агрессивным поведением (особо опасными в связи со спецификой службы и доступности средств самоубийства-убийства). К симптомам эмоционального выгорания относятся метеочувствительность, частые головные боли, расстройства желудочно-кишечного тракта, усталость, чувство истощения, избыток или недостаток веса, одышка, бессонница; сотрудник замечает, что работа все тяжелее, а способность выполнять ее хорошо все меньше; он рано приходит на работу и остается надолго, поздно появляется на работе (вызывая нарекания) и рано уходит; берет работу на дом, что раньше за ним не водилось; начинает испытывать чувства неясного беспокойства;, скуки, обиды, разочарования, вины, неуверенности, никчемногости; появляются раздражительность, гневливость, застревание на одном виде деятельности, подозрительность, переоценка прав-властность, принижение человеческих достоинств окружающих (сотрудников, подследственных) с быстрым истощением, затруднения в принятии решений, дистанцирование от коллег, избегание, пессимизм перспективы, злоупотребление табаком, алкоголем как средствами самолечения. Синдром эмоционального выгорания приводит к отказу от профессии и переквалификации на менее связанную с душевными затратами. В крайних случаях речь идет о комиссовании из рядов ОВД или суицидальных и агрессивных действиях, резонансных благодаря СМИ Своевременно заметив симптомы (сотрудник должен быть обучен этому), можно попытаться справиться с проблемами с привлечением, например, аутогенной тренировки (автор разработал оригинальный модуль и активно внедряет его). Скрининг способствует выделению групп риска выгорания. Стигматизация психологической помощи с реальными опасениями остаться вне рядов ОВД препятствует своевременной помощи. Важно целевое обучение специалистов психологической службы ОВД.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Тимербулатов И.Ф., Положий Б.С.

Уфа, Москва
Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ, ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Проблема суицидов является крайне острой во всем мире. За день уходят из жизни вследствие самоубийствва две с половиной тысячи человек, за год – около миллиона, одновре-

менно с этим от 8 до 30 миллионов человек совершают суицидальные попытки. При этом каждый второй, покушавшийся на свою жизнь, в течение года повторяет свою попытку, обычно в более тяжелой форме. Каждый третий, закончивший свою жизнь самоубийством, совершал суицидальную попытку в прошлом. Эффективная оценка суицидального риска и оказания адекватной помощи по-прежнему остается общегосударственной проблемой.

Зависимость уровня суицидов от экономических, политических, социальных факиоров свидетельствует о важном значении этих компонентов суицидального поведения. Этнический состав населения различных регионов определяет этнокультуральный контекст проблемы, устойчивость к стрессогенным факторам – ее личностный аспект. Немаловажное значение имеет отношение общества к аутоагрессивному поведению его членов. Важнейшим социально-демографическим показателем, обобщающим многие факторы общественной жизни, является уровень завершенных суицидов.

Вопросы организации медицинской помощи лицам в кризисном состоянии с суицидальными проявлениями носят межведомственный характер. И это неслучайно, ведь гибель от самоубийств – это потенциально регулируемый показатель, поддающийся влиянию не только медицинских, психологических факторов, но и социально – экономических. Вместе с тем, профилактика суицидального поведения является одним из самых сложных видов медико-психологической и социальной помощи.

Частота самоубийств в Российской Федерации, продолжает оставаться серьезной проблемой, несмотря на то, что в настоящее время отмечается тенденцию к снижению. В 2008 году уровень суицидов составлял 27, в 2010-м – 23,4 в 2014 – м –19,3 на 100 000 населения. Частота самоубийств в Республике Башкортостан в последние 5 лет в 1,5 – 2 раза превышала российские показатели и показатели Приволжского федерального округа.

По данным официальной статистики, среди всех завершенных суицидов (27%) было совершено лицами в возрасте 31-40 лет, в основном мужчинами (85%), безработными (66%), со средним образованием (49%). Способом суицида в большинстве случаев отмечалось повешение (92%). Более 33% суицидентов находились на момент совершения суицидальных действий в алкогольном или наркотическом опьянении. Более чем в 95% случаев попытка суицида была первичной.

Оценивая суицидальное поведение населения, помимо медицинской составляющей, необходимо учитывать следующие социальные факторы:

- социально–экологические особенности региона;
- интенсивная миграция населения;
- алкоголизация населения;
- изменение традиционных устоев и обычаев;
- различия сельского и городского населения по условиям и образу жизни;
- усиление статусных различий;
- разрушение института семьи;
- конфликт поколений;
- ослабление морально-этических норм;
- дегуманизация основных понятий;
- снижение ценности человеческого существования.

Медицинская составляющая определяется:

- ростом заболеваемости пограничными психическими расстройствами;
- низкой выявляемостью депрессии;
- отсутствием системы оказания психотерапевтической помощи в первичном звене здравоохранения;
- «непрофессиональным подходом» к лечению депрессии врачами смежных специальностей;
- кадровым дефицитом специалистов психотерапевтического профиля;
- отсутствием круглосуточных психотерапевтических отделений при ЦГБ/ЦРБ в районах и городах;
- отсутствием кризисных стационаров.

Проведенный региональный прогноз предполагает, что снижение уровня суицидов на 4% в год позволит сохранить жизнь 80 человек трудоспособного возраста. Учитывая, что средний возраст самоубийц 30 лет, количество трудоспособной жизни составит в среднем 25-30 лет. За это время, с учетом данных МВФ, ими будет произведен валовый продукт в размере 1 млрд 395 миллионов рублей, или 55 млн рублей в год.

Межведомственный характер проблемы определяется отсутствием первичной психологической помощи в образовательных учреждениях, низкой грамотностью специалистов психологов в отношении ранней диагностики суицидальных тенденций, отсутствием маршрутизации при оказании специализированной помощи детям в кризисном состоянии, безработицей на селе и алкоголизацией населения.

Существующая в российской психиатрии система оказания помощи больным с пограничной психической патологией, а также лицам, находящимся в кризисной ситуации с суицидальным поведением, до последнего времени осуществлялась лишь в условиях психиатрических больниц и диспансеров. Противоречия между ростом показателей распространенности депрессии, неврозов, тревожных и соматоформных расстройств, с одной стороны, и необходимостью оказания медицинской помощи таким больным усугубляются наличием проблемы, так называемого, «социального диагноза». Страх перед психиатрической стигматизацией приводит к очевидному избеганию участия врача – психиатра в системе оказания медицинской помощи, вопреки общепринятому признанию значимости проблем психического здоровья при любых формах патологии.

Складывалась ситуация, когда психически здоровые люди, попавшие в кризисную ситуацию, были вынуждены находиться на одной территории с душевнобольными. В ряде регионов подразделения для лечения таких пациентов территориально обособлялись, но сам факт необходимости лечения в психиатрической лечебнице и страх возможных социальных последствий и профессиональных ограничений, отталкивал большую часть этих пациентов от обращения к психотерапевтам, работающим в рамках психиатрической службы. В результате, подавляющее большинство нуждающихся вообще оказывалась без специализированной и квалифицированной помощи.

Учитывая значимость психического здоровья и воздействия психических заболеваний на социальный, человеческий и экономический капитал, в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития в Республике Башкортостан, одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление психического здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской и социальной помощи.

Возрастающая потребность в медицинской помощи пациентам с пограничными нервно – психическими расстройствами, а также необходимость изменения негативного стереотипа в отношении к психиатрической помощи лицами с непсихотическими психическими расстройствами, поставили перед системой здравоохранения республики амбициозную, но крайне важную и своевременную задачу запуска «пилотного» для России проекта – создания самостоятельной государственной медицинской организации психотерапевтического профиля вне психиатрической службы. Таким образом во исполнение распоряжения Правительства РБ № 1435р от 14.11.2011 года было создано Государственное автономное учреждение здравоохранения Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства здравоохранения Республики Башкортостан.

Результатом проделанной за эти годы работы стали открытые консультативно-диагностические отделения для амбулаторного приема детей и взрослых, четыре дневных стационара по 30 коек каждый, в том числе для лечения детей, два

медико-реабилитационных отделения, круглосуточный стационар на 120 коек в загородной зоне для взрослых и 30 детских круглосуточных коек.

Проводимые мероприятия системы органов здравоохранения, а также работа специалистов ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ позволили за последние 3 года снизить уровень смертности от суицидов на 18%, а в этом году удалось стабилизировать этот показатель, сохранив его на докризисном уровне. По данным МИАЦ за I квартал 2015 года, частота суицидов в республике снизилась, до 24,3 на 100 000 населения (в аналогичном периоде 2014 года она составляла 24,5 на 100 000.

Для увеличения охвата населения мероприятиями по профилактике суицидального поведения в октябре 2014 г. открыто психотерапевтическое отделение на 45 коек (30 коек круглосуточного пребывания и 15 коек дневного стационара) с кабинетом амбулаторного приема во втором по численности городе республики Стерлитамаке на базе городской больницы №2, а с 01.01.2015 года – медико-реабилитационное отделение в г. Белорецк.

Положительный опыт работы головного учреждения и отделений в Стерлитамаке и Белорецке открыл новые возможности для развития психотерапевтической службы Республики Башкортостан. В настоящее время ведется работа по открытию кризисного стационара ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ на 90 коек и психотерапевтических подразделений (амбулаторных и стационарных) в каждом территориальном межмуниципальном округе республики. В результате будет завершено формирование трехуровневой системы профилактики кризисных состояний и психотерапевтической помощи лицам с суицидальным поведением, включающей в себя:

- кабинеты (отделения) «Телефон Доверия» с круглосуточным режимом работы;
- психотерапевтические кабинеты в городах и районах Республики Башкортостан;
- кризисный стационар.

Реализация перечисленных мероприятий позволит обеспечить доступность населению республики информации о возможностях и условиях предоставления экстренной и плановой психотерапевтической и психологической помощи, оказывать психотерапевтическую помощь лицам с психическими расстройствами, обусловленными воздействием разнообразных стрессовых факторов, создать условия для повышения уровня психологической культуры и психологической компетентности населения.

Таким образом, конечной целью изменений, направленных на повышение эффективности специализированной психотерапевтической помощи в Республике Башкортостан, являются повышение качества медицинской помощи на основе совершенствования трехуровневой системы ее оказания, этапности с маршрутизацией направления пациентов, обеспечение преемственности в ведении больных, организация повышения эффективности деятельности государственных медицинских организаций и их работников.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Усачева Е.Л., Безменов П.В., Серебровская О.В., Смирнов И.И., Вяльцева И.Ю., Романова О.А.

Москва
НПЦПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

Актуальность. Дети и подростки с различными формами суицидального поведения составляют значительную долю пациентов психиатрического стационара. С целью совершенствования оказания помощи данной категории пациентов, а также для разработки эффективных профилактических и реабилитационных мероприятий актуальным представляется изучение предикторов и механизмов формирования суицидального поведения среди детей и подростков. Анализ факторов, характерных для различных типов суицидального поведения, позволит разработать дифференцированные алгоритмы психологического сопровождения.

Материалы и методы. Проведено психологическое исследование пациентов с суицидальными проявлениями, госпитализированных в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой Департамент здравоохранения Москвы». Общее число наблюдений – 325; средний возраст – 13+/-0,5 лет. Для заполнения предлагался модифицированный авторами тест «Опросник суицидального риска» (ОСР) Т.Н. Разуваевой, который предназначен для экспресс-диагностики суицидального риска и выявления уровня сформированности суицидальных намерений. Показатели для каждого фактора суицидального риска рассчитывалась как среднее значение выборки. Статистическая обработка данных с оценкой достоверности различий между переменными проводилась с применением Критерия Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Мы проанализировали показатели каждого из диагностических параметров (иными словами – факторов суицидального риска): демонстративности, аффективности, уникальности, несостоятельности, социального пессимизма, слома культурных барьеров, максимализма, временной перспективы, и отдельно – антисуицидального фактора.

Типология суицидальных проявлений, использованная в нашем исследовании, основывалась на анализе мотивов и целей суицидального поведения, характера развития суицидального процесса, условий, механизмов и способов его реализации с учетом специфики детского и подросткового возраста. Первую, значительно преобладающую по численности, группу составили пациенты с шантажным суицидальным поведением (65% от общего числа обследованных). В ходе психологического исследования у пациентов с шантажным типом суицидального поведения фиксировался статистически значимый «всплеск» склонности к поступкам, совершаемым с расчетом на реакцию окружающих (шкала «демонстративность»). В этой группе в целом отмечался более низкий уровень аффективности и максимализма ($p<0,01$), однако пациентам свойственно ощущение собственной уникальности, сочетающееся с высокими показателями по шкале «несостоятельность».

Вторую группу составили так называемые аффективные (импульсивные) суициды (11% обследованных). У пациентов данной группы суицидальные проявления возникали на высоте аффективного возбуждения, которое достигало столь выраженной степени, что можно было констатировать состояние аффективно суженного сознания. На фоне кратковременной, но полной утраты способности к адекватному самоконтролю и блокирования функции самосохранения в течение непродолжительного времени (подчас молниеносно) возникали суицидальные переживания, которые в короткий срок трансформировались в суицидальные действия. В ходе психологического исследования у подростков с аффективным (импульсивным) типом выявлено значительное повышение показателей по шкалам «аффективность» и «максимализм», что свидетельствует доминировании эмоций над интеллектуальным контролем и оценкой ситуации, готовности реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально, вплоть до аффективной блокады интеллекта.

Третью группу составили пациенты с истинными суицидальными проявлениями (24% обследованных). К данной группе были отнесены те случаи, когда суицидальные проявления чаще всего возникали на фоне стойкого, затяжного депрессивного состояния, часто сочеталось с иной психопатологией, в том числе расстройствами психотического регистра.

По результатам теста Разуваевой в группе истинных суицидов фиксировались более высокие баллы по двум шкалам – «временная перспектива» и «социальный пессимизм» по сравнению с подростками из групп импульсивного и шантажного типа поведения ($p<0,05$). Социальный пессимизм у пациентов указанной группы в силу трудностей формирования рационально организованной деятельности в социопсихическом плане выражал себя как специфическая форма деструктивного сознания. По данным нашего исследования, социальный пессимизм является той характеристикой, которая представлена у подростков с истинными суицидальными намерениями наиболее часто, и его шкальные показатели равны критическому максимуму и у девочек, и у мальчиков ($p<0,05$).

Выводы. Показатели выраженности отдельных факторов находятся в зависимости от типа суицидального поведения. Анализ структуры риска принятия суицидального решения показал, что у подростков с истинным суицидальным поведением наиболее высокими показателями характеризуются факторы демонстративности и несостоятельности, у пациентов с импульсивным типом высокий уровень аффективности сочетается с критическими показателями по шкале «максимализм». На основе результатов проведенного исследования разработаны дифференцированные алгоритмы психологического сопровождения пациентов, поступающих в психиатрический стационар с суицидальными проявлениями.

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Фаддеев Д.В., Гречаный С.В., Ерышова Н.В., Громова В.А., Громыко В.Д.

Санкт-Петербург
СПБ ГКУЗ ГПБ №7 им. И.П. Павлова,
СПб ГПМУ,
СПб ГКУЗ ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова

Актуальность исследования определяется высокой распространенностью суицидных действий среди несовершеннолетних, которая за последние два десятилетия возросла в 2 раза.

Целью исследования было изучение клинико-анамнестических и клинико-психопатологических особенностей несовершеннолетних пациентов, страдающих расстройствами личности с суицидным поведением.

Материал и методы. В исследовании использовался метод математической статистики по критерию согласия Пирсона, (Хи-квадрат), который наиболее часто употребляется для проверки гипотезы о принадлежности наблюдаемой выборки объемом некоторому теоретическому закону распределения.

Обследовано было 118 пациентов в возрасте 15-17 лет (средний возраст – 16,44±0,063 лет) с суицидным поведением различной степени выраженности. Выборка была представлена мальчиками-подростками 1 отделения ГПБ № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова. Пациенты распределились по возрасту следующим образом: 15 лет – 13 чел. (11,0%), 16 лет – 40 чел. (33,9%), 17 лет – 65 чел. (55,1%).

Среди обследованных 32 пациента (27,1%) были с диагнозом «Органическое психическое расстройство» (в основном рубрики F 06, F 07). 23 чел. (19,5%) наблюдались с диагнозом «Легкая умственная отсталость» (рубрика F 70). 19 пациентам (16,1%) по результатам обследования был поставлен диагноз из рубрики F 43 «Острая реакция на стресс и расстройства адаптации». У 9 чел. (7,6%) состояние было расценено в рамках рубрики F 1 «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления психоактивных веществ (ПАВ)». 7 пациентов (6,8%) наблюдались с диагнозом «Расстройства поведения» (рубрика F 90). 20 чел. (16,9%) страдали шизофренией (F 20). Расстройства личности были диагностированы у 7 пациентов (5,9%)

Довольно низкий процент диагноза рубрики F 6 отражает тенденцию к осторожной диагностике этого расстройства у пациентов подросткового возраста. Средний возраст пациентов с расстройством личности (16,25±0,313 лет) и пациентов с другими психическими расстройствами достоверно не различался (16,45±0,064) ($t=0,813$, $p=0,418$). 2-м пациентам был поставлен диагноз «Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип» (F 60.30). 1 пациент был с диагнозом «Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип» (F 60.31). «Истерическое расстройство личности» (F 60.4) было установлено в 2-х случаях, «Смешанное расстройство личности» (F 61.0) – в 1 случае. Кроме того, 2-м пациентам был поставлен диагноз «Другое специфическое расстройство личности» (F 60.8) В обоих случаях это было инфантильное расстройство.

В ходе исследования были установлены следующие клинико-анамнестические характеристики несовершеннолетних с расстройством личности с суицидным поведением.

Наследственная отягощенность суицидным поведением не встречалась у пациентов с расстройствами личности. Она отмечалась у 7,8% пациентов с другими нозологическими формами (4 пациента с общим психическим недоразвитием, 2 пациента, употребляющих ПАВ с вредными последствиями, 1 пациент с расстройством поведения). По частоте распространенности она достоверно не отличалась от пациентов с расстройствами личности ($\chi^2=0,670$, $p=0,413$). Травмы головного мозга различной степени тяжести (сотрясение мозга, ушиб мозга) встречались как среди пациентов с расстройствами личности (37,5%), так и среди пациентов с суицидным поведением другого нозологического происхождения (28,9%) ($\chi^2=0,261$, $p=0,609$).

В полных семьях воспитывался 21 пациент (17,8%), в неполных – 81 чел. (68,6%). 16 чел. были воспитанниками детских домов (13,6%), так как их родители умерли или были лишены прав.

При этом только матерью воспитывалось 30 подростков (25,4%) из неполных семей. В остальном 51 случае (43,2%) подростки проживали с другими членами семьи (отец, мачеха, отчим, бабушка, тетя и др.). Не было установлено различия между количеством пациентов из полных, неполных семей и их детских домов в исследованных подгруппах пациентов с суицидным поведением (пациенты с расстройствами личности и с другими диагнозами) ($\chi^2=0,239$, $p=0,888$).

Изучаемые подгруппы пациентов были также сходны по ведущим типам семейного воспитания ($\chi^2=0,656$, $p=0,721$). Гипоопека отмечалась у 27,5% пациентов с расстройствами личности и у 34,4% пациентов с другими расстройствами. Гиперопека выявлена соответственно в 25,5% и 15,% случаях. В остальных случаях тип воспитания был точно не установлен.

В анамнезе у пациентов с расстройствами личности в 37,5% случаев отмечались госпитализации в детскую психиатрическую больницу. Аналогичный показатель у пациентов с другими диагнозами составил 27,8% ($\chi^2=0,340$, $p=0,560$). Повторно в ГПБ № 3 поступали 25,0% пациентов с расстройствами личности и 18,9% пациентов с другими расстройствами ($\chi^2=0,176$, $p=0,675$).

Были выявлены следующие клинические характеристики суицидного поведения. Всего у 2-х подростков (1,7%) суицидное поведение ограничивалось размышлениями (суицидные мысли). У 72 пациентов (61,0%) оно достигало уровня суицидных высказываний. При этом звучало как намерение произвести суицидное действие, так и способ совершения этого действия. У 44 чел. (37,3%) зафиксировано совершение суицидного действия.

При этом 5 чел. (11,4%) прибегнули к отравлению лекарственными препаратами. Подавляющее большинство – 28 чел. (63,6%) нанести ранение кожи, поверхностных и глубоких вен предплечья. 7 подростков (15,9%) падали из окон. 4 человек (9,1%) пытались повеситься.

В качестве причин суицидного поведения пациенты с расстройствами личности, также как и пациенты с другими диагнозами называли конфликтные отношения с окружающими людьми (87,5% и 68,2% соответственно). Частой причиной также была потеря близких в результате смерти (12,5% и 4,4%). Кроме того, причиной суицидных намерений пациенты обеих подгрупп называли отсутствие внимания со стороны близких людей (6 чел., 5,1%), одиночество (3 чел., 2,5%) и др. (20 чел., 16,9%).

У 84 пациентов (71,2%) суицидное поведение сопровождалось агрессивными проявлениями, а у 63 чел. (53,4%) – шантажным поведением. Сниженное настроение сопровождало суицидное поведение в 39 случаях (33,1%). Чувство потери интереса к жизни отмечали у себя 40 подростков (33,9%) в период, предшествующий суицидному поведению. О нарушении сна в этот же период сообщили 50 пациентов (42,4%), о нарушении аппетита – 32 чел. (27,1%).

Выводы.

Таким образом, в качестве основных выводов можно отметить, что:

а) по большинству клинико-анамнестических показателей пациенты, страдающие расстройством личности с суицидным поведением, не отличались от пациентов других нозологических форм;

б) клинико-психопатологический анализ суицидного поведения у пациентов с расстройствами личности выявил ряд существенных особенностей, влияющих на тактику ведения пациентов и профилактику суицидов. Так, показано, что конфликтные отношения с близкими людьми, сопровождающие суицидное поведение психопатических личностей, мало влияли на форму и интенсивность суицидного поведения и не являлись фактором его возникновения. Они скорее были проявлениями психопатической декомпенсации, при которой окружение несущественно влияет на состояние пациентов;

в) клинико-динамическое исследование суицидного поведения у подростков с расстройствами личности показало неэффективность психотерапевтической интервенции на высоте психопатической декомпенсации, которая лишь обостряла состояние пациента;

г) решающим фактором, влияющим на динамику состояния пациентов и снижение напряженности аффекта, было стационирование, играющее роль, с одной стороны, экстремального изменения условий существования пациента, а, с другой стороны, нормативного регулирования превышений порога дозволенного. Отмеченные особенности следует учитывать при профилактике суицидного поведения у подростков с расстройствами личности.

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ ЗА 2011-2014 ГОДЫ

Фадеев П.Н., Бондаренко М.Ю.

Йошкар-Ола
ГБУ РМЭ Республиканский ПНД

ВОЗ указала на самоубийства, как на все более возрастающую проблему для общественного здравоохранения. Частота суицидов является одним из наиболее объективных индикаторов общественного психического здоровья и демографической ситуации в стране.

В РФ во второй половине 90-х годов число суицидов в различных регионах варьировалось от 35 до 75 случаев на 100 тысяч населения в год, тогда как соответствующий средний показатель в мире равен 14,5 на 100 тыс. населения. По данным ВОЗ признается, что при уровне суицидов более 20 на 100 тыс. населения страна находится в состоянии кризиса.

В Республике Марий Эл сохраняется высокий, по мировым стандартам, уровень суицидальной активности населения.

Целью исследования явился анализ высокой суицидальной активности населения в Республике Марий Эл.

В регионе завершенные суицидальные попытки фиксировались следующим образом:

2011 г. – 32 на 100 тыс. населения,
2012 г. – 41,3 на 100 тыс. населения,
2013 г. – 39,7 на 100 тыс. населения,
2014 г. – 39,3 на 100 тыс. населения.

Уровень суицидов в Республике Марий Эл в 2 раза выше среднего по РФ, по-прежнему в сельских районах количество завершенных суицидов больше, чем в городе Йошкар-Оле почти в 2,5 раза.

Одним из аспектов высокой суицидальной активности в республике является лояльное отношение к возможности совершения суицида, происходящего из этнокультуральных традиций коренного населения к суицидальному поведению, суицидентам.

Количество завершенных суицидов совершают люди в возрасте 20-59 лет, затем отмечается снижение этого показателя, а после 70 лет вновь некоторое повышение, что, вероятно, связано с наличием тяжелого соматического заболевания, чувством одиночества.

Тенденция к суицидальному поведению тесно связана с алкогольной зависимостью. Суицидальный риск больных алкоголизмом или людей, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, в десятки раз превышает риск самоубийства.

В РМЭ количество завершенных суицидов в состоянии алкогольного опьянения отмечалось в 2011 г. в 57% случаев, в 2012 г. – 66,8%, в 2013 г. – 60,9%, в 2014 г. – 53,5%.

В структуре завершенных суицидов по-прежнему преобладают самоповешение как у мужчин (89,2%), так и у женщин (82,5%). Следующим по частоте способом ухода из жизни у мужчин являются механические травмы – 5,2%, у женщин – отравления твердыми и жидкими веществами – 4,3%. Причем, у сельских жителей суицидальные попытки носят более агрессивный характер (расширенные, сочетанные суициды).

Суицидальное поведение у психических больных обусловлено психогенными реакциями в ответ на неблагоприятные средовые воздействия, при остром развитии аффективных, параноидных приступов.

Анализ завершенных суицидов среди психически больных представлен следующими данными:

2011 г. – 2,7 на 100 тысяч населения,
2012 г. – 3,6 на 100 тысяч населения,
2013 г. – 3,0 на 100 тысяч населения,
2014 г. – 2,5 на 100 тысяч населения.

Отмечается волнообразное колебание этого показателя, но в целом имеется тенденция к снижению количества завершенных суицидов среди больных психическими заболеваниями.

Более стабилен показатель типа завершенных суицидов, совершенных психическими больными от числа всех суицидов в республике:

2011 г. – 8,5%,
2012 г. – 8,7%,
2013 г. – 7,7%,
2014 г. – 6,3%.

Этот показатель снижается из года в год.

Одной из основных задач суицидологической службы является регистрация, учет покушений на самоубийство. В отличие от завершенных самоубийств, информация о которых

концентрируется в региональных бюро судебно-медицинских экспертиз, регистрация суицидальных попыток представляет определенные трудности.

Знание характеристик контингента лиц, совершивших попытки, является необходимым для планирования мер превенции самоубийств, т.к. считается, что значительная часть совершивших попытки (по разным данным от 5 до 15%) в ближайшие годы совершает самоубийство.

В целях совершенствования медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и профилактики суицидального поведения в РМЭ определен порядок оказания этой помощи (приказ МЗ РМЭ №126 от 01.03.2011 г.). Организован кабинет медико-социально-психологической помощи на базе РПНД, где в 2011 г. было принято 436 человек, 2012 г. – 665 человек, 2013 г. – 1060 чел., 2014 г. – 2293 человек.

Данные об общем количестве суицидальных попыток в РМЭ:

2011 г. – 92,6 на 100 тыс.населения,

2012 г. – 96,2 на 100 тыс.населения,

2013 г. – 77,8 на 100 тыс.населения,

2014 г. – 65,5 на 100 тыс.населения.

Отмечается заметное снижение количества суидальных попыток в связи с четко разработанной программой диагностики, лечения, реабилитации больных.

Снижение суицидальных попыток как среди городского, так и сельского населения РМЭ.

По прежнему, основная масса суицидальных попыток совершается в возрасте 21-30 лет. В старших возрастных группах этот показатель снижается, достигая минимум в 61-70 лет, после чего вновь наблюдается незначительный рост.

Распределение попыток по времени суток неоднородно. Абсолютный минимум приходится на 4 часа утра, первый незначительный подъем отмечается в 5 часов утра, основной подъем в 19 часов и в более позднее ночное время (00-02 часов).

Наши данные свидетельствуют, что суицидальные попытки совершаются без четкой связи с какими-либо днями недели.

В структуре суицидальных попыток на первом месте остаются отравления медикаментозными средствами у женщин (62%) и механические травмы у мужчин (54%).

Значительное количество суицидальных попыток совершается в состоянии алкогольного опьянения:

В 2011 г. – 42% от общего количества попыток,

в 2012 г. – 42,1%,

в 2013 г. – 41,9%,

в 2014 г. – 40,1%.

Эти данные говорят о необходимости вести антиалкогольную пропаганду на уровне региональных, государственных программ.

Отмечается снижение повторных суицидальных попыток:

2012 г. – 2,4% от всех попыток,

2013 г. – 2,23%,

2014 г. – 1,9%.

Сформирован суицидологический паспорт территории по рекомендациям ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ РФ, в котором отражена необходимость взаимодействия с другими министерствами (Министерство образования, Министерство социальной защиты, Министерство внутренних дел) для формирования программы профилактики суицидального поведения.

Таким образом, в Республике Марий Эл:

1. Несмотря на снижающуюся смертность по РФ, в РМЭ остается высокий уровень смертности от суицидов.

2. Особенностью суицидального поведения населения РМЭ является более низкий суицидальный риск среди городского населения (завершенные суициды), но большее количество суицидальных попыток.

3. Значительная часть суицидов (как завершенных, так и попыток) совершены в состоянии алкогольного опьянения.

4. Отмечается снижение количества суицидов среди психически больных по отношению ко всем лицам, совершившим суициды (как завершенные, так и попытки).

5. С организацией суицидологической службы (КМСПП) отмечается четкая регистрация, учет суицидальных попыток в РМЭ.

6. Разработана программа взаимодействия с другими министерствами для выработки грамотной программы профилактики суицидальных попыток.

ПРОФИЛАКТИКА САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Фадеев П.Н., Бондаренко М.Ю.

Йошкар-Ола

ГБУ РМЭ Республиканский ПНД

Распространенность суицидального поведения на протяжении детства и отрочества неодинакова. Так, практически нет самоубийц до 5 лет. В возрасте до 18 лет процент умерших от суицидов составляет около 4% от всех возрастных групп. Однако за последние годы количество подростковых самоубийств и демонстраций возрастает. Риск саморазрушительного поведения возникает чаще всего в 10-12 лет. Особую опасность представляет пубертатный возраст, когда ребенок ко всем прочим трудностям обременен проблемами развития, физически и психически неустойчив.

В Республике Марий Эл на базе кабинета медико-социально-психологической помощи ГБУ РМЭ РПНД были проанализированы случаи завершенных суицидов и суицидальных попыток среди детей и подростков, разработана программа профилактики саморазрушающего поведения данного контингента. За время работы кабинета медико-социально-психологической помощи завершенные суициды среди детей и подростков распределились следующим образом:

2012 г. – 12 человек (10 – в районах РМЭ, 2 – в г.Йошкар-Оле),

2013 г. – 6 человек (6 – в районах РМЭ),

2014 г. – 4 человека (3 – в районах РМЭ, 1 – в г.Йошкар-Оле).

В структуре суицидов – механическая асфиксия.

Суицидальные попытки распределились следующим образом:

2012 г. – 56 человек (38 – в районах РМЭ, 18 – в г.Йошкар-Оле),

2013 г. –44 человека (22 – в районах РМЭ, 22 – в г.Йошкар-Оле),

2014 г. – 36 человек (25 – в районах РМЭ, 11 – в г.Йошкар-Оле).

В структуре: лекарственное отравление – 58% (в основном у девушек), механические повреждения – 34% (в основном у юношей), остальные случаи – спрыгивание с верхних этажей квартир, отравление различными жидкостями. Около 30% суицидальных попыток совершено в состоянии алкогольного опьянения (в основном у подростков из сельской местности).

В результате анализа обстоятельств, приведших к суицидам были определены неблагоприятные факторы формирования саморазрушающего поведения:

- детство, проходящее в неблагополучных семьях – 28%,

- отсутствие у подростка друзей, отвержение в учебной группе – 12%,

- психофизиологическая неустойчивость на фоне трудно протекающего пубертата – 25%,

- личностные особенности подростка – 48% – оценивались с применением психологических методик:

- цветовой тест Люшера,

- опросник суицидального риска по Разуваевой,

- тест-опросник Шмишека (детский вариант).

На основании анализа вышеизложенного основными задачами профилактики суицидального поведения определены:

- предотвращение первичных суицидальных действий и условий их порождающих,

- предупреждение повторных покушений на самоубийство детей и подростков,

- организация методической работы в медицинских учреждениях города,

- психогигиеническая и психопрофилактическая работа с взрослым населением города.

Предложен алгоритм выявления лиц с саморазрушающим поведением, в котором определены мероприятия, необходимые для проведения:

1. посещение на дому с целью уточнения бытовых, межличностных отношений.

2. анкетирование при первом знакомстве.

3. изучение медицинских документов ребенка с целью уточнения физиологических особенностей.

4. наблюдение за взаимоотношениями в классе.

5. беседы по формированию организма, учет психологических изменений во время физиологического роста. Беседы рекомендуется проводить по запланированному календарю, а не по факту какого-либо ЧП,

Информация была предложена к использованию в учреждениях образования в г.Йошкар-Оле, в сельских районах, т.к. необходимость совместной деятельности с учреждениями Министерства образования в направлении профилактики саморазрушающего поведения среди детей и подростков очевидна.

Только создавая четкую систему профилактики, включив в нее СМИ (при правильном освещении суицидов, без героидизации, сенсационности), можно рассчитывать на снижение уровня, как завершенных суицидов, так и суицидальных попыток среди детей и подростков.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Целью исследования было изучение особенностей суицидального поведения у студентов медицинских ВУЗов.

Обследовано 98 студентов Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, средний возраст обследованных составил 22,36±0,49 лет. В нашем исследовании использовались клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы, заполнялся специально разработанный опросник, опросник качества жизни SF-36 и опросник ГТР-7. Из них 43 мужчины (43,88%) и 55 женщин (56,12%). Ни у одного из студентов не было обнаружено наследственной отягощенности по психическим заболеваниям. У 18,37% студентов (18 человек) в течение жизни возникали суицидальные мысли, остальные не отмечали таких идей. Таким образом, выделено 2 группы: в первую вошли студенты не имевшие суицидальных мыслей (80 человек), во вторую – имевшие суицидальные мысли (18 человек). Группы сопоставимы по основным социодемографическим показателям.

В первую группу вошли 5 мужчин (28,57%) и 13 женщин (71,43%). На момент обследования у них не было выявлено суицидальных мыслей. При анализе студентов из первой группы обнаружено, что суицидальные мысли появлялись в возрасте 14-15 лет (55,55%) и 20-22 года (44,45%). Причинами для появления суицидальных мыслей были проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом, конфликты в семье, а также сложности в обучении. Последняя причина встречалась только в возрасте 20-22 года. Средняя продолжительность суицидальных мыслей составила около 2-х месяцев (68,28 дней). В 22,22% случаев обследованные из первой группы обдумывали способ совершения самоубийства. Предпочитаемыми способами были отравление и падение с высоты. В 11,11% совершались суицидальные попытки, предпочитаемым способом было отравление. Суицид был незавершенным в результате случайного обнаружения родственниками. После нахождения в отделении реанимации, совершившие суицидальную попытку выписывались домой. После суицидальной попытки обследованные не обращались за помощью ни к психологу, ни к психиатру, а родственники осуждали попытку суицида. В 42,85% суицидальные мысли сочетались с соматическими симптомами. Из них в 2/3 случаев это мыли нарушения со стороны ЖКТ, а в 1/3 случаев головная боль. 57,14% студентов, испытывавших суицидальные мысли делились ими с друзьями и родственниками. Совершившие попытки самоубийства подобные мысли скрывали. Со слов обследованных мотивами для отказа от суицидальных намерений в большинстве случаев было разрешение психотравмирующей ситуации, а также «благоразумие».

Во второй группе было 38 мужчин (47,5%) и 42 женщины (52,5%). Наследственной отягощенности по психическим заболеваниям обнаружено не было.

При изучении результатов обследования 2 групп при помощи опросника SF-36 были получены статистически значимые различия по показателю ролевого функционирования обусловленного эмоциональным состоянием и по показателю психического здоровья ($p<0,05$). В первой группе среднее значение показателя ролевого функционирования составило 19,04±5,73, а во второй группе это значение больше в 3 раза – 63,54±6,41. Что можно интерпретировать как ограничение в выполнении повседневной работы, связанное с эмоциональным состоянием. Показатель психического здоровья у обследованных из первой группы составил 39,42±7,43, а из второй группы – 62,87±3,18. Что может говорить о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии. Эти данные подтверждаются исследованиями уровня тревоги. В первой группе средний уровень тревоги по опроснику ГТР-7 составил 9,42±1,71, во второй группе он был примерно в 2 раза ниже – 5,46±1,76.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы.

1. Выявлено 2 периода с повышенной суицидальной активностью. Первый возраст 14-15 лет и 20-22 года. В возрасте 20-22 причинами появления суицидальных мыслей кроме сложностей во взаимоотношениях с противоположным полом и семейных конфликтов, были затруднения в учебе.

2. При появлении суицидальных мыслей студенты и их родственники не обращаются за помощью к специалистам.

3. Студенты медицинских ВУЗов отдавали предпочтение «мягким» способам самоубийства – отравление, падение с высоты.

4. Одной из основной причиной отказа от суицидальных мыслей было разрешение психотравмирующей ситуации.

5. Несмотря на отсутствие суицидальных мыслей, у студентов испытывавших их выявляется повышенный уровень тревоги и снижение качества жизни по показателям ролевого функционирования обусловленного эмоциональным состоянием и по показателю психического здоровья.

Заключение. Приблизительно у 1 из 5 студентов медицинских ВУЗов когда-либо выявлялись суицидальные мысли. Результаты исследования показывают, что суицидальное поведение студентов медицинских ВУЗов имеет свои особенности,

отличающие эту подгруппу от общей популяции. Студенты, испытавшие суицидальные мысли в прошлом, обнаруживают высокий уровень тревоги, качество их жизни снижено по показателям ролевого функционирования обусловленного эмоциональным состоянием и по показателю психического здоровья, при этом вновь возникшими суицидальными мыслями они делятся с окружающими редко и неохотно. В связи с этим, следует рассмотреть возможность разработки дополнительных мер по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди студентов медицинских ВУЗов с целью профилактики суицидов в этой подгруппе.

О СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СОТРУДНИКОВ ГУВД Г. МОСКВЫ

Цупрун В.Е., Любов Е.Б., Максимычев С.В.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского,
КПБ №4 им П.Б. Ганнушкина

Актуальность. Уделяя большое внимание вопросам подбора кадров МВД следует помнить, что психические расстройства могут начаться в период прохождения службы, а с учетом особенностей последней (хронический психосоциальный дистресс, особая физическая подготовка, доступ к огнестрельному оружию) могут привести к агрессивному и аутоагрессивному поведению. Сотрудники правоохранительных органов представляют типовую группу риска суицидального поведения (В.Ф. Войцех и соавт., 2002), затрагивающего прямо или косвенно не менее 10 человек в окружении суицидента, а также «выгорания». Профессиональный психологический отбор сотрудников МВД регламентирован методическими указаниями (Н.И. Мягких и соавт., 1999, М.Н. Марьин и соавт., 2004), указывающими факторы риска девиантного, в том числе и суицидального поведения. В МВД России создана психологическая служба, в структуру которой входят центры психодиагностики, отделы психологического обеспечения, образовательных учреждений. Одной из задач психиатрических ЛПУ служат своевременное выявление психических расстройств во время психиатрической экспертизы (основание: «Инструкция о порядке проведения военно-врачебной экспертизы и медицинского освидетельствования в органах внутренних дел Российской Федерации и внутренних войсках Министерства внутренних дел Российской Федерации») в рамках лечебно-профилактической помощи.

Цели и задачи. Изучение диагностического спектра и клинических особенностей (суицидального поведения) госпитализированных для лечения и врачебной экспертизы сотрудников МВД

Материал и методы. Проведен невыборочный клинико-психопатологический анализ медицинской документации 127 (112 мужчин) сотрудников московского ГУВД, прошедших военно-врачебную комиссию в ПБ №4 в 2009-2013гг. Большинство (65%) подэкспертных были в возрасте 29-49лет. Преобладали (71%) лица со средним и средне-специальным образованием. Большая часть (60%) подэкспертных служила>10 лет. Определены (МКБ-10) психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (F.10) отмечены у 32% человек, шизофрения (F.20) у 27%, психические расстройства в следствие повреждения головного мозга (F.06) у 18%, невротические стрессогенные расстройства (F.40-48) у 17%, аффективные расстройства (F.30-39) у 5%, расстройства личности (F.07) у 1%.

Результаты. Пациенты с алкогольной зависимостью (>60%) госпитализированы после судорожного припадка, обычно абстинентного, и /или в связи с алкогольным психозом при длительности злоупотребления спиртным>5 лет. Группа психотических больных характеризовалась аффективно (депрессивно-) бредовыми проявлениями, нередко фабула бреда была связана с профессиональной деятельностью (идеи отношения, самообвинения), при этом вынашивались идеи «мести» обидчикам-сослуживцам или суицида «во избежание позора». При этом длительность нелеченого психоза (при внешне упорядоченном поведении) у>30% – не менее 3-5 лет. Более трети пациентов госпитализированы недобровольным порядком. Суицидальное поведение более свойственно «невротическим» и «аффективным» пациентам с длительностью расстройства 1-3 года; у>1/4 больных отмечены повторные суицидальные попытки, обычно посредством психотропных препаратов, чаще классическими (трициклическими) антидепрессантами и транквилизаторами (при спорадическом наблюдении психиатрами – менее j пациентов). Показательно, что>60% поступили в ПБ с формально положительными характеристиками, у остальных отмечены лишь «замкнутость», «рассеянность», «конфликтность». Все пациенты после экспертизы были комиссованы из органов МВД с рекомендациями продолжения лечения психиатром. У большинства (85%) выписываемых в формально благополучном клиническом после лечения состоянии не было детализированного плана жизни после увольнения, обычно (>70%), рассматриваемого как «несправедливость».

Выводы. Предварительный анализ указывает на запоздалую диагностику и неадекватное лечение большой части сотрудников МВД, указывает на необходимость более систематического наблюдения и лечения сотрудников МВД на догоспитальном этапе помощи, имеющих несомненный клинико-социальный и ресурсосберегающий потенциал, а также важность развития реабилитационных программ для ветеранов.

ФАКТОРЫ И СИТУАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ

Чебан А.Ю., Рычкова Л.С., Смирнова Т.А.

Челябинск
Южно-Уральский ГУ (НИУ),
Уральский научно-практический центр радиационной медицины ФМБА России,
Областная клиническая психоневрологическая больница

По данным детского фонда ООН за последние годы значительно увеличилось число суицидальных попыток и завершенных самоубийств среди молодежи и даже детей. Уровень самоубийств среди российских подростков в настоящее время является одним из самых высоких в мире. Самоубийство подростков занимает третье место среди ведущих причин смертельных случаев и четвертое – среди основных причин потенциальной потери жизни. Анализ материалов уголовных дел показывает, что 62% всех самоубийств у несовершеннолетних происходит из-за конфликтов и неблагополучия в их окружении: боязни насилия со стороны взрослых, бестактного поведения учителей, одноклассников, друзей, черствости и безразличия окружающих. В целом ряде случаев подростки решались на самоубийство из-за равнодушного отношения родителей и педагогов к их проблемам, протестуя, таким образом, против безразличия и жестокости взрослых.

Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые, страдающие от одиночества и чувства собственной ненужности подростки, потерявшие смысл жизни. Причиной суицида могут быть также алкоголизм и наркомания, как родителей, так и самих подростков, индивидуальные психологические особенности человека, внутриличностные и микросоциальные конфликты. Проблема детских суицидов присуща как неблагополучным семьям, так и семьям с внешними признаками социального и финансового благополучия. Суицидальные действия

у детей часто бывают импульсивными, ситуативными и не планируются заранее. Попытки суицида являются следствием непродуктивной (защитной) адаптации к жизни – фиксированного, негибкого построения человеком или семьей отношений с собой, своими близкими и внешним миром на основе действия механизма отчуждения. Своевременная психологическая помощь, участливое отношение к подросткам, попавших в трудную жизненную ситуацию, помогли бы избежать трагедий.

В трудах А.Г. Амбрумовой и ее коллег говорится о том, что суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта.

Следует учитывать возрастные особенности суицидального поведения. Для детей характерны импульсивные суицидальные действия, их наиболее частой причиной являются ссоры в семье, агрессивное, негативное отношение родителей к ребенку.

В подростковом возрасте причиной импульсивных суицидальных действий обычно являются конфликтные отношения с родителями, реже с учителями. Подростки нередко тщательно планируют суицидальные действия, их основой является экзистенциальный кризис, обусловленный психологической депривацией.

В молодом возрасте наиболее часто встречаются суицидальные попытки (по отношению к самоубийствам), значительно чаще их совершают девушки (10:1 по отношению к юношам). В подавляющем большинстве случаев суицидальные действия носят импульсивный характер и обусловлены разрывом отношений или ссорой с партнером.

Большое значение для профилактики имеют факторы и ситуации суицидального риска. Суицидальное поведение у детей и подростков зачастую вызвано сложной мотивацией, и может включать:

- Депрессивное состояние, эмоциональные, поведенческие и социальные проблемы, злоупотребление психоактивными веществами. Расстройство настроения и тревожное состояние, побеги из дома, чувство безнадежности также увеличивают риск совершения попыток самоубийства.

- Крушение романтических отношений, неспособность справиться с трудностями учебной программы и иные жизненные стресс-факторы и проблемы, связанные со слабо развитыми умениями решать поставленную задачу, заниженная самооценка и попытка разобраться с собственной сексуальной идентификацией.

- Конфликты в семье и распад семьи: такие изменения, как развод, могут вызвать чувство беспомощности и отсутствия контроля над ситуацией.

- У подростков такие факторы, как психические заболевания в семье наряду с нездоровыми семейными отношениями, пренебрежение и жестокое обращение, отсутствие любви и заботы в детстве могут потенциально увеличить риск суицида.

- В совершенных самоубийствах молодежи можно отметить более высокий процент психиатрических заболеваний в семье, недостаток поддержки семьи, суицидальные идеи или суицидальное поведение в прошлом, проблемы с соблюдением дисциплины или с правоохранительными органами.

- Суицидальные идеи и попытки самоубийства появляются чаще у тех детей и подростков, которые были жертвой жестокого обращения со стороны сверстников или взрослых.

- Дополнительным фактором риска для подростков становится самоубийство известных людей или лиц, которых подросток знал лично. В частности, среди молодежи тоже существует феномен самоубийства из подражания (за компанию). Хорошо разрекламированные попытки самоубийства или совершенное самоубийство могут привести к членовредительству в группе сверстников или иной схожей группе, которая, как зеркало, отражает стиль жизни или качества личности суицидального индивидуума.

- Среди подростков в возрасте 16 лет и старше злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами увеличивают риск самоубийства в период сложных жизненных обстоятельств.

- С диагнозом расстройство личности совершается в 10 раз больше самоубийств, чем без такого диагноза, и порядка 80% совершивших самоубийство подросткам можно было бы поставить диагноз посттравматического стресса, или проявления симптомов насилия и агрессии. Особенно важно обращать внимание на такие характерологические особенности как импульсивность-агрессивность, негативная аффективность, депрессивность со склонностью к навязчивостям.

- Предшествующие попытки самоубийства увеличивают риск повторного суицида. Кроме того, среди ведущих факторов риска можно назвать постоянные мысли о нанесении себе вреда и продуманные планы совершения самоубийства.

Оказание первичной психологической помощи суициденту следует осуществлять с учетом вышеперечисленных факторов и ситуаций суицидального риска.

Суицидальный кризис может длиться несколько недель и даже месяцев. Самоубийству, как правило, предшествует необычное для данного человека поведение. Педагогические, медицинские работники и психологи должны знать «знаки беды», т.е. те действия и высказывания, которые служат своеобразным сигналом о готовности к суициду. Вот почему очень важно, чтобы каждый специалист имел представление об этом и знал, что можно сделать, если кто-то стоит на грани самоубийства. Надо помнить: редко встречается, чтобы человек совершил самоубийство, не раскрыв своих чувств, не изменив своего поведения. Поэтому работники учреждений здравоохранения и образования должны уметь вести повседневную профилактическую работу с пациентами и обучающимися по профилактике суицидов, уметь распознать «знаки беды» и оказать первичную помощь суициденту в кризисной жизненной ситуации, тем самым спасти жизнь ребенку или подростку.

ОЦЕНКА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ

Черняк Н.Б., Собенникова В.В., Белозерова С.В.

Иркутск
Иркутский ГМУ,
Иркутский ОПНД

Суицидальное поведение в настоящее время расценивается как мультиосевое расстройство включающее комплексное взаимоотношение биологических, генетических, психологических, социальных и факторов окружающей среды. Согласно данным ВОЗ суициды являются ключевой проблемой здоровья населения, третьей по причине смерти среди возрастной категории от 15 до 44 лет и второй в возрастной категории от 15 до 24 лет. Анализ статистических данных последнего десятилетия указывает на сохраняющиеся сверхвысокие показатели частоты завершенных суицидов в РФ (Положий В.С. 2010, Ворсина О.П. 2012), по оценкам экспертов ВОЗ (2007), каждый год заканчивают жизнь самоубийством 1100 000 человек в мире, среди них 55 000 жителей России. Частая ассоциация суицидального поведения, психических и аддиктивных расстройств, особенно среди пациентов с расстройствами личности, делает эту тему актуальной для специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья, в связи с необходимостью разработки действенных мер превенции, а также организации эффективной помощи лицам с высоким суицидальным риском.

Личностные расстройства относятся к наиболее значимой группе патологических состояний (в структуре всей психической патологии), существенно увеличивающей риск суицидального поведения. По данным зарубежных исследователей (Bronisch T, 1996; Linehan MM et al., 2000) диагноз «расстройство личности» ассоциируется с существующим, на протяжении жизни, риском суицида в диапазоне от 3 до 9%. При сравнении с общей популяцией риск суицидального поведения у данного контингента пациентов выше в 7 раз (Harris E.S, 1997). Согласно данным, Baxter D. (1999), Brown G.K (2000) около половины амбулаторного контингента больных с диагнозом расстройство личности умирают вследствие завершенных суицидов. Разница оценок суицидального риска зависит от типа расстройств личности и текущей коморбидной патологии. Особенно высок риск у пациентов с пограничной и диссоциальной личностной патологией, незначительно ниже у пациентов с избегающим и шизоидным расстройствами (Duberstein P.R, 1997). Одним из предикторов суицидального поведения являются самоповреждающие действия, так как в 55-85% эти пациенты в анамнезе имеют, по крайней мере, одну истинную суицидальную попытку (Stenley and Brodsky 2005).

Сибирский Федеральный Округ является одним из наиболее неблагополучных регионов РФ по числу завершенных суицидов. По данным Положего Б.С. за 2010 г. число смертей в результате суицидов по СФО составляет 34,3 на 100 тыс. нас. Оценка статистических данных распространенности самоубийств в районах Иркутской области за 2014 г. выявила лидера (Слюдянский район ИО) со сверхвысоким уровнем завершенных суицидов – 59,3. Данный тревожный показатель определил цель настоящего исследования.

Цель данного исследования – оценка факторов риска аутоагрессивного (в том числе суицидального) поведения среди лиц со специфическими расстройствами личности зрелого возраста по данным учтенного контингента Иркутского областного ПНД.

Материал и методы: Методом сплошной выборки была изучена медицинская документация всех пациентов с диагнозом «специфическое расстройство личности зрелого возраста» (N=92), состоящих на диспансерном учете в ИОПНД по Слюдянскому району, из них мужчин – 89 (96,7%), женщин-3 (3,3%). Средний возраст на момент первичного обращения к психиатру составил 19,1±1,9 лет. Социально-демографические характеристики: преобладающее число лиц воспитывались в неполных семьях – 56 (60,9%), семейный анамнез в 36 (39,1%) был нагружен факторами психопатологически отягощенной наследственности (синдромы зависимости от ПАВ-26 (28,3%) случая; расстройства личности – 4 (4,3%); эндогенные психические расстройства-3 (3,3%); завершенные суициды родственников-3 (3,3%). Образовательный уровень изученной группы был невысоким, преобладающее число лиц имели неоконченное среднее образование – 54 (58,7%) чел.; полное среднее – 19 (20,6%) чел.; средне-профессиональное – 19 (20,6%). Неработающими являлись 54 (58,7%), официально трудоустроенными – 13 (14,1%), 25 (27,2%) – имели временные заработки. Уже к моменту первичного обращения к психиатру 40 (43,8%) чел. имели криминальный опыт и привлекались к уголовной ответственности. В 6 (6,5%) случаях имелись данные о злоупотреблении алкоголем, в 10 (10,9%) о употреблении наркотических, в том числе, в 3 (3,3%) -парентеральных средств.

Далее для достижения целей исследования из представленной выборки была сформирована когорта (N=52) лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе (под аутоагрессивным поведением следует понимать действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью). Из них 49 чел. мужского пола (94,2%), 3 (5,8%) – женского. Средний возраст – 25,4±5,0 г.

Основной метод исследования – клинико-катамнестический, обработка материала осуществлялась при помощи программы Statistica 6.0.

Результаты. Значимых различий в социально-демографических характеристиках больных общей и выделенной групп не обнаружилось.

По сходству характерологических черт и паттернов реагирования на внешние воздействия группа больных с аутоагрессивным поведением разделена на 3 кластера расстройств личности (согласно DSM-5): «А» – параноидные, шизоидные: 5 чел.(9,6%); «В» – истерические, диссоциальные, эмоционально-неустойчивые (импульсивный и пограничный типы): 46 чел.(88,5%); «С» – тревожные, зависимые и ананкастные: 1чел. (1,9%). Таким образом, большинство лиц изученной выборки, с проявлениями аутоагрессивного поведения, относились к кластеру «В», что согласуется с данными литературы (J.M. Oldham et al., 2014).

Последующий статистический анализ патохарактерологических черт выявил взаимосвязь наличия импульсивности и эмоциональной лабильности с аутоагрессивным поведением. Указанные личностные особенности являются диагностическими критериями расстройств кластера В, определяют их стабильность на протяжении всей жизни психопата и поддерживают хронический риск аутоагрессивного поведения. Однако, для реализации паттерна аутоагрессивного поведения необходимы дополнительные триггерные влияния, условно называемые, острые факторы суицидального риска. Данные факторы обнаруживаются в динамике личностной патологии, проявляющейся коморбидными расстройствами оси 1 (F1…, F4…, F32.0).

В изученной когорте аутоагрессивные действия были представлены: актами членовредительства в 35 случаях (67,3%), демонстративно-шантажным поведением в 15 случаях (28,8%) и истинными покушениями на свою жизнь в 2 случаях (3,8%). Более чем в 40% случаев аутоагрессивные действия были совершены в состоянии алкогольного опьянения.

Среди лиц с расстройствами кластера «В» 34 чел. (73,9%) совершили акты аутодеструкции; демонстративно-шантажное поведение наблюдалось у 11 чел. (23,9%), в одном случае (2,2%) больной совершил истинную суицидальную попытку (отравление высоколетальными препаратами). Ретроспективный анализ предсуицидального периода позволяет предположить наличие связи истинного суицида у психопатов кластера «В» и расстройств настроения депрессивного спектра; демонстративно-шантажного поведения с расстройствами адаптации и актов членовредительства с импульсивными реакциями.

Выводы. Оценка риска суицидального поведения среди данной диагностической группы позволяет выделить два типа факторов, сопровождающих покушение на самоубийство. 1 тип: хронические факторы, к которым следует относить – импульсивность, эмоциональную лабильность и низкий социальный уровень (неустойчивость социально-трудовой и семейной адаптации в течение жизни). 2 тип: острые факторы – употребление психоактивных веществ, депрессивные и тревожные состояния (расстройства оси 1).

При организации терапевтической программы необходимо использовать методы когнитивно-поведенческой психотерапии для контроля над хроническими факторами суицидального риска. При возникновении острых факторов целесообразно применение психофармакотерапии до купирования симптомов оси 1.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Чубина С.А., Антипова Н.М., Куликов А.Н.

Тула, Москва
Тульская ОКПБ №1 им. Н.П. Каменева,
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования: определение социально-демографических и клинических характеристик суицидального поведения (СП) жителей Тульской области (ТО).

Материалы и методы: сравнительный клинико-эпидемиологический анализ СП в области в 2013 г. по данным Росстата, центра медицины катастроф (ЦМК) и Тульской ОКБ.

Результаты и обсуждение. В последние годы отмечается снижение уровня суицидов в ТО: в 2011 г. – 17,2, в 2012 г. – 15,8, в 2013 г. – 15,7 (здесь и далее на 100 тысяч населения, данные Росстата). В 2013 г. большую часть (77,4%) из 239 жертв суицида составили мужчины. Уровни суицидов селян и горожан близки (16,5 и 15,4). Наибольший уровень суицидов в Куркинском (56,0), Одоевском – (38,2) и Ясногорском (29,0) районах. Максимальный уровень суицидальных попыток в Узловском (63,8) и Новомосковском (62,9) районах. В 7 районах из 24 суицидальные попытки не зарегистрированы. Соотношение суицидов женщин и мужчин среди селян – 1:5, среди горожан – 1:3. Уровень суицидов в трудоспособном возрасте (с 16 лет до 60 и 55 лет у мужчин и женщин соответственно) многократно превышает усредненный по области: 20-29 лет (39,5); 30-39 лет (40,4), 40-49 лет (34,5). На этот возраст приходится 65,3% всех суицидов; соотношение мужчин и женщин 5:1. Лица трудоспособного возраста определяют 70,3% «мужских суицидов». Однако наибольший показатель суицидов (45,4) при малых абсолютных числах среди лиц 70-79 лет. Соотношение покончивших с собой мужчин и женщин 1,5:1 против 1:3 в возрастной группе. Уровень суицидов подростков (<17 лет) – 7,7; на них приходится не более 7% группы жертв суицид. Менее S (44%) жертв зарегистрировали брак, у 1/3 (32%) высшее или среднее профессиональное образование; 42% были пенсионерами по возрасту или болезни, 24% – безработные. В алкогольном опьянении совершили суицид 6,4%. Среди способов самоубийств мужчин и женщин лидируют самоповешения (82,1 и 72% соответственно); самоотравления избрали 12% тулячек и 1,7% туляков. 585 человек (48,4% мужчин и 51,6% женщин) совершили суицидальные попытки; уровни суицидальных попыток горожан и селян 40 и 32,6 соответственно. Коэффициент летальности самоубийств, т.е. отношение количества суицидов к числу суицидальных попыток – 1:2,6. Соотношение мужчин и женщин среди селян или горожан 1:1,1. Наибольшее число суицидальных попыток в возрасте 30-49 лет (38,4%), 19-29 лет – 27,1%, 50-69 лет – 20,7%,>70 лет – 8,6%. Доля суицидальных попыток подростков (<17лет) составила 5,2% массива попыток суицида. Женщины выбирают самоотравления (33,5%), реже – самопорезы (9,9%), самоповешения (4,3%); у мужчин более распространены самопорезы (19,8%) и самоповешения (13,3%), самоотравления (10,1%). Отравления обычно (93,8%) медикаментозные: в>1/3 (35,9%) случаев транквилизаторами (феназепамом), почти в j (23,1%) случаев антигипертензивными средствами, включая клофелин, антидепрессантами (амитриптилин) (17,9%); нейролептиками (12,8%), антигистаминными препаратами (7,7%), в 6,2% случаев – немедикаментозные отравления. Госпитализированы после суицидальной попытки<1/3, или 192 человек (44,3% мужчин и 55,7% женщин). Соотношение мужчин и женщин среди селян и горожан 1:1,3 в обеих группах. Не работали 29,2%, инвалид – каждый пятый (в связи с психическим расстройством – 15,6%, сомато-неврологической патологией – 6,3%), работали – 21,4%, учились – 17,7%, пенсионеры по возрасту – 9,9%. Доставлены КСП из дома>S (55,2%), тогда как из ЛПУ (токсикологических и травматологических отделений) переведены 1,4%; направлены участковым психиатром 29,7%, врачами иных специальностей – 6,2%, привезены родственниками 4,8% или обратились самостоятельно 1,4% («самотек»); присланы из военной части – 1,4%. Большинство (64%) суицидентов ранее у психиатра не лечилось. Хотя на каждого селянина приходилось три госпитализированных горожанина (52 против 140 на 100 000 населения), в пересчете на уровни – чаще стационированы первые (15,3 против 11,8). Наибольший уровень госпитализированных в Туле (18,2), Одоевском (15,3), Дубенском (13,6) районах. Из районов-лидеров по числу суицидальных попыток, уровни (на 100 000 населения) госпитализированных малы: Новомосковский – 7,8; Узловский район – 7,1; из Куркинского района госпитализированных не было. Поступившие из семи районов области не вошли затем в статистику. Среди госпитализированных наиболее распространены суицидальные попытки женщин посредством самопорезов (42,1%), реже – самоотравления (37,4%), самоповешения (10,3%), падения с высоты (5,6%), комбинированные (3,7%); у мужчин также наиболее часты самопорезы (49,4%) и самоотравления (23,5%), самоповешения (12,9%), падения с высоты (9,4%), самосожжения (2,4%), комбинированные (2,4%). В приемном покое почти S суицидентам определены диагнозы депрессивного расстройства (71% – первично) или расстройств адаптации (47,9%), шизофрении и расстройств шизофренического спектра (22,4%, причем, 37% – первично), расстройств личности (22,4%), органического расстройства (7,3%). Треть (32,8%) пациентов находилась в алкогольном опьянении.

Выводы. При преимущественно городском и преобладающем женском населении области, суицидент – селянин-мужчина старше типичного туляка, не работающий или пенсионер, одинокий, с низким уровнем образования, совершивший суицид брутальным методом (самоповешение). Суицидальные попытки чаще среди горожан (возможно, точнее регистрируются), но среди пациентов ПБ ожидаемо преобладают селяне, женщин, посредством медикаментозного самоотравления, как среди зафиксированных статистикой, так и среди пациентов ПБ. Максимальное количество суицидальных попыток приходится на трудоспособный возраст как среди зафиксированных статистикой, так и среди пациентов (38,4% и 34,9%) при незанятости последних почти в трети случаев (29,2%), наличии группы инвалидности в каждом пятом случае (21,9%), злоупотребления спиртным в трети (32,8%) случаев. Более половины (64%) совершивших СП госпитализированы впервые, районным психиатром в ПБ направляется лишь треть (29,7%). Наметившееся снижение суицидальной смертности в области и в целом по стране не может дезориентировать специалистов и общественность (Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б., 2014). Динамический эпидемиологический и клинический анализ информации об уровне, структуре, особенностях суицидологической ситуации в конкретный период времени в регионе – одна их многообразных задач суицидологических служб (Любов Е.Б., Цупрун В.Е., Кабизулов В.С., Чубина С.А., 2014). В области отмечены существенные отличия в соседних районах (Куркинский – 56,0, Плавский – 3,6, Дубенский – 0), разных по социально-экономическим, демографическим характеристикам, развитости психиатрических служб и доступности психиатрической помощи. Неблагополучные районы требуют многофакторного изучения в сравнении с контрастными «благополучными«. Группы особого риска: селяне, пожилые, страдающие депрессиями, с коморбидными расстройствами, маргинальные группы населения должны стать группами-мишенями первоочередных лечебно-профилактических мероприятий при междисциплинарном и межведомственном сотрудничестве. Необходимо развитие программ предупреждения суицидов на региональном уровне, в особенности амбулаторного звена внедиспансерной суицидологической службы, для повышения доступности медицинской специализированной помощи, в первую очередь, в сельской местности.

РАЗДЕЛ 21.
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

РИСПЕРИДОН ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ В ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Айхаева А.В., Разумович А.Г., Корнилова М.А., Петрунько О.В.

Иркутск
ОГБУЗ Иркутский ОПНД,
Иркутская ГМАПО

К современным задачам терапии пациентов с шизофренией относят купирование актуальной психопатологической симптоматики с достижением ремиссии, предотвращение рецидивов и восстановление оптимального уровня функционирования (Мосолов С.Н. с соавт., 2012). Однако достичь этого в ряде случаев не удается из-за низкой приверженности пациентов с шизофренией к медикаментозной терапии. На современном этапе наиболее эффективным способом контроля приема терапии и снижения частоты рецидивов является назначение инъекционных форм антипсихотических препаратов пролонгированного действия. Рисперидон пролонгированного действия (Рисполепт-конста) является антипсихотиком второго поколения с уникальной технологией длительного высвобождения препарата с поверхности постепенно биодеградирующих полимерных микросфер.

Цель: анализ эффективности и переносимости рисперидона пролонгированного действия (Рисполепт-конста) в длительной терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра в амбулаторном контингенте психоневрологического диспансера.

Материалы и методы. Изучена группа пациентов 42 человека, из них мужчин – 26 (61,9%), женщин – 16 (38,1%) с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Возраст пациентов на момент обследования варьировал от 21 до 63 лет, средний возраст – 40,5±1,7 лет. По уровню образования пациенты распределились следующим образом: высшее – 35,7%, незаконченное высшее – 11,9%, средне-специальное – 33,3%, среднее – 16,7%, неполное среднее – 2,4%. Проживали одни – 11,9%, с родителями (или матерью) – 52,4%, с собственной семьей – 23,8%, с другими родственниками -11,9%. Все пациенты являлись инвалидами: первой группы – 4,8%, второй – 83,3%, третьей – 11,9%. На момент исследования не работали – 73,8% пациентов, продолжали трудовую деятельность – 26,2%.

Диагностика шизофрении и расстройств шизофренического спектра осуществлялась в соответствие в критериями МКБ-10 (F2): параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения (F20.01) – 76,2%, параноидная шизофрения с непрерывным типом течения (F20.00) – 9,5%, шизотипическое расстройство (F21) – 2,4%, шизоаффективное расстройство (F25) – 9,5%, простая шизофрения (F20.6) – 2,4%. Возраст манифеста заболевания варьировал от 15 до 47 лет, средний возраст манифеста – 26,7±1,2 лет. Длительность заболевания – от 3 до 33 лет, средняя длительность составила 13,5±1,1 лет. Количество госпитализаций в психиатрический стационар составляло от 1 до 22 у одного пациента, в среднем – 7,4±0,8 госпитализаций.

У 19% пациентов при неврологическом обследовании были выявлены проявления органического поражения головного мозга различного генеза: перинатального сосудистого, травматического, дисметаболического или сочетанного. Сопутствующая сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) зарегистрирована в 16,7%. У 3 пациентов (7,1%) выявлен коморбидный синдром алкогольной зависимости.

Результаты исследования. Все обследованные пациенты получали длительную поддерживающую терапию рисперидоном пролонгированного действия (Рисполептом-конста) в условиях амбулаторного отделения Иркутского областного психоневрологического диспансера. Препарат отпускался бесплатно по федеральной льготе. Длительность терапии Рисполептом-конста варьировала от 7 мес. до 10 лет, средняя длительность терапии составила 6,4±0,5 лет. Количество введенных инъекций препарата было от 14 до 226, среднее количество инъекций у одного пациента – 131,2±11,2. Разовая доза препарата составляла от 25 до 50 мг, средняя доза – 36,6±1,3 мг.

К основным причинам перевода пациентов на Рисполепт-конста отнесены: неэффективность и плохая переносимость ранее проводимой антипсихотической терапии, несоблюдение комплаенса с нарушением дозировок препаратов, регулярности и длительности терапии. У большинства пациентов (59,5%) стартовая терапия начиналась при стационарном лечении, у 40,5% – на амбулаторном этапе терапии.

Большинство пациентов (66,7%) контролировали периодичность постановки инъекций самостоятельно, в 33,3% контроль за соблюдением терапии осуществлялся близкими родственниками (родителями, супругой или супругом, сестрой).

В 23,8% случае не отмечено пропусков терапии. Временный перерыв терапии (1-4 инъекции) в 26,2% был связан с перебоями поставки препарата. В данном случае пациенты переводились на таблетированный прием рисперидона с последующим возобновлением терапии препаратом-депо. У 28,6% пациентов перерыв терапии связан с нахождением на стационарном лечении, в 4,8% терапия была замена на атипичные антипсихотики в таблетированной форме. В 14,3% наблюдений зарегистрирован кратковременный до 2-3 месяцев перерыв терапии по инициативе пациента, в единичном наблюдении (2,4%) перерыв в течение одного года в связи с установлением ремиссии высокого качества и отказом пациента от продолжения терапии.

Монотерапия Рисполептом-конста проводилась в 40,5%, к антипсихотической терапии добавлялся эпизодический или курсовой прием других психофармакологических средств – 59,5%. При нарушениях сна назначались бензодиазепиновые транквилизаторы (феназепам), небензодиазепиновые гипнотики (золпидем, зопиклон). При неэффективности указанных препаратов и настойчивых просьбах пациентов улучшить сон к терапии подключались малые дозы (до 25-50 мг) клозапина (в единичном случае – левомепромазина). При наличии депрессивной симптоматики к терапии Рисполептом-конста добавлялись курсы антидепрессивной терапии, преимущественно из группы СИОЗС, при циклотимоподобных аффективных нарушениях – нормотимическая терапия вальпроевой кислотой или карбамазепином.

Длительная терапия Рисполептом-конста привела к установлению стойкой терапевтической ремиссии с полной редукцией имевшейся психопатологической симптоматики и отсутствием госпитализаций в психиатрический стационар после перевода на данную терапию в 52,4% наблюдений. В 47,6% случаев состояние пациентов оценено как неполная ремиссия: с резидуальной психотической симптоматикой – 19,1%, депрессивными нарушениями – 11,9%, циклотимоподобной симптоматикой – 7,1%, неврозоподобными нарушениями – 2,4%, психопатоподобной симптоматикой – 7,1%.

Удовлетворительная социальная адаптация отмечена у 92,9% пациентов, 26,2% продолжили свою трудовую деятельность, причем в 7 наблюдениях без существенного снижения профессиональной квалификации (например, продолжают работу инженером, бухгалтером, переводчиком).

Развитие экстрапирамидных нарушений зарегистрировано лишь в 14,3% наблюдений. Возникновение данного нежелательного эффекта отмечено у пациентов, получающих разовую дозу рисполепта-конста 50 мг и при сопутствующем органическом поражении головного мозга. В этих случаях терапия дополнялась назначением корректоров тригексифенидила или амантадина, причем у половины пациентов терапия была отменена через 6-12 месяцев терапии. В 3 наблюдениях пациенты продолжают прием тригексифенидил в дозе 2-4 мг в сутки. В одном случае у женщины 43 лет отмечено развитие гиперпролактинемии в виде галактореи: данный нежелательный эффект купировалась при снижении дозы Рисполепта-конста до 25 мг с нормализацией лабораторных показателей пролактина.

Таким образом, длительная терапия шизофрении и расстройств шизофренического спектра Рисполептом-конста в амбулаторном контингенте психоневрологического диспансера продемонстрировала в подавляющем большинстве случаев высокую эффективность и переносимость с редукцией психопатологических нарушений, достижением ремиссии и восстановлением удовлетворительного уровня социального функционирования.

ВЛИЯНИЕ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ахапкин Р.В., Маслова М.А., Файзуллоев А.З.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Как показали многочисленные исследования, при депрессивных расстройствах часто выявляются разнообразные когнитивные нарушения (снижении памяти, внимания и исполнительных функций), характеризующиеся различной степенью специфичности, выраженности и стойкости. В недавних исследованиях было выявлено, что некоторые когнитивные нарушения сохраняются, даже тогда, когда основные симптомы депрессии уменьшаются. Вместе с тем основные способы терапевтического воздействия на депрессию направлены преимущественно на лечение собственно аффективного компонента депрессивной триады. При этом предварительный анализ клинических исследований выявил противоречие в оценках влияния тимоаналептиков на когнитивные функции больных с депрессивными расстройствами. В целом большинство исследователей признает недостаточную изученность влияния психофармакотерапии антидепрессантами на когнитивную сферу.

Целью настоящего исследования являлось сопоставление влияния разных видов антидепрессивной терапии на когнитивные нарушения у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами.

Исследование было выполнено в Отделе пограничной психиатрии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России на базе ГБУЗ «ПКБ №12 ДЗМ». В исследование включались амбулаторные и стационарные пациенты, давшие свое информированное согласие на участие в нем. Критериями включения являлись: наличие первичного или рекуррентного депрессивного эпизода, или дистимии, определяемых на основании критериев МКБ-10; возраст участников от 18 до 55 лет; общее количество баллов по шкале MADRS не менее 15. В исследование не включались пациенты: с тяжелыми неврологическими и соматическими заболеваниями; с выраженными органическими и дегенеративными заболеваниями головного мозга; с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами; с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ; беременные и кормящие грудью женщины.

Для решения поставленной цели исследования наряду с клинико-психопатологический методом применялась психометрическая Шкала депрессии Мантгомери-Асберг (MADRS). Оценка психофизиологических параметров проводится с помощью аппаратно-программного психодиагностического комплекса «Мультипсихометр» и включала следующие тесты: память на лица (кратковременная память), арифметический счет (оперативная память), корректурной пробы с кольцами Ландольта (внимание), простая зрительно-моторная реакция (время реакции), позиционный цветовой выбор (динамичность), реакция на движущиеся объекты (регуляторно-исполнительные функции), теппинг-тест (сила нервных процессов), стресс-тест (стрессустойчивость). Абсолютные величины показателей тестов стандартизировались программой «Мультипсихометр» относительно средних величин, полученных при тестировании 2 тыс. относительно здоровых лиц, и выражались в виде баллов от 1 до 10. Средняя величина для популяции составляла 5,5±1,0 баллов. Математико-статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программ Statistica и SPSS.

По своему дизайну исследование являлось сравнительным нерандомизированным. После проведения фонового обследования всем пациентам назначалась монотерапия антидепрессантами группы СИОЗС (флуоксетин, пароксетин, эсциталопрам, сертралин) в соответствии с принятыми клиническими рекомендациями и стандартами лечения. В течение первых двух недель терапии производилась оценка динамики состояния пациентов и в зависимости от характера и степени редукции депрессивной симптоматики могла происходить коррекция терапевтического воздействия путем либо замены препаратов группы СИОЗС на трициклические антидепрессанты (ТЦА, амитриптилин, кломипрамин), либо присоединения к лечению СИОЗС когнитивно-поведенческой терапии или ноотропного препарата из группы рацетамов (фенотропил, пирацетам). В результате сформировались четыре терапевтические группы, включающие: 1) 29 пациентов (56,9%), принимавших СИОЗС весь период исследования; 2) 7 больных (13,7%), получавших со второй недели ТЦА взамен СИОЗС; 3) 10 пациентов

(19,6%), прошедших КПТ на фоне приема СИОЗС; 4) 5 больных (9,8%), принимавших комбинацию СИОЗС и ноотропного средства.

В строгом соответствии с критериями включения/исключения в исследование был включен 51 пациент. Изученная группа больных состояла из 11 мужчин (21,6%) и 40 женщин (71,4%). Средний возраст исследуемых больных составил 30,6±10,01 лет. В исследуемую выборку вошло 24 пациента с первичным депрессивным эпизодом, что составило 47,0% от общего числа больных, 20 больных с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства (39,2%) и 7 пациентов (13,7%) с дистимией, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Средний общий показатель по шкале MADRS в изучаемой выборке пациентов составил 25,4±7,3 балла.

Анализ фоновых показателей когнитивных функций во всей изучаемой выборке показал, что для пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами был характерен уровень «ниже среднего» для показателей эффективности и латентности кратковременной памяти (тест «память на лица»), в то время как продуктивность и стабильность сохранялись в пределах средних значений. Показатели оперативной памяти (в тесте на арифметический счет), внимания (в тесте корректурной пробы) и простой зрительно-моторной реакции в изучаемой выборке также не отличались от средних популяционных величин. Однако во всех более сложных тестовых методиках, оценивающих нейродинамическую активность, регуляторные (исполнительные) функции, стрессустойчивость и силу нервной системы, выявлялись показатели «ниже среднего» и «низкого» уровней.

Анализ влияния антидепрессивной терапии на когнитивные нарушения у исследуемых больных с депрессивными расстройствами показал, что в среднем антидепрессанты слабо влияют на сниженные при депрессии показатели кратковременной памяти, не улучшая, но и не ухудшая их при курсовом применении. Данная тенденция справедлива и в отношении ТЦА. Положительное влияние на кратковременную память возникало преимущественно при присоединении к терапии ноотропных препаратов.

Параметры оперативной памяти были снижены только при более выраженных депрессивных состояниях, слабо реагировали на терапию СИОЗС, но в то же время активно возрастали на фоне приема ТЦА и в случае присоединения КПТ.

Характеристики внимания у исследуемых больных в целом соответствовали среднему уровню в популяции и изредка были нарушены при более тяжелых состояниях. Применение ТЦА значительно нарушало способность сосредоточения. Использование СИОЗС особенно в комбинации с ноотропами оказывало положительный эффект на сниженные параметры внимания.

Показатели времени реакции у больных непсихотическими депрессивными расстройствами практически не были нарушены, а по отдельным параметрам в некоторых группах были даже выше средних значений. Антидепрессивная терапия также не оказывала какого-либо закономерного воздействия на эту когнитивную функцию.

Характеристики нейродинамической активности, регуляторных (исполнительных) функций, силы и стрессустойчивости нервной системы были в наибольшей степени нарушены в изучаемой выборке пациентов. Важно отметить, что терапия СИОЗС в значительной степени нормализовала сниженные показатели, а применение ТЦА оказывало разнонаправленные влияния, улучшая, например, регуляторные функции (по всей видимости, за счет антидепрессивного эффекта), но ухудшая показатели динамичности. Отчетливым положительным воздействием практически на все параметры отличалось и присоединение КПТ к основному курсу. Дополнительная ноотропная терапия также давала положительный прирост величин во многих тестах.

СРАВНЕНИЕ АНТИПСИХОТИКОВ (КВЕТИАПИНА, АРИПИПРАЗОЛА И ГАЛОПЕРИДОЛА): ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ И НЕЙРОКОГНИТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Бобров А.Е., Мутных Е.М., Краснослободцева Л.А.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

У больных, страдающих различными формами шизофрении и шизоаффективным расстройством (ШАР), с постоянством выявляются нейрокогнитивные нарушения. Указанные нарушения чаще всего затрагивают сферу внимания, памяти и исполнительных функций (Sharma T, Harvey Ph., 2000). При этом нейрокогнитивный дефицит рассматривается многими авторами как важнейший компонент клинической картины указанных расстройств, который во многом определяет их терапевтический прогноз (Гурович И.Я и соавт., 2001; Sharma T.,. Harvey Ph, 2000).

Цель настоящего исследования состояла в сравнительном изучении влияния различных по механизмам действия антипсихотических препаратов (кветиапина, арипипразола и галоперидола) на психопатологическую симптоматику и состояние нейрокогнитивных функций в процессе лечения больных шизоаффективным расстройством.

Материал и методы. В исследование вошли результаты динамического изучения 121 больного в возрасте от 17 до 66 лет с диагнозом шизоаффективного расстройства (в соответствии критериям МКБ-10 и DSM-IV).

Динамическую оценку психопатологической симптоматики производили с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов – PANSS (Kay S.и соавт., 1987).

Для изучения нейрокогнитивных функций применялись следующие методики:

1. Модифицированная Адденбрукская Когнитивная Шкала – ACE-R (Mioshi E. etal. 2006).

2. Батарея лобной дисфункции – FAB (Dubois M.etal., 2000).

3. Тест Струпа (Stroop color word interference test – Stroop J. R., 1935).

Все пациенты проходили психометрическое обследование три раза – до начала лечения, а также через 3 и через 6 недель терапии.

При статистической обработке большинства переменных применялся ранговый дисперсионный анализ (ДА) для зависимых и независимых переменных, а также коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. Анализ динамики психопатологической симптоматики, оцениваемой по PANSS, показал, что в результате лечения уменьшение ее выраженности превосходило 20%-ный порог у 37 больных, принимавших кветиапин, 33 больных, принимавших арипипразол, и 22 больных, принимавших галоперидол.

Во всех трех терапевтических группах к концу лечения отмечалась статистически значимая редукция общего балла, позитивной и негативной симптоматики, а также показателей по шкале общих психопатологических синдромов.

Следует отметить, что нормализация психопатологического состояния больных по PANSS на фоне галоперидола происходила несколько медленнее, чем при применении атипиков.

В ходе исследования были также проанализированы результаты нейрокогнитивных проб, выполненные больными из различных групп. Полученные данные показали, что в ходе

лечения по большинству изученных показателей у обследованных пациентов отмечалось существенное улучшение. На это указывают статистически высоко значимые различия, полученные по соответствующим нейрокогнитивным доменам для каждого из препаратов на протяжении всех трех периодов терапии. Единственным исключением здесь является динамика показателей зрительно-пространственного гнозиса/практика, поскольку относительное улучшение здесь несколько меньше, хотя и достигает уровня достоверности по всем трем группам.

Обсуждение. Результаты выполненной работы показали, что атипичные антипсихотики по целому ряду психофармакологических эффектов существенно превосходят галоперидол при лечении ШАР. На это указывают достоверный уровень взаимодействия этапа терапии и препарата при дисперсионном анализе повторных измерений суммарного балла PANSS, а также результаты спланированных попарных сравнений изменений этого параметра в процессе терапии тремя антипсихотиками.

В связи с полученными результатами особый интерес вызывает изучение соотношения между динамикой клинической симптоматики и нейрокогнитивными нарушениями у больных ШАР. В ряде исследований, посвященных взаимосвязи между психопатологическими и когнитивными нарушениями при неаффективных психозах, показано, что психотические симптомы «ортогональны« по отношению к когнитивным.

Это может указывать на различную природу указанных нарушений и обычно рассматривается как свидетельство того, что нейрокогнитивный дефицит представляет собой только почву для формирования психопатологических проявлений, определяющих нозографическую специфику соответствующих психозов.

АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ ЗОНЕГРАН (ЗОНИСАМИД) В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА

Бойко Е.О., Вакула И.Н., Никифорова Е.Ю., Демьянов И.А., Холодова О.В., Бахтин И.С.

Краснодар
ГБУЗ Специализированная КПБ №1 МЗ КК,
ГБУЗ Детская краевая клиническая больница МЗ КК

Новый для России препарат Зонегран (зонисамид) является производным бензисоксазола с механизмом действия, отличающимся от других АЭП. Согласно рекомендациям Международной Лиги по Борьбе с Эпилепсией (ILAE) в 2013 году Зонисамиду присвоен уровень А (достоверно эффективный) при монотерапии парциальных приступов у взрослых. Исследователями выявлено, что Зонисамид (Baulac M. E., 2006, Biton V., 2007) обладает широким спектром взаимодополняющих механизмов действия (оказывает влияние на активность ГАМК или ГАМК-А рецепторов, на активность глутамата, на дофаминергическую и серотонинергическую функции, на высвобождение ацетилхолина). Именно это обеспечивает его клиническое преимущество по сравнению с другими АЭП не только в отношении резистентных к терапии припадков, но и аффективных расстройств при эпилепсии. Уточнение степени выраженности нормотимического эффекта Зонисамида позволит шире использовать препарат в психиатрической практике у пациентов с аффективными расстройствами.

Цель исследования: изучить влияние препарата Зонегран (зонисамид) на тревожно-депрессивную и депрессивно-ипохондрическую симптоматику в комплексной терапии пациентов с непсихотическими психическими расстройствами на резидуально-органическом фоне и особенности его переносимости.

Материалы и методы: группу исследования составили 12 пациентов с тревожно-депрессивным и депрессивно-ипохондрическим синдромами в рамках непсихотических психических расстройств на резидуально-органическом фоне (депрессивный эпизод, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации и др.). Всем пациентам (9 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 16 до 67 лет (средний – 38,25+6,18 года) назначался Зонегран как в условиях стационара (отделение пограничных состояний), так и в амбулаторных условиях. До назначения фармакотерапии проводилось нейрофизиологическое (ЭЭГ, РЭГ) и психологическое обследование. Психологическое тестирование было двукратным: до начала терапии (1) и через 30 дней (2). Для получения дополнительных сведений проводилась направленная клиническая беседа, оценка качества жизни (КЖ) пациентов осуществлялась с помощью опросника ВОЗ-КЖ-100 (валидированная русскоязычная версия, апробированная в ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М.Бехтерева»), депрессии – шкалой самооценки Зунга, ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности – методикой «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), актуального состояния – опросником SCL-90-R (адаптация Н.В.Тарабриной). Пациенты принимали одновременно (сертралин, флувоксамин, тразодон), противотревожные (гидрохлорид гидроксизина). Доза Зонеграна титровалась согласно инструкции до 50- 100 – 150 мг в сутки.

Результаты и обсуждение. 1). У 9 (75%) больных (2 мужчин и 7 женщин) выявлены умеренно-выраженные симптомы депрессии; у 9 (75%) (3 мужчин и 6 женщин) – симптомы тревоги; у 8 (66,7%) (2 мужчин и 6 женщины) – смешанная тревожно-депрессивная симптоматика. По шкале Зунга результаты распределились следующим образом: у 6 пациентов (50%) – умеренная депрессия; у 3 (25%) – выраженная; у 2 (16,7%) – и легкая. 2). У 1 (8,3%) пациента сохранялась выраженная депрессия; у 4 (33,3%) – легкая; у 5 (41,7%) пациентов – умеренная; 1 (8,3%) пациент – норму. Необходимо отметить, что показатель выраженности депрессии снизился у всех пациентов. 1). Методика SCL-90-R показала подъем за рамки невротического регистра по шкалам «тревожность» и «депрессия» – у 9 (75%) пациентов; «межличностная тревожность» – у 7 (58,3%) пациентов; «обсессивно-компульсивные расстройства» – у 6 (50%) пациентов; «соматизация» – у 5 (41,7%) пациентов. Надо отметить, что показатели по остальным шкалам не превышали уровня нормы. 2). У 5 (41,7%) пациентов превышение нормы по шкале «тревожность»; у 7 (58,3%) пациентов – по шкале «депрессия»; у 4 (33,3%) пациентов – по шкалам «межличностная тревожность», «соматизация» и «обсессивно-компульсивные расстройства». У 6 пациентов отмечалась выраженная положительная динамика по шкалам «тревожность» и «межличностная тревожность». 1). По ИТТ преобладает повышение ЛТ над СТ. Оба показателя у всех пациентов располагаются в диапазоне 5,5 – 6,5 баллов. По ЛТ повышены шкалы: у 8 (66,7%) пациентов – «эмоциональный дискомфорт»; у 7 (58,3%) пациентов – «тревожной оценки перспектив» и «фобический компонент тревожности»; у 6 (50%) пациентов – «астенический компонент тревожности». По СТ повышены шкалы: у 8 (66,7%) пациентов «эмоциональный дискомфорт»; у 6 (50%) пациентов – «фобический компонент тревожности»; у 5 (41,7%) пациентов – «тревожная оценки перспектив» и «социальные реакции защиты». 2). Завышенные показатели ЛТ сохраняются по шкалам: у 5 пациентов (41,7%) – «эмоциональный дискомфорт»; у 4 (33,3%) пациентов – «астенический компонент тревожности», у 3 пациентов (25%) – «фобический компонент тревожности» и «тревожной оценки перспектив». Повышение СТ отмечено по шкалам: у 4 (33,3%) пациентов – «эмоциональный дискомфорт»; у 3 (25%) пациентов – «фобический компонент тревожности» и «тревожной оценки перспектив»; у 2 (16,7%) пациентов – «социальные реакции защиты». Показатели ниже по ЛТ на 0,14 балла, по СТ на 1,82 балла; повышение ЛТ над СТ сохраняется. 1). По ВОЗКЖ-100:

КЖ у пациентов располагается в диапазоне от 48 до 78; важно отметить, что наименее благополучными оказались показатели физической (10,07+3,17 баллов) и психологической (10,55+3,25 баллов) сфер. 2). КЖ пациентов в диапазоне от 53 до 92. Необходимо отметить, что показатели всех сфер увеличились, с преобладанием подъема по сферам: «физической» – на 2,6+1,6 баллов, «психологической» – на 3,2+1,79 баллов, «уровню независимости» – на 3,5+1,87 и «общему качеству жизни» – на 10,8+3,29.

На фоне комплексного лечения с включением в схему АЭП Зонеграна (зонисамида) был получен относительно быстрый эффект (21-25 дней), причем, в первую очередь, купировались проявления тревоги (7-8 дней). Кроме того, отмечена положительная динамика резистентного в отношении лечения обсессивно-компульсивного синдрома. Все больные хорошо переносили терапию Зонисамидом в сочетании с антидепрессантами и атарактиками. Только у одной больной (8,3%) возникла выраженная тошнота в утренние часы, что привело к отмене препарата.

Выводы: таким образом, антиэпилептический препарат Зонегран (Зонисамид) в комплексом лечении тревожно-депрессивного и депрессивно-ипохондрического синдромов в рамках непсихотических психических расстройств на резидуально-органическом фоне выявил хорошую переносимость. Данные психологического тестирования, проведенного в динамике, показали снижение уровня тревожности и депрессивных проявлений (шкала Зунга, методика «Интегративный тест тревожности», опросник SCL-90-R) и рост общей оценки качества жизни (опросник ВОЗКЖ-100), что свидетельствует о хорошем терапевтическом эффекте. Необходимо проведение дополнительных исследований для уточнения нормотимического действия Зонеграна.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ РКПБ К ПРОДВИЖЕНИЮ ЛЕКАРСТВ (РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ)

Бурашникова И.С., Семенихин Д.Г.

Казань
КГМА,
РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева

Актуальность. Специалисты здравоохранения регулярно сталкиваются с различными приемами продвижения лекарств. Они включают небольшие подарки с логотипом препарата или производителя, спонсирование последипломного образования, врачебных конференций, исследований, оплату консультационных услуг, написания статей, гонораров лекторам (Madhaven S., et al., 1997, Wazana A., 2000), организации «обучающих» семинаров в развлекательной форме. Многие врачи рассматривают сведения, получаемые от фармпредставителей, и статьи в профессиональных медицинских журналах в качестве основного источника информации о лекарствах (Brody. H., 2005; Norris P. Et al., 2005). В то же время, приемы продвижения отличаются в зависимости от целевой аудитории и вида товара. Так, реклама психотропных средств более эмоциональна, чем научно содержательна (Vandereycken W., Kuyken K., 2009). Кроме того, специфика профессии неизбежно оказывает влияние на отношение к той или иной проблеме (Башмакова О.В., Семенихин Д.Г., Карпов А.М. 2012.; Ястребов В.С., Митина О.А., 2012). В связи с этим, мы решили оценить особенности взаимодействий врачей-психиатров с приемами продвижения лекарств, отношения к ним и оценке ими возможности их влияния на клиническую практику в сравнении с врачами других специальностей.

Материалы и методы. анонимное анкетирование 43 врачей-психиатров и 377 врачей других специальностей с целью выявления частоты контактов врачей с приемами фармацевтического маркетинга; факторов, влияющих на выбор ими фармакотерапии; отношения врачей к подаркам и другим поощрениям; оценке ими влияния рекламы лекарств на врачебные назначения; их отношения к практике, ограничивающей контакты врачей и фарминдустрии. Была сравнена частота ответов врачей-психиатров и врачей других специальностей, рассчитан 95% доверительный интервал достоверности различий частоты ответов между группами.

Результаты и обсуждение. Психиатры встречались с фармпредставителями несколько реже врачей других специальностей (частота ответов: «каждый день» – 4.7% vs 11.7% (ns), «1-2 раза в неделю» – 0 vs 23.9% ($p<0.05$), «1 раз в 2 недели» – 14.0 vs 20.7 (ns). Большая часть психиатров (72.1%) ответила, что встречается с фармпредставителями еще реже. Возможно, это связано с большой загруженностью врачей-психиатров и невозможностью проведения встреч с фармпредставителями в рабочее время. Однако, психиатры чаще других врачей обедали (60.5 vs 40.1, $p<0.05$), получали журнальные статьи (88.4 vs 79.0, ns) и принимали спонсирование поездок на конференции (27.9 vs 8.5, $p<0.05$), что может говорить об их более лояльном отношении к приемам продвижения лекарств.

«Личный опыт» как фактор, влияющий на выбор тактики лечения, отметили 90.7% психиатров и лишь 63.1% врачей других специальностей ($p<0.05$), «клинические рекомендации и стандарты» – 55.8% и 81.4% соответственно ($p<0.05$), что говорит о преобладании в психиатрии индивидуализированного подхода и отсутствии строгих клинических рекомендаций (Жмуров В.А., 2002).

Врачи-психиатры чаще остальных врачей видели пользу от общения с фармпредставителями в получении от них информации о новых лекарствах (93.0 vs 79.6%, $p<0.05$) и считали, что получаемая от них информация всегда является правдивой и исчерпывающей (23.3 vs 9.3%, $p<0.05$). Это может быть связано с эмоциональными особенностями психиатров, в частности, повышенной эмпатией, астенизацией (Постнов В.В., 2010) и внушаемостью, а также их нахождением в поиске новых эффективных средств для лечения низкокурабельной психической патологии, ведущей к недооценке ими побочных эффектов психотропной терапии [Roose S. P., 2003), что делает их уязвимыми и менее критичными при восприятии коммерческой информации о лекарствах.

Лишь 4.7% врачей-психиатров и 5% врачей других специальностей отметили рекламу лекарств как фактор, влияющий на выбор терапии. Однако, психиатры несколько чаще отрицали возможность влияния рекламы лекарств на врачебные назначения (18.6 vs 12.2%, ns), рациональность терапии (72.1 vs 59.2%, ns) и вероятность предпочтения врачом генерического аналога (69.8 vs 50.4, $p<0.05$), при том, что потребление новых дорогостоящих психотропных препаратов ежегодно увеличивается (Бурашникова И.С., Семенихин Д.Г., 2014). Это согласуется с выводами иностранных авторов о неосознанном влиянии рекламы на клиническую практику (Boltri J.M. et al., 2002; Symm B., et al., 2006).

Выводы: между врачами различных специальностей и фарминдустрией достаточно широко распространены различные взаимодействия, в том числе, связанные с получением материальной выгоды. Более частое взаимодействие и лояльное отношение к фарминдустрии врачей-психиатров может быть связано с особенностями организации работы психиатрической службы и спецификой профессиональной деятельности, а также с психологически структурированным воздействием фармацевтических представителей и рекламы психотропных средств на врачей-психиатров. Необходимо обучение врачей различных специальностей навыкам критической оценки коммерческой информации о медицинских технологиях с учетом специфики их профессиональной деятельности и личностных характеристик для повышения качества оказываемой медицинской помощи.

ДИНАМИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ-КОРРЕКТОРОВ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Бурашникова И.С., Семенихин Д.Г.

Казань
КГМА,
РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева

Введение: в последние годы в медицинской практике наблюдается стремительное изменение спектра используемых препаратов. В психиатрии началось активное использование атипичных нейролептиков и новых антидепрессантов. Их внедрение в клиническую практику обосновывалось лучшим профилем безопасности на фоне высокой эффективности. Так, стимулом к назначению атипичных нейролептиков стали данные исследований о более низкой частоте развития экстрапирамидных осложнений, тяжело переносимых пациентами с психической патологией, что повышает комплаентность и эффективность лечения. Таким образом, увеличение частоты использования атипичных нейролептиков должно сопровождаться снижением частоты развития экстрапирамидных осложнений. Это должно привести к изменению уровня потребления лекарственных средств-корректоров побочных эффектов нейролептической терапии.

Цель: оценить взаимосвязь изменения структуры потребления нейролептиков и динамики использования лекарственных средств-корректоров побочных эффектов нейролептической терапии в психиатрическом стационаре за период 2008-2012гг.

Материалы и методы: были проанализированы данные аптеки о закупках медикаментов за 2008-2012гг. С использованием методологии ATC/DDD было рассчитано потребление типичных и атипичных нейролептиков и лекарственных средств-корректоров экстрапирамидных побочных эффектов нейролептической терапии (суммарно для каждого международного непатентованного наименования (МНН)) за каждый год анализа в единицах DDD/100 койко-дней.

Результаты. За период 2008-2012 гг. в психиатрическом стационаре назначались атипичные нейролептики клозапин, кветиапин, оланзапин, рисперидон, сульпирид, амисульпирид, зипрасидон, арипипразол, сертиндол, палиперидон и закупленный в 2012 г. азенапин. Общее потребление атипиков увеличилось с 22,5 DDD/100 койко-дней в 2008 до 32,6 DDD/100 койко-дней в 2012, с максимальным потреблением в 2011 году равным 35,8 DDD/100 койко-дней. На фоне роста потребления атипичных нейролептиков в 2010 году наблюдался минимум потребления типичных нейролептиков (67 DDD/100 койко-дней), а также нейролептиков в целом (96,6 DDD/100 койко-дней), что может быть следствием перераспределения затрат и причиной снижения доступности нейролептиков для пациентов психиатрического стационара. В качестве корректоров побочных эффектов нейролептической терапии назначались лекарственные средства различных групп по АТС классификации: антипаркинсонические антихолинергические средства (код N04A) тригексифенидил и бипериден, антипаркинсонические средства, действующие на систему дофамина (код N04A) амантадин, а также миорелаксант центрального действия (код M03B) толперизон. Потребление тригексифенидила за период наблюдения колебалось в пределах 3,3-4,3 DDD/100 койко-дней, имело тенденцию к увеличению и не снижалось в 2011 году, когда наблюдался максимум потребления атипичных нейролептиков. В 2012 году в качестве корректора стал впервые использоваться бипериден, и было отмечено максимальное суммарное потребление всех корректоров, составившее 5,4 DDD/100 койко-дней.

Выводы. Таким образом, за период 2008-2012 гг., в психиатрическом стационаре не произошло уменьшения потребности в корректорах экстрапирамидных осложнений нейролептической терапии, несмотря на расширение использования атипичных нейролептиков. Наряду с недорогим тригексифенидилом, в практику внедряются более дорогостоящие препараты амантадина, бипериден, тизанидина. Причинами неизменной частоты назначения тригексифенидила и назначения других корректоров могут быть нерациональная нейролептическая терапия (одновременное назначение нескольких нейролептиков, в том числе комбинирование типичных и атипичных нейролептиков), врачебные стереотипы назначения корректоров как с лечебной, так и с профилактической целью, назначение корректоров под давлением пациентов, а также рекламная деятельность производителей.

ОЦЕНКА ТЕРАПИИ ВЕЛАКСИНОМ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ

Вальздорф Е.В., Лисенкова О.А.

Иркутск
ФБГУЭП,
ООО Иркутский городской центр молекулярной диагностики

Цель исследования: изучить и оценить эффективность антидепрессанта из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) Велаксина при терапии депрессивного синдрома в рамках таких заболеваний как: кратковременная тревожно-депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации, депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести у лиц, являющихся студентами высшего учебного заведения (ВУЗа).

Материал и методы: материалом для исследования послужили 35 студентов ВУЗа мужского (10 человек) и женского (25 человек) пола в возрасте от 18 до 24 лет. Использовались клинико-психопатологический и патопсихологический методы исследования с включением шкалы Гамильтона для выявления тревоги и депрессии, а также опросников (MMPI-модификация СМОЛ и суицидального риска).

Результаты и их обсуждение: во время первых бесед студенты предъявляли жалобы на апатию, чувство тревоги, нарушение сна («ночью часто просыпаюсь«), нежелание посещать лекционные и семинарские занятия, сонливость в дневное время, эмоциональную лабильность («часто плачу без видимых причин«), повышенную раздражительность, слабость, утомляемость, суицидальные мысли и намерения. В процессе проведения консультаций было рекомендовано начать прием антидепрессанта из группы СИОЗСН Велаксина в дозе 37,5 мг в сутки с постепенным наращиванием дозы препарата до 100 мг в сутки в 2 приема в виде монотерапии. На третий день лечения Велаксином студенты отметили улучшение настроения, исчезновение дневной сонливости и плаксивости. На первой и второй неделе терапии препаратом Велаксин студенты во время повторных врачебных бесед подчеркнули отсутствие чувства тревоги, появилось желание посещать лекционные и семинарские занятия в ВУЗе. На третьей и четвертой неделе терапии психическое состояние студентов стало стабильно хорошим, исчезли суицидальные мысли и намерения причинить себе самоповреждения. На пятой и шестой неделе, на фоне положительного эффекта от применяемой монотерапии, было рекомендовано постепенно снизить дозу препарата сначала до 75 мг в сутки в 2 приема, а затем до 37,5 мг в сутки в 1 прием через каждые 3-4 дня. На фоне снижения дозы препарата Велаксин состояние психического здоровья студентов по-прежнему сохранялось стабильно хорошим. На седьмой неделе терапии антидепрессант был полностью отменен.

Выводы: антидепрессант Велаксин можно назначать при терапии депрессивного синдрома студентам высших учебных заведений 1-5 курсов с постепенным наращиванием дозы до 100-150 мг в сутки и постепенным ее снижением до 37,5 мг в 1 прием на фоне полученного положительного терапевтического эффекта от назначенной монотерапии.

СЕМНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ В ОСТРОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Вербенко В.А., Строевская И.А.

Симферополь
Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, ГБУЗ РК Крымская республиканская КПБ №1

С 1998 года в ГБУЗ РК «Крымская Республиканская Клиническая Психиатрическая больница №1» последовательно внедрялись следующие атипичные антипсихотики(ААП): рисперидон, оланзапин, амисульприд, кветиапин, сертиндол, палиперидон, арипипразол, рисперидон пролонгированная форма. Общими свойствами этих препаратов являются: способность купирования продуктивной и негативной симптоматики, отсутствие или слабовыраженные экстрапирамидные симптомы, восстановление или сохранение когнитивных функций. Благодаря этим особенностям постепенно уменьшается количество поступающих в стационар, часть пациентов получают лечение в амбулаторных условиях, увеличилась приверженность к поддерживающей терапии, а так же изменился облик острого психиатрического отделения в целом. Для выявления особенностей терапевтического действия разных ААП у конкретного больного были проанализированы истории болезней 200 пациентов, которые в разное время лечения принимали данные препараты в виде монотерапии. Выборку составили пациенты мужского пола в возрасте от 20 до 40 лет. Распределение по нозологиям, согласно МКБ-10 было следующим: шизофрения – 80%, шизоаффективное расстройство маниакальный тип – 15%, биполярное расстройство, маниакальный эпизод – 5%. Пациенты имели выраженные побочные эффекты при приеме традиционных нейролептиков. Ведущими синдромами при шизофрении были галлюцинаторно-параноидный, кататонический ступор(рецепторный), кататоническое возбуждение, выраженные структурные расстройства мышления, эмоционально-волевые нарушения.

В процессе лечение разными ААП имело место положительная динамика со стороны как негативной, так и позитивной симптоматики. При анализе историй болезней выявлены следующие закономерности: каждый из препаратов имеет свои особенности: для купирования галлюцинаторно-параноидной симптоматики наиболее эффективны рисперидон и амисульприд. Оланзапин оказывает наиболее мощное действие при купировании кататонических синдромов, шизоаффективных расстройств, маниакальных эпизодов биполярно-аффективного расстройства. Кветиапин показывает хороший эффект при лечении маниакальных состояний, но в некоторых случаях хорошо купирует галлюцинаторно-параноидный синдром. Эффективность кветиапина сопоставима с оланзапином, но такие побочные эффекты как увеличение массы тела, гиперпролактинемия, седация выражены в значительно меньшей степени. Преимущество имеет форма сероквель пролонг ввиду удобства приема. Палиперидон и палиперидон пальмитат дают хороший эффект постепенно, при длительном применении, как у пациентов с первым психотическим эпизодом, так и у хронических больных шизофренией. Сертиндол в небольшом количестве случае оказал положительный эффект у больных шизофренией с выраженным галлюцинаторно-параноидным синдромом, а так же при постшизофренических депрессиях с когнитивными расстройствами. Арипипразол, являющийся антагонистом дофаминовых рецепторов D2 подтипа в мезолимбическом пути, при этом обладая уникальным свойством частичного агонизма к тем же рецепторам в мезокортикальном пути, показал хороший эффект у длительно болеющих шизофрений со стойким галлюцинаторно-параноидным синдромом, выраженными структурными расстройствами мышления, нарушениями поведения. Важно отметить, что хорошая переносимость препарат всегда коррелирует с эффективность лечения. Однако, в описанных случаях применения ААП, мы далеко не всегда получаем ожидаемые результаты. Возникает вопрос: почему при схожей симптоматике пациенты реагируют на препараты по-разному? Вероятно, ответ можно найти в результатах исследований М.О. Гуревича, которые доказывают, что в формировании психических заболеваний имеют значение факторы: общемозговой, локальномозговой и конституциональный. Этим же можно объяснить не только различные терапевтические ответы на фармакотерапию, но и индивидуальную переносимость препарата.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУЛЬПИРИДА У БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНЦЕНТРАЦИИ СЕРОТОНИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

Вильянов В.Б., Кременицкая С.А., Соловьева Н.В.

Москва
Научный центр персонализированной психиатрии

Под наблюдением в Научном центре персонализированной психиатрии находились 132 больных с тревожными расстройствами, которым проводилась оценка концентрации серотонина сыворотки крови. Из них 67 человек мужского пола и 65 человек женского пола. Возрастное распределение: подростки от 11 до 18 лет – 31 человека (19 мальчиков и 12 девочек), взрослые (от 18 до 60 лет) – 80 человек (39 мужчин и 41 женщин), пожилые (старше 60 лет) – 21 человек (9 мужчин и 12 женщин). Оценка уровня серотонина производилась в лаборатории ИНВИТРО. Уровень тревоги оценивался по шкале тревоги Гамильтона (HARS).

Средний уровень серотонина составил 248 нг/мл, средний уровень тревоги оценивался в 24 балла. В большинстве случаев концентрация серотонина сыворотки крови была повышена (выше 220 нг/мл), в части случаев – уровень серотонина был в рамках нормы (от 40 до 220 нг/мл), в некоторых случаях наблюдалось понижение серотонина (ниже 40 нг/мл). Повышенный серотонин наблюдался у 81 больных, что составило 61,3% от всех больных с тревожными расстройствами. Нормальный уровень серотонина наблюдался у 24 больных (25,8%). Снижение серотонина было у 27 больных (20,5%). Средняя оценка тревоги по шкале HARS при повышенном серотонине составила 26 баллов, при нормальном и пониженном серотонине – 19 баллов.

Сульпирид назначался в суточной дозе от 50 до 400 мг. Средняя длительность терапии сульпиридом превысила 90 дней. Положительный клинический эффект монотерапии сульпиридом наблюдался в группах пациентов с повышенным и нормальным уровнем серотонина, в этих группах оценка тревоги по шкале HARS составила 17 баллов и ниже. Группа с нормальной концентрацией серотонина при повторной оценке оставалась в рамках нормы, группа с повышенной концентрацией серотонина демонстрировала его снижение до нормаль-

ных цифр. Группа с пониженной концентрацией серотонина не давала клинического эффекта при терапии сульпиридом. Средний уровень серотонина после 3 месяцев терапии составил 157 нг/мл.

Клинический эффект сульпирида при терапии тревожных расстройств можно объяснить высоким сродством к 5-НТ2а-рецепторам. Сульпирид демонстрирует свою эффективность в зависимости от концентрации серотонина в сыворотке крови. Сыворотка является результатом центрифугирования крови и разрушения всех ее форменных элементов. Серотонин сыворотки крови, в основном, состоит из тромбоцитарного серотонина, и дает косвенную оценку активности серотонинергической системы головного мозга. Можно допустить, что оценка серотонина сыворотки крови является маркером прогноза эффективности сульпирида при терапии тревожных расстройств.

К ВОПРОСУ О ДИНАМИКЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Волков В.П.

Тверь
Тверской Центр судебных экспертиз

Введение. Всестороннее изучение клинических аспектов нейролептической кардиомиопатии (НКМП), обусловленной побочным кардиотоксическим действием антипсихотических препаратов, является весьма актуальным, так как антипсихотики занимают лидирующее место в лекарственной терапии психозов, а также широко применяются в соматической медицине и при самолечении.

НКМП относится к группе вторичных специфических (метаболических) дилатационных кардиомиопатий и характеризуется такими морфо-функциональными и клиническими проявлениями, как диффузное поражение миокарда, резкое снижение его сократительной функции и, как следствие, прогрессирующая застойная хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

В развитии НКМП выделяются две стадии: I ст. – латентная, клинически полностью компенсированная и II ст. – манифестная, осложненная присоединением ХСН. Летальный исход при латентном течении НКМП либо наступает от интеркуррентных заболеваний, либо является внезапной сердечной смертью (ВСС), обусловленной фатальной аритмией. В манифестную стадию непосредственной причиной смерти служит, как правило, прогрессирующая ХСН вследствие нарастающей миокардиальной дисфункции.

Углубленный анализ показывает, что манифестная стадия НКМП, в свою очередь, может быть подразделена, в зависимости от степени выраженности ХСН, на 2 фазы: ст. II-а – развернутая и ст. II-б – терминальная. В развернутой стадии клиника НКМП проявляется достаточно отчетливо, но отсутствуют или слабо заметны признаки ХСН. Терминальная стадия характеризуется нарастанием проявлений фатальной ХСН.

В связи с изложенным, представляет практический интерес проследить динамику артериального давления (АД) в ходе развития НКМП. До настоящего времени АД служит достаточно информативным маркером функционального состояния сердечнососудистой системы, а его измерение, обычно не представляющее особого труда, является рутинным методом обследования больных. Вместе с тем, этот вопрос относительно НКМП остается пока без должного внимания.

Цель исследования. Изучить динамику АД у больных шизофренией при развитии у них НКМП, учитывая стадийность заболевания.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни и протоколы вскрытий 78 умерших больных шизофренией (мужчин – 53, женщин – 25), у которых на аутопсии обнаружена НКМП. В возрасте до 50 лет было 43 человека, старше – 35.

У 44 умерших заболевание находилось в I (латентной) стадии, у 34 – во II (манифестной) стадии (ст. II-а – 12, ст. II-б – 22).

Результаты исследования обработаны статистически (компьютерная программа «Statistica 6,0») с уровнем значимости различий 95% и более ($p \leq 0,05$).

Результаты и обсуждение. Оказалось, что частота того или иного варианта АД во всех стадиях НКМП не зависит от возраста. Разница в показателях у больных моложе и старше 50 лет является случайной.

В латентной стадии (ст. I) статистически значимо и существенно (практически вдвое) преобладают нормо- и гипотензия. Незначительная артериальная гипертензия (АГ) наблюдается лишь примерно в ⅓ случаев.

В развернутой стадии НКМП (ст. II-а) одинаково часто встречается как стабильно нормальное (и даже чуть пониженное) АД, так и лабильное с тенденцией к умеренной АГ (разница в соответствующих показателях недостоверна). И, наконец, в терминальной стадии (ст. II-б) почти у 60% больных отмечается нормо- и гипотензия, чуть более чем у j – умеренная АГ, а у 13,6% АД постоянно превышает 150/100 мм рт. ст. Достоверных различий между частотой нормального АД и частотой АГ нет. В целом, частота АГ при НКМП составляет, по нашим данным, 37,2%. Полученные данные дают основание для некоторых рассуждений и обобщений.

Известно, что одной из проблем, часто возникающих при назначении большинства нейролептических препаратов (главным образом – традиционных антипсихотиков), является заметное снижение АД. Однако в ходе антипсихотической терапии у ряда психически больных при развитии НКМП может наблюдаться процесс, прямо противоположный описанному понижению АД – выраженная в той или иной степени АГ. Это связанно, на наш взгляд, с ремоделированием сердца и компенсаторной гипертрофией части кардиомиоцитов.

Нельзя также исключить и влияние на повышение АД при длительном приеме антипсихотических средств, то есть в период терминальной стадии НКМП, побочного эффекта этих препаратов в отношении нейроэндокринных функций организма. Речь идет об элементах метаболического синдрома (МС), одним из которых является АГ. Так, по нашим данным, наблюдается сильно выраженная корреляция частоты повышенного АД со степенью упитанности умерших больных (r=0,84). При этом 70,6% изменений АД связано именно с увеличением массы тела, которое относится к одному из кардинальных признаков МС. Вместе с тем, доказано, что ожирение и повышение массы тела могут нанести серьезный вред соматическому здоровью пациентов, так как они ассоциированы с АГ, сахарным диабетом 2-го типа, ишемической болезнью сердца и другими проявлениями атеросклероза.

Выводы. Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1) частота того или иного варианта АД во всех стадиях НКМП не зависит от возраста больных;

2) в латентной стадии (ст. I) существенно преобладают гипо- и нормотония;

3) в развернутой стадии (ст. II-а) одинаково часто встречается стабильно нормальное и лабильное АД с тенденцией к умеренной АГ;

4) в терминальной стадии (ст. II-б) у j больных наблюдается умеренная АГ, а у 13,6% пациентов выраженная стабильная АГ;

5) в целом, частота АГ при НКМП составляет, по нашим данным, 37,2%;

6) колебания частоты встречаемости того или иного уровня АД, выявленные в процессе развития НКМП, связаны

с разнообразными побочными эффектами антипсихотических препаратов, используемых при лечении шизофрении.

ДВИЖЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТЕРАПИИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ АТИПИЧНЫМ НЕЙРОЛЕПТИКОМ

Газизуллин Т.Р., Яхин К.К.

Казань
Казанский ГМУ

Качественный результат терапевтической ремиссии при шизофрении характеризуется не столько редукцией позитивных психопатологических синдромов (галлюцинаторно – параноидный синдром, аффективные расстройства, психомоторное возбуждение), сколько снижением уровня эмоционально–волевого дефекта и когнитивных нарушений, что положительно влияет на функциональную активность больных, их работоспособность и общую социальную адаптацию. Достижение подобных результатов стало реальным после внедрения в клиническую практику атипичных нейролептиков.

Однако четких доказательных принципов их применения, в зависимости от психопатологической картины заболевания, анамнестических, общемедицинских факторов, в настоящее время имеется недостаточно.

Нами был проведен анализ редукции психопатологической симптоматики при терапии параноидной шизофрении сертиндолом. В исследование были включены 54 человека, средний возраст–39,06±6,3 лет, возраст начала заболевания–32,8±5,3 года, длительность заболевания–16,8±7,6 лет. Исследование проводилось на базе 6 и 8 мужских отделений РКПБ МЗ РТ им. акад. В.М.Бехтерева. Средняя терапевтическая доза сертиндола составила 14,74±3,5 мг. Сертиндол использовался как основной препарат, на фоне которого, при необходимости, дополнительно назначались другие психотропные средства, но не нейролептики. Продолжительность курсовой терапии достигала 70 дней, оценка велась на 1, 7, 14, 28, 42, 56, 70 дни исследования.

В ходе терапии унифицированная количественная оценка динамики психопатологической симптоматики велась при помощи общей психопатологической шкалы, где выраженность синдрома оценивалась по 7 балльной оценке, где 1 – отсутствие синдрома, 7 – крайняя выраженность синдрома. Острая бредовая симптоматика присутствовала у 3 больных (5,5%), аффективно–параноидная – у 11 (20,4%), кататоно–параноидная–у 3 (5,5%), галлюцинаторно–параноидная – у 11 (20,4%), развернутая парафренная–у 2 (3,7%), полиморфная дефицитарная–у 24 человек (44,5%).

На фоне терапии сертиндолом, наблюдалась редукция основных психопатологических синдромов, но характер и скорость его была различной. Максимальная редукция отмечалась у больных с острым бредовым синдромом, достоверная динамика достигалась к 14 дню терапии. Менее выраженная редукция отмечалась при галлюцинаторно-параноидных, аффективно-параноидных синдромах, достигая достоверных и высоко достоверных значений на 2-4 неделях лечения. С 28 дня терапии на фоне исчезновения галлюцинаторно-бредовой симптоматики, ведущими становились симптомы умеренного эмоционально-волевого снижения. На фоне продолжающейся терапии больные становились более активными, эмоционально отзывчивыми и заинтересованными в социальном взаимодействии с окружающими и труде. Часто у больных проявлялась формальная критика к заболеванию, появлялся положительный настрой на прием поддерживающей терапии, что приводило к улучшению социального функционирования больных.

Наиболее резистентной к терапии сертиндолом оказалась развернутая парафренная, кататоно-параноидная, полиморфная дефицитарная симптоматика, где редукция основных симптомов была незначительной.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ПАРОКСЕТИН И АЗАФЕН В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНО-ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

Гончарова Е.М., Гончарова С.А., Изотова Е.А., Щукина Е.П.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Цели и задачи. Совершенствование технологии терапии аффективных расстройств у больных с депрессивно-ипохондрическими нарушениями, сравнительная оценка эффективности пароксетина и азафена у больных с депрессивно-ипохондрическим синдромом, определение побочных эффектов и мер их предупреждения, повышение комплаентности у больных.

Материалы и методы. Проведено клиническое изучение эффективности препаратов пароксетин и азафен у больных с депрессивно-ипохондрическими расстройствами непсихотического уровня. Длительность заболевания у всех обследуемых пациентов составляла от 3-х до 7 лет. В исследовании использовался клинический метод, а так же методики объективного обследования: шкалы Гамильтона, Бека, HADS. Было обследовано 35 больных, средний возраст 45,2±3,1года, все обследуемые были женского пола. У всех пациенток ранее проводились курсы психофармакотерапии нейролептиками и трициклическими антидепрессантами (амитриптилин). Больные были разделены на 2 группы: пациенты из 1-ой группы (18 человек) получали пароксетин, пациенты из 2-ой группы (17 человек) – азафен. Дозировка пароксетина достигала 40 мг в сутки, азафена – до 200 мг в сутки.

Результаты. При проведении терапии в первой группе к 7 дню терапии пациенты субъективно отмечали улучшение самочувствия, объективно подтвержденные данные наблюдались к 18 дню с последующим катамнестическим наблюдением у 14 больных (77,8%). В одном случае (5,6%) отмечены побочные эффекты в виде астении, бессонницы, тошноты. В 3 случаях (16,6%) объективно существенного изменения состояния не отмечалось. Во второй группе субъективно улучшение отмечалось на 15-16 день терапии, объективно на 28-35 день терапии у 11 больных (64,7%). При катамнестическом наблюдении в 3 случаях (17,6%) отмечено возвращение симптомов депрессии. У 2 больных (11,7%) наблюдались выраженные побочные эффекты в виде головной боли, головокружения и тошноты. У 4 пациенток (23,5%) существенного улучшения состояния не наступило. В одном случае не было отмечено эффекта от проводимой терапии. В обеих группах среди пациенток отмечался высокий комплаенс, что, по-видимому, связано с однократным либо двукратным приемом препарата в течение суток. У больных как 1-ой, так и 2-ой группы побочные эффекты вызывали существенное беспокойство и трактовались ими как ухудшение состояния. В связи, с чем требовалось дополнительное применение нейролептических средств и коррекции дозы антидепрессанта.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования препарат пароксетин показал более высокую эффективность у пациентов с депрессивно-ипохондрическим синдромом. При применении данного препарата в более ранние сроки пациенты отмечали субъективно улучшение самочувствия, также раньше наступали объективно подтверждаемые из-

менения. В группе пациентов, получавших азафен, в большем проценте случаев наблюдались побочные эффекты после приема препарата, также у большего числа пациентов не отмечено ответа на терапию. В отношении комплаенса в обеих группах существенного различия выявлено не было.

РОЛЬ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА В ВОПРОСАХ ПЕРЕНОСИМОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Горобец Л.Н., Литвинов А.В., Василенко Л.М., Иванова Г.П., Буланов В.С., Царенко М.А.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

На современном этапе развития психофармакотерапии (ПФТ) все чаще обращается внимание на роль гендерного фактора, влияющего на эффективность и переносимость антипсихотических препаратов у психически больных. Анализ научной литературы базы данных PubMed с 1990 г. с помощью поисковых терминов: половые различия, антипсихотики, шизофрения, фармакокинетика, фармакодинамика, фармакогеномика, а также публикаций из списков литературы к оригинальным статьям, касающимся специфичности по полу в отношении эффективности и побочных эффектов антипсихотиков, обнаружил более 200 работ, в которых обсуждаются различные аспекты указанной проблемы. В большинстве исследований пол ассоциируется с такими факторами, как возраст, начало заболевания, генетика и др. В ряде работ приводятся данные о роли гендерного фактора в формировании таких нейроэндокринных дисфункций (НЭД), как прибавка массы тела, метаболический синдром, нейролептическая гиперпролактинемия (НГП), репродуктивные дисфункции, и подчеркивается, что эти нарушения у женщин отличаются от мужчин не только по распространенности, но и по проявлению клинических симптомов, связанных с побочными эффектами антипсихотиков.

Так, результаты исследований, проведенных в отделе психиатрической эндокринологии Московского НИИ психиатрии в 2002-2007 гг., показали, что частота формирования НЭД при длительной (18 месяцев) монотерапии антипсихотиками второго поколения (АВП) – оланзапином, рисперидоном, клозапином, кветиапин, амисульпридом у женщин значимо ($p<0,01$) превышает таковую у мужчин (43,6% и 18,2% соответственно). Анализ частоты встречаемости НЭД при монотерапии отдельным препаратом показал, что у женщин НЭД формируются достоверно ($p<0,01$) чаще при терапии всеми указанными препаратами, исключая кветиапин. Формирование НЭД у мужчин происходит практически с равной частотой при терапии рисперидоном, клозапином и кветиапином. При терапии оланзапином НЭД у мужчин формируются чаще (различия не достигают степени значимости), а при терапии амисульпридом – значимо ($p<0,01$) реже по сравнению с пациентами, находящимися на терапии клозапином, рисперидоном и кветиапином. У женщин НЭД формируются значимо ($p<0,01$) реже при терапии кветиапином (межгрупповые сравнения с учетом гендерного фактора). Кроме того, спектр клинических проявлений НЭД у женщин более широкий по сравнению с пациентами мужского пола. Приведенные данные о роли гендерного фактора в формировании НЭД у психически больных при проведении антипсихотической терапии свидетельствуют о необходимости учета этих параметров в психиатрической практике. Следует также подчеркнуть, что проблема переносимости в настоящее время более актуальна и значима по сравнению с вопросами эффективности антипсихотиков, поскольку именно непереносимость или плохая переносимость являются одной из наиболее частых причин несоблюдения режима терапии вплоть до полного отказа от нее. Все это, безусловно, требует дальнейших всесторонних исследований указанной проблемы с целью уточнения участия гендерного фактора в патобиологических механизмах шизофрении и разработке клинических, диагностических и терапевтических показаний к назначению антипсихотической терапии с учетом указанных параметров. Перспективным направлением для будущих исследований представляется создание обширной базы данных по гендерноспецифичным различиям в фармакокинетике и фармакодинамике препаратов. Дальнейшие исследования в этой области помогут систематизировать информацию с целью разработки терапевтических рекомендаций и алгоритмов для повышения качества лечения пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНИЯ И ТЕРАПИИ АСТЕНИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Гречко Т.Ю., Васильева Ю.Е.

Воронеж
ВГМУ

Существует некий парадокс отношения к астении. Уже давно к этому состоянию «приклеился» ярлык неспецифического синдрома. Специалисты всех профилей констатируют наличие астении у своих пациентов, но не часто занимаются ее терапией и иногда не вполне понимают природу этого расстройства. И все это происходит при весьма высокой обращаемости пациентов с астеническими симптомами к врачам – до 64%. Многие специалисты расценивают астению как, безусловно, вторичное расстройство и предпочитают не заниматься вопросами терапии астенических состояний (Гречко Т., Васильева Ю., 2014)

Одной из проблем, связанных с диагностикой астенических расстройств является разделения понятий «астения» и «утомление». Утомление (физиологическая усталость) наступает после какой-либо деятельности, нагрузки. Это абсолютно нормальное физиологическое явление, которое защищает нас от перегрузок после достижения критического уровня напряжения. Чувство усталости зависит от результата нашей деятельности. Чем выше результат, тем «приятнее» усталость и тем легче мы к ней относимся. Не зря, видимо, неврастению считают болезнью «бесполезного труда». Кроме того, утомление возникает и исчезает практически ежедневно. Это обычные колебания, не требующие какой-либо коррекции.

Очень важным в диагностике астении, является выявление следующих моментов: наличие больших усилий для достижения прежнего результата; снижение чувства удовлетворения от усилий прежней интенсивности, которые в данный момент кажутся чрезмерными; снижение качества отдыха.

Вопрос о том, нужно ли лечить астению скорее риторический. Здесь важно определиться в тактике. В настоящей статье мы скорее хотим обратить внимание на тенденции в терапии классических астенических симптомов. Например, при выявлении астении у студентов.

Понятие антиастенической терапии на сегодняшний день является весьма собирательным, поскольку антиастенический эффект заявлен у большого числа препаратов. Традиционно использование «мягких» анксиолитиков, фитопрепаратов, витаминотерапии (Арана Д., Розенбаум Д., 2006).

Цель: одним из направлений нашей работы является поиск вариантов терапии астенических расстройств у студентов, с учетом особенностей условий, вызывающих заболевание (большие психоэмоциональные нагрузки, погрешности питания, возможное употребление алкоголя и никотина, гиподинамия, нерациональный режим и т.д.).

Материалы и методы: существует направление, которое представляется нам перспективным. Это назначение веществ с высокой антиоксидантной активностью. В зависимости от клиники они могут назначаться в комплексе терапии, либо в качестве монотерапии (Шацберг А. Ф., Коул Д. О., ДеБаттиста Ч., 2013).

Выводы: нами рассматривается возможность применения препарата «Тиоктацид БВ» (тиоктовая кислота), относящийся к группе метаболических средств и являющийся эндогенным антиоксидантом, защищающим клетки от токсического действия свободных радикалов и обезвреживающим экзогенные токсические соединения, проникшие в организм, посредством повышения концентрации эндогенного антиоксиданта глютатиона. Кроме того, возможно использование комплекса Livelon +, в состав которого входят 10 антриоксидантов, обладающих каскадным механизмом действия (убихинол, экстракт зеленого чая, экстракт облепихи, ресвератрол, астаксантин, ликопин, экстракт ягод асаи, хлорофилл, селенометионин, экстракт амаранта).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОФИЛЯ ЭПС НЕКОТОРЫХ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ

Дмитриев М.Н.

Ростов-на-Дону
Ростовский ГМУ

Современная тенденция на внедрение полипотентных атипичных антипсихотиков второго поколения (АА) была во многом обоснована их способностью действовать на более широкий спектр шизофренических проявлений. При этом они должны обладать иным профилем нежелательных явлений – прежде всего не вызывать экстрапирамидных нарушений (Мосолов С.Н., 1996; Шейдер Р., 1998; Stahl S., 2001). Однако накопились данные, что экстрапирамидный синдром (ЭПС) встречаются при терапии АА, но имеет иной спектр, чем при терапии традиционными нейролептиками, где доминируют такие проявления, как акатизия и тасикинезия. Частота развития ЭПС зависит от дозы и вида АА (Haddad P., Sharma S., 2007). Частота ЭПС накапливается при повторном применении АА, особенно при комбинированной терапии нейролептиками или частой смене препаратов. По собственным данным (Дмитриев М.Н., 2006, 2010; Приходько П.А. и соавт., 2010; Дмитриев М.Н. и Приходько П.А., 2013) виды этих нарушений могут иметь различную иную предпочтительность.

В связи с чем, актуальность настоящего исследования определялась изучением особенностей профиля действия отдельных АА, а также их возможного индуцирующего влияния в отношении экстрапирамидных расстройств, что может служить дополнительными рекомендациями к клинической предпочтительности. Целью исследования являлось сравнение особенностей терапевтического эффекта арипипразола (Ар), оланзапина (Ол) и палиперидона (Пал) и их способности вызывать различные варианты ЭПС при курсовой базовой терапии больных шизофренией.

Материалы и методы. В исследование включены результаты лечения 36 человек с диагнозом «параноидная шизофрения» в возрасте – 27±9 лет, которые получали базовую терапию одним из препаратов. Дозы АА были выравнены по «хлорпромазиновым эквивалентам» (Вудс, Скотт В., 2009) и соответствовали 200 мг хлорпромазина, что составило для Ар – 15 мг/сут, для Ол – 10 мг/сут, для Пал – 6 мг/сут.

В исследование были отобраны пациенты- респондеры, которые дали позитивный терапевтический эффект на лечение АА в течение 4-5 недель, что выражалось в редукции суммарного балла по PANSS на 30% и более, а также критериям выраженная или умеренная эффективность по шкале CGI-E и 1-2 балла (очень значительное улучшение или значительное улучшение) по шкале CGI-I (Clinical Global Impression, Guy W., 1976 г.).

Наличие ЭПС определяли на 28-35 день терапии при рутинном неврологическом обследовании, а также использовали метод интервью для субъективной оценки степени дискомфорта. Для стандартизированной оценки степени выраженности различных вариантов ЭПС применяли Шкалу Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов (Simpson-Angus Scale – Simpson GM, Angus JWS, 1970), Шкалу лекарственно-вызванной акатизии Барнса (Barnes Akathisia Scale – Barnes TR, 1989 г.), Шкалу оценки экстрапирамидных симптомов (ESRS – Extrapyramidal Rating Scale – Chouinard G, Ross-Chouinard A, Annable L, et al., 1980 г.).

В соответствии с основными группирующими критериями пациенты были разделены на 3 группы: группу Ар – терапию которым проходили 15 человек, группу Ол – которым лечились 13 человек, а в группу Пал вошли соответственно 8 пациентов.

Результаты исследования уровня ЭПС к 28-35 дню лечения были следующими. В целом в 72,0% случаев регистрировалась субъективно не значимая ЭПС (не предъявлялась в качестве жалоб, определялась минимальная неврологическая симптоматика при целенаправленном исследовании). В 11,1% наблюдений ЭПС не отмечали. У 16,7% пациентов возникли жалобы на те или иные варианты ЭПС, которые регистрировались при неврологическом обследовании.

При исследовании по шкалам обнаружили следующие показатели. Степень выраженности паркинсонизма в баллах, определяемого по шкале SAS (от 0 до 36), составила следующие значения в группах: Ар – 7,3±3,7; Ол – 7,5±1,5; Пал – 5,0±1,1. Степень выраженности акатизии в баллах, определяемой по шкале BAS, составила следующие значения в группах: Ар – 2,6±1,7; Ол – 1,8±0,8; Пал – 3,5±0,5. Степень выраженности острой дистонии в баллах, определяемой по шкале дистонии ESRS, составила следующие значения в группах: Ар – 1,0±0,6; Ол – 0,5±0,3; Пал – 0,5±0,5. Степень выраженности дискинезии в баллах, определяемой по шкале дискинезии ESRS составила следующие значения в группах: Ар – 0,3±0,3; Ол – 0,3±0,3; Пал – 0,5±0,5.

Анализ клинических вариантов ЭПС показал, что паркинсонизм отмечался при применении всех исследуемых АА, но уровень его был выше в группах оланзапина и арипипразола. Акатизия оказалась наиболее выражена в группе палиперидона, средней в группе арипипразола и минимальной в группе оланзапина. Во всех случаях, когда регистрировались признаки паркинсонизма и акатизии, степень их выраженности была легкой, однако в отдельных случаях требовалось назначение корректоров. Дистонические реакции и дискинезии практически не встречались или были минимально выражены и субъективно не значимы во всех группах. Следует отметить, что у большинства пациентов, участвовавших в исследовании, на фоне терапии исследуемыми АА признаки ЭПС были субъективно малозначимы, не отражались в жалобах и регистрировались лишь при целенаправленном неврологическом обследовании, либо вовсе не отмечались. Однако в части случаев симптоматика ЭПС была достаточно выраженной и высказывалась в виде спонтанных жалоб, что может требовать добавления корректоров или приводить к смене препарата.

Таким образом, изучаемые АА проявляли экстрапирамидные расстройства, как побочный эффект, которые разнообразны по своим проявлениям. Они редко достигали выраженного уровня, но в ряде случаев могут быть сопоставимы с побочными эффектами традиционных нейролептиков.

С учетом терапии в дозах, характерных для поддерживающего этапа лечения шизофрении, вид и выраженность ЭПС эффектов этих АА могут служить ориентирами в предпочтениях как выбора того или иного препарата в амбулаторной практике и обоснованности выбора корректора.

Это тем более важно, что применение корректоров из группы холинолитиков может усугублять когнитивные нарушения (Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н., 2015), что особенно актуально при длительной терапии шизофрении. В таких случаях с собственной практике (Дмитриев М.Н., Приходько П.А., 2013) предпочитали использовать амантадин в случаях ЭПС на фоне терапии АА, по известным рекомендациям (Ветохина Т.Н. и соавт., 2010).

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОГО ТИПИРОВАНИЯ CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19, CYP1A2 И MDR1 В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Докукина Т.В., Махров М.В., Гайдукевич И.В., Гилеп А.А., Королевич П.П., Шеремет Е.А., Каминская Ю.М.

Минск, Беларусь
ГУ Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Введение. В последние несколько десятилетий бурное развитие получила фармакогенетика – раздел молекулярной диагностики и фармакологии, изучающий реакцию организма человека на лекарственные препараты в зависимости от генетических факторов.

Микросомальные цитохромы Р450 (CYP450), в частности семейства CYP1, CYP2, CYP3 осуществляют примерно 70-80% метаболических реакций I фазы биотрансформации клинически используемых лекарственных средств (ЛС) (Eichelbaum M., 2006). Наиболее значимыми представителями данных семейств, участвующих в метаболизме антипсихотиков являются CYP3A4, CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19, CYP1A2. Гены цитохромов CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19, CYP1A2 являются высокополиморфными.

Целью данной работы являлась разработка протоколов определения полиморфизма ключевых генов CYP 450 и транспортера лекарственных препаратов MDR1 для определения фармакогенетического статуса пациентов с целью оптимизации дальнейшей лекарственной терапии, а также оценка частоты встречаемости данных полиморфизмов среди пациентов, плохо отвечающих на фармакотерапию.

Материалы и методы. В настоящей работе использовались следующие реактивы: KCl, Tween-20, Трис(гидроксим етил)аминометан (Трис) и этилен-диаминтетраацетат натрия (Na-ЭДТА); гуанидина тиоционат («Sigma», США); дитиотреитол («Gibco BRL», США), хлорид магния («Sigma», США); смесь dNTP (Thermo Scientific, США), синтетические олигонуклеотиды («Синтол», Россия), термостабильная Taq ДНК-полимераза и буфер для амплификации (производства ИБОХ НАН Беларуси).

В исследование были включены этнические белорусы и русские обоих полов возрастом 18-50 лет, страдающие психическими расстройствами из рубрики F2, согласно МКБ 10.

Участие в исследовании являлось добровольным с подписанием информированного согласия.

ДНК выделяли из клеток буккального эпителия и слюны с помощью набора для выделения ДНК ДНК-ВК (производства ИБОХ НАН Беларуси).

Для определения полиморфизмов целевых генов применяли метод ПЦР с последующим анализом длин рестрикционных фрагментов (PCR-AFLP).

Данные генотипирования обрабатывались с помощью программного пакета Microsoft Excel 2010. Для выявления статистически значимых различий между выборками использовался многомерный критерий углового преобразования Фишера (φ).

Результаты и их обсуждение. Одной из целей данной работы была разработка надежных и воспроизводимых методик определения основных наиболее часто встречающихся в европейской популяции полиморфизмов генов белков I фазы биотрансформации ЛС и транспортеров ЛС. В результате проведенной работы были разработаны методики определения полиморфизмов CYP2C9*2, CYP2C9*3, CYP2C19*2, CYP2C19*3, CYP2D6*4, CYP1A2*1F, MDR1 C3435T. Отсутствие образования в результате реакции амплификации неспецифических продуктов и праймер-димеров позволяет четко дифференцировать тип синтезируемого ампликона, а также фрагменты рестрикции с использованием агарозного и акриламидного гель-электрофореза. Разработанные методики были валидированы секвенированием ампликонов, полученных при амплификации фрагмента генов с гомозиготными и гетерозиготными генотипами. Таким образом, разработанные методики позволяют воспроизводимо определять данные полиморфизмы.

Было прогенотипировано 117 пациентов, страдающих психическими расстройствами из рубрики F2, согласно МКБ 10.

Среди аллельных вариантов CYP2C9, связанных с фенотипом медленного лекарственного метаболизма вариант CYP2C9*2 был обнаружен у 25 человек (22%), вариант CYP2C9*3 у 11 человек (9%); среди аллельных вариантов CYP2C19, связанных с фенотипом медленного лекарственного метаболизма вариант CYP2C19*2 был обнаружен у 25 человек (22%). Неактивный аллельный вариант гена CYP2D6*4 был обнаружен у 6 пациентов (20%). Аллельный вариант CYP1A2*1F, связанный с повышенной активностью гена CYP1A2, обнаружен у 14 человек (47%). Полиморфизм C3435T гена MDR1, ассоциированный с повышенной экспрессией P-gp, был обнаружен у 79 человека (68%)

Также было проведено молекулярное типирование группы контроля, состоящей из 21 человека. Люди, входящие в контрольную группу не страдают психическими расстройствами. Среди аллельных вариантов CYP2C9, связанных с фенотипом медленного лекарственного метаболизма вариант CYP2C9*2 был обнаружен у 5 человек (24%), вариант CYP2C9*3 у 4 человек (19%); среди аллельных вариантов CYP2C19, связанных с фенотипом медленного лекарственного метаболизма вариант CYP2C19*2 был обнаружен у 5 человек (24%), вариант CYP2C19*3 обнаружен не был. Неактивный аллельный вариант гена CYP2D6*4 был обнаружен у 8 пациентов (47%). Аллельный вариант CYP1A2*1F, связанный с повышенной активностью гена CYP1A2, обнаружен у 11 человек (52%). Полиморфизм C3435T гена MDR1, ассоциированный с повышенной экспрессией P-gp, был обнаружен у 11 человека (53%)

При сравнении контрольной группы и группы пациентов не наблюдалось различий в частоте встречаемости генотипов и аллелей по полиморфизмам CYP2C9*3 и CYP2C19*3. В группе пациентов, в отличие от группы контроля были обнаружены гомозиготные генотипы по полиморфизмам CYP2C9*2 и CYP2C19*2, хотя их частота встречаемости была невысока (2%).

Интересно, что в группе контроля наблюдается более высокая частота встречаемости варианта CYP2D6*4 (генотип GA – 44%, генотип AA -6%) чем в группе пациентов (генотип GA – 17%, генотип AA -3%). Частота встречаемости «сверхбыстрого» генотипа AA по полиморфизму CYP1A2*1F не различалась в контрольной и опытной группе.

Интересные данные наблюдаются для полиморфизма C3435T гена MDR1. Из полученных данных следует, что генотип TT, являющийся благоприятным и характеризующийся пониженной экспрессией P-gp, достоверно чаще встречается в контрольной группе (48%), чем в группе пациентов (32%) ($\varphi_{эмп}=2.32$, $p\leq0.01$).

В результате проведенного генотипирования по CYP2C19*3 не было выявлено ни одного случая встречаемости

данного полиморфного варианта. Частота встречаемости данной мутации в белорусской популяции, исходя из наших данных, составляет 0% и в связи с этим ее определение в скрининговых исследованиях является экономически нецелесообразным.

По результатам генотипирования лечащие врачи получили рекомендации по каждому пациенту. Был разработан алгоритм персонального подбора дозировки или лекарственного средства для каждого обследованного пациента. При выявлении медленных аллельных вариантов CYP2C9*3, CYP2C19*2, CYP2C19*3, CYP2D6*4 снижалась дозировка соответствующих лекарственных средств. В некоторых случаях производилась замена ЛС на другое, в метаболизме которого данные цитохромы не участвуют. При выявлении «быстрого» аллеля CYP1A2*1F дозировка ЛС увеличивалась на 30% (при назначении трифлуоперазина, клозапина, оланзапина).

При выявлении генотипа CC и CT по полиморфизму C3435T гена MDR1, характеризующегося повышенной экспрессией P-gp, рекомендовалось использование высоких дозировок ЛС типичных (галоперидол, хлорпромазин, зуклопентиксол, трифлуоперазин, флупентиксол, флуфеназин) и атипичных (рисперидон, клозапин, оланзапин, кветиапин) антипсихотических лекарственных средств – субстратов гликопротеина Р или лечение альтернативными немедикаментозными методами.

В результате коррекции медикаментозной терапии на основании генетических данных у 85% пациентов наблюдалась значительная редукция психопатологической симптоматики, улучшение социального функционирования в динамике наблюдения.

Выводы. Разработан фармакогенетический тест, а также способ интерпретации персональных генетических данных в контексте психофармакологической терапии. Данный фармакогенетический тест позволяет предсказать скорость и особенности метаболизма нейролептиков в зависимости от активности вовлекаемых в его метаболизм ферментных систем и транспортеров индивидуализировать медикаментозную терапию в психиатрической практике.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЗДНИХ ДЕПРЕССИЙ ОПТИМИЗАЦИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕРАПИИ

Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И., Тихонова Ю.Г., Лукьянова А.В.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность. Снижение эффективности психофармакотерапии депрессий с увеличением возраста больных является одной из актуальных проблем научной и практической психиатрии. Среди исследований возрастных изменений эффективности терапии депрессий, наибольшее практическое значение имеет изучение причин, поддающихся внешней коррекции (в отличие от самого возраста).

Цель исследования. Изучение проблемы низкой эффективности психофармакотерапии поздних депрессий и возможностей ее коррекции путем оптимизации (вмешательств без замены препаратов). Анализ скорости развития эффекта антидепрессантов, взаимосвязи длительности и эффективности терапии и разработка методов индивидуальной оптимизации длительности психофармакотерапии депрессий позднего возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование первично было включено 378 больных (все – женщины) в возрасте от 50 до 82 лет (средний возраст 60,6±8,4 лет). Задачи следующих этапов потребовали набора дополнительной группы из 29 больных. Все больные находились на лечении в Клинике психиатрии им С.С.Корсакова УКБ№3 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова с депрессиями различного происхождения. При квалификации по МКБ-10 заболевания соответствовали критериям рубрики аффективных расстройств (F3): депрессивный эпизод, биполярное и рекуррентное аффективное расстройство, дистимия и циклотимия. У небольшой группы больных диагностирована депрессия органического генеза (F06.3).

Критерии не включения в исследование базировались на принципе исключения случаев, когда эффективность терапии депрессии принципиально зависит от неаффективных причин. В исследование не включались больные: с органической деменцией, с наркоманией и алкоголизмом, шизофренией; с галлюцинаторно-бредовыми психозами; с острыми соматическими и неврологическими заболеваниями, определяющими суммарную тяжесть состояния.

Все больные были обследованы соматически и неврологически. Применялось нейропсихологическое тестирование, нейровизуализация (компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга).

Для оценки психического состояния больных использовался клинико-психопатологический метод и стандартизированные психометрические шкалы: шкала оценки депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS); шкала оценки когнитивных функций (MMSE); краткий вариант гериатрического опросника депрессии (GDS-15).

Все больные получали психофармакотерапию антидепрессантами. Длительность наблюдения и лечения основной выборки (378 больных) составляла не менее 12 недель. В течение следующих 12 недель продолжалось наблюдение больных, сохраняющих признаки депрессии, и проводилась психофармакотерапия без изменения схемы. На основе сравнительного анализа результатов были определены наиболее эффективные методы коррекции недостаточного ответа на психофармакотерапию поздних депрессий после 12 недель адекватного применения. Проводилась разработка индивидуальных алгоритмов оптимизации и общей тактики продолжения лечения больных позднего возраста после недостаточного ответа на психофармакотерапию.

Результаты и выводы. Основное внимание уделялось изучению возможностей коррекции терапии в случаях, когда лечение поздних депрессий проводилось в соответствии с клиническими рекомендациями, но не давало результатов. В исследовании применялся методы оптимизации неэффективной психофармакотерапии – увеличение длительности лечения без изменения схемы терапии.

Выбор продления сроков лечения из возможностей оптимизации для повышения эффективности психофармакотерапии поздних депрессий был связан с исключением других возможных путей. Метод индивидуального подбора оптимальных доз антидепрессантов не показал достоверной значимости в оптимизации психофармакотерапии депрессий позднего возраста. При сравнении скорости развития действия антидепрессантов с преобладанием седативного и стимулирующего эффекта в течение 4-6 недели отмечено опережающее развитие действия седативных препаратов, к 8 неделе лечения отличия нивелируются.

Для изучения влияния продолжительности терапии на ее результат, больные поздними депрессиями были разделены по длительности психофармакотерапии на три группы: малая (4-8 недель), средняя (12 недель) и высокая (20-24 недели). В литературе положительный эффект увеличения длительности терапии доказан только до 12 недели. Значительное число больных поздними депрессиями с неполным ответом после 12 недель терапии в нашем исследовании позволило предположить, что эффективный срок продления терапии в позднем возрасте может возрастать вследствие замедления развития действия антидепрессантов, поэтому предел продления терапии в третьей группе был расширен до 24 недель. Были выявлены достоверные отличия эффективности одинаковой психофармакотерапии при

разной ее длительности. В интервале менее 8 недель результаты лечения значительно уступали результатам лечения длительностью свыше 12 недель. Сравнение результатов лечения поздних депрессий после 12 и 24 недель психофармакотерапии не несет информации из-за несопоставимости исходных выборок. Крупная и полиморфная группа поздних депрессий с 12-недельной продолжительностью терапии отличается от небольшой и относительно гомогенной группы длительной терапии по ряду значимых признаков. Интегральная тяжесть состояния группы длительной терапии (24 недель) существенно выше: после 12 недель психофармакотерапии все больные являлись нон-респондерами, тогда как в группе сравнения около половины больных к 12 неделе терапии достигли полной ремиссии. В группе поздних депрессий с продлением психофармакотерапии без изменений свыше 12 недель, к 24 неделе 63,9% больных ответили на терапию, 43,4% достигли ремиссии. Предикторами ответа при продолжении терапии поздних депрессий свыше 12 недель являлись: частичный ответ и наличие стойкой положительной динамики к 12 неделе лечения.

Таким образом, вследствие низкой скорости развития эффекта антидепрессантов в позднем возрасте, оценка состояния после 12 недель терапии поздних депрессий у большинства больных отражает только промежуточный результат лечения. Исходя из этого, случаи сомнительной эффективности психофармакотерапии после 12 недель лечения поздних депрессий тактически верно интерпретировать в сторону наличия результата и продолжать лечение без замены антидепрессантов. Другим следствием медленной скорости развития действия антидепрессантов при психофармакотерапии поздних депрессий является недостоверность критериев «раннего ответа» и невозможность их практического применения для раннего выявления и коррекции неэффективной терапии. На основе обобщения результатов исследования сформулированы показания для применения метода продления без изменения схемы психофармакотерапии поздних депрессий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПОЗДНИХ ДЕПРЕССИЙ КОМБИНАЦИИ И ЗАМЕНА АНТИДЕПРЕССАНТОВ

Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И., Тихонова Ю.Г., Лукьянова А.В.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Актуальность. Снижение эффективности психофармакотерапии депрессий с увеличением возраста больных является одной из актуальных проблем научной и практической психиатрии. Среди исследований возрастных изменений эффективности терапии депрессий, наибольшее практическое значение имеет изучение причин, поддающихся внешней коррекции (в отличие от самого возраста).

Цель исследования. Анализ возможностей коррекции неэффективной психофармакотерапии поздних депрессий путем замены и комбинирования препаратов и разработка индивидуализированных алгоритмов коррекции неэффективной психофармакотерапии депрессий позднего возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование первично было включено 378 больных (все – женщины) в возрасте от 50 до 82 лет (средний возраст 60,6±8,4 лет). Задачи следующих этапов потребовали набора дополнительной группы из 29 больных. Все больные находились на лечении в Клинике психиатрии им С.С.Корсакова УКБ№3 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова с депрессиями различного происхождения. При квалификации по МКБ-10 заболевания соответствовали критериям рубрики аффективных расстройств (F3): депрессивный эпизод, биполярное и рекуррентное аффективное расстройство, дистимия и циклотимия. У небольшой группы больных диагностирована депрессия органического генеза (F06.3).

Критерии не включения в исследование базировались на принципе исключения случаев, когда эффективность терапии депрессии принципиально зависит от неаффективных причин. В исследование не включались больные: с органической деменцией, наркоманией и алкоголизмом, шизофренией; с острыми галлюцинаторно-бредовыми психозами; с острыми соматическими и неврологическими заболеваниями, определяющими суммарную тяжесть состояния.

Все больные были обследованы соматически и неврологически. Применялось нейропсихологическое тестирование, нейровизуализация (компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга).

Для оценки психического состояния больных использовался клинико-психопатологический метод и стандартизированные психометрические шкалы: шкала оценки депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS); шкала оценки когнитивных функций (MMSE); краткий вариант гериатрического опросника депрессии (GDS-15).

Все больные получали психофармакотерапию антидепрессантами. Длительность наблюдения и лечения основной выборки (378 больных) составляла не менее 12 недель. В течение следующих 12 недель продолжалось наблюдение больных, сохраняющих клинически очерченную депрессию. При отсутствии минимального ответа после первых 12 недель адекватной психофармакотерапии изменялась схема лечения: применялись методы замены и потенцирования. На основе сравнительного анализа результатов выявлялись наиболее эффективные методы изменения терапии, были разработаны индивидуальные алгоритмы изменения и общая тактика продолжения лечения депрессий позднего возраста, не ответивших на психофармакотерапию.

Результаты и выводы. Проведенный ранее этап исследования указал на промежуточный характер оценки результатов после первых 12 недель психофармакотерапии поздних депрессий. На основе обобщенного анализа результатов сформулированы показания для потенцирования, комбинирования и замены неэффективной психофармакотерапии поздних депрессий.

Представленные результаты следующего этапа посвящены изучению методов комбинирования и замены неэффективной психофармакотерапии поздних депрессий. Тяжесть и полиморфизм симптоматики поздних депрессий в подавляющем большинстве случаев требует применения комплексной психофармакотерапии с первых дней лечения. Поэтому ресурсы потенцирования антидепрессивной терапии у больных позднего возраста задействованы с начала проведения лечения и не входят в перечень возможностей преодоления неэффективности терапии. Дополнительные препараты отменяются по мере редукции их симптомов-мишеней (тревоги, сенесто-ипохондрии, обсессий, психомоторного возбуждения, психотической симптоматики), но при большинстве поздних депрессий существует необходимость проведения длительной комплексной терапии. В таких случаях целью оптимизации является замена нежелательного сочетания (антидепрессант + антипсихотический препарат) на более прогностически благоприятный вариант (антидепрессант + антиконвульсант-нормотимик) или комбинацию с лучшей переносимостью (антидепрессант + кветиапин) при сохранении показаний к применению антипсихотиков. Безусловная отмена показана только для препаратов из класса бензодиазепиновых анксиолитиков, рекомендуемая длительность применения которых у больных позднего возраста не должна превышать 2-4 недель для предотвращения формирования зависимости и развития когнитивной патологии.

В случае развития объективно тяжелых, угрожающих здоровью, не корригируемых побочных действий антидепрес-

сантов или других лекарств проводится немедленная отмена психофармакотерапии на любом этапе лечения.

При отсутствии эффекта после 12 недель психофармакотерапии поздних депрессий проводится замена антидепрессанта или добавление второго антидепрессанта. Непосредственное седативное или стимулирующее действие первого антидепрессанта нивелируется после 12 недель лечения, но может учитываться при выборе антидепрессанта для замены или комбинирования терапии. До замены или добавления антидепрессанта необходимо исключить возможные скрытые причины неэффективности психофармакотерапии или ухудшения состояния больных поздними депрессиями (психогенные, соматогенные, ятрогенные). Изменение психофармакотерапии проводится после исключения влияния сторонних причин или одновременно с лечением сомато-неврологической патологии, сопутствующих психических расстройств, психотерапией.

В результате разработаны следующие рекомендации по заменам антидепрессантов при неэффективности психофармакотерапии поздних депрессий. Замена антидепрессанта применяется в случаях: предшествующего лечения двумя антидепрессантами; отсутствия любой положительной динамики при возможности применения максимальных терапевтических доз антидепрессантов. При равных условиях, замена антидепрессанта ранее 8 недели лечения показывает достоверно худшие отдаленные результаты терапии поздних депрессий, чем замена антидепрессанта после 12 недель психофармакотерапии.

Отличия клинических предикторов эффективности ТЦА и СИОЗС при лечении поздних депрессий предоставили дополнительные критерии для выбора замены антидепрессанта одной группы антидепрессантом из другой группы. Антидепрессант класса СИОЗС, неэффективный после 12 недель терапии поздней депрессии, эффективнее заменить на ТЦА при наличии следующих критериев: у больных младше 60 лет; с началом аффективного заболевания до 45 лет и длительностью более 10 лет; при необходимости применения комплексной терапии антидепрессантами в сочетании с препаратами других групп. ТЦА, неэффективный после 12 недель терапии поздней депрессии, эффективнее заменить на СИОЗС при наличии следующих критериев: у больных старше 60 лет; с началом аффективного заболевания после 55 лет и длительностью менее 10 лет; при возможности проведения монотерапии антидепрессантом; при депрессиях с психотическими симптомами (в комбинации с антипсихотиками); при депрессиях органического происхождения; в случаях первого эпизода депрессии или повторной депрессии после периода многолетней полноценной ремиссии.

На основе результатов исследования разработаны следующие рекомендации по применению метода комбинирования антидепрессантов при неэффективности психофармакотерапии поздних депрессий. Добавление второго антидепрессанта применяется в случаях: предшествующего лечения одним антидепрессантом; невозможности применения максимальных терапевтических доз антидепрессантов вследствие ограничений переносимости.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА 5-HTTLPR ГЕНА СЕРОТОНИНОВОГО ТРАНСПОРТЕРА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ И ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ СИОЗС

Иванец Н.Н., Тихонова Ю.Г., Кинкулькина М.А., Рагимов А.А., Дашкова Н.Г.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

В последние 20 лет фармакогенетические исследования антидепрессантов активно проводятся во многих странах мира. Главной задачей таких исследований является выявление генетических маркеров – предикторов эффекта терапии. Белок-переносчик серотонина играет крайне важную роль в регуляции серотонинергической передачи, а его блокада – ключевую роль в развитии антидепрессивного эффекта селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Ген белка-переносчика серотонина (SLC6A4) имеет несколько полиморфизмов, наиболее изучен из которых 5-HTTLPR, представленный различным набором повторяющихся участков нуклеотидной последовательности в промоторе гена: короткий аллель (S) содержит 14 копий, длинный (L) – 16. Предполагается, что S-аллель снижает транскрипционную активность гена SLC6A4 и экспрессию белка-переносчика серотонина, что сопровождается уменьшением обратного захвата медиатора.

5-HTTLPR связывают с развитием многих психических расстройств, в клинической картине которых значительное место занимает аффективная симптоматика (депрессия, биполярное расстройство, тревожные расстройства, повышенный суицидальный риск), а также с личностными расстройствами, проявляющимися тревожностью, агрессивностью, подверженностью стрессу [Serretti A. et al., 2006]. При оценке влияния полиморфизма 5-HTTLPR на уровень антидепрессивного ответа получены различные результаты. Согласно данным мета-анализа A. Serretti et al. (2007), у пациентов европеоидной расы, гомозиготных по S-аллелю, антидепрессивный эффект при приеме СИОЗС развивается медленнее, и ниже уровень достижения ремиссии. Однако имеются и работы, не выявившие взаимосвязи 5-HTTLPR с эффективностью СИОЗС [Serretti A. et al., 2007; Porcelli S. et al., 2012].

Предполагается также, что 5-HTTLPR ассоциирован с переносимостью антидепрессантов. Несколько исследований выявили, что пациенты с S-аллелем при применении СИОЗС имеют более высокий риск развития побочных эффектов по сравнению с LL-генотипом [Murphy G.M. Jr., 2004; Smits K.et al., 2007; Popp J et al., 2007; Ferreira A.A. et al., 2009]. Однако в последних работах, в т.ч. крупном исследовании GENDEP (Genome-Based Therapeutic Drugs for Depression), не выявлена взаимосвязь 5-HTTLPR с переносимостью антидепрессивной терапии [Ng C. et al., 2013; Hodgson K. et al., 2014].

Полиморфизм 5-HTTLPR в настоящее время в мире признается наиболее прогностически ценным генетическим маркером эффективности антидепрессантов (СИОЗС). В России изучения взаимосвязи 5-HTTLPR с эффективностью или переносимостью антидепрессантов не проводилось.

Цель настоящей работы: на основе комплексного клинико-генетического исследования больных депрессией определить взаимосвязь полиморфизма 5-HTTLPR с эффектами антидепрессивного лечения; выявить генетические маркеры – предикторы эффективности и переносимости фармакотерапии депрессивных расстройств.

Материалы и методы. В исследование было включено 38 пациентов с депрессивными расстройствами, получавшие терапию СИОЗС (средний возраст 47,2±14,0). Из них мужчин – 11 (28,9%), женщин – 27 (71,1%). В исследование не включались больные с диагнозами: острое психотическое расстройство, шизофрения, шизоаффективное расстройство, болезнь зависимости от ПАВ, деменция. Исключались больные с острой соматической и неврологической патологией. Состояние каждого больного оценивалось до начала и при проведении психофармакотерапии еженедельно клинически и с применением стандартизированных психометрических шкал. Длительность наблюдения составляла не менее 12 недель. Терапия АДП оценивалась как эффективная, если отмечалось отчетливое клиническое улучшение состояния, и редукция симптомов по шкале Монтгомери-Асберга (MADRS) составляла более 50%. Нежелательные лекарственные реакции регистрировались с помощью шкалы оценки побочных эффектов терапии (UKU).

Генетические исследования проводились в соответствие со стандартным протоколом для молекулярно-генетических исследований и включали: забор генетического материала, выделение геномной ДНК, постановку полимеразной цепной реакции на амплификаторе, детекцию продуктов реакции амплификации на генетическом анализаторе. Праймеры были подобраны с помощью программы «Primer-BLAST» (forward: TCCTCCGCTTTGGCGCCTCTTCC; reverse: TGGGGGTTGCA GGGGAGATCCTG). Результаты анализировались с помощью специализированного программного обеспечения для фрагментного анализа GeneMapper 5.0.

Статистический анализ проводился с помощью стандартных методов описательной статистики для распределения, отличного от нормального, и методов непараметрической статистики (критерий хи-квадрат с поправкой Йетса, критерий Фишера, метод максимального правдоподобия, U-тест Манна-Уитни, тест Краскела-Уоллиса).

Результаты. Клиническая картина текущей аффективной симптоматики характеризовалась приблизительно равным распределением легких, умеренных и тяжелых депрессий (39,5%, 26,3% и 34,2%, соответственно). Среднее значение выраженности депрессивной симптоматики при оценке по шкале MADRS соответствовало 27,3±7,6 баллам, при оценке по госпитальной шкале тревоги и депрессии: подшкала «депрессия» – 10,8±4,2, подшкала «тревога» – 12,4±3,6. При анализе психопатологической структуры преобладали тревожные (34,1%) и тоскливые (18,2%) депрессии, реже встречались сенесто-ипохондрическая (13,2%), дисфорическая, апатическая, адинамическая (по 7,9%), анестетическая и депрессия с бредом (по 5,3%).

Эффективность антидепрессивного лечения клинически и при оценке по шкале MADRS после 12 недель терапии составляла 63,2%, уровень достижения ремиссии – 57,8%. При сравнительном анализе факторов, влияющих на эффективность терапии СИОЗС, не выявлено взаимосвязи с тяжестью депрессии, возрастом дебюта, длительностью и типом течения болезни, частотой аффективных фаз, сопутствующей психической или соматической патологией, табакокурением, демографическими или антропометрическими показателями. При анализе взаимосвязи ответа на терапию с полиморфизмом 5-HTTLPR выявлено, что больные с генотипом SS хуже отвечают на терапию СИОЗС по сравнению с генотипами LL и SL, но эти отличия не достигали уровня статистической значимости (p=0,11). Уровень достижения ремиссии также значимо не отличался в группах с генотипами LL и SL (71,4% и 61,1%, соответственно), но был достоверно ниже у больных с генотипом SS (16,7%) (p=0,05).

После начала антидепрессивной терапии СИОЗС на появление побочных эффектов пожаловались 17 пациентов (44,7%). При оценке выраженности побочных эффектов по шкале UKU их тяжесть соответствовала 1,16±1,23. Наибольшее страдание пациентам доставляли усиление или появление после начала терапии тревоги и нарушений сна (0,37). В меньшей степени больных беспокоили тошнота/рвота (0,27) и сухость во рту (0,22). При анализе взаимосвязи частоты побочных эффектов и генетических вариантов 5-HTTLPR выявлено, что больные с генотипом SS хуже переносят терапию препаратами класса СИОЗС по сравнению с генотипами LL и SL (p=0,02). Схожая значимая ассоциация выявлена при сравнении тяжести побочных эффектов с генотипами по маркеру 5-HTTLPR (p=0,005).

Для оценки влияния «вмешивающихся» факторов на результат сравнения эффективности или переносимости в группах больных с различными генотипами был проведен сравнительный анализ этих групп по демографическим и клиническим характеристикам. Не было получено статистически значимых отличий между группой с SS генотипом и группой с SL и LL генотипами.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало влияние полиморфизма 5-HTTLPR белка-переносчика серотонина на эффективность и переносимость СИОЗС. Выявлено, что применение антидепрессантов данного класса у носителей SS-генотипа малоэффективно и небезопасно, и в таких клинических ситуациях следует рекомендовать использование препаратов с иным механизмом действия.

ВЕНЛАФАКСИН В ЛЕЧЕНИИ УМЕРЕННЫХ И ТЯЖЕЛЫХ ДЕПРЕССИЙ

Изюмина Т.А., Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования. Изучение факторов, оказывающих влияние на эффективность венлафаксина при лечении умеренных и тяжелых депрессий и разработка оптимальных терапевтических схем с учетом выявленных факторов.

Материал и методы исследования. Проводилось обсервационное исследование, в котором изучалось применение венлафаксина в условиях клинической практики. Обследовано 62 пациента с депрессией (33,1% – мужчины, 66,9% – женщины). Возраст пациентов составил от 20 до 63 лет. Все пациенты проходили лечение в Клинике психиатрии им.С.С.Корсакова УКБ №3 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова в 2011-2014 гг. и получали терапию венлафаксином. В исследование вошли больные с депрессивным эпизодом средней и тяжелой степени и рекуррентным аффективным расстройством, текущим эпизодом депрессии умеренной тяжести или тяжелым. Суммарный балл по шкале оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) при включении в исследование превышал 25. Венлафаксин назначался в качестве единственного антидепрессанта, при необходимости добавлялись препараты других психофармакологических групп. Выбор оптимальной дозы венлафаксина зависел от тяжести психического состояния и ведущего психопатологического синдрома, индивидуальной переносимости, соматического состояния. Психическое состояние больных оценивалось клинико-психопатологическим и психометрическим методами. Использовались шкалы: MADRS, шкала депрессии Бека (BDI), шкала общего клинического впечатления, шкала оценки побочного действия (UKU). Пациенты наблюдались на этапе стационарного лечения и в последующем амбулаторно до 12-й недели терапии включительно (84 дня). Оценка проводилась в день назначения венлафаксина, на 3, 7, 10, 14, 21, 28, 42 и 84 дни терапии. У 33,9% больных наблюдалась тревожная депрессия, у 21% – меланхолическая, у 16,1% анестетическая, у 14,5% – апатическая, у 14,5% – ипохондрическая.

Результаты исследования. 52 пациента (83,9%) принимали венлафаксин в течение 12 недель. На 1–2-й неделе терапии 10 больных (16,1%) прекратили прием венлафаксина: 6 (9,7%) из-за выраженных побочных эффектов терапии, 4 (6,5%) по причинам, не связанным с лечением. Все пациенты, независимо от причины досрочно прекратившие прием венлафаксина, были отнесены к нон-респондерам. Число респондеров к концу 12-й недели терапии составило 37 человек (59,7%), нон-респондеров – 25 человек (40,3%), p=0,03. У 32 пациентов (51,6%) было достигнуто состояние ремиссии. К концу 2-й недели терапии средний суммарный балл по шкале MADRS снизился на 27,3%, а по шкале BDI на 15,3% от исходного. К концу 6-й недели терапии средний суммарный балл по шкале MADRS снизился на 45%, по шкале BDI на 32,1% от исходного, к концу 12-й недели на 60% и 36,5% от исходного соответственно. Начиная с 14 дня терапии снижение баллов по психометрическим шкалам статистически значимо.

При тревожной депрессии терапия была наиболее эффективна, при ипохондрической депрессии – наименее эффективна.

На 2-й и 3-й неделях терапии снижение уровня тревоги по сравнению с другими депрессивными симптомами по шкале MADRS происходило статистически значимо быстрее.

Средняя начальная доза венлафаксина составила 75 [75; 150] мг в сутки (здесь и далее в квадратных скобках – интерквартильный размах), средняя терапевтическая доза – 225 [150; 375] мг в сутки.

Суточная доза венлафаксина наращивалась по-разному: у 22 человек (42,3%) – быстро: 225 [225; 300] мг на 7-е сутки терапии, 300 [300; 375] мг на 14-е сутки; у 30 человек (57,7%) – медленнее: 150 [93,75; 150] мг на 7-е сутки терапии, 225 [150; 300] мг на 14-е сутки.

Наиболее часто встречаемым побочным эффектам была сонливость – у 9 больных (14,5%). Отмечались также бессонница – у 6 (9,7%), усиление тревоги – у 6 (9,7%), тошнота – у 5 (8,1%), повышение артериального давления – у 4 (6,5%), синусовая тахикардия – у 4 (6,5%), головокружение – у 4 (6,5%), головная боль – у 4 (6,5%), сухость во рту – у 4 (6,5%), потливость – у 3 (4,8%), запоры – у 2 (3,2%). Побочные эффекты возникали на 1-2-й неделях терапии. Вследствие выраженных побочных эффектов 6 пациентов отказались от приема венлафаксина, что потребовало изменения антидепрессивной терапии и назначения другого препарата. У остальных пациентов побочные эффекты в дальнейшем редуцировались. Среди отказавшихся от приема венлафаксина преобладали больные с ипохондрической депрессией (5 человек, 8,1%), у 1 пациента (1,6%) наблюдалась меланхолическая депрессия. У 4 отказавшихся от приема венлафаксина пациентов (6,5%) дозировка антидепрессанта наращивалась быстро, у 2 (3,2%) – более медленно. У 3 пациентов (4,8%) причиной отказа от приема венлафаксина стали жалобы на усиление тревоги, у 2 (3,2%) – на бессонницу, у 1 (1,6%) – на тошноту.

В качестве сопутствующей психофармакотерапии для улучшения сна и снижения тревоги в первые дни лечения назначались небольшие дозы антипсихотиков (сероквель, рисперидон, галоперидол) и анксиолитиков (феназепам, диазепам). В дальнейшем при наращивании дозы венлафаксина в большинстве случаев сопутствующую психофармакотерапию отменяли, в ряде случаев, в частности при ипохондрической депрессии, прием продолжался весь период наблюдения. Отмечена статистически значимая обратная корреляция между дозами сопутствующих препаратов и дозой венлафаксина (τ=-0,18 – -0,21, $p<0,05$).

Положительными предикторами эффективности терапии венлафаксином статистически значимо являются тревожно- депрессивный синдром ($p<0,02$), женский пол ($p<0,01$), более высокие дозы венлафаксина ($p<0,01$), более высокий темп наращивания венлафаксина ($p<0,02$); отрицательными предикторами эффективности терапии статистически значимо являются повторный депрессивный эпизод ($p<0,05$), ипохондрическая структура депрессии ($p<0,02$), сопутствующая соматическая патология ($p<0,04$), сопутствующие расстройства личности ($p<0,005$). Статистически значимой взаимосвязи между приемом сопутствующих препаратов и числом респондеров не выявлено.

Выявлено, что исходная тяжесть депрессии (по суммарному баллу MADRS) статистически значимо положительно коррелирует с дозой антидепрессанта (τ=0,46, p=0,003), тяжесть депрессии после 12 недель лечения отрицательно коррелирует с дозой антидепрессанта (τ=-0,15, p=0,03). Более высокие дозы венлафаксина назначались пациентам мужского пола (p=0,013); больным, получавшим ранее другие антидепрессанты (p=0,017); больным, получавшим монотерапию антидепрессантами без длительного назначения других психофармакопрепаратов (p=0,024).

Больные с более медленным темпом наращивания суточной дозы венлафаксина были отнесены к I группе (34 человека), с высоким темпом наращивания суточной дозы ко II группе (28 человек). При сравнении социально-демографических показателей и клинико-анамнестических данных статистически значимых различий между группами не выявлено.

Проведено изучение эффективности венлафаксина в группах I и II. Число респондеров в группе II было статистически значимо выше, чем в группе I, p=0,04. Различия между группами становились статистически значимыми со 2-й недели терапии.

По частоте развития побочных эффектов статистически значимой разницы между группами I и II выявлено не было.

Заключение. Высокая доля респондеров (86%) говорит о высокой эффективности венлафаксина при лечении тяжелых и умеренных депрессий. Выраженный противотревожный эффект венлафаксина обусловил наибольшую его эффективность при тревожной депрессии. Наименьшая эффективность венлафаксина выявлена при ипохондрической депрессии. Эффективность лечения тяжелых и умеренных депрессий венлафаксином повышается при быстром наращивании дозы (до 300-375 мг в сутки за 5-7 дней), которое позволяет получить ответ на терапию в более короткий срок, не ухудшая при этом переносимость препарата.

МАЛЫЕ ДОЗЫ РИСПЕРИДОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Козловская Г.В., Калинина М.А., Голубева Н.И., Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А.

Москва
НЦПЗ

Клинический опыт показывает, что классические или традиционные нейролептики оказывают ограниченное терапевтическое воздействие на негативные расстройства, вследствие этого, несмотря на все достижения современной фармакологии, осуществляется поиск новых подходов к лечению психических заболеваний, особенно в детском возрасте (Симашкова Н.В., 2013), для лечения тяжелых форм эндогенных психических заболеваний, и рисперидон в этом отношении выглядит перспективным (Козловская Г.В. с соавт., 2006).

Цель исследования: изучение клинической эффективности рисперидона в лечении ранней шизофрении и аутизма у детей, резистентных к ранее проводимой терапии традиционными нейролептиками.

Материал и методы: с помощью шкал CGL (общего клинического впечатления) и PANSS (адаптированной к детскому возрасту), оригинального протокола клинического наблюдения детей по 8 основным позициям (внимание, активность, влечения, когнитивные функции, восприятие, моторика, эмоции, социальное поведение) изучено 65 детей. Из них 49 детей с рано начавшейся шизофренией (МКБ-10 – F20.8xx3) и группа раннего детского аутизма (МКБ-10 – F84,0) – 16 детей. Средний возраст детей в обеих группах был 5,5±1,2 лет, средняя продолжительность заболевания составила 4,6±1,6 лет. Ранее все дети получали традиционное лечение по поводу шизофрении и аутизма (галоперидол, стелазин, лепонекс и др.) без особого эффекта. После психотерапевтической подготовки семьи ребенка и получения согласия родителей, был отдан приоритет показаниям к лечению над возрастными ограничениями и выбран метод «малых доз» со значительным уменьшением средней терапевтической дозы рисперидона. В начальный период терапии (первые 2-3 месяца) дети в возрасте от 3-4 лет получали 1/20 средней дозы рисперидона для взрослых (2 мг в сутки), в возрасте 4-5 лет – 1/10 дозы. Максимальная терапевтическая доза для детей раннего и дошкольного возраста составляла 0,4- 0,5 мг, детей 7- 10 лет – 0,7-1 мг, для более старших детей – 1 мг в сутки. В ряде случаев применялась методика дробного (через день) приема рисперидона (Козловская Г.В. с соавт., 2008).

Результаты и их обсуждение: рисперидон высоко эффективный и безопасный препарат при лечении ранней шизофрении и аутизма у детей, в том числе раннего возраста.

Лечение рисперидоном целесообразно проводить малыми дозами (1/10, а в случае раннего возраста детей – 1/20 от средней терапевтической дозы взрослых – равной 2 мг), эпизодически повышая их до 0,4-0,5 мг при обострении симптоматики.

Рисперидон требует многолетнего лечения в указанных дозах, отмена препарата (или его замена) – вызывает ухудшение психического состояния. Рисперидон следует сочетать с лечением биотиками, ноотропами, адаптогенами и иммуномодуляторами для предупреждения наступления резистентности к терапии. В случае обострения состояния рисперидон сочетается с другими нейролептиками в малых дозах. Рисперидон в малых дозах наиболее эффективен в отношении негативных расстройств, он повышает психическую активность, стрессовую резистентность, уменьшает проявления аутизма, эмоциональной дефицитарности. В меньшей степени в указанных дозах редуцирует продуктивную симптоматику, но на фоне длительной терапии – способствует появлению критического отношения у больных к своему состоянию, окружающей обстановке и таким образом способствует социализации детей.

Выводы: рисперидон является эффективным препаратом для лечения эндогенных расстройств детского возраста.

ФАРМАКОДИНАМИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ: ПУТИ И СЛЕДСТВИЯ

Козловский В.Л.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Понятие лекарственной резистентности может быть характеризовано как статическое нейрохимическое событие, развившееся в силу генетически детерминированных особенностей обмена мозга, но на практике, гораздо чаще, лекарственная резистентность формируется уже в ходе проводимой терапии.

Как известно, основные принципы преодоления лекарственной резистентности были сформулированы еще 20 в. Все известные приемы направлены на дестабилизацию «устойчивого состояния» («отмены», «зигзаги доз», «полярная терапия», «комбинированная терапия»). Указанные приемы вызывают разной степени выраженности флюктуацию нейрохимических процессов, с последующим этапом потенциального перестроения нейрохимических процессов de novo.

Несомненно, что как в случае первичной, так и вторичной резистентности суть явления с нейрофизиологической точки зрения одна, она же совпадает и с конечной целью достижения ремиссии. Это устойчивый нейрохимический гомеостаз, определяющий стабильность функционирования нейрональных сетей и характер взаимодействий последних между собой.

Достижение состояния ремиссии с точки зрения нейрохимического состояния, формируемого при длительном назначении препаратов, также можно рассматривать с подобных позиций. Вряд ли состояние ремиссии можно ассоциировать с нормализацией обмена веществ и восстановлением медиаторных взаимодействий до «нормального» уровня. Зачастую состояние ремиссии зависит от приема препаратов и нарушение комплаентности приводит к рецидиву. Таким образом состояние лекарственной ремиссии с нейрохимической точки зрения менее стойко, чем состояние болезненного гомеостаза.

В ситуации вторичной резистентности, причиной которой наряду с ятрогенными факторами немалую роль несут эндогенные индивидуальные особенности нейрохимического патогенеза. Лабильность патологической симптоматики в клинической картине заболевания на фоне проводимой терапии свыше 4 недель можно интерпретировать в рамках установления гомеостаза «смешанного типа», причем чем длительнее имеют место подобное состояние, тем выше вероятность перехода последнего в устойчивую форму, требующую для последующей дестабилизации принципиально иных фармакотерапевтических подходов.

Основными препаратами базовой терапии в психиатрической практике являются антипсихотики, антидепрессанты, а, в отдельных случаях, антиконвульсанты.

Все препараты имеют специфическую «классовую» фармакодинамику, которая сводится к тому, что антипсихотики и антиконвульсанты модулируют химиоуправляемые каналы, связанные с изменением медиаторной передачи, а действие антиконвульсантов ассоциировано с изменением мебранных механизмов, регулирующих активность электоуппрвляемых каналов и анионно-катионного транспорта. Таким образом, все классы препаратов способны изменять функциональную активность нейронов в составе локальных сетей, вмешивающихся в развитие высших функций.

Согласно современным представлениям механизмы действия антипсихотиков и антидепрессантов имеют с точки зрения фармакологии принципиальное отличие: антипсихотики по своему действию являются прямыми антагонистами моноаминов, блокируя рецепторы ДА, а антидепрессанты – непрямыми агонистами моноаминов, увеличение концентрации медиаторов происходит вторично относительно действия препаратов на первичную мишень (ауторецепторы, ферменты, белки-переносчики).

Основная роль медиаторной передачи в мозгу сводится к адресной передаче нервного импульса в нейронах объединенных локальной сетью. Фармакологические возможности модуляции нервного импульса имеют отношение к «естественным» детерминированным условиям. В организме не известны специфические эндогенные блокаторы рецепторов (не выявлено эндогенных «атропинов, галоперидолов, ципрогептадинов и т.п.») поэтому действие препаратов с подобной активностью не является «физиологически естественным механизмом». Ограничение медиации эндогенным путем связано со снижением плотности рецепторов в эффекторных проекциях или ограничением высвобождения медиаторов из пресинапсов. Т.е. основные механизмы действия антипсихотиков «противоестественны» и достижение терапевтического эффекта (лекарственного гомеостаза) идет по «длинному пути», включая этап «противодействия» со стороны, формирующихся компенсаторных реакций (увеличение плотности рецепторов, синтеза медиаторов и вторичная активация пресинаптической активности).

«Короткий» путь достижения лекарственного гомеостаза является естественным для агонистов лекарственных препаратов (как прямых, так и непрямых), поскольку в передаче нервного импульса задействуются вполне физиологические механизмы. Однако, препараты-миметики выступают как «заместительные» средства, подменяющие действие эндогенных передатчиков. Длительное применение подобных препаратов формирует специфические эффекты – тахифилаксию, рост толерантности, «феномен отмены».

Таким образом, механизмы формирования резистентных состояний при использовании антипсихотиков и антидепрессантов различны из-за специфического механизма действия искомых препаратов и исходного патологического обмена.

Для молекул лекарственных веществ, взаимодействующих со специфическими химическими мишенями важными параметрами их действия являются избирательность (нейрохимическая селективность) и плотность связывания (аффинитет-потентность). Чем выше избирательность и аффинитет (у препаратов одного класса данные параметры существенно различаются), тем сильнее влияние на специфическую медиацию. Препараты с мультихимическим спектром действия и высокой

потентностью, формируют «специфический» гомеостаз и более пригодны для преодоления «первичных» резистентных состояний и должны ограниченно применяться для преодоления «вторичных» состояний в рамках стратегий – «отмены», «зигзаги доз», «полярная терапия».

Рассмотренные аспекты фармакодинамики, играющие роль в развитии и преодолении лекарственной резистентности тесно связаны и с фармакокинетическими показателями элиминации препаратов.

Не углубляясь в разбор стратегий дозированного назначения (величины абсолютных доз, тактика наращивания) препаратов, не соответствие которым способно приводить к развитию резистентности, тем не менее следует заметить, что основная зависимость «время-эффект» является основным параметром, влияющим на эффективность проведения соответствующих мероприятий. Как отмечалось выше, большинство применяемых стратегий направлено на дестабилизацию устойчивого состояния. Его разрушение с применением методов фармакологической модуляции основано на изменении уже сформированного состояния путем трансформации обмена и перестройки его de novo. Простая методика отмены терапии приведет к перестройке в том случае, когда: препарат не будет определяться в точках мишенях; и время экспозиции при отсутствии действия препарата окажется достаточным для перестройки метаболизма. Время необходимое для элиминации препарата в плазме рассчитывается из пятикратного периода полувыведения. При этом на период последующей перестройки должно быть затрачено времени не менее того, что пришлось на период неудавшегося лечения.

В случае преодоления резистентности к антидепрессантам появление в клинической картине феномена отмены служит показателем начала перестройки метаболизма. При отмене любого препарата, возможны два варианта развития событий. В случае, если сохраняется болезненный гомеостаз, отмена препарата после его элиминации быстро приведет к возврату патологической нейрохимии и прежним клиническим симптомам. Во втором случае, когда разрушается состояние текущего «резистентного лекарственного гомеостаза», весьма вероятно изменение качества проявлений клинической симптоматики («фармакологическая трансформация»). Естественно, что изменение клинической картины болезни до времени элиминации препарата может отражать лишь начало изменений перестройки метаболизма и должно расцениваться как неспецифическая реакция отмены, а специфические изменения могут ожидаться не ранее чем через период пятикратного полувыведения и дополнительного времени, необходимого на перестройку метаболизма.

ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ 44-НЕДЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАЛЬПРОАТА, ЛАМОТРИДЖИНА И ТОПИРАМАТА У БОЛЬНЫХ БАР

Костюкова Е.Г., Федотов Д.Д., Мосолов С.Н.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Биполярное аффективное расстройство (БАР) относится к первой десятке наиболее дезадаптирующих заболеваний, поражающих людей трудоспособного возраста и приводящих к значительным социоэкономическим потерям.

Длительные наблюдения и исследования течения БАР показывают, что продолжительность эутимных периодов находится в обратной зависимости от числа перенесенных эпизодов, а большая частота рецидивирования определяет развивающийся у пациентов когнитивный дефицит и приводит к стойкой психосоциальной и трудовой дезадаптации. Кроме того, БАР является заболеванием с высоким уровнем смертности, обусловленной в том числе, риском суицида.

В терапии БАР первостепенное место занимает вторичная профилактика рецидивов с использованием препаратов нормотимического действия. В литературе имеются лишь единичные указания на исследования, посвященные сравнительным особенностям их клинического действия, которые не позволяют сформулировать дифференцированные показания для назначения длительной, практически пожизненной терапии. Кроме того, ряд препаратов с предполагаемой профилактической эффективностью остаются малоизученными. К ним, в частности, относится топирамат. В то же время решение о проведении такого рода терапии является весьма ответственным и для врача, и для пациента, поскольку речь идет, как правило, о соматически здоровых молодых людях, течение заболевания которых определяется частой и тяжестью периодов обострений и длительностью периодов здоровья. При этом любой нормотимик при длительном применении может вызывать побочные эффекты, влияющие на соматоневрологическое состояние пациента. Таким образом, сравнительное изучение особенностей клинического действия нормотимиков и их влияния на различные варианты течения БАР является важной научно-практической задачей для оптимизации терапии и сохранения социальной адаптации и здоровья больных БАР.

Цель исследования: Определение сравнительной эффективности, переносимости и особенностей нормотимического действия вальпроата натрия (ВН), ламотриджина (ЛАМ), топирамата (ТПМ) при профилактике рецидивов БАР

Задачи исследования:

Сравнение эффективности и особенности клинического действия антиконвульсантов (ВН, ЛАМ, ТПМ) при вторичной профилактике рецидивов у больных с БАР;

Сравнение переносимости антиконвульсантов (ВН, ЛАМ, ТПМ) при профилактике рецидивов БАР;

Разработка дифференцированного клинического прогноза противорецидивной эффективности антиконвульсантов у больных с БАР;

Разработка оптимальной методики и практических рекомендаций по дифференцированной профилактической терапии БАР с применением антиконвульсантов.

Дизайн исследования: открытое, сравнительное, рандомизированное.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 90 пациентов (34 мужчины и 56 женщин) с диагнозом БАР (F. 31 по МКБ-10), у которых за год, предшествовавший началу исследования наблюдалось не менее двух фаз разного полюса, а длительность заболевания составляла не менее двух лет. Из них 67 (74%) больных – с диагнозом БАР без психотических симптомов и 23 (26%) – БАР с психотическими симптомами. Средний возраст больных составил 40,8±12,7 года, средняя длительность заболевания – 14,1±9,4 лет.

Больные были распределены в терапевтические группы, в зависимости от препарата, используемого для вторичной профилактической терапии – ВН, ЛАМ или ТПМ. Группы были сопоставимы по клинико-демографическим показателям. Период оценки профилактического эффекта составил 44 недели (308 дней). При оценке эффективности терапии использовались следуюшие показатели: оценка по 3-балльной врачебной шкале глобальной профилактической эффективности (Мосолов С.Н. с соавт., 2008), изменение длительности аффективной симптоматики и частоты фаз в лечебном и контрольном периодах, глобальная эффективность – анализ выживаемости (метод Каплана-Мейера), основанный на учете выбывания пациентов из исследования с последующим анализом причин прекращения терапии. Функционирование больных оценивалось по шкале Глобального функционирования (GAF) (Bodlund O., 1994), ка-

чество жизни – по короткой версии опросника ВОЗ (WHOQOL-BREF) (The WHOQOL Group, 1998). Оценка переносимости производилась путем регистрации всех неблагоприятных явлений (НЯ) с использованием шкалы оценки побочного действия (UKU) (Lingjaerde O. et al., 1987).

Результаты исследования показали, что ВН, ТПМ и ЛАМ обладают примерно равной профилактической эффективностью при БАР (сокращение средней продолжительности аффективной симптоматики составило для ВН – 81,84%, ЛАМ – 71,4%, ТПМ – 73,5% ($p<0,0001$), частоты эпизодов – на 67,7%, 63,3% и 63,6%, соответственно ($p<0,0001$). По врачебной шкале оценки эффективности терапии значительный и частичный эффект достигался в группе ВН у 75,9% больных, ЛАМ –90,4%, ТПМ – 70%. В группе ТПМ наблюдалась наибольшая частота выбывания из исследования и наименьший период времени до прерывания терапии, по сравнению с группами ВН и ЛАМ. Различия между группами по оценке общей эффективности терапии не достигали статистической значимости ни в одном из примененных подходов (анализ выживаемости, процент респондеров и нонреспондеров, частота рецидивов, длительность аффективной симптоматики).

Исследуемые препараты достоверно различались по спектру нормотимической активности, т.е. силе воздействия на аффективную симптоматику разных полюсов: ВН и ТПМ превосходили ЛАМ по способности редуцировать маниакальную симптоматику, ЛАМ – в большей степени, чем другие препараты, уменьшал выраженность депрессивной симптоматики.

Частота побочных эффектов была максимальной в группе ТПМ (у 26,7% больных) по сравнению с ВН (у 20,7%) и ЛАМ (у 12,9%). Для ТПМ более характерны были нарушения внимания и памяти, в группе ВН – диспептические явления и кожные высыпания, в группе ЛАМ – диарея и кожные высыпания.

Наибольшее значение для эффективности терапии имел вариант диагноза БАР. Все исследуемые препараты были более эффективны при типичном БАР I типа без психотических черт по сравнению с другими диагностическими вариантами. Наиболее высокая эффективность вне зависимости от варианта диагноза была у ВН. По сравнению с ТПМ и ЛАМ он был несколько более эффективен в отношении терапии БАР-I типа с психотическими симптомами, ЛАМ – при БАР-II, а ТПМ – при БАР-I, в том числе с психотическими симптомами. Эффективность терапии ассоциировалась с улучшением качества жизни, уровня функционирования больных, а также с более высоким социальным статусом.

Таким образом, полученные результаты позволяют индивидуализировать выбор исследованных препаратов с учетом сомато-неврологического статуса пациента и глобальной оценки течения заболевания при их использовании для длительной противорецидивной терапии при БАР.

СЛУЧАИ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТИМОАНАЛЕПТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПАЦИЕНТАМ С НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Кучаева А.В.

Казань
Казанская ГМА

Актуальность. По данным ВОЗ, за последние годы в мире значительно увеличилось число психических заболеваний, что в большинстве случаев, обусловлено изменением социально-экономических условий: высоким уровнем безработицы, работой в условиях стресса. Депрессивными расстройствами страдают до 60% всего населения. Традиционно, для лечения непсихотических депрессивных расстройств разной степени выраженности применяют антидепрессанты. Рациональное применение тимоаналептических лекарственных средств способствует эффективному и безопасному лечению непсихотических депрессивных расстройств.

Цель исследования: изучить случаи нерационального применения тимоаналептических лекарственных средств, пациентам с непсихотической депрессией.

Материал и методы: обследовано 300 пациентов с непсихотической депрессией различной степени тяжести, находившихся в психиатрическом стационаре г. Казани за период с 2013 по 2015 гг. Все пациенты получали лечение тимоаналептическими лекарственными средствами и другими психотропными лекарственными средствами. Метод исследования – клинико-психопатологический. Дозирование антидепрессантов было проанализировано с использованием установленных суточных доз (DDD-УСД), определенных АТХ классификацией. Достоверными считали различия при уровне статистической значимости 95% ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение. Лечение антидепрессантами получали все пациенты с изучаемыми нами типами непсихотических депрессивных расстройств, терапия одним препаратом была назначена 42 (14%) больным. В большинстве случаев использования тимоаналептических лекарственных средств имела место политерапия, 204 (68%) пациентов получали несколько антидепрессантов разных классов одновременно, 217 (72%) человек лечились несколькими классами антидепрессантов сменными курсами. Наиболее частыми причинами смены антидепрессанта во всех группах пациентов с изучаемыми нами непсихотическими депрессиями были резистентность к терапии – 63% и развитие нежелательных лекарственных реакций – 37%. Длительность применения антидепрессивной терапии в общей выборке больных составила 34,3±8,18 дня ($p<0,05$).

Выявлены случаи нерационального применения тимоаналептических лекарственных средств. Среднее число тимоаналептических лекарственных средств на одного пациента с депрессивными расстройствами составило 2.4. В основном, антидепрессанты, для лечения непсихотической депрессии применялив дозах меньших, чем DDD-УСД. Наиболее частые комбинации тимоаналептических лекарственных средств, применяемые при лечении непсихотических депрессивных расстройств, с усредненными за все годы суточными дозами в единицах DDD (приведенными в скобках): амитриптилин (0,67±0,02DDD) + флуоксетин (1,0±0,03DDD); амитриптилин (0,73±0,05DDD) + сертралин (2±0,9DDD); амитриптилин (0,67±0,07DDD) + феназепам (1±0,04DDD)+сульпирид (0,42±0,2 DDD); амитриптилин (0,67±0,08 DDD) + циталопрам (0,72±0,03DDD); амитриптилин (0,67±0,01DDD) + сульпирид (0,42±0,04 DDD).

Флуоксетин применяли всегда в дозе, соответствующей 1DDD, что, возможно, связано с более удобным способом приема – однократно, 20 мг/сут. В 16% случаев амитриптилин в дозе 0,73±0,07DDD и саротен (международное непатентованное наименование – амитриптилин) в дозе 0,2±0,05 DDD назначали совместно при непсихотической депрессии. В 27% случаев, на фоне приема антидепрессанта амитриптилина в дозе 0,73±0,03DDD и нейролептика флупентиксола в дозе 0,54±0,06DDD у пациентов с диагнозом депрессивный эпизод средней степени тяжести был назначен м-холиноблокатор тригексифенидил (циклодол), без показаний к назначению нейролептических лекарственных средств и отсутствия описания проявлений экстрапирамидных нарушений в истории болезни.

Выводы. Тимоаналептические лекарственные средства в лечении непсихотических депрессивных расстройств разной степени выраженности назначали в политерапии и в субтерапевтичеких дозах. Не рациональным было назначение нейролептических лекарственных средств пациентам с непсихотическими депрессивными расстройствами средней степени тяжести.

ПОЗДНЯЯ ДИСКИНЕЗИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА И ЛЕЧЕНИЕ

Лернер В.

Be'er Sheva
Be'er Sheva Mental Health Center

Abnormal involuntary dyskinetic movements in schizophrenia patients have been documented for more than 140 years. Clinicians should distinguish between two kinds of disturbances – spontaneous dyskinetic movements and movements induced by psychotropic medications–which may look familiar clinically. As a modern term, tardive dyskinesia (TD) is a potentially permanent neurological hyperkinetic movement disorder that occurs after months or years of taking psychotropic drugs. Several distinct forms of TD exist, specifically tardive akathisia, tardive blepharospasm, tardive dystonia, tardive gait, tardive myoclonus, tardive tremor, and tardive tics, and they have different pathophysiologies and treatment. The pathogenesis of TD remains unclear, and the pathophysiology is complex and multifactorial. Moreover, there is solid evidence of a genetic predisposition to TD. A number of drugs were tried for the management of this motor disturbance, yet until now no effective and standard treatment has been found. It is very disappointing to realize that the introduction of antipsychotics from the second generation has not significantly decreased the prevalence and incidence of tardive dyskinesia. Therefore, the management of this motor disturbance remains an actual topic as well as a challenge for clinicians.

This report summarizes recent relevant publications concerning TD and the most recent studies regarding treatment of this disorder with antioxidative agents.

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ: ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ИЛИ СТАНДАРТИЗАЦИЯ?

Масловский С.Ю.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Современные тенденции оказания психиатрической помощи населению, с одной стороны, продолжают базироваться на принципах индивидуализации лечебных подходов, с другой стороны, характеризуются разработкой и внедрением универсальных стандартов/протоколов лечения больных с психическими расстройствами. Существует ли здесь принципиальное противоречие между перечисленными тенденциями? Для ответа на этот вопрос целесообразно рассмотреть их недостатки и преимущества.

С момента начала применения психофармакологических препаратов для лечения психически больных фармакоэпидемиологическими исследованиями констатируется неуклонный рост лекарственной нагрузки на больного, доходящий до 3-5 одновременно назначаемых препаратов на одного пациента. Этот широко распространенный способ лекарственного пособия, носящий название полипрагмазии (одновременное назначение препаратов одного класса или препаратов со схожим механизмом действия) давно реализуется при лечении психически больных, являясь отражением персонифицированного подхода, который заключается в подборе индивидуальной схемы комбинированного лечения. Современная противоположность полипрагмазии – универсализм, когда одним препаратом зачастую можно лечить практически любые психические расстройства (см. показания для назначения кветиапина). Такие препараты перспективны для включения в стандарты, но они никак не соотносятся с принципами индивидуализации/персонификации лекарственной терапии применительно к лечению конкретного пациента. При этом терапевтические стратегии, разработанные на основе достижений современной науки, достаточно скромны в плане появления «новых высокоэффективных психотропных препаратов». По сути до настоящего времени «золотыми стандартами» лечения психических заболеваний остаются препараты синтезированные в большинстве своем в середине прошлого века и занявшие свое прочное место в практике лечения больных. Своей высокой терапевтической активностью они определили тенденции развития всех классов психотропных средств на основе моноаминовой парадигмы. В большинстве случаев, попытки отхода от нее при разработке новых препаратов не увенчались успехом в эволюции фармакологии и фармакотерапии психических заболеваний.

Другая тенденция современной психофармакотерапии заключается в четкой направленности проводимого лечения в сторону обеспечения безопасности лекарственного пособия и повышения качества жизни пациента. Безусловно, эта современная тенденция ведет в сторону «гуманизации» лекарственной терапии, но отнюдь не всегда в сторону повышения ее эффективности. Приходится констатировать, что препараты последних поколений постепенно «выдавливают» с рынка лекарственные средства, проверенные временем. Данная ситуация вряд ли несет пользу пациентам, поскольку, например, масштабные исследования по сравнительной эффективности классических и атипичных антипсихотиков не смогли показали значимых различий в эффективности сравниваемых групп препаратов. Тем не менее, разработка современных стандартов по умолчанию предполагает включение в него именно препаратов последних поколений, что, однако, вполне естественно.

До внедрения стандартов/протоколов лечения больных существовало не так уж много способов неправильно назначить психотропный препарат или их комбинацию, реализуя принцип индивидуализации лекарственной терапии, стремясь повысить ее эффективность. Наиболее «популярными» проблемами индивидуализации лекарственных назначений были нарушения режима дозирования, нарушения длительности назначения препарата, неадкватное назначение комбинаций психотропных средств. В значительной степени, реализация на практике ошибочных способов назначения психотропных средств была обусловлена недостаточностью информации об их механизмах действия и о вызываемых ими нейрохимических изменениях. Накопление информации о перечисленных аспектах действия психотропных средств и параллельное увеличение их количества, привело к необходимости стандартизации лечебных подходов и разработке протоколов ведения пациентов различных нозологических групп. Преимущества стандартизации лекарственной терапии очевидны. Это, в первую очередь, защита от некомпетентности и врачебных ошибок специалиста при назначении лекарственной терапии. Во-вторых, минимизация затрат и оптимизация показателя стоимость-эффективность. Несмотря на эти очевидные достоинства стандартизации лекарственной терапии, индивидуализация лекарственной терапии не стала анахронизмом. Параллельно существованию стандартов/протоколов лечения больных индивидуализация лекарственной терапии может реализовываться в виде так называемых off-label назначениях. Дополнительно, отдельной проблемой стало несоблюдение самих стандартов/протоколов лечения со стороны лечащих врачей, которую S.Leucht (2007) назвал врачебным нон-комплайнсом. В-третьих, стандартизация терапевтических подходов необходима на этапах оказания ургентной психиатрической помощи, поскольку именно здесь она «отсекает» неправильные терапевтические стратегии, способные в дальнейшем либо спутать клиническую картину заболевания, либо существенно повлиять на его течение, провоцируя развитие резистентного состояния. С позиций клинической фармакологии

этап купирования острых психических нарушений в рамках терапевтических стратегий адекватен и возможен, поскольку здесь минимально проявляются черты «персонификации» патологии. Таким образом, принципиальными для разработки стандартов будут диагностические критерии перехода острой фазы болезни в фазу созревания ремиссии, на которой определяются персонифицированные программы дальнейшего лечения и реабилитации пациентов. При этом можно допустить, что расширение возможностей генетических подходов к лечению и нейрохимической диагностики патологии позволит выделять группы пациентов по ключевым патогенетическим параметрам и показателям клинического течения заболеваний, максимально чувствительных к персонифицированному патогентически обоснованному лекарственному пособию.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПЕПТИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ СЕЛАНК

Медведев В.Э., Терещенко О.Н., Гушанская Е.В., Зуйкова Н.Л., Кост Н.В., Соколов О.Ю., Мясоедов Н.Ф.

Москва
ФГАУ ВО РУДН,
НЦПЗ РАМН,
Психиатрическая больница №13,
ФГБУН Институт молекулярной генетики РАН

В настоящее время для фармакотерапии тревожных расстройств в основном используются препараты, воздействующие на такие нейрохимические системы, как ГАМК-эргическая, серотониновая, адреналиновая. Наиболее распространенными анксиолитиками являются бензодиазепиновые транквилизаторы, которые эффективны в купировании тревоги, но при этом часто оказывают отрицательное побочное действие в виде седации, миорелаксации, развитие толерантности и синдрома отмены. В то же время накоплены данные о роли биологического регулятора пептидного происхождения Селанк, который принимает участие в патогенезе тревожных расстройств и их соматических проявлений.

Проведено сравнительное исследование эффективности и переносимости Феназепама, Селанка и комплексной терапии пептидом Селанк и Феназепамом при лечении тревожных расстройств (тревожно-фобических, тревожно-ипохондрических, соматизированных) у пациентов (n=100) психоневрологического отделения психиатрической больницы №13 и городской клинической больницы №71 г. Москвы.

Доля респондеров по установленным в исследовании критериям к 14 дню терапии составила 23% при терапии Феназепамом и 40% – на фоне комплексной терапии (Chi-square=2.6, p=0.14). Доля респондеров среди пациентов, продолжавших терапию Селанком до 21 дня, достигала 75%, что достоверно выше, чем в группе после отмены Феназепама (30%, Chi-square=9.7, p=0.0018) и в той подгруппе группы 2, в которой отменили комплексную терапию (25%, Chi-square=10, p=0.0016).

Анализ результатов тестирования пациентов по субшкале тревоги HDRS свидетельствовал о том, что на фоне лечения Феназепамом выраженность тревоги к 14-му дню терапии уменьшается на 53%, к 21 дню терапии – на 47%. В группе пациентов, принимавших комбинированную терапию, на 14-ый день терапии выраженность тревоги нивелировалась на 49,7%, на 21 день – на 59,6% при продолжении приема Селанка и на 43% в случае полной отмены терапии.

Получены данные, подтверждающие наличие у Селанка анксиолитического эффекта, умеренного ноотропного эффекта. Противотревожный эффект Селанка по нивелированию реактивной тревоги сравним с Феназепамом. При этом переносимость Феназепама и Селанка существенно отличается в пользу последнего (отмечались незначительные по количеству и выраженности нежелательные явления).

Отмечено ускорение наступления терапевтического эффекта Феназепама при оптимизации терапии Селанком по шкале HDRS. При комбинированной терапии Селанк уменьшает выраженность ряда побочных эффектов, вызываемых Феназепамом (нарушение концентрации внимания и памяти, астению, седацию, увеличение продолжительности сна, сексуальные дисфункции, эмоциональную индифферентность и ортостатизм). Совокупность терапевтической эффективности сочетанного применения Селанка и Феназепама и уменьшения побочного действия транквилизатора пептидом достоверно повышает качество жизни пациентов по шкале SF-36.

Полученные данные позволяют расширить и оптимизировать терапевтические возможности расстройств тревожного спектра за счет использования Селанка в качестве анксиолитического средства как в качестве монотерапии, так и коррекции нежелательных эффектов бензодиазепиновых препаратов.

**Работа поддержана ЗАО «Инновационный научно-производственный центр «Пептоген»» и грантами РФФИ*

ТИПИЧНЫЕ И АТИПИЧНЫЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ В СТРУКТУРЕ РЕМИССИИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Муравьева А.В., Нестерова Е.А., Анисимова М.О., Шмакова М.А.

Казань
ГАУЗ РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ,
КГМА

Типичные нейролептики на протяжении почти полувека широко использовались в клинической психофармакологии. Они применяются для купирования психомоторного возбуждения, нарушений поведения, психотической симптоматики. К ним относятся галоперидол, аминазин, тизерцин, сульпирид, хлорпротиксен и т.д. Вторая важная цель использования этих препаратов- это противорецидивная(профилактическая) терапия с целью удлинения срока ремиссии. Для этого используются их пролонгированные формы, либо небольшие дозы. Но длительное применение типичных нейролептиков приводит к побочным явлениям в виде экстрапирамидных расстройств, поздних дискинезий и даже формирования нейролептического синдрома. У больных отмечаются мышечная скованность, явления тремора различной степени выраженности, гиперсаливация, поячвляются оральные гиперкинезы, торсионный спазм, что осложняет дальнейшее течение заболевания и мешает продолжению психофармакотерапии. Поэтому в настоящее время с 2004 года в нашей больнице широко стали применяться атипичные нейролептики(антипсихотики второго поколения), которые обладают лучшей переносимостью с меньшим риском возникновения экстрапирамидной симптоматики, но вызывают значительные изменения в состоянии эндокринной системы-увеличение массы тела, явления булимии, повышения уровня отдельных гормонов(пролактина и др.). Это такие препараты, как рисперидон, кветиапин, оланзапин, арипипразол и т. д..

Целью нашего исследования был сравнительный анализ длительности ремиссий после первого приступа заболевания на фоне лечения типичными и атипичными антипсихотиками.

Мы проанализировали 112 больных, лечившихся в 1 женском отделении и 5 женском отделении ГАУЗ «РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ« за период с 1998 по настоящее время. Больные находились на лечении с диагнозами: шизофрения,

органическое шизофреноподобное расстройство, шизоаффективное расстройство. Возраст- от 16 до 70 лет. Рассмотрены 2 группы пациентов, перенесших первый приступ заболевания: первая включает больных, выписанных на поддерживающем лечении типичными нейролептиками, вторая- атипичными.

Длительность ремиссии:
Типичные нейролептики
До 1 года 18 чел-31%
От 1 года до 3 лет 17 чел-29,3%
Более 3 лет 28 чел-50%
всего 58 чел
Атипичные нейролептики
До 1 года 13 чел-24%
От 1 года до 3 лет 14 чел-26%
Более 3 лет 27 чел-50%
всего 54 чел

Анализ результатов показывает, что статистической разницы при лечении типичными и атипичными антипсихотиками в структуре длительности ремиссий нет, т.е. для поддерживающего лечения в период ремиссии можно использовать антипсихотики обеих групп. Это подтверждает мнение современных ведущих психофармакологов (Б.Д. Цыганков, Э.Г. Агасарян, 2002, 2006.), что атипичные нейролептики не обладают существенным превосходством над типичными и назначаются в тех случаях, когда типичные нейролептики не приводят к значительному улучшению состояния больных. Поэтому при выборе препарата следует учитывать риски побочных эффектов как типичных(экстрапирамидные расстройства), так и атипичных (нарушение обмена веществ, гормонального фона) антипсихотиков. Поэтому мы считаем целесообразным рекомендовать дифференцированный подход к противорецидивному лечению в период ремиссии с учетом соматического и неврологического статуса больного, его социальных возможностей и качества жизни. Это повысит уровень комплаенса и взаимопонимания врача и больного.

ВЛИЯНИЕ АФОБАЗОЛА НА ПАРАМЕТРЫ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗНОЙ СТРУКТУРЫ

Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Метлина М.В., Шабанова А.А., Коваленок Т.В., Богданова Н.И., Телешова Е.С.

Москва
НИИ фармакологии им. В.В. Закусова

Цель исследования: оценка особенностей терапевтического действия анксиолитика афобазола и его влияния на когнитивные функции у больных с разной структурой тревожных расстройств.

Материалы: действие афобазола в суточной дозе 30 мг в течение 14 дней терапии изучено у 60 больных (23 мужчин и 37 женщин), средний возраст 34,7±9,46 лет с генерализованными тревожными (ГТР), тревожно-фобическими (ТФР) и тревожно-ипохондрическими (ТИР) расстройствами (по 20 человек в каждой группе).

Методы: использовались шкалы оценки выраженности симптоматики, тревоги Гамильтона, выраженности астении MFI-20 и ВАШ-А, общего клинического впечатления, методики оценки ситуационной тревожности Спилбергера-Ханина, дифференцированной оценки самочувствия (САН) и когнитивных способностей Якобса, тест Векслера, компьютеризированная методика оценки параметров психофизиологического состояния.

Результаты исследования и их обсуждение: анализ терапевтической динамики показателей состояния больных с тревожными нарушениями различной структуры свидетельствует о том, что основное действие афобазола – анксиолитическое со стимулирующим компонентом реализуются по-разному у больных ГТР, ТФР и ТИР. У больных ГТР оно адресовано к базисным проявлениям психопатологического синдрома, в виде согласованного обратного развития тревожных и астенических нарушений. У больных ТФР с аффективно насыщенными, чувственными фобиями выявляется аналогичная позитивная динамика расстройств с конгруэнтной редукцией фобических и вегетативных нарушений. При обсессивном механизме возникновения фобических нарушений, клинически сформированных проявлениях агорафобии, интроспекции и избегающего поведения, замедляется и ослабляется редукция тревожных нарушений, инсомнии и вегетативных дисфункций, а также астенического симптомокомплекса, при минимальных изменениях выраженности фобий. При ТИР с нозофобиями реализация анксиолитического и стимулирующего эффектов афобазола в большинстве случаев не затрагивала «ядра» психопатологического синдрома и характеризовалась неустойчивостью, проявлявшейся в непоследовательном и несогласованном характере изменений тревожных и астенических нарушений, периодическом преобладании стимулирующего действия над анксиолитическим, что приводило у ряда больных к усилению основной тревожно-ипохондрической симптоматики. Указанные особенности терапевтического действия афобазола у больных ГТР, ТФР и ТИР находят свое отражение в эффективности терапии. Показатели «очень большого» и «большого» улучшения состояния регистрировались у 67% пациентов с ГТР, 47,3% с ТФР и 31,6% с ТИР. Причем у последних в 10,6% случаев регистрировалось ухудшение состояния. У больных с разной структурой тревожных нарушений выявлены также особенности исходных и динамических характеристик психофизиологического состояния и когнитивных функций. У больных ГТР наблюдалась тенденция к уменьшению скорости простой сенсомоторной реакции и снижению точности выполнения реакции выбора и реакции на движущийся объект. У больных ТФР и ТИР имелась тенденция к снижению объема и устойчивости внимания по сравнению с больными ГТР. При терапии афобазолом больных ГТР, ТФР и ТИР, вне зависимости от психопатологической структуры синдрома, отмечалось статистически значимое улучшение параметров распределения и объема внимания, времени простой сенсо-моторной реакции и интегрального показателя успешности операторской деятельности. При ГТР также выявлялось влияние препарата на параметры внимания за счет улучшения его устойчивости, а также значимое улучшение объема кратковременной памяти. При ТИР наблюдалось улучшение точности выполнения сложной сенсо-моторной реакции. У больных ГТР, ТФР и ТИР установлены также различия показателей когнитивных функций. У больных ГТР ведущая роль в снижении продуктивности познавательных функций принадлежала уязвимости к стрессовым условиям. Больные ТФР обнаруживали трудности в формулировании точных определений, концентрации внимания, выраженный страх неуспеха. У пациентов с ТИР выявлялось снижение продуктивности деятельности в ситуациях, требующих умения опираться на упроченные в опыте правила поведения в различных социально значимых позициях. Терапевтическая динамика показателей когнитивного функционирования у больных ГТР выявила улучшения, связанные с повышением устойчивости продуктивности когнитивных процессов в стрессовых условиях деятельности. У больных ТФР также выявлено улучшение процессов концентрации внимания, повышение качества умозаключений, анализа наглядно-образной эмоционально-насыщенной информации, связанное со снижением страха неудачи и уровня тревожности. Больные ТИР обнаружили улучшение качества умозаключений, способности к оттормаживанию эмоциональных ответов, а также улучшение процессов концентрации внимания в условиях монотонной

деятельности. Общее для больных ГТР, ТФР и ТИР увеличение интегральных показателей выполнения теста Векслера было обусловлено как неспецифическим повышением устойчивости к стрессовым условиям выполнения заданий в случае простых по структуре тревожных расстройств, так и специфическим улучшением тех параметров когнитивной деятельности, уязвимость которых определялась структурой сложных тревожных расстройств.

Выводы: Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных с простыми по структуре тревожными расстройствами при ГТР терапевтическое действие афобазола реализуется более полно, чем у больных со сложными по структуре тревожными расстройствами. У больных ГТР и ТФР, клиническая картина которых характеризуется формированием тесно связанных с тревожным аффектом острых чувственных фобий, применение афобазола также является эффективным. У больных с обсессивным механизмом формирования фобических расстройств, устойчивыми проявлениями агорафобии и избегающего поведения и нозофобиями (ТФР и ТИР) ослабление тревожного компонента не сопровождается терапевтически значимой редукцией базисной симптоматики в структуре синдрома. Установлено позитивное влияние афобазола на психофизиологические и когнитивные функции, имеющие особенности при разной структуре тревожных расстройств, вероятно обусловленные анксиолитическим, психостимулирующим действием и нейропротективными свойствами препарата.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Новикова Н.В., Андрусенко А.А., Обросов И.Ф.

Пермь
ГБУЗ ПК Пермская краевая КПБ,
Пермский ГМУ им. акад. Е.А. Вагнера

Непрерывная поддерживающая терапия является ключевым фактором эффективного лечения больных шизофренией и в настоящее время выдвинута на первый план в различных клинических руководствах. Для длительного предотвращения рецидивов у больных со стабилизированной шизофренией эффективны как типичные, так и атипичные антипсихотики. Выбор тактики лечения и препарата в большей степени определяется эмпирическим опытом, личными предпочтениями врача и текущей бюджетной политикой. При использовании атипичных антипсихотиков (АА) наблюдается лучшая переносимость и безопасность в сравнении с типичными средствами. Нежелательные явления АА могут проявиться в значимой нейроэндокринной дисфункции, влиять на качество ремиссии и приверженность пациента к терапии (комплаентность). Риск развития нежелательных явлений и нарушений может быть минимизирован применением АА пролонгированного действия.

Целью данного исследования являлось изучение преимущества пролонгированных антипсихотиков второго поколения при поддерживающей терапии больных стабилизированной шизофренией в отношении качества ремиссий, риска рецидивов и побочных действий.

Материал и методы. В исследование было включено 54 пациента с эпизодической параноидной шизофренией (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10) в возрасте от 24 до 47 лет (средний возраст 35,5±11,5лет), которые были разделены в зависимости от получаемой психофармакотерапии (монотерапия атипичными нейролептиками пролонгированного действия или комбинированная терапия антипсихотиками разных групп) без учета пола на 2 равные группы. Группы были сопоставимы по клинико-демографически характеристикам, пациенты наблюдались на одном участке диспансера. Длительность заболевания в среднем составляла 9,5±2,1 лет. Актуальное психическое состояние пациентов основной и контрольной групп изначально соответствовало критериям неполной ремиссии с остаточными проявлениями. Для сравнения групп использовали данные клинико-психопатологического, катамнестического и психометрического (шкала PANSS, шкала общего клинического впечатления (CGI), шкала личного и социального функционирования (PSP)) методов обследования. Регистрация данных проводилась при помощи Индивидуальной карты пациента, которая включала сведения о предшествующей терапии, причине перевода на терапию пролонгированными препаратами, оценку показателей психической деятельности, витальных показателей, качества жизни и социального функционирования. Оценка эффективности проводимой терапии включала, в том числе, анализ медицинской документации, результаты интервью пациентов и их близких (отношение пациента к терапии и удовлетворенность терапией, особенности поведения, активности, эмоционального состояния и социализации).

Результаты и их обсуждение. Перевод с предшествующей комбинированной поддерживающей терапии на монотерапию пролонгированными препаратами проводился по решению лечащего врача. Основанием для изменения лечения служили: проблемы переносимости предшествующего лечения (экстрапирамидные расстройства, метаболические нарушения); частичный эффект предыдущей поддерживающей терапии; несоблюдение лекарственного режима пациентом; трудоспособность пациента (необходимость упрочения ремиссии), мотивация пациента и активная просьба о замене лечения. Пациенты основной группы (27 больных) принимали АА пролонгированного действия, и в зависимости от конкретного препарата, были распределены на подгруппы по 9 человек: Сероквель Пролонг, Рисполепт Конста, Ксеплион. Длительность наблюдения от момента изменения терапии до оценки эффективности проводимой терапии составила 17-24 месяца. Предварительные данные, полученные при изучении эффективности терапии пролонгированными АА, показали достоверное уменьшение выраженности остаточной психопатологической симптоматики (во всех трех основных подгруппах $p<0,5$), заметное или умеренное повышение уровня социального функционирования, субъективно-психологическое восстановление пациентов и устойчивость состояния ремиссии (снижение рецидивов заболевания в 3,5 раза по сравнению с контрольной группой). Продолжали работать без снижения квалификации 20 (74%) больных, 7 (26%) находились на группе инвалидности, установленной ранее, выполняли неквалифицированные виды труда или имели временные заработки. Побочные эффекты препаратов являлись незначительными, существенно возросла удовлетворенность пациентов лечением. За период наблюдения из исследования выбыли лишь 2 пациента (7,7%), что, возможно, отражало факторы эффективности, безопасности, переносимости и приверженности лечению препаратами пролонгированного действия.

У 27 больных контрольной группы (комбинированная терапия нейролептиками различных химических классов) картина заболевания в большей степени характеризовалась негативным симптомокомплексом, присутствием симптомов аффективного и редуцированного параноидного круга, неврологическими и соматическими осложнениями фармакотерапии (экстрапирамидные и метаболические расстройства), которые и определяли снижение приверженности к терапии, ухудшение качества жизни и уровня социального функционирования пациентов. В течение первых 17 месяцев наблюдения перестали соблюдать режим или прекратили досрочно поддерживающую терапию 15 пациентов (55,5%), из них 13 (48,1%) были госпитализированы в связи с обострением психотической симптоматики. Продолжали работать со снижением квалификации 13 пациентов (48,2%), 14 больных (51,8%) не работали и являлись

инвалидами II группы. Индекс эффективности препаратов являлся минимальным или не менялся, побочные эффекты препаратов рассматривались как значительные.

Выводы: Перевод больных на прием АА пролонгированного действия, в целом, обеспечивал более высокую эффективность лечения. Адекватность проводимой поддерживающей терапии в основной группе обеспечивала наличие комплаентности, снижение числа/отсутствие рецидивов заболевания и достаточную социальную адаптацию пациентов. Анализ полученных данных указывает на необходимость продолжения катамнестического наблюдения, проведения анализа эффективности, переносимости и безопасности каждого из трех пролонгированных антипсихотиков второго поколения, выделение четких критериев и ориентиров необходимости смены препаратов на альтернативные.

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Овсянников С.А.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Э. Крепелин (1896) и Э. Блейлер (1911) при разработке проблемы шизофрении впервые выделили параноидную форму заболевания как самостоятельную с завершающей стадией в виде параноидной деменции.

В настоящее время описывается прогредиентная и приступообразная форма параноидного течения процесса. При непрерывном течении начальные этапы часто протекают медленно с перестройкой личностной структуры, нарастанием подозрительности, замкнутости (аутизм) и выявлением бредовых идей отношения и преследования. Отмечаются нарушения мышления: «провалы мыслей», «путаница мыслей» и др. Нарушается поведение с наличием неадекватных поступков.

Лечение необходимо начинать как можно раньше с использованием противобредовых «типичных» нейролептиков (трифтазин в возрастающих дозах до 30-40 мг в сутки, этаперазин в таких же дозировках, либо галоперидол до 15 и более мг в сутки с корректорами).

Атипичные нейролептики (лепонекс, рисполепт, оланзапин, абилифай и др.) в дебюте параноидной шизофрении оказывают менее заметный противобредовой эффект. В то же время они способствуют некоторому ослаблению негативной симптоматики, но дают отрицательные эффекты в виде нарушения эндокринных функций (вплоть до развития сахарного диабета). По прошествии начального периода может развиваться синдром Кандинского-Клерамбо, что определяет картину манифестного психоза. Эти симптомы могут наслаиваться друг на друга.

При острой манифестации бредовой шизофрении необходимо проведение неотложной терапии в рамках общих алгоритмов лечения шизофрении (Б.Д. Цыганков, 2014 и др). Система терапии острой бредовой шизофрении в стационаре назначение типичных (классических) нейролептиков (аминазин, пропазин, тизерцин, трифтазин, этаперазин, модитен, неулептил, галоперидол, триседил, пипортил). Далее предпочтительно использование монотерапии с назначением парэнтерального введения аминазина, галоперидола или их комбинации в больших дозах (аминазин до 300 мг. в сутки в/м, галоперидол до 20 мг в сутки в/м, тизерцин в остром манифестном периоде вводится также парэнтерально в дозировке до 250 мг. Средняя продолжительность применения максимальных доз нейролептиков составляет 30 дней. При непереносимости типичных нейролептиков, которая клинически обнаруживается через 7-10 дней от начала терапии, показана их замена на атипичные нейролептики, из которых предпочтительным является клозапин (азалептин) в средних дозировках до 300-400 мг в сутки. После купирования острого состояния при формировании ремиссии с критическим отношением к болезни рекомендуется проведение противорецидивной терапии нейролептиками в меньших дозировках. В качестве противорецидивного препарата показано также применение клозапина (азалептин) в дозировке 100-125 мг в сутки. В случаях обострения и возникновения повторных приступов в течение года при их резистентности к лечению нейролептическими препаратами показано проведение ЭСТ, инсулинотерапии с использованием коматозных доз (20-25 шоков) с последующим назначением противорецидивной нейролептической терапии и применением ранее указанных нейролептиков в малых и средних дозах и плазмафереза.

Заключительный этап параноидной шизофрении характеризуется формированием парафренного бреда.

В зависимости от преобладания в картине болезни бредовых расстройств или галлюцинаций некоторые исследователи выделяют бредовой и галлюцинаторный (псевдогаллюцинаторный) варианты бредовой шизофрении. На практике чаще встречается комбинация галлюцинаторных и бредовых расстройств, что дает право говорить о галлюцинаторно-параноидной шизофрении. Парафренный синдром купируется назначением таких препаратов как галоперидол- деканоат до 100 мг в 7 дней в/м и лепонекс до 200-400 мг в день. На более поздних этапах болезни при появлении резистентности к этим препаратам целесообразно использовать модитен-депо в дозировке 25–50–75 мг внутримышечно (одна инъекция в 3–4 недели) или пипортил до 100 мг в/м 1 раз в месяц.

В случаях терапевтической резистентности дозировку клопиксол-депо можно повышать до 600 мг в сутки или вводить галоперидол-деканоат до 200 мг 1 раз в 7 дней. В ряде случаев можно сочетать введение клопиксола-депо в указанных дозировках с пипортилом L4, что дает заметную стабилизацию и способствует формированию длительной терапевтической ремиссии.

Лечение в условиях ПНД. Первоочередной задачей неотложной терапии острых галлюцинаторно-бредовых состояний является необходимость быстро обеспечить безопасность самого больного и окружающих, что требует срочного проведения мер по уходу и надзору за больным. Лечение острых состояний ставит своей целью, прежде всего, устранить возбуждение. Для этого внутримышечно вводят аминазин (25-100 мг, суточная доза до 200 мг). Наряду с редукцией возбуждения и страха ослабевает и бредовая симптоматика. Для более быстрого купирования состояния полезно сочетать седативные нейролептики с нейролептиками избирательного действия, например, трифтазином (30-50 мг в сутки) и галоперидолом (20-40 мг в сутки).

Наиболее неблагоприятны (в смысле быстроты становления конечного состояния) случаи прогредиентной шизофрении, при которых значительные изменения личности и психопатоподобные расстройства предшествуют появлению несистематизированных бредовых идей. Галлюцинаторно-параноидное состояние отличается при этом течении большим полиморфизмом. Наряду с бредом физического воздействия, всеми видами автоматизмов отмечаются и псевдогаллюцинаторные явления. Неблагоприятность течения выражается также в частом присоединении вторичных кататонических расстройств, в сравнительно быстром фантастическом (парафренном) видоизменении бреда с характером мегаломании. Нередки явления выраженной бредовой деперсонализации, присоединяются бредовые конфабуляции. Такое прогрессирующее развитие наблюдается не всегда. В ряде случаев процесс стабилизируется на уровне параноидной стадии.

Конечное состояние при параноидной шизофрении характеризуется «шизофазией». Ее первым признаком является симптом «монолога», проявляющийся бесконечно длинными ответами на простые вопросы, когда в ответах содержится информация, не имеющая никакого отношения к содержанию вопроса. В дальнейшем может развиться собственно шизофазия – грамматически правильная речь, лишенная какого бы то ни

было смысла и содержания. При этом характерно появление в речи неологизмов. Поведение больных при наличии шизофазии внешне может быть правильным.

С учетом подобных явлений для повышения терапевтического эффекта назначают высокие дозы нейролептиков с выраженным общим антипсихотическим (триседил, галоперидол) и избирательным антибредовым или антигаллюцинаторным (стелазин, этаперазин) действием. Для усиления терапевтического эффекта используется сочетание этих нейролептиков и разных путей их введения. Внутримышечное или внутривенное (капельное) введение нейролептиков может комбинироваться с приемом их внутрь. Для смягчения бредовой напряженности, агрессивности на этапах усложнения галлюцинаторно-бредовых расстройств с развитием психического автоматизма, парафренной трансформацией бреда большие нейролептики целесообразно комбинировать с нейролептиками седативного действия. Применение высоких доз создает риск развития тяжелой нейролепсии, вплоть до злокачественного нейролептического синдрома, что значительно ограничивает их назначение. В таких случаях показан метод одномоментной отмены препаратов.

Необходимо продолжать поддерживающую терапию нейролептиками в амбулаторных условиях в более низких дозах, которые подбираются еще во время стационарного лечения. Терапия продолжается не менее 1-2 лет после первого обострения и до 4-5 лет после неоднократных рецидивов.

РАНДОМИЗИРОВАННОЕ, ПРОСТОЕ СЛЕПОЕ, ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕМАНТИНА, КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Осадший Ю.Ю., Арчаков Д.С., Тараканова Е.С., Вобленко Р.А.

Волгоград
ООО Научно-производственное объединение
Волгоградский центр профилактики болезней ЮгМед

Актуальность. Несмотря на успехи современной психофармакотерапии, арсенал средств, влияющих на негативную симптоматику, часто являющуюся основным инвалидизирующим фактором, по-прежнему ограничен (Stahl and Grady, 2004; Messer et al, 2006). В связи с этим выдвигаются новые теории патогенеза шизофрении, на основе которых предлагаются новые группы препаратов для коррекции негативной симптоматики. Одной из таких теорий является глутаматергическая, согласно которой гипофункция NMDA рецепторов влияет на развите шизофрении. Мемантин – неконкурентный антагонист NMDA рецепторов, по мнению ряда исследователей, препараты данной группы способны оказывать влияние на негативную симптоматику при шизофрении (Egerton et al, 2005; McShane et al, 2006, Buchanan et al, 2007). Все это и сформировало цели настоящего исследования.

Цели и задачи. Оценить эффективность и безопасность препарата Мемантин, как дополнительного средства для лечения негативных симптомов при параноидной шизофрении у пациентов принимающих поддерживающую монотерапию нейролептиком.

Материалы и методы. В исследование включались мужчины (30 чел.) и женщины (22 чел.) в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст 32,2±11,6) с диагнозом параноидная шизофрения, эпизодический тип течения со стабильным или нарастающим дефектом, что соответствовало следующим рубрикам по МКБ-10 (F20.014, F20.024). Длительность заболевания в среднем составляла 9,8±4,1 год.

Пациенты принимали монотерапию нейролептиком со стабильной дозой не менее 4-х недель предшествующих рандомизации (из дополнительной терапии допускалось использование только холинолитика тригексифенидила в качестве «корректора» экстрапирамидной симптоматики со стабильной дозой не менее 4-х недель предшествующих рандомизации). Все дозы препаратов соответствовали среднетерапевтическим.

У пациентов не наблюдалось острой психотической симптоматики и тяжелых аффективных нарушений на протяжении 4-х недель предшествующих рандомизации.

Для включения пациента общая оценка по шкале PANNS не должна была превышать 65 баллов, при этом оценка по субшкале позитивной симптоматики составляла не более 15 баллов, а оценка по субшкале негативной симптоматики не менее 20 баллов.

Для оценки аффективных нарушений использовалась шкала HADS, при этом результат более 10 баллов по любой из подшкал являлся критерием исключения.

Основным критерием эффективности являлось изменение общего показателя по шкале PANNS, дополнительно эффективность оценивалась при помощи шкалы оценки улучшения состояния – CGI-I, а наличие или отсутствие аффективных расстройств определялось по средствам опросника HADS.

Дизайн исследования. Исследование включало: фазу скрининга (4 недели), рандомизация (были сформированы 2 группы пациентов: нейролептик+плацебо, нейролептик+мемантин), фазу титрации дозы мемантина (3 недели): 1 нед -5 мг/сут, 2 неделя -10 мгу/сут, 3 неделя 20 мг/сут, фаза активной терапии (5 недель). Плановая оценка (физикальное обследование, PANNS, HADS) проводилась на первом визите (фаза скрининга) и далее 1 раз в 2 недели – на 2,4,6,8,10 и 12 неделях. Шкала CGI-I заполнялась на 8, 10 и 12 неделях.

Респондерами считались пациенты с оценкой 1 и 2 бала по шкале CGI-I и редукцией суммарного бала PANNS на 25% по сравнению с фоновым показателем. Отдельно оценивалось влияние на негативную симптоматику, респондерами считались пациенты со снижением показателей по субшкале негативной симптоматики PANNS на 20% и более.

Критериями исключения было увеличение общей оценки по шкале PANNS на 25% и более, показатели по шкале HADS более 10 по любой из подшкал, появление необходимости изменения текущий схемы фармакотерапии.

Статистическая обработка и анализ результатов исследования проводилась с использованием пакета программ «Statistic for Windows» методами параметрической и непараметрической статистики. Достоверность между группами сравнения оценивалась по критерию t Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в настоящем исследовании принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Из 52 человек включенных в исследование 47 было рандомизировано (с использованием таблицы случайных чисел) в группы нейролептик+плацебо (23 человека), нейролептик+мемантин (24 человека). Основными применяемыми нейролептиками в группах были рисперидон – 38,3%,, галоперидол – 23,4%, трифлуоперазин – 17%, сульпирид – 4,3%, оланзапин – 8,5%, клопиксол – 8,5%. Средний возраст в исследуемых группах был равен 32,2±11,6 (группа плацебо 30,6±10,7, группа мемантин 33,8±12,6), с некоторым преобладанием мужчин в обеих группах, чуть более 60%. У пациентов были установлены диагнозы F20.014 -68,2%, F20.024 – 31,8%. Завершило исследование 44 человека.

Стартовые показатели по шкале PANNS составили: общее значение 58,9±9,1% (группа плацебо 56,9±8,9%, группа мемантин 60,9±9,2), оценка по субшкале негативных симптомов 27,6±3,7% баллов (группа плацебо 25,6±3,6%, группа мемантин 29,6±3,8%), оценка по субшкале общих психопатологических синдромов 20,2±4,1 баллов (группа плацебо 21,8±4,2, группа мемантин 18,6±3,9), оценка по субшкале позитивных симпто-

мов 11,1±2,5 баллов (группа плацебо 10,1±2,4, группа мемантин 12,1±2,5). Средняя оценка по шкале HADS была 4,9±2,5 балла по субшкале депрессии и 6,0±2,4 балла по субшкале тревоги без статистически значимых различий внутри групп.

Через 8 недель терапии (период титрации и период активного лечения) группа получавшая лечение мемантином обнаружила снижение общего балла PANNS на 4,2±6,8 баллов, в группе плацебо также отмечалось некоторое снижение общего показателя по шкале PANNS на 3,6±6,6, однако статистически значимой разницы между двумя группами выявить не удалось (p=0,393). При этом не отмечалось статистически значимых различий ни в одной из субшкал PANNS ни по сравнению со стартовыми показателями, ни в исследуемых группах.

Показатель CGI-I также не обнаружил статистически значимых различий в исследуемых группах (p=0,431). При этом количество респондеров по этому показателю было одинаковым в исследуемых группах и составило по 4,5%

Процент респондеров по шкале PANNS на терапию составил 4,5% в группе мемантин и 6,8% в группе плацебо (p=0,378). При этом изменение оценки PANNS касалось в основном шкалы общих психопатологических симптомов (средний показатель снизился на 6,1±6,9 баллов в группе мемантин и 4,8±6,8 в группе плацебо) в то время, как средний показатель по шкале негативных и продуктивных симптомов претерпел менее существенные изменения в группе мемантин и плацебо (шкала позитивных симптомов 2,8±6,4 и 3,2±6,5, шкала негативных симптомов 3,8±6,6 и 2,9±6,4 соответственно) однако статистической значимости эти различия также не имели (p=0,391).

Трое пациентов обнаружили побочные эффекты, которые привели к досрочному выходу из исследования. Следует отметить, что все случаи досрочного выхода наблюдались в группе мемантина, а то время как, в группе плацебо все пациенты завершили исследование. Выбывшие пациенты распределились следующим образом: увеличение бала по шкале HADS более 10 (оба случая субшкала депрессии) – 2 чел, увеличение оценки PANNS более чем на 25% – 1 чел.

Выводы. Проведенное исследование не смогло продемонстрировать эффективность мемантина по сравнению с плацебо, как дополнительного средства для лечения негативной симптоматики при параноидной шизофрении. Количество респондеров на проводимую терапию в обоих группах не имело статистических различий и их наличие было скорее обусловлено динамикой самого заболевания и проводимой базовой терапией нейролептиками и плацебо эффектом. При этом следует отметить, что назначение мемантина может увеличивать количество побочных эффектов, в том числе, за счет ухудшения психического состояния, однако этот вывод требует дополнительных исследований.

Актуальным остается проведение исследования на большей выборки с углубленным контролем когнитивных функций и социального функционирования, что позволит дать более четкий ответ о возможности влияние NMDA-антагонистов на дефицитарную симптоматику при шизофрении.

МИЕЛОТОКСИЧНОСТЬ, ОПОСРЕДОВАННАЯ ПСИХОТРОПНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ: ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Петин В.М., Курылев А.А., Андреев Б.В.

Санкт-Петербург
ГПБ №1 им. П.П. Кащенко,
СПбГУ

Цель: сравнить эффективность применения глутоксима, преднизолона и фолиевой кислоты у больных психиатрического стационара с целью преодоления миелотоксичности психотропных лекарственных средств.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 45 пациентов, 11 мужчин и 34 женщин, с различной психической патологией, с миелотоксичностью (лейкопенией, нейтропенией, тромбоцитопенией), опосредованной применением нейролептиков, антидепрессантов, антиконвульсантов и иных миелотоксичных лекарственных препаратов. Средний возраст пациентов составил 47 лет. Медикаментозная коррекция миелотоксичности проводилась у пациентов трех групп: 15 больных получали глутоксим 30мг/сут. подкожно – 5 дней; 15 больных получали преднизолон внутрь 20мг/сут. совместно с омепразолом 20 мг/сут. – 10 дней; 15 больных получали фолиевую кислоту внутрь 3 мг/сут. – 1 месяц. Эффективность лечения оценивалась по результатам тестов клинического анализа крови до и после лечения на 6-й, 11-й, 31 день, соответственно, для каждой из трех групп пациентов, а именно: общее количество лейкоцитов 10^9/л; количество гранулоцитов (в 1 мкл); процентное содержание нейтрофилов%; общее количество тромбоцитов 10^9/л. Средние разницы этих показателей оценивались методом дисперсионного анализа. Дозы психотропных лекарственных препаратов в трех группах были в интервале среднесуточных терапевтических значений. При выявленной миелотоксичности, опосредованной психотропными лекарственными препаратами, проводилась коррекция схемы психофармакотерапии: уменьшение дозы, отмена препарата, перевод на иной психотропный препарат с благоприятным профилем безопасности.

Результаты: в первой группе больных, получавших глутоксим, было отмечено улучшение показателей крови: увеличение – лейкоцитов (10i/мкл), в среднем, на 31%, гранулоцитов (в 1 мкл) на 123%, процентного содержание гранулоцитов на 30%, тромбоцитов (10i/мкл) на 286%. Во второй группе пациентов, получавших в схеме лечения преднизолон, отмечено: увеличение – лейкоцитов (10i/мкл), в среднем, на 31%, гранулоцитов (в 1 мкл) на 74%, процентного содержание гранулоцитов на 29%, тромбоцитов (10i/мкл) на 30%. В третьей группе больных, получавших терапию фолиевой кислотой, зарегестрировано: увеличение – лейкоцитов (10i/мкл), в среднем, на 7%, гранулоцитов (в 1 мкл) на 7%, процентного содержание гранулоцитов на 3%, тромбоцитов (10i/мкл) на 22%. Средняя разница между началом и окончанием терапии в группе пациентов, получавших глутоксим, составила для лейкоцитов, гранулоцитов, тромбоцитов и процентного содержания гранулоцитов 1,07 103/мкл, 1,04 103/мкл, 47,28 103/мкл и 10,0 103/мкл соответственно. При этом максимальная разница наблюдалась по показателю тромбоцитов и процентному содержанию нейтрофилов ($p<0,05$). Разница между между группами пациентов, получавших глутоксим и фолиевую кислоту, достигала статистической достоверности по всем показателям ($p<0,01$).

Выводы: применение в схеме лечения миелотоксичности стимуляторов лейкопоэза – глутоксима, преднизолона и фолиевой кислоты – на фоне необходимой коррекции психофармакотерапии (уменьшение дозы, отмена препарата, перевод на иной психотропный препарат с благоприятным профилем безопасности) приводит к достоверному улучшению гемограммы у двух групп исследованных пациентов (получавших глутоксим и преднизолон).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ (ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ)

Петрунько О.В.

Иркутск
Иркутская ГМАПО

Психофармакотерапия является наиболее распространенным и эффективным методом лечения депрессий, анти-

депрессанты рассматриваются как препараты первого выбора для купирования депрессивной симптоматики. До настоящего времени остается актуальным вопрос изучения эффективности антидепрессантов, а также исследование индивидуальной чувствительности к тимоаналептической терапии.

Цель исследования: анализ инновационных способов оценки эффективности антидепрессивной терапии на примере мелатонинергического антидепрессанта агомелатина (вальдоксан).

Материалы и методы. В рамках российского мультицентрового открытого несравнительного исследования проведена оценка эффективности и безопасности препарата вальдоксан (агомелатин) при лечении умеренной и тяжелой депрессии – РИТМ (Руководитель Иркутского центра – профессор А.С. Бобров, исследование проведено совместно с А.А. Хамархановой, А.В. Швецовой). Длительность терапии вальдоксаном составила 42 дня с получением добровольного согласия на участие в исследовании. Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 65 лет, умеренный (F32.1) или тяжелый (F32.2) депрессивный эпизод (по МКБ-10), психометрическая оценка не менее 17 баллов по шкале депрессии Гамильтона (HAMD-17). Вальдоксан в дозе 25 мг в сутки назначался однократно в вечернее время, в 97,5% случаев с 7-го дня терапии начальная доза 25 мг в сутки была увеличена до 50 мг с однократным приемом.

Включены в исследование 50 больных: 41 (82%) женщина и 9 (18%) мужчин, средний возраст к началу исследования составил 44,5±1,5 года. Большинство пациентов 45 (90,0%) находились на стационарном лечении, 5 (10,0%) человек наблюдались амбулаторно. По типу течения больные распределились следующим образом: единичный депрессивный эпизод (ДЭ) – 11 (22%), рекуррентное депрессивное расстройство – 36 (72%) и актуальный ДЭ в рамках биполярного аффективного расстройства – 3 (6%); по тяжести депрессивного эпизода: ДЭ средней степени тяжести – 27 (54%), тяжелый ДЭ без психотических симптомов – 23 (46%) пациента. На момент включения в исследование средний суммарный балл по шкале HAMD-17 составил 22,5±0,4. Около половины больных – 24 (48,0%) до включения в исследование имели работу, инвалидами были признаны 11 (22,0%), не работали (домохозяйки, уволенные, пенсионеры по возрасту) 15 (30,0%) человек.

Оценка эффективности терапии проводилась на 1-й, 2-й, 3-й, 4-й и 6-й (завершающей) неделе терапии по редукции суммарного балла шкалы HAMD-17.

Выделение клинических предикторов достижения ремиссии в ходе антидепрессивной терапии вальдоксаном проводилось с использованием инновационной технологии в регистрации депрессивной, тревожной и коморбидной симптоматики в структуре депрессии в виде «аффектограммы» (Бобров А.С., 2010). На основе «аффектограммы» возможна формулировка наиболее полного диагноза с указанием тяжести и типа депрессии, структуры и степени генерализации патологических телесных сенсация, идеаторных образований (неипохондрическое, ипохондрическое и смешанное содержание), особенностей депрессивной триады, наличия атипичной симптоматики и коморбидных расстройств.

Результаты и обсуждение. Закончили исследование 40 (80%) больных. Выбыли из исследования 10 (20%) человек по причине отсутствия эффекта и с нежелательными явлениями. Из 40 пациентов, закончивших исследование, к респондерам отнесены 36 (90%). В этих случаях редукция суммарного балла по шкале HAMD-17 была на 50% и более; число нонреспондеров – 4 (10%).

Среди пациентов группы респондеров выделены 27 человек с наиболее выраженным терапевтическим ответом до достижения ремиссии (редукция суммарного балла по шкале HAMD-17 до 7 и менее баллов). Пациенты с ремиссией отличались от респондеров меньшими показателями тяжести депрессии по шкале HAMD-17 (21,7±0,5 балла против 23±0,9 балла), длительности заболевания в целом (5,8±1,2 года против 7,4±2,1 года) и продолжительности текущего депрессивного эпизода (3,9±0,5 мес. против 6,6±2,8 мес.).

В зависимости от величины стартового суммарного балла шкалы HAMD-17 выявлена зависимость в сроках наступления терапевтической ремиссии (2-я неделя – 7,4% больных, 3-я и 4-я недели – соответственно по 14,8%; 6-я неделя – 63%). В случае наступления ремиссии на 2-й неделе отмечается более низкий стартовый суммарный балл шкалы HAMD-17, но с возможной волнообразностью состояния в виде увеличения суммарного балла на 21-й день и последующей его редукцией более чем на 7 баллов. При наступлении ремиссии на 3-й неделе стартовый суммарный балл был выше по сравнению с наступлением ремиссии на 14-й день, но меньшим в сравнении со сроками наступления ремиссии на 28-й и 42-й дни терапии. У пациентов с формированием ремиссии на 6-й неделе выявляется наиболее высокий стартовый суммарный балл шкалы HAMD-17 с последующей плавной редукцией балльной оценки в течение всего периода терапии.

Среди 40 пациентов, завершивших прием вальдоксана в течение 42 дней, проведена оценка эффективности терапии в зависимости от времени первичного ответа. Первичный ответ при редукции баллов по шкале депрессии HAMD на 25% и более к концу 1 недели терапии отмечен у 50% пациентов, 2 недели – 40%, 3 недели – 10%. Среди пациентов с первичным ответом в первые 2 недели терапии (36 пациентов) у концу исследования (6 нед.) терапии 26 чел. (65%) находились в ремиссии (7 и менее баллов по шкале депрессии HAMD), 8 чел. (20%) явились респондерами, лишь 2 (5%) оказались парциальными респондерами (патреспондерами). Оценка первичного ответа позволяет прогнозировать результативность проводимой антидепрессивной терапии пациентам с депрессивными расстройствами.

Для уточнения клинических предикторов формирования ремиссии в ходе терапии вальдоксаном проведен сравнительный статистический анализ (расчет t-критерия Стьюдента) двух групп пациентов с ремиссией (27 человек) и респондеров (9 человек). Сравнительный анализ группы больных с «ремиссией» и «респондеров» позволил определить статистически значимые клинические предикторы наибольшей выраженности терапевтического ответа на вальдоксан. В случае ремиссии ими оказались: меньшая частота тревожной депрессии; отчетливая эндогенизация депрессии (без дифференциации на ее тип) за счет большей представленности сниженной самооценки и чувства уверенности в себе, а также пессимистического видения будущего; наличие лишь одного из вариантов нарушения ночного сна; большая частота нетипичного суточного ритма, как правило, с ухудшением состояния в вечерние часы. К клиническим критериям наибольшей полноты терапевтического ответа (ремиссия) на вальдоксан также отнесены симптом мышечного напряжения в структуре сопутствующего депрессии ГТР (по DSM-IV); среди вегетативных симптомов – большая частота постоянных или периодических проявлений вегетативных расстройств, но в обоих случаях не связанных с реактивной лабильностью или с незначительным физическим напряжением; в ряду коморбидных депрессии расстройств – пароксизмальная тревога или паническое расстройство (полное или симптоматически бедное), с/без агорафобии.

Таким образом, к современным подходам к оценке эффективности антидепрессивной терапии кроме клинического анализа динамики состояния и психометрической оценки депрессивной симптоматики можно отнести выделение клинических предикторов достижения ремиссии на основе интегративного представления о структуре депрессивного расстройства с использованием аффектограммы и оценку первичного ответа как предиктора формирования ремиссии.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИПСИХОТИКОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Попов М.Ю.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

На протяжении последних лет комбинированное применение антипсихотических препаратов вызывает к себе все более негативное отношение. Это и неудивительно, и во многом справедливо. Интересно другое: публично осуждая подобную «полипрагмазию», большинство психиатров то и дело прибегает к ней в своей практической работе – «в определенных клинических ситуациях». Причем, учитывая данные о числе пациентов, получающих два (а иногда и более) антипсихотика одновременно (до 20-40% пациентов с шизофренией), эти клинические ситуации, похоже, возникают не так уж редко.

Существующие стандарты лечения шизофрении либо вообще не затрагивают вопросы антипсихотической политерапии, рассматривая ее за рамками «хорошей клинической практики», либо отводят ей роль «терапии отчаяния» для тех случаев, когда все остальные возможности уже исчерпаны. Аргументация при этом обычно сводится к двум основным положениям. Во-первых, отсутствует доказательная база, указывающая на превосходящую эффективность комбинаций антипсихотиков над монотерапией. Во-вторых, политерапия повышает риск развития нежелательных эффектов.

Между тем оба аргумента, на наш взгляд, не выдерживают критики. Сравнение эффективности и безопасности антипсихотической моно- и политерапии требует проведения тщательно спланированных, методологически корректных клинических исследований. Однако подобные исследования практически не проводились (да и перспективы их проведения по целому ряду причин выглядят туманно), что не позволяет делать те или иные выводы.

Риск возникновения побочных эффектов возрастает при любой комбинированной терапии, а не только при одновременном назначении антипсихотиков, что отнюдь не мешает успешному применению комбинированных схем в самых различных областях медицины. При этом комбинированная терапия предоставляет возможность направленного фармакологического воздействия на несколько звеньев этиопатогенеза заболевания. Так, при лечении язвенной болезни весьма эффективно комбинируются препараты, влияющие на различные стороны патологического процесса: антибиотики, ингибиторы протонной помпы, блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов, простагландины, антациды и пр. Комбинированное назначение лекарств является стандартной терапевтической тактикой при лечении артериальной гипертензии, ВИЧ-инфекции и многих других заболеваний.

Понятно, что экстраполяция подобного подхода на область психофармакотерапии существенно затруднена крайней ограниченностью имеющихся представлений об этиопатогенезе психических расстройств. Вместе с тем тот факт, что патофизиология шизофрении имеет «мульти-факторный» характер, не подлежит сомнению.

Согласно дофаминовой гипотезе ключевое значение в развитии шизофрении придается нарушениям функциональной активности дофаминергической передачи. Однако важную роль играют нарушения и на уровне других нейротрансмиттерных систем (серотонин-, глутамат-, ГАМКергической и пр.). Установлено несомненное участие в патогенезе заболевания процессов нейродегенерации и ряда других нейрофизиологических механизмов. Более того, в соответствии с современными представлениями, шизофрения представляет собой не унитарную нозологическую форму, а скорее группу психических расстройств, гетерогенных с точки зрения генетики, патофизиологии, нейрохимии, клинической картины и течения.

С учетом вышеизложенного можно полагать, что для адекватной коррекции всего многообразия симптомов шизофрении (а уж тем более для достижения «антишизофренического» эффекта, если таковой возможен в принципе) требуется задействовать не один, а целый ряд фармакологических механизмов. Данное положение является предпосылкой поиска терапевтических стратегий, направленных на несколько патогенетических звеньев одновременно.

Один из возможных путей реализации подобных стратегий заключается в синтезе новых препаратов, обладающих «полимодальным» механизмом действия. В этом случае можно вести речь об «интрамолекулярной полипрагмазии», при которой несколько различных нейрохимических механизмов совмещены в одной молекуле.

Альтернативный способ «поразить» сразу несколько нейрохимических мишеней связан с проведением комбинированной терапии. Для повышения качества лечения шизофрении в дополнение к основному антипсихотику пытаются использовать самые различные препараты. Подобные вспомогательные (адъювантные) средства могут быть разделены на две группы.

1) Представленные на фармацевтическом рынке препараты, применяемые при шизофрении в порядке «off-label», т.е. не по показаниям, утвержденным официальной инструкцией. В эту группу входят как хорошо известные представители различных классов психотропных средств (нормотимики, антидепрессанты, ноотропы, анксиолитики), так и ряд непсихотропных препаратов (блокаторы кальциевых каналов, бета-блокаторы и др.). Однако недостаточный уровень доказательности пока не позволяет включить шизофрению в число официальных показаний к их применению.

2) Новые, еще не зарегистрированные соединения, находящиеся на разных стадиях изучения. В большинстве своем подобные соединения разрабатываются в соответствии с фармакологическими стратегиями, выходящими за рамки стандартной дофаминергической парадигмы. В качестве примеров можно привести такие препараты как непрямые агонисты глутаматергической передачи, антагонисты холецистокинина, нейростероиды, производные ретиноевой кислоты и многие другие.

Таким образом, единственными препаратами с доказанной эффективностью при шизофрении, и официально одобренными для ее лечения, пока остаются антипсихотики. Как известно, все они имеют единую направленность нейрохимического действия, являясь блокаторами дофаминовых рецепторов. На первый взгляд, это еще один аргумент против антипсихотической политерапии: какой смысл одновременно назначать одинаковые, по сути, препараты? Однако нейрохимическая активность антипсихотиков не исчерпывается исключительно антидофаминовым действием – препараты оказывают и другие нейрохимические эффекты (антисеротониновый, антихолинергический, антигистаминный и т.д.). Причем эти эффекты, определяя в основном развитие неспецифического и побочного действия, могут, вполне вероятно, вносить свой вклад и в реализацию специфической терапевтической активности. Так, связь между серотонинергическими эффектами атипичных антипсихотиков и их способностью оказывать благоприятное воздействие на определенные кластеры симптомов шизофрении может считаться практически доказанной.

Интересно, что клозапин, обладающий, пожалуй, наиболее широкой нейрохимической активностью среди всех антипсихотиков и воздействующий на множество различных рецепторов, превосходит остальных представителей своего класса по терапевтической эффективности (в частности при резистентной шизофрении). Поскольку клозапин является относительно слабым блокатором дофаминовых рецепторов, логично предположить, что его высокая эффективность может быть связана с иными фармакологическими механизмами.

В данном контексте утверждение о заведомой нецелесообразности антипсихотической политерапии уже не выглядит столь бесспорным. При одной и той же – антидофаминергической – направленности своего основного действия многие антипсихотики существенно различаются «профилем» дополнительных нейрохимических эффектов, которые в ряде случаев, по-видимому, оказывают модулирующее влияние на специфическую терапевтическую активность препаратов. Тем самым некоторые комбинации антипсихотиков гипотетически могут обладать определенными клиническими преимуществами перед монотерапией. Понятно, что более точные «попадания» в недофаминовые нейрохимические мишени возможны не при комбинировании антипсихотиков между собой, а при адъювантном применении препаратов, обладающих «прицельной» направленностью фармакологического действия. Однако на сегодняшний день подобные препараты практически недоступны. Таким образом, вопросы стратегии и тактики проведения антипсихотической политерапии, а также выбора комбинируемых препаратов, на наш взгляд, заслуживают пристального изучения.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Прощенко И.В.

Тверь
Тверской ГМУ

Проблема лечения шизофрении интенсивно разрабатывается во многих странах мира. Это связано не только с большой распространенностью заболевания, вызываемым им высоким уровнем инвалидизации и соответственно значительным экономическим бременем для общества, но и невыясненностью этиологии и патогенеза этого страдания. Существует целый ряд гипотез, касающихся причин. и механизмов развития шизофрении. Ряд авторов (Прилипко Л.Л. и соавт., 1987; В.М. Морковкин, А.В. Картелищев, 1988; Ковалева Е.С. и соавт., 1988), выявили, что при шизофрении имеются тенденции к изменению содержания всех фракций фосфолипидов (ФЛ) и изменения, указывающие на расстройство синтеза и распада таких фракций, как сфингомиелин, серин, инозитфосфатид. В тоже время показано, что ФЛ, являясь активной составной частью клеточных мембран, в свою очередь служат мощными антиоксидантами, предотвращая патологическое воздействие липидных перекисей на мембраны (Полищук И.А. и соавт., 1979; Панин Л.Е., 1983; Таранова Н.П., 1988; Suzuki I. и соавт., 1985). Для терапевтической регуляции патологически нарушенных функций мозга и лечения психопатологических расстройств был предложен препарат кортексин – полипептид, оказывающий мембранотропное влияние и иммуномодулирующее действие, а также снижающий уровень перекисного окисления липидов (В.С. Новиков и соавт., 1986; К.М. Папава, 1995; Говорин Н.В., 1995).

Целью данного исследования является изучение особенностей изменения обмена фосфолипидов у больных параноидной формой шизофрении и методы коррекции.

Материалы и методы исследования: методом рандомизации были отобраны 24 мужчины больные параноидной формой шизофрении, в возрастном диапазоне от 25 до 40 лет, с длительностью заболевания от 1 года и более 10 лет, с эпизодическим типом течения, соматически здоровые и получавшие атипичные нейролептики (рисполепт). Контрольную группу составили 24 здоровых мужчин в возрасте 20–35 лет, без соматической патологии. Из полученной цельной крови лабораторным путем определяли спектр ФЛ методом тонкоструйной хроматографии (ТСХ) до и после терапии препаратом кортексин (по 2,0 внутримышечно, ежедневно, в течение 10 дней).

Результаты исследования. Методом тонкослойной хроматографии (ТСХ) было выявлено, что между группой мужчин больных параноидной формой шизофрении и контрольной группой, в большинстве показателей спектра фосфолипидов в сыворотке крови, существуют значимые отличия. При этом достоверные различия ($p<0,05$) были выявлены во фракции фосфатидилхолинов (ФХ), которая у больных возрастала в 1,9 раз по сравнению с контрольной группой и во фракциях общих фосфолипидов (ФЛ), фосфатидилэтаноламинов (ФЭА) и лизофосфолипидов (ЛФЛ), содержание которых у больных было снижено по сравнению с контрольной группойв 1,3; 2,2; и 3,2 раза соответственно.

Применение препарата кортексина показало, что даже за столь непродолжительный период (10 дней терапии по 2,0 внутримышечных инъекций) у больных с длительностью заболевания до 5 лет наблюдалась тенденция достоверно приближаться к норме ряда фракций фосфолипидов: увеличение в 1,1 раз сфингомиелина (СФМ) и уменьшение в 1,2 раза фосфатидилинозитов (ФИ). У больных с ПФШ до 8 лет отмечается достоверное увеличение в 1,8 раз только во фракции лизофосфолипидов (ЛФЛ). В тоже время у больных с длительностью заболевания до 10 лет отмечалось уменьшение в 1,1 раз во фракции фосфатидилхолинов (ФХ) и увеличение в 1,5 раз во фракции лизофосфолипидов (ЛФЛ) авнению с контрольной группой в 1,3; 2,2 и 3,2 раза соответственно.

Таким образом, отмеченные изменения фосфолипидного спектра (общие фосфолипиды, фосфатидилхолины, лизофосфолипиды) после терапии больных шизофренией кортексином могут свидетельствовать, что препарат оказывает свое мембранотропное и метаболитическое корригирующее действие обменных процессов у больных параноидной формой шизофрении, даже при длительности заболевания до 10 лет. Его применение более эффективно на ранних стадиях заболевания. Однако и у больных с длительностью заболевания 8 и более 10 лет кортексин имеет тенденцию нормализовывать обмен фосфолипидов, что может снизить у данных больных их формирующуюся резистентность к лечению атипичными нейролептиками.

ВЛИЯНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРЕХОДНЫХ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

Смирнов О.Р.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Тактика лекарственной коррекции тревожных расстройств у пожилых, страдающих слабоумием, остается недостаточно разработанной. Что касается терапии постпсихотических состояний, то здесь намечены лишь общие направления, в то время как точных рекомендаций меньше, чем хотелось бы. Известно, что во многих случаях правильным выбором является комбинированная нейролептическая терапия (Смирнов О.Р., 2012). Было установлено, что одна из модификаций такой терапии, состоящей из этапа купирования и последующего лечения средними дозами седативных нейролептиков, дает гораздо лучшие результаты, чем терапия анксиолитиками. Другим путем повышения эффективности лечения может стать разработка схем, включающих в себя патогенетическую терапию. При этом хорошо известно, что вазоактивные и ноотропные средства в сочетании с транквилизаторами не дают желаемого результата как при цереброваскулярном заболевании, так и при первично-дегенеративных ослабоумливающих процессах (Смирнов О.Р., 1993, 2004). Возможно, использование ингибиторов холинэстеразы или в виде монотерапии (Букатина Е.Е. с соавт, 1995, Levy M.L. at al., 1999; Cummings J.L. at al., 2000,

Gallarda T. at al., 2000; Minger S.L., at al, 2000), или в сочетании с нейролептиками (Смирнов О.Р., 2003; Колыхалов И.В. с соавт, 2009), является одним из перспективных направлений лечения некогнитивных нарушений у этой категории больных. Данный подход нуждается в проверке и уточнении, в частности, в случаях постпсихотической тревоги. Об эффективности такого лечения может говорить его способность ускорять становление ремиссии.

Цель исследования. Уточнить эффективность комплексной противотревожной терапии при лечении постсихотических состояний у пожилых, страдающих слабоумием.

Материал и методы. В исследование были включены 37 больных (32 мужчины и 5 женщин), в возрасте от 63 до 89 лет (средний возраст 77,49±6,407 года). Слабоумие при болезни Альцгеймера (БА) было у 24 больных (64,9%), смешанная деменция (СД) – у 6 (16,2%), мультиинфарктная деменция (МИД) – у 3 (8,1%), слабоумие иной нейродегенеративной природы (СНД) – у 4 (10,8%) больных. 14 (37,8%) перенесли делирий и 23 (62,2%) – ажитацию без помрачения сознания. Все они наблюдались в постпсихотическом тревожном состоянии.

На окончание острого периода указывал первый эпизод прояснения сознания или редукции тревожной ажитации. Признаком окончания переходного периода считалась редукция тревоги, полная или до клинически незначимого уровня.

Все больные были разделены на две группы случайным образом. Контрольная группа получала противотревожную терапию, включавшую внутримышечное введение тиаприда 200-400 мг в сутки в течение 3-5 дней и последующий прием внутрь хлорпротиксена в дозе 50-90 мг в сутки или пропазина 75-150 мг в сутки, до выхода из переходного состояния.

В основной группе, дополнительно к этому, проводилась холинэргическая терапия или ипидакрином в дозе 20-60 мг в сутки, или галантамином в дозе 8 мг в сутки.

Результаты. В основную группу вошел 21 пациент, в контрольную – 16. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, нозологическому составу, уровню когнитивных нарушений, виду перенесенного психоза.

1-й этап анализа.

Было установлено, что в основной группе, получавшей комплексную (нейролептическую и антидементную) терапию, переходное тревожное состояние длилось 27,86±10,34 дней, а в контрольной – 41,06±20,6 дней, p= 0,029.

2-й этап анализа.

И в основной, и в контрольной группе преобладали страдающие нейродегенеративными заболеваниями (БА, СД, СНД) (80,5% и 93,6% соответственно).

Для большей корректности сравнения из расчетов были исключены трое страдающих МИД, перенесшие делирий. Они могли выходить в ремиссию быстрее других в силу особенностей основного заболевания, отличающегося парциальностью поражения и, возможно, более быстрой постпсихотической динамикой. При анализе отобранных случаев в основной группе (19 чел.) переходное состояние завершалось быстрее, чем в контрольной (15 чел.) – 28,16±10,44 и 41,47±21,26 дней соответственно, p= 0,038.

3-й этап анализа.

Эффективность терапии могла зависеть от природы этапного расстройства, поэтому все больные были разделены на группы перенесших ажитацию или делирий.

В группе перенесших ажитацию и получавших антидементную терапию (11 чел.) длительность переходного периода составила в среднем 27,27±11,86 дней, а в контрольной группе (12 чел.) – 38,92±21,77 дней, p=0,131.

Среди тех, кто перенес делирий и получал комплексную терапию (основная группа, 10 случаев) продолжительность переходного периода составила в среднем 28,5±8,97 дней. В контрольной группе таких случаев было четыре, и у них переходная тревога длилась в среднем 47,5±17,61 дней, p=0,018. Чтобы исключить возможность влияния на результаты сопоставления каких-либо факторов мультиинфарктного мозгового процесса, указанных выше, вновь были отобраны только страдавшие БА, СД и СНД. Установлено, что перенесшие делирий и получавшие комплексную терапию быстрее выходили из переходного тревожного состояния, чем те, кто получал только нейролептики. В основной группе это длилось от 14 дней до 41 дня, в среднем 29,38±8,71 дней, в контрольной – от 33 дней до 71 дня, в среднем 51,67±19,01 дней, p= 0,021.

Обсуждение. Как видно из приведенных данных, страдавшие мозговой атрофией, перенесшие разные психозы и получавшие комплексное лечение (11 чел. после ажитации и 8 чел. после делирия), находились в переходном тревожном состоянии примерно равное время (27,27±11,86 и 29,38±8,71 дней соответственно). Группы, служащие контролем для этой категории больных, выходили в ремиссию дольше, в среднем 38,92±21,77 и 51,67±19,01 дней, соответственно. Во второй паре данных заметна боìльшая продолжительность постделириозных состояний, что косвенно указывает на их относительно боìльшую тяжесть. Примечательно то, что холинэргическая терапия способствовала значимому сокращению продолжительности именно этих состояний. Отчетливая положительная динамика постделириозной тревоги в ответ на коррекцию нейромедиаторного дефицита согласуется с результатами, которые удается получить при лечении этой и других видов психопатологии в рамках экзогенно-органических реакций у больных молодого возраста, не страдающих слабоумием (Зайцев О.С., 2011).

Можно сказать, что планируя патогенетическую терапию и прогнозируя ее результаты, необходимо учитывать природу перенесенного психоза. В случаях с делирием, компенсируя холинэргический нейромедиаторный дефицит, можно рассчитывать на более быструю редукцию тревоги.

Выводы. Антидементная терапия, сочетающаяся с седативной нейролептической, позволяет сократить продолжительность переходных тревожных состояний у пожилых.

Наиболее отчетливо это проявляется при лечении постделириозных состояний у страдающих нейродегенеративными заболеваниями.

МЕЛАТОНИН КАК КОРРЕКТОР АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Ханнанова А.Н., Григорьев М.Э.

Москва
ГБУЗМО Центральная КПБ

Начавшийся в 50-х годах XX века постоянный поиск новых препаратов с антипсихотическим действием привел к появлению десятков различных по своей структуре активных молекул и еще большему числу их лекарственных форм. В настоящее время уже не подвергается сомнению, что психофармакотерапия (ПФТ) и, в частности, антипсихотическая терапия составляют основу современной биологической терапии шизофрении (А.Хасан с соавт., 2012).

Основу ПФТ шизофрении составляют нейролептики, которые условно можно разделить на типичные (ТН) и атипичные (АН). Все больше появляется работ, в которых показана превосходство одной группы препаратов над другой. Мнение специалистов по данному вопросу достаточно сильно расходятся, а часто просто противоречат друг другу. (P.Tyrer et al, 2009; Б.Д.Цыганков, с соавт., 2010; J.A.Liberman, 2014). Тем не менее, следует признать, что за последнее десятилетие АН в мире имеют тенденцию к более широкому распространению по сравнению с классическими антипсихотиками.

При применении АН вероятность развития экстрапирамидных расстройств (ЭПР) существенна ниже, чем при при-

менении классических нейролептиков, но и при использовании антипсихотиков из группы атипичных возможно развитие тяжелой паркинсонической симптоматики и даже злокачественного нейролептического синдрома. Кроме того, применение АН оказалось связанным с появлением едва ли не более угрожающих здоровью нежелательных явлений в виде нейроэндокринных дисфункций: нейролептической гиперпролактинемии (НГП) и метаболических нарушений (метаболический синдром – МС, дислипидемия, ожирение и различные формы гипергликемии), оказывающих негативное влияние также и на качество жизни, и на комплаентность пациентов. Гиперпролактинемия и набор веса являются наиболее значимыми для пациентов побочными эффектами, чаще других приводящих к отказу больных от поддерживающего лечения (Л.Н.Горобец с соавт., 2013; О.А.Юнилайнен с соавт., 2013). Считается, что именно необходимость обеспечения длительной поддерживающей терапии нейролептиками обосновывает поиск новых подходов как к диагностике, так и к коррекции осложнений антипсихотической терапии в виде нейроэндокринных расстройств и экстрапирамидной симптоматики в повседневной практике врача-психиатра.

Открытый в 1953 году мелатонин представляет собой нейрогормон, обладающий целым рядом положительных эффектов, и (по предварительным данным) способный восполнить пробел среди средств-корректоров ПФТ в имеющемся арсенале врача: неся функцию регулятора-нормализатора работы всех органов и систем человека (включая эндокринную), мелатонин помимо всего прочего является мощным антиоксидантом, с легкостью проникает во все органы, в том числе, и в головной мозг, не вызывает зависимости, не накапливается и физиологическим путем выводится из организма. Результаты многочисленных клинических исследований у пациентов с различной соматической и неврологической патологией продемонстрировали, что мелатонин позитивно влияет на такие патологические состояния, как сахарный диабет, артериальная гипертония, ожирение, МС, поздние дискинезии, снижает выраженность тревоги и депрессии, улучшает ночной сон и когнитивные функции, является антиоксидантом, что и явилось обоснованием для проведения настоящей работы.

Цель исследования. Изучение эффективности применения препарата мелатонина для профилактики побочных эффектов терапии психотропными препаратами.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 58 женщин в возрасте от 20 до 55 лет с диагнозом шизофрения в стадии ремиссии, получавшие поддерживающую терапию нейролептиками в виде монотерапии или комбинации с психотропными препаратами из других групп (холинолитиками, антидепрессантами, нормотимиками) в стабильных дозировках в рамках повседневной клинической практики. В процессе лечения у пациенток возникли жалобы на набор веса (34 человека) или экстрапирамидные расстройства (тремор, акатизия) (24 человека). Во время исследования оценивалась масса тела, уровень пролактина, выраженность ЭПР с помощью краткой шкалы оценки тяжести экстрапирамидных симптомов (ESRS-A), качество сна по анкете субъективных характеристик сна. На период исследования у половины пациенток (17 человек в группе с повышением массы тела и 12 человек в группе с ЭПР) к основной терапии был добавлен мелатонин (препарат Мелаксен) в дозе 6 мг за 30 мин до сна. Оценка параметров производилась в параллельных группах до начала исследования и через 6 недель терапии.

Результаты и их обсуждение. Анализ группы с повышением массы тела показал, что набор веса в подгруппе, получавших лечение мелатонином, составил 0,5 кг±0,3 кг, тогда как в группе без лечения 1,8±0,4 кг (p=0,032). Раннее было описано, что при снижении секреции мелатонина повышается аппетит. В литературе также описан терапевтический эффект мелатонина в лечении ожирения. Помимо влияния на другие гормоны и аппетит, препарат также ингибирует секрецию соляной кислоты и пепсина в желудке и стимулирует секрецию бикарбонатов в двенадцатиперстной кишке. (Lima, F.B., 1998) В группе пациенток с набором веса у 21 была диагностирована гиперпролактиемия. Из них 13 вошли в подгруппу, получавших мелатонин. У 4 из них отмечалась нормализация показателей пролактина, у 3 – повышение уровня гормона, а у остальных – снижение до уровня, не достигавшего верхней границы нормы. Подобный эффект соотносится с описанными в литературе данными доклинических исследований о том, что введение экзогенного мелатонина может как увеличивать, так и уменьшать уровень пролактина в крови. (Juszczak M, 2006). Выраженность ЭПР по шкале ESRS-A практически не отличалась в двух подгруппах до лечения и составляла 4,0±0,1 и 4,1±0,1 балл в группах с лечением и без соответственно. Динамика баллов по шкале ESRS-A после лечения в группе, получавших мелатонин, составила 2,8±0,9 в сравнении с 1,1±1,0 (p=0,025). Положительную динамику можно связать с доказанной антиоксидантной активностью мелатонина. (Reiter и соавт., 1996; Арушанян Э.Б., 2006) Также при терапии мелатонином отмечалось улучшение качества сна. Динамика баллов субъективных характеристик сна составила 3,4±0,9 в группе, получавших лечение, и 1,7±1,5 в подгруппе без дополнительной терапии (p=0,037). Отчасти с улучшением качества сна можно связать положительную динамику веса в терапевтической группе. Ранее было показано, что при сокращении времени сна испытуемые набирали вес, причем уровни гормонов, отвечающих за аппетит, у них оставались прежними. Было предположено, что это один из вероятных механизмов ожирения среди пациентов, страдающих расстройствами циркадных ритмов (Markwald R.R., 2013)

Выводы. Проведенное пилотное исследование показало, что добавление мелатонина (Мелаксена) в качестве сопутствующей терапии пациентам, получающим психотропное лечение, снижает скорость набора веса и имеет положительное влияние на качество ночного сна и выраженность ЭПР. Разработка данной стратегии терапии является перспективной, не только из-за актуальности проблемы, но и из-за хорошей переносимости и других положительных свойств препарата в сравнении с другими корректорами ЭПР. Влияние мелатонина на уровень пролактина неоднозначно и нуждается в дальнейшем исследовании.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕРАПИЮ ШИЗОАФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Хритинин Д.Ф., Сумарокова М.А., Есин А.В.

Москва
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

В настоящее время основной задачей психиатрической помощи является не только устранение симптомов психического заболевания, но и, по возможности, восстановление исходного уровня социального функционирования и повышение качества жизни. В связи с этим особое внимание уделяется поддержанию качественной ремиссии. Поэтому одной из самых актуальных проблем является профилактика рецидивов хронических психических заболеваний.

Возможности профилактической терапии значительно расширились после введения в практику лечения аффективных психозов стабилизаторов настроения, в частности антиконвульсантов. Однако, поскольку исследования в этой области были проведены в большинстве случаев на объединенной группе шизоаффективных расстройств и биполярных аффективных расстройств, то пока данных о противорецидивном действии стабилизаторов настроения в отношении шизоаффективных расстройств недостаточно.

Цель исследования – изучение влияния нормотимиков на качество ремиссии у больных с шизоаффективными рас-

стройствами. Исследование проведено в 2011–2013 гг. Больные наблюдались в клинике им. С.С. Корсакова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, а также в ПНД №7 г. Москвы.

Всего обследовано 56 амбулаторных больных с диагнозом шизоаффективные расстройства по критериям МКБ-10. Все пациенты не менее 2 лет во время ремиссий получали противорецидивную терапию антипсихотиками без стабилизаторов настроения (1-я группа), затем лечение было продолжено в виде комбинированной противорецидивной терапии, включавшей антипсихотики и нормотимики (2-я группа). В исследование включались больные в возрасте от 18 до 50 лет с ШАР по критериям МКБ-10. Критериями исключения являлись наличие выраженных соматических нарушений, экзогенно-органических расстройств, зависимости от психоактивных веществ. Длительность заболевания в изученных случаях варьировалась от 4 до 42 лет. Средний возраст больных на момент обследования был 42,17±6,2 года, постановки диагноза – 25,53±7,93 года. В исследованной группе были 33 (58,93%) мужчины и 23 (41,07%) женщины. Пациенты обследованы клинико-психопатологическим методом; использовались также беседы с родственниками больных и изучение медицинской документации. К началу настоящего исследования ремиссия у больных протекала по типу интермиссии. Больные получали лечение типичными и атипичными нейролептиками, а также пролонгированными формами препаратов. В случае необходимости назначались трициклические, гетероциклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и корректоры. Из группы стабилизаторов настроения использовались препараты лития (карбонат лития), вальпроаты (вальпроевая кислота) и карбамазепин. Терапию нормотимиками пациенты принимали не менее 2 лет. Результаты исследования подвергали статистической обработке.

У больных, не получавших терапию нормотимиками, была отмечена более короткая ремиссия, чем у принимавших ее. В первом случае она была менее 1 года (в среднем 234,11 дня). При добавлении к терапии нормотимиков средняя длительность ремиссии увеличивалась при терапии солями лития более чем на 3 месяца – 338,86 дня, при использовании карбамазепина – 440,94 дня, при назначении вальпроатов – 522,15 дня. Статистически значимой разницы между длительностью ремиссии у пациентов, получавших карбамазепин и вальпроаты, не отмечено. В 2 раза увеличилась доля больных без остаточной симптоматики, получавших комбинированную терапию нормотимиками, – с 21,42 до 44,65% (соответственно у 12 и 25 человек) за счет сокращения числа больных с аффективной симптоматикой. По нашим данным, прием комбинированной противорецидивной терапии, включавшей в себя нормотимики, увеличил контингент больных с интермиссией за счет сокращения контингента больных с тимопатическим и гипоаффективным вариантами ремиссии. Не выявлено значимого влияния комбинированной терапии нейролептиками с нормотимиками на длительность последующей госпитализации ($p>0,05$).

При изучении влияния противорецидивной терапии нормотимиками на возникновение риска обострения через 6, 12 и 24 месяцев терапии получены следующие результаты: в первые 6 месяцев противорецидивной терапии у больных с шизоаффективными расстройствами прием нормотимиков снизил риск обострения в 1,7 раза, у пациентов, принимающих терапию нормотимиками в течение 12 месяцев, он снизился в 1,6 раза, больные, принимавшие стабилизаторы настроения 2 года, в этот период имели риск обострения в 1,7 раз меньше по сравнению с не принимающими их. Таким образом, в течение первых 2 лет противорецидивной терапии нормотимиками риск обострения заболевания остается постоянным и ниже, чем у пациентов, не принимающих подобную терапию; в течение первых 3 лет после приступа ши- зоаффективных расстройств риск развития обострения у больных, которым в схему противорецидивной терапии включили нормотимики, в 1,6 раза ниже, чем у пациентов, не принимающих такого лечения.

Установлено, что стабилизаторы настроения оказывают выраженное противосуицидальное действие: абсолютный риск совершить суицидальные действия у принимающих стабилизаторы настроения, составляет 0,042, у не принимающих – 0,235. Отношение шансов у получавших и не получавших нормотимики – 0,014, что может говорить о снижении вероятности совершить суицид примерно в 7 раз, при вероятности ошибки $p=0,02$.

Применение стабилизаторов настроения позволило повысить и комплаентность пациентов с шизоаффективными расстройствами. Это про- исходило за счет уменьшения выраженности аффективных колебаний, снижения раздражительности, а также суммарной нейролептической нагрузки, выраженной в хлорпромазиновом эквиваленте. Высокая нейролептическая нагрузка, как известно, может вызвать побочные эффекты, чаще приводя к отказу от лечения, нерегулярному приему препаратов и обращению к специалистам нетрадиционной медицины. Оказалось, что дополнительное назначение стабилизаторов настроения позволяет снизить нейролептическую нагрузку примерно в 1,5–2 раза.

При анализе структуры приступов у обследованных больных после различных вариантов противорецидивной терапии было установлено, что при применении нормотимиков в комбинированной противорецидивной терапии отчетливо снижалась доля приступов с маниакальным аффектом.

По нашим данным, больные, в схему противорецидивной терапии которых были включены стабилизаторы настроения, в 5 раз реже отказывались от приема противорецидивной терапии и нерегулярно принимали терапию. Таким образом, можно сказать, что назаначение нормотимиков повышает комплаентность пациентов.

Выводы: 1) использование комбинированной психофармакотерапии, включающей в себя антипсихотические средства и нормотимики, позволяет сформировать более качественную ремиссию; 2) статистически значимой разницы во влиянии различных групп нормотимиков на среднюю длительность ремиссии не выявлено; 3) включение в схему противорецидивной терапии стабилизаторов настроения не влияет на среднюю продолжительность последующей госпитализации; 4) применение нормотимиков в составе комбинированной терапии уменьшает аффективные колебания, вследствие чего увеличивается вероятность поддержания ремиссии по типу интермиссии; 5) стабилизаторы настроения являются эффективным средством профилактики суицидального поведения; 6) прием нормотимиков позволяет снизить риск снижения трудоспособности у пациентов с ШАР; 7) включение в схему терапии стабилизаторов настроения повышает комплаентность пациентов.

Основной результат нашего исследования состоит в том, что использование комбинированной схемы терапии, включающей в себя нейролептики и нормотимики, позволяет поддерживать ремиссию более высокого качества, что приводит к повышению качества жизни больных.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ: ПРЯМОЕ СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ОЛАНЗАПИНА, КВЕТИАПИНА, ЗИПРАСИДОНА И РИСПЕРИДОНА

Шафаренко А.А., Мосолов С.Н.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность. С середины прошлого века на протяжении нескольких десятилетий соли лития и хлорпромазин были основной психофармакотерапии маниакальных состояний

(МС). В дальнейшем к ним присоединились антиконвульсанты и типичные нейролептики. Появление новых лекарственных препаратов, в том числе атипичных антипсихотиков, расширило возможности в лечении острых маниакальных и маниакально-бредовых состояний. Но, несмотря на рост количества препаратов, рекомендуемых для купирования маний, эта патология остается проблемой для врачей-психиатров. Для успешного купирования МС необходимо решение целого комплекса терапевтических проблем. К ним относятся и необходимость максимально быстрого воздействия на маниакальную, а часто и на психотическую симптоматику, и купирование психомоторного возбуждения и агрессивности, и нормализация сна, а также и предотвращение инверсии фазы.

Целью настоящей работы являлась оценка сравнительной эффективности и переносимости атипичных антипсихотиков при терапии маниакальных и маниакально-бредовых состояний в рамках биполярного аффективного расстройства I типа и шизоаффективного расстройства.

Методика исследования: В открытое, рандомизированное, сравнительное исследование было включено 129 пациентов с маниакальной симптоматикой в возрасте от 18 до 65 лет и суммарным баллом по шкале YMRS>20. Пациенты были разделены на группы и получали монотерапию рисперидоном (РИС) в средней дозе 5,3±0,9 мг/сут, оланзапином (ОЛА) – 16,7±6,3 мг/сут, кветиапином (КВТ) – 638,1±135,9 мг/сут, зипрасидоном (ЗИП) – 133±16,3 мг/сут, галоперидолом (ГАЛ) – 22,3±5,9 мг/сут и комбинированную терапию галоперидолом и литием (ГАЛ+ЛИТ) – 20,2±5,9 мг/сут и 733,3±123,8 мг/сут в течение 6 недель. Все группы были сопоставимы по количеству пациентов и клинико-демографическим показателям. Оценка клинической эффективности проводилась в 0, 4, 7, 14, 28 и 42 дни терапии с использованием шкалы YMRS, CGI-BP, MADRS. Безопасность препаратов и побочные явления учитывались посредством регистрации всех неблагоприятных явлений, возникших в ходе исследования, а также с помощью шкалы Симпсона-Ангуса (SAS). Критерием для оценки эффективности лечения было число пациентов, достигших ремиссии (YMRS≤8, MADRS≤8) на 6-й недели терапии

Результаты. Во всех терапевтических группах наблюдалась выраженная статистическая достоверная редукция симптоматики по шкале YMRS по сравнению с фоном (p<0,001). Процент редукции среднего балла по шкале Young составила 58,5% в группе (ГАЛ+ЛИТ), 55,9% в группе ГАЛ, 51,2% в группе КВТ, 54,4% в группе ОЛА, 52,2% в группе ЗИП, 49,3% в группе РИС. Число респондеров (50% редукция по шкале Young) к 42 дню в группе ЗИП составило 70%, в группе КВТ – 57,2%, в группе ОЛА – 60,9%, в группе РИС – 59,1%, в группе ГАЛ – 57,1%, в группе ГАЛ+ЛИТ – 61,9%. Из-за низкой терапевтической эффективности и возникновения нежелательных явлений (НЯ), выбыло из исследования 38,1% больных в группе ГАЛ+ЛИТ, 45,5% в группе ГАЛ, 40,9% – РИС, 39,1% – ОЛА, 38,1% – КВТ, 30% – ЗИП. В группах ГАЛ+ЛИТ и ГАЛ преобладали экстрапирамидные расстройства (52,3% и 45,5% соответственно), в группе ОЛА и РИС повышение массы тела более чем на 7% (21,7% и 13,6%), в группах КВТ и ЗИП НЯ были нетяжелыми и не требовали изменения терапии. При анализе больных, достигших критериев ремиссии, число респондеров в группе КВТ составило 12 (57,1%), ГАЛ+ЛИТ – 11 (52,4%), ОЛА – 12 пациентов (52,2%), РИС – 9 (41%), ЗИП – 8 (40%). Группа ОЛА и КВТ статистически достоверно превышали группу ГАЛ, в которой наблюдалось 3 пациента (13,6%) (p=0,049; p=0,036 – соответственно), а различия между группой ГАЛ и группой ГАЛ+ЛИТ находятся на грани статистической значимости p=0,0515. Данный показатель может объясняться тем, что к 6-й недели терапии в группе ГАЛ увеличивалась депрессивная симптоматика. При оценке клинической эффективности по шкале MADRS ср. балл в группе ГАЛ увеличился на 9% к 6-й недели терапии. В группе монотерапии ГАЛ в отличие от других групп обнаруживалось депрессогенное действие. У двух пациентов в этой терапевтической группе была отмечена инверсия фазы, а при оценке по шкале тяжести депрессивной симптоматики Монтгомери – Асберг средний балл в группе ГАЛ увеличился на 9% к 6-й неделе терапии.

Результаты и их обсуждения. В этом открытом, рандомизированном, сравнительном исследовании маниакальная симптоматика одинаково эффективно купировалась при всех вариантах терапии. Уже к концу первой недели наблюдались пациенты, отвечающие на терапию, на визите Д14 уже во всех группах были респондеры, а к Д28 это число возросло до 55%, что позволяет сделать вывод об эффективности данных препаратов при купировании маниакальной симптоматики. Важным вариантом оценки эффективности проводимой фармакотерапии является достижение ремиссии, с чем связывают более длительную стабильность состояния (снижение риска раннего рецидива), возвращение к прежнему уровню социальной адаптации и профессионального функционирования с сохранением высокого уровня качества жизни больных. Классический антиманиакальный нейролептик ГАЛ, наряду с другими видами терапии, эффективно купировал маниакальную симптоматику, но обнаружил депрессогенное действие. При этом у двух пациентов в этой терапевтической группе была отмечена инверсия фазы. В группах ГАЛ и ГАЛ+ЛИТ статистически достоверно более часто развивались ЭПЭ по сравнению с другими группами. Так, хотя бы один побочный эффект был отмечен у 73% пациентов в группе ГАЛ и в 81% − в группе ГАЛ+ЛИТ. В группах же ОЛА, ГАЛ, ГАЛ+ЛИТ было большее число пациентов с жалобами со стороны сердечно-сосудистой системы. Диспепсические жалобы были более часты при терапии ЗИП, а увеличение веса – при использовании РИС и ОЛА, что повлекло за собой исключение из исследования одного пациента в группе ОЛА. Анализ действия препаратов на различные клинические варианты МС показал, что при эйфорической, «веселой» мании все они имели достаточно высокую эффективность, а в группах ГАЛ, ЛИТ, ГАЛ+ЛИТ был достигнут максимальный эффект. При МС со смешанными чертами наибольший эффект оказывал КВТ и комбинация ГАЛ+ЛИТ.

Выводы. Современные АА примерно сопоставимы между собой, а также с классическими нейролептиками по силе антиманиакального действия. У половины больных, получавших антипсихотики второй генерации, наблюдалась редукция маниакальной симптоматики по шкале YMRS более чем на 50% после 3 недель терапии без усиления депрессивной симптоматики, а к 6-й неделе свыше 40% соответствовали критериям ремиссии. Учитывая их лучшую неврологическую переносимость, отсутствие депрессогенного действия, высокую эффективность при смешанных состояниях, АА в виде монотерапии или в комбинации с нормотимическими средствами могут быть рекомендованы в качестве препаратов первого выбора при купировании МС.

К ВОПРОСУ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ОРЛОВСКОЙ ПБСТИН

Шпак А.В., Басинская И.А.

Орел
ФКУ Орловская ПБСТИН

Актуальность. Проблема терапевтической (медикаментозной) резистентности чрезвычайно сложна и актуальна.

Появление новых антипсихотических препаратов, а также специальных методик, призванных воздействовать на резистентность, количество больных не реагирующих на меди-

каментозное лечение, остается постоянным и составляет 30% (Капел, 1988 г., Conley. 1997 г., Мосолов С.Н. 2002 г.). Терапевти ческая(медикаментозная) резистентность обнаруживает в ряде случаев тенденцию к развитию и видоизменениям психопатологических синдромов и течения психического расстройства (Авруцкий Г.Я., Недува, 1988 г.)

Материалы и методы исследования. В свете данной проблемы, нами были проанализированы истории болезни 100 больных с диагнозом шизофрения, находящихся на лечении в Орловской ПБСТИН с 2000 г. по 2014 г. из них у 40 человек отмечалась терапевтическая резистентность.

Ретроспективное изучение историй болезни позволило распределить резистентных больных на 3 группы в зависимости от причин резистентности.

I. Резистентность, обусловленная клиническими факторами (20 больных) Наблюдается с самого начала болезни, когда отмечается прогредиентность процесса с углублением уровня психопатологических расстройств, не смотря на все меры интенсивной терапии.

II. Резистентность, обусловленная терапевтическими факторами (10 больных). Группа включает больных с неадекватной или недостаточной по интенсивности терапией нейролептиком, с длительным применением малых доз нейролептика ведущих к формированию вторичной резистентности с затяжными аффективно-бредовыми приступами, которые не удавалось купировать даже интенсивной терапией.

Выводы. Применяемые классические методы преодоления терапевтической резистентности имели успех в относительно небольшом числе случаев.

Указанные трудности удалось преодолеть с введением в практику атипичных нейролептиков, что в сочетании с адекватными реабилитационными мероприятиями приводит к длительной стабилизации психических расстройств и улучшению социально-трудовой адаптации.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ, С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ШИЗОФРЕНИИ.

Якимец А.В.

Орел
ФКУ Орловская ПБСТИН

Актуальность. Повышение эффективности лечения больных шизофренией является одной из наиболее важных задач современной психиатрии, что непосредственно связанно с тяжелыми последствиями этого заболевания и инвалидизацией. Стандартные антипсихотики, успешно применяемые длительное время для лечения как острых психотических расстройств, так и в качестве поддерживающей терапии во время ремиссий, на современном этапе не всегда эффективны и требуют комбинации с препаратами других фармакологических групп. Поэтому в настоящее время актуальной остается проблема формирования терапевтически резистентных форм шизофрении, изучение механизмов развития и эффективных способов преодоления устойчивости к лечению.

По официальным данным у значительной части больных причиной развития терапевтической резистентности к традиционным методам лечения, является изменение иммунобиологической реактивности организма. Это свидетельствует о необходимости в перспективе использования иммуномодуляторов в комплексной терапии резистентных случаев шизофрении и разработки научно обоснованных методов иммунокоррекции для преодоления у больных резистентности к психотропным препаратам.

Цель исследования. Разработать новый метод комплексного лечения резистентных форм шизофрении, включающий психотропное и иммуностимулирующее воздействие.

Материалы и методы. В настоящее время в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением на принудительном лечении находится 693 пациента, их них 52% это лица, страдающие хроническим психическим расстройством в форме шизофрении, различных форм и типов течения. 80 пациентов имеют терапевтическую резистентность к проводимой терапии, в тех случаях, когда пациентам с правильно установленным диагнозом в течение адекватного периода времени (1–2 года) назначали адекватные дозы разных видов и разными общепринятыми путями введенных нейролептиков с неудовлетворительным результатом. Кроме того, имеется группа пациентов с так называемой отрицательной резистентностью (15 человек): она включает случаи невозможности назначения адекватных доз нейролептиков из-за выраженности побочных эффектов. И, наконец, у части больных, несмотря на прогностически благоприятное течение заболевания и достаточно интенсивную терапию, добиться лечебного эффекта не удается. Речь идет не об осложнениях, а о затяжных и резистентных к лечению эндогенных аффективных, аффективно-параноидных и галлюцинаторно-параноидных приступах, которые не удается купировать даже интенсивной терапией. Эти больные составляют небольшую часть случаев терапевтической резистентности – 11% всех случаев, квалифицируемых как резистентные.При резистентных формах шизофрении антипсихотические препараты обычно применяются с другими классами: антидепрессантами, нормотимиками, анксиолитиками, тимоизолептиками, антиконвульсантами.

Известно, что психотропные препараты, используемые для лечения больных шизофренией, способные блокировать Fc рецепторы на поверхности супрессорных Т-лимфоцитов и приводят к уменьшению числаTγ – лимфоцитов. После отмены терапии нейролептиками происходит увеличение пропорции Т-лимфоцитов у больных. Прогресс в теоретической и клинической иммунологии в последние годы позволяет предположить, что резистентность к психотропным препаратам, развивающаяся у больных шизофренией, связана с иммунологическими механизмами и может быть преодолена введением в организм иммуномодуляторов, которые помогут скорригировать изменения в иммунной системе, возникшие у больного.

Однако, вопросы практической значимости иммунологических сдвигов при шизофрении до настоящего времени остаются недостаточно разработанными. Кроме того, остаются открытыми вопросы о влиянии психофармакотерапии на иммунную систему, а также о прогностическом значении изменений иммунологического состояния больных шизофренией в процессе лечения.

В связи с данной проблемой, всем пациентам с резистентнами формами шизофрении назначена комплексная психофармакотерапия в сочетании с использованием иммуностимулирующего препарата «Бестим», с последующим статистическим анализом, полученных результатов клинического, иммунологического исследования.

Выводы. Данное исследование позволит разработать комплексный метод лечения резистентных форм шизофрении, включающий в себя комбинацию антипсихотического препарата и иммуномодулирующего средства.

ПРОБЛЕМА ФАРМАКОТЕРАПИИ ТЕКУЩЕГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г.

Томск
НИИПЗ

Современные мета-аналитические обзоры, посвященные влиянию коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) на основные клинико-динамические характеристики АР (возраст к началу АР, тяжесть аффективной симптоматики, скорость становления ремиссии, частота рецидивов и суицидальное поведение), эффективность медикаментозного и психотерапевтического лечения, а также долгосрочный прогноз и характеристики социальной адаптации, носят противоречивый характер. С одной стороны, существуют исследования, которые подтверждают факт негативного влияния такого рода коморбидности на вышеуказанные параметры как в случае униполярных, так и биполярных АР (Bajaj P., Tyrer P., 2005; Grilo C.M. et al., 2010). Указывается, что коморбидные РЛ и отдельные дисфункциональные черты личности снижают эффективность медикаментозного и психотерапевтического лечения АР, создают трудности рабочего альянса с пациентом и повышают риск преждевременного прерывания терапии (Diguer L. et al., 1993; Grilo C.M. et al., 2010). С другой стороны, в ряде работ (Kool S. et al., 2005) отмечается, что существенного клинического влияния, в частности, на эффективность антидепрессивной терапии, коморбидность АР и РЛ не имеет (особенно при краткосрочной оценке), а в отдельных исследованиях указывается, что личностная патология не является модератором эффекта терапии АР (Levenson J.C. et al., 2012). В настоящее время недостаточно изучен вопрос наиболее эффективных психофармакологических стратегий при коморбидности АР с различными РЛ, остается неясным какого рода психотерапевтический подход является наиболее оптимальным в случае коморбидности АР и РЛ (Смулевич А.Б., 2007; Гаранян Н.Г., 2009; Crawford M.J. et al., 2008; Abbass A. et al., 2011).

Цель исследования заключалась в изучении эффективности проводимой фармакотерапии текущего депрессивного эпизода у пациентов в случае коморбидности АР и РЛ по сравнению с пациентами без указанной коморбидности.

Материал и методы: в исследование было включено 120 пациентов (80 женщин в возрасте 44,4±10,2 лет и 40 мужчин в возрасте 40,6±11,0 лет) с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках единственного ДЭ – 42 человека, рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) – 39 человек и биполярного аффективного расстройства (БАР) – 39 человек. Общая группа пациентов была разделена на основную группу – 60 человек, из них – 38 женщин (63,3%), 22 мужчины (36,7%), которая состояла из пациентов с АР, коморбидными с РЛ, и группу сравнения – 60 пациентов: 42 женщины (70%), 18 мужчин (30%) с АР без коморбидного РЛ. Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре ($p>0,05$). РЛ в основной группе были представлены в 85% (n=51) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 6,7% (n=4) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 8,3% (n=5) – истерическое расстройство личности (F60.4). В исследуемых группах была проведена сравнительная оценка динамики тяжести депрессии в процессе фармакотерапии (на 0, 14 и 28 дни) с помощью сокращенной версии шкалы SIGH-SAD (Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version, Williams J. et al., 1992), включающей в себя 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов по оценке атипичных депрессивных симптомов. Кроме того, была проведена оценка тяжести расстройства до начала лечения, на 14 и 28 дни фармакотерапии при помощи шкалы CGI-S, а также оценка улучшения психического состояния по шкале CGI-I на 14 и 28 дни фармакотерапии. Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v.8.0.

Полученные результаты исследования. В большинстве случаев ($p<0,05$) в качестве базисной антидепрессивной терапии пациенты основной группы и группы сравнения получали антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – СИОЗС (56,6% и 61,6% соответственно). В основной группе чаще использовались антидепрессанты двойного действия: селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина – СИОЗСН (соответственно 16,6% и 5%, $p<0,05$). В ходе терапии текущего ДЭ, как правило, использовалась комбинированная терапия (статистически чаще в основной группе, чем в группе сравнения, соответственно 96,8% и 86,7%, $p<0,05$). При межгрупповом сравнении статистически значимо в основной группе более часто, чем в группе сравнения, назначалась комбинированная терапия в виде сочетания антидепрессанта, нормотимика и нейролептика (соответственно 30% и 13,3%, $p<0,001$).

При оценке тяжести текущего депрессивного эпизода средний суммарный балл по шкале SIGH-SAD до начала терапии в основной группе составил 31,2±8,2 балла, а в группе сравнения 25,2±7,5 балла ($p<0,001$), по шкале CGI-S: 4,4±0,7 и 4,2±0,5 балла соответственно ($p<0,05$), что указывает на большую тяжесть текущего депрессивного эпизода в группе пациентов с коморбидным РЛ. Статистически значимая ($p<0,001$) редукция степени тяжести текущего ДЭ (включая типичные и атипичные депрессивные симптомы), оцененная по шкале SIGH-SAD, фиксировалась уже на 2 неделю терапии в обеих группах, но к 14 и 28 дням фармакотерапии в основной группе пациентов сохранялась более выраженная тяжесть депрессии, чем в группе сравнения (соответственно к 14 дню терапии: 20,9±6,6 и 15,7±6,7 баллов, $p<0,001$; к 28 дню терапии: 10,7±3,8 и 7,6±3,4 балла, $p<0,05$).

Межгрупповая оценка тяжести психических расстройств по шкале CGI-S к 14 и 28 дням терапии выявила статистически значимую ($p<0,01$) большую выраженность тяжести заболевания у пациентов основной группы, чем в группе сравнения (соответственно к 14 дню терапии: 3,8±0,6 и 3,2±0,5 балла, к 28 дню терапии: 3,3±0,7 и 2,4±0,6 балла). Согласно полученным данным оценки степени улучшения психического состояния по шкале CGI-I, к 14 и 28 дням фармакотерапии также были выявлены статистически значимые различия в соответствующих показателях у пациентов исследуемых групп (соответственно к 14 дню терапии: 3,5±0,8 и 2,5±0,7 баллов, $p<0,001$; к 28 дню терапии: 2,5±0,6 и 1,7±0,7 баллов, $p<0,001$), что свидетельствует о том, что степень улучшения психического состояния в ходе проводимой терапии была хуже в основной группе, чем в группе сравнения.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что наличие коморбидного РЛ обусловливает большую тяжесть текущего ДЭ, большую выраженность как типичных, так и атипичных депрессивных симптомов. Полученные данные указывают на то, что в случае коморбидности АР и РЛ по сравнению с пациентами, страдающими только АР, чаще возникает необходимость применения комбинированной психофармакотерапии, отмечается более медленная редукция депрессивных симптомов в ходе проводимой психофармакотерапии.

РАЗДЕЛ 22.
ШИЗОФРЕНИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРЫХ ПРЕХОДЯЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ БЕЗ СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ

Алешкина Г.А., Барденштейн Л.М.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Цель исследования заключалась в изучении психопатологических особенностей острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении параноидной структуры.

Материал и методы. Работа основана на результатах обследования 48 пациентов (31 мужчина, 17 женщин), госпитализированных в ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 15 Департамента здравоохранения города Москвы» в связи с острыми психотическими состояниями параноидной структуры, отвечавшими диагностическим критериям МКБ-10 для острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении (F 23.0; F 23.3; F 23.8; F 23.9). Средний возраст обследованных составил 32±10,4 года. Применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический методы. Длительность катамнестического наблюдения после редукции психотического эпизода составила 5 лет. Для статистической обработки данных использовался статистический пакет Microsoft Excel 7.0. и программа Determinated Analysis Light Version 5.0 for Windows.

Результаты. В МКБ-10 к рубрике F 23 «Острые и преходящие психотические расстройства» относятся психогенный параноидный психоз, параноидные реакции, реактивный психоз. В исследованной выборке критериям реактивного параноида и критериям параноида внешней обстановки (по С.Г. Жислину, 1940г.) соответствовали 4 и 3 наблюдения соответственно. Согласно С.Г. Жислину, параноид внешней обстановки развивается в условиях сочетания объективного своеобразия внешней обстановки и временного экзогенного изменения психофизического состояния. Психотравмирующая ситуация в этих случаях имеет второстепенное значение или ее влияние может вообще не прослеживаться. В условиях психофизического истощения отмечается патологическое восприятие окружающей обстановки, которая приобретает для больного психотравмирующее значение. В изученной выборке только 3 случая из 48 острых параноидных состояний (6,3%) отвечали выше перечисленным критериям. Психотические состояния, характеризовавшиеся острым чувственным бредом отношения и преследования, развивались в течение нескольких часов после приезда больных в другой город, при этом в дороге имели место недосыпание, алкогольные эксцессы, острые респираторные заболевания. В условиях незнакомой, оживленной обстановки, на фоне нарастающего внутреннего напряжения, пациенты замечали подозрительное поведение окружающих, в котором усматривали угрозу своей жизни. Психотическое состояние сопровождалось выраженным аффектом страха, психомоторным возбуждением, попытками спастись от мнимых преследователей. Психотические эпизоды отличались кратковременностью и критическим выходом из психоза. 8,3% (n=4) острых параноидных состояний развивалось под влиянием острой психотравмирующей ситуации. Психогенными провоцирующими факторами, как правило, являлись смерть родственников, развод, смена жизненного стереотипа. Обобщенный стереотип развития психогенно-спровоцированного параноидного психоза заключался в следующем: психическая травма – депрессивный аффект – тревога – нарушение сна – острый чувственный персекуторный бред тематически связанный с психотравмирующей ситуацией – психомоторное возбуждение, бредовое поведение. Психотравмирующая ситуация прослеживалась в фабуле бредовых расстройств. Что касается остальных случаев острых параноидных синдромов (n=41; 85,4%), то их развитие было в большей степени обусловлено эндогенным фактором, а наличие незначительных экзогенных вредностей не могло считаться достаточным условием для возникновения психотической симптоматики. Имело место спонтанное, неспровоцированное проявление болезненного процесса. Более половины психотических состояний (54,2%) развивались в возрасте от 31 года до 50 лет. У 29,2% пациентов психотические расстройства параноидной структуры возникли в возрасте от 21 до 30 лет, и только 16,7% психотических расстройств данной структуры зафиксировано в период от 18 лет до 21 года. Для острых преходящих психотических расстройств бредовой структуры в большинстве случаев (37 из 48 больных; 77,1%) было характерно внезапное начало с развитием психотической симптоматики в течение 24-48 часов. Психическое состояние больных определяли бредовые идеи с фабулой конкретного содержания без тенденции к расширению. Идеи отношения и преследования, сопровождались растерянностью, тревогой, страхом, высокой бредовой активностью больных. Пациенты метались по квартире, выбегали на улицу, просили окружающих их убить или уезжали из дома и меняли города, чтобы скрыться от преследователей. В некоторых случаях отмечались несистематизированные, отрывочные идеи воздействия, связанные по содержанию с идеями преследования.

У 15 из 48 пациентов (31,3%) бредовые идеи сочетались с нарушением ассоциативного процесса в виде непроизвольного наплыва мыслей, но без ощущения постороннего воздействия, при этом, во всех случаях указанный феномен являлся дебютным в развитии психоза, предшествуя развитию бреда.

Бред преследования являлся относительно стабильным психопатологическим образованием и сохранял конкретность фабулы на протяжении всего психоза. После редукции психотической симптоматики специфических для шизофрении изменений личности не выявлено. Повторные психотические эпизоды наблюдались у 18 из 48 пациентов (37,5%). Все повторные психотические приступы соответствовали диагностическим критериям параноидной шизофрении (F 20 МКБ-10).

Выводы: структура исследованных психотических расстройств преимущественно определялась острым чувственным бредом отношения и преследования. Наряду с этим, в некоторых случаях отмечались отрывочные идеи воздействия и нарушения ассоциативного процесса в виде непроизвольного наплыва мыслей по типу ментизма. Рецидив заболевания в виде повторного психотического приступа шизофренической структуры, наблюдавшийся у 37,5% пациентов, позволил отнести эти случаи к атипичному дебюту шизофренического процесса.

КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Ахметова Л.Ш.

Казань
Казанский ГМУ,
ГАУЗ РКПБ им. В.М. Бехтерева

Актуальность исследования обусловлена необходимостью улучшения выявления предикторов эффективности лечения больных шизофренией

Цели и задачи: выявление предикторов эффективности лечения.

Материалы и методы: истории болезни больных шизофренией, проходивших лечение в стационаре первого психотического эпизода, архивная база данных.

Методы: клинико-психопатологический, клинико-статистический.

Результаты и обсуждение. Сплошным невыборочным методом были изучены архивные истории болезней больных, впервые поступивших в отделение первого психотического эпизода РКПБ г. Казани в период с 2005 по 2010 гг., которым была диагностирована шизофрения-всего 100 человек(50 чел.-мужчины, 50 чел.- женщины). Средний возраст мужчин, впервые госпитализированных-22 года, женщин -32 года. Большая часть изученного контингента (97% из 100 чел) страдают параноидной формой шизофрении; у 47% больных с непрерывный тип течения, 43%- имеют эпизодический тип течения с нарастающим и 1% со стабильным дефектом. У 9% больных тип течения не установлен, в связи с периодом наблюдения менее года.

С целью анализа влияния биологических и социально-психологических факторов на прогноз заболевания было выделено 2 группы больных: с благоприятным исходом, т.е. сохранивших социальный статус и имеющих минимальные эмоционально-волевые расстройства без активной психопатологической симптоматики (1гр.46 чел., – 46%), и с относительно неблагоприятным исходом заболевания (2гр.54 чел. – 54%), имеющих значительные эмоционально-волевые расстройства и изменения личности, нередко с остаточной психопатологической симптоматикой и имеющих нарушения социальной адаптации. 68% больным из 2 группы установлена инвалидность в среднем через 2 года от момента первой госпитализации. В группе пациентов с благоприятным исходом заболевания преобладал эпизодический тип течения (выявлен в 83% случаев), а в другой – непрерывный тип течения (в 75% случаев).* Структуру манифестного психотического приступа составили аффективно-бредовый (80% в первой и 15% во второй)*, галлюцинаторно-бредовый – преимущественно наблюдался во второй группе (66% во второй, 10% в первой и полиморфный (6% в первой группе)* варианты.

Выявлена меньшая наследственная отягощенность в группе с благоприятным исходом (20% – в первой, 39% -во второй группе)*. В группе с неблагоприятным исходом чаще (на 10%)* обнаруживаются преморбидные особенности характера, наиболее часто шизоидный (22 из 54 чел.; 41%), возбудимый (7 из 54 чел.; 12%), а также тревожно мнительный(1%), гипертимный (2%) и истерический тип (3%) акцентуации характера.

Также наблюдался более короткий продромальный период и преимущественно острое начало психоза в группе с неблагоприятным исходом. В группе с неблагоприятным прогнозом выявлено большее число сельских жителей (соответственно 29% и 13%)*. Также к моменту поступления в стационар в этой группе у 59% пациентов выявлялось нарушение социального функционирования: 32 из 54 чел. находятся на иждивении у членов семей, на 19% наблюдается меньшее количество работающих.* Также в группе с неблагоприятным исходом большее количество лиц, имевших в анамнезе задержку речевого развития и моторных навыков, более низкую успеваемость в школе.

Также при сравнении обеих групп отмечается большая частота госпитализаций в группе с неблагоприятным прогнозом заболевания. В течение первого года наблюдения 1,12 госпитализаций в год, в другой 1,06 госпитализаций. При трехлетнем катамнестическом наблюдении частота госпитализаций в этой группе также выше(0,8 госпитализаций в год в группе с неблагоприятным исходом и 0,43 в группе с благоприятным)*. При исследовании пятилетнего катамнеза: 0,3 в первой и 0,7 во второй группе*.

С равной частотой в обеих группах для купирования психоза, так и в качестве поддерживающей терапии назначались как типичные, так и атипичные нейролептики. Достоверной разницы, в назначаемых типичных и атипичных нейролептиках в лечении по обеим группам не выявлено, в то время показатели комплаенса были выше во второй группе.

Выводы: таким образом установлено, что прогноз лечения во многом определяются не только назначением того или иного нейролептика в стационаре, как биологическими и социально- психологическими факторами, оказывающими большее влияние на прогноз заболевания.

** $P<0,05$*

К ВОПРОСУ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ЭНДОГЕННОГО ПРИСТУПООБРАЗНОГО ПСИХОЗА

Бархатова А.Н.

Москва
НЦПЗ

Мнение о том, что начальный период заболевания является формирующим и предопределяющим долгосрочный прогноз заболевания, в целом, выступает отражением активно меняющихся воззрений на природу эндогенного расстройства. Во многом это происходит за счет растущей популярности теории, об отношении к ранним этапам эндогенного заболевания как к «критическому периоду» в развитии болезни. Такой подход подразумевает необходимость проведения анализа деструктивных изменений, приводящих к наиболее ощутимому ущербу всех форм функционирования. Предпринимаемые попытки понимания первичных негативных расстройств с точки зрения

разрозненной группы симптомов, отражающих ослабление или искажения той или иной психической функции вряд ли можно представить конструктивным для определения нозологической квалификации.

Настоящее исследование выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (научный руководитель ФГБНУ Научного центра психического здоровья – академик РАН, проф. А.С.Тиганов) (директор ФГБНУ Научного центра психического здоровья – проф., д.м.н. Т.П. Клюшник).

Представленный фрагмент исследования обобщает результаты 10-ти летнего мультидисциплинарного исследования. Общая выборка представлена клинической (232 набл.) и клинико-катамнестической (151 набл.) когортами, сформированными из числа пациентов, обратившихся за консультацией или стационарной помощью в клинику ФГБНУ НЦПЗ в период с 2005 по 2015 годы, срок катамнеза составил от 5 и более лет. Синдромальная и нозологическая квалификация психических расстройств проводилась на основании критериев отечественной классификации и версии международной классификацией болезней (МКБ-10). Средний возраст больных для всей выборки на момент госпитализации составил 19,6±2,1 года, средний возраст появления инициальных симптомов – 16,4±1,8 года, средняя длительность заболевания к моменту первого обследования составила – 2,4±0,6 года. Манифестация заболевания острым психотическим состоянием у половины изученных больных (128 набл. – 55,2%) пришлась на возраст 19-21 года.

В качестве основных компонентов синдрома дефицита рассматриваются – профиль снижения психической активности и формирование личностных изменений. Изучение показало, что даже на начальных этапах эндогенного заболевания можно было говорить о формировании иерархии компонентов дефицитарного симптмокомплекса, формирующих вариативный ряд. Была разработана рабочая гипотеза о формировании дефицитарного симптомокомплекса в рамках конкурентного взаимовлияния его компонентов, где интеграция, относительно независимых по своему психопатологическому выражению, структур несет признаки приверженности степени прогредиентности эндогенного заболевания. Предположение о реализации обозначенного механизма при формировании структуры дефицитарного симптомокомплекса позволили систематизировать ряд выявленных ранее закономерностей формирования изменений, наблюдаемых при эндогенном процессе. На основании анализа сопряженности проявлений дефицитарного симптомокомплекса на начальном этапе эндогенного приступообразного психоза был выстроен континуум, ранжируемый по степени выраженности и вовлеченности его компонентов, установленные с учетом преобладающего конкурентного взаимовлияния. Были выделены следующие варианты дефицитарных расстройств: латентный вариант; краевой вариант; идиопатический/ядерный вариант. Для латентного варианта дефицитарного симптомокомплекса интенсивность и глубина возникающих изменений, происходила при минимальном соучастии расстройств, отражающих снижение психической активности. Речь шла об изменениях личности, кардинально изменявших психический облик больного, и приводящих к формированию новых, отличных от доманифестных адаптивных форм поведения, реализация которых становилась возможной при гипертрофии или искажении исходного механизма реализации психической функции. Изменения личностного склада происходили в рамках инверсии личностных осей и поляризацией аномальных черт («псевдопсихопатия) или с реформированием личностного склада и формированием изменений личности по типу «нажитой» психопатии. Для краевого варианта формирования дефицитарного симптомокомплекса варианта были характерны значительные личностные девиации, однако выраженность и удельный вес снижения психической активности была несколько выше, что препятствовало кардинальному преформированию личностного склада и приводило формированию трансформаций преимущественно за счет количественного изменения личностного ресурса (гипертрофии аномальных личностных черт «дефицитарная шизоидия» и формирования изменений по типу «реактивной лабильности». Для дефицитарного симптомокомплекса обозначенного как идиопатический (ядерный) вариант основным признаком стало весомое присутствие расстройств, характеризующих снижение психической активности с формированием «псевдоорганических» нарушений, представленных двумя разновидностями: со снижением психической активности с преимущественным нарушением волевой функции и с преимущественным нарушением интеллектуальной функции.

В целом, анализ наблюдений показал, что в изученной клинической когорте число случаев, с формированием латентного варианта дефицитарного симптмокомплекса составили 36,2%, что соответствовало процентной доли лиц с данным вариантом в катамнестической когорте (33,3%). Отсутствие статистических различий для обоих когорт свидетельствовало в пользу относительной устойчивости формировавшихся изменений. Для этих наблюдений течение заболевания несло сходство с характеристиками возрастной динамики с малой прогредиентностью и относительной устойчивостью на протяжении заболевания. Квалификация данного варианта на ранних этапах течения эндогенного процесса позволяла диагностировать заболевание в рамках патологии шизофренического спектра. Иная картина была отмечена при анализе краевых вариантов дефицитарного симптомокомплекса. Формирующиеся изменения, проявляющиеся утрированным развитием аномальных личностных черт, создавалось впечатление сохранности структуры личности наряду с утратой возможности привычной формы реализации потенциала. Сопоставление когорт выявило статистически достоверные отличия: при высоком проценте представленности варианта в клинической когорте 42,2%, в катамнестической- удельный вес снижался до 24,8%. Причем изменение числе наблюдений происходило неравномерно, при существенном снижении числа лиц с искажением черт по типу реактивной лабильности признаками, число случаев с гипертрофией аномальных личностных черт по типу «дефицитарная шизоидия» изменялось незначительно. Отмеченная закономерность может быть свидетельствовать в пользу предположения о гетерогенности этой группы, где одна часть наблюдений стоит ближе к полюсу латентного варианта дефицита, однако в силу большей выраженности снижения психической активности не может быть отнесена к ней, другая – претерпевая выраженные изменения, обусловленную нарастающей прогредиентностью к моменту катамнеза становится ближе к идиопатическому варианту дефицита. Проявления идиопатического дефицита в клинической когорте ожидаемо составляли малую часть выборки (21,5%), в катамнестической когорте этот процент вырастал в два раза и составлял уже 41,8%. Доминирующее место в психопатологической картине варианта занимали явления снижения психической активности, которые практически полностью перекрывали индивидуальные черты и личностные характеристики. Диагностика данного варианта дефицитарного симптомокомплекса выступала признаком высокой степени прогредиентности эндогенного процесса и деструкции психической функции, что позволило диагностировать шизофрению, стоящей наиболее близко к “dementia praecox” в трактовке Э. Крепелина.

Выявленные варианты дефицитарных расстройств на начальных этапах эндогенного заболевания представляют собой явление с многосторонними зависимостями. Проблема изучения значения и сути дефицитарного симптмокомплекса нуждается в дальнейшей разработке с привлечением данных о целостной картине начального этапа эндогенного приступообразного психоза.

КОГНИТИВНЫЙ СТИЛЬ КОНКРЕТНАЯ/АБСТРАКТНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Бельских И.А., Плотников Д.В.

Курск
КГМУ

Когнитивные стили, по определению, интегративные параметры индивидуальности, сплавляющие в единое целое когнитивные, мотивационные, психоэмоциональные, нейрофизиологические параметры (Холодная М. А., 2002). Когнитивный стиль конкретная/абстрактная концептуализация (К/А К) мало изучена при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра.

Цель данной работы. Изучение когнитивного стиля К/А К при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра.

Материалы и методы. Использовалась методика дискриминации свойств понятий (МДСП) (Плотников В. В. и др., 2009). Она включает для сравнения 9 пар понятий. К каждой паре приложен список из 27 – 30 различий и сходств, всего 517 свойств. В список включены видородовые, детализирующие, мало значимые (латентны) свойства. Испытуемый должен отметить номера самых главных различий и сходств. При стандартизации МДСП на здоровых испытуемых определены границы индивидуальных вариаций числа актуализируемых признаков, составлена матрица вероятностей (Р) актуализации признаков: Р1>0,5; Р2=0,5 – 0,161; Р3=0,160 – 0,021; Р4<0,020. МДСП позволяет градуально оценивать два вектора когнитивного стиля К/А К: 1. Конкретность – абстрактность (по числу признаков); 2. Реалистичность – субъективированность (по вероятностным характеристикам признаков). В предварительных экспериментах установлено соответствие параметра, измеряемого МДСП, критериям когнитивного стиля К/А К, доказано теоритическое предположение о квадриполярной структуре данного когнитивного стиля (Холодная М. А., 2002), установлена интегративная природа измеряемого параметра (Бельских И.А., 2011)

Клиническим, патопсихологическим методами, МДСП исследовано 114 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в состоянии становления ремиссии.

Полученные результаты и их обсуждение. При шизоаффективных расстройствах нарушения познавательной деятельности, наблюдаемые в острых состояниях, в значительной степени обратимы. При этом сохраняется психическая истощаемость, некоторое снижение умственной работоспособности. В МДСП у 7 больных (46,5%) не выявлялось расстройств познавательной деятельности: число актуализированных признаков в пределах нормативного разброса (от 31 до 274), латентные свойства не привлекались. У 4-х больных (26,6%) усилена субъективная абстрактность. При высокой абстрактности (по числу признаков) привлекались 1-2 латентных свойства. У здоровых испытуемых это отмечалось в 0,2% – 0,7% (p<0,05). У 4-х больных (26,6%) усилена субъективированная конкретность: умеренно возрастало число актуализируемых признаков (до 224) не только детализирующих различия и сходства понятий, но привлекающих одновременно по 2 латентных свойства.

При шизотипическом расстройстве (28 больных) познавательная деятельность расстраивалась не резко. В МДСП больные актуализировали от 18 до 30 признаков, что не выходило за пределы информативного разброса. У 9 больных (32,1%) с неврозоподобной симптоматикой и незначительными изменениями личности в МДСП расстройств познавательной деятельности не выявлялось. При этом в когнитивном стиле доминировал полюс реалистической абстрактности: небольшое число актуализируемых признаков (от 18 до 46) при отсутствии латентных свойств. У 10 больных (35,8%) преобладала субъективированная абстрактность: при небольшом и умеренном числе признаков (50-116) привлекались 1-2 латентных, что выше, чем в группе здоровых (p<0,05). Однако у 5 больных (17,8%) субъективированная абстрактность достигала патологических степеней: при выраженной и умеренной абстрактности (50-160 признаков) больные привлекали от 4 до 10 латентных свойств. У 5 больных (17,8%) имела место искаженная субъективированная конкретность: на фоне умеренного и выраженного увеличения числа актуализируемых признаков (от 233 до 311) привлекалось от 6 до 19 латентных свойств.

Значительно более сильные изменения когнитивного стиля К/А К МДСП выявляло у больных (28 человек) параноидной, гебефренной формами шизофрении с непрерывным течением. Только 3 больных (10,7%) не имели отклонений в выполнении МДСП, демонстрируя реалистическую абстрактность: при небольшом числе актуализируемых признаков не привлекалось ни одного латентного свойства. У большинства же больных (25 человек – 89,3%) имели место значительные изменения когнитивного стиля. В МДСП это проявлялось, прежде всего, патологическим усилением вектора конкретности. Многие больные актуализировали свыше 400 признаков, причем для некоторых больных было не доступно само понятие главных и второстепенных свойств, так что, все перечисленные отношения объектов они считали одинаково существенными. При этом патологическая конкретность приобретала черты субъективированной: 5 больных привлекали от 2 до 6 латентных свойств; 5 – от 7 до 10; 3 – от 12 до 14; 3 – от 19 до 26; 3 – 32 – 33; 2 больных актуализировали по 40 латентных свойств.

При эпизодическом течении с нарастающим дефектом те же параноидная и гебефренная формы шизофрении (45 больных) имели связь когнитивного стиля К/А К со степенью прогредиентности непрерывной составляющей процесса. У 10 больных (22,2%) с нерезкими изменениями личности на этапе становления ремиссии МДСП не выявляла изменений когнитивного стиля К/А К: при этом 4 больных обнаруживали реалистичную абстрактность, 6 – субъективированную абстрактность: при небольшом числе актуализируемых признаков (от 18 до 63), привлекалось по 1 латентному свойству. Вместе с усилением прогредиентности заболевания нарастали изменения когнитивного стиля К/А К по двум направлениям:

1. При относительной стабильности вектора абстрактности (выраженная и умеренная абстрактность) патологически усиливалась субъективированность: больные актуализировали от 2 до 8 латентных свойств.

2. Одновременно усиливается конкретность по вектору К/А (вплоть до 460 актуализируемых признаков) и субъективированность по вектору реалистичность/субъективированность (до 20 и более латентных свойств). Уже при умеренном усилении конкретности 7 больных (15,6%) актуализировали от 4 до 20 латентных свойств, а 13 (28,9%) – более 20 латентных свойств. В этих случаях имело место уже выраженное нарушение избирательной деятельности с нарастающей тенденцией актуализировать как равноценные видо-родовые детализирующие, латентные свойства.

Выводы. Таким образом, при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра существенно изменяется интегративный параметр индивидуальности – когнитивного стиля К/А К. Степень изменений когнитивного стиля достаточно четко связана с прогредиентностью расстройств.

КЛИНИКА ПРОДРОМА ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С МАНИФЕСТНЫМ ПРИСТУПОМ ШИЗОАФФЕКТИВНОЙ СТРУКТУРЫ (РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Бобров А.С., Рожкова М.Ю., Рожкова Н.Ю.

Иркутск
Иркутская ГМАПО,
ОГБУЗ Иркутский ОПНД

Цель исследования: выявление клинических различий продрома манифестного приступа шизоаффективного расстройств и параноидной шизофрении с шизоаффективной структурой приступа

Материалы и методы. Изучены 48 больных с манифестным приступом шизоаффективного расстройства (ШАР) и его диагностикой в соответствии с критериями МКБ-10. В качестве группы сравнения выбраны больные параноидной шизофренией с манифестным приступом шизоаффективной структуры (n=44). В целях корректности сопоставления мы остановились на депрессивном варианте ШАР и манифестном приступе шизофрении с наличием выраженной и стойкой депрессивной симптоматики на протяжении всего приступа. В последующем изложении группа ШАР и группа Шизофрения. Диагноз шизофрении подтверждается социально-демографическими показателями. В сравнении с группой ШАР статистически достоверно больные шизофренией до манифестного приступа не состояли в браке (p=0,04), не имели детей (p=0,016), продолжали проживать с родителями (p=0,06). Подтверждается диагноз шизофрении значительной частотой (более чем у половины больных) преходящей кататонической либо онейроидно-кататонической симптоматикой, неконгруэнтность фабулы психотических переживаний (галлюцинации и/или бред) доминирующему депрессивному аффекту в приступе, а также данными проспективного исследования. В обеих группах больных оказалось статистически достоверное преобладание женщин (соответственно p=0,000 и p=0,001). Не выявлено достоверных различий между больными ШАР и шизофрении по уровню образования, при этом большинство к моменту манифестного проявления психоза имели среднее специальное либо незаконченное и оконченное высшее образование (соответственно 89,6% и 70,8%). Однако, число работающих к моменту активного проявления заболевания оказалось статистически больше у больных ШАР (p=0,008).

Как в группе больных ШАР так и шизофрении с высокой степенью достоверности выявлено наличие продрома в сравнении с острым началом заболевания без продрома (соответственно p=0,019 и p=0,05). В группе ШАР возраст начала продрома достоверно чаще приходился на юношеский период (18-22 года) в сравнении с пубертатным и зрелым возрастом (p=0,001). В группе шизофрении распределение начала продрома по возрасту не отличается от равномерного. Как в группе больных ШАР, так и группе больных шизофренией отмечена значительная частота стресспровоцированного начала продрома (соответственно n=19, 48,7%/39 и n=18, 51,4%/35). Достоверно чаще в обеих группах больных стрессовый фактор был представлен психогенией в сравнении с экзогенным воздействием (p=0,000 и p=0,01). Для обеих клинических групп оказалось общим высокая достоверность длительности продрома до 6 месяцев в сравнении с длительностью до 1 месяца (соответственно p=0,000 и p=,007), а также с длительностью более года (соответственно p=0,01 и p=0,000).

Общим для обеих клинических групп является значительная частота аффективных расстройств в продроме (n=36, 92,3%/39 и n=28, 80%/35). Среди аффективных расстройств без статистически значимых различий выявляется депрессия (n=22, 61,1%/36 и n=17, 60,7%/28), в том числе в виде единичного эпизода, значительно реже рекуррентного течения; биполярное аффективное расстройство (n=11, 30,6%/36 и n=8, 28,6%/28). Единичные гипомании и смешанные расстройства (альтернирующий вариант, смешанная депрессия) в клинике продрома отмечена лишь у больных шизофренией. Исключительно в клинике продрома шизофрении имели место негативные проявления в поведении в соответствии с данными зарубежных авторов (n=20, 57,1%/35) и субпсихотическая симптоматика (n=13, 37,1%/35), степень достоверности при p=0,001.

Выявлен ряд отличительных особенностей аффективной симптоматики в клинике продрома шизофрении. Так в структуре депрессии в единичных наблюдениях представлен тоскливый аффект и его витализация, суицидальные мысли, мрачное и пессимистическое видение будущего, сниженная самооценка, идеи виновности и уничижения. Астенический компонент депрессии варьировал от констатации нарастающей слабости в течение дня до гротескного ее варианта; в ряде случаев астения имела аутохтонный характер и сохранялась в утренние, дневные и вечерние часы. Расстройства сна были представлены ранней инсомнией (в том числе сверхдлительным ее вариантом), сочетанными проявлениями ранней и средней инсомнии, включая частые пробуждения среди ночи и кошмарные сновидения, что приводило к значительному сокращению часов ночного сна. Расстройства концентрации внимания, скорее всего, следует отнести к нейрокогнитивным расстройствам. Следует отметить, не свойственную ранее больным, раздражительность в состоянии депрессии. Последняя имеет адресный характер и направлена на одного из родителей или младшего брата и сестру; «возникает по любому поводу»; сопровождается повышением голоса, обвинениями в адрес близких с использование ненормативной лексики. К единичным проявлениям очевидно тревоги следует отнести неусидчивость и суетливость. К особенностям гипоманиакального состояния в продроме шизофрении относятся существенные изменения преморбидного паттерна поведения в виде активного посещения ночных клубов, отсутствия по несколько суток дома или возвращение домой далеко за полночь, начало курения, присвоение без разрешения или грубое вымогательство денег у родителей. беспорядочные знакомства с молодыми людьми, в том числе с помощью интернета. Отстаивание «своих прав на личную жизнь» носит грубую и категорическую форму. В случае повторных гипоманиакальных состояний в рамках континуального или рекуррентного течения БАР клиника гипомании представлена клишеобразным вариантом.

Негативные проявления поведения складывались из социальной изоляции и отчужденности. Больные прекращают общение с друзьями, не посещают ранее привлекательные зрелищные и развлекательные мероприятия (феномен «сидения дома»), прекращают общение с близкими родственниками и соседями. К негативным проявлениям поведения относится и сдвиг интересов. К примеру, несвойственное ранее увлечение религиозной литературы с попыткой разобраться в себе и своем месте в жизни; в ином случае «внезапное» соблюдение религиозных уставлений (в том числе поста) или овладевающий интерес к хиромантии. В состоянии гипомании мог возникать интерес к биографии писателей с нездоровой психикой и суицидальными тенденциями, при отсутствии какого-либо сдвига интересов у этой больной в период депрессии первого и третьего порядкового номера приступа. В клинике продрома шизофрении выявляются нарушения ролевого поведения в виде прекращения выполнения элементарных гигиенических процедур, неряшливости в одежде, отсутствие пользования макияжем. Прекращение или пропуски в учебе или работе вы-

ступали в сочетании с социальной изоляцией и нарушениями ролевого поведения. К собственно когнитивным расстройствам, как негативным проявлениям, без сопутствующей депрессии можно отнести жалобы типа «стало трудно учиться, мозг долго соображает, не помню прочитанного». Негативные проявления достоверно чаще выявлялись у больных депрессией в виде единичного эпизода по сравнении с рекуррентным течением (p=0,001). Субпсихотические расстройства в клинике продрома больных шизофрении выступали в виде бредового настроения с фабулой страха за свою жизнь, жизнь близких и даже соседей по общежитию; паранойяльной симптоматики в объеме от якобы обсуждения больной коллегами «за глаза» или изменившегося отношения жены к больному («перестала любить») до очерченного бреда супружеской неверности. В единичных наблюдениях это были бредоподобные фантазии, элементы наглядно-образного бреда воображения («ощущение себя как бы в другом мире»), идеаторный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо в виде «разматывания воспоминаний» (Снежневский А.В., 2008). Клиническая оценка продрома является фундаментальной для суждения об его предиктивной валидности (Lenez T., Smith Ch.W., Auther A.M. et al., 2003). В данном случае возможно предсказание по продрому манифеста шизоаффективного расстройства либо параноидной шизофрении с шизоаффективной структурой манифестного приступа.

КРОССКУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ШИЗОФРЕНИИ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Болиева Р.Х., Таукенова Л.М.

Нальчик

Кабардино-Балкарский университет

Актуальность. Влияние социокультуральных факторов на течение и клиническую картину психических расстройств не подлежит сомнению. Изучению этнокультуральных и транскультуральных аспектов шизофрении посвящены исследования Jillek L, Jillek-Aall (1980; 1987; 1991; 1996), Castillo (1996; 1997) и др. В КБР кросскультуральные исследования клиинко-эпидимиологических особенностей шизофрении не проводились и представляют интерес.

Цель исследования: Изучение кросскультуральных аспектов клинических особенностей и течения шизофрении у больных разной национальности (русских и кабардинцев).

Материалы и методы исследования. С помощью клинико-катамнестического и статистического метода было исследовано 300 больных шизофренией (150 кабардинцев и 150 русских), проходивших лечение в ГУЗ ПНД г. Нальчика с 2012 по 2014 год. Группы различались по вероисповеданию, но были сопоставимы по полу, возрасту и социальному положению.

Полученные результаты и их обсуждение. При исследовании среднего возраста обращаемости за психиатрической помощью больных шизофрений обнаружено, что средний возраст русских, больные шизофренией, впервые обратившихся за помощью достоверно ниже, чем у кабардинцев (25±3,5 и 35±3,7 соответственно). Кабардинцы в 20% случаев в первую очередь обращались за помощью к знахарям. Более позднее обращение за помощью больных шизофренией кабардинцев вероятно объясняется боязнью стигматизации, наличием архаических верований, большей патриархальностью жизненного уклада, обеспечивающего социальную поддержку. Исследуемые группы не имели значимых различий по семейному положению, но русские мужчины чаще состояли в браке (28%), чем кабардинцы (22%), из них после дебюта заболевания развелись 72,7% как у русских, так и у кабардинцев. Исследуемые группы женщин, больных шизофренией, не имели значимых различий по семейному положению. Но кабардинки, больные шизофренией, достоверно реже имели внебрачных детей (9,3%), чем русские (12, 7%),что также объясняется большей табуированностью кабардинской культуры. У 22% русских и 18% кабардинцев обнаружено отягощенная шизофренией наследственность, что несколько выше общероссийских цифр, что может быть связано с небольшим количеством межнациональных браков в республике. Тенденция к большей наследственной отягощенности, выявленная у русских пациентов вероятнее всего объясняется меньшей склонностью к отрицанию этих фактов.

При изучении форм и типов течения шизофрении группы не различались по частоте встречаемости форм и типов течения шизофрении: параноидная шизофрения встречалась в 90% случаев у русских и 92% у кабардинцев, простая – у 2,3% русских и 2,2% кабардинцев, гебефренический тип – у 2% русских, и 2% кабардинцев.

Непреррывный течения тип встречался чеще всего (90% у русских и 92% кабардинцев); приступообразно-прогредиентный (шубообразный) тип – у 5,4% русских и 4,9% у кабардинцев, периодический (реккурентный) тип у русских – 3,1% и 3% соотвестенно; грубопрогредиентная (злокачественная) шизофрения у 1,5% русских и кабардинцов.

Следует отметить, что распространенность параноидной шизофрении непрерывного типа течения значительно выше по сравнению с данными, характеризующую общероссийскую популяцию. Возможно, это объясняется поздней обращаемостью больных за помощью, что обусловливает прогрессирование заболевания и как следствие высокий процент прогредиентности заболевания.

При сравнительном исследовании клинических особенностей: среди кабардинцев, страдающих шизофренией, бред отношения встречается значимо чаще, у русских (74% и 56% соотвественно), при этом ведущим оказался бред отношения к родным (58% и 28% соотвественно). Так же у кабардинцев чаще встречаются бред овладения и колдовства (22% и 12% соответственно). Полученные различия в психопатологической картине возможно объясняются культуральными особенностями. Кабардинцы, исповедующие ислам, отличались большей табуированностью культуры, большей нормативностью и традиционностью, в связи с чем негативное отношение к родственникам в доболезненном состоянии цензурировалось, и большая встречаемость бреда отношения к родственникам возможно объясняется разрушением психологических защит. Преобладание бреда овладения и колдовства также может объясняться большей распространенностью среди кабардинцев архаических представлений и верований: содержание продуктивных психических нарушений соответствует религиозным убеждениям, и представляют собой их патологическое развитие.

Меньше кабардинских мужчин, больных шизофренией имели в анамнезе судимости- 16%, у русских – 24%. Русские мужчины, страдающие шизофренией алкоголизировались чаще кабардинцев. Суицидальные попытки чаще наблюдались у русских (20%), чем у кабардинцев (12%), что можно объяснить большей нормативностью культуры, большей выраженностью семейной поддержки.

Таким образом, этнокультуральные особенности оказывают влияние на формирование клинической картины и течение шизофрении, что может быть использованы в профилактике и лечении, социальной адаптации больных шизофренией различных национальностей.

ДЕФЕКТ ЛИЧНОСТИ ПСИХОПАТОПОДОБНОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Бомов П.О.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В последнее десятилетие возрос интерес к изучению дефицитарных расстройств при шизофрении с позиций пересмотра воззрений о стабильности дефектного состояния, отграничения понятий «процессуальный дефект» и «фармакогенный дефект». В связи с общемировой тенденцией к постарению населения возникла необходимость изучения дефицитарных расстройств, а именно, нередко встречающегося, психопатоподобного типа у больных поздней шизофренией (дебют после 45 лет). Развитие шизофренического процесса в направлении дефекта психики относится до сих пор к числу основных диагностических и прогностических признаков этого заболевания.

Цель исследования: выявление клинико-психопатологических особенностей психопатоподобного дефекта личности у больных поздней шизофренией.

Методами исследования были клинико-психопатологический и патопсихологический. В исследование были включены 26 пациентов с дебютом шизофрении после 45 лет в возрасте от 48 до 65 лет. Во время обследования пациенты были в состоянии ремиссии. Большинство обследованных пациентов были женщины (89%).

Больные с данным типом дефекта в большинстве своем демонстрировали истеро-возбудимые черты личности в преморбиде. Длительность заболевания у большинства больных была от 5 до 10 лет. Психопатоподобный дефект характеризовался поражением эмоциональной сферы (92%), в меньшей степени изменения касались ассоциативной и волевой сфер (73% и 40% соответственно). Для пациентов с данным типом дефекта была характерна умеренная и выраженная степень расстройств, медленное их нарастание. Все пациенты имели вторую группу инвалидности. Для формирования дефекта было необходимо 1-2 приступа. Таким образом, полученные данные способствуют более глубокому пониманию структуры дефекта психопатоподобного типа у больных поздней шизофренией и оптимизации проведения психосоциальной терапии и реабилитации этим больным.

ПРЕДИКТОРЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА АНТИПСИХОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Вербенко В.А.

Симферополь
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Введение. Актуальность проблемы качественной фармакотерапии шизофрении связана прежде всего с тем, что хроническое течение заболевания, рост негативных симптомов, нейропсихологического дефицита и социальной дезадаптации вследствие болезни приводят к инвалидизации молодых и активных в физическом плане пациентов, вызывают значительные экономические затраты общества в целом.

Цель исследования. Изучение предикторов клинического ответа на антипсихотическую терапию.

Материалы и методы. Проанализировано 1120 историй болезни. Оценивались анамнез, катамнез, коморбидность с другими заболеваниями, длительность пребывания в стационаре, полифармакотерапия, тяжесть заболевания по шкале PANSS, качество ремиссии. Диагноз F 20.0 – F 23.0. Возраст больных 45,7±9,7 лет.

Результаты и выводы. В результате проведенного исследования были выделены три статистически значимых группы – с положительным ответом на терапию 596 (53,2%) случаев, 381 (34,0%) случаев с относительной резистентностью к терапии, 143 (12,7%) резистентных к терапии случаев. Проведен качественный и количественный анализ изучаемого материала. Прогностическими факторами хорошего клинического ответа являлись – острое начало и короткая продолжительность заболевания, наличие острых стрессовых или провоцирующих факторов, начало болезни во взрослом возрасте, семейный анамнез аффективного расстройства и эффективность антипсихотической терапии в анамнезе в 53,2% случаев, что сопоставимо с данными литературы (Os J.V., Kapur S. 2009). Субъективный ответ пациента в течение первых 48 часов после назначения антипсихотиков первого поколения у 483 пациентов (43,1%) коррелировал с положительным ответом на терапию, что может быть связано с ассоциированной медикаментозной ответной реакцией по (Van Putten T., Marder S.R. 1987).

Наличие первичной дисфорической симптоматики, ухудшение самочувствия вследствие экстрапирамидных симптомов (зомби-подобное состояние), в сочетании с тревогой и/или симптомами акатазии, (39,2% случаев), коррелировало с плохим ответом на лечение антипсихотиком, побочными эффектами и не толерантностью к режиму лечения, что косвенно указывает на невосприимчивость к проводимой терапии. Не выявлено корреляционных связей между наличием аффективных симптомов и общей хорошей реакцией на лечение. Негативные симптомы и нейропсихологический дефицит, связанный с познавательной способностью и неврологической микросимптоматикой, коррелировали с плохой реакцией на антипсихотики – сопоставимо с литературными данными (Castle D.J.2009, Lehman A.F.,2004).

Злоупотребление психоактивными веществами, коморбидность с зависимостями от алкоголя, наркотических и психоактивных веществ могут влиять на клиническую картину заболевания, диагноз и ответ на терапию (выявлены у 43% второй группы). Следует подчеркнуть, что амфетамины и другие стимуляторы ЦНС, марихуана, некоторые лекарства усугубляют течение основного заболевания, связаны с плохим клиническим ответом на лечение и плохим прогнозом, а алкоголь, кофеин и никотин влияют на метаболизм антипсихотиков, усиливают взаимодействия лекарств, а иногда снижают активность антипсихотика, в частности злоупотребление никотина приводит к снижению концентрации оланзапина в сыворотке крови (Маляров С.А. 2012).

У 12,7% изученных пациентов (третья группа), отсутствовал позитивный эффект проводимой антипсихотической терапии. Полифармация (более 5 препаратов одновременно), в первые годы лечения наблюдалась у 94 (65,7%) данной группы больных. Согласно данным Lehman A.F., Lieberman J.A. 2004; Buchanan R.W. 2010, нет общепринятого метода идентификации таких пациентов до начала лечения.

Заключение. В прогнозировании клинического ответа необходимо учитывать анамнез болезни, данные предыдущего применения антипсихотиков; индивидуальные различия в реакциях пациента на лечение, задокументированные в анамнезе; степень выраженности негативных симптомов, нейрокогнитивного дефицита; коморбидность с другими заболеваниями; преморбидный уровень стабильных межличностных отношений и работы. Фармакогенетика может играть определенную роль в прогнозировании ответа на лечение как по воздействию на симптомы, так и по развитию побочных эффектов (Lindenmayer J.P.2009, Miller D.,2005).

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ЕСТЕСТВЕННОЙ СМЕРТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Волков В.П.

Тверь
Тверской Центр судебных экспертиз

Введение. Известно, что при шизофрении наблюдается избыточная смертность по сравнению с популяцией в целом. Это обусловлено как довольно частыми насильственными (суицид, убийства, несчастные случаи), так и естественными причинами. Среди последних в подавляющем большинстве случаев фигурируют интеркуррентные соматические заболевания. Поэтому с практической точки зрения изучение причин смерти больных шизофренией от различных соматических болезней представляется весьма важным.

Эта проблема приобретает особое значение в связи с широким применением современных методов активной терапии как психической, так и соматической патологии, что обусловливает развитие процессов лекарственного патоморфоза и танатоморфоза. Так, представляет значительный интерес проследить влияние длительного приема нейролептических препаратов на соматическое состояние и причины смерти больных шизофренией. При этом важен анализ секционного материала, позволяющий провести клинико-морфологические параллели и детализировать причины смерти по нозологии, что отсутствует в большинстве исследований (главным образом, зарубежных), проведенных с помощью эпидемиологических методов.

Цель исследования. Изучение причин смерти при шизофрении с учетом влияния побочных эффектов длительной нейролептической терапии.

Материал и методы. Статистически обработаны (компьютерная программа «Statistica 6,0», уровень значимости различий 95% и более – $p \leq 0,05$) протоколы вскрытий 81 умершего больного шизофренией (мужчин – 56, женщин – 25) в ГКУЗ ОКПБ № 1 им. М. П. Литвинова за 5 лет (2008 – 2012 гг.). Проведено сравнение полученных результатов с аналогичными данными за предшествующий период (1998 – 2007 гг.).

Результаты и обсуждение. Продолжительность жизни при шизофрении в исследованном периоде практически не изменилась. Так, в этом отрезке времени число больных шизофренией, умерших в возрасте старше 50 лет (67,9%) существенно не отличается от аналогичного показателя за предыдущие 10 лет (65,9%). При этом 60,5% пациентов умерли в возрастном интервале 41-60 лет, а 25,9% были старше 60 лет. Гендерные различия также сохранились на прежнем уровне – соотношение умерших мужчин и женщин составило примерно 2:1 (69,1% и 30,9% соответственно).

Наиболее значимые группы заболеваний, приводящих к смерти больных шизофренией: туберкулез легких (ТЛ); неспецифическая легочная патология (пневмония и хроническая обструктивная болезнь легких – ХОБЛ); злокачественные новообразования; сердечно-сосудистые заболевания.

В изученном пятилетии выявилась положительная динамика в отношении значения ТЛ как причины смерти при шизофрении. По сравнению с более ранним периодом частота ТЛ резко и статистически значимо сократилась – с 20,8% до 8,6%. Значительно реже наблюдались остро текущие инфильтративные формы заболевания, резистентные к специфическому медикаментозному лечению.

Несколько улучшилась и ситуация по неспецифической легочной патологии. После 2009 года пневмония как основное заболевание (основная причина смерти) у больных шизофренией на аутопсии не встречалась. Вместе с тем, сохраняется высокая частота пневмонии как смертельного осложнения (непосредственной причины смерти) при кардиальной патологии (47,9%).

Частота ХОБЛ с развитием легочного сердца и прогрессирующей хронической сердечной недостаточностью (ХСН) осталась на прежнем уровне. Этот факт подтверждает предположение о том, что развитие ХОБЛ у психически больных, получающих нейролептическую терапию, тесно связано с аллергизирующим действием антипсихотиков (в частности, фенотиазинов) и продуктов их распада, выделяемых через легкие, на слизистую оболочку дыхательных путей. Это приводит к возникновению у части таких пациентов хронического обструктивного бронхита аллергической природы с последующим формированием клинико-морфологической картины ХОБЛ.

В последнее время наблюдается тенденция, хотя статистически несущественная, к некоторому росту частоты развития опухолей у больных шизофренией (12,4% против 6,9% в 1998-2007 гг.). В подавляющем большинстве случаев злокачественные новообразования наблюдались у пациентов старше 45 лет. Соотношение мужчин и женщин – 7 : 3. Половину наблюдений составляют опухоли органов дыхания.

Есть все основания полагать, что в канцерогенезе при раке легких у больных шизофренией немаловажную роль также играет побочное действие нейролептических препаратов и продуктов их распада, выделяющихся в виде паров через легкие. Другими словами, нейролептики обладают определенным канцерогенным действием на органы дыхания в связи с особенностями метаболизма и выведения из организма.

Среди причин смерти при шизофрении за период исследования по сравнению с предшествующим десятилетием отмечен выраженный (на 13,8%) и статистически значимый рост частоты сердечно-сосудистой патологии, представленной четырьмя группами заболеваний: 1) острый инфаркт миокарда (ОИМ); 2) хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС); 3) нейролептическая кардиомиопатия (НКМП); 4) острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Наиболее существенная динамика показателей отмечена в отношении ХИБС и НКМП. Так, частота ХИБС демонстрирует статистически значимое снижение – с 30,1% до 18,5%. На первый план в структуре летальной кардиальной патологии в изученном контингенте пациентов выступает НКМП, обусловленная побочным кардиотоксическим действием антипсихотических препаратов. Это ятрогенное заболевание зарегистрировано более чем у половины (56,3%) больных шизофренией, умерших от болезней органов кровообращения, и в ⅓ (33,3%) всех аутопсий при шизофрении. В предыдущие 10 лет величина последнего показателя составила 6,5%.

Из прочих причин смерти больных шизофренией заслуживает особого внимания злокачественный нейролептический синдром (ЗНС), осложнивший течение шизофрении при ее антипсихотической терапии в 7,4% всех летальных исходов.

Выводы. Результаты исследования причин естественной смерти больных шизофренией на притяжении последних 5 лет выявили определенные сдвиги изучаемых показателей по сравнению с предыдущими годами.

Наиболее существенными выглядят изменения в группе сердечно-сосудистых заболеваний – выраженное общее повышение уровня данной патологии как причины смерти при шизофрении, а также заметные сдвиги в ее внутригрупповой структуре (снижение частоты ХИБС при одновременном резком нарастании частоты НКМП).

Разнообразные побочные эффекты нейролептических препаратов, проявляющиеся в ходе длительного психофармакологического лечения шизофрении, серьезно влияют на механизм смерти (танатогенез) и вызывают изменения структуры смертности (танатоморфоз) при данном заболевании.

ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Гатин Ф.Ф., Волгина Ф.М.

Казань
КГМА

Шизофрения, как хроническое заболевание, проявляется обострениями с последующими госпитализациями, сменяющиеся полными или частичными ремиссиями. Рецидивы приводят к хронизации состояния со снижением социального функционирования, экономическим затратам, которые обременяют пациента и его семью. Больные шизофренией регоспитализируются чаще, чем пациенты с другими психическими расстройствами. До 15% больных повторно госпитализируются в первые 6 месяцев после выписки и более 50% спустя год. Каждая регоспитализация является неудачей лечебно-реабилитационных мероприятий, и влечет за собой немалые экономические затраты. С целью – сравнения влияния социально-гигиенических, медико-биологических и других факторов на возникновение шизофрении нами было проведено исследование. Объектом исследования послужили 2552 историй болезни пациентов, лечившихся в Республиканской клинической психиатрической больнице им. акад. В.М.Бехтерева в 2010 году с диагнозом «Шизофрения«.

Для статистической обработки был использован пакет прикладных программ SPSS v.13.0. При анализе данных использовали вычисление коэффициента $\chi 2$ – критерия Пирсона, а так же дисперсионный анализ.

Разнообразные социально-экономические, производственные, бытовые условия жизни могут оказывать существенное влияние на течение, характер клинических проявлений, частоту обострений и качество жизни больных шизофренией. Была изучена иерархия и сила влияния этих факторов при шизофрении.

Согласно полученным нами результатам, среди лиц, страдающих шизофренией, высшее образование имеют 6,21±0,112%, среднее образование – 59,1±2,321% и ниже среднего – 25±1,271%. Лишь у 11,0±0,221% больных были хорошие жилищные условия, у 89,0±2,321% – их можно было характеризовать как неудовлетворительные и плохие. Материальный доход выше прожиточного минимума выявлен только у 4,1±0,127% пациентов, а ниже прожиточного минимума – у 68,1±1,270%. Подавляющее большинство больных шизофренией (91,3±0,121%) имели группу инвалидности и лишь 8,7% пациентов были заняты в различных сферах деятельности (рабочие – 3%, служащие – 1,4%, учащиеся – 1,2%, пенсионеры – 3,1%). При этом у 68,8±0,972% работающих больных условия труда оказались неудовлетворительными. В 60,4±1,271% наблюдений пациенты проживали совместно с родственниками, в 32,4±1,211% – одни и только 7,2±0,251% – в собственных семьях. 72,3±0,791% обследованных употребляли алкоголь, а 62,8±0,821% регулярно курили. Анализ показал, что фактор проживания больного шизофренией в одиночестве достоверно связан с фактором наличия доходов ниже прожиточного минимума ($\chi 2$= 8,45, P<0,01), а также с фактором образования ($\chi 2$= 9,641, P<0,05). Очевидно, что представленный самому себе больной находится в более тяжелом положении, чем проживающий в собственной семье, либо с другими родственниками. Низкий материальный доход больного тесно связан с началом заболевания в возрасте более пятнадцати лет ($\chi 2$= 10,24, P<0,05), Последний фактор составил связь с жилищными условиями больного ($\chi 2$= 6,07, P<0,05). Фактор курения у больных шизофренией связан с низким подушевым доходом ($\chi 2$= 6,5, P<0,05), и жилищными условиями ($\chi 2$= 10,758, P<0,05) и низким подушевым доходом ($\chi 2$= 12,85, P<0,01),,656, P<0,01) и низким подушевым доходом (r=0,717,P<0,001). Фактор неблагоприятных условий труда связан с низким образовательным уровнем ($\chi 2$= 4,08, P<0,01) низким подушевым доходом ($\chi 2$= 6,5, P<0,05),) и наличием стрессовых ситуаций в семье и на работе (низким материальным доходом ($\chi 2$= 10,56, P<0,05). Исследование показало, что 66,3±0,127% больных, страдающих шизофренией, имели хронические соматические заболевания

Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство изученных медико-социальных факторов оказывают существенное влияние на формирование и течение шизофрении. Однако сила их влияния колеблется в довольно широком диапазоне. Исходя из этого, существует потребность в определении силы и иерархии влияния медико-социальных факторов на клинические проявления и течение шизофрении. Среди социально-гигиенических факторов к таковым относятся наличие стрессовых ситуаций, вредных привычек, а также низкий образовательный уровень. В отношении фактора «стрессовые ситуации» можно сказать, что не являясь причиной возникновения эндогенного по своей природе заболевания, стресс может оказывать декомпенсирующее, триггерное, патопластическое и патокинетическое воздействия. Наличие вредных привычек (алкоголизация, употребление наркотиков) провоцирует обострения шизофренической симптоматики, ухудшает возможности терапии и реабилитации больных. Что же касается низкого образовательного уровня, то этот фактор является в большей степени следствием неблагоприятного течения шизофрении. Вместе с тем, низкий образовательный уровень больных препятствует реадаптации пациента, затрудняет терапевтические возможности врачей. В группе медико-биологических факторов риска ведущее положение занимает психопатологическая отягощенность наследственности. Несмотря на то, что шизофрения не относится к собственно наследственным заболеваниям, роль генетических факторов в ее развитии считается установленной. Вторым по значимости фактором является возраст начала заболевания. Чем в более раннем возрасте оно возникло, тем тяжелее его течение и хуже прогноз. Далее следуют соматические заболевания, в частности, сердечно-сосудистые и заболевания пищеварительной системы. Следующим аспектом изучения явилось определение суммарного влияния медико-социальных факторов при шизофрении. Установлено, что сила суммарного влияния медико-биологических факторов на течение шизофрении (52,8%) более чем в 2 раза превышает силу влияния социально-гигиенических факторов (25,6%). Это представляется вполне естественным с учетом эндогенной природы данного заболевания. Вместе с тем, наши возможности по устранению (снижению силы воздействия) неблагоприятных медико-биологических факторов являются на сегодняшний день достаточно ограниченными. Исходя из этого, на первый план в системе медико-социальной профилактики шизофрении выступают социально-гигиенические мероприятия, где возможность позитивных воздействий более реальны. Определение иерархии медико-социальных факторов при постоянном мониторинге основных психических расстройств позволяет более целесообразно и своевременно организовать профилактику этих факторов на уровне проведения медико-социальной помощи больным шизофренией в психоневрологических диспансерах. Результативность проводимых мероприятий будет значительно выше в рамках семейной медицины и в специализированных ЛПУ.

О ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНИЦИАЛЬНОГО ПЕРИОДА ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОТИПИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Дереча В.А., Суслов С.В.

Оренбург
Оренбургский ГМУ

Общеизвестно, что перед развитием типично шизофренического манифестного периода нередко отмечаются инициальные состояния, представляющие проблему как в плане

их распознавания и терапии, так и в плане их категоризации и классификации. С одной стороны, требуется как можно раннее лечение шизофренического дегенеративного процесса, которое более эффективно, если начинается еще до наступления психоза, а с другой, – нуждаются в уточнении диагностические критерии и клинические формы допсихотического периода шизофрении – особенно при пролонгированных его вариантах.

Клиника этой болезни у конкретного больного в целом зависит от соотношения генетических, психологических, социальных, физических и культуральных воздействующих факторов. Однако во всех случаях шизофрении фундаментально поражается личность больного, утрачивается ее индивидуальность, неповторимость и адаптивная целенаправленность. Поэтому изучение именно личностных изменений является актуальной задачей в исследовании инициального периода шизофрении.

Нами клинико-психопатологически и клинико-динамически обследованы 120 больных (64 мужчин и 56 женщин) в возрасте от 18 до 45 лет, у которых выявлено шизотипическое расстройство с наличием не менее 4-х признаков из 9-ти диагностических критериев по МКБ-10 (рубрика F21). Продолжительность шизотипических проявлений составляла не менее 2-х лет. У 80 больных после четких расстройств допсихотического регистра наблюдался первый психотипический эпизод с дальнейшими личностными изменениями. У других 40 больных психотические расстройства не возникали и у них изменения личности оставались и исследовались в рамках шизотипического расстройства.

В обеих группах больных личностные отклонения выявлялись с позиций клинико-функционального подхода к их оценке – по специальному перечню признаков, составленному, главным образом, на основе известных психопатологических глоссариев и психометрических методик. Отличительной особенностью использованных клинических характеристик личностных отклонений была группировка их по блокам личностного функционирования. В частности, анализировались психопатологические проявления изменений в самосознании личности; отклонения в ее когнитивном функционировании; изменения со стороны характера и поведения; потребностно-мотивационные изменения; отклонения в жизненных смыслах и направленностях, в психомоторной сфере, в адаптации и уровнях социального функционирования. Оценивались также преморбидные особенности личности изученных пациентов. Полученные данные анализировались с использованием математических подходов.

Проведенная работа показала, что из общего числа использованных параметров личностных изменений (86 наименований) по 27 признакам достоверно отсутствуют различия между названными группами больных. Сходство в наибольшей мере касается блока патохарактерологических изменений личности, отклонений в смысложизненных ориентациях, особенностей психомоторной сферы, наличия преморбидных расстройств личности. В то же время по 42 признакам найдены существенные различия между 1-й и 2-й группами больных. В наибольшей мере различия обнаружены в блоках когнитивного функционирования личности, в самосознании, в показателях адаптации личности и в уровнях ее социального функционирования. По остальным 17 параметрам личностных изменений не установлено достоверного сходства или достоверного различия между изученными группами больных.

Таким образом, сочетание клинико-психопатологического, клинико-динамического и клинико-функционального подходов в изучении личностных изменений в рамках шизотипических расстройств позволяет выявить признаки, прогностически неблагоприятные в плане развития первого психотического эпизода шизофрении. Это важно для решения задач превентивного лечения психоза, а также для дальнейших научных исследований по вопросам дифференцированной диагностики шизофрении и расстройств шизофренического спектра.

ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО В КЛИНИКЕ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Дорина И.В., Панкова О.Ф., Чумак М.А.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Проблема шизотипического расстройства в мировой и отечественной психиатрии является одной из наиболее сложных и дискутабельных в литературе последнего десятилетия (Смулевич А.Б., 2012, Parnas J. et.al., 2005, Gustavsson A. et.al., 2011, и др.). Это касается как места шизотипического расстройства в американской и международной классификациях, относящих данный вид психической патологии соответственно в группу расстройств личности и в группу расстройств шизофренического спектра, так и вопросов дифференциальной диагностики, прогноза и реабилитации данной категории больных.

С целью изучения распространенности шизотипического расстройства (F21), включая псевдоневротическую и псевдопсихопатическую шизофрению, которые относятся к данной рубрике в соответствии с принятой в нашей стране версией МКБ-10, нами были проанализированы отчеты за 2012 г. всех психоневрологических диспансеров г.Москвы, поступившие для обработки в Информационно-аналитический центр, функционирующий на базе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой). Обработка данных производилась в программе СУБД «Медкарта», предназначенной для автоматизации ведения учетной формы № 030-1/у-02 «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью« и учетной формы № 066-1/у-02 «Карта статистического учета выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара«. Расчет доверительных интервалов осуществлялся с помощью распределения Гаусса.

Полученные результаты. Общее количество учтенных больных психической патологией составило 171430 чел. Из них 13% (22284 чел.) дети и подростки, 87% (149146 чел.) – взрослые. От общего количества учтенных больных психической патологией среди взрослых, больные шизотипическим расстройством (F21) составили 9670 чел. (6,5%+/-0,1%) и (17,6%+/-0,2%) от всех больных с расстройствами шизофренического спектра (F2) (54844 чел), что не противоречит литературным данным о показателях распространенности малопрогредиентной шизофрении (Психиатрия.Руководство для врачей под ред. А.С.Тиганова, 2012). Гендерное распределение взрослых больных шизотипическим расстройством: мужской пол – 57% +/-1%, женский пол – 43%+/-1%.

Несколько отличаются показатели у детей и подростков. Из 22284 детей и подростков с психическими расстройствами диагноз из группы расстройств шизофренического спектра (F20-F29) имели 751 чел (3,4%+/-0,3%), а диагноз шизотипического расстройства имели лишь 278 больных (1,3%+/-0,2%). При этом шизотипическое расстройство занимало гораздо больший удельный вес, по сравнению со взрослыми больными, среди расстройств шизофренического спектра 37%,+/-3,5% (у взрослых – 17,6%+/-0,2%).

Возрастные отличия имели место и в распространенности отдельных клинических вариантов шизотипического расстройства. У взрослых больных наиболее часто встречались псевдоневротическая (46%+/-1%) и псевдопсихопатическая (29%+/-1%) формы шизофрении. У детей и подростков в более половине случаев (65%+/-6%) был выставлен диагноз шизотипического личностного расстройства (F21.8), в то время как диагноз псевдоневротической шизофрении выставлялся лишь в 12%+/-4% наблюдений, а псевдопсихопатической шизофрении – в 18%+/-4,5%.

Помимо распространенности, не менее значимой проблемой в изучении шизотипических расстройств являются качество жизни и социальная адаптация больных, включая трудоспособность. Этим вопросам посвящено в последние годы огромное количество публикаций как в России, так и за рубежом (Любов Е.Б. с соавт., 2012, Gustavsson A. et.al., 2011, Insel T. et.al., 2009). Данные, касающиеся течения и прогноза шизотипических расстройств неоднозначны. Если ранее (Попова А.Н., Шмаонова Л.М.,1969, Жариков Н.М., 1977) отмечалось, что около 80% больных вялотекущей шизофренией имеют благоприятный прогноз в плане социальной адаптации, то данные последних лет более пессимистичны. В качестве объективных показателей социальной адаптации больных нами были изучены: инвалидизация, трудовая занятость, семейное положение, уровень образования, условия проживания. Анализ соответствующих показателей свидетельствует, что инвалидизация у больных шизотипическим расстройством наступила в 4649 чел. (48%+/-1%) наблюдений. Подавляющее большинство больных (86%+/-1%) имели вторую группу инвалидности.

Неблагоприятным является положение с трудовой занятостью больных: не учится и не работает 76%+/-1%, учится – 8,6%+/-0,5%, работает – 15,5%+/-0,7%, у 5,6%+/-0,5% – умственный труд без снижения квалификации, у 0,6%+/-0,2% – умственный труд со снижением квалификации, 17,7%+/-0,8% – находились на иждивении у отдельных лиц. В качестве источников средств существования, помимо социального пособия по инвалидности (42%+/-1%), у 6,2%+/-0,5% больных был физический труд, 5,6%+/-0,5% больных являлись служащими. Среди других средств существования были: пенсия по возрасту – 8,7%+/-0,6%, стипендия – 1,1%+/-0,2%, другие виды гособеспечения – 1,5%+/-0,3%.

Невысоким является уровень образования больных. Среди взрослого контингента около половины больных имели среднее или незаконченное среднее образование. Высшее образование имели лишь 7,2%+/-0,5% больных, незаконченное высшее – 2,7%+/-0,3%, среднее профессиональное –11,8%+/-0,7%, начальное профессиональное – 2,2%+/-0,3%. 47 (0,5%+/-0,2%) больных обучались в школе для умственно отсталых.

Семейное положение больных также является неудовлетворительным. Состоят в браке лишь 10,8%+/- 0,6% больных, 49%+/-1% больных никогда не состояли в браке, 4,5%+/-0,4% – разведены. При этом в семье проживают 55%+/-1% больных, одинокими являются – 3,6%+/-0,4% больных. Данные о 3971 больном (41%+/-1%) в анализируемой медицинской документации отсутствовали.

Выводы.

1. Проведенное исследование показало, что диагноз шизотипического расстройства у больных психической патологией в условиях такого мегаполиса как Москва является клинической реальностью. Показатели распространенности расстройств, верифицированных как шизотипические, близки к показателям ранее диагностировавшейся вялотекущей шизофрении.

2. Диагноз шизотипического расстройства у детей и подростков среди всех учтенных больных встречался гораздо реже – 1,3%+/-0,2%. Однако представленность шизотипического расстройства в структуре расстройств шизофренического спектра существенно выше: 37%+/-3,5%, что свидетельствует о предпочтительности данного диагноза в детско-подростковом возрасте, когда характер имеющейся психопатологии и дальнейшая динамика заболевания еще недостаточно ясны.

3. Существенное различие в распространенности отдельных форм шизотипического расстройства во взрослом и детско-подростковом возрастах с большой долей вероятности можно объяснить незрелостью личности и психики в целом, полиморфностью и рудиментарностью имеющихся расстройств, их динамичностью, что не позволяет с убедительностью верифицировать клинические варианты имеющихся расстройств. Именно диагноз шизотипическое личностное расстройство является наиболее адекватным, учитывая его критерии в соответствии с МКБ-10. Неврозоподобные проявления в детском возрасте гораздо чаще рассматриваются в рамках адаптационных, тревожных и обсессивно-компульсивного расстройств. Психопатоподобные нарушения преимущественно относятся в группу расстройств эмоций и поведения с началом, приходящимся на детский и подростковый возраст (F90-F98).

4. Проведенный анализ основных показателей социальной адаптации больных шизотипическим расстройством не дает оснований говорить об их социальном и экономическом благополучии. Выявленные показатели по существу не отличаются от таковых при шизофрении с относительно невысоким темпом прогредиентности. Разработка ранних критериев клинико-социального прогноза шизотипических расстройств представляет значительный научно-практический интерес, ибо она важна для адекватного решения широкого круга клинических, гуманитарных и социально-экономических задач.

ДОМАНИФЕСТНЫЙ ЭТАП ЮНОШЕСКИХ ЭНДОГЕННЫХ ПРИСТУПООБРАЗНЫХ ПСИХОЗОВ И ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ИХ МАНИФЕСТАЦИИ

Каледа В.Г., Омельченко М.А., Сергеева О.Е., Голимбет В.Е., Румянцев А.О.

Москва
НЦПЗ

Изучение особенностей доманифестных состояний является одной из центральных проблем современной клинической психиатрии, так как, с одной стороны, согласно данным ряда исследователей, именно на ранних этапах заболевания формируются основные закономерности его течения (Cornblatt B. et al., 2005; Kahn R., 2007), а с другой показано (McGorry P. et al., 2002), что раннее вмешательство на продромальном этапе оказывает благоприятное влияние на исход. Предпринимаются попытки проспективного выявления клинических и биологических маркеров шизофрении (Keshavan M. et al., 2005; Carpenter W. et.al, 2014) и ретроспективного установления их корреляций с психопатологической симптоматикой уже манифестировавшего заболевания (Каледа В.Г. с соавт., 2012; Cuesta M. et.al., 2002). Таким образом, важность изучения доманифестного периода юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП) определяется необходимостью разработки критериев ультравысокого риска по развитию шизофрении и аргументированной тактики ведения таких больных.

Цель исследования. Выявление факторов риска манифестации ЮЭПП у больных юношеского возраста с непсихическими психическими расстройствами и обоснование необходимости назначения им превентивной психофармакотерапии.

Материал и методы. В рамках настоящего исследования было изучено две группы больных юношеского возраста (16-25 лет) мужского пола: ретроспективная – 120 больных, поступивших в ФГБНУ НЦПЗ с 2008 по 2011 год с манифестным психотическим приступом (F20, F25 по МКБ-10) и проспективная – 32 больных с непсихотическими формами психических расстройств (по МКБ-10: F32.1, F32.2, F34.0, F34.1, F61.x и F21. x), впервые госпитализированных в клинику в период с 2009 по 2011 гг и обследованных повторно в 2014-2015 гг, у которых на этапе первичной госпитализации были выявлены психопатологические симптомы, соответствующие критериям ультравысокого риска по манифестации шизофрении (Омельченко М.А. с соавт., 2014). Применялись психопатологический, клинико-катамнестический, молекулярно-генетический и статистический методы.

Результаты. В процессе проведенного ретроспективного исследования больных ЮЭПП, установлена присущая им высокая гетерогенность доманифестного этапа, характеризующаяся неоднородностью конституционально-личностных типов с преобладанием различных аномалий личностной структуры. У большинства пациентов (82,5%) отмечался достаточно продолжительный клинически очерченный инициальный этап с преобладанием аффективных (35,4%) и негативных (23,2%) расстройств, а также постепенное снижение уровня преморбидного функционирования по мере приближения к манифестации заболевания. Было установлено, что анализируемые параметры доманифестного этапа в наибольшей степени коррелируют со степенью выраженности личностных аномалий, в связи с чем все больные были разделены на три группы: с акцентуированными личностными чертами (1 гр.), с психопатией или расстройством личности (2 гр.), с псевдопсихопатией (3 гр.) Для подтверждения валидности представленной типологии было проведено молекулярно-генетическое исследование генов рецептора серотонина 5-HTR2A, переносчика серотонина и мозгового нейротрофического фактора. Установлено, что у больных 2 и 3 гр. выявлена тенденция к высокому сочетанию комбинированных вариантов генотипов LL с аллелем Met (генотипы Met/Met и Met/Val) полиморфизма Val66Met гена мозгового нейротрофического фактора, что характерно для больных шизофренией (Голимбет В.Е. и др., 2007; Malhotra A. et al., 1998; Dubertret C. et al., 2005). Частота генотипа CC полиморфизма T102C рецептора серотонина 5-HTR2A, свидетельствующая о неблагоприятном течении эндогенного процесса (Голимбет В.Е., Каледа В.Г.и др., 2007; Williams J. et al., 1997; Abdolmaleky H. et al., 2004), достоверно выше в 2 и 3 гр.

Вторая, проспективная, часть исследования была предпринята с целью тщательного психопатологического анализа больных с расстройством личности и псевдопсихопатией (2 и 3 гр.) для выявления у них клинических маркеров ЮЭПП. Установлено, что наибольшим значением обладали симптомы так называемого субпсихотического уровня, которые при всем своем полиморфизме, нестойкости и отрывочности отчетливо демонстрировали различные этиопатогенетические механизмы развития. На основании этого выделены четыре типа психопатологических симптомов. К I типу по механизму развития острого чувственного бреда (5 больных – 15,6% случаев) относились психопатологические феномены, характеризующиеся внезапностью, возникновением по типу «озарения», напоминающему процесс «кристаллизации» бреда. Имели место отдельные явления символического значения с магическим мышлением. В рамках таких состояний встречались отдельные обманы восприятия. Симптомы II типа по механизму развития интерпретативного бреда (13 больных – 40,6% случаев) были представлены неперсекуторными идеями отношения с последующим нередким формированием соответствующего поведения. К этому типу относились кратковременные ипохондрические идеи, а также отдельные симптомы внешнего контроля и элементов воздействия. Симптоматика III типа по механизму острой кататонической дезорганизации (5 больных – 15,6% случаев) была представлена явлениями внезапных импульсивных нарушений поведения без какой-либо идеаторной разработки их причин. Особенностью возникновения таких симптомокомплексов была внешняя провокация психоактивными веществами. К этому типу относились и внезапные, импульсивные эпизоды немотивированной агрессии и самоповреждающего поведения без сопутствующих отчетливых аффективных расстройств. В рамках IV типа по механизму патогномоничных для шизофренического спектра расстройств мышления (9 больных – 28,2% случаев) развивались различные когнитивные нарушения, которые были представлены дезорганизацией процессов мышления и речи и включали в себя феномены обрыва, наплыва мыслей, их путаницы, возникновение неожиданных ассоциаций, кратковременные затруднения в экспрессии и восприятии речи.

При оценке динамики психопатологической симптоматики и определении исходов на пятилетний катамнез установлено, что психопатологические феномены I типа на фоне проведения психофармакотерапии редуцируются довольно быстро и не склонны к последующей персистенции. Учитывая благоприятный 5-тилетний исход таких состояний можно сделать предположение, что наличие этой симптоматики как фактора ультравысокого риска требует назначения только курсового купирующего лечения. Проведение длительной противорецидивной терапии представляется необоснованным. Наличие в структуре неманифестного психического расстройства II типа психопатологических симптомов, является наиболее опасным по развитию психотического приступа даже, несмотря на проведение длительной адекватной профилактической психофармакотерапии. Исход на пятилетний катамнез определялся как неблагоприятный. У одного больного разился манифестный психотический приступ ЮЭПП. Такие пациенты входят в группу ультравысокого риска и требуют проведения динамического наблюдения с обязательным назначением поддерживающего лечения. Симптоматика III и IV типов может считаться критерием ультравысокого риска лишь в момент ее экзацербации. Проведение длительной противорецидивной терапии больных не дало однозначного результата. Учитывая в целом относительно благоприятный исход состояний можно предположить, что оптимальной терапевтической тактикой будет наблюдение этих больных с решением вопроса о назначении психофармакотерапии в каждом конкретном случае и проведении психотерапевтических мероприятий для улучшения показателей социально-трудовой адаптации пациентов.

Выводы. Таким образом, суммируя результаты проведенных исследований, можно сделать заключение, что к факторам риска манифестации ЮЭПП относятся расстройства личности и псевдопсихопатии (шизотипическое расстройство), генетические аномалии, наследственная отягощенность со стороны ближайших родственников, а также наличие субпсихотическими расстройствами, особенно II типа по механизму развития интерпретативного бреда.

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Катан Е.А., Бунин Д.В.

Оренбург
Оренбургский ГМУ

Растущее внимание к нейробиологическим основам расстройств шизофренического спектра, представление о нейрокогнитивном дефиците у больных шизофренией как причины невозможности нормальной повседневной жизни и успешного преодоления жизненных трудностей и психологических нагрузок, делает актуальным исследование сферы характера больных с расстройствами шизофренического спектра с позиций представления о указанной психической функции как индивидуального стиля поведения личности, закрепленного конституциональными биологическими свойствами психических процессов, продуктивностью и адаптивностью работы ресурсов (внимания, памяти, мышления, эмоций, воли).

Цель работы: сравнение патохарактерологических свойств личности у больных шизофренией и шизотипическим расстройством.

Материалы и методы. Обследовано 42 больных, из них 21 больных шизофренией(F20) и 21 больных шизотипическим расстройством(F21). Средний возраст больных 35+5 лет, мужчины 42 (100%).

Основными критериями включения были: соответствие диагностическим критериям рубрик МКБ- 10 – параноид-

ная шизофрения (F 20), диагностическим критериям рубрик МКБ- 10 – шизотипическое расстройство личности (F 21).

Критерии исключения: возраст больных моложе 20 года и старше 50 лет с целью исключения возрастных патопластических влияний на проявления болезни, доминирование в клинической картине эмоциональной сглаженности, неадекватности, кататонических симптомов или разорванности речи, т.е. конечных, исходных состояний; заболевания, в которых бред и галлюцинации сочетались одновременно с настолько же выраженными депрессивными или маниакальными симптомами, т.е. шизоаффективный психоз.

Использованы методы: клинико-психопатологический, клинико -патопсихологический, экспериментально – психологический. Проведена интегративная оценка негативных изменений у изученных больных по А.В. Снежневскому (Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., Хохлова Т. В., 1984), изучены характерологические радикалы согласно глоссарию психопатологических синдромов и состояний для унифицированной клинической оценки, составлены многофакторные профили личности согласно СМИЛ в модификации Собчик Л.Н.

Результаты и обсуждение. Исходя из приведенной градации личностного снижения больных шизофренией по А.В. Снежневскому, все негативные расстройства (Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., Хохлова Т. В., 1984) были сведены к 4 уровням: легким (фиксируемые только самим больным или его ближайшим окружением и выражающиеся в основном в заострении преморбидных черт характера при полной сохранности всех социальных функций 49% наблюдений, средней тяжести (все типы аутизации, чудаковатости, странности, непрактичности, эмоционального обеднения) -21%, тяжелым (объединяющие случаи резкого падения жизненной продуктивности и утраты энергетического потенциала, регресса склада личности) – 30%. и крайне тяжелым (состояния близкие к исходным)-0 (в соответствии с критериями исключения).

При изучении сферы патохарактерологических изменений больных шизофренией личностные расстройства разделились на два преимущественных радикала – характерные и нехарактерные для шизофрении, отмечалась так же их коморбидность по шизоидному типу – 53%, параноическому – 50%, эксплозивному – 32%, сензитивному – 24%, эмоционально-лабильному – 32%, гебоидному – 9%, импульсивному – 7%, тревожному – 9%, гистрионному – 3%, ананкастному – 27%, экспансивность с расторможенностью влечений – 3%, диссоциальное поведение – 16%.

В группе больных шизотипическим расстройством отчетливых личностных изменений, приводящих к деформации или нивелировке преморбидных личностных свойств выявлено не было. Изменения укладывались в рамки индивидуальности поведения больных (так же отмечалось сочетание): необычные убеждения и поведение, не соответствующие нормам данной субкультуры – 34%; поведение или внешний вид – чудаковатые, странные, эксцентричные -48%; неадекватный или сдержанный аффект -53%; плохой контакт с другими с тенденцией к социальной отгороженности 56%; подозрительность, сензитивные идеи отношения или параноидные идеи42%; навязчивые размышления без внутреннего сопротивления32%; необычное содержание мышление 28%; необычные феномены ощущений и восприятий, включая телесные иллюзии, деперсонализацию и дереализацию – 18%; чрезмерная тревожность и социальное беспокойство, не уменьшающиеся с приобретением более дружественных отношений, основанные скорее на параноидных страхах, чем на негативной самооценке 27%.

При проведении стандартного многопрофильного исследования личности с помощью опросника СМИЛ (Собчик Л.Н.), были получены идентичные профили личности для больных шизофренией и для больных шизотипическим расстройством личности (расхождения выраженности признаков в шкалах не более 7Т).

Пиковые шкалы:

Шкала психопатии (Pd) – Высокие показатели по четвертой шкале выявляют возбудимый тип акцентуации характера, что служит признаком нарастающей социальной дезадаптации.

Шкала маскулинности – феминности (Mf) обнаруживает отклонение от типичного для данного пола ролевого поведения и усложнение сексуальной межличностной адаптации, пассивность личностной позиции, гуманистическую направленность интересов, сентиментальность, утонченность вкуса, потребность в дружелюбных гармоничных отношениях, чувствительность, ранимость.

Шкала паранойи (Pa) показывает неподвластность какой-либо коррекции стиля жизни, своевольность, непредсказуемость, склонность к периодическим конфликтам с близким окружением и официальными кругами.

Шкала гипомании (Ma) определяет легкость в принятии решений, беспечность поведения, снисходительное отношение к своим промахам и недостаткам, то есть это те черты характера, которые свойственны юношескому возрасту, но воспринимаемые как инфантилизм для взрослого человека.

Шкала достоверности: Высокие показатели более 70Т отражают значительный уровень эмоциональной напряженности.

Утопленные шкалы:

Шкала ипохондрии (HS) –низкие показатели определяют, для исследованных пациентов, не характерны высокая требовательность к себе и другим в плане соответствия моральным критериям социума. Характерными чертами таких индивидов являются скупость эмоциональных проявлений, осторожность, осмотрительность.

Шкала депрессии (D) –. Для данного типа свойственны следующие особенности: пессимистическая оценка своих перспектив, склонность к раздумьям, инертность в принятии решений, аналитический склад ума, скептицизм и самокритичность, неуверенность в своих возможностях.

Шкала социальной интроверсии (Si) –низкие показатели отражают инертность в принятии решений, скрытность, избирательность в контактах, стремление к избеганию конфликтов ценой значительного сужения сферы межличностных контактов, что свойственно акцентуации по типу интровертированной личности. В ситуации стресса у таких людей могут наблюдаться заторможенность, уход от контактов, бегство от проблем в одиночестве.

Выводы. Пациенты с шизофренией и шизотипическим расстройством имеют сходные патохарактерологические особенности личности: импульсивное, плохо контролируемое поведение, социальная дезадаптация, пассивность личностной позиции, гуманистическую направленность интересов, сентиментальность, утонченность вкуса, художественно – эстетическую ориентацию, ранимость, это иррациональная личность, отличающаяся инфантилизмом, аффективной насыщенностью переживаний, склонность к паранойяльным реакциям, склонность к гипертимному типу личности.

ДИНАМИКА ПРОДУКТИВНОЙ И НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Козлов Я.С.

Оренбург
Оренбургский ГМУ

Цель работы. Определение динамики основных психопатологических синдромов у пациентов с первым эпизодом болезни в процессе стационарного лечения в отделении первого психотического эпизода (ОППЭ) и в общепсихиатрической сети.

Материал и методы. В исследование было включено 113 впервые обратившихся за психиатрической помощью больных шизофренией. Критериями включения пациентов в исследование являлись: диагноз шизофрения или расстройство шизофренического спектра на основании критериев класса F2 (МКБ 10), возраст от 18 до 45 лет. Критериями исключения были: длительность заболевания более 5 лет; злокачественное течение шизофрении; наличие соматоневрологической патологии, сопровождающейся выраженным нарушением функций пораженной системы; сопутствующая алкогольная и/или наркотическая зависимость.

Пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 79 больных, проходивших стационарное лечение в ОППЭ. Контрольную группу составили 34 пациента, проходивших стационарное лечение в общепсихиатрических отделениях (ОО). Основная и контрольная группы на момент госпитализации не имели значимых различий по полу, возрасту, форме заболевания, длительности нелеченного психоза и сумме баллов по PANSS.

Основным методом обследования пациентов был клинико-психопатологический (в том числе клинико-анамнестический), включавшем сбор объективных и субъективных анамнестических сведений, целенаправленный опрос с целью выявления основных симптомов болезни, а также динамическое наблюдение. Для объективизации и возможности сравнительной оценки степени выраженности психопатологической симптоматики использовалась Шкала позитивных и негативных расстройств PANSS (Kay S.R. et al., 1987; Мосолов С.Н., 2001).

Больные были обследованы при поступлении (стартовое обследование) и при выписке из стационара.

Данные полученные в результате исследования анализировались с применением методов непараметрической статистики. Для определения различий между группами использовался непараметрический критерий Манна-Уитни, точный критерий Фишера, для оценки внутригрупповой динамики применялся критерий Вилкоксона с установленным уровнем значимости $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных преобладала параноидная форма шизофрении, которая наблюдалась у 59 пациентов первой группы и у 22 контрольной. На втором месте были больные с шизоаффективным психозом – 15 и 8 человек соответственно, у оставшихся была диагностирована кататоническая форма заболевания. Средний возраст начала болезни составил 27,4±8,15 лет. Продолжительность нелеченного психоза достигла 6,5±10,76 месяцев. Продолжительность первой госпитализации в ОППЭ и ОО значимо не отличалось (55,8±15,34 и 57,7±15,72 дней, включая период лечения на режиме дневного стационара). В качестве основного антипсихотика в ОППЭ в ОППЭ применялись исключительно препараты последнего поколения, в то время как в ОО в 6% случаев был назначен галоперидол. Среди препаратов, рекомендованных для поддерживающей терапии после выписки лидировал клозапин (27,8% в ОППЭ и 47,0% в ОО, $p<0,05$), на втором месте был рисперидон (24% и 24% соответственно), на третьем – кветиапин (15% и 9% соответственно).

На момент госпитализации суммарный балл по шкале PANSS в среднем составлял 105,4±26,91 без значимых различий между группами ($p>0,05$). К моменту выписки из стационара суммарная оценка PANSS снизилась в среднем на 36,5 баллов. Отмечалось достоверное преимущество ($p=0,04$) пациентов первой группы по суммарному балу (67,0±15,71 против 73,1±15,05), хотя значимой разницы по подшкалам не выявлялось.

Выводы. Стационарное лечение пациентов с первым психотическим эпизодом в ОППЭ и ОО является достаточно эффективным и значимо не различается в степени купирования психопродуктивных и негативных расстройств. К моменту выписки у больных, лечившихся в ОППЭ наблюдается большая редукция суммарного балла по шкале PANSS.

К ПРОБЛЕМЕ «МЯГКОЙ КАТАТОНИИ» ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Колюцкая Е.В., Горшкова И.В.

Москва
НЦПЗ

Положение кататонии в современных систематиках является предметом дискуссии, обусловленной значительным числом исследований, показавших, что кататонический симпомокомплекс, диагностировавшийся ранее строго в пределах шизофрении, возможно, представляет собой самостоятельное расстройство. Данная позиция нашла свое отражение в последней редакции DSM (DSM-V), но до настоящего времени не является общепризнанной. И если концепция кататонии в целом окончательно не определена, то синдромально незавершенные формы кататонии («мягкая» кататония в терминологии K. Kahlbaum) можно уверенно рассматривать в рамках шизотипического расстройства. Проведенные ранее исследования показали, что проявления мягкой кататонии нередко выступают в тесной связи с неврозоподобными проявлениями, в частности с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР). Структура коморбидных соотношений обсессивно-компульсивных и кататонических симптомокомплексов неоднородна, и включает как минимум два клинических типа: расстройства, дебютирующие обсессивно-компульсивной симптоматикой и расстройства, дебютирующие явлениями мягкой кататонии. В рамках состояний первого типа кататонические феномены выступают в качестве вторичных по отношению к ОКР психопатологических образований. Кататоническая симптоматика формируется в пределах обсессивно-компульсивного симтомокомплекса и тесно связана с динамикой навязчивостей. Видоизменение обсессивно-компульсивных проявлений осуществляется за счет включения в структуру ритуалов (идеаторных и двигательных) отдельных кататонических проявлений (ступорозные состояния, блокировка, двигательные стереотипии). Обратные зависимости обнаружены при состояниях второго типа. Синдромально незавершенные кататонические расстройства (без тенденции к развитию и утяжелению) формируются в качестве инициального проявления эндогенного процесса. Данные феномены сосуществуют с расстройствами невротического регистра, обнаруживая тропность к ОКР с доминированием двигательных расстройств (компульсий и ритуалов). Резюмируя выявленные типологические различия можно сделать вывод о том, что речь идет о полярной структуре коморбидности. Формирование коморбидных расстройств первого типа реализуется расширением обсессивно-компульсивного синдрома за счет присоединения кататонических феноменов с образованием общих симптомов. Коморбидные расстройства второго типа, напротив, характеризуется автономным сосуществованием обсессивно-компульсивных и кататонических (мягкая кататония) расстройств в условиях относительной низкой активности эндогенного процесса.

К ВОПРОСУ О ВАРИАНТАХ ШИЗОФРЕНИИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НЕГАТИВНОЙ И ПРОДУКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

Краснов А.А.

Санкт-Петербург
ВМедА им. С.М. Кирова

Цель исследования: используя положения гипотезы о вариантах шизофрении с преимущественно негативной и продуктивной симптоматикой, изучить феноменологические, личностные, когнитивные особенности доболезненного периода эндогенных психических расстройств (ЭПР) и сопоставить их с клиническими особенностями манифестации этих заболеваний.

Методы: анамнестический, батарея тестов КР – 3-85, тест СМИЛ шкала интегральной оценки качества функционирования «GAFS»,

Результаты. В процессе многолетнего (1986-2012 гг.) изучения психического здоровья учащихся военных учебных заведений (ВВУЗ) (средний возраст 21,5±1,5 лет) выделена группа курсантов, с эндогенными психическими расстройствами (ЭПР) в том числе: F 20 (n =46), F 21 (n =30), F 23 (n =13), F 25 (n =15) – всего 104 человека. Контрольную группу (КГ) составили психически здоровые на протяжении всего обучения учащиеся (n=239). Изучены анамнестические сведения, архивные данные профессионального психологического отбора военнослужащих при поступлении в ВВУЗ (оценку когнитивных процессов батареей тестов КР – 3-85, и структуры личности тестом СМИЛ), которые были сопоставлены с особенностями манифеста ЭПР (формы ЭПР, выраженности приступа по шкале интегральной оценки качества функционирования «GAFS»).

В дальнейшем военнослужащие с ЭПР были разделены на две группы: 1- лица, с отсутствием в анамнезе проявлений предболезненных нарушений или особенностей развития (благополучный анамнез) – 43 человека (41, 2%); 2 – лица с выявленными в анамнезе предболезненными психическими расстройствами, или нарушениями развития (неблагополучный анамнез) – 64 человека (58,8%). Неблагополучный анамнез включал наследственную отягощенность (8,4%), осложнения родов (1,9%), нарушения постнатального развития (1,9%), гипертермические судороги (0,9%), высокую инфекционную заболеваемость в детстве (9,3%), склонность к необычным играм, увлечениям и поступкам (2,8%), обсессии (2,8%), высокую возбудимость (4,7%), мелочную педантичность (1,9%), неловкость и угловатость движений (2,8%), безинициативность (5,6%), трудности адаптации в образовательных учреждениях (7,5%).

Усредненный профиль личности учащихся 1 группы по шкалам СМИЛ был близок к профилю КГ. Во 2 группе отмечено статистически значимое повышение показателей по шкалам D (депрессия) (t=2,88; p=0,008), Si (социальная изоляция) (t=2,1; p=0,046) с наибольшим различием по шкале Sc (шизоидность) (t=3,99; p=0,00009). При анализе когнитивных показателей учащихся статистически значимых различий между показателями 1 и 2 групп выявить не удалось, однако выявлено статистически значимое снижение когнитивных показателей эффективности выполнения теста на сложные аналогии (t=3.18; p=0.0118); продуктивности выполнения теста на зрительную память (t=2.09; p=0.038); эффективности выполнения теста на установления закономерностей (t=3.18; p=0.0018); интегральной эффективности выполнения всего теста (t=3.18; p=0.0018) учащимися в доболезненный период ЭПР в сравнении с КГ.

Общая доля расстройств с началом в виде острого приступа, таких как: острое полиморфное психотическое расстройство, шизоаффективное расстройство, у пациентов 1 группы составила 51,2%, что имело статистически значимое различие ($\chi2$=17,2; p<0,001) со структурой аналогичных расстройств 2 группы. Во 2 группе значительную долю составили непрерывно-прогредиентные и приступообразно-прогредиентные варианты параноидной и простой шизофрении – 56,2% ($\chi2$=21,7; p<0,001). Приблизительно с равной частотой в обеих группах были представлены варианты шизотипического расстройства.

У лиц 1 группы в среднем психические нарушения в стадии манифеста ЭПР были более выражены, чем у пациентов с наличием в преморбидный период предболезненных нарушений, о чем свидетельствовали более низкие показатели по шкале «GAFS» (27,5±2.3 балла в 1 группе; 37,8±3.1 баллов во 2 группе) (t=2.29; p=0.03).

Полученные данные свидетельствовали о взаимосвязи вариантов течения доболезненного периода с особенностями манифеста ЭПР у обследованных учащихся. Вместе с тем, отмечались случаи, не укладывавшиеся в картину дихотомического распределения: «благополучный/неблагополучный преморбидный период – преимущественно острый продуктивный/вялотекущий негативный вариант манифестации ЭПР». Их доля составила 13,1% всех наблюдений.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

Кузин Ю.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования. Ключевым предиктором социального функционирования, определяющим исходы шизофрении, уже длительное время считается когнитивный дефицит (Savla G.N. и соавт., 2013). К. К сожалению, до сих пор не удалось выявить четких критериев, которые бы позволяли прогнозировать динамику состояния больного в период восстановления после перенесенного психоза. Несмотря на это, есть достаточно оснований отводить ведущую роль социальной познавательной способности («social cognition») как «посреднику», адаптирующему нейрокогнитивные паттерны для взаимодействия с социально значимой информацией (Green M.F. и соавт., 2011). Социальная познавательная способность – крайне обширное понятие, объединяющее по разным данным до пяти различных доменов (Green M.F. и соавт., 2008). Наиболее успешно из них изучаются (Lavoie M.-A. и соавт., 2013) эмоциональная перцепция, разновидность социальной перцепции, включающая также, по некоторым данным (Mayer J.D., Salovey P., 1997), восприятие, оценку и выражение эмоций, и внутренняя модель сознания другого (ВМСД или «Theory of Mind»), способность выявлять психические состояния (убеждения, намерения, желания) окружающих людей. Однако, несмотря на дифференцированный подход к изучению социальных познавательных паттернов, исследуемые группы пациентов с расстройствами шизофренического спектра остаются гетерогенными по нозологической структуре. Этим, возможно, объясняются многие трудности в выявлении ключевых звеньев когнитивного дефицита. В ходе настоящей работы была сделана попытка дифференцированного подхода к диагностике социального когнитивного дефицита у больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством.

Материал и методы. Группа испытуемых включала 58 амбулаторных пациентов. У 33 пациентов (57%) диагностировано шизоаффективное расстройство (первая группа), 25 пациентов (43%) страдали параноидной шизофренией с эпизодическим и непрерывным типом течения (вторая группа). Пациенты находились в состоянии терапевтической ремиссии или на этапе ее становления. Диагноз устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10. Возраст испытуемых от 18 до 58 лет (средний возраст 33±10,9 лет).

Мужчин обследовано 31 человек (53%), женщин – 27 человек (47%). 11 пациентов (19%) проживали одни, 47 пациентов (81%) жили вместе с родственниками. Уровень образования: 33 пациента (57%) – высшее, 3 пациента (5%) – незаконченное высшее, 10 пациентов (17%) – среднее профессиональное, 10 пациентов (17%) – среднее, 2 пациента (3%) – неполное среднее.

18 человек (31%) на момент исследования не имели постоянного места работы, 17 человек (29%) были нетрудоспособны в связи с психическим заболеванием, 14 человек (24%) выполняли квалифицированную работу в соответствии с уровнем полученного образования; 6 человека (11%) учились, 1 человек (2%) занимался низкоквалифицированным трудом, оставшиеся 2 пациента (3%) имели пенсионное обеспечение в связи с соматическим заболеванием или по возрасту.

Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test ver. 2.0, адаптированная русская версия (MSCEIT), шкалы «A» и «E» (восприятие, оценка и выражение эмоций), содержащие визуальный материал. Интерпретация результатов основана на консенсусном методе.

"Faux Pas Test" (FPT) содержит 20 коротких рассказов. По их содержанию испытуемым задают вопросы на распознавание неуместного поведения и понимание ментального состояния другого. Кроме этого предлагаются контрольные вопросы для проверки понимания испытуемым описанной в рассказе ситуации.

"Reading the Mind in the Eyes", русифицированная версия для взрослых (RME). Методика содержит набор фотографий глаз людей. Испытуемому необходимо выбрать одно из 4 предложенных слов-описаний чувств или мыслей человека, изображенного на фотографии. Также допускается собственный вариант ответа.

Для оценки психопатологических симптомов использовалась "Positive and Negative Syndrome Scale" (PANSS) на основании полуструктурированного клинического интервью и других источников информации. Выраженность сопутствующей депрессивной симптоматики оценивалась дополнительно по "Calgary depression shizophrenia scale" (CDS).

Уровень профессионального и социального функционирования оценивался с помощью «Personal and Social Performance scale» (PSP).

Полученные данные анализировались с помощью U-теста Манна-Уитни и метода Спирмена (Программа «Statistica 10.0 for Windows»).

Результаты и их обсуждение. Группы статистически значимо не различались между собой по возрасту, полу, семейному положению, хотя количество нетрудоспособных в связи с психическим заболеванием больных параноидной шизофренией было значимо больше (p=0,034).

Тяжесть психопатологических расстройств в целом была выше во 2 группе (p=0,049), отличия наблюдались по шкалам продуктивной (p=0,009) и негативной (p=0,02) симптоматики. Уровень социального функционирования (шкала PSP) в этой группе был значимо ниже (Mann-Whitney U-test; Z=3,5; p<0,001) По выраженности депрессии (CDS) группы значимо между собой не различались.

Результаты восприятия, оценки и выражения эмоций MSCEIT и теста RME не выявили значимых межгрупповых различий, хотя и коррелировали между собой (Spearman, 0,30 при p<0,05). В то время как «Faux Pas Test» больные шизофренией выполняли значимо хуже (U-test; Z=2,9; p=0,004). При этом количество ошибок в контрольных вопросах у первой и второй группы значимо не отличалось.

Были найдены значимые обратные корреляции шкал негативной, позитивной и общепатологической симптоматики PANSS с показателями PSP при p<0,05. Вместе с тем статистически значимой корреляции PSP с социальными познавательными способностями (FPT, RME, MSCEIT) найти не удалось.

Выводы. Указанные особенности социальной познавательной способности у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в целом согласуются как с данными о когнитивном дефиците при расстройствах шизофренического спектра, широко публикуемыми в зарубежных работах (Lavoie M.-A. и соавт., 2013), так и с данными отечественных исследователей об определенной самостоятельности шизоаффективного расстройства и необходимости его дифференциальной диагностики (Пантелеева Г.П., 2008). Эмоциональная перцепция и аффективный компонент ВМСД, исследуемый методикой RME, связаны не только между собой, как было подтверждено данным исследованием, но и с повышенным риском развития психоза. Это позволяет рассматривать недостаточность социальной перцепции как сквозное расстройство, свойственное заболеваниям шизофренического спектра, как вид психопатологического диатеза. В свою очередь, собственно когнитивный домен ВМСД, изучаемый преимущественно методикой FPT, обнаруживает значимые различия в обеих группах и позволяет думать о более выраженном когнитивном дефиците у больных шизофренией по сравнению с шизоаффективным расстройством, по крайней мере, в период ремиссии. Нарушения мышления в статусе больного шизофренией, очевидно, обусловливают специфическую динамику заболевания с развитием апато-абулической симптоматики нередко наряду с сохраняющимся резидуальным бредом. А также формируют специфический когнитивный дефицит, проявляющийся не столько общей дезорганизацией мышления (в обеих группах пациентов в общем сохраняется способность к осмыслению социальной ситуации), сколько развитием атаксии в сфере тонкой эмоциональной нюансировки и понимания контекста. Отсутствие данных о связи социального функционирования с ВМСД не дает повода однозначно утверждать независимость этих феноменов друг от друга. Общее снижение социальной активности, оцениваемое шкалой PSP, не позволяет детально оценить механизмы дезадаптации, тем более в тех случаях, когда она проявляется неравномерно. Очевидно, этот вопрос требует дальнейшего изучения.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НА ОСНОВАНИИ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Курмышев М.В.

Москва
ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ

Актуальность. В настоящее время одной из актуальных проблем в оказании психиатрической помощи является снижение риска повторных госпитализаций в психиатрический стационар.

Пациенты, у которых регоспитализации являются частыми (ежегодными) или сверхчастыми (две и более в течение года), формируют группу для которых специализированная помощь оказывается малоэффективной. Каждая регоспитализация является шагом назад в лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Для снижения риска повторных госпитализаций необходима оптимизация психофармакотерапии, дифференцированная разработка активных форм психосоциальной реабилитации с учетом клинико-эпидемиологических и социально-демографических особенностей.

Цели и задачи. Целью настоящего исследования являлось проведение анализа социально-демографического статуса пациентов страдающих шизофренией, с выявлением различных факторов риска, способствующих повторной госпитализации в стационар, а так же возможности улучшения качества медицинской помощи.

Материалы и методы. Проводился анализ всех амбулаторных медицинских карт пациентов, страдающих шизофренией, находящихся под наблюдением Филиала № 4 ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского (ПНД № 15) и госпитализированных в круглосуточный стационар в течении 2013 года. Анализировались следующие критерии: пол, семейное положение, состав семьи, наличие группы инвалидности и длительность стойкой нетрудоспособности, длительность заболевания, длительность госпитализации, наблюдение пациента участковым психиатром, соблюдение лечебного режима, характер поддерживающей психофармакотерапии, наличие дополнительных провоцирующих факторов.

Результаты. По результатам исследования выявлено 214 пациентов (124 мужчины и 90 женщины), страдающих шизофренией и госпитализированных в течении 2013 года в ПКБ № 3. Из них инвалиды по психическому заболеванию составили 184 пациента – 86%, причем большую часть (152 пациента или 71%) – инвалиды 2 группы. Инвалиды 3 группы – 20 человек или 9,5%, и инвалиды 1 группы – 12 человек или 5,5% от общего числа пациентов. 30 человек не имели группу инвалидности – 14% пациентов. Средний возраст пациентов составил 44 года +-2 года. Средняя длительность заболевания 14 лет 10 месяцев. Средний срок установления группы инвалидности – 8 лет 2 месяца.

Проведя более прецизионный анализ по ряду критериев выявлены 2 группы пациентов, состояние которых требовало госпитализации.

Первая группа – это пациенты регулярно получающие поддерживающую терапию, но, тем не менее, поступившие в стационар в связи с обострением психического состояния. Эта группа составила 47 человек – 22% больных. Пациенты этой группы не имели тенденцию к повторным поступлениям, и при продолжении приема поддерживающей терапии, после выписки из стационара, количество госпитализаций в этой группе составило не более 1-2 раз за предыдущие 36 месяцев.

Вторая, более многочисленная группа, составляла 167 человек – 78% от общего числа обследованных. Пациенты этой группы имели склонность к отказу от поддерживающей терапии в различные сроки после выписки из стационара и имели тенденцию к регулярным повторным госпитализациям (3 и более раз за прошедшие 36 месяцев).

Внутри второй группы были выделены 2 подгруппы пациентов:

1. Пациенты, отказывавшиеся от терапии по личным установкам без каких-либо сопутствующих значимых причин – 118 человек или 55% пациентов.

2.Пациенты, отказывавшиеся от терапии в связи с употреблением алкоголя и ПАВ – таких 49 человек или 23%.

Вторая подгруппа не очень многочисленная, 49 человек, у которых обострение психического состояния связано с отказом от терапии в сочетании с приемом психоактивных веществ, как правило, алкоголя. Именно пациенты этой группы чаще всего имели склонность к повторным госпитализациям, особенно в короткие сроки после предыдущей выписки из стационара. А среднее количество госпитализаций в этой группе составляет более 5,5 за прошедшие 3 года. В отдельных случаях достигая 10 и более раз. Среди них 36 человек – мужчины, 13 – женщины. Средний возраст в этой группе составил 36,5 лет. Это самая молодая группа. Только 10% пациентов из этой группы состояли в браке. 67,5% из этой группы никогда не состояли в браке, и 22,5% были разведены, то есть были лишены еще одной возможности социальной поддержки.

Особое внимание обращает на себя самая многочисленная группа (118 человек) из отказывающихся от приема поддерживающей терапии без сопутствующих значимых причин. Изучив социально-демографические показатели этих пациентов, мы выяснили, что 66 человек из них или 56% это мужчины и 52 женщины или 44%. Средний возраст составил 40 лет и 10 мес. 19 человек из них или 16% состоят в браке. Разведенных 44 человека или 37%.Большая часть – 55 человек или 47% из данной группы никогда не состояли в браке. 19 человек или 16% проживает в семье совместно с супругом или супругой. 33 человека или 28% проживает совместно с родителями. Совместно с детьми проживает 14 человек или 11,85%. 21 человек или 17,8% проживает совместно с другими родственниками. То есть практически около 75% пациентов проживает совместно с семьей. Проживают отдельно от родственников 29 человек или 24,6%. Одиноких 2 человека или 1,75%.

Хотелось бы отметить, что препараты пролонгированного действия назначались лишь в 28% от общего числа. Причем в группе с употреблением ПАВ и алкоголя этот процент еще меньше и едва достигает 18%. Что говорит о недостаточности внимания к таким пациентам как со стороны психиатрической службы, так и со стороны родных.

Обсуждение. Добиться положительного эффекта у пациентов с отказом от терапии можно максимально усилив контроль и внимание со стороны участковой службы, коррекцией поддерживающей терапии, а также направлением пациентов в Дневные стационары и Отделения интенсивного оказания психиатрической помощи; дифференцированной разработкой активных форм психосоциальной помощи с учетом клинико-эпидемиологических и социально-демографических особенностей пациентов, проводя психосоциальную работу с пациентами, а также усиливая заинтересованность членов семьи к предотвращению состояний предшествующих госпитализации в стационар и обращением за врачебной помощью в короткие сроки от начала обострения.

Необходимым условием реабилитации пациентов должен являться принцип партнерства больного и врача. Должна выработаться крепкая связка врач-пациент основанная в первую очередь на доверии друг к другу.

Такой комплексный подход должен способствовать уменьшению количества регоспитализаций и улучшению качества оказания психиатрической помощи на всех ее этапах.

Выводы.

1. На основании полученных данных можно сделать вывод, что у 78% пациентов, страдающих шизофренией и поступающих в стационар имеет место отказ от поддерживающей терапии. Это говорит о крайней важности регулярного приема поддерживающей терапии, о необходимости постоянного наблюдения в динамике за такими больными на каждом этапе оказания психиатрической помощи, о проведения дополнительной работы с пациентами и их родственниками, направленной на поддержание регулярного приема поддерживающей терапии.

2. Необходимо проведение работы с пациентами, направленной на психосоциальную реабилитацию, ведение образовательных программ с пациентами и их родственниками о том как надо воспринимать болезнь, об адаптации пациента в семье и окружающей среде, разъяснении сущности заболевания, как пациенту, так и его окружению. Так, причинами способствующими повторным госпитализациям, часто бывают отсутствие четкого выполнения предписаний врача, критики к болезни и поддержки ближайшего окружения. Нередко госпитализации приобретают социальный характер и бывают связаны с бедственным материальным положением больных, одиночеством пациентов в семье и отсутствием понимания со стороны родных.

3. Необходимо широкое использование пролонгированных форм препаратов у пациентов высоким риском повторных госпитализаций, что поможет снизить частоту поступлений в стационар и повысит качество оказываемой психиатрической помощи.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ

Малиночка С.А., Дейч Р.В.

Москва
РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Цель исследования: изучение сравнительно-возрастных особенностей патологических хобби у больных с расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы: обследовано 43 больных от 4 до 16 лет, проходивших курс стационарного лечения в

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков» им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы, а также 31 пациент от 18 до 65 лет, госпитализированные в ГБУЗ «Психиатрической клинической больнице № 1 им. Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения г. Москвы. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический, анамнестический, экспериментально-психологический и клинико-статистический методы. В детско-подростковой группе были разработаны следующие признаки патологичности увлечений- доминирование, низкая продуктивность, их социально-дезадаптирующее влияние, коморбидные связи с другими психическими расстройствами. Взрослые аномальные хобби помимо вышеперечисленного характеризовались возможностью психопатологической квалификации, недостаточностью критики, необычностью, несоответствием предшествующему жизненному опыту, хронологическим совпадением начала патологических хобби с дебютом расстройств шизофренического спектра, склонностью к прогрессирующей динамике (усиление, расширение увлечений с появлением новых хобби, их сменой, видоизменение клинической структуры в виде трансформации сверхценных образований в паранойяльные). В зависимости от возраста дебюта аномальные увлечения отличались рядом особенностей, что позволило выделить 3 возрастные группы пациентов: дошкольного (3-6 лет), младшего школьного и подросткового (7-15 лет) и зрелого возраста (18-65 лет).

Результаты и их обсуждение: в группе дошкольников (17,6% наблюдений) происходило минимальное накопление информации о предмете хобби, попытки его осмысления, клинические проявления носили отчетливо инфантильный характер. Была типична аутохтонность дебюта аномальных интересов. По содержанию они были отнесены к конструированию (увлечения радиоэлектроникой, бытовой техникой, транспортом или отдельными техническими приспособлениями), анималистическим (увлечения животными и растениями), интеллектуально-познавательным (направленные на самообразование, накопление информации в какой-либо узкой области знаний) или творческим (рисование, изготовление поделок и т.д.). В зависимости от клинической картины и степени выраженности трех облигатных составляющих (аффективной, идеаторной, влеченческой) были выделены доминирующие или сверхценные аномальные интересы. Доминирующие увлечения (69,2% дошкольников) характеризовались преобладанием идеаторного и влеченческого компонентов, в то время как для сверхценных хобби (30,8%) была типична выраженность идеаторной и аффективной составляющих. Преобладал стационарный вариант динамики болезненных интересов, при слабой представленности прогрессирующего и регрессирующего вариантов. Если для доминирующих аномальных интересов было типично умеренно дезадаптирующее социальное влияние, то в случаях со сверхценными хобби уже отмечалась значительная социальная дезадаптация. В младшем школьном и подростковом возрасте (40,5% наблюдений) аномальные увлечения приобретали уже очерченный характер с формированием более разнообразных и зрелых форм реализации. Одинаково часто отмечалось как аутохтонное возникновение патологических увлечений, так и под влиянием внешних, средовых факторов (влияние окружения или воздействие неких особых ситуаций, провоцирующих интерес ребенка к определенной тематике). По содержанию помимо четырех вышеперечисленных групп встречались еще азартные (компьютерные и видеоигры) и культовые (увлечения, связанные с определенной подростковой субкультурой, культовой спортивной командой или популярным исполнителем) аномальные интересы. Клиническая картина больных с доминирующим вариантом патологических увлечений, в целом, соответствовала таковой у детей дошкольного возраста, хобби сверхценного уровня у школьников определяли более грубый характер нарушений поведения, принимающего подчас одиозные и опасные формы. У 20% подростков была отмечена тенденция к прогрессированию патологических хобби с утяжелением регистра поражения до субпсихотического и психотического, что позволило выделить помимо двух вышеописанных вариантов – третий, сверхценно-бредовой. Патологические увлечения младшего школьного и подросткового возраста, как и болезненные хобби у дошкольников, обнаружили различные варианты течения – непрерывный и приступообразный, а также динамики – стационарный и прогрессирующий. Следует отметить, что подростковые патологические интересы, по сравнению с хобби дошкольного возраста, существенно чаще обнаруживали приступообразное течение и имели тенденцию к прогрессированию. В целом, отмечался более грубый и стойкий характер социальной дезадаптации пациентов данной группы. В то время как у детей и подростков на первое место среди условий формирования болезненных интересов выступали биологические факторы (органически неполноценная «почва», соматическая ослабленность), а дебют аномальных хобби носил преимущественно аутохтонный характер, в зрелом возрасте (41,9% наблюдений) больший удельный вес приобретали средовые, психосоциальные влияния (воздействие социального окружения (25,8%), психотравмирующих ситуаций (22,6%), полученного образования и профессиональных интересов (9,7%)). Было выделено 6 групп взрослых аномальных увлечений по содержанию: художественное творчество, научно-интеллектуальные, собирательство и коллекционирование, азартные, спортивно-оздоровительные и «духовное» развитие и самосовершенствование, из которых лишь две группы были сопоставимы по содержанию с детско-подростковыми: научно-интеллектуальные и творческие. Азартные патологические хобби у взрослых и подростков, несмотря на общность названия, значительно отличались по своему содержанию (вместо подростковых компьютерных и видеоигр взрослые отдавали предпочтение «гэмблингу», пиротехническим опытам). Слабая представленность в детско-подростковом возрасте коллекционирования и собирательства, была предположительно связана с материальными и социальными ограничениями, накладываемыми возрастом больных. Отсутствие у детей и подростков болезненных хобби, связанных с оздоровлением и самосовершенствованием, было, по-видимому, обусловлено общей личностной незрелостью, инфантильным характером наклонностей. В зависимости от психопатологического образования, лежащего в основе зрелых аномальных хобби было выделено три клинических варианта: обсессивно-компульсивный, сверхценный и паранойяльный. Последние два варианта встречались и в детско-подростковой группе. Значительно реже у взрослых отмечался стационарный вариант динамики, и, наоборот, чаще – регрессирующий. На фоне отчетливого социально-дезадаптирующего влияния обсессивно-компульсивных и паранойяльных хобби, было отмечено условно адаптирующее воздействие сверхценных интересов.

Выводы: установлены сравнительно-возрастные особенности патологических увлечений. В группе дошкольников аномальные хобби отличались незрелостью, аутохтонностью возникновения, относительно стабильным, непрерывным течением и умеренно дезадаптирующим влиянием. В младшем школьном и подростковом возрасте содержание болезненных интересов носило более очерченный характер, их появление находилось в бульшей зависимости от внешних факторов, с последующим переходом в непрерывное или приступообразное течение и более выраженным дезадаптирующим влиянием. Зрелые патологические увлечения характеризовались максимальным разнообразием содержания, форм реализации, клинических вариантов и типов течения, отмечена существенно большая доля психотических форм аномальных интересов в виде паранойяльных симптомокомплексов, неоднозначное по характеру социальное воздействие.

КОМПЕНСАТОРНЫЕ РЕСУРСЫ И ДИНАМИКА СТОЙКИХ ПЕРВИЧНЫХ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ (КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Морозова М.А., Бурминский Д.С., Рупчев Г.Е.

Москва
НЦПЗ

Проблема психического дефицита при шизофрении, выделение и сопоставление между собой таких категорий как шизофренический дефект, дефицитарный синдром и первичные стойкие негативные нарушения, а также концепция первичных и вторичных негативных расстройств находится в поле зрения исследователей на протяжении многих лет. Остается актуальной и дискуссия о возможности спонтанного и/или терапевтического обратного развития проявлений психического дефицита, в частности в виде динамики стойких первичных негативных расстройств.

Цель исследования: операционализация стойких первичных негативных нарушений (СПНР) при приступообразной шизофрении и исследование их динамики при длительном катамнестическом наблюдении в связи с компенсаторными ресурсами.

Материалы и методы. В исследование было включено 66 пациентов, из них 43 мужчины (65%) и 23 женщины (35%), диагноз шизофрения по МКБ-10 (F 20.xx), приступообразное течение, без признаков резистентности к психофармакотерапии. Давность заболевания должна была быть не менее 3 лет, а длительность наблюдения за пациентом не менее одного года. В исследование включались пациенты, давшие согласие на участие в нем. Оценка больных проводилась только в состоянии ремиссии. Средний возраст – 41,3±10,6 лет, средняя длительность заболевания – 16±8,5 лет, возраст манифестации 23,5±9 лет.

К моменту окончания исследования среднее количество госпитализаций составило 6±6 раз, при этом только одна больная из группы перенесла все обострения амбулаторно и ни разу не госпитализировалась, 22 человека госпитализировались 1-2 раза, остальные 43 человека были госпитализированы 3 и более раз. Средняя длительность ремиссии составила 34±32 месяца. Продолжительность участия в исследовании была следующей: 40 человек (61%) – более 48 месяцев, 11 человек (16%) от 13 месяцев до 24 месяцев, 10 человек (15%) от 25 месяцев до 48 месяцев и 5 человек (8%) – 12 месяцев. Длительность участия в исследовании была от 1 года до 10 лет.

На основании собственного клинического опыта и литературных данных были выделены следующие составляющие СПНР: сужение эмоционального репертуара, обеднение речи, сужение интересов, снижение чувства цели, снижение социального драйва. На базе шкалы глобального клинического впечатления (CGI-S) была разработана система оценочных инструментов: CGI-S-эмоциональный дефицит, CGI-S-обеднение речи, CGI-S-сужение интересов, CGI-S-снижение целенаправленности, CGI-S-дефицит социальной активности, и общая оценка выраженность СПНР как сумма всех пяти показателей отдельных CGI-S. В целом выбранные нарушения соответствовали диагностическим критериям дефицитарного синдрома (Kirkpatrick B.,et al,2000).

В качестве вспомогательных инструментов были использованы шкалы глобальной оценки функционирования (GAF), шкала оценки персонального и социального функционирования (PSP), CGI-S-комплаентность и шкала оценки автономии у больных шизофренией (шкала автономии).

Для изучения компенсаторных ресурсов был разработан перечень видов копинг-активности – деятельности, направленной на удовлетворение потребностей пациента, а также на попытку совладания с обеднением внутренней жизни и/или общего дискомфорта. Был составлен перечень встречающихся в данной группе больных видов деятельности, имеющей признаки копинг-активности: обращение к религии, увлечение психологией (поиск специальной литературой, посещение курсов), альтруистическое поведение (благотворительность), обучение (реальное или попытки), поиск работы (в том числе не приводящий к трудоустройству), поиск виртуальной социальной поддержки (например, участие в социальных сетях), поиск реальной социальной поддержки, участие в реабилитационных мероприятиях разного уровня, занятие спортом, психотерапия (реальное участие или поиск психотерапевта), занятия творчеством (сочинение стихов, рисование, музицирование и др.).

Оценка состояния проводилась дважды – в начале и конце наблюдения.

Результаты. Было обнаружено, что в начале исследования, вне зависимости от глубины дефекта, у всех больных группы выявлялись признаки СПНР. За время наблюдения по группе в целом все признаки, за исключением показателя «сужение интересов», проделали небольшую, но достоверную ($p<0,05$) динамику. Выраженность СПНР коррелировала с показателями функциональных шкал (с GAF $r=-0.71$; с PSP $r=-0.70$, суммарный балл шкалы автономии $r=-0,84$). Динамика СПНР была взаимосвязана с динамикой функциональных шкал ($r>0,50$): уменьшение выраженности СПНР сопровождалось улучшением функционирования пациентов, а также увеличением их способности к автономному существованию. У 68% больных эти признаки за время наблюдения подверглись положительной динамике, у 32% больных динамика обнаружена не была или она была отрицательной. Группы отличались между собой в конце исследования ($p<0.05$), хотя не выявляли отличий в начале.

Компенсаторные ресурсы, представленные различными видами копинг-активности, также обнаруживали взаимосвязь с редукцией суммарного балла СПНР: общий балл копинг-активностей ($r=-0,52$), «поиск реальной социальной поддержки» ($r=-0,44$), «обучение» ($r=-0,38$), «увлечение психологией» ($r=-0,37$) и в наименьшей степени – «психотерапия» ($r=-0,28$).

Анализ групп с «подвижным» и «неподвижным» показателем СПНР и в данном случае выявил определенные различия: в группе с «подвижным» СПНР больные практиковали достоверно большее число видов копинг-активностей и при этом достоверно чаще выбирались те, которые были направлены, как кажется, хотя бы на некоторое улучшение функции символизации и ментализации психических процессов («увлечение психологией» $p=0,004$, «обучение» $p=0,03$), а также на улучшение социального функционирования («поиск реальной социальной поддержки» $p=0,03$, «реабилитационные программы» $p=0,02$).

Заключение/ Вероятно, множество факторов влияют на динамику выраженности стойких негативных расстройств: собственно болезненный процесс, социальная среда, терапевтическое воздействие и др. Однако, в качестве одних из наиболее значимых факторов выступают как прогрессивные, так и регрессивные компенсаторные механизмы, проявляющиеся в копинг-активностях больных. Несмотря на торпидность, выраженность СПНР может подвергаться некоторой редукции в том числе за счет работы компенсаторных механизмов.

Литература.

Kirkpatrick B., Kopelowicz A., Buchanan R.W. Carpenter W.T. Assessing the efficacy of treatments for the deficit syndrome of schizophrenia // Neuropsychopharmacology. – 2000. – Vol. 22. – № 3. – P. 303-310.

НОВАЯ ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ СПОСОБНОСТИ К АВТОНОМНОМУ СУЩЕСТВОВАНИЮ (ШКАЛА АВТОНОМИИ) У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Морозова М.А., Рупчев Г.Е.

Москва
НЦПЗ

В настоящий момент в связи со смещением научного интереса от исследования психоза в сторону изучения состояний больных вне обострения (исследования психопатологии и качества ремиссий, социального функционирования и качества жизни больных) требуются новые чувствительные методы. Традиционные психометрические инструменты (PANSS, NSA-16, CGI) в оценке стабильного состояния могут терять чувствительность к изменениям и возникает эффект «плато». В этом контексте все большее значение приобретает использование шкал и опросников для оценки функционирования и качества жизни больных (шкала глобального функционирования (GAF), шкала личного и социального функционирования (PSP), опросники на качества жизни (EQ-5D, SQLS). Хотя эти шкалы измеряют разные аспекты жизни больного, в каждой из них есть компоненты (уровень физической активности, уход за собой, объем повседневной деятельности, социальные навыки), которые косвенно измеряют способность больных к независимому функционированию – поддержанию автономии. Представляется продуктивным рассматривать феномен автономии в психиатрии как отдельный объект исследования при изучении статуса и динамики состояния больных шизофренией. В частности необходимо учитывать изменение этого аспекта функционирования пациента при оценке эффективности лекарственных средств и реабилитационных программ.

Цель. Разработка и валидизация новой шкалы для оценки способности больных к автономному существованию у больных шизофренией (Шкала Автономии).

Материалы и методы. В отличие от известных психометрических шкал, оценивающих степень дисфункции, шкала автономии ориентирована на оценку функции, т.е. на способности больного выполнять те или иные задачи для обеспечения независимого существования. Шкала направлена на оценку автономии амбулаторных и госпитальных больных различной степени тяжести, включая самую тяжелую.

Шкала состоит из 5 пунктов и суммарного балла

Пункт 1. Активность

Оценка основывается на наблюдении персонала или опекающего лица, а также самоотчете больного. Больной предъявляет жалобы на усталость, быструю утомляемость от физической и психической нагрузки, трудности начать заниматься какой-либо деятельностью (например, выполнять поручения персонала), проявление признаков астении в поведении, пациент при увеличении времени интервью дает реакции отказа и\ или нарастания основной симптоматики. В целом соотносится с различными проявлениями редукции психической активности и продуктивности – РЭП. Максимальная оценка – активность достаточна для выполнения повседневных дел и изредка для развлечений вне дома.

2. Интенциональное поведение. Степень социальной направленности коммуникации.

Активных жалоб может не предъявляться, тогда квалификация пункта основывается на наблюдении персонала или опекающего лица. Возможны жалобы на сложности в реализации бытовых желаний, в планировании повседневной деятельности. Максимальная оценка – декларируемые больным желания и цели становятся адекватными ресурсам больного и текущей ситуации.

3. Спектр взаимодействий. Круг социальных взаимодействий.

Наличие и количество контактов пациента с другими больными, мед.персоналом, наличие знакомых, друзей. Максимальная оценка – появление сообщений об общении вне обычного круга (семья, родственники).

4. Содержание беседы с врачом (медицинская конвенциональность)

Информативность и степень соответствия содержания беседы рамке психиатрического обследования. Максимальная оценка – появление в разговоре материала, касающегося психологических проблем, а также констатация связи болезненных симптомов с психологическим состоянием.

5. Автономия.

Способность пациента к стабильному поддержанию уровня функционирования в нескольких областях, достаточного для самостоятельного существования: в сфере лечения (комплаентность), социальное функционирования (оплат счетов, использование необходимых объектов – телефона, транспорта), самообслуживание (приготовление, прием пищи, гигиена, посещение магазина, работа по дому, уборка). Максимальная оценка – больной способен существовать автономно, несмотря на болезнь.

Каждый пункт оценивается по 4-балльной системе, которые определяют четыре уровня функционирования: 1- плохо, 2- удовлетворительно, 3 – хорошо, 4 – отлично. Минимальное суммарное значение по шкале – 5 (госпитальный пациент, который полностью обслуживается персоналом), а максимальное – 20 баллов (госпитальный или амбулаторный пациент, поддерживающий культурально адекватный уровень автономии в актуальных условиях).

Для изучения свойств шкалы была сформирована группа пациентов с диагнозом шизофрения по МКБ-10 (F 20.xx по МКБ-10). Всего было включено в исследование 40 пациентов, 13 мужчин и 27 женщин, средний возраст 49,8±9, средняя длительность заболевания 22±8,6 лет. Для психометрической оценки клинической картины использовались следующие шкалы: PANSS, CGI-S, NSA.

Для исследования когнитивного функционирования использовалась шкала «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS). Для исследования социального функционирования в качестве наиболее близких к изучаемому инструментов использовались шкалы GAF и PSP.

Результаты. Исследование внутренней согласованности шкалы.

Анализ внутренней согласованности шкалы показал высокую и значимую согласованность пунктов – критерий Cronbach's alfa – 0,83.

Исследование конструктной валидности.

Анализ конструктной, или конвергентной валидности показал значимые, но невысокие или умеренные корреляции ($p<0.05$) со шкалой: балл по шкале PSP коррелировал со следующими субшкалами « Активность (r=0,49), «Целенаправленность» (r=0,45), «Социальные контакты (r=0,38), «Медицинская конвенциональность» (r=0,42). Балл по шкале GAF коррелировал только с пунктом «Медицинская конвенциональность» (r=0,38)

Исследование дискриминативной валидности.

Были обнаружены корреляции между пунктами шкалы автономии и показателями только негативной подшкалы PANSS: «Активность» (r= – 0.48), «Целенаправленность» (r= -0,33), «Социальные контакты»(r= – 0.36) «Медицинская конвенциональность» (r=0.39), «Автономия» (r=– 0.45), суммарным баллом Шкалы автономии – r=– 0.51, $p<0.05$.

Так же были обнаружены корреляции между пунктами шкалы автономии и показателями когнитивных тестов шкалы BACS ($p<0,05$): «Активность» (r= 0,48), «Целенаправленность» (r= 0,41), «Социальные контакты» (r= 0.50), «Автономия» (r= 0,59), «Суммарный балл»(r=-0,57).

При исследовании адекватности шкалы автономии основным психодиагностическим требованиям оказалось,

что она представляет собой новый, достаточно надежный и чувствительный психометрический инструмент, измеряющий отдельную способность к автономии (самостоятельному поддержанию адекватного существования в условиях хронической болезни), не сводимый ни к качеству жизни, ни к персональному или социальному функционированию.

Шкала показала значимую внутреннюю согласованность, что говорит о том, что все пункты шкалы направлены на измерение одного и того же объекта (признака) исследования, но каждый со своей стороны.

Анализ конструктной валидности показал, что из двух релевантных шкал шкала автономии коррелирует только со шкалой PCP (r=0,55) и статистически значимо не коррелирует с шкалой GAF (r=0,36), что подтверждает гипотезу о том, что категория автономии ожидаемо связана с уровнем общего функционирования в разных областях, но не напрямую определяется ими. Интересно, что уровень автономии не связан с выраженностью позитивных симптомов, что подтверждает клинические наблюдения: пациенты могут быть достаточно самостоятельны и при наличии продуктивных расстройств.

Вывод. Шкала автономии как новый психометрический инструмент соответствует основным психодиагностическим требованиям. Планируется дальнейшие исследования свойств шкалы: тест-ретестовая надежность, согласованность оценки по шкале между различными рейтерами, а также применение шкалы в динамике и для оценки различных групп пациентов.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ О ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ В РФ И МИРЕ

Мучник П.Ю., Снедков Е.В.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Диагностические критерии шизофрении (Ш) и биполярного аффективного расстройства (БАР) в двух современных международных классификациях – DSM-IV и МКБ-10 – отличаются немногим, что позволяет сравнивать распространенность этих заболеваний среди населения разных стран. По данным отчетов управлений здравоохранения, в США на 1000 населения приходится 5,3 больных Ш, БАР – 2,6 (соотношение Ш: БАР=1:0,49) (Kessler R.C., 2005); в Великобритании, соответственно, 7,2 и 4,0 (1:0,56) (McGrath J., 2008); в Новой Зеландии 3,2 и 2,2 (1:0,69) (Siale A., 2006; Kake T.R., 2008); в Израиле 4,2 и 2,4 (1:0,57) (Kodesh A., 2012). На основании эпидемиологических анализов эксперты ВОЗ пришли к выводу, что на каждую тысячу населения планеты приходится 7,0 больных Ш и 4,9 больных БАР (индекс соотношения 1:0,7) (Bruckner T.A., 2011). В России распространенность Ш – 3,5, БАР – 0,09, а их соотношение – 1:0,026 (Демчева Н.К., 2013).

Таким образом, в России относительное число зарегистрированных больных основными эндогенными психозами меньше, чем в развитых странах: больных Ш – в 1,5-2 раза, больных БАР – в 27-45 раз. При этом в случае обращения пациента за помощью в российское психиатрическое учреждение вероятность установления диагноза Ш вместо диагноза БАР в 19-27 раз выше, чем за рубежом.

Уровни выявляемости психически больных различаются между российскими регионами, однако соотношения в регионах больных с зарегистрированными диагнозами Ш и БАР оказались примерно одинаковыми (Митихина И.А., 2013. Ястребов В.С., 2013). Вместе с тем, подходы к дифференцированию Ш и БАР в психиатрических учреждениях одного и того же региона могут существенно отличаться.

Мы сравнили удельный вес больных с диагнозами рубрик МКБ-10 F2 (шизофрения и бредовые расстройства) и F3 (аффективные расстройства) среди всех лечившихся в 2010-2012 гг. в четырех городских психиатрических больницах (ГПБ) Санкт-Петербурга. В ГПБ №1 больные с диагнозами, отнесенными к рубрикам F2, составили 35,4%, к рубрикам F3 – 2,6% (соотношение 1:0,073); в ГПБ №2, соответственно, 35,4% и 4,6% (соотношение 1:0,129); в ГПБ №3 – 39,9% и 1,3% (соотношение 1:0,033); в ГПБ №5 –53,7% и 1,9% (соотношение 1:0,036).

Разумеется, индексы соотношения диагнозов расстройств шизофренического и аффективного спектров, выведенные из показателей распространенности среди населения и из показателей частоты их установления в психиатрических стационарах, несопоставимы. Тем не менее, результаты анализа показывают глубокие различия в диагностических подходах врачей-психиатров больниц, обслуживающих население одного и того же города. В одних стационарах (в нашем анализе – в ГПБ №3 и №5) больные с диагнозами Ш и бредовых психозов составляют от 40 до 55% среди всех лечившихся, тогда как диагностика аффективных психозов в этих же учреждениях – большая редкость (1-2%). В других стационарах (ГПБ №1 и, особенно, ГПБ №2) удельный вес больных с диагнозами Ш и бредовых психозов составляет около одной трети, больных аффективными психозами – 3-5%.

Результаты вышеприведенного анализа можно сравнить с данными отчета о стационарной психиатрической помощи в Шотландии за 2010 год (NHS National Services Scotland, 2010). Удельный вес больных с диагнозами Ш и бредовых расстройств составил там 19,1% среди всех лечившихся; с диагнозами аффективных расстройств – 25,6% (соотношение 1:1,34). Таким образом, диагнозы аффективных расстройств у госпитализированных больных западноевропейские психиатры, в прямую противоположность российским, устанавливают чаще, чем диагнозы расстройств шизофренического спектра. В структуре стационарных психиатрических пациентов последние составляют только одну пятую часть.

В отличие от отечественных форм медицинской отчетности, отчеты европейских и американских национальных управлений здравоохранения содержат информацию не только по группам заболеваний, но и по отдельным диагностическим рубрикам. Среди лечившихся в стационарах той же Шотландии в 2010 г. пациенты с диагнозами Ш составили 13,6%, с диагнозами БАР 7,9% (соотношение 1:0,58). Аналогично соотношение диагнозов Ш и БАР среди пациентов, лечившихся в стационарах Великобритании (1:0,56) (McGrath J., 2008). Таким образом, за рубежом значения индекса соотношения стационарных больных с диагнозами Ш и БАР весьма близки к значениям соотношения данных категорий больных среди населения. Среди всех лечившихся в стационарах по поводу аффективных расстройств пациенты с БАР составили около трети. Это говорит о том, что западные психиатры используют гораздо более гибкий и разнообразный стиль диагностики, нежели российские коллеги, многие из которых, к сожалению, привыкли обходиться весьма ограниченным набором диагностических рубрик.

Распространенность шизофрении и распространенность аффективных расстройств среди населения разных регионов мира существенно не различаются (Bhugra D., 2005; Митихина И.А., 2011; Merikangas K.R., 2011). Нет никаких научных оснований полагать, что заболеваемость эндогенными психозами среди населения России может иметь свою отличительную специфику. Следовательно, речь идет о специфических особенностях подготовки и диагностической практики российских врачей-психиатров. Эти особенности имеют свои исторические предпосылки и текущие субъективные причины. В целом эндогенные психозы диагностируются в России реже, чем в западных странах, а если и диагностируются, то с явным предпочтением диагноза шизофрении диагнозу аффективного расстройства. До 80% российских больных аффективными рас-

стройствами либо не выявляются вовсе, либо ошибочно распределяются по иным диагностическим рубрикам (Мучник П.Ю., Снедков Е.В., 2013; Мосолов С.Н., 2014). Выявленные больные с диагнозом шизофрении вместо аффективного расстройства не получают терапии, предусмотренной соответствующими стандартами. Вместо этого им назначается неоправданно длительный прием нейролептиков. Это негативно сказывается на их психосоциальном функционировании, качестве жизни и долгосрочном прогнозе заболевания.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Актуальность. По оценке Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), с 1981 по 2012 от болезней, связанных с ВИЧ-инфекцией и СПИД умерли более 25 миллионов человек. Распространенность ВИЧ-инфекции среди больных эндогенными психозами чрезвычайно высока. Риск инфицирования среди психотических пациентов в 76 раз выше, чем в населении в целом. Эпидемиологические тенденции указывают, что больные тяжелыми психическими расстройствами являются самой уязвимой частью общества для ВИЧ-инфицирования. Данная категория больных вызывает определенные трудности как для врачей-инфекционистов, не имеющих необходимой подготовки к лечению психических расстройств, так и для врачей психиатрического профиля, испытывающих затруднения при подборе психотропной терапии. Цель исследования: Описание влияния ВИЧ-инфекции на течение и клиническую картину шизофренического процесса. Материалы и методы: Было проведено исследование встречаемости и структуры психических расстройств у ВИЧ-инфицированных в психиатрическом стационаре с 2001 по 2013 годы, комплексное исследование группы ВИЧ-инфицированных больных шизофренией (50 человек-основная группа) в сравнении с больными шизофренией без диагноза ВИЧ-инфекция (50 человек-группа сравнения). Методом «парных сравнений» каждому обследованному больному шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией подбирался в пару больной с диагнозом шизофрения, соответствующий этому больному по возрасту, полу, стадии ВИЧ-инфекции, наличию или отсутствию синдромов зависимости от ПАВ. Все больные находились в стабильном соматическом состоянии, у них отсутствовало грубое снижение когнитивных функций. В последующем анализировались клинико-психопатологические особенности больных шизофренией до ВИЧ-инфицирования, изменение клиники шизофрении в зависимости от стадий ВИЧ-инфекции, а также проводился ретроспективный анализ изменения состояния вследствие ВИЧ-инфицирования. Методы: клинико-психопатологический с дополнительным использованием шкалы оценки депрессии – HAMD-21 (Hamilton Depression Rating Scale (1960)), шкалы оценки тревоги – HAMA (Hamilton Anxiety Rating Scale (1969)), шкалы краткого исследования психического состояния – MMSE (Mini-Mental State Examination – M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. Hugh (1975)); экспериментально-психологический с использованием Краткого общего опросника оценки статуса здоровья – SF-36 («The Medical Outcames Study Short Form 36 Items Health Survey» — J.E. Ware et al. (1992)); анамнестический; статистический. Результаты и их обсуждение: Обнаружилось, что в последнее время ВИЧ-инфекция в психиатрическом стационаре стала регистрироваться значительно чаще. С каждым годом соотношение мужчин к женщинам постепенно уменьшалось, ВИЧ-инфицированных женщин за последние годы стало госпитализироваться значительно больше. Возраст пациентов имел ежегодную тенденцию к увеличению. На первом месте по распространенности психических расстройств среди всей когорты ВИЧ-инфицированных явились алкогольные психозы. Также обращала на себя внимание высокая частота встречаемости шизофрении (14,3%), что указывает на актуальность изучения темы. Практически у всех обследованных больных наблюдались синдромы зависимости от ПАВ, среди которых доминировала опиоидная зависимость. При анализе клинико-психопатологических особенностей ВИЧ-инфицированных больных шизофренией до заражения ВИЧ в качестве характеристики группы риска ВИЧ-инфицирования обнаружилось, что у большинства больных отмечались синдромы зависимости от ПАВ. У большинства больных преобладал психопатоподобный синдром, часто встречались аффективные нарушения (как маниоформные, так и депрессивные), суицидные попытки. Критика к заболеванию отсутствовала, уровень комплайентности был резко снижен. Полученные результаты вычленения группы риска для ВИЧ-инфицирования являются важными для предупреждения поведенческих нарушений у больных шизофренией, которые могут привести их к заражению ВИЧ. При сопоставлении психических нарушений в момент осмотра частота встречаемости астенических расстройств и эксплозивного варианта психоорганического синдрома среди больных основной группы по сравнению с больными группы сравнения оказалась достоверно выше. Когнитивное снижение у больных шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией более выражено, чем у больных шизофренией без ВИЧ-инфекции. В основной группе чаще наблюдался психопатоподобный тип дефекта, в то время как в группе сравнения чаще отмечался апато-абулический дефект. Как у больных основной, так и у больных группы сравнения, уровень критики был значительно снижен. Пациенты формально соглашались с наличием психического и соматического заболевания, без истинного стремления к обследованию, лечению, предупреждению осложнений и т.п. В результате анализа показателей качества жизни (SF-36) обнаружилось значительное снижение влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование у больных основной группы по сравнению с группой сравнения. В результате анализа изменений психического состояния у больных основной группы в зависимости от стадий ВИЧ-инфекции, определились тенденции, отражающие в структуре эндогенного психоза включений экзогенно-органического генеза: учащение астенических расстройств, симптомы, характерные для астенического и эксплозивного вариантов психоорганического синдрома, увеличение интенсивности тревоги, причем тревога скорее носила психогенный характер. Определяющим психотравмирующим фактором для ВИЧ-инфицированных больных шизофренией являлось очевидное ухудшение самочувствия вследствие присоединения вторичных заболеваний. На более тяжелых стадиях болезни у больных появлялась дезадаптирующая тревога, нарастало безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения, утрата прежних интересов, в то же время уменьшалась эгоцентричность, склонность бравировать своей болезнью. Других изменений психического состояния у больных, находящихся на разных стадиях ВИЧ-инфекции, не было. ВИЧ-инфицированные больные шизофренией характеризовались преимущественно психопатоподобным рисунком поведения с резким снижением критики как к психическому, так и соматическому заболеванию. На фоне эндогенного процессуального заболевания развились экзогенно-органические изменения (инфекционного и у большинства больных интоксикационного генеза вследствие сопутствующих синдромов зависимости от ПАВ) с формированием преимущественно эксплозивного варианта

психоорганического синдрома. Аффективные, неврозоподобные нарушения были выражены незначительно. В структуре галлюцинаторных и бредовых переживаний ВИЧ-болезнь не проявлялась. Выводы: Выявилось, что с каждым годом число ВИЧ-инфицированных в психиатрическом стационаре непрерывно растет, в том числе и больных шизофренией. Проблема является остро социальной, поскольку предрасполагающими факторами для ВИЧ-инфицирования являются не столько особенности протекания шизофренического процесса, а наличие психопатоподобного поведения, сопутствующие синдромы зависимости от ПАВ, социальное окружение. При воздействии на клиническую картину шизофрении инфекционного фактора в виде ВИЧ происходят качественные органические изменения структуры психопатологического синдрома. ВИЧ-инфекция не вносила свою долю в патопластику эндогенного процессуального заболевания, изменения не влияли на клинику галлюцинаторных и бредовых переживаний, смягчали развитие апато-абулического дефекта, огрубляли личность больных по органическому типу, формировался психоорганический синдром, причем пациенты не переживали по поводу тяжелого хронического заболевания и лишь немногие наблюдались у врача-инфекциониста. Т.о., проведенное исследование убедительно свидетельствует о влиянии инфекционного фактора ВИЧ на клиническую картину и течение шизофрении, устанавливает необходимость тесного сотрудничества врачей психиатрического и инфекционного профилей как в плане диагностики, так и ведения и терапии ВИЧ-инфицированных пациентов.

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НА УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА И BDNF

Никифорова Ю.С., Мазо Г.Э., Щедрина Л.В.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

С современных позиций депрессию рассматривают как неблагоприятный фактор течения шизофрении. В большей степени это определяется увеличением риска суицида и ухудшением терапевтической чувствительности [Hunt, I.M. 2006]. Но вопрос о влиянии депрессии на прогредиентность шизофренического процесса остается открытым. При изучении этой проблемы актуален современный подход, предполагающий рассмотрение шизофрении и аффективного расстройства с позиции нейродегенерации. С этой точки зрения представляет интерес анализ уровня BDNF, который может выступать в качестве маркера этого процесса. BDNF способствует росту и развитию незрелых нейронов, улучшает выживаемость и функции взрослого нейрона и помогает поддерживать синаптические соединения [Kozisek M.E. 2008]. В экспериментальных исследованиях показана связь BDNF с основными нейротрансмиттерами, задействованными в развитии психической патологии [Spenger C. 1995]. Исследования нейротрофических факторов, в частности BDNF, имели особый интерес и привели к формированию нейротрофической гипотезы депрессии [Duman R., 2004]. В отношении связи уровня BDNF и шизофрении в настоящее время значительно меньше исследований и их результаты более противоречивы. Большая часть исследований ориентирована на изучение связи BDNF с проводимой терапией.

Цель исследования: оценить влияние депрессии на уровень BDNF у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. В исследование включено 25 (мужчин – 13; женщин – 12) стационарных пациентов. Все пациенты соответствовали диагностическим критериям МКБ-10 для шизофрении (F20) и были госпитализированы по поводу обострения психического состояния. В исследование не включали больных, страдающих органическим заболеванием головного мозга (тяжелые травмы, ОНМК в анамнезе и т.д.), а также с тяжелой соматической патологией в стадии обострения. Пациенты обследовались дважды, при поступлении и через 4-6 недель терапии. Обследование носило комплексный характер и включало клинико-психопатологический, лабораторный и психометрический методы. У пациентов с шизофренией для оценки депрессивной симптоматики использовали шкалу депрессии Калгари (CDSS). Уровень BDNF измерялся с помощью тест-системы Rand Dsystems ELISAs (R&D systems, США), основанной на методе твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА). Забор крови для определения уровня кортизола проводился строго в утренние часы. Количественное определение концентрации кортизола в сыворотке пациентов проводили на автоматическом иммунохимическом анализаторе Access-2 (производитель Beckman Coulter, США) с помощью хемилюминисцентного иммунного анализа с использованием парамагнитных частиц.

Результаты исследования. На основании шкалы CDSS были сделаны две выборки – 15 пациентов на момент первого обследования имели депрессивную симптоматику в структуре шизофренического приступа и 10 пациентов без признаков депрессии. Группы были сопоставимы по возрасту (24,87±8,87 лет, и 20,5±3,66 лет, p=0,16). Уровень BDNF у пациентов с депрессивной симптоматикой значимо ниже, чем у пациентов без депрессии (p=0,03). В свою очередь, уровень кортизола у пациентов с депрессией значимо выше (p=0,002).

Выводы. Получены данные о значимом снижении уровня BDNF в сыворотке при присутствие депрессии у больных шизофренией, что свидетельствует о выраженности нейродегенеративных процессов у данной категории пациентов. Это может быть связано с нейротоксическим действием кортизола, который значимо выше у пациентов с депрессией в структуре шизофрении.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АГРЕССИИ МЕТОДОМ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ОПИСАНИЯ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Осмина Е.В., Худякова Ю.Ю.

Ижевск
ГОУ ВПО Ижевская ГМА,
БУЗ и СПЭ УР Республиканская КПБ

Цель исследования: выделение феноменологических признаков агрессии на поведенческом, когнитивном и эмоциональном уровнях реагирования, имеющих дифференциальное значение как в диагностической, так и коррекционно-психотерапевтической практике.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 93 пациента психиатрической клиники, имеющие клинически подтвержденный диагноз «параноидная шизофрения», которые составили 4 экспериментальные группы с учетом двух признаков: пол и продолжительность заболевания (не более пяти лет, более пяти лет). Контрольную группу составили «условно здоровые» участники, которые также были разделены по половому признаку. В качестве метода стандартизированного самоотчета использовался опросник Басса-Перри, русскоязычная версия которого прошла психометрическую верификацию (Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П.,2007). Для статистической обработки результатов использовались показатели описательной статистики (среднее, стандартное отклонение, показатель отклонения от нормативных данных – ПОНД), методы непараметрической статистики (Манна-Уитни, Крускала-Уоллиса), корреляционный анализ.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе женщин отмечается высокая однородность результатов, выраженность поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов агрессии у здоровых женщин имеет одинаковый уровень. Распределение ПОНД имеет ассиметричный характер с очевидным преобладанием результатов ниже нормативных значений. Корреляционный анализ выявил достоверные взаимосвязи между поведенческим и когнитивным, когнитивным и эмоциональным компонентами, достоверных взаимосвязей между поведенческим компонентом и эмоциональным не выявлено. Полученная структура агрессии у здоровых женщин позволяет предположить отсутствие конгруэнтности между их поведением и эмоциональным состоянием: поведение отличается разнообразием, при большей однородности проявлений агрессии в мышлении и эмоциях; разрядка напряжения чаще происходит косвенным образом. Женщины контрольной группы склонны отрицать проявления агрессии в своих мнениях, эмоциональных переживаниях и поведении.

В женской группе с параноидной шизофренией не более пяти лет (ЭГ1) достоверно возрастают значения агрессивных проявлений по когнитивной и поведенческой шкалам, что подтверждается всеми показателями описательной статистики. Проведенный корреляционный анализ свидетельствует о диссоциированной структуре агрессии – поведенческий, когнитивный и эмоциональный компоненты не взаимосвязаны. Наибольшие различия отмечаются в проявлениях агрессии в поведении и в мышлении, эмоциональные проявления агрессии однотипны. Больные характеризуются повышенной враждебностью, проявления которой они и описывают согласно утверждениям стандартизированного опросника.

В женской группе больных с длительностью заболевания более пяти лет (ЭГ2) получен достоверно высокий показатель когнитивного компонента с высокой согласованностью индивидуальных результатов. На втором месте по выраженности – поведенческий компонент агрессии, среднее значение для которого достоверно выше по сравнению с контрольной группой, но не отличаются от такового в ЭГ1. Изменяется характер распределения ПОНД для поведенческой шкалы: если в ЭГ1 оно имеет симметричный характер, то в ЭГ2 возрастает доля ответов превышающих нормативные, что свидетельствует о нарастании поведенческих проявлений агрессии с течением болезни, где предметом агрессивного поведения выступают неодушевленные объекты наравне с одушевленными. Эмоциональные проявления агрессии в этой группе приобретают разнообразный характер. Структура агрессии имеет диссоциированный характер: достоверные взаимосвязи получены только для поведенческого и эмоционального компонента. Эмоциональное напряжение проявляется непосредственно в поведении и не опосредуется когнитивной переработкой. Когнитивные проявления агрессии однотипны. Участники группы отличаются враждебностью (им свойственны чувства обделенности, ревности, подозрительности) и чаще отмечают в своем поведении признаки агрессии (желание ударить другого человека, готовность применить физическую силу в ответ на чужую агрессию).

В контрольной группе мужчин преобладает поведенческий компонент агрессии, характеризующийся значительным разбросом индивидуальных данных. На втором месте по выраженности находится когнитивный показатель агрессии, на последнем – эмоциональный компонент с высокой согласованностью результатов опроса. В структуре агрессии выявлены достоверные взаимосвязи между всеми компонентами: поведенческим и когнитивным, когнитивным и эмоциональным, поведенческим и эмоциональным. Здоровые мужчины имеют разнообразный рисунок агрессивного поведения, эмоциональные проявления агрессии однотипны и менее выражены в сравнении с поведенческими и когнитивными. Они склонны отрицать проявления агрессии в своих мнениях и эмоциональных переживаниях, но признают их наличие в своем поведении.

В мужской группе больных с продолжительностью болезни не более пяти лет (ЭГ1) отмечается тенденция к повышению когнитивного компонента агрессии в сравнении с контрольной группой. Корреляционный анализ подтверждает диссоциированную структуру агрессии, компоненты которой не взаимосвязаны. Наибольшие различия отмечаются в поведенческих и когнитивных проявлениях агрессии. Эмоциональные проявления агрессии однотипны.

В группе больных мужчин с длительностью заболевания более пяти лет отмечается неоднородность результатов с преобладанием поведенческого компонента, который достоверно выше по сравнению с двумя другими группами. Изменение в распределении ПОНД для поведенческой шкалы подтверждает нарастание проявлений агрессии в поведении с течением болезни. Отмечается тенденция к росту показателей когнитивной шкалы. Результаты по шкале «эмоциональный компонент агрессии» имеют низкую согласованность, что отражает разнообразие эмоциональных проявлений агрессии. Структура агрессии соответствует структуре агрессии женщин контрольной группы: выявлены достоверные взаимосвязи между поведенческим и когнитивным, когнитивным и эмоциональным компонентами, достоверных взаимосвязей между поведенческим компонентом и эмоциональным не выявлено. Полученная структура агрессии у мужчин ЭГ2 позволяет предположить отсутствие конгруэнтности между их поведением и эмоциональным состоянием. Разрядка напряжения чаще происходит косвенным образом. Участники группы отличаются враждебностью, отмечается тенденция к нарастанию агрессивных проявлений в поведении.

Выводы:

1. Результаты контрольной группе подтверждают нетипичность проявлений агрессии у «условно здоровых» испытуемых. Для мужчин преобладающей формой проявления агрессии выступает поведенческий компонент, а для структуры агрессии характерна высокая взаимозависимость проявлений всех трех компонентов (поведенческого, когнитивного и эмоционального), что позволяет говорить об их когерентности, обеспечивающей адекватность агрессивных проявлений. У женщин отсутствие взаимосвязи между поведенческим и эмоциональным компонентами агрессии свидетельствует о возможном несоответствии поведения женщины и ее переживаний в ситуации роста субъективного напряжения.

2. Для больных с параноидной формой шизофрении длительностью не более пяти лет характерно нарастание враждебности, признаваемое самими больными, которое проявляется в достоверном увеличении когнитивного компонента агрессии. Отличительным признаков данной группы больных (без гендерных различий) является диссоциированная структура агрессивных проявлений в виде отсутствия взаимозависимостей между компонентами.

3. Для больных с продолжительностью заболевания более пяти лет характерно повышение поведенческого и когнитивного компонентов агрессии, с ростом корреляций между ними. Структура агрессии в мужской группе позволяет предположить, что мужчины с продолжительным течением заболевания утрачивают гендерные признаки проявления агрессии, в феноменологии которой просматриваются признаки нетипичного (женского) способа «переработки» напряжения и соответствующих способов его разрядки.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕГАТИВНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕМИССИЯХ ПРИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НА ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ

Пантелеева Г.П., Олейчик И.В., Мелешко Т.К., Критская В.П., Бологов П.В., Абрамова Л.И., Столяров С.А.

Москва
НЦПЗ

Цель исследования. Сравнительная оценка влияния традиционных и атипичных нейролептиков на психопатологическую и патопсихологическую структуру негативных расстройств на разных этапах ремиссий после галлюцинаторно-бредовых приступов шизофрении.

Материал и методы. 29 больных приступообразной шизофренией (F20.01 и F20.02 по МКБ-10), все женщины, средний возраст 26.9 года, проходили стационарное лечение по поводу острых галлюцинаторно-бредовых психозов, а затем наблюдались амбулаторно, на всех этапах заболевания получали курсовую нейролептическую терапию в адекватных суточных дозах. У 17 больных атипичные нейролептики (АТН) были единственными (14) или предпочтительными (3) в схеме лечения (кветиапин, азенапин, клозапин, рисполепт, оланзапин, арипипразол); другие 12 пациентов лечились только традиционными нейролептиками (ТН) (8) или получали их как основные при курсовой терапии (4) (галоперидол, зуклопентиксол, флюанксол, трифлуоперазин). Оценка психического состояния в динамике осуществлялась клиническим и психометрическим (по шкале PANSS) методами в первые дни развития психоза (1 точка), после редукции психотических расстройств и выхода в ремиссию (2 точка), а затем через 6 месяцев, через 1 год, через 1.5 года и через 2 года ремиссии (соответственно 3.4.5 и 6 точки обследования). Средний суммарный балл выраженности продуктивных расстройств по подшкалам позитивных и общепсихопатологических симптомов (Р и О) при поступлении в стационар в подгруппах больных, получающих ТН или АТН, соответственно составлял 76.1 и 89.5 баллов, а средний балл тяжести симптомов – 3.3 и 3.9 балла; они отражали активность психотических проявлений на уровне близком к «умеренной» тяжести. Тяжесть негативных симптомов по подшкале N также была в диапазоне «умеренной», средний балл выраженности – 3.6 и 4.1 балла. Экспериментально-психологическое обследование пациентов проводилось с позиций параметров патопсихологического синдрома с определением познавательного и когнитивного стиля больных во 2, 4 и 6 точках.

Результаты и обсуждение. При завершении активного курсового лечения в ТН и АТН-подгруппах выраженность острых психотических расстройств существенно редуцировалась при выходе в ремиссию от «умеренной» до «очень слабо» выраженной степени тяжести и меньше. Общая выраженность негативных расстройств от близкой к «умеренной» также уменьшалась до менее, чем «слабо» выраженной до 2.4 и 2.9 балла. Дальнейшая динамика общего показателя тяжести негативных изменений была различной в подгруппах больных, несмотря на относительно стабильно редуцированную (до 1.6-1.7 баллов) представленность продуктивных расстройств на разных этапах ремиссии. У больных, получающих ТН, уровень тяжести негативных расстройств был наименьшим (2.4 балла), но затем последовательно нарастал до «слабо» выраженного (2.8 балла). В подгруппе АТН средний балл тяжести негативных проявлений был выше и неуклонно снижался от близкого к «слабой» выраженности к «очень слабой» (от 2.9 к 2.1 и 2.2 балла).

Динамика отдельных компонентов негативного синдрома была по-разному представлена в подгруппах больных. На лечении АТН при выходе в ремиссию наибольшую тяжесть обнаруживали признаки «притупленного аффекта» (п.1), которые были более, чем «слабо» выраженными (3.3 балла), но через 1 и 2 года ремиссии снижались до уровня «слабо» выраженных (до 2.7 и 3.0 баллов); остальные составляющие подшкалы N («эмоциональная безучастность», «малоконтактность», «социальная отрешенность») по выходе в ремиссию изначально были представлены примерно одинаково, как менее, чем «слабо» выраженные (на 2.8 и 2.9 балла), но имели разную динамику. Симптом «эмоциональной безучастности» (п.2) сохранял стабильный уровень через 1 и 2 года ремиссии (до 2.7 баллов). Симптом «малоконтактности» (п.3) также оставался относительно стабильным, но через 2 года ремиссии незначительно улучшался (с 2.9 до 2.7 балла). Наиболее динамичным был симптом «социальной отрешенности», который через 1 и 2 года ремиссии неуклонно уменьшался по тяжести от менее, чем «слабой» выраженности до «очень слабой» и отсутствия (от 2.8 до 1.7 и 2.0 баллов). В подгруппе леченных ТН степень тяжести и динамика негативных симптомов была менее благоприятной. По выходе в ремиссию тяжесть негативных симптомов по п.п. 1,2,3,4 была также на уровне почти «слабо» выраженных. Но в процессе ремиссии симптомы «притупленного аффекта», «эмоциональной безучастности» и «социальной отрешенности», оставаясь на том же уровне через 1 год ремиссии, ко 2 году утяжелялись до почти «умеренных» (от 2.7 и 2.8 баллов до 3.2 и 3.0 баллов). Признак «малоконтактности» усиливался до 3.1 и 3.2 баллов уже через 1 год ремиссии.

Данные экспериментально-патопсихологического обследования больных по выходе в ремиссию показали общее для них свойство патопсихологического синдрома – высвобождение из социального контекста со снижением избирательности познавательной деятельности и социальной перцепции при относительной устойчивости показателей когнитивного стиля больных. Представленность отдельных параметров была разной в подгруппах, получающих ТН и АТН. Она касалась снижения выраженности таких функций как мотивация, психическая активность в индивидуальной и совместной деятельности, уровень формально-логического мышления. На ТН отрицательная динамика указанных показателей была более выражена, чем у получающих АТН, соответственно на 64 и 31%. на 100 и 59%, на 54% и 25%. В обеих подгруппах по-разному проявилась тенденция к неадекватному завышению самооценок как собственной деятельности, так и личности с неоправданно завышенным оптимистическим ощущением себя в жизни и снижением критических установок (у 82 и 37% пациентов).

Выводы. Негативные личностные изменения на разных этапах динамики приступообразной шизофрении с галлюцинаторно-бредовыми синдромами в приступах не могут рассматриваться как стабильный симптомокомплекс, степень их тяжести напрямую взаимосвязана со степенью активности продуктивных расстройств, которые, совпадая внешне с негативными по формальным клинико-психопатологическим проявлениям и имитируя их картину, могут усугублять оценку их интенсивности. Негативные признаки при почти полной редукции острых психотических расстройств и «утрате» их патопластического влияния на свои проявления в период становления ремиссии выступают как бы в «чистом» виде и в своей дальнейшей динамике определяются особенностями клинического действия нейролептиков. По выходе в ремиссию негативные проявления редуцируются примерно одинаково как в целом, так и по отдельным компонентам в их структуре, снижаясь в своей выраженности в среднем до градации ниже «слабо» выраженной (2.7 и 2.8 балла). Но в дальнейшем, несмотря на почти полную редукцию позитивных расстройств в ходе ремиссии, степень тяжести и свойство обратимости негативных изменений тесно взаимосвязаны с видом поддерживающей нейролептической терапии. У получающих традиционные нейролептики компоненты нега-

тивных расстройств не остаются стабильными, а обнаруживают тенденцию к утяжелению ко 2 году ремиссии до диапазона «слабо» выраженных и больше. На лечении атипичными нейролептиками негативные расстройства более динамичны, начиная с 1 года ремиссии они последовательно облегчаются до «очень слабо» выраженных или полностью обходятся; наиболее динамичным и обратимым среди них выступает параметр «социальной отрешенности», наименее – симптомы эмоциональной тупости и безучастности.

Полученные клинические данные в совокупности с патопсихологическими характеристиками негативных личностных изменений позволяют осуществлять научно-обоснованный персонифицированный выбор нейролептиков разных поколений на пути предсказания оптимального качества и длительности ремиссий у больных приступообразной шизофренией.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ШИЗОФРЕНИИ И ФАКТОРЫ, НА НИХ ВЛИЯЮЩИЕ: ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

Пашковский В.Э., Савельев А.П.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

За более чем столетнюю историю изучения шизофрении многие исследователи отмечали трансформацию клинической картины заболевания, что выразилось в понятии «патоморфоз». Неоднократно подчеркивалась роль психосоциальных и культуральных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных. Вместе с тем, недостаточно изученным является вопрос субъективной оценки этих факторов практикующими врачами-психиатрами.

Целью данного исследования явилось изучение представлений врачей-психиатров о факторах, влияющих на изменения клинико-социальных характеристик шизофрении. Для достижения поставленной цели были разработаны анкеты: 1) патоморфоз шизофрении, 2) анкета врача стационара, 3) анкета врача амбулаторного звена. Анкетируемыми были 254 врача-слушателя цикла усовершенствования. Анкета «Патоморфоз шизофрении». 93 испытуемым было предложено оценить по пятибалльной шкале факторы, которые за последние десятилетия повлияли на изменение клинико-динамических показателей шизофрении.

Анкета врача стационара. 90 испытуемым была предложена анкета, состоящая из 5 модулей с выяснением того, как часто в их клинической практике диагностируются те или иные формы шизофрении, те или иные синдромы. Анкета врача амбулаторного звена была предложена 71 испытуемым, совпадающая с предыдущей по 17 пунктам. В отличие от предыдущей анкеты, врачам амбулаторного звена были предложены дополнительные вопросы, связанные со спецификой работы в амбулаторном звене. Обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета Statistica 6.0. По результатам анализа анкет на клинико-динамические показатели шизофрении «несомненно повлияли»: изменения политики в области психиатрии, появление и использование атипичных нейролептиков, злоупотребление алкоголем и другими ПАВ, «скорее повлияли, чем не повлияли»: изменения микросоциальных и макросоциальных факторов, конституционально-генетические изменения, изменение в системе организации психиатрической помощи, изменения законодательства в области психиатрии, «абсолютно не повлияли»: изменения климата. Наименьшее согласие было получено при оценке влияния изменений микросоциальных и макросоциальных факторов и конституционально-генетические изменений. Анкета врача стационара показала наиболее частое использование диагноза параноидной шизофрении, очень редкое – гебефренической, кататонической формы, шизотипического расстройства и резидуальной шизофрении. Наименьшее согласие получено при оценке шизоаффективного расстройства, наибольшее – при оценке параноидной шизофрении. Синдромально в клинической картине заболевания «весьма часто» встречаются тревожные, галлюцинаторно-параноидные синдромы и дефектные состояния (интрапсихическая атаксия, нарушения мышления в виде шизофазии) и «очень редко» онейроидные, паранойяльные и кататоно-гебефренические синдромы. Анализ ответов врачей стационара показал, что большинство из них никогда не встречались с применением инсулиношоковой и электросудорожной терапии. Врачами амбулаторного звена оценивалась частота встречаемости различных типов ремиссий. В практике амбулаторных врачей преобладали астенический, бредовой и психопатоподобный типы ремиссии. Заключение. Эффективность психиатрической помощи во многом зависит от того, насколько адекватно врачи-психиатры оценивают патоморфоз и патопластические (привходящие) факторы психического расстройства. И, хотя представления врачей о них систематически не изучались, можно предполагать, что успешность лечебно-диагностических и организационных тактик существенно обусловлена тем, в какой мере субъективная оценка влияния на патологический процесс того или иного фактора совпадает с объективной реальностью. На субъективные оценки врачей-психиатров влияет прошлый опыт, уровень и качество последипломного обучения. Например, существенные различия во взглядах на диагностику приводили к тому, что в 1965 г. заболеваемость шизофренией в Москве превышала аналогичный показатель по Ленинграду в 2,6 раза, а в 1996 г. – лишь в 1,4 раза. По результатам анкетирования врачей несомненное влияние на патоморфоз шизофрении оказывают четыре причины: рост интеркуррентных заболеваний, злоупотребление алкоголем, появление атипичных нейролептиков, изменение политики в области психиатрии. Использование атипичных нейролептиков расширило возможности лечения шизофрении, накапливаются данные, что их эффективность не выше, чем у типичных. Это отразилось и на субъективных оценках. Врачи стационара отметили, что только типичные нейролептики они назначают «скорее часто, чем редко». Только атипичные нейролептики назначаются как врачами стационара, так и амбулаторного звена «не очень редко, но и не часто». Объективно, по данным московского стационара, преобладающая часть контингента – 79,7% – лечились традиционными антипсихотиками. Результаты Санкт-Петербургского исследования показали, что в городе сохраняется достаточно высокая назначаемость традиционных антипсихотиков, что связано не только с клиническими показаниями для их прямого назначения, но и с рядом внешних факторов, таких как цена, доступность, предпочтение врачами-психиатрами определенных моделей лечения.

Таким образом, субъективные представления врачей-психиатров о клинико-социальных особенностях шизофрении могут оцениваться как привходящий фактор, который следует учитывать при планировании психиатрической помощи и в последипломном обучении.

К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ В РЕМИССИИ ШИЗОФРЕНИИ

Петрова Н.Н., Вишневская О.А.

Санкт-Петербург
СПбГУ,
СПбГБУЗ ПНД №8

В исследовании участвовало 95 больных (67 женщин и 28 мужчин) в возрасте (M±SE) 44,9±1,2 лет на этапе ремиссии шизофрении.

Продолжительность ремиссии на момент наблюдения составила 2,8±0,3 лет. У 78,7% больных длительность ремиссии составила от 1 до 3 лет. У 17,3% пациентов продолжительность ремиссии колебалась в пределах от 3 до 8 лет, у 4,0% – превысила 8 лет. Обследованные больные параноидной шизофренией составили две группы сравнения: 54 больных, у которых в течение динамического 2-х летнего наблюдения развилась депрессия (58,7%) и 41 больной, у которых ремиссия протекала без депрессии (41,3%).

В результате проведенного клинико-психопатологического исследования выделены два типа депрессивных расстройств у амбулаторных больных параноидной шизофренией в ремиссии.

Первый тип представлен типичными (простыми) депрессивными состояниями (36,4% больных). В зависимости от преобладающего тимического компонента депрессивной триады выделены 4 подтипа таких депрессивных состояний. Тревожно-депрессивный (56,3% больных; 11,7±0,9 балла по шкале Калгари). Меланхолический, при котором преобладала тоска (12,5% больных; 15,0±2,0 балла по шкале Калгари). Апато-адинамический (18,8% больных; 11,3±2,3 балла по шкале Калгари). Комбинированный, при котором наблюдалось сочетание тревожного, тоскливого и адинамического компонентов (12,5% больных; 10,0±2,0 балла по шкале Калгари). Второй тип депрессий был представлен атипичными депрессивными состояниями, не укладывающимися в критерии депрессивного эпизода (F32) МКБ-10 (63,4% больных). Выделено 6 клинических депрессивных подтипов. С ипохондрическими переживаниями, сенестопатиями, деперсонализацией (28,6% больных; 10,0±0,8 балла по шкале Калгари). С преобладанием астенического компонента (14,3% больных; 10,5±2,2 балла). С отчетливым преобладанием истерического компонента (3,6% больных). Легкие истеро-депрессивные состояния, психогенно спровоцированные (8,0±0,1 балла). С продуктивными симптомами, не конгруэнтными аффекту (17,9% больных; 9,8±1,0 балла). С навязчивостями (7,1% больных; 9,5±0,5 балла). С полиморфной симптоматикой (28,6% больных; 9,1±0,9 балла). При назначении терапии пациентам с депрессией в ремиссии учитывались особенности структуры депрессии. Критериями оценки эффективности терапии депрессий являлись: отчетливое клиническое улучшение, снижение суммарного балла по шкале Калгари ниже 7 баллов. При тревожно-депрессивных состояниях легкой степени назначалась монотерапия кветиапином пролонгом (600 мг/сут.). В случаях тревожно-депрессивных состояний средней тяжести назначалась комбинированная терапия кветиапином пролонгом (600 мг/сут.) и дулоксетином (60мг/сут) на срок до 8 недель с последующей отменой антидепрессанта и переходом на монотерапию кветиапином пролонгом. При меланхолических депрессиях средней тяжести назначалась комбинированная терапия эсциталопрамом (20 мг/сут.) и кветиапином пролонгом (600мг/сут.) на срок до 8 недель с последующим переходом на монотерапию кветиапином пролонгом. При апато-адинамических депрессиях, которые были выражены в легкой степени, применялась монотерапия кветиапином пролонгом (300мг/сут.). В случаях затяжного (свыше трех месяцев) течения апато-адинамических депрессий к основной терапии присоединяли эсциталопрам (20 мг/сут.). При комбинированных вариантах депрессий назначалась монотерапия кветиапином пролонгом (600 мг/сут.). При терапии депрессивных состояний, относимых к первому типу аффективных расстройств, в 12,0% случаев наблюдалось утяжеление симптоматики с последующим развитием депрессивно-параноидного состояния, обусловившего госпитализацию в психиатрический стационар. У 88,0% больных наступило улучшение психического состояния с выраженной редукцией депрессивной симптоматики во внебольничных условиях. Больным с атипичными проявлениями депрессии (второй тип ремиссионных аффективных расстройств) проводилась следующая терапия. При депрессивно-ипохондрических состояниях назначалась монотерапия кветиапином пролонгом (600 мг/сут.). В случае астено-депрессивной и истеро-депрессивной симптоматики пациенты получали монотерапию эсциталопрамом (20 мг/сут.) в течение 8 недель с последующей постепенной отменой антидепрессанта и переходом на поддерживающую терапию кветиапином пролонгом (300-600 мг/сут.). При депрессиях с остаточной продуктивной симптоматикой, депрессиях с навязчивостями и комбинированных состояниях назначалась сочетанная терапия эсциталопрамом (20 мг/сут.) и палиперидоном (6 мг/сут.) с последующим постепенным переходом по мере редукции депрессивной симптоматики на монотерапию палиперидоном (6 мг/сут.). У 20,0% пациентов с атипичными проявлениями депрессии наблюдалась тенденция к затяжному течению (свыше 12 недель). При этом эффективным оказалось длительное сочетанное применение антидепрессанта из группы ингибиторов обратного захвата серотонина и нейролептика второй генерации. В случаях усложнения депрессивных расстройств за счет нарастания выраженности персекуторных бредовых идей, ипохондрических переживаний, навязчивостей усиливалась антипсихотическая терапия (кветиапин пролонг до 800 мг/сут.) с отменой антидепрессанта. У 80,0% этих больных улучшение состояния удалось достичь во внебольничных условиях. При сравнении клинико-шкальных показателей у больных с депрессиями первого и второго типов значимых различий не было получено. В обеих группах больных наблюдалась редукция депрессивной симптоматики к 8 неделе терапии. Результаты исследования свидетельствуют, что терапия нейролептиками второй генерации эффективна и безопасна у больных с депрессией в период ремиссии шизофрении, способствует улучшению комплаенса и социального функционирования больных. Депрессия в ремиссии шизофрении является показанием для терапии нейролептиками второй генерации в сочетании с дифференцированной антидепрессивной терапией.

В исследовании участвовало 95 больных (67 женщин и 28 мужчин) в возрасте (M±SE) 44,9±1,2 лет на этапе ремиссии шизофрении.

Продолжительность ремиссии на момент наблюдения составила 2,8±0,3 лет. У 78,7% больных длительность ремиссии составила от 1 до 3 лет. У 17,3% пациентов продолжительность ремиссии колебалась в пределах от 3 до 8 лет, у 4,0% – превысила 8 лет. Обследованные больные параноидной шизофренией составили две группы сравнения: 54 больных, у которых в течение динамического 2-х летнего наблюдения развилась депрессия (58,7%) и 41 больной, у которых ремиссия протекала без депрессии (41,3%).

В результате проведенного клинико-психопатологического исследования выделены два типа депрессивных расстройств у амбулаторных больных параноидной шизофренией в ремиссии.

Первый тип представлен типичными (простыми) депрессивными состояниями (36,4% больных). В зависимости от преобладающего тимического компонента депрессивной триады выделены 4 подтипа таких депрессивных состояний. Тревожно-депрессивный (56,3% больных; 11,7±0,9 балла по шкале Калгари). Меланхолический, при котором преобладала тоска (12,5% больных; 15,0±2,0 балла по шкале Калгари). Апато-адинамический (18,8% больных; 11,3±2,3 балла по шкале Калгари). Комбинированный, при котором наблюдалось сочетание тревожного, тоскливого и адинамического компонентов (12,5% больных; 10,0±2,0 балла по шкале Калгари). Второй тип депрессий был представлен атипичными депрессивными состояниями, не укладывающимися в критерии депрессивного эпизода (F32) МКБ-10 (63,4% больных). Выделено 6 клинических депрессивных подтипов. С ипохондрическими переживаниями, сенестопатиями, деперсонализацией (28,6% больных; 10,0±0,8 балла по шкале Калгари). С преобладанием астенического компонента (14,3% больных; 10,5±2,2 балла). С отчетливым преобладанием истерического компонента (3,6% больных). Легкие истеро-де-

прессивные состояния, психогенно спровоцированные (8,0±0,1 балла). С продуктивными симптомами, не конгруэнтными аффекту (17,9% больных; 9,8±1,0 балла). С навязчивостями (7,1% больных; 9,5±0,5 балла). С полиморфной симптоматикой (28,6% больных; 9,1±0,9 балла). При назначении терапии пациентам с депрессией в ремиссии учитывались

ПРОГНОЗ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПО ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ ДАННЫМ

Полянский Д.А.

Москва
МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Широкая распространенность ВИЧ-инфекции, частота и выраженность психических нарушений при этом заболевании обуславливают актуальность изучения их особенностей у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ВИЧ-инфекция остается одной из ведущих проблем здравоохранения во всем мире. Среди психотических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных встречаются случаи шизофреноподобных, острых параноидных и депрессивных психозов. Частота развития этих психопатологических состояний по Sewell составляет до 0,2 – 15% ВИЧ-инфицированных больных. Полагают, что эндогенные психозы развиваются независимо от ВИЧ-инфекции и связаны непосредственно с самим эндогенным заболеванием. Но вопрос о клинико-иммунологических соотношениях у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией не получил однозначного решения. Решение данной задачи могло бы способствовать более углубленному пониманию патогенеза не только ВИЧ-инфекции, но и шизофрении. В этой связи нами и было предпринято изучение соотношений иммунологических показателей ВИЧ-инфицированных больных шизофренией с клинико-психопатологической симптоматикой эндогенного процесса. Как правило, работы, выполненные на основе традиционного клинико-психопатологического метода, изучают групповой прогноз шизофрении и допускают лишь качественное прогнозирование, не позволяющее определить относительную ценность отдельных симптомов либо их совокупностей в качестве предикторов. Целью нашего научного исследования является установление связей клинико-психопатологических параметров разных форм шизофрении с иммунологическими показателями ВИЧ-инфекции, имеющих гипотетическое значение для прогноза течения шизофрении и ВИЧ/ СПИДА. В рамках исследования в 2010-15 гг. на базе отделений Московской городской психиатрической больницы №4 им. П.Б. Ганнушкина нами обследовано 92 больных, из которых 38 человек имеют клинический диагноз «Шизофрения» и верифицированное ВИЧ-носительство (основная группа). 22 больных с клиническим диагнозом «Шизофрения» без сопутствующего ВИЧ-носительства в исследовании вошли в группу контроля.

Группу исключения составляют ВИЧ-инфицированные больные шизофренией с сопутствующими алкогольной или (и/ или) наркотической зависимостями (32 больных). Длительность течения шизофренического процесса у обследованных больных варьировала от 2-х до 20 лет, длительность ВИЧ-инфицирования составляла от 2-х до 12 лет. Длительность течения шизофрении у изученной группы больных на момент заражения ВИЧ-инфекцией составила от 2-х до 15 лет. Заражение ВИЧ-инфекцией предшествовало верификации диагноза «Шизофрения» у 39% от общего числа обследованных больных, причем по времени они уже являлись носителями ВИЧ-инфекции от 1 года до 11 лет. Верифицированное применение антиретровирусной терапии (подтверждение лечащим врачом, либо совместно проживающими родственниками) в исследовании нами было отмечено лишь у 18% от общего числа обследованных больных, отсутствие приема специфического лечения зафиксировано у 82% больных. Организованное изучение ВИЧ-ассоциированного иммунологического статуса и вирусной нагрузки у обследуемых ВИЧ-инфицированных больных шизофренией проводится на базе клинической лаборатории Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом (руководитель Центра – д.м.н. А.И. Мазус, зав. лабораторией – к.м.н. А.Я. Ольшанский).

Результаты проведенного нами исследования показывают, что между иммунологическими и психопатологическими характеристиками у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией существует ряд статистически значимых связей, что может указывать на некоторые общие патогенетические звенья между этими двумя заболеваниями. В настоящем исследовании были получены данные по зависимости цитотоксичности и соотношения CD4+/CD8+ от комплекса нескольких психопатологических показателей психического статуса. Показатель цитотоксичности отражает деструктивные механизмы в патогенезе ВИЧ-инфекции и, в конечном счете, указывает на неблагоприятные тенденции в развитии иммунного дефицита. Полученные в результате регрессионного анализа уравнения позволили выделить как положительные, так и отрицательные в плане прогноза иммунного дефицита психопатологические параметры. К первым относились показатели депрессии, симптоматика нарушений волевого поведения, импульсивности и социального аутизма (отгороженности). Все эти признаки были выражены в уравнениях с отрицательным знаком и тем самым снижали итоговую выраженность цитотоксичности, т.е. имели положительное прогностическое значение. С другой стороны, показатели эмоционального аутизма и снижение критики вошли в уравнение с положительным знаком и тем самым повышали уровень цитотоксичности, таким образом, имели неблагоприятное прогностическое значение. Можно полагать, что прогностически благоприятными для иммунного статуса ВИЧ-инфицированных больных шизофренией могут быть синдромы с выраженной аффективной депрессивной симптоматикой, волевыми нарушениями, высокой импульсивностью и признаками социального аутизма. Это, очевидно, указывает на выраженную остроту психотического состояния у данной категории ВИЧ-инфицированных больных шизофренией, что само по себе имеет благоприятное прогностическое значение для окончания психоза. При анализе комплекса факторов, влияющих на уровень соотношения CD4+/CD8+ (интегральный показатель, отражающий сохранность Т-лимфоцитов) оказалось, что положительное прогностическое значение имеют возбуждение и анергия, тогда как суммарная выраженность негативной симптоматики имела отрицательное прогностическое значение, а остальные показатели не имели статистически значимых связей с уровнем CD4+/CD8+. Иными словами, психозы с выраженным возбуждением и анергией являются прогностически благоприятными. При этом анергию здесь, вероятно, следует рассматривать скорее как проявление депрессивного аффекта, а не как индикатор дефицитарной симптоматики, хотя это нуждается в доказательстве. С другой стороны, картины с выраженной негативной (дефицитарной) симптоматикой, напротив – неблагоприятны в прогностическом отношении как для иммунного статуса ВИЧ-инфицированных больных шизофренией, так и для окончания психоза. Таким образом, как для показателя цитотоксичности, так и для показателя CD4+/CD8+ подтверждается вывод о положительном прогностическом значении острых психотических состояний с выраженной аффективной симптоматикой и возбуждением и о неблагоприятном значении психотических картин с преобладанием дефицитарной симптоматики. Острота протекания приступа имеет положительное значение как для окончания приступа психоза per se, так и для иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных больных шизофре-

нией. Напротив, психозы, протекающие с выраженным эмоциональным аутизмом и снижением (отсутствием) критики говорят о значительном дефектном состоянии при шизофрении и имели также неблагоприятное значение для развития иммунного дефицита. На этапе изучения взаимодействия личностных характеристик и иммунологических показателей в проведенном исследовании установлено наличие отрицательной корреляционной связи цитотоксичности с конструктом «ригидность» из Мюнхенского личностного теста (r=-0,515). Высокие показатели Ригидности указывают на низкий уровень цитотоксичности и на сохранность иммунитета в целом. Таким образом, можно предположить, что ригидная структура личности в преморбидном периоде у ВИЧ-инфицированных больных шизофрений оказывает протективное действие в отношении цитотоксичности, стабилизирует показатели иммунитета и препятствует трансформации ВИЧ-носительства в СПИД. Из сказанного вытекает, что между ВИЧ-инфекцией и шизофренией существуют сложные и неоднозначные иммунные соотношения. При этом острым психозам соответствует благоприятный иммунный статус, тогда как при формах протекания шизофренического процесса с выраженным дефектом будет преобладать снижение иммунитета у ВИЧ-инфицированных больных.

КЛАСТЕРНАЯ СТРУКТУРА СОДЕРЖАНИЯ БРЕДА У МУЖЧИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Рождественский В.И.

Санкт-Петербург
СПбГБУЗ Городской ПНД №7 (со стационаром)

Проблематика бреда в психопатологии является основной и наиболее сложной. Бред – это наиболее частое проявление шизофрении, на разных этапах его можно наблюдать практически при всех формах данного заболевания (Попов Ю.В., 1997). При параноидной шизофрении бред является одним из ключевых психопатологических симптомов, определяющих ее клиническую картину.

В доступной литературе имеются лишь отдельные работы, посвященные изучению влияния пола и возраста пациентов на содержание бреда при параноидной форме шизофрении. Кроме того, исследованию подвергались зачастую только отдельные виды бреда, например персекуторный бред и бред ревности.

Вместе с тем содержание бреда является самым лабильным психопатологическим образованием (Пашковский В.Э., 2010). Таким образом, можно заключить, что изучение взаимосвязи пола пациентов и возраста дебюта параноидной шизофрении с содержанием бреда является актуальной научной проблемой.

Цель исследования – выявление и анализ кластерной структуры содержания бреда у мужчин с параноидной шизофренией.

Материал и методы. Было изучено 50 историй болезни пациентов с диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F20.0). Больные были поделены на две группы в зависимости от возраста, когда произошел дебют эндогенного заболевания. В первую группу вошли больные (n=20) с дебютом шизофрении в юношеском возрасте, средний возраст на момент дебюта составил 18,6±1,56 года; во вторую группу – пациенты (n=30) с дебютом эндогенного заболевания в первый период зрелости, средний возраст – 31,4±6,9 года.

Анализу были подвергнуты фабулы бреда, зафиксированные на момент первичного попадания больных в психиатрические учреждения, что позволило исключить влияние медикаментозного лечения на бредовые переживания.

Методом контент-анализа были выделены основные функции и персонажи бреда, которые их выполняют. За основу была взята структурная модель анализа текста, предложенная В.Я. Проппом (1928) для изучения волшебных сказок.

Кластерный анализ проводился методом Уорда.

Результаты и обсуждение. Рассмотрим кластеры содержания бреда в группе мужчин с дебютом параноидной шизофрении в юношеском возрасте.

В кластер «Система отношений к себе и окружающим» вошли функции «Уничижение», «Странное поведение», «Слежка» и «Вредительство», а также персонажи «Сам больной» и «Окружающие люди». Содержание данного кластера заключается в том, что больные уничижают сами себя, а окружающие люди воспринимаются агрессивно настроенными: они странно себя ведут, следят и причиняют вред пациентам.

Кластер «Болезнь и непосредственное общение» представлен функциями «Ипохондрия», «Нереальность», «Страх», «Странные телесные ощущения», «Изменение», «Болезнь», «Избранность/значительность», «Озарение» и персонажами «Ровесники», «Государственные организации», «Больные в палате», «Соседи», «Коллеги по работе», «Мать». Можно предположить, что в представлении молодых мужчин, страдающих параноидной шизофренией, ощущение собственного заболевания пронизывает все сферы жизни, включая семью и работу.

В кластер «Недифференцированное воздействие» входят функции «Обладание сверхспособностями» и «Влияние/воздействие» и персонаж «Неопределенный персонаж».

Рассмотрим кластеры в группе мужчин с дебютом параноидной шизофрении в первый период зрелости.

В кластер «Представление о себе» вошли функции «Обладание сверхспособностями», «Слежка», «Вредительство» и персонаж «Сам больной». Содержание данного кластера представлено следующим: пациенты наделяют себя сверхъестественными атрибутами и испытывают со стороны других персонажей агрессию, будто в отместку за свои способности.

В кластер «Представление о мире вокруг» входят только персонажи («Государственные организации», «Мир вокруг», «Духовные сущности положительные» и «Внеземной разум»). Таким образом, в бредовых представлениях больных мужчин религия, государственная сфера и существование внеземного разума тесно переплетаются между собой.

Кластер «Семейная структура» представлен функциями «Измена», «Страх», «Странные телесные ощущения», «Изменение», «Уничижение», «Болезнь» и персонажами «Мать», «Жена», «Неопределенный персонаж», «Другие родственники», «Негосударственные организации», «Родители», «Больные в палате», «Персонифицированный мужской персонаж». Можно заключить, что семейная структура в бреде мужчин тесно связана с их представлениями о собственной болезни; также определяющей является тема измены жены.

В кластер «Работа и религия» вошла функция «Странное поведение» и персонажи «Духовные сущности отрицательные», «Коллеги по работе» и «Соседи». Таким образом, странное поведение делегируется ближайшему окружению (коллеги и соседи) и отрицательным сущностям (бесы, черти, демоны).

Кластер «Система отношений с окружающими» включает в себя окружающих людей, которые являются избранными/значительными и оказывают влияние/воздействие.

Представляется важным то, что по мере увеличения возраста дебюта параноидной шизофрении содержание бреда мужчин распадается на большее количество кластеров, то есть бред становится более дифференцированным. Если в младшей группе различные сферы жизни тесно переплетаются между собой и не образуют отдельных сегментов (пациенты связаны с окружающими людьми, болезненные ощущения структурируют межличностное общение), то в старшей группе выделяются четкие оппозиции: «сам больной – окружающие люди», «семья – мир вокруг – работа и религия». По-видимо-

му, данный факт связан с двумя закономерностями, лежащими в плоскости социальной и возрастной психологии. Во-первых, мужчины старшей группы более интегрированы в социальную среду, задействованы в различных институциональных формах общественной жизни (например, трудовая деятельность, религиозная сфера), что обусловливает более детализированное восприятие происходящего вокруг. Во-вторых, юношеский возраст характеризуется процессом самоидентификации, когда молодые люди пытаются обнаружить собственную ускользающую сущность, в то время как первый период зрелости ознаменован окончательным самоопределением, мотивом самоутверждения. В кластерной структуре содержания бреда это проявляется в том, что в младшей группе сам больной и окружающие люди входят в один кластер (неполная сепарация в дихотомии «Я – Другой»), тогда как в старшей группе эти персонажи образуют два различных кластера, причем находящихся в противоположных концах кластерного дерева (противопоставление индивида и общества).

Рассмотрим, как изменяется функционал основных персонажей («Сам больной» и «Окружающие люди») в выделенных экспериментальных группах. В первой группе больные чаще всего в содержании собственного бреда уничижают сами себя, что свидетельствует о заниженной самооценке, неуверенности в своих силах. Это согласуется с тем, что юношеский возраст характеризуется повышенной ранимостью вследствие чрезмерной рефлексии: молодые люди находятся в процессе становления устойчивого самосознания и образа Я, заново оценивают собственные качества.

Во второй группе больные в содержании собственного бреда наделяют себя сверхъестественными способностями, что также согласуется с данными возрастной психологии: в первый период зрелости набирает силу мотив самоутверждения, стремление доказать истину другим, стать победителем в споре, навязать другим свои взгляды, способы решения проблем. Возможно, больные представляют себя лучше других, умнее, что преломляется в бреде через обладание сверхъестественными атрибутами (магия, телепатия и др.).

Интересно, что в обеих группах окружающие люди воспринимаются агрессивно, от них исходит опасность. Очевидно, это объясняется так называемой параноидной настроенностью, характерной для больных параноидной шизофренией. Получается, что пациенты обладают диффузной тревогой, ожидая опасность от всех людей, находящихся рядом.

Выводы.

1. По мере увеличения возраста дебюта параноидной шизофрении содержание бреда мужчин становится более дифференцированным.

2. Содержание бреда мужчин связано с психологическими новообразованиями, характерными для возрастного периода, когда произошел дебют параноидной шизофрении.

НАРУШЕНИЯ «МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО» ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Рычкова О.В., Авдеев А.А.

Москва
МГППУ

Актуальность исследования. Идеи о нарушениях социального познания при шизофрении пришли на смену описывающим когнитивные нарушения больных этой группы клиническим взглядам и концепции нейрокогнитивного дефицита (M.F.Green, 1993; D.L.Penn, et al., 1997-2005; Х.Спотниц, 2004; D.Kingdon, D.Turkington, 2005; др.). О роли нарушений социального познания свидетельствуют данные как эмпирических работ, так и эффекты специализированной психокоррекционной и психосоциальной помощи пациентам, доказавшие вклад улучшения социального познания в ресоциализацию больных, и возможность коррекции подобных нарушений (C.Wallace, 1984, 1992; N.Tarrier, 1989; R.Lieberman, T.Eckman, 1989; G.Haddock, et al., 1999; G.Hogarty, et al., 1999, 2004; W.Spaulding, et al., 1999; И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, 2002, 2004, 2007; А.Б.Холмогорова с соавт., 2007; др.).

Современные генетические исследования опровергают возможность выделения специфических маркеров отдельных психических заболеваний, и скорее свидетельствуют о наличии континуума или спектра психической патологии. В контексте имеющихся данных этиология шизоаффективных расстройств и квалификация сопряженных с ними дефицитов также требует применения модели спектра (L.Siever, K.Davis, 2004; D.Malaspina, et al., 2013; др.). В рамках концепции спектра шизоаффективные расстройства занимают промежуточное положение, и являются связующим звеном между шизофренией и нормой, средней точкой континуума между ними (J.Angst, 2009), что подтверждается эмпирическими данными (M.Taylor, 1992; J.Landeira-Fernandezc, et al., 2007; др.). Разработки этого направления продуктивны для совершенствования форм психокоррекционной и психотерапевтической помощи больным и лицам группы риска.

Описание механизмов нарушений социального познания при шизофрении потребовало привлечения ряда оригинальных концептов, в числе которых призванная отразить процесс создания представлений о другом человеке, его внутреннем мире «theory of mind» или «модель психического» (C.Frith, 1982; M.Brьne, 2005; др.). Сейчас можно считать доказанным, что при шизофрении (и аутистических расстройствах) страдают репрезентации умственных состояний, касающиеся распознавания и отслеживания как собственных психических состояний человека, так и намерений, мыслей, убеждений, которые он приписывает другим.

Целью настоящей работы является эмпирическое изучение «модели психического» у группы больных с расстройствами шизофренического спектра в сравнении с психически здоровыми лицами.

Предмет исследования: дефицит «модели психического» у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством.

Материал и методы. Критериями включения больных в исследование являлся диагноз «Шизофрения» (F20 по МКБ-10) и «Шизоаффективные расстройства» (F25 по МКБ-10); критериями исключения стали наркологические и тяжелые соматические заболевания. Общее число обследованных больных – 24 человека, контрольная группа – 40 психически здоровых лиц. Сравниваемые группы соотносимы по возрасту, гендерному составу, отличия по уровню образования и трудовому статусу отражают социальные потери, типичные для пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством.

Для оценки нарушений «модели психического» и смежных дефицитов социального познания, включая мотивационные установки пациентов, связанные с социальным взаимодействием, использовались тест «Понимание психического состояния другого по взгляду» («Reading The Mind in the Eyes») (S.Baron-Cohen, et al., 1997), и шкалы «Социального избегания и дистресса» (D.Watso, R.Friend, 1969), «Страха негативной оценки» (D.Watson, R.Friend, 1969), «Социальная ангедония» (L.Chapman, et al., 1982), Тест эмпатии (M.Davis, 1980), Торонтская шкала алекситимии «TAS-20» (Е.Г.Старостина с соавт., 2010), Опросник социальной поддержки «F-SOZU-22» (G.Sommer, T.Fydrich, 1993; А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян, Г.А.Петрова, 2003), «Ориентации на социальные сравнения» (F.Gibbons, B.Buunk, 1999); для оценки психического состояния – симптоматический опросник «SCL-90-R» (L.Derogatis et al., 1973).

Результаты и обсуждение. Число обследованных пациентов невелико, почему для проверки однородности групп использован кластерный анализ на основе показателей методики SCL-90, направленной на оценку клинической симптоматики. После уточнения состава групп для оценки разброса измеренных показателей использованы описательно-статистические процедуры расчета частоты встречаемости баллов в трех выборках; результаты представлены в виде средневзвешенных оценок; значимость различий оценена на основе U-критерия Манна-Уитни. Также использован подсчет ранговых корреляций (по Спирмену).

Число параметров, для которых установлены значимые различия между группами, невелико. К ним относятся показатели субшкал «Внешне-ориентированное мышление» теста «TAS-20», «Инструментальная социальная поддержка» и «Социальная интеграция» теста F-SOZU-22, теста «Социальная ангедония». Можно утверждать наличие склонности больных шизофренией к безэмоциональным способам реагированиям в ситуациях, где здоровые лица проявили бы эмоциональную включенность, и эта тенденция более отчетлива, нежели при шизоаффективном расстройстве. Сниженная социальная включенность пациентов обеих клинических групп, недостаточность у них удовлетворяющих социальных связей сопряжены с присущей больным социальной ангедонией, отражающей мотивационную установку (на отказ от общения), и одновременно имеющей аффективную природу, выражающей отсутствие удовольствия, переживаемого от общения с другими, отсутствии чувства принадлежности к группе.

Наиболее выраженными оказались различия между всеми тремя группами по тесту «Reading The Mind in the Eyes», и средняя оценка выполнения теста у больных шизоаффективным расстройством занимает промежуточное положение между оценками пациентов с шизофренией и здоровыми. Корреляционный анализ свидетельствует о значимых связях иных параметров, характеризующих социальное познание, с показателями «модели психического».

Выводы.

1. Несмотря на то, что концепция «модели психического» является активно разрабатываемой, не имеющей однозначной интерпретации, ее эвристичность подтверждается высокой степенью связи с иными параметрами, характеризующими социальное познание.

2. Данные настоящего и иных исследований свидетельствуют о значительных нарушениях «модели психического» у больных шизофренией и у лиц с расстройствами шизофренического спектра.

3. Нарушения «модели психического» у больных шизофренией выражены значительнее, чем у больных шизоаффективным расстройством, и для обеих групп показатели значимо ниже в сравнении с психически здоровыми испытуемыми; именно нарушения «модели психического» наиболее точно отвечают принципу континуальности психических нарушений в исследованных клинических группах.

4. Полученные в исследовании результаты позволяют наметить пути дальнейшего изучения нарушений «модели психического» при иных расстройствах шизофренического спектра (шизотипическое расстройство, бредовое расстройство, у лиц с чертами шизоидного типа).

Исследование проведено при финансовой поддержке Российского Научного Фонда (грант № 14-18-03461)

ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СИНДРОМА РИСКА ПЕРВОГО ПСИХОЗА

Скугаревскій О.А., Скугаревская М.М.

Минск, Беларусь
Белорусский ГМУ

Синдром риска первого психоза представляет собой состояние клинически высокого риска развития психозов шизофренического спектра и, по сути, является отражением продрома шизофрении – стадии заболевания, на которой встречаются неспецифические, ранние симптомы. Они указывают на заболевание до того, как оно манифестирует в своей полной картине. Максимально точная предикция психоза является целью многих исследований по проблеме синдрома риска первого психоза. В качестве перспективного направления рассматривается создание мультивариантных моделей с использованием различных способов статистического анализа (метод регрессии Кокса, структурное моделирование и др.).

Целью нашего исследования было изучение предикторной значимости различных групп диагностических критериев синдрома риска первого психоза, в том числе основанных на результатах патопсихологического эксперимента, а также выделение наиболее значимых в прогностическом плане параметров для мультивариантной модели.

Материал и методы. Исследование состояло из двух этапов. Первый этап предусматривал описание клинических и биологических закономерностей при синдроме риска первого психоза. На втором этапе была произведена катамнестическая оценка исследуемой группы. В группу риска развития психоза (n=249) вошли лица с наличием одной из следующих групп критериев:

(1) ослабленные позитивные симптомы и короткие самопроходящие психотические симптомы, отражающие высокую вероятность развития психоза в ближайшем будущем (1-2 года) (согласно критериям «крайне высокого риска», для оценки использовалась шкала «Всесторонняя оценка состояний риска развития психических расстройств» (CAARMS));

(2) состояние риска на основании генетических факторов – наличие родственников первой линии родства, страдающих психотическими расстройствами, или наличие шизотипии у пробанда с ухудшением социального функционирования за последний год;

(3) базисные симптомы, характерные для более ранней продромальной фазы заболевания, оценка которых производилась с использованием Инструмента по оценке предрасположенности к шизофрении (SPI-A);

(4) проявления шизофренического патопсихологического симптомокомплекса; оценка проводилась с помощью методов патопсихологической диагностики.

Выделение последней группы критериев является уникальным для исследований состояний клинически высокого риска развития психоза. Патопсихологический эксперимент разработан советскими психологами (Б.В. Зейгарник,С. Я. Рубинштейн и др.) и позволяет обнаруживать формальные расстройства мышления (нарушения формы, а не содержания мышления), что является одной из ключевых характеристик шизофрении.

В наше исследование включались пациенты Республиканского научно-практического центра психического здоровья, проходившие обследование по направлению военных комиссариатов с целью определения категории годности к военной службе. Все обследуемые были лицами мужского пола. Катамнестическая оценка состояния проведена у 123 человек. Период катамнестической оценки в среднем составил 25,9±1,63 месяца, средний возраст на период первоначальной оценки был 20,19±0,38 лет. В качестве контрольной группы проводилась катамнестическая оценка лиц соответствующего пола и возраста,

у которых на этапе обследования в стационаре не было выявлено клинически высокого риска развития психоза и других психических расстройств (n=130).

Результаты и обсуждение. По результатам катамнестической оценки показано, что психотические расстройства развились у 39 человек (31,7%). Диагностика психотических расстройств осуществлялась на основании критериев международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Были госпитализированы в психиатрические отделения 67 человек (54,5%). Психотические расстройства в 76,9% (30 человек) относились к рубрикам F20-F29 (Шизофрения и близкие ей расстройства) МКБ-10. В 2 случаях выставлялся диагноз «Органическое шизофреноподобное расстройство» и еще в 7 случаях психозы были ассоциированы с приемом психоактивных веществ (в 5 случаях выставлялся диагноз «Алкогольный галлюциноз»).

В контрольной группе за период наблюдения в 24 месяца психотическое расстройство (диагноз «Алкогольный галлюциноз») развилось у 1 человека (0,8%).

Чувствительность выделения синдрома риска первого психоза при использовании вышеуказанных групп критериев составляет 97,5%, специфичность – 60,6%. Вероятность пропустить «истинно продромального» пациента при использовании данных критериев крайне мала, что является желательным, например, в ситуации призыва на срочную военную службу либо профессионального отбора. Использование сугубо критериев ослабленных психотических симптомов позволяет существенно улучшить специфичность методики (94,4%) при чувствительности 50%. Опираться на эти критерии возможно при решении вопроса о терапевтической тактике, например, при принятии решения о назначении антипсихотических средств.

Использование группы критериев «Проявления шизофренического патопсихологического симптомокомплекса» также позволяет с высокой чувствительностью (87,5%) и хорошей специфичностью (75,6%) прогнозировать развитие психоза. Наш подход к выделению состояний клинически высокого риска развития психоза по сравнению с подходами других исследователей имеет лучшие показатели чувствительности и негативной предикторной значимости. Так, использование наиболее чувствительных из имеющихся критериев COPER (на основании базисных симптомов) позволяет достичь чувствительности 87% при специфичности 54% (F.Schultze-Lutter, 2007).

В нашем исследовании мы применили метод пропорциональных рисков Кокса для создания модели. В итоговую модель вошло 3 переменных:

- «необычное содержание мыслей», («bizarre» идеи, т.е. бредовое настроение, идеи отношения, сделанные мысли, чувства, действия; вкладывание, отнятие, трансляция, открытость мыслей) [B=0,524; p=0,014; Exp (B)=1,69],
- «нарушения восприятия» (иллюзии, галлюцинации) [B=0,47; p=0,002; Exp (B)=1,60] и
- «нарушение ролевого функционирования» (нарушение посещаемости работы / учебы, снижение результативности повседневной деятельности) [B=0,405; p=0,001; Exp (B)=1,50].

Оценка переменных производится в соответствии со шкалой CAARMS от 0 до 6. Две первые переменные относятся к позитивным симптомам, последняя – к поведенческим изменениям. Exp (B) представляет собой спрогнозированное изменение риска при изменении значения независимой переменной на единицу. То есть увеличение показателя «Необычное содержание мыслей» на единицу приводит к увеличению риска развития психоза в 1,69 раз и т.д.

Помимо показателя перехода в психоз, нами также оценивался показатель «динамика состояния», который подразумевал ухудшение состояния не только за счет развития психоза, но и за счет снижения показателей психосоциального функционирования. Модель, созданная для показателя динамики состояния, включала 3 переменные:

- «необычное содержание мыслей» [B=1,1; p<0,001; Exp (B)=3,0];
- «нарушения восприятия» [B=0,358; p=0,029; Exp (B)=1,43] и
- носительство S аллеля полиморфного локуса гена 5-HTTLPR [B=1,425; p=0,028; Exp (B)=4,16].

Первые две переменные вошли как в модель для оценки риска развития психоза, так и в модель для оценки динамики состояния в целом. Последняя переменная отражает большую вероятность ухудшения состояния у носителей генотипов SS и SL гена белка-переносчика серотонина. Данная модель показывает, что тенденция к улучшению состояния вероятна в отсутствие ослабленных позитивных симптомов (нарушений мышления и восприятия) а также с учетом генетических особенностей (генотип LL полиморфного локуса гена 5-HTTLPR).

Таким образом, модель мультивариантной предикции психоза по результатам нашего исследования включает как наиболее значимые переменные симптомы необычного содержания мыслей, нарушений восприятия и нарушений ролевого функционирования. Для динамики состояния также велика была значимость носительства S аллеля полиморфного локуса гена 5-HTTLPR.

ДЕПРЕССИИ И РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Смулевич А.Б., Брико Н.И., Андрющенко А.В., Романов Д.В., Шуляк Ю.А., Бражников А.Ю., Герасимов А.Н., Мелик-Пашаян А.Э., Миронова Е.В.

Москва, Ереван, Армения
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
НЦПЗ,
ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ,
Ереванский ГМУ им. М. Гераци

Актуальность. В рамках концептуализации соотношений депрессий и неаффективных психопатологических расстройств (НПР) в настоящее время реализуются два полярных подхода, дифференцирующихся в зависимости от оценки (признания/отрицания) нозологической дихотомии эндогенных психозов в целом. Истоки первого из подходов относятся ко времени построения первых развернутых систематик психических заболеваний (Griesinger W., 1845; Schule H., 1886; Kraepelin E., 1899), предполагавших последовательную градацию психических расстройств, в которой депрессии отводилось место среди нарушений легких психопатологических регистров, в то время как неаффективные синдромы в большинстве своем (за исключением неврастении) относились к более тяжелым психопатологическим расстройствам. Это положение позднее получило развитие в нозологически ориентированных отечественных систематиках (Снежневский А.В., 1974, 1983; Тиганов А.С., 1999, 2012), предполагающих отграничение аффективных синдромов, выступающих в рамках МДП от более тяжелых психопатологических образований, относящихся к регистрам шизофрении.

Концептуализация обсуждаемой проблемы в рамках второго подхода связана с пересмотром парадигмы E. Kraepelin и исходит из положения о том, что депрессия наряду с аффинитетом к патологии легких психопатологических регистров, обнаруживает тенденцию к интеграции с синдромами прогредиентного эндогенного процесса (Deister A., Mцller H.J., 1998; Jablensky A., 2000; Љkodlar B., 2009; Birchwood M., 2012; Freeman D. et al., 2013). При этом формируется общее пространство «аффект-симптомов», в пределах которого удельный вес

аффективных расстройств нарастает пропорционально тяжести и длительности течения шизофрении.

Специально спланированных исследований, направленных на верификацию указанных концепций на современном методологическом уровне, не проводилось. Соответственно, сформулирована цель настоящего клинико-эпидемиологического исследования: определение структуры соотношений депрессии с НПР шизофренического спектра, направленное на подтверждение/опровержение/интеграцию приведенных выше концепций.

Материалы и методы. Выборка исследования сформирована на базе ГПКБ №1 им. Н.А. Алексеева (главный врач к.м.н., Ю.А. Шуляк) в два этапа. На первом (пилотном) – экспертами-психиатрами при личном интервью осуществлен набор клинической группы (91 пациент; 51 муж., 40 жен.), которая на втором этапе за счет контент-анализа медицинской документации была расширена до 705 наблюдений сплошной клинико-эпидемиологической выборки (494 муж., 211 жен.), объединившей всех пациентов, госпитализированных в 5 клинических отделений (2 мужских, 2 женских, 1 смешанное) за период с 1 февраля по 30 июня 2014 г. При этом учитывались расстройства/синдромы не только на момент госпитализации, но и в течение жизни (ретроспективно), как у больных, страдающих депрессивными расстройствами, так и без таковых.

Результаты. Частота (распространенность) депрессии в выборке исследования (n=750) на момент госпитализации составила 40,3%, в течение жизни – 56,0%. Долевое распределение в зависимости от нозологической принадлежности расстройства свидетельствует о репрезентативности выборки в отношении охвата широкого круга расстройств, в т.ч. тяжелых психопатологических регистров (шизофрения – 51,6%, органическая патология – 17,3%, зависимость от ПАВ – 17,1%, аффективное заболевание – 7,7%, расстройства личности, пограничная патология, расстройства адаптации – 6,3%).

Сравнение с помощью таблиц сопряженности (2x2) соответствующих частотных пар (НПР при депрессии/НПР без депрессии) показало, что частота астении, ТФР, ОКР, СФР при депрессии статистически значимо выше, чем частота этих НПР среди больных без депрессии: 20,8% vs. 8,1%, 9,9% vs.1,9%, 1,8% vs. 0,7%, 20,1% vs. 5,5% соответственно. Частота паранойяльного синдрома при депрессии и без нее статистически значимых различий не обнаружила (4,6% vs. 5,2%). Напротив, частота галлюцинаторно-параноидного и парафренного синдромов, абулических симптомокомплексов при депрессии оказалась статистически значимо ниже, чем их частота среди больных без депрессии: 30,3% vs. 50,6% и 1,4% vs. 5,7%, 7,0% vs. 16,6%, соответственно.

Полученные пары частот позволили для каждого сочетания «НПР –депрессия» определить силу и направление связи (корреляционный анализ; k – коэффициент корреляции) дифференцировано для показателей распространенности в течение жизни и на момент обследования. Так, астения, ТФР и СФР статистически значимо ($p<0,05$) положительно коррелировали с депрессией как в течение жизни (k=0,15; 0,19; 0,21), так и на момент обследования (k=0,18; 0,15; 0,19), что указывает на стойкий аффинитет («агонизм») депрессии к указанным симптомокомплексам. ОКР, обнаруживая статистически значимую ($p<0,05$) положительную корреляцию с депрессией в течение жизни (k=0,10), при расчете коэффициента корреляции на момент обследования (k=0,06) теряет статистическую значимость, однако сохраняет направление связи – положительная корреляция. Паранойяльный синдром как в течение жизни (k= -0,001), так и на момент обследования (k= -0,013) обнаруживает статистически не значимую минимальную отрицательную корреляцию с депрессией – предположительно, «случайный» характер связи («инертность»). Галлюцинаторно-параноидный и парафренный синдромы, а также апатическое слабоумие как в течение жизни (k= -0,049; -0,032; -0,128), так и на момент обследования (k= -0,227; -0,124; -0,139) обнаруживают отрицательную корреляцию с депрессией – антагонизм (репульсия или «отталкивание»). Причем сила такой отрицательной корреляционной связи со временем нарастает.

Обсуждение. Согласно результатам настоящего исследования депрессия наблюдается при расстройствах всех психопатологических регистров от астении до парафренных и апатоабулических состояний, что, казалось бы, соотносится с представлениями сторонников концепции универсальности аффективных расстройств, сохраняющих актуальность на всем протяжении эндогенного процесса (Birchwood M., 2012). Однако, исходя из полученных данных, структура соотношений депрессии с НПР неоднородна. Ассоциация (связь) депрессии с НПР неравнозначна и разнонаправлена, что определяет либо аффинитет (агонизм); либо отсутствие избирательности взаимодействия (инертность); либо репульсию (антагонизм) соответствующих симптомокомплексов. То есть, (в отличие от представлений M. Birchwood) значимость депрессивных расстройств по мере нарастания тяжести НПР (утяжеления регистров), напротив, снижается, что совместимо с концепцией первого подхода E. Kraepelin – А.В. Снежневского о регистрах и дихотомии аффективных и прогредиентных психозов.

Что же касается депрессий, выступающих, хотя и в минимизированном виде, в психопатологическом пространстве шизофрении, то можно предположить, что эффект присутствия аффективных расстройств является функцией уровня активности процесса. Соответственно, аффективные расстройства, выступающие в клинике шизофрении, свойственны определенным – близким к стабилизации – этапам траектории эндогенного заболевания. Если на этапах прогредиентного течения болезненный процесс реализуется симптомокомплексами тяжелых психопатологических регистров, нивелирующих, «отталкивающих» аффективные синдромы, то при минимальной активности, либо стабилизации процесса (продром, становление ремиссии, резидуальные состояния) ситуация меняется. При условии формирования в рамках облигатных составляющих психоза -завершенных психопатологических феноменов, не обнаруживающих признаков дальнейшего усложнения симптоматики и не подверженных вместе с тем полному обратному развитию, динамика процесса может реализоваться за счет проявлений более легких (в том числе аффективных) регистров.

Исследование выполнено при поддержке грантов РФФИ № 13-01-00610 и № 15-54-05073

СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Усов Г.М., Халикова А.Р.

Омск
Омский ГМУ

Цель исследования: выявление особенностей больных шизофренией, употребляющих психоактивные вещества, для оптимизации адресных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. В отделении первого психотического эпизода БУЗ Омской области «Клиническая психиатрической больница им. Н.Н. Солодникова» было обследовано 127 больных шизофренией. Диагноз психического расстройства устанавливался в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Критериям первого психотического эпизода соответствовали длительность заболевания не более пяти лет

и наличие не более трех госпитализаций в анамнезе (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010). В соответствии с поставленной задачей пациенты были разделены на 2 группы: основную группу составили 62 пациента, имевшие в анамнезе употребление наркотических веществ, группу сравнения – 65 пациентов без их употребления. Пациенты обеих групп не имели существенных различий по полу (78% мужчин в основной группе и 63% – в группе сравнения), возрасту (медиана возраста пациентов основной группы 25 лет, группы сравнения – 24 года) и образованию (неполное среднее, среднее и средне-специальное образование имели 56% пациентов основной группы и 54% пациентов группы сравнения; неполное высшее и высшее образование было у 44% больных основной группы и у 46% пациентов группы сравнения). Среди пациентов основной группы преобладали лица с единичными пробами наркотических средств (26 чел., 42%); эпизодическое и систематическое их употребление без признаков синдрома зависимости встречалось с одинаковой частотой (по 18 чел., 29%). Из наркотических веществ пациенты основной группы наиболее часто употребляли каннабиноиды. Значительно реже отмечалось злоупотребление опиоидами и несколькими психоактивными веществами. Объективизация данных, полученных в ходе клинического интервью, проводилась с помощью Шкалы PANSS (Kay S.R., Fiszbein A., Opler LA., 1987). Анализ полученных данных осуществлялся с помощью описательной статистики и критерия Манна-Уитни (U). Нулевая гипотеза отвергалась при вероятности ошибки ($p<0,05$. Сравнение качественных показателей производилось при помощи критерия Пирсона ($\chi 2$); в случаях, когда ожидаемые частоты в ячейках таблицы сопряженности были меньше 5, использовался точный критерий Фишера.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ двух групп больных позволил выявить более частое употребление не только наркотических, но и прочих психоактивных веществ в основной группе. Статистически значимые межгрупповые различия были обнаружены по систематическому курению табака – 49 чел. (79%) в основной группе и 22 чел. (33,8%) в группе сравнения ($p=0,000$) и систематическому употреблению алкоголя – 21 чел. (34%) в основной группе и 3 чел. (5%) в группе сравнения ($p=0,000$). Выраженность личностных девиаций достигала уровня психопатии значительно чаще в основной группе (17 чел., 27%), чем в группе сравнения (8 чел., 12%), $p=0,032$. К уголовной ответственности также привлекалось значительно больше пациентов в основной группе (13 чел., 21%), чем в группе сравнения (1 чел., 1,5%), $p=0,0004$.

По материальному и семейному положению существенных различий между пациентами двух групп выявлено не было: большинство обследованных пациентов в браке не состояли, проживали с родителями (84%) и имели доход менее 0,5 от прожиточного минимума в месяц. В семьях пациентов основной группы преобладали конфликтные отношения (45%), а в семьях больных группы сравнения – формальные (75%), $p=0,005$. Среди пациентов с употреблением наркотических веществ неработающих было значительно больше (43 чел., 69%), чем в группе сравнения (30 чел., 46%), $p=0,008$. Можно предположить, что одной из причин столь неблагоприятных в социальном аспекте характеристик пациентов основной группы являются преморбидные проявления выраженных личностных аномалий.

Существенных различий по наследственной отягощенности среди пациентов двух групп выявлено не было. В обеих группах преобладала наследственная отягощенность по линии отца по алкоголизму и наркоманиям: 20 случаев (32%) в основной группе и 17 случаев (26%) в группе сравнения, $p=0,19$. На втором месте по частоте была отягощенность сердечно-сосудистой патологией по отцовской и материнской линиям пациентов (около 6%). Отягощенность по шизофрении встречалась с одинаковой частотой (около 5%) в обеих группах по материнской, отцовской и линии сибсов. Сопутствующая соматическая патология встречалась статистически значимо чаще у пациентов основной группы ($p=0,0035$). Наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, вирусные гепатиты и кожно-венерические заболевания. Индекс массы тела у пациентов основной группы (Me1=21,05 кг/см2) был статистически значимо ниже, чем у пациентов группы сравнения (Me2=22,3 кг/см2), $p=0,045$. Дефицит массы тела (с индексом менее 19 кг/см2) был выявлен у 23% больных основной группы. Более низкие показатели массы тела у пациентов основной группы могут отражать их соматическое нездоровье.

У пациентов обеих групп в качестве ведущего синдрома чаще отмечался галлюцинаторно-бредовый. Однако в основной группе больных несколько чаще встречалась маниакально-бредовая симптоматика (различия между группами приближались к статистически значимым, $p=0,073$), также чаще встречались психопатоподобные расстройства и дисфорические реакции ($p=0,008$). Балльные значения психопатологической симптоматики по шкале PANSS были выше по всем подшкалам симптомов у пациентов основной группы (позитивная симптоматика – Me1 (медиана значений в основной группе)=26 баллов, Me2 (медиана значений в группе сравнения)=25 баллов, негативная симптоматика – Me1=23 балла, Me2=22 балла, общая психопатологическая симптоматика – Me1=54 балла, Me22=51 балл), но различия между группами не достигли уровня статистической значимости.

Среди побочных эффектов антипсихотической терапии в основной группе пациентов наиболее часто встречалось повышение уровня трансаминаз (у 15% больных), в группе сравнения лабораторные показатели трансаминаз находились в пределах нормы ($p=0,001$). Данный факт, на наш взгляд, свидетельствует о предшествующей хронической нагрузке на печень у пациентов основной группы вследствие злоупотребления психоактивными веществами. Остальные нежелательные эффекты терапии (чрезмерная седация, экстрапирамидные расстройства, увеличение массы тела более чем на 1 кг в месяц, галакторея) встречались примерно с одинаковой частотой у пациентов обеих групп.

Выводы. В результате исследования были выявлены следующие особенности больных шизофренией, ранее употреблявших наркотические вещества: более частое употребление других психоактивных веществ (табак и алкоголь), отсутствие постоянной работы, конфликтные отношения в семье, судимости, психопатии, более частые соматические расстройства, более низкий индекс массы тела, повышение уровня трансаминаз в ответ на антипсихотическую терапию, более частая встречаемость маниакально-бредовой симптоматики, психопатоподобных и дисфорических реакций. Выявленные особенности мы учли при разработке лечебно-реабилитационных рекомендаций для данной категории пациентов. Нами был предложен ряд дополнительных мероприятий при оказании им психиатрической помощи: консультации врача психиатра-нарколога, своевременная диагностика и лечение соматической патологии, углубленное психообразование по вопросам здорового образа жизни, назначение корректоров поведения в комплексе с антипсихотической терапией, регулярный мониторинг трансаминаз со своевременной коррекцией терапии и, при необходимости, назначением гепатопротекторов.

РАННЯЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УРГЕНТНЫХ ПРИСТУПОВ ШИЗОФРЕНИИ КАК ОСНОВА УСПЕШНОЙ ТЕРАПИИ

Цыганков Б.Д.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

На протяжении последних 20 лет в психиатрическую практику было внедрено значительное число новых нейролеп-

тических средств, объединенных под названием атипичные нейролептики (АН). Ожидаемым преимуществом этого класса по сравнению с типичными нейролептиками предполагалось развитие в процессе терапии больных шизофренией меньшего числа побочных эффектов и осложнений. В связи с тем, что экстрапирамидные расстройства при лечении АН представлены незначительно, предполагалась их эффективность в лечении больных фебрильной шизофрении и низкая вероятность развития злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС). Однако, клиническая практика показала, что применение АН как и ТН утяжеляет течение фебрильных психозов независимо от их генеза и может привести к развитию нейролептического осложнения (ЗНС).

В связи с вышеперечисленным, сохраняется необходимость соблюдать клинико-патогенетические подходы к диагностике и терапии фебрильных (ургентных) приступов шизофрении, разработанные в конце 80 годов XX столетия. (Цыганков Б.Д. 1994)

Выявленные клинико-психопатологические особенности течения приступов фебрильной шизофрении (ФШ) у 71 больного заключались в том что развитию ФШ в редких случаях предшествовал продромальный период с преимущественно астеническими расстройствами. Наряду с астеническими расстройствами имели место соматопсихические, гриппоподобные нарушения.

Фебрильный приступ развивался крайне остро с быстрым достижением пика развития шизоаффективного приступа. Дофебрильный период был коротким, в среднем 3,1±0,6 дня. В одних случаях он характеризовался аффективно-бредовой дереализацией и деперсонализацией, чаще же приступ манифестировал сразу же с кататонического возбуждения. Преобладало растерянно-патетическое возбуждение, импульсивное, гебефреническое и немое.

Течение приступов, осложненных ЗНС у 67 больных, имело ряд характерных отличий от течения приступов фебрильной шизофрении. Дофебрильный период в группе больных с ЗНС был значительно продолжительнее. Развитию приступа, осложненного ЗНС, чаще свойственен был инициальный период, в основном определяющийся аффективными колебаниями, астеническими, соматопсихическими расстройствами. Длительность продромального периода не превышала 7 дней.

Течение приступов шизофрении, предшествующее развитию ЗНС, у наблюдаемых больных в целом было довольно типичным (для приступообразно-прогредиентной и периодической форм течения шизофрении) ЗНС развивался в основном у больных при остром депрессивно-параноидном синдроме в различные сроки лечения нейролептиками (от 4 до 120 дней) на различных этапах регредиентного течения приступа. В ряде наблюдений развитию ЗНС предшествовали маниакально-бредовые состояния, в том числе и острая парафрения.

Первым признаком ЗНС, возникающим обычно еще до проявления лихорадочной реакции, было появление или усиление выраженности побочных экстрапирамидных симптомов, которые проявлялись как признаки акинетогипертонического синдрома. Возникновение ЗНС совпадало с резким обострением психопатологической симптоматики приступа по типу экстрапирамидно-психотического обострения. Фебрильный период ЗНС совпадал с появлением кататонических расстройств, которые становились ведущими в структуре приступов. Сочетание кататонической и экстрапирамидной симптоматики являлось характерной чертой, важной для ранней диагностики.

Наиболее редким и тяжелым нейролептическим осложнением, тесно связанным с фармакогенным фактором, у 26 больных явилась генерализованная аллергическая реакция (ГАР). Среди изучаемых ольных с развитием ГАР буллезный дерматит, представлявший собой облигатный критерий для отнесения больных к данному осложнению, возник и существенно утяжелил заболевание у (12,5%) больных ФШ. Исследование показало, что у этих больных в течение длительного времени, в среднем 14,8±3,9 дней, проводили нейролептическую терапию в фебрильном периоде приступа. Там, где при ФШ нейролептическая терапия в указанном периоде не проводилась, ни в одном случае не было отмечено развития буллезного дерматита. Приступы ФШ, осложненные буллезным дерматитом, большей частью являлись повторными, со значительным периодом лечения нейролептиками и в предшествующих приступах.

Вторую подгруппу составляли больные с нефебрильным течением приступов до развития ГАР (19,2%) от числа всех больных с нейролептическими осложнениями в данном исследовании. В предшествующих приступах, до развития ГАР, у больных отмечалась плохая переносимость психофармакотерапии с быстрым появлением, несмотря на корректоры, экстрапирамидных побочных эффектов, транзиторных экстрапирамидно-психотических обострений, кожных аллергических реакций, исключая буллезные. Течению приступов до ГАР были свойственны закономерности, характерные в 1-й подгруппе для больных фебрильной шизофренией, а во 2-ой подгруппе- для больных с ЗНС. Исходя из этого, можно считать, что ГАР и ее специфическое проявление – буллезный дерматит – может в равной степени включаться в клиническую картину обоих фебрильных состояний – ФШ и ЗНС. Буллезные высыпания возникали в различные сроки от 3 до 30 дней с момента развития ГАР и появления температуры. С появлением булл в обеих подгруппах стирались различия в психопатологической динамике приступов.

Нарушения в соматической сфере у больных с ФШ, ЗНС и ГАР оказались многообразными, взаимосвязанными между собой и с психопатологическими проявлениями фебрильных приступов, причем, характер взаимосвязей практически не зависел от генеза фебрильных приступов. На основании клинических и лабораторных данных были выделены следующие основные синдромы: вегетативный, водно-электролитный, гемодинамический, кардиоваскулярный и метаболический, отмечаемые в соматической сфере в динамике развития фебрильного приступа.

В настоящем исследовании была применена новая терапевтическая тактика ведения больных с фебрильными приступами с учетом получения данных о их патогенезе и характере нарушений в соматической сфере. Основное воздействие в фебрильный период приступа было направлено на коррекцию конкретных нарушений в соматической сфере с использованием методов интенсивной инфузионной терапии и экстракорпоральной детоксикации при полном отказе от применения нейролептиков. У больных с ЗНС и ГАР дополнительно проводилась терапия, направленная на коррекцию экстрапирамидных расстройств с использованием форсированного диуреза, холинолитических корректоров, ноотропов. С появление булл к проводимой терапии присоединялись кортикостероидные препараты (ограниченность в показаниях кортикостероидов связана с их иммунодепрессивным действием), десенсибилизирующая терапия. Наряду с этим в ряде случаев проводилась ЭСТ. Для правильного ведения больных необходимо использовать выявленные в исследовании клинические и биологические предикторы, позволяющие прогнозировать развитие фебрильных приступов как спонтанных, так и ятрогенных, а также правильно их квалифицировать. Кроме того, как показало исследование, адекватность и эффективность проводимых терапевтических мероприятий у психически больных с ургентными состояниями может быть обеспечена только при создании организационных условий для интенсивной терапии.

КЛИНИКА ЗАТЯЖНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫХ ПРИСТУПОВ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

Цыганков Б.Д., Рыжухинская А.В.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. Несмотря на благоприятное влияние психофармакотерапии на течение расстройств шизофренического сектора, отмечаются и отрицательные стороны психофармакотерапии у больных с приступами шизоаффективной структур (Цыганков Б.Д 1979; Сумарукова М.А. 2014). Неадекватное применение психотропных средств, приводит к тенденциям затягивания приступов, стиранию граней между приступом и ремиссией за счет «фиксирующего» действия нейролептиков, препятствующих полной редукции психопатологических расстройств (Цыганков Б.Д. 2008;). Это привело к увеличению роста числа длительно текущих шизоаффективных расстройств (ШАР) (Andereas Marneros;Hagop S.Akiskal 2009). По данным Демчевой Н.К. (2014),за последние 15 лет распространенность больных с ШАР и аффективными психозами с неконгруентным аффекту бредом остается в пределах 17 на 100 тыс. населения. Появление тенденций к непрерывному и неблагоприятному течению ШАР вступает в определенное противоречие с критериями современной классификации расстройств шизофренического спектра, что еще больше усложняет диагностику и адекватный подбор терапии. По мнению ряда авторов (Цыганков Б.Д; Агасарян Э.Г 2006), в последнее время данные о способности атипичных антипсихотиков полностью редуцировать психотическую симптоматику остаются противоречивыми. Во многих случаях применения атипичных антипсихотиков происходит лишь частичное смягчение острых психопатологических расстройств без достижения полной ремиссии. При этом в клинической картине сохраняется субпсихотическая симптоматика, что ведет к нарушению адаптации больных в социуме. Целью исследования стало изучение клинических особенностей формирования затяжных приступов у больных ШАР в условиях терапии атипичными нейролептиками. Материалы и методы. На данный момент в исследование было включено 23 пациента находившиеся на стационарном и амбулаторном лечении в ГКУЗ МО ЦКПБ получавших терапию атипичными нейролептиками. Критерии включения: наличие информационного согласия, возраст больных от 18 до 60 лет, пациенты с диагном F 25, выставленным в соответствие критериям МКБ-10, с неустойчивой ремиссией ШАР в течение одного календарного года, а так же пациенты с сохраняющейся более чем 3 месяца с психотической, субпсихотической и аффективной симптоматикой, после интенсивного лечения ШАР. Основными методами реализации задач являлись клинико-психопатологичекий и клинико-анамнестический. Больные были разделены в соответствии с получаемой антипсихотической терапии на три группы. Результаты: I группа – 8 человек, до начала наблюдения получали терапию с применением атипичных нейролептиков, средняя продолжительность госпитализации больных составила 81,0±4,2 дня; средняя продолжительность ремиссии составила 98,1±6,3 дня; II группа – 9 человек, до начала наблюдения получали терапию в виде комбинации атипичных и типичных нейролептиков, средняя продолжительность госпитализации составила 71,0±5,1 дней; средняя продолжительность ремиссии составила 92,3±6,3 дня. III группа сравнения – 6 человек, получали типичные нейролептики, средняя продолжительность госпитализации составила 40,5±7,6 дней; средняя продолжительность ремиссии составила 465,1±31,0 дней. Следует отметить, что у больных в первой группе после редукции острой психотической симптоматики наблюдалось превалирование остаточных тревожных, бредовых и аффективно бредовых симптомов. У больных второй группы преобладали субдепрессивные и депрессивные нарушения, а также выявлялись неглубокие аффективно-бредовые расстройства. У больных третий группы часто наблюдались неврологические нарушения, а так же субдепрессивные и депрессивные симптомы. Как в первой, так и во второй группе в межприступный период отмечалось более значительное снижение социально-трудовой адаптации, в сравнение с третий группой пациентов. Выводы: На основание полученных результатов, мы можем сделать вывод, что во многих случаях применения атипичных антипсихотиков приводит к частичной редукции шизоаффективного приступа и способствует формированию затяжного варианта течения ШАР с сохранением остаточных аффективно-бредовых симптомов, что в свою очередь, вызывает увеличение числа повторных госпитализаций, из-за обострения симптомов психоза, а также к снижению социально-трудовых показателей у данных больных.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шарипова Ф.К., Полвонов Р.О.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Особенности проявлений дефицитарной симптоматики являются основополагающими при диагностике болезни, а также напрямую связаны с лечением и реабилитацией, поскольку имеют отношение к мотивации больного на восстановление своего психического здоровья (Смулевич А.Б., 2007), однако специальные исследования в этой области немногочисленны, а в последние годы единичны (Смулевич А.Б., 2007; Шипилин М.Ю., 2001). Шизофрения, как тяжелое прогрессирующее заболевание является наиболее частой причиной инвалидизации психических больных, оказывает влияние не только на благополучие семьи больного, но и на медицинскую и социальную сферу обслуживания и все общество в целом (Мосолов С.Н., 2002).

Цель исследования – изучение клинико-динамических особенностей негативных расстройств у больных параноидной шизофренией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 15 больных с параноидной шизофренией. Использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, патопсихологический методы исследования (шкала PANSS).

Результаты исследования. У 43,4% больных расстройства в эмоциональной сфере проявлялись субъективно ощущаемым снижением интереса к разным сторонам жизни, эмоциональной сопричастности и сопереживания внешним событиям. 32% обследуемых больных характеризовались ограничением круга эмоциональных контактов, признаками аутизма в эмоциональной сфере, эмоциональной монотонностью, стереотипностью, обедненностью, невыразительностью мимики и жестикуляции. Больные испытывали интеллектуальные затруднения, быстро истощались при выполнении привычных нагрузок, у них отмечалось сужение объема выполняемой ассоциативной деятельности. Эмоциональная уплощенность, холодность (вплоть до тупости) отмечалось у 24,6% больных.

Выводы. По мере утяжеления клинической картины эндогенного процесса и нарастания его прогредиентности происходит усложнение клинической картины негативной симптоматики, увеличение глубины поражения эмоциональных, волевых, ассоциативных функций, нарастание качественных изменений (симптомов «искажения»).

КОМОРБИДНОСТЬ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОПОДОБНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Щербакова И.В., Крылатых В.Ю.

Москва
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Тревожные расстройства (ТР) относятся к наиболее распространенным проявлениям непсихотических психических заболеваний и представляют серьезную медицинскую и социальную проблему. Важным аспектом этой проблемы является длительный, персистирующий характер ТР и высокий уровень коморбидности с депрессивными нарушениями. По данным эпидемиологических исследований у 60-83% пациентов с ТР выявляется сопутствующая депрессия (Мосолов С.Н.,2007). Смешанные тревожно-депрессивные состояния имеют менее благоприятный клинический и социальный прогноз, чем изолированные тревожные или депрессивные расстройства.

Разнообразные ТР: панические атаки, фобии, обсессии, генерализованная тревога достаточно часто встречаются в клинике псевдоневротической шизофрении. Хронический характер заболевания, патогенетическая близость тревоги и депрессии, известная слабая приверженность к лечению и низкое качество жизни таких пациентов создают условия формирования смешанных тревожно-депрессивных состояний.

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось: изучение коморбидности тревожных и депрессивных нарушений у больных псевдоневротической шизофренией с тревожно-фобическими расстройствами.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Центра Ментального Здоровья «Альянс» в Москве. Под наблюдением находились 34 амбулаторных пациента (женщин – 30, мужчин – 4), средний возраст больных составил 29,8±7,8 лет. Клиническая диагностика проведена в соответствии с Международной классификацией болезней 10 – го пересмотра (МКБ-10, класс V, «Психические и поведенческие расстройства»). Всем обследованным больным выставлен диагноз F21.3: псевдоневротическая шизофрения с тревожно-фобическими расстройствами.

Длительность заболевания варьировала от 3 до 5 лет, в среднем: 3,87±0,82 года.

Заболевание развилось спонтанно. В клинической картине доминировали панические атаки, которые сопровождались выраженной вегетативной симптоматикой, явлениями деперсонализации, чувством неясной угрозы, нарушениями мышления по типу путаницы мыслей, страхом смерти (64,71%), сумасшествия (23,53%), утраты контроля над собой, страха совершения агрессивных действий в отношении окружающих (11,76%). С течением болезни панические приступы становились более длительными (сутки), менее острыми, нередко больные отмечали, что «привыкли» к ним. В промежутках между приступами сохранялась диффузная тревога, фобофобия, явления соматопсихической хрупкости. Постепенно, с течением болезни психопатологическая симптоматика расширялась за счет присоединения других расстройств невротического уровня: астенических (24%), агорафобии (18%), навязчивых (навязчивое самонаблюдение, защитные ритуалы (32,67%), социальных фобий (8,82%), сенесто-ипохондрических нарушений (5,88%).

Наряду с этим, отмечалась дефицитарная симптоматика в виде ослабления эмоционального резонанса, отсутствия элементов борьбы с симптомами ТР, аутизации, ограничения социального функционирования, в ряде случаев – социальной самоизоляции; а также нарастании сенситивности, ангедонии.

Основными методами исследования служили клинико-психопатологический и психометрический метод. Использовали следующие стандартизированные психометрические шкалы: Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-21, Hamilton M., 1967); Гамильтона для оценки тревоги (HARS, Hamilton M., 1959), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД, Zigmond AS, Snaith RP., 1983). Статистическая обработка результатов производилась на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ Microsoft Excel, с вычислением средних значений (M), стандартного отклонения от среднего (δ).

Результаты. Выраженность тревоги по шкале HARS в группе составила в среднем 29,22±7,69 баллов. У 22 пациентов (64,7%) выявлена сопутствующая депрессивная симптоматика. Тоскливый аффект сочетался с идеями собственной малоценности, неуверенности в себе, ощущениями безрадостности, нестойкими суточными колебаниями, анорексией, инсомнией. Подавленное настроение усугублялось головными болями, неприятными ощущениями в области сердца. В данной подгруппе пациентов уровень тревоги по шкале HARS достигал 22,74±3,45 баллов, а усредненное значение по шкале HDRS – 15,4±3,7 баллов, что соответствовало уровню депрессии при малом депрессивном эпизоде. Значительная интенсивность тревоги и депрессии регистрировалось и по самоопроснику ГШТД. По субшкалам ГШТД тревожная симптоматика оценена в 15,72±3,92 баллов, депрессивная – в 10,54±2,84 балла. В ряде случаев пациенты отмечали нестойкие суицидальные мысли в анамнезе или в настоящее время (8 человек – 36,36%). При этом ни один их обследуемых активных суицидальных намерений не высказывал и не предпринимал ранее. У половины пациентов мысли о суициде провоцировали тяжелые тревожные симптомы, невозможность справиться с паническими атаками. Результаты тестирования по шкале ГШТД выявили преобладание симптомов тревоги (13,51±1,97 баллов) над симптомами депрессии (10,83±1,65 баллов). У другой половины больных главным провоцирующим фактором было чувство тоски и безысходности, что находило отражение в структуре ГШТД, в виде доминирования симптомов депрессии (14,62±1,53 баллов) над тревогой (12,56±2,84 баллов).

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствует о частом сочетании тревожно-фобической и субсиндромальной депрессивной симптоматики у обследованных больных. Эти данные следует учитывать в практической деятельности, в связи с известными негативными последствиями коморбидности тревоги и депрессии. В ряде исследований установлено, что депрессия дистимического уровня при ассоциации с тревожными расстройствами усугубляет тяжесть клинических проявлений, повышает резистентность к лечению, ограничивает социальное функционирование (Барденштейн Л.М., 2000). Кроме того, можно полагать, что смешанные тревожные и депрессивные нарушения увеличивают суицидальный риск: в нашем исследовании суицидальные мысли провоцировали как тревожные, так и депрессивные переживания.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о наличии клинически значимых депрессивных нарушений в структуре психопатологических расстройств неврозоподобной шизофрении с тревожно-фобическими расстройствами. Процент коморбидности тревоги и депрессии составил 64,7%. Выявление депрессивной симптоматики у больных данного контингента предполагает комплексную фармакотерапию, главным компонентом которой должны выступать тимоаналептики.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У ЖЕНЩИН, СОВЕРШИВШИХ АГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Якубова М.А.

Ташкент
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Быстрый рост в последние годы исследований социальных аспектов жизни женщин увеличил и интерес к причинам совершаемых ими преступлений. В частности, возрос интерес к проблеме агрессивных правонарушений, совершаемых женщинами (Макушкин Е.В., 2006). Анализ литературных данных показывает, что проблема агрессивного поведения женщин с психическими расстройствами сложна и многогранна, в ней можно выделить несколько важных аспектов: клинический, социальный, юридический, судебно-психиатрический, каждый из которых нуждается в глубоком изучении (Дмитриева Т.Б., Сафуанов Ф.С., 2001; Кондратьев Ф.В., 2004).

Цель исследования – клинико-психопатологический анализ психических расстройств шизофрении у женщин, совершивших агрессивные действия.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 16 больных женщин шизофренией в возрасте 23-54 года, совершивших агрессивные действия против личности.

Результаты исследования. Основными синдромами в период совершения агрессивных действий были параноидный – 34,6%, галлюцинаторно-параноидный – 23,5%, психопатоподобный – 29,6%, депрессивный – 29,6%. Совершению агрессивных действий в 40,7% предшествовали конфликтные отношения в семьях с проявлениями агрессии и насилия. При депрессивно-параноидном синдроме агрессивные действия совершались на высоте депрессивного аффекта, сформировавшихся бредовых идей. При галлюцинаторно-параноидном синдроме агрессивные действия совершались на высоте бредовых переживаний, который сопровождался большим аффективным напряжением. При психопатоподобном синдроме уже инициальный период болезни характеризовался отчетливыми нарушениями всего психического склада личности: утрачивались прежние интересы, происходило резкое обеднение эмоциональной сферы – больные становились черствыми, грубыми, жестокими, указанные изменения личности неуклонно нарастали.

Выводы. Специфический для женщин комплекс психогенно-травмирующих переживаний обусловлен социально-психологическими различиями, сцепленными с полом, и выражается в особой значимости переживаний личного и внутрисемейного характера. Наиболее криминогенными являются бредовые синдромы. При этом, независимо от нозологической принадлежности, особенностью бреда у женщин является включение в бредовые переживания детей и внуков.

РАЗДЕЛ 23.
ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЭПИЛЕПСИЯ

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Абраменко Ю.В.

Тверь
Тверской ГМУ

Введение. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – комплекс прогрессирующих неврологических, когнитивных, эмоционально-аффективных и поведенческих нарушений, развивающихся вследствие нарастающей гипоперфузии ткани мозга и/или повторных эпизодов церебральной дисциркуляции и приводящих к нарушению социально-психологической адаптации больных (Яхно Н.Н., 2003). Когнитивные нарушения выявляются у большинства пациентов с ДЭ и в настоящее время интенсивно изучаются (Яхно и соавт., 2005; Локшина А.Б., Захаров В.В., 2006). Однако гендерным аспектам этих расстройств при ДЭ уделяется недостаточное внимание.

Цель работы: провести сравнительное исследование особенностей когнитивных нарушений у мужчин и женщин с ДЭ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 88 пациентов в возрасте 55-74 лет: 52 женщины и 48 мужчин (средний возраст соответственно 64,3 и 65,0 лет) с ДЭ, обусловленной артериальной гипертензией (АГ) и ее сочетанием с атеросклерозом. Пациенты были сопоставимы по уровню образования, социальному статусу и степени соматической отягощенности. Диагноз и стадии ДЭ устанавливали на основании общепринятых критериев (Дамулин И.В. и соавт., 2001). Обследование больных включало: 1) исследование соматического и неврологического статуса; 2) нейропсихологическое тестирование: краткую шкалу оценки психического статуса (КШОПС); батарею тестов для оценки лобной дисфункции (БТЛД), тест «5 слов», рисования часов, пробу Шульте; легкие когнитивные нарушения (ЛКН) и умеренные когнитивные расстройства (УКР) выявляли с использованием принятых в настоящее время критериев (Локшина А.Б., Захаров В.В., 2006; Petersen, R.S., Touchon J., 2005). При статистическом анализе использовались программы Microsoft Excel и стандартный пакет программ SPSS 13.0 for Windows.

Результаты исследований. Жалобы на ухудшение памяти женщины с ДЭ (72,2%) в целом предъявляли чаще мужчин (50,0%). Трудности отыскания вещей и нарушение ориентировки в незнакомой местности были более характерны для женщин (соответственно 63,9% и 37,5% при 45,8% и 20,8% у мужчин), тогда как трудности в подборе слов при разговоре и запоминании имен новых знакомых преобладали у мужчин (соответственно 45,8% и 83,3% при 15,3% и 59,7% у женщин). У мужчин чаще диагностировались УКР (69,4% при 46,2% женщин), у женщин – ЛКН (38,5% при 16,7% мужчин). Доля пациентов с ДЭ без когнитивных расстройств (КР) – как мужчин (13,9%), так и женщин (15,3%) – была приблизительно одинакова. Общая тяжесть КР по суммарному баллу КШОПС и БТЛД была выше у мужчин (соответственно 26,9 и 14,1 балла), чем у женщин (28,0 и 14,9 балла). Расстройства внимания (проба Шульте) и памяти (субтест КШОПС «память», тест «5 слов»: непосредственное и отсроченное воспроизведение, суммарный балл) были выражены в большей степени у мужчин (соответственно 56,8 сек; 1,9; 3,7; 3,3 и 6,9 балла), чем у женщин (соответственно 52,7 сек; 2,5; 4,4; 4,0 и 8,5 балла). Нарушения зрительно-пространственных функций (по тесту рисования часов) оказались более выраженными у женщин (7,5 балла) по сравнению с мужчинами (8,1 балла).

Выводы. У мужчин с ДЭ выявлены более отчетливые когнитивные расстройства (особенно нарушения внимания и вербальной памяти), а у женщин – более выраженные нарушения зрительно-пространственных функций, что обосновывает целесообразность проведения комплексной терапии хронической цереброваскулярной недостаточности с учетом пола.

ОРГАНИЧЕСКИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КОНТИНГЕНТЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Аксененко Л.А., Петрунько О.В., Иванова Л.В., Томашунас А.В.

Иркутск
ОГКУЗ Иркутская областная КПБ №1,
Иркутская ГМАПО

Органические психические расстройства представляют одну из наиболее значимых проблем современной психиатрии, что обусловлено большой их распространенностью как в популяции в целом, так и в психиатрической и общесоматической практике; хроническим, нередко прогредиентным течением, приводящим во многих случаях к инвалидизации больных. В последние годы тенденция к росту числа больных, имеющих органические психические расстройства, связана с масштабами патогенных экзогенных воздействий на население.

Цель исследования: изучение особенностей клиники, течения и терапии органических непсихотических расстройств в условиях пограничного отделения психиатрического стационара.

Материалы и методы. Проанализировано количество пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, госпитализированных в отделение №13 ИОКПБ №1 за 2010-2014 гг. Число пациентов с данной патологией варьировало от 229 человек в 2010 г. до 271 в 2014 г. Доля (в%) пациентов с органическими непсихотическими расстройствами от всех госпитализированных в отделение пациентов составила от 37,7% в 2011 г. до 41,1% в 2014 г., в среднем за пятилетний период – 40,3%.

Обследовано 50 пациентов (мужчин – 31, женщин -19) в возрасте от 22 до 83 лет (средний возраст 50,9±1,8 лет), которые находились в 2014 году на лечении в отделении пограничных состояний №13 ИОКПБ №1. Количество госпитализаций в стационар варьировало от 1 до 14, в среднем 5,1±0,5 госпитализаций. Длительность госпитализаций составляла от 4 до 61 дней, в среднем 31,1±1,9 дней.

Критерии включения в исследование: непсихотические расстройства, вызванные органическим поражением головного мозга различного генеза с диагностикой по МКБ-10: органическое эмоционально лабильное расстройство (F06.6) – 20%, органическое расстройство личности (F07.0) – 80%. Из исследования исключались пациенты с органическими психотическими расстройствами.

Большинство пациентов (68%) были городскими жителями, 32% – сельское население. По уровню образования пациенты распределились следующим образом: неполное среднее – 14%, среднее – 28%, средне-специальное – 42%, высшее – 16%. Подавляющее большинство пациентов (86%) являлись инвалидами: третьей группы инвалидности – 10%, второй – 66%, первой – 10%. Лишь 14% пациентов не имели инвалидности и продолжали трудовую деятельность. Большинство пациентов проживали с семьей – 72%, одни – 28%.

Результаты исследования. По генезу органического поражения головного мозга пациенты распределились: травматический фактор – 10,0%, сосудистый (дисциркуляторная энцефалопатия) – 16%, токсический (профессиональная ртутная интоксикация) – 2%, перинатальное поражение головного мозга – 2%. Подавляющее большинство пациентов (70%), имело сочетанный генез возникновения органических непсихотических расстройств, наиболее часто травматический – 31 чел. (в том числе повторные ЗЧМТ – 6 чел.), сосудистый – 30 чел., дисметаболический (гипоксия мозга, эндокринная патология) – 7 чел., перинатальный – 5 чел., нейроинфекционный – 2 чел., токсический (алкогольная зависимость) – 18 чел. (36%), в одном наблюдении в сочетании с каннабиноидной зависимостью.

Клиническая картина органических непсихотических расстройств представлена преимущественно (80%) смешанным вариантом психоорганического синдрома (астенический и эксплозивный), реже (20%) отмечен только один вариант психоорганического синдрома. У 22% отмечено наличие эпилептиформного синдрома.

У 90% пациентов регистрировались депрессивные жалобы, однако, клинически выраженные депрессивные нарушения (клиника астенической, тревожной, реже – апатической, тоскливой, дисфорической депрессии, которые требовали назначения антидепрессантов) отмечены у 54%. В единичном наблюдении выявлены циклотимоподобные аффективные нарушения. Более половины пациентов (58%) имели тревожные расстройства, их них в 6 наблюдениях с фобической симптоматикой (бесфабульная тревога, канцерофобия, танатофобия).

Подавляющее большинство пациентов (94%) предъявляли жалобы на расстройства сна, причем один вариант расстройства сна отмечен в 42%, из них ранняя инсомния – 57,1%, средняя – 38,1%, поздняя – 4,8%. Сочетанные варианты расстройства сна зафиксированы в 52%, из них в большинстве случаев (88,5%) – ранняя и средняя инсомния.

В 38% наблюдений отмечены значительные нарушения поведения с эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, вспышками злобы и агрессии, которые у пациентов могли реализовываться без учета последствий для себя и общества. На 2 пациентов были заведены уголовные дела в связи с агрессивным поведением.

Всем пациентам проведено инструментальное обследование (эховентрикулометрия, электроэнцефалография). По результатам эховентрикулометрии в 42% отмечены патологические нарушения в виде расширения 3 желудочка, смещения структур, дополнительных сигналов. При электроэнцефалографическом исследовании пациентов выявлены изменения биоэлектической активности головного мозга: легкие – 18%, умеренные – 32%, выраженные – 50%.

Все пациенты с органическими непсихотическими расстройствами получали комплексную терапию психофармакотерапевтическими средствами в сочетании с коррекцией этиопатогенетических факторов (прежде всего артериальной гипертензии) и психолого-психотерапевтическими мероприятиями. Среди психофармакологических препаратов все пациенты (100%) получали нейрометаболические средства (пирацетам, аминофенилмасляную кислоту, глицин, кортексин, церебролизин, этилметилгидроксипиридина сукцинат, цитофлавин), в 52% – вазоактивные препараты (винпоцетин, пентоксифиллин, циннаризин), 38% – парентеральную витаминотерапию (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбиновая и никотиновая кислота).

С учетом высокой встречаемости инсомнических и тревожных нарушений 78% пациентов получали курсовую терапию до 3-4 недель анксиолитиками и гипнотиками, из них 79,5% – бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам, феназепам, алпразолам, клоназепам, медазепам, тофизопам), 20,5% – небензодиазепиновые гипнотики (зопиклон, золпидем). Назначение антидепрессантов потребовалось в 54%, причем предпочтение в выборе препарата отдавалось современному поколению препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин) – 40,7%, мелатонинергический препарат агомелатин назначен в 33,3%, атипичный трициклический антидепрессант пипофезин – 26,0%.У 68% пациентов к терапии добавлялись антиконвульсанты (вальпроевая кислота, карбамазепин), в том числе и в качестве нормотимических средств, 18% пациентов получали нейролептики (алимемазин, хлорпротиксен, перициазин, тиапридал, кветиапин), 18% – противодементный препарат мемантин.

Таким образом, органические непсихотические расстройства занимают существенное место в общей структуре психических заболеваний и доминируют в структуре заболеваний головного мозга органического спектра в контингенте отделения пограничных состояний психиатрического стационара. Разнообразные экзогенные факторы приводили к возникновению органических непсихотических расстройств, в числе которых большой удельный вес приходится на черепно-мозговые травмы, сосудистую патологию и сочетанные воздействия. Среди пациентов с органическими непсихотическими расстройствами регистрировался высокий уровень инвалидизации (86%). Клиническая картина органических непсихотических расстройств представлена преимущественно (80%) смешанным вариантом психоорганического синдрома, выявлена высокая частота депрессивных (54%) и тревожных (58%) симптомов, инсомнических нарушений (94%). Среди пациентов с органическими непсихотическими расстройствами отмечены нарушения поведения (38%), эпилептиформный синдром (22%), высокая коморбидность с алкогольной зависимостью (36%).

Терапия пациентов с органическими непсихотическими расстройствами требует комплексного подхода: сочетание психофармакотерапии (ноотропы, вазоактивные средства, нормотимики, антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, противодементные) в сочетании с психотерапевтической и социально-реабилитационной работой.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ЗАИКАНИЯ У ЛИЦ, ПРИЗЫВАЕМЫХ НА ВОЕННУЮ СЛУЖБУ

Андрусенко Е.В., Курагина О.В., Андрусенко А.А.

Пермь
ГБУЗ ПК Пермская ГДКП №5

Речевые нарушения нередко выявляются при оценке состояния здоровья призывников и отражают то или иное отклонение в общей картине нервно-психического развития, но могут выступать и избирательно – на фоне нормального интеллекта и сохранных сенсорных функций. Для их диагностики важным является наличие следующих принципиальных обстоятельств: характерные речевые нарушения, факт перенесенной экзогенной вредности, органическая дисфункция или сенсорное повреждение, либо задержка развития и созревания нейрональных связей, прямо не связанных с органической дисфункцией. В Требованиях к состоянию здоровья Приложения к Положению о военно-врачебной экспертизе (Постановление Правительства РФ №565 от 04.07.2013 года) включена ст.88, предусматривающая экспертную оценку «заикания и других нарушений речи, делающей ее малопонятной или невнятной». Если нарушение речи является одним из симптомов другого уточненного заболевания, заключение выносится по статье расписания болезней, предусматривающей основное заболевание. Если заикание не связано с другим заболеванием, то для решения категории годности к военной службе необходимо уточнение степени тяжести заикания в соответствии со ст.88 Требований к состоянию здоровья.

Целью исследования являлась комплексная оценка структуры нарушений речи, индивидуально-психологических особенностей и психопатологических расстройств у юношей с заиканием, призываемых на военную службу.

Материал и методы. Обследовано 7 юношей (возраст 18-22 года), у которых, в период прохождения в 2014 году медицинской комиссии при призыве в вооруженные силы, были выявлены речевые нарушения, и, в дальнейшем, установлен (подтвержден) логопедический диагноз – «заикание». Все призывники были обследованы врачом-психиатром призывной комиссии, логопедом и медицинским психологом психиатрического диспансера. В последующем, часть из них была направлена для углубленного обследования и решения вопроса годности к военной службе в психиатрический стационар. Выделение отдельных вариантов заикания, их синдромальной принадлежности и индивидуально-психологических особенностей призывников основывались на комплексном подходе, включающем клинико-педагогическую, экспериментально-психологическую и клинико-психопатологическую оценку их речевой функции и психического состояния.

Результаты и их обсуждение. У 5 (71,4%) призывников было выявлено заикание умеренной степени, у 2 (28,6%) – высокой степени, охватывающее весь речевой аппарат, с нарушением дыхания и невротическими проявлениями/наслоениями (F98.5). Степень выраженности заикания определялась путем динамического наблюдения за состоянием речевой функции в различных условиях и оценивалась по периодам наиболее выраженного проявления заболевания. Речь обследуемых характеризовалась тоно-клоническими судорогами дыхательно-вокально-артикуляционной формы средней и тяжелой степени выраженности, которые сопровождались эмболофразией, сопутствующими разнообразными синкинезиями и страхом речи (особенно при тяжелой форме заикания). Логопедом отмечалась склонность к стационарному типу течения заикания (без изменения степени выраженности). Заикание средней степени проявлялось в повседневном общении и усиливалось в незнакомых ситуациях. Заикание тяжелой степени затрудняло коммуникативную функцию речи в целом.

В анамнезе у 5 (71,4%) призывников с заиканием умеренной и высокой степени присутствовали достоверные указания на перенесенные экзогенно-органические вредности и психогении, на момент обследования у них были выявлены значимые в экспертном плане психические и поведенческие расстройства (задержанное развитие с интеллектуальной недостаточностью и эмоционально-волевой неустойчивостью в структуре малодифференцированных психоорганических расстройств). В заключении психолога были отмечены легкие и умеренные изменения познавательной деятельности по органическому типу. При стационарном психиатрическом обследовании призывникам были установлены диагнозы органического эмоционально-лабильного расстройства (F06.6) и другого органического расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга (F07.8). Результатом обследования явилось признание их ограниченно годными к военной службе на основании пункта «б» статьи 14 Требований к состоянию здоровья.

В 2 случаях (28,6%) заикания умеренной степени у призывников в анамнезе отсутствовали достоверные указания на перенесенные экзогенно-органические вредности и психогении, при психиатрическом обследовании у них не было выявлено психических и поведенческих расстройств. При экспериментально-психологическом исследовании регистрировались неравномерность умственной работоспособности и неустойчивость произвольного внимания, которые трудно было увязать в единый непротиворечивый патопсихологический симптомокомплекс. Заикающиеся отличались необщительностью, неуверенностью и повышенной ранимостью, склонностью к самоанализу, легкостью возникновения опасений и ипохондрических переживаний, чувствами внутреннего напряжения и тревоги, особо выработанным формализмом, педантизмом, что укладывалось в психастеническую и сензитивную акцентуации черт характера. Для вынесения заключения о категории годности к военной службе они нуждались в углубленном обследовании врача-оториноларинголога и врача-невролога.

Выводы. При помощи одного клинико-психопатологического метода не всегда удается вынести решение о годности к военной службе и сформировать прогноз адаптации юношей к службе в армии. Констатация заикания, его экспертная оценка у лиц, призываемых на военную службу, требуют системного клинического и клинико-педагогического подхода. Лишь сопоставление данных психопатологического исследования с результатами логопедической диагностики, изучения познавательных процессов и личностных особенностей призывников позволяет комплексно оценить их речевую функцию и психическое состояние и, таким образом, избежать расширительной диагностики при производстве военно-врачебной экспертизы.

АНАЛИЗ ДЕЗАДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гатин Ф.Ф., Валеева А.М., Волгина Ф.М.

Казань
Казанская ГМА

Органические психические расстройства характеризуются хроническим прогредиентным течением, приводящим к нарушениям психических функций в виде изменений личности и поведения, нарушением социальной адаптации и последующей инвалидизации. Жеские экономические и трудовые требования, предъявляемые к сегодняшним временам усугубляют явления трудовой и социальной дезадаптации больных с психическими расстройствами. В процессе социальной дезадаптации происходит утеря навыков самостоятельного проживания,

социального и трудового функционирования, потеря родственных связей, необходимость в постоянном лечении. Проблема оказания медицинской помощи больным с органическими психическими расстройствами состоит из медицинского и социального аспектов и в настоящее время приобретают особую актуальность.

Было проведено углубленное выборочное сравнительное клинико-эпидемиологическое исследование психически больных органическими расстройствами с целью выявления уровня дезадаптации. Использовались материалы анкетирования 410 пациентов с органическими психическими расстройствами. Из 410 пациентов 206 человек были госпитализированы повторно в жизни, но однократно в 2008 г. (они были отнесены к I группе сравнения – контрольной) и 204 чел. – два и более раз в течение года (они составили II группу). Данным исследованием были охвачены пациенты с заболеваниями, относимыми МКБ-10 к разделу «Органические, включая симптоматические, психические расстройства».

Проведенное исследование контингента пациентов с органическими психическими расстройствами, и среди них, в частности, группы больных, с повторными госпитализациями в психиатрический стационар в течение года, выявило следующие закономерности. Средний возраст в группах сравнения был старше 40 лет – 76,3% (P<0,05). Большинство пациентов проживает совместно с семьей – 89% (P<0,001). Часто больные с органическими психическими расстройствами повторно госпитализированные в психиатрический стационар социально дезадаптированы, т.е. не имеют группы инвалидности и нигде не работают – 12,7% (P<0,01). Сравниваемые группы пациентов в нозологическом отношении представлены в целом, органическими расстройствами личности и поведения – F07.0* (24,9%), F07.8* (15,4%), F07.9* (3,2%), всего 43,5%. смешанного генеза.

При сравнении пациентов по давности заболевания, выявляется, что у 2/3 больных длительность заболевания составляла от 1 до 10 лет – 62,3% (P<0,01). Среди пациентов, болеющих от 1 до 5 лет, представителей II группы больше (49,0%), чем I (35,6%, P<0,01). Болеющих от 6 до 10 лет в I группе больше (25,9% против 14,2%, P<0,01). Группы существенно не отличались по демографическим показателям, образовательному уровню и трудовому стажу, в отношении длительности заболевания, характера поддерживающей терапии, и ее реализации в амбулаторных условиях.

При анализе анкет 410 пациентов с органическими психическими расстройствами социальная дезадаптация выявлена в 79,3% случаев. Возможно, это связано с прогредиентностью течения органических заболеваний головного мозга, нарастанием ителлектуально-мнестического дефицита и эмоционально-волевых расстройств. Социальная дезадаптация коррелирует с возрастом (возрастает от 40% в возрастной группе 18 – 19 лет до 81,7% (P<0,01) при сравнении с группой 50 – 59лет) и продолжительностью заболевания (по мере увеличения срока длительности заболевания количество пациентов с социальной дезадаптацией увеличивается до 90,6 – 93,8%). У всех пациентов с поведенческими и психоорганическим синдромами было зафиксировано наличие социальной дезадаптации в той или иной мере – 100,0% и 98,7%, соответственно.

Утрата способности к труду как проявление социальной дезадаптации прогрессирует с возрастом от 20% случаев у лиц 18 – 19 лет, до 76,8% в группе 50 – 59 лет. Полная утрата способности к труду была зафиксирована, практически, у всех пациентов с психоорганическими синдромами – в 98,7% случаев, и у большей части пациентов с аффективно-бредовыми и галлюцинаторно-параноидными синдромами – в 84,1% и 81,6% случаев, соответственно (P<0,05 при сравнении с показателями пациентов с четырьмя другими синдромами). Выявлено 65,1% пациентов с необходимостью в постоянном лечении. При увеличении давности заболевания количество пациентов, которым необходимо постоянное лечение резко возрастает от 48,6% при длительности заболевания 1 – 5 лет до 84,4% в группе со сроками болезни 15 – 20 лет. Постоянная необходимость в лечения выявлена у большей части пациентов с психоорганическими, аффективно-бредовыми и галлюцинаторно-параноидными синдромами – в 89,6%, 74,6% и 79,6% случаев, соответственно (P<0,01 при сравнении с показателями пациентов с четырьмя другими синдромами).

Проявления социальной дезадаптации в группах сравнения в основном были представлены в виде злоупотребления психоактивными веществами (25,9%) и снижением поведенческой активности (23,5%).

В современных условиях, в связи с изменением экономической ситуации в стране, усложнением коммунальных и юридических проблем у лиц, страдающих психическими расстройствами снижаются возможности к труду, к самообслуживанию, к полноценной жизни в обществе. Учитывая эти изменения, в российской психиатрии, начиная с 90-х годов формируется биопсихосоциальный подход к организации оказания помощи психически больным. Благодаря социальным реформам последних лет, появилась возможность социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами. Основными задачами реабилитации являются достижение максимально возможной клинической компенсации, купирование или уменьшение проявлений болезни, профилактика ее нежелательных последствий; уменьшение числа госпитализаций и регоспитализаций. Реабилитационные программы позволяют смягчить психопатологическую симптоматику и социально-трудовую дезадаптацию, восстановить, до некоторой степени, утраченные в результате болезни социальные связи и способность к независимому проживанию.

В части профессионально-трудовой реабилитации основными приоритетами выступают процессы, связанные с возвращением больного к участию в общественно полезном труде и самостоятельному жизнеобеспечению. Приоритетом социальной реабилитации принято считать восстановление индивидуальной и общественной ценности больного.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИГОДНОСТИ К СЛУЖБЕ В ВС

Гусак О.М.

Хотьково
МО ПБ

Пациент П. 1992 г.р. поступил на обследование по линии ГВК.

При поступлении предъявлял жалобы: на периодические, сильные головные боли давящего характера.

Из анамнеза известно: наследственность отягощена алкоголизацией отца, который состоял на учете у психиатра, повесился. У матери тугоухость II ст., мочекаменная болезнь. Матери на момент рождения ребенка было 42 года. Родился от первой беременности, преждевременных родов (7 месяцев) с массой 3000 г. В раннем психомоторном развитии отмечалась задержка. ДДУ не посещал, воспитывался бабушкой. Обучение в школе начал с 8 лет. Дублировал первый класс, т.к. плохо усваивал материал. В дальнейшем с учебной программой справлялся плохо и в 5 классе был переведен на домашнее обучение. В 8 лет (точный возраст назвать не может), во время зимней прогулки, получил ЧМТ (при падении). Через некоторое время начались головные боли давящего характера, сноговорение. С 2001 года наблюдается у психиатра с жалобами на трудность обучения, частые головные боли, сноговорение. Был выставлен диагноз: «Органическое эмоционально- лабильное

расстройство». В 2003 году обследовался в соматическом отделении. Был выставлен диагноз: «Вегето-сосудистая дистония пубертатного периода». Состояние изменилось в декабре 2003 года, когда стал тревожным, подозрительным, замкнутым, необщительным, отмечались страхи. Постоянно сидел дома. Перестал играть в футбол, ходить на физкультуру. Чаще болела голова. Временами становился агрессивным. Расстроился сон, плохо засыпал, во сне метался, вскрикивал, снились кошмары. Боялся находиться дома один. Стал учиться хуже. На РЭГ от 22.01.2004 года: в бассейне позвоночных артерий снижено кровенаполнение справа на 88% (N= 20%). В 2003 году был стационирован в ЦМОК ПБ с диагнозом: «Органическое эмоционально- лабильное расстройство». Принимал пикамилон, кавинтон, сонапакс. В этот период был особенно агрессивным: угрожал убить всех, потом себя. В марте 2014 году был повторно госпитализирован в ЦМОК ПБ. Из выписки: к разговору относится безразлично. Эмоционально тускл, однообразен. Мимика скудная. Многословен. Мышление с элементами соскальзывания. Резонерствует. Ответы не всегда по существу. В переживаниях не раскрывается. Отмечает чувство «собственной измененности». Говорит, что изменился в 2001 году, «после того, как ударился головой». Появились различные «страхи, тревога неизвестно из- за чего». Стал бояться темноты, снились кошмары (оборотни, вампиры). С декабря 2003 года отметил, что к нему резко изменилось отношение одноклассников, «они стали обижать меня, преследовать». Стал бояться выходить на улицу, ходить в школу, ограничил общение. Отмечал частые головокружения. С января 2004 года заметил, что у него с плеч доносятся «голоса»: «С левого голос дьявола (мужской, грубый), а с правого ангела (мужской, добрый). Они говорят ему, что делать, как делать, мешают учиться. Считает, что на него «наслали порчу ведьмы»: «Их полно, а одна сидит на лавочке и все время курит». Отмечал непонятное чувство «преследования»: «В комнате, в шкафу сидит мужчина в черном. Он хочет причинить мне вред». Слышал постоянный «стук в окно». К своему состоянию был некритичен. Отмечал наплыв мыслей. В процессе лечения, нормализовался сон, исчезли «голоса», страхи. Выписан с диагнозом: «Психотическое расстройство органической этиологии (галлюцинаторно- бредовый синдром в связи со смешанными заболеваниями)». F- 06.848. Принимал аминазин, циклодол, галоперидол. Было рекомендовано: обучение по программе массовой школы, с индивидуальным подходом. 01.11.2004 года состояние вновь ухудшилось: стал тревожным, испытывал страхи, угрожал «убить себя». Впервые госпитализирован в МОПБ для лечения и проведения МСЭ. Был выставлен диагноз: «Шизофрения, детский тип. Терапевтическая ремиссия. Эмоционально- волевой дефект». После проведения МСЭ, был признан инвалидом детства (III гр.). При выписке рекомендовано: галоперидол 0,5 мг х 3 р/д, наблюдение у психиатра. Состояние оставалась стабильным. Была стойкая ремиссия. В 9 классе вернулся в обычную школу. Окончил 9 классов. После этого поступил в колледж, где получил специальность- оператор ЭВМ. Работал по специальности. Год назад пришлось оставить работу, т.к. уехал в Москву ухаживать за больной бабушкой, которая вскоре скончалась. Остался жить в Москве с матерью. Работал в различных местах неофициально. Женат не был. Детей нет. Со слов пациента, большую часть времени проводит дома, т.к. «нравится читать и смотреть различные фильмы». Из перенесенных заболеваний отмечает: ОРВИ, ЧМТ (примерно в 8 лет), вегето- сосудистая дистония, ангиодисплазия позвоночных сосудов справа 01.04, пролапс передней створки митрального клапана(06.02.2003 год). Вредные привычки: курит около 5 лет. Алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотиков отрицает. Направлен на обследование от ГВК.

Аллергоанамнез: Без особенностей.

Эпиданамнез: Болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает.

Неврологическое состояние: Глазные щели D<S. Фотореакции латентные. Реакции при конвергенции и аккомодации ослаблены. Складки мимических мышц – складки справа. Рефлекс с задней стенки глотки угнетен. Двигательные функции, объем активных и пассивных движений ограничен в левой нижней конечности (последствия перелома бедра кости). Движение языка вправо. Сухожильные и надкостничные рефлексы с рук D>S живые, коленные D>S живые, Ахилловы D=S живые, брюшные сохранены. Вызываются патологические кистевые сгибательные рефлексы Россолимо, Вартенберга D=S. Координация движений без промахиваний. В позе Ромберга устойчив. Дистальный, общий гипергидроз, дистальная гипотермия.

Психическое состояние: Ориентирован в личности, месте, времени правильно. Контакту доступен. Охотно беседует с врачом, дает о себе анамнестические сведения скудно. Речь монологом, доходит до темпа скороговорки. Суждения поверхностные. Сообщает о том, что часто испытывает «стягивающие», больше «левое полушарие», боли. О своих детских переживаниях заявляет, что не помнит их. Не обеспокоен тем, что лечился в психиатрической больнице. Сообщил, что «пришел в себя к 9-му классу» и чувствует себя «здоровым». На момент осмотра галлюцинаторно- бредовой симптоматики не обнаруживает. Особого желания служить в армии не выявляет. Запас знаний и общих представлений соответствует полученному образованию. Настроение ровное. Эмоционально несколько сглажен. В отделении спокоен. Поведение правильное. Согласен проходить обследование в условиях стационара.

Экспериментально-психологическое исследование: в данном экспериментально-психологическом исследовании на фоне формально сохранных интеллектуальных возможностей на первый план выступают нарушения мыслительной деятельности (операциональные – искажение процесса обобщения с использованием отдаленных ассоциативных связей и маловероятных латентных признаков объектов). Выявляется: ослабление механической памяти и существенное снижение объема опосредованного запоминания, колебания умственной работоспособности, трудности концентрации активного внимания, замедленность темпа деятельности у интровертированной, тревожной, недостаточно критичной личности со сниженным самоконтролем, сужением круга интересов, разлаженностью системы отношений.

Заключение невролога: Энцефалопатия, обусловленная перинатальной патологией с рассеянной органической симптоматикой, явлениями вегетативно- сосудистой лабильности, стойкими, умеренно выраженными астено- невротическими проявлениями.

Заключение ЭЭГ: Близкий к моноритмичному вариант организованного типа ЭЭГ с легкими изменениями регуляторного характера.

Диагноз: Шизофрения вялотекущая, неврозоподобная. состояние ремиссии на фоне нерезко выраженного эмоционально- волевого дефекта.

Шифр: F – 21.3

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Дмитренко Д.В., Шнайдер Н.А., Говорина Ю.Б.

Красноярск
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Эпилепсия имеет большее психологическое воздействие на женщин, чем на мужчин, что обусловлено проблемами

с браком (Agarwal P., 2006). Психологические проблемы и расстройства настроения чаще встречаются среди женщин с эпилепсией, в то время как девиантное поведение, злоупотребление психоактивными веществами, антисоциальные тенденции, несчастные случаи и травмы являются более распространенными среди мужчин с эпилепсией (Gopinath M., 2011). В разных исследованиях были получены противоречивые данные о частоте встречаемости депрессии у мужчин и женщин, больных эпилепсией (Киссин М. Я., 2009, Kimiskidis V. K., 2007). Депрессия у пациентов с эпилепсией часто может проявляться симптомами, которые могут быть расценены и как побочные эффекты ПЭП, и как проявления эпилепсии самой по себе (Dudra-Jastrzebska M., 2007). Классические депрессивные симптомы редко встречаются у пациентов с эпилепсией. В 50% случаев у пациентов с эпилепсией депрессия проявляется атипично: лабильные депрессивные симптомы (депрессивное поведение, астения, бессонница, боль), лабильные аффективные симптомы (страх, тревожность) и предположительно «специфичные» симптомы (приступы раздражительности, эйфорическое настроение) (Kanner, A. M., 2006). Атипичность проявления депрессии у пациентов с эпилепсией приводит к низкой ее выявляемости и отсутствию адекватного лечения.

Цель исследования: оценка уровня тревоги и депрессии у женщин репродуктивного возраста, страдающих эпилепсией.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 141 женщина, страдающая эпилепсией. Опрос респондентов проводился после подписания ими информированного согласия. Оценка уровня тревоги и депрессии обследуемых проводилась с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и Опросника депрессивной симптоматики Бека. Результаты опросников, заполняемых больными женщинами, сопоставлялись с результатами объективного клинического обследования. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ STATISTICA v. 7.0, XLSTAT 2014.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных варьировал от 16 до 47 лет; медиана возраста (Me [P25; P75]) составила 27 [23; 33] лет. По этиологии эпилепсии распределение было следующим: идиопатическая – 53/139 (38,1±4,1%), симптоматическая – 51/139 (36,7±4,1%), криптогенная эпилепсия – 35/139 (25,2±3,7%).

Распределение наблюдаемых пациентов по месту диспансеризации было следующим: 44,9% пациенток не состояли на диспансерном учете в муниципальных органах здравоохранения, предпочитая обращаться в частные клиники или к частнопрактикующим неврологам. Это обусловлено высокой стигматизацией заболевания и возникающими социальными сложностями при трудоустройстве на работу, получении водительских прав. В 45,7% случаев женщины состояли на диспансерном учете у невролога по месту жительства, в 9,4% – состояли на диспансерном учете у психиатра.

Безработными являлись 21,3±2,2% пациенток. Инвалидность по эпилепсии имели 13,1±1,8% женщин, преимущественно пациентки с криптогенной (22,3±4,8%) и симптоматической (14,4±2,9%) эпилепсией в сравнении с идиопатической эпилепсией (6,5±2,1%). Сложности трудоустройства отмечали 12,5% женщин, невозможность работать по специальности – 12,5%, невозможность получить желаемую специальность – 10,3%, трудовую дезадаптацию – 8,8%. По уровню образования преобладали женщины с высшим образованием (40,3%), а 21,3% пациенток продолжали образование.

По семейному положению статистически значимо преобладали женщины, состоящие в браке (62,8%, p<0,01). Чаще состояли в браке пациентки с идиопатической (64,8%) и криптогенной эпилепсией (63,4%), имели малодетные семьи и не имели детей – женщины с симптоматической эпилепсией (93,5% и 56,2% соответственно). Важность семейных, личных отношений в социальной дезадаптации отмечена пациентками, включая: нестабильный характер семейных отношений (9,6%), отсутствие поддержки со стороны друзей (6,6%), со стороны родственников (4,4%), необходимость скрывать заболевание от дальних родственников и посторонних (11,1%), необходимость скрывать заболевание от родственников со стороны мужа (6,6%), необходимость скрывать заболевание от мужа (1,4%), избыточная опека со стороны родственников (11,8%). При оценке факторов, значимых для женщин фертильного возраста в борьбе с заболеванием, наиболее значимыми были: теплые отношения в семье и помощь близких (65,4%), общение с друзьями (30,1%) и планы на будущее (34,6%). Полученные данные сопоставимы с результатами исследования удовлетворенности жизнью (Life Satisfaction – 11), своей жизнью в целом удовлетворены 67,0±4,1% женщин. В то же время у наблюдаемых нами женщин фертильного возраста выявлялась тревога, преобладающая над депрессией (30,2±3,9% против 21,6±3,5%). Исследование качества жизни с помощью Европейского опросника качества жизни (EuroQol – 5 D) показало, что имели некоторые затруднения при передвижении 5,0±1,8%, умеренные трудности при самообслуживании 2,1±1,2%, проблемы с выполнением повседневных обязанностей 10,0±2,5% женщин (p<0,01), совершенно не могла выполнять повседневные обязанности одна (0,7±0,7%) пациентка. Умеренную боль и дискомфорт отмечали 43,6±4,2% женщин, выраженную – 1,4±1,0% (p<0,01). Умеренную депрессию и тревогу отметили 48,6±4,2% пациенток, выраженную тревогу и депрессию 7,8±2,3% (p<0,01).

Тестирование тревоги и депрессии с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) проведено у 139 женщин. Клинически выраженная тревога зарегистрирована у 20/139 (14,4±2,9%) пациенток, субклинически выраженная тревога зарегистрирована у 22/139 (15,8±3,1%) пациенток. Тревога отсутствовала у 97/139 (69,8±3,9%) женщин (p<0,01). Клинически выраженная депрессия зарегистрирована у 9/139 (6,5±2,1%) пациенток, субклинически выраженная тревога зарегистрирована у 21/139 (15,1±3,0%) пациентки. Депрессия отсутствовала у 109/139 (78,4±3,5%) женщин (p<0,01). Статистически значимо тревожные расстройства преобладали у пациенток с генерализованными тонико-клоническими приступами (ГТКП) в сравнении с женщинами с простыми фокальными приступами (p=0,0108). Депрессия так же преобладала у пациенток с ГТКП и комплексными фокальными приступами в сравнении с женщинами с простыми фокальными приступами (p=0,0033 и p=0,0422 соответственно).

Исследование с помощью опросника депрессивности Бека проведено у 141 женщины. Когнитивно-аффективная субшкала: умеренная выраженность симптомов выявлена у 48/141 (34,0±3,9%), критический уровень выраженности – 14/141 (9,9±2,5%), явная выраженность – 6/141 (4,3±1,7%) (p<0,01). Субшкала соматизации: умеренная выраженность симптомов – 33/141 (23,4±3,6%), критический уровень выраженности – 18/141 (12,8±2,8%), явная выраженность – 3/141 (2,1±1,2%) (p<0,01). Согласно общему баллу: симптомы депрессии отсутствовали у 84/141 (59,7±4,1%) женщин, умеренно выраженная депрессия регистрировалась у 39/141 (27,6±3,8%), критический уровень депрессии – 15/141 (10,6±2,6%), явно выраженная депрессия – 3/141 (2,1±1,2%). Соматизация клинических проявлений преобладала у пациенток с ГТКП и комплексными фокальными приступами в сравнении с женщинами с простыми фокальными приступами (p= 0,0060 и p= 0,0304соответственно).

Выводы. Клинически и субклинически выраженная тревога зарегистрирована 30,2% пациенток; клинически и субклинически выраженная депрессия зарегистрирована у 21,6% пациенток, что выше, чем в среднем в популяции. Преобладание выраженности симптомов (48,2%) по шкале соматизации над выраженностью симптомов по когнитивно- аффективной шкале (38,3%) свидетельствует о выраженности соматических нарушений при отсутствии депрессии.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Дружинин А.К., Михайлов В.А., Киссин М.Я., Липатова Л.В., Бочаров В.В.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева,
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

В течение последних 30 лет во всем мире отмечается рост заболеваемости эпилепсией в средних и старших возрастных группах населения, что делает все более актуальной проблему эпилепсии пожилого возраста. Формально, представляя собой неврологическое заболевание, эпилепсия сопряжена с широкой гаммой психопатологических расстройств. Такая глубинная, причинная связь оказывает влияние на различные сферы качества жизни у больных эпилепсией пожилого возраста. Среди причин этого феномена(эпилепсия пожилого возраста) следует отметить увеличение в структуре населения доли лиц старших возрастных групп, а также рост цереброваскулярной патологии, опухолей головного мозга, травматических повреждений, деменции которые являются одними из ведущих факторов риска эпилепсии у пожилых больных.

Анализируя данные исследований патогенеза ЭПВ, мы сталкиваемся с особым периодом развития и состояния головного мозга – периодом возрастной, генетически детерминированной перестройки адаптационно-регуляционных механизмов головного мозга, в основе которой, по-видимому, лежат принципы инволюции нейронных сетей, со своей особенной биологической системой защиты, на основе дефолтной реакции по ограничению развития эпилепсии. Анализ медицинской документации 7290 больных эпилепсией позволил выявить непсихотические психические расстройства у 1283 пациентов с ЭПВ. В структуре коморбидной психопатологической симптоматики в 98,13% случаев наблюдались различные эмоционально-аффективные расстройства.

Целью данного исследования явилось изучение структуры непсихотических психических расстройств (НПР) у пациентов пожилого возраста с симптоматической эпилепсией и их влияние на качество жизни (КЖ) исследованных больных.

Материалы и методы. Исследованы две группы больных (141 наблюдение), которые в течение последних 3-5 лет перенесли инсульт, травмы и опухоли головного мозга, различные нейроинфекции и эндогенные интоксикации. В первой группе больных (101 человек: мужчин, женщин) основное заболевание осложнилось развитием симптоматической, локально обусловленной эпилепсией. Во 2-ой группе пациентов (40 человек: 22 мужчин, 18 женщин) пароксизмальных состояний эпилептической природы не отмечалось. Средний возраст пациентов 1-ой группы составил 63,00 года(60,0-65,0 лет), 2-ой группы: 62,5 года (61,5-65,0 лет). Всем пациентам было проведено стандартное неврологическое, нейрофизиологическое обследование. Психологическое тестирование осуществлялось с использованием опросников КЖ SF-36, QOLIE-31, скрининга степени дискомфорта (SCL-90-R Derogatis et. al., 1974),шкалы депрессии Бека(BDI, A.T. Beck, 1961), Гамильтоновской шкалы депрессии (HRDS), шкалы тревоги Спилбергера (STAI, адаптация Ю.Л. Ханина, 1976).Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы IBM SPSS Statistics 2012, с применением метода Уитни-Манна, метода ранговой корреляции тау-Кендала. Результаты: Ведущее место в структуре непсихотических психических нарушений (НПР) у исследованных нами больных занимало депрессивное и тревожное расстройство, однако, соотношение этих выявленных НПР в сравниваемых группах было различным: депрессия была выявлена у 68,96% больных эпилепсией и 21,4% больных, перенесших только ОНМК, а тревожное расстройство – у 21,4% и 64,3%, соответственно. Кроме того, во второй группе пациентов чаще встречалось эмоционально-лабильное и легкое когнитивное расстройство. Средние значения показателей депрессии по шкале BDI в сравниваемых группах составили 34,81±2,73 и 28,57±3,07 баллов, а по шкале HRDS – 21,84±1,50 и 13,79±1,36 ($p \leq 0,01$), соответственно.При исследовании симптоматической психопатологии по методике SCL-90-R, получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов GSI (General index of the severity of the symptoms) составил 1,21 баллов в первой группе и 0,70 – во второй. Наибольшие различия отмечались в оценках по шкалам «соматизация», «обсессивность-компульсивность», «фобия», «депрессивность», «тревожность», «психотизм». Показатели КЖ были достоверно ниже у больных, страдающих эпилепсией: суммарный физический компонент (PH), по данным SF-36, составил у них 36,2 балла, а психический компонент (MH) – 33,01 балла. Во второй группе пациентов эти показатели были равны 39,09 и 35,07 баллов, соответственно. При анализе внутриструктурных связей матрицы опросника качества жизни SF-36, в первой группе пациентов выявлены прямые корреляционные связи между общим компонентом физического здоровья (PH) и показателями физического функционирования (PF), интенсивности боли (BP), психического здоровья (MH); показателями «ролевое функционирование» (RP)- «интенсивность боли» (BP); «интенсивность боли» (BP)- «психическое здоровье» (MH); «общее состояние здоровья» (GH)- «социальное функционирование» (SF); «социальное функционирование» (SF)- «ролевое функционирование» (RP), обусловленное эмоциональным состоянием (RE). Показатель суммарного физического здоровья (PH) и психического компонента здоровья (MH) позитивно коррелирует со следующими параметрами: «физическое функционирование» (PF); «психическое здоровье» (MH); «суммарный физический компонент здоровья» (PH). Во второй группе установлено значительно меньшее количество пар корреляционных связей. Отсутствие корреляционных связей между общим компонентом психического и физического здоровья косвенно указывает на лучшее качество жизни (КЖ) в этой группе, чем в группе с эпилепсией. Общий суммарный балл КЖ, согласно данным опросника QOLIE-31, составил 82,27 баллов – в первой группе, что значительно ниже значений нормы ($p<0,001$). Значимые отличия, с существенно более низкими оценками КЖ, были получены у больных первой группы по таким субсферам, как когнитивное функционирование: 13,01 и 17,91.баллов ($p<0,001$), боязнь приступов: 39,47 и 79,77 баллов ($p<0,001$), боязнь антиэпилептических препаратов: 1,59 и 2,94 ($p<0,001$), соответственно. При сравнительном анализе конструктов шкалы SCL-90-R и опросника КЖ QOLIE-31,были получены достоверные данные о влиянии психопатологических факторов на сферы качества жизни. В 1 группе установлены выраженные прямые и обратные корреляционные связи влияния депрессивности и тревожности на такие субсферы КЖ как «эмоциональное благополучие«, «социальные функции«, «общее качество жизни«, а во 2 группе достоверными оказались только связи между депрессивностью и общим суммарным баллом КЖ.

Заключение. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных ЭПВ статистически значимо снижено общее КЖ в сравнении с группой пациентов пожилого возраста, перенесших инсульт и не имеющих эпилептических припадков.

Особенно низкие показатели отмечены в сферах КЖ, касающихся психического компонента здоровья и когнитивного функционирования пациентов, боязни приступов, социальных функций, влияния АЭП.

Клиническое проявление психопатологической симптоматики у больных эпилепсией пожилого возраста находится в корреляционной связи с показателями сфер КЖ.

Эпилепсия значительно ухудшает качество жизни и социальное функционирование в том числе за счет выражен-

ности проявлений эмоционально-аффективных расстройств в пожилом возрасте, формируя в последующем элементы аутостигматизации (осознание и переживание собственного «дефекта»,обусловленного заболеванием) и фрустрированности (неудовлетворенности социальными аспектами жизни).

Таким образом, эмоционально-аффективные расстройства, в ядре патогенеза эпилепсии пожилого возраста занимают значимое место в изменении качества жизни (КЖ), требуют дополнительных реабилитационных мероприятий.

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОЧАГОВЫХ И ДИФФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА

Зайцев О.С.

Москва
НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко

Цель: определить общие особенности психопатологической картины, ее динамики и эффективной фармакотерапии психоорганического синдрома при очаговых поражениях мозга в сравнении с диффузными.

Материал и методы: обследованы 230 пациентов: 57 с диффузными поражениями мозга, 106 с очаговыми, 67 с огнестрельными ранениями. В каждой из групп определялась частота и средняя продолжительность выявленных психических расстройств, а также факторы, влияющие на психопатологическую симптоматику.

Результаты. Установлено, что в отличие от диффузного, при очаговом психоорганическом синдроме необходимо особо учитывать:

1) локализацию поражения: глубину, сторону, внутриполушарную топографию;

2) индивидуальную функциональную асимметрию: правшество-левшество пациентов;

3) высокую вероятность фокальных пароксизмальных (эпилептических) психопатологических проявлений;

4) отсутствие универсальности в подходах к оценке тяжести, определению этапа развития и редукции психопатологической симптоматики;

5) несходное преимущественное влияние отдельных нейрометаболических препаратов на функции, зависимые от разных мозговых структур.

Так, при глубинном поражении мозга по сравнению с полушарным достоверно чаще выявлялись грубые и затяжные синдромы нарушенного сознания, аспонтанность и полевое поведение. При преимущественно правополушарном поражении по сравнению с левополушарным достоверно чаще отмечалась амнестическая спутанность, типичный вариант корсаковского синдрома с конфабуляциями, левосторонняя пространственная агнозия, расстройства образного мышления и памяти, нарушение чувства времени и пространства, выраженные эмоционально-личностные нарушения и психическая гиперестезия, но реже речедвигательная спутанность, расстройства вербальных когнитивных процессов, затяжные невротические нарушения. При поражении лобных долей по сравнению с другими более частыми были эйфория, анозогнозия, игнорирование собственного тела, мультимодальные нарушения памяти.

У пациентов с наличием левшества (33% наблюдений) по сравнению с правшами чаще отмечались: а) атипичный корсаковский синдром (в том числе с галлюцинаторными, бредовыми и/или депрессивными включениями), б) односторонняя пространственная агнозия (в частности, правосторонняя ее форма, практически не встречающаяся у правшей); в) бредовые расстройства, г) стойкие конфабуляции; д) нарушения восприятия пространства, в том числе сопровождавшиеся зеркальными ошибками, е) более многообразные (в том числе психопатологические) эпилептические припадки.

Пароксизмальная (в том числе психопатологическая) симптоматика выявлена при диффузных травматических поражениях мозга у 14% пациентов, очаговых – у 26%, огнестрельных – у 32%.

При очаговых поражениях не всегда соблюдалась этапность восстановления психической деятельности (от апатического варианта психоорганического синдрома к астеническому), в меньшей степени была свойственна «иерархия аффектов» – восстановление эмоциональности по мере продвижения к преморбиду в ряду апатия – эйфория – дисфория – тоска – тревога, что было характерным для диффузного поражения мозга. Апатия доминировала при поражений левой лобной доли, эйфория – правой, дисфория была характерна для поражения базальных отделов полушарий, тоска чаще отмечалась при поражении правой височной доли, тревога – левой.

При преобладании признаков угнетения стволовых структур мозга определенным преимуществом обладали холиномиметические препараты (нейромидин, глиатилин), а при доминировании симптомов подкоркового поражения – антиглутаматергические (ПК-Мерц) и дофаминергические (наком, мадопар, леводопа). Преобладание дефицита функций, зависимых от правого полушария успешно нивелировалось ГАМК-ергическими (бемитил, ноофен, фенибут, пантогам-актив) и полипептидными (семакс, кортексин) препаратами, а левого полушария – холиномиметическими (нейромидин, алзепил) и антиглутаматергическими (акатинол-мемантин) средствами.

Вывод: разделение психоорганического синдрома на диффузный и очаговый с одной стороны условно, поскольку при любых вариантах церебрального поражения имеются универсальные общемозговые реакции, а с другой – весьма информативно в связи с различиями не только в симптоматике и ее динамике, но и в подходах к терапии.

РАССТРОЙСТВА ДВИЖЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРА

Залялова З.А.

Казань
ГОУ ВПО Казанский ГМУ,
Центр экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии РТ

Нейролептические экстрапирамидные расстройства комплекс проявляющихся двигательными нарушениями неврологических осложнений, связанных с применением препаратов-нейролептиков (антипсихотиков). Нейролептики могут вызывать практически весь спектр экстрапирамидных нарушений: паркинсонизм, дистонию,тремор, хорею, атетоз, акатизию, тики, миоклонии, стереотипии. Все экстрапирамидные двигательные расстройства, связанные с приемом нейролептиков, можно разделить на паркинсонизм, острую дистонию, острую акатизию и поздние дискинезии.

По определению, лекарственные дистонии – стойкие нарушения позы и мышечного тонуса, развившиеся в течение 7 дней от начала приема или повышения дозы антипсихотического препарата и/или препарата, используемого для лечения острого экстрапирамидного синдрома (например, антихолинергического). У50% пациентов первые дистонические симптомы появляются в течение 48 часов от начала приема препарата, У 90% дистонии возникают в течение 5 дней от начала лечения. Частота лекарственных дистоний колеблется от 2.3% до 94%. Факторы риска возникновения острых лекарственных дистоний имеют разную степень риска и включают: молодой возраст, мужской пол, предыдущие эпизоды о. дистонии, недавний прием кокаина и др. Клинические проявления различны: тризм, тортиколлис, насильственное открывание рта, дисфагия, ди-

зартрия, дистонический стридор, окулогирные кризы, синдром «пизанской башни»

Лекарственный паркинсонизм встречается у 15-60% больных, принимающих антипсихотические лекарства. Предполагаемые факторы риска развития лекарственного паркинсонизма включают высокие дозы высокопотенциальных препаратов, нейролептики пиперазинового ряда, пожилой возраст, женский пол (соотношение женщин и мужчин 2:1), наследственная отягощенность по болезни Паркинсона, наличие признаков субклинического паркинсонизма, церебральную атрофию, приобретенный иммунодефицит, сочетание с поздней дискинезией. Для него характерна симметричность проявлений, брадикинезия постуральные нарушения, кинетический и постуральный тремор, сочетание с другими ЭП нарушениями.

Поздняя или тардивная дискинезия (возникает у 10-50%) – стойкие, иногда необратимые, непроизвольные, неритмичные, повторяющиеся, быстрые насильственные движения в области лица или конечностей, возникшие через 3 месяца лечения антагонистами допаминовых рецепторов у пациентов среднего возраста, или через 1 месяц у больных старше 60 лет. Факторами риска является длительный период приема типичных нейролептиков, высокие дозы нейролептиков, острые лекарственные экстрапирамидные нарушения, пожилой возраст, злоупотребление алкоголем, женский пол, аффективные состояния, атрофия мозга.

Возможность возникновения лекарственных расстройств движения должна учитываться в практике психиатра, Знание факторов риска, профилактика и своевременное назначение адекватного лечения позволят избежать тяжелый необратимых осложнений приема антипсихотиков.

НЕЭПИЛЕПТЧЕСКИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ПАРОКСИЗМЫ

Залялова З.А., Багданова Н.И.

Казань
ГОУ ВПО Казанский ГМУ,
Центр экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии РТ

Пароксизмальные насильственные движения – группа феноменологически полиморфных состояний, характеризующихся непроизвольными симметричными, внезапно возникающими клоническими, тоническими, дистоническими и хореическими гиперкинезами без потери сознания. Природа этих состояний остается не до конца изученной. К этой группе относятся и пароксизмальные дискинезии, как экстрапирамидная патология, отдельные формы эпилептических пароксизмов, и псевдоэпилептические приступы.

В последнее время к пароксизмальным состояниям наблюдается повышенный интерес с обсуждением возможных патофизиологических, топических и генетических паттернов. Но до настоящего времени не существует четких дифференциально-диагностических критериев разграничения этих состояний, и они имеют больше сходства, чем различий. Например, лишь недавно «ночная гипногенная пароксизмальная дискинезия» отнесена к «ночной лобной эпилепсии» с двумя идентифицированными локусами (в 20q13.2 и в 15q25 хромосомах). Напротив, так называемые «инфантильные спазмы», считавшиеся ранее исключительно эпилептическими, ряд авторов склонны относить к пароксизмальным дискинезиям младенчества. Однако, отсутствие потери сознания, сходные двигательные проявления с билатеральным распределением, отсутствие каких-либо неврологических и психических отклонений вне приступа, эффективность антиконвульсантов в лечении, часто не позволяют распознать эпилептическую или неэиленптическую природу пароксизмов и вызывают трудности в постановке диагноза.

Считается общепринятым, что для генерализованного тонико-клонического приступа обязательно нарушение сознания и тотальная амнезия. А сохранность сознания, способность понимать обращенную речь и говорить во время генерализованных судорог являются признаками псевдоэпилептического пароксизма. Однако в литературе описаны случаи эпилептических приступов с билатеральными судорогами при сохранном сознании и болевыми ощущениями в вовлеченных в моторный пароксизм конечностях.

Сохранность сознания, способность говорить и отвечать на вопросы вызывает предположение, что эпиочаг не распространяется на область речи и памяти или в правом, недоминантном полушарии, что в какой-то степени может объяснить сохранность сознания. У всех пациентов отмечена экстратемпоральная локализация очага: правая роландическая, центральная парасагитальная, правая лобная, правая центропариетальная область.

Пароксизмальные дискинезии – генетически и клинически гетерогенная группа заболеваний и включает три группы состояний, отличающихся по продолжительности и провоцирующим их факторам. Пароксизмальный кинезиогенный хореоатетоз (ПКХ) представляет собой короткие атаки хореи, дистонии или баллизма обычно длящиеся в течение нескольких секунд, но не более 5 минут. ПКХ провоцируются внезапными, резкими двигательными актами и, как правило, хорошо отвечают на лечение антиконвульсантами. Пациенты могут иметь значительное количество приступов в течение дня (100 и более). Пароксизмальный дистонический хореоатетоз называется также пароксизмальной некинезиогенной дискинезией (ПнеКД) и имеет большую продолжительность пароксизмов (1 час и более), но меньшую частоту (несколько раз в день). Приступы никогда не провоцируются внезапным движением, но могут вызываться другими провоцирующими факторами – эмоциями, стрессом, приемом кофеина или алкоголя. Третья категория пароксизмальных дискинезий проявляется преимущественно дистоническими гиперкинезами продолжительностью 5-30 минут, вызывающимися длительными физическими нагрузками и называется пароксизмальными дистониями, вызванными физическими упражнениями (exercise-induced distonia). Спорадические случаи наблюдаются чаще, чем семейные. Приступ обычно появляется через несколько минут после длительной ходьбы или бега. Чаще дистония охватывает нижние конечности, но может быть и генерализованной. Антиконвульсанты, включая и бензодиазепины, мало эффективны.

ТИКИ: КЛИНИЧЕСКАЯ, ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ

Залялова З.А., Мунасипова С.Э.

Казань
ГОУ ВПО Казанский ГМУ,
Центр экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии РТ

Введение. Синдром Туретта – это хронические множественные моторные и вокальные тики, сопровождающиеся психическими изменениями, такими как синдром навязчивых состояний (обсессивно-компульсивный синдром) и синдром нарушения внимания и гиперактивности. Накапливаются многочисленные научные сведения и клинические наблюдения о связи стрептококковой инфекции и синдрома Туретта (так называемая концепция PANDAS – педиатрические нейропсихические расстройства, ассоциированные с гемолитическим стрептококком группы А). В литературе описаны также случаи остро возникших тиков и обсессивно-компульсивных расстройств без предшествующей БГСГА-инфекции. В связи с этим был предложен термин – «PANS – pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome» – «педиатрический остро возникший нейропсихи-

ческий синдром». Данный термин в настоящее время является обобщающим и наиболее приемлемым с целью интерпретации гиперкинетических и поведенческих расстройств детского и подросткового возраста предположительно аутоиммунного генеза вне зависимости от этиологического фактора.

Цель. Базируясь на современных представлениях о природе тикозных гиперкинезов, выделить группу пациентов с предположительным синдромом «PANS»; провести сравнительные исследования клинических и лабораторных данных; определить клинико-лабораторные критерии диагностики данного синдрома.

Материалы и методы. Были обследовано 69 пациентов с тиками. У 57% из них были выявлены лабораторные отклонения иммунологического характера, что позволило условно отнести их к группе «PANS». У 12% пациентов с тиками – лабораторные отклонения не выявлены; эта группа пациентов была обозначена как «non-PANS». Группу контроля составили 20 человек, имеющих хронические тонзиллиты, частые ангины, отиты, гаймориты, без неврологических расстройств, включая тики. Всем пциентам с тиками было проведено полное клинико-лабораторное исследование: 1) неврологический осмотр с оценкой тиков (Международная Йельская шкала тяжести тиков, YGTSS, Leckman et al., 1989), обсессивно-компульсивных расстройств (Международная шкала оценки обсессивно-компульсивных расстройств Йеля-Брауна, Y-BOCS, 1997) и синдрома гиперактивности с дефицитом внимания (сокращенное название в честь трех авторов – Swanson J., Nolan E., Palham W., 1983); 2) лабораторные исследования – общеклинический анализ крови, антистрептолизин – О, ревматоидный фактор, С-реактивный белок, циркулирующие иммунные комплексы; смыв из носоглотки на бета-гемолитический стрептококк; антинейрональные антитела и иммуноглобулины А, М,G; CD4, CD8–лимфоциты. Аналогичные лабораторные показатели оценивались и у группы контроля.

Результаты исследования. По распределению пациентов с тиками 82,6% (57 человек) из них составили условно принятую группу «PANS», что может свидетельствовать о распространенности данного синдрома. По гендерному распределению основную группу «PANS» составили 42 пациента мужского пола и 15 пациентов женского пола, что может свидетельствовать о преобладании данного синдрома у пациентов мужского пола почти в 2,5 раза чаще, а у группы «non-PANS» половых различий не наблюдалось. По данным анамнеза группы «non-PANS» у 50% наблюдались хронические инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, а у пациентов группы «PANS» в 73,7% случаев. Достоверной разницы встречаемости не выявлено. Таким образом, наличие хронического очага инфекции не является предиктором развития синдрома «PANS».

Среди группы «PANS» преобладали пациенты с синдромом Туретта (39%), в свою очередь, среди пациентов группы «non-PANS» преобладали пациенты с хроническими простыми моторными тиками (33%). При оценке тяжести тикозных гиперкинезов согласно по шкале YGTSS выявлена более выраженная тяжесть тиков у пациентов группы «PANS» в сравнении с группой «non-PANS» (p=0,01).

При сравнении коморбидных и психических расстройств оказалось, что достоверной разницы встречаемости ОКР у пациентов группы «PANS» (54,4%) и «non-PANS» (в 38,5%) нет. Интересно, что в группе «PANS» ОКР встречалось у пациентов мужского пола почти в 3,5 раза. Выраженность ОКР у пациентов группы «PANS» преобладала (p=0,01). У пациентов группы «PANS» прослеживалась широкая вариация клинических проявлений ОКР от субклинических (4 балла) до ОКР тяжелой степени выраженности (40 баллов), в отличие от группы «non-PANS», у которой они колебались лишь в пределах субклинического течения (0-4 балла) и легкой степени выраженности (12 баллов). Была отмечена прямая зависимость тяжести тиков от выраженности ОКР у пациентов группы «PANS» (r=0,578, p≤0,001), что не отмечалось в группе non-«PANS». Достоверной разницы встречаемости СДВГ в обеих группах не было. Данное расстройство встречалось в 6 раз чаще у пациентов мужского пола с тиками предположительно аутоиммунного генеза. Для пациентов группы «PANS» оказалось характерным СДВГ с преобладанием гиперактивности, а для группы «non-PANS» – СДВГ как по смешанному типу, так и с преобладанием гиперактивности.

Как уже упоминалось ранее, группа пациентов «PANS» формировалась исходя из наличия отклонений от нормы по лабораторным показателям. У пациентов с PANS отмечались понижение уровня иммуноглобулина М (в 52%), повышение уровня АСЛ-О (в 35%), понижение уровня иммуноглобулина А (в 30%), носительство β-гемолитического стрептококка (в 28%), повышение уровня CD8+лимфоцитов (в 14%), снижение уровня CD4+лимфоцитов (в 7%). Максимальная выраженность тиков наблюдалась у пациентов с пониженным уровнем IgA (30,5±4,6 баллов), а минимальная – у пациентов с пониженным уровнем CD4+лимфоцитов (15,5±3,8 баллов). Чаще ОКР встречалось в подгруппе пациентов с пониженным уровнем IgM (63,3%). У пациентов с носительством БГСГА ОКР были более выраженными и соответствовали «средней степени тяжести», в то время как, во всех остальных случаях ОКР соответствовали «легкой степени тяжести».

У группы контроля с «хроническим очагом инфекции» также были выявлены изменения лабораторных показателей. Так снижение уровня JgM было выявлено у 10,5% группы контроля, в то время как, у группы «PANS» заниженный показатель JgM встречался – в 52% случаев. Разница оказалась достоверной. К тому же, у группы контроля с «хроническим очагом инфекции» отклонение от нормы относительного показателя CD8+лимфоцитов не было. В то время как, у группы «PANS», в 14% случаев был выявлен повышенный уровень CD8+лимфоцитов. У пациентов группы контроля в мазке из носоглотки не был выделен БГСГА, в то время как 28% пациентов группы «PANS» оказались носителями данного возбудителя.

Заключение. По клиническим проявлениям пациенты с предположительным диагнозом «PANS-синдром» отличны от пациентов с тиками без иммунологических отклонений по тяжести и феноменологии тикозных гиперкинезов и выраженности коморбидных расстройств и представлены в большинстве случаев синдромом Туретта. У пациентов группы «PANS» достоверно чаще встречался СДВГ с преобладанием гиперактивности. У лиц мужского пола данный синдром встречается в 2,5 раза чаще. Наличие хронического очага инфекции не является предиктором развития синдрома «PANS». Исходя из лабораторных данных, можно предположить, что наличие носительства БГСГА, пониженные уровни JgM и повышенный уровень CD8+лимфоцитов определяют развитие аутоиммунных психоневрологических расстройств у группы пациентов «PANS».

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДАННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МСЭ У ЛИЦ С СИМПТОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА

Запарий С.П., Рыжук Г.Н., Ярков А.А.

Омск
ФКУ Главное бюро МСЭ по Омской области

Современная медико-социальная экспертиза основана на принципах доказательной медицины. Введение в практику МСЭ Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ № 664н от 29.09.2014 г. позволило повысить объективность оценки стойких нарушений функций организма. Однако, при отдельных нозологиях (например, при органическом расстройстве

личности в случае ведущей в клинике симптоматики непсихотического регистра) экспертная оценка по-прежнему базируется на понятиях «незначительных», «умеренных» и т.д. изменений, что подразумевает необходимость применения экспертом методов анализа данных нечеткой предметной области с итоговым вынесением экспертного решения в рамках указанных категорий. Для подобной работы требуется создание эффективной и объективной диагностической модели и соответствующего набора практических инструментов.

Одним из наиболее актуальных подходов к анализу и моделированию экспертной оценки данных нечеткой предметной области представляется принцип машинного обучения. Машинное обучение является подразделом кибернетики на стыке математической статистики, методов оптимизации и дискретной математики и тесно связанно с теорией интеллектуального анализа данных. Перспективным способом создания искусственных экспертных систем является дедуктивный метод машинного обучения («обучение по прецедентам»). Дедуктивное обучение подразумевает формализацию знаний экспертов и перенос их в интерактивную программную среду с получением в итоге действующей классификационно-диагностической и оценочной модели.

В 2012-2015 гг. на базе ФКУ «ГБ МСЭ по Омской области» Минтруда России проведено исследование, целью которого было выявление стереотипных подходов врачей-экспертов к оценке типа и степени выраженности нарушений психических функций у группы пациентов с симптоматическими органическими психическими расстройствами непсихотического регистра, и разработка оптимальной классификационно-диагностической и оценочной модели, основанной на современных методах анализа данных нечеткой предметной области и принципах доказательной медицины. Итогом работы стало создание такой модели, состоящей из прогностического (для скрининговой оценки по минимальному набору диагностических предикторов вероятности наличия у освидетельствуемого лица непсихотических психических расстройств дезадаптирующего уровня) и, собственно, диагностико-классификационного алгоритмов. Валидность разработанной модели была доказана в серии клинико-экспертных испытаний на нескольких контрольных группах.

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (НА ПРИМЕРЕ ИСПОЛНИТЕЛЬСКИХ ФУНКЦИЙ) У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Земляная А.А., Калинин В.В.

Москва

МНИИП – филиал ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Снижение исполнительских функций (ИФ) можно считать одним из ключевых патогенетических механизмов социальной дезадаптации при психических расстройствах, так как оно затрагивает сферы академического, трудового, межличностного, эмоционального, поведенческого, социального и адаптивного функционирования. Это многогранный комплекс функций, обеспечивающий определенный уровень саморегуляции, позволяющей планировать текущие действия в соответствии с поставленной целью, изменять реакцию в зависимости от контекста, избирательно уделять внимание нужным стимулам, менять стратегию и тактику в зависимости от изменения факторов внешней среды. Исполнительские функции включают большое количество когнитивных процессов, эмоциональных ответов, поведенческих актов, обеспечиваемых высокоцентрализованной, широко распространенной сетью, включающей различные мозговые структуры: префронтальные зоны, базальные ганглии, лимбическую систему, амигдалу, височные, теменные, лобные доли и мозжечок (Timmann D. et al, 2010; Eshel N. et al, 2007; Teffer K. et al, 2012; Philippi N., Botzung A. et al, 2015).

Дефицит ИФ значительно влияет на множество сфер жизни индивиуума и его окружающих, во многом определяя степень социальной адаптации и жизненного успеха. Наиболее изучены «исполнительские дисфункции» при расстройствах психологического (психического) развития и расстройствах поведения в детском возрасте, включая СДВГ, расстройства аутистического спектра, оппозиционные расстройства, различные формы умственной отсталости, в том числе при специфических синдромах. Во взрослой популяции исполнительские функции наиболее часто страдают вследствие инфарктов мозга, травматических повреждений, прогрессирующих органических заболеваниях ЦНС. При эпилепсии дефицит исполнительских функций является одним из основных механизмов развития специфических эпилептических расстройств личности – как лобного (возбудимого), так и височного типа (глишроидии), а также лежит в основе психоорганического синдрома и эпилептического слабоумия.

Целью данной работы являлось исследование исполнительских функций, в том числе в динамике, при разных формах эпилепсии, с выявлением связей между показателями ИФ, нейробиологическими характеристиками больных и особенностями течения заболевания.

Материалы и методы. В качестве инструмента для исследования ИФ использовался Висконсинский тест сортировки карточек (WCST), компьютерная версия. Исследование валидности данного теста для России проведено в 2004 г. (Полунина А.Г., Давыдов Д.М.) и показало относительную независимость параметров теста от возраста, уровня образования и состояния таких когнитивных функций, как кратковременная память, психомоторная скорость, зрительно-пространственное конструирование. В исследование были включены больные с верифицированным диагнозом эпилепсии, находившиеся под наблюдением в клинике экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского НИИ психиатрии. Преморбидные личностные характеристики выявлялись на основании данных Торонтской шкалы алекситимии (TAS-26) и Мюнхенского личностного теста (МЛТ). При первом обследовании у 135 больных (62 мужчины, 73 женщины, средний возраст 26,7+-6,8 лет) проводилось комплексное обследование с применением психометрических и нейропсихологических тестов. У 25 больных повторно проведено тестирование ИФ с помощью Висконсинского теста в динамике через длительный промежуток времени – не менее 5 лет, с учетом ремиссии или персистирования припадков за прошедшее время. Статистическая обработка результатов осуществлялась в программах «Statistica», версии 6.0 и 10.0.

Результаты. В исследуемой выборке средние результаты Висконсинского теста соответствовали возрастным нормам, четверть больных показала уровень ниже общей популяции. Выявлены связи между главными показателями Висконсинского теста и возрастом больных, длительностью заболевания, длительностью ремиссии, инвалидизацией, а также наличием невротизации по Мюнхенскому личностному тесту. При этом связей с возрастом дебюта припадков, их тяжестью, количеством принимаемых препаратов, психопатологическими симптомами и леворукостью не обнаружено.

Статистически значимые различия в основных показателях теста выявлены между группой больных височными и невисочными (экстратемпоральными) формами эпилепсии. Среднее общее количество ошибок в группе больных височной эпилепсией составило 44,13+-16,49%, в то время как группе больных с другими локализациями (лобная, затылочная) – 35,62+-15,15% (t=2,80, p=0,005). Процент персеверативных ошибок составил в среднем 26,88+-12,70% и 21,30+-11,52% соответственно (t=2,39, p=0,018). При этом средняя латентность ответов в группах достоверно не различалась.

На скорость выполнения заданий (латентность ответов) среди всех нейробиологических, психопатологических, терапевтических и других показателей достоверно влияла лишь алекситимия: она оказалась отрицательно связана с латентностью правильных ответов. В группе больных с алекситимией средняя скорость ответов с позитивным подкреплением оказалась более чем на 1 секунду ниже, чем в группе без алекситимии.

Динамическое обследование через несколько лет показало ухудшение показателей Висконсинского теста более чем у половины больных (68,3%). Снижение исполнительских функций не определялось возрастом, полом или длительностью заболевания. В наибольшей степени снижение ИФ оказалась связано с сохраняющимися припадками, то есть отсутствием ремиссии эпилепсии, несмотря на то, что при первичном обследовании на успешность выполнения теста не влияли ни тяжесть припадков, ни их частота, ни количество принимаемых противосудорожных препаратов.

Выявлено значение латерализации эпилептического очага (правосторонней или левосторонней), в отличие внутриполушарной локализации процесса (лобной, височной и др.). Снижение исполнительских функций отмечено у больных с левосторонним фокусом: в этой группе при повторном обследовании количество ошибок увеличилось в среднем на 8,75%, персеверативных ошибок – на 10,5%, тогда как в группе больных с правосторонним фокусом отмечалось уменьшение количества ошибок – соответственно на 3,63 и 5,72%.

Обсуждение. С учетом ведущего вклада в ИФ префронтального кортекса, полученные данные о более значительном снижении исполнительских функций при височной, а не лобной форме эпилепсии, могут трактоваться с точки зрения двух основных гипотез: распространение эпилептических дисфункций из височной отделов в лобные через проводящие тракты белого вещества мозга (nociferous cortex hypothesis) и вклад повреждений гиппокампальных структур в снижение ИФ при височной эпилепсии (hippocampal contribution hypothesis) (Corcoran R, Upton D., 1993; Hermann B, Seidenbergs M.1995). Влияние личностных характеристик на ИФ при эпилепсии ранее не изучалось. Связь алекситимии с замедлением темпа ИФ подтверждает многогранное и малоизученное значение этой личностной предиспозиции для разнообразной психической патологии. В предыдущих исследованиях не было выявлено связи снижения ИФ с право- или левосторонней латерализацией очага (Tudesco IDSS, 2010; Martin RC, 2000; Black LC, 2010). Однако, ни в одном из исследований не проводилось повторное обследование через значительный промежуток времени. В этой связи новыми являются полученные данные о значении левосторонней локализации патологического процесса и сохраняющихся припадков для снижения исполнительских функций, требующие дальнейшего исследования. При этом вновь подтверждается крайняя необходимость достижения ремиссии припадков для сохранения когнитивного потенциала и социального функционирования больных эпилепсией.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ

Казаковцев Б.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Принцип нашей классификации эпилептических психозов (1999) заключается в том, что основные их формы (транзиторную, приступообразную и хроническую) мы рассматриваем с учетом типа и стадии течения эпилептической болезни в целом. По результатам клинико-эпидемиологического исследования нами установлено, что психотиче-ские картины при эпилептической болезни развиваются при трех типах ее течения: благоприятном, с отставленной экзацербацией процесса и неблагоприятном.

Данный структурно-динамических подход наиболее полно использовался школой Т.А. Гейера и Д.Е. Мелехова при группировании психической патологии не по нозологиче-ским формам (ведущий психопатологический синдром, форма течения болезни), а по свойственному для общесоматической и неврологической патологии разделению на типы прогредиентности и стадии течения заболевания.

Наличие благоприятного течения эпилепсии определялось нами с учетом сравнитель-но поздней клинической манифестации, равномерной частоты и малой изменчивости струк-туры пароксизмов, преобладания в структуре личности у пациентов гиперсоциальных черт, преобладания аффективных расстройств и длительно сохраняющейся трудоспособности.

Отставленная экзацербация эпилептического процесса определялась по относитель-но благоприятному вначале развитию болезни и последующему возникновению полиморфизма пароксизмальных расстройств, преобладанию бредовых расстройств, появлению при-знаков деменции и постепенному снижению уровня социально-трудовой адаптации пациен-тов.

Неблагоприятное течение заболевания проявлялось у пациентов в раннем возникно-вении пароксизмов, серийном их течении, наличии психозов с полиморфной клинической картиной, включающей кататонические расстройства, относительно быстром формировании (в 5-10 лет) эпилептической деменции, выраженном снижении уровня социально-трудовой адаптации.

Для выявления распространенности в населении основных клинических закономерностей мы изучили всю группу пациентов, наблюдавшихся по поводу эпилепсии в одном психоневрологическом диспансере и проживавших в одном административном районе (n=511).

В свете изложенного представляется целесообразным привести некоторые отмеченные в современной литературе данные MRI исследований, относящиеся к структуре и динамике изменений характеристик серого и белого вещества головного мозга при эпилепсии и шизофрении.

Мягкая мезиальная височная эпилепсия. Последовательная дополнительная редукция серого вещества мозга отсутствует (D. Barron et al., 2012), однако существует редукция его объема в гиппокампе и таламусе в совокупности с нейрональной дисфункцией ипсилатерального таламуса (D. Fojtikovб et al., 2007; A. Labate et al., 2008). Масштабы структурных повреждений подкорковых структур и структур мозжечка выявляются при волюметрии серого вещества мозга (C.R. McDonald et al., 2008).

Хроническое течение эпилепсии. Коррелирует с длительностью и резистентностью ме-зиальной височной эпилепсии (J.W. Lee et al., 1998; A.B. McMillan et al., 2004; P.M. Gonsalves Pereira et al., 2005; L. Bonilha et al., 2004, 2005, 2010; A.C. Coan et al., 2009; F. Bilevicius et al., 2010; A. Labate et al., 2010; S. Alhusaini et al., 2012; J. Li et al., 2012; J. Maarten et al., 2012). Увеличение продолжительности заболевания связано с редукцией объемов серого вещества в гиппокампе и за его пределами, а также с редукцией объемов серого и белого вещества в мозжечке (L. Bohilha et al., 2006; T.O. Oyegbile et al., 2011).

Прогрессирование эпилептических припадков. Выявляется редукция объема серого вещества мозга в таламусе и лобной доле (W. Huang et al., 2011). За пределами гиппокампа во многих регионах мозга отмечена значительная атрофия серого и белого вещества, в том числе в передних ядрах таламуса, в грушевидной коре, в кортикальной части миндалины, в височных и вневисочных неокортикальных областях.

Прогрессирование болезни. Имеет место заинтересованность белого вещества мозга при исследовании лобно-височных связей (J.J. Lin et al., 2008; M. Liu et al., 2011; J.O'Muircheartaigh et al., 2011; J.H. Kim et al., 2012).

Развитие эпилептического психоза. Коррелирует с «эволюцией припадков», «психиатрической историей», наличием двусторонних независимых эпилептических очагов или двустороннего склероза гиппокампа (A.M. Kanner, 2008; I. D'Alessio et al., 2008).

Шизофрения. Уменьшение объема серого вещества в задних отделах верхней височной извилины на ранних стадиях заболевания является общим для расстройств шизофренического спектра (T. Takahashi et al., 2006). У пациентов, перенесших первый психотический эпизод, наибольшая редукция серого вещества отмечена спустя два-три года в теменной и височной коре, а наибольшая редукция белого вещества – в лобной и височных долях (T.J. Whitford et al., 2006; 2007).

У пациентов с большей тяжестью позитивных и негативных симптомов изменения наиболее заметны в лобных долях мозга (увеличение объема спинномозговой жидкости в мозговых бороздках, более выраженная редукция объема серого и белого вещества мозга, уменьшение толщины коркового слоя и объема мозга в целом) (B.C. Ho et al., 2003; T. Sigmundsson et al., 2003; S.A. Mitelman et al., 2007; I. Tomelleri et al., 2009; W.H. Jung et al., 2011; A.M. McIntosh et al., 2011; T. Asami et al., 2012; F.A. Hazlett et al., 2012).

В ходе проспективных (от одного года до пятнадцати лет) исследований установлено, что на ранних стадиях шизофрении (три-четыре года) темпы редукции объема серого вещества в верхней височной и латеральной затылочно-височной извилинах у пациентов составляют 2-6% в год (T. Takahashi et al., 2009; 2010; 2011).

На более отдаленных стадиях болезни темп редукции объема серого вещества мозга снижается до 0,59% в год, белого вещества височной доли – до 0,39%, лобных и теменных долей – до 0,32%, объема мозга в целом – до 0,07% в год (B. Olabi et al., 2011). Другие авторы (N.C Andreasen et al., 2011) подтверждают, что указанные изменения наиболее серьезны в первые годы после начала заболевания, и отмечают, что в дальнейшем эти изменения остаются на более высоком уровне и в корреляции с когнитивными нарушениями только у части больных.

Приведенный анализ данных литературы демонстрирует единство в применении ав-торами клинической терминологии, относящейся к типам и стадиям течения эпилептическо-го и щизофренического процессов. При прогрессировании патологического процесса в тех и других случаях отмечены сходства и различия в заинтересованности подкорковых и корковых структур височных и лобных долей, других отделах головного мозга. Отмеченные данные позволяют высказать предположение о том, что использование клинико-эпидемиологического подхода при сплошном нейровизуализационном исследовании репрезентативных групп психиатрических пациентов может оказаться плодотворным для установления клинико-патогенетических корреляций.

К ВОПРОСУ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Казенных Т.В., Бохан Н.А.

Томск
НИИПЗ

На сегодняшний день вопросы социальной и биологической адаптации больных эпилепсией остаются весьма актуальными. Адекватные реабилитационные программы направлены прежде всего на решение социальных проблем больных эпилепсией: межличностных, профессиональных, финансовых. Особенно значимы эти проблемы для женщин, больных эпилепсией, поскольку, помимо груза болезни, они испытывают дополнительные трудности в устройстве личной жизни, сохранения семьи, рождения детей, социальном функционировании в целом. Нами исследован уровень адаптации 106 женщин – больных эпилепсией, наблюдающихся в Междисциплинарном центре профилактики пароксизмальных состояний (МЦППС), с различной давностью заболевания – от 1 года до 15 лет, и различной выраженностью психических расстройств. В большинстве случаев они имели собственные семьи (52,2%) или жили в родительских (42,2%), количество разведенных (5,6%) не превышало среднестатистических показателей в здоровой популяции, что связано с преобладанием у больных легких или умеренных расстройств личности, малой прогредиентностью заболевания, преобладанием доброкачественно протекающих форм болезни. Женщины стремились сохранить семьи, что неоднократно подчеркивалось в беседе с врачом. Пациентки МЦППС достоверно чаще продолжали обучение в ВУЗах, среднеспециальных учреждениях, что чаще всего было связано с желанием «лучше устроится в жизни», «получить хорошую, высокооплачиваемую работу». Индивидуально разработанные реабилитационные программы, включающие противоэпилептический препарат в оптимальной дозе и психотерапевтическую коррекцию, способствовали урежению судорожных приступов, коррекции психических расстройств, и в целом – лучшей социальной, в том числе семейной адаптации женщин, больных эпилепсией.

АНАЛИЗ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ СТАРШЕГО ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ДЛИТЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЭКОЛОГОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ТЕРРИТОРИИ ЮЖНОГО УРАЛА

Колмогорова В.В.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Цель исследования: изучить характер экзогенно-органических расстройств у лиц старшего зрелого и пожилого возраста, длительно проживающих на экологически неблагоприятной территории Южного Урала.

Материал и методы. В основу исследования положено клиническое изучение больных с «органическими эмоционально-лабильными (астеническими) расстройствами» (137 пациентов) (F 06.6), «с органическими тревожными расстройствами» – 95 обследованных (F 06.4), «с органическими (аффективными) расстройствами настроения – 84 больных (F 06.3) и с «органическими расстройствами личности и поведения вследствие заболевания, повреждения головного мозга» (32 больных) (F 07.9). Все пациенты (348 чел., среди них мужчин – 211, женщин – 137 чел.) были в возрасте 54-68 лет. Подавляющее большинство обследованных практически всю жизнь проживали на экологически неблагоприятной территории Южного Урала (радиационно загрязненных территориях). Из них 161 пациент получил облучение в пойме р.Теча и 187 пострадали на территории Восточно-Уральского радиационного следа. Группу сравнения составили 100 респондентов, в анамнезе которых не обнаруживалось патогенное воздействие экологически неблагоприятных факторов (радиационного). Они проживали на радиоактивно чистых территориях, но имели аналогичные основной группе социальные, половозрастные и иные характеристики.

Для оценки состояния когнитивных функций использовали следующие психометрические тесты и шкалы: шкала общего ухудшения когнитивных функций, шкала тяжести деменции, шкала Гамильтона для оценки депрессии, кратная шкала оценки когнитивных функций, субтесты шкалы Векслера, тесты немедленного и отсроченного воспроизведения 10 слов.

Для установления значимых различий между группами использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни и описательная статистика.

Результаты исследования. Все обследованные больные подразделялись на следующие подгруппы: 1. «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство». Основу этого вида органических расстройств (137 пациентов) составляет церебрастенический радикал в форме физической и психической слабости, истощаемости, гиперестезии, раздражительности. При органической астении у обследованных пациентов в той или иной степени нивелируется реакция личности на саму болезнь. Однако проявления симптомов астении становятся более грубыми. Вместо раздражительности чаще выступают злоба, дисфория, вместо подавленности – тоскливый аффект и т.д. Степень выраженности патологических проявлений была различна – от клинически «простых» астений до дементных вариантов с умеренно выраженными когнитивными нарушениями. Во всех случаях наблюдались те или иные вазовегетативные расстройства и перепады артериального давления со склонностью к гипотонии, лабильность пульса, гипергидроз, сосудистая лабильность и т.д.

2. Органическое тревожное расстройство. Подгруппа «тревожное органическое расстройство» (95 обследованных) характеризовалась выраженными наступающими периодически приступами панического страха, генерализованной тревогой или обессивно-фобическими состояниями, которые формировались на фоне органического поражения головного мозга. Характер тревожных проявлений на всем протяжении болезненного состояния отличался динамичностью, волнообразностью, изменениями степени выраженности и резистентностью. У этих пациентов в формировании психоорганических проявлений обнаруживалась полиэтиологичность факторов (радиационный, психогенный, преморбидный и др.). Постоянное чувство тревоги в сочетании с органической психосимптоматикой было субъективно крайне тяжелым, выводящим из строя больных во всех областях социальной и профессиональной деятельности.

3. Органические (аффективные) расстройства настроения: подгруппа «органических (аффективных) расстройств настроения» (84 больных) характеризуется сочетанием хронических расстройств настроения с достаточно убедительными клиническими данными, подтверждающими органическую патологию головного мозга. Анализируя клинику органических расстройств настроения (F 06.3), следует отметить, что критерием для включения этих больных в настоящую подгруппу является их прямая обусловленность церебральными расстройствами, наличие которых достоверно подтверждается различными инструментальными, патопсихологическими, лабораторными и иными методами, в том числе и клинико-психологическими. Органическая симптоматика обычно проявлялась различными когнитивными нарушениями, степень выраженности у большинства обследованных этой подгруппы была менее выраженной, чем в предыдущих подгруппах, но стойкой и терапевтически резистентной.

4. Органическое расстройство личности и поведения вследствие заболевания, повреждения головного мозга: подгруппу «органическое расстройство личности и поведения вследствие заболевания, повреждения головного мозга» (32 больных) охватывает круг лиц с преимущественно резидуальными органическими заболеваниями мозга и с нарушением высших корковых функций. Обычно причиной этой симптоматики являются структурные повреждения мозга, однако характер нарушений не достигает степени выраженной деменции. Чаще диагностировались эксплозивные, апатические и смешанные варианты органического синдрома. Наряду с отмеченной выше симптоматикой практически у всех обследованных больных этой подгруппы встречались те или иные расстройства личности и поведении.

Выводы. Итогом тщательного изучения особенностей клиники органических расстройств лиц старшего зрелого и пожилого возраста длительно проживающих на экологически неблагоприятной территории Южного Урала являются адекватные терапевтические подходы в зависимости от особенностей клинических проявлений отдельных подгрупп и решения значимых для них социальных вопросов. Требовалось и дифференцированное применение ноотропов, ангиопротекторов, корректоров мозгового кровообращения и др. Решение социальных вопросов является также чрезвычайно важным моментом в геронтологической практике и работе врачей, курирующих пациентов старшего зрелого и пожилого возраста.

СОСТОЯНИЕ СПУТАННОСТИ (ДЕЛИРИЙ) У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Колпащиков И.Н., Гаврилова С.И.

Москва
НЦПЗ РАН

Целью настоящего исследования являлось изучение частоты состояний спутанности (синонимы: делирий, острый мозговой синдром) в популяции пожилых больных многопрофильного стационара, психопатологической структуры этих состояний и факторов риска их развития в пожилом возрасте.

Больные и методы обследования. Исследование проводилось в период с мая по сентябрь 2012 года на базе многопрофильной больницы ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ, общей численностью коек 1200.

Объект исследования: невыборочная когорта (187 человек) пожилых (65 лет и старше) больных многопрофильного стационара, проконсультированных и/или пролеченных в связи с развитием состояния спутанности.

Критерии включения: пациенты любого пола в возрасте старше 65 лет и старше, находившиеся в отделениях непсихиатрического профиля и соответствовавшие критериям диагностики состояния спутанности по МКБ 10 и DSM IV [8, 9]

Использовались следующие методы исследования: клинико-эпидемиологический, психопатологический, нейровизуализационный (КТ, МРТ)

Характеристика контингента больных: в обследованной когорте больных (187 человек) лица в возрасте старше 85 лет составили 33,2%, существенно меньшую долю составляли пациенты других возрастных групп: от 75 до 79 лет – 23,5%, от 80 до 84 и от 70 -74 лет по 19,8%. Наиболее редко состояния спутанности наблюдались в возрастной группе от 65 до 69 лет 3,7% от общего числа пожилых больных со спутанностью

Наиболее часто состояния спутанности наблюдалось в отделениях терапевтического (35,3%), неврологического (29,5%) и кардиологического (19,2%) профиля. В отделениях другого профиля состояния спутанности составляли не более 1 – 2% от общего числа обследованных пациентов со спутанностью.

Психопатологическая структура состояний спутанности: Делириозное помрачнение сознания (чаще фрагментарное) установлено у 71 пациентов (37,9% от всех обследованных), несколько реже встречались недифференцированные экзогенно-органические психозы с различными изменчивыми формами помрачения сознания: 59 пациентов (31,6%), аментивный синдром был установлен у 35 пациентов (18,7% от всех обследованных).

У 22 пациентов (11,8% от всех обследованных) состояние определялось конфабуляторной спутанностью.

Выводы.

- Состояние спутанности у пожилых пациентов является частым психическим расстройством в различных подраз-

делениях многопрофильного стационара, но наиболее часто встречается в отделениях терапевтического и неврологического профиля.

- Вероятность развития состояния спутанности увеличивается при наличии следующих факторов: возраст старше 85 лет, наличие ранее диагностированной энцефалопатии или деменции, присоединение пневмонии, уроинфекции.

- Наиболее часто помрачение сознания у пожилых больных определялось фрагментарными делириозными расстройствами, реже встречались недифференцированные экзогенно-органические психозы, аментивные состояния и конфабуляторная спутанность.

- Состояние спутанности коррелирует с высоким риском летального исхода у пожилых больных.

- Динамика и долгосрочные исходы состояний спутанности у пожилых больных многопрофильного стационара, также как и условия их возникновения и особенности терапевтической тактики требуют дальнейшего исследования.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Колягин В.В., Гармаев Д.В.

Иркутск
Иркутская ГМАПО

Цель исследования: изучение психического состояния и определение степени годности для службы в РА лиц призывного возраста.

Материалы и методы. Изучена группа из 40 мужчин 18-23 лет (средний возраст 20,8 года), прошедших стационарное медицинское освидетельствование в сроке до 14 койко-дней в отделении пограничных состояний №13 Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1. На основании консультации, данных архивной медицинской документации и родственников, личного дела, характеристик (с места учебы, работы), результатов обследования невролога, психолога, терапевта, выделено три подгруппы: первая из 20 чел. (50%) с «Расстройством личности», вторая из 7 лиц (17,5%) с «Умственной отсталостью», третья – 4 чел. (10%) с «Легким когнитивным расстройством». Психически здоровыми признано 9 обследуемых (22,5%). Основным принципом анализа полученных результатов обследования и данных о лицах призывного возраста была биопсихосоциальная парадигма, предложенная Джорджем Энгелом (Engel, G.) в семидесятых годах 20 века, включающая взаимосвязь трех составляющих: биологическую; психологическую; социальную.

Результаты. Психически здоровые. Из них: в городе проживают 77,7%; в полной семье воспитывались 88,8%, в многодетных семьях – 55,5%.

У всех беременность и роды матерей протекали без особенностей; частые простудные, тяжело протекающие детские инфекции с высокой температурой – 0%; отклонения в психомоторном развитии – 0%. Несколько опережающее психомоторное и когнитивное развитие (овладели техникой чтения, письма, счета в дошкольном возрасте) – 33,3%; школьная дезадаптация – 0%; дублировали классы – 0%.

Бытовые обязанности (стирка, мытье посуды, уборка в доме) выполняли по собственной инициативе 77,7%. Активно занимались спортом 66,6% обследованных (участвовали в школьных, районных, межрайонных соревнованиях), 33,3% участвовали в школьных олимпиадах по физике, математике; одаренность в сфере рисования, музыки у 11,1%; ровные отношения в школе у 88,8%; активная позиция и роль лидера у 11,1%; татуировки, проявления аутоагрессии, патологические увлечения – 0%; злоупотребление алкоголем и каннабиноидами – 0%. Независимы от табака – 77,8%. Пристрастилось к употреблению табака в юношеском возрасте -22,2%; ЧМТ – 0%; на учете в Инспекции по делам несовершеннолетних – 0%; судимости – 0%. С родителями проживают 77,7% обследованных.

Как следствие: высшее, неоконченное высшее, среднее специальное образование у 66,6%; неоконченное среднее специальное образование у 33,3%, кроме того, они продолжают обучение и работают (парикмахер, сварщик, автослесарь). Занимаются высококвалифицированным трудом (инженер, судебный эксперт, финансы и кредиты) – 33,3%. Не работают (иждивенцы) – 22,2%.

ЭЭГ в пределах нормы у 22,2%. Легкие и умеренные ЭЭГ- изменения у 77,7%. Консультация невролога: без патологии у 77,7%; синдром вегето-сосудистой дистонии у 22,2%.

Экспериментально-психологическое исследование: легкие эмоционально волевые нарушения у 22,2%, легкое снижение продуктивности психических процессов у 11,1%.

Причинные факторы формирования расстройства личности ((F60.1); (F60.3); (F61.1)):

- Урбанизация – подавляющее большинство обследованных (85%) городские жители;

- Тяжелые психотравмирующие и материальные депримирующие условия в детстве у 60% обследованных (неблагоприятная семейная обстановка с алкоголизацией одного из родителей у 25%; воспитание в неполной семье у 30%; проживание с психически больными родителями – 10% пациентов);

- Школьная дезадаптация у подавляющего большинства пациентов данной подгруппы – 75%. Каждый пятый из подгруппы был объектом насмешек и унижений со стороны;

- Проблемы взаимоотношений в семье по выполнению домашних обязанностей имели 80% обследованных;

- Злоупотребляют табаком – 75%, каннабиноидами – 60%, алкоголем – 55%, с раннего подросткового возраста (10-12 лет), и даже раньше 60% из них. Как следствие: проявления аутоагрессии у 35%; татуировки у 30%; патологические увлечения у 20%; на учете в Инспекции по делам несовершеннолетних состояло 55%, из них 81,8% имеют судимости; дублировали классы – 20%; отчислялись из ВУЗа или СПУ – 40%; не имеют достижений в образовании- 80%. Из них 25% не работают, а 65% случаев работают, либо «разнорабочими», либо работниками с низким разрядом.

Выявляются изменения в ЭЭГ у 85%, а в экспериментально психологическом исследовании в 100% случаев.

Причинные факторы формирования «Умственной отсталости легкой степени» (F70.0;F70.1):

- Проживание в сельской местности – 85,7%;

- Отягощенный акушерский анамнез у матери в 71,4% случаев;

- Психомоторное развитие нарушено у всех (отклонения в 71,4% и в 28,6% случаев с отставанием).

- В многодетных семьях воспитывалось 71,4%. Из них в условиях: гипоопеки и даже безнадзорности, социальной и педагогической запущенности, алкоголизации одного из родителей – 57,1%; жил в детдоме, т.к. оба родителя лишены родительских прав из-за их алкоголизации – 14,3%; воспитание в неполной семье – 28,6%.

- У 71,4% школьная дезадаптация;

- Проблемы взаимоотношений в семье по выполнению домашних обязанностей имели 100% обследованных;

- Никотинизм у 71,4%; зависимость от алкоголя у 28,6%; злоупотребление каннабиноидами, в том числе синтетическими (спайсы) у 14,3%. В 71,4% случаев обследуемые пристрастилось к употреблению ПАВ с раннего подросткового возраста (10-12 лет) и раньше. Как следствие: состояли на учете в ПНД 85,7%; по коррекционной программе учились 71,4%; работают разнорабочими, либо на низкоквалифицированной должности – 42,8%, иждивенцы- 28,6%, учащиеся СПУ – 28,6%; с родителями проживают 71,4% пациентов.

В ЭЭГ выявлены изменения у всех пациентов. Консультация невролога: Энцефалопатия у 85,7%; когнитивное снижение у 14,3%.

Экспериментально-психологическое исследование – умственное недоразвитие легкой степени и эмоционально волевые нарушения у всех.

Причинные факторы формирования «Легкого когнитивного расстройства» (F06.7):

- Проживание в сельской местности – 75%;

- Отягощенный акушерский анамнез у матери в 50% случаев;

- При отсутствии явных отклонений в психомоторном развитии у всех пациентов подгруппы, 75% обследованных подгруппы учились по коррекционной программе;

- Воспитание в многодетных семьях в условиях гипоопеки и даже безнадзорности, социальной и педагогической запущенности – 50%;

- Частые простудные, тяжело протекающие детские инфекции с высокой температурой – 25%;

- Употребление табака с раннего подросткового возраста (10-12 лет) и раньше – 75% обследованных. Как следствие: бытовые обязанности выполняли только по требованию старших – 100%; на учете в ПНД состояли- 100%; с родителями проживают – 75%, лишь один состоит в гражданском браке и имеет детей; среднее специальное или неполное среднее и работа разнорабочим у половины.

В ЭЭГ изменения у 75%. Консультация невролога: энцефалопатия у 25%, когнитивное снижение у 25%, без патологии у 50%.

Экспериментально психологическое исследование: эмоционально волевые нарушения у 75%, умственное недоразвитие легкой степени у 100%.

Выводы. Биопсихосоциальная модель Джорджа Энгела опирается на принципы системного подхода включающего факторы трех порядков: факторы биологического порядка, к ним можно отнести пол, наследственность, характеристики обмена веществ, сопутствующие заболевания; факторы психологического порядка – особенности эмоциональной, мотивационной и личностной сферы; факторы социоэкономического порядка – род занятий, уровень доходов, социальный статус, совокупность исполняемых социальных ролей. Эти факторы взаимосвязаны и являются зависимыми. Например, социальный статус может быть связан с рискованным или безопасным поведением; особенности обмена веществ – с уровнем стресса; эмоциональные нарушения могут быть вызваны тяжелыми социальными условиями, но одновременно, через межличностные конфликты, нарушения поведения, сами приводят к ухудшению социальной ситуации индивида. Ни один из факторов не может рассматриваться как «настоящая» или «единственная» причина болезни.

ОСОБЕНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ларина И.В., Олина М.В., Киссин М.Я.

Санкт-Петербург
СПб ГКУЗ ГПБ №6

Встречаемость эпилепсии в популяции достигает 1%, от 25 до 40% больных – женщины детородного возраста. По другим данным, около 1% беременных страдают эпилепсией, причем у 13% женщин манифестация заболевания приходится на период беременности и у 14% припадки наблюдаются исключительно во время беременности (так называемая гестационная эпилепсия). Ежегодно около 0,3–0,4% новорожденных рождаются от матерей, страдающих эпилепсией (Жидкова И., Карлов В., Адамян Л., 2012 г.; Карлов В.А., Власов П.Н., Кушлинский Н.Е. и др. 2010 г)

Актуальность проблемы ведения беременности и родов у больных эпилепсией женщин очевидна. Благодаря демократизации общества, доступности информации, включая компьютерные поисковые системы, внедрению новых антиэпилептических препаратов (АЭП), полученных путем направленного синтеза и существенно улучшающих качество жизни больных, обеспеченности современным медицинским оборудованием, позволяющим отслеживать объективные показатели развития беременности, все больше больных эпилепсией женщин интегрированы в активную жизнь общества, имеют семью и стремятся завести детей.

У пациенток с эпилепсией количество возникающих вопросов и тревожащих их ответов увеличивается в разы: участятся ли приступы? Возможно ли нормальное развитие беременности во время эпилепсии? Есть ли риск наследственной передачи заболевания эпилепсии ребенку? Влияют ли принимаемые противоэпилептические препараты на развитие плода? Возможны ли естественные роды, естественное вскармливание?..

Поэтому важно комплексное изучение клинических, психологических и социальных особенностей будущих мам, адаптационных механизмов (совладания со стрессом болезни) и оценки личностных ресурсов больных по преодолению трудностей, связанных с беременностью. Знание и учет психологических особенностей, адаптационных ресурсов позволит прогнозировать поведение пациенток в отношении течения беременности, подготовки к родам, выстроить эффективный курс психологической помощи.

Цель исследования — определение психопатологической картины расстройств адаптации и механизмов психологической защиты у беременных пациенток с эпилепсией, а также выделение на основании этого этапов психотерапевтической работы с ними.

Материал и методы: с 01.09.12 по 31.01.15 г в Городском эпилептологическом центре обследовано 93 беременных женщины, страдающих эпилепсией в возрасте от 16 до 41 года.

Психодиагностический инструментарий представлен методическим комплексомиз следующих методик:

- методика определения индивидуальных копинг-стратегий (стиля совладания со стрессом) Э.Хайма (1988 г);

- опросник «SACS» для изучения стратегий и моделей копинг-поведения (стресс-преодолевающего поведения), как типов реакций личности человека по преодолению стрессовых ситуаций (С. Хобфолл, 1994 г));

- многомерная шкала восприятия социальной поддержки» («MSPSS») (D.Zimet, 1988 г).

- методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни и, соответственно, названная ТОБОЛ, (Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1987);

- тест Спилбергера-Ханина, определяющий психологический феномен тревожности (1976 г);

Результаты исследования. На основании методики Э. Хайма выделили 3 группы совладающего поведения включающие в себя когнитивные, эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии. Наиболее часто встречающаяся когнитивная копинг-стратегия у беременных пациенток в ремиссии и с редкими приступами – сохранение самообладания, проблемный анализ (которые являются продуктивными стилями совладания со стрессом), в то же время, у пациенток с частым течением приступов отмечается смирение, религиозность – относительно продуктивные и непродуктивные стили).

Среди вариантов эмоционального копинга у беременных женщин отмечено преобладание адаптивных форм в преодолении трудностей – «оптимизм», что означает уверенность беременных женщин в благоприятном исходе беременности и родов. И лишь у пациенток с тяжелым течением эпилепсии отмечались

недаптивные и относительно адаптивные копинги поведения – подавление эмоций, агрессивность. А вот конструктивная стратегия «эмоциональная разрядка» напротив, свойственна только женщинам без приступов и осложнений течения беременности. По-видимому, проявление чувств в ответ на плохое самочувствие или настроение характерно для беременных женщин с нормально протекающей беременностью, и не характерно для женщин у которых беременность протекает тяжело.

По результатам теста SACS из поведенческих стратегий, наиболее распространены следующие конструктивные копинг-механизмы: вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки в сочетании с избеганием и осторожными действиями (преимущественно пассивная и просоциальная стратегия поведения), в то же время лишь незначительно уступают по выраженности проявления и асоциального поведения в виде агрессивных действий. Ассертивное поведение (способность человека не зависеть от внешних влияний и оценок, самостоятельно регулировать собственное поведение и отвечать за него) – активная стратегия, отмечается исключительно у пациенток с длительной ремиссией приступов. Таким образом, у пациенток отмечается повышенная потребность в поддержке и сочувствии, имеется склонность к бегству от возникающих стрессовых событий.

Эти данные подтверждают и исследования по шкале MSPSS- настроенность на поддержку прежде всего семьи, друзей отмечена у 100% испытуемых.

Отношение к болезни по данным ТОБОЛ – преобладают гармоничный, анозогнозический типы, что не совпадает с данными обследования пациентов с эпилепсией, не имеющих беременность, где преобладают меланхолический, тревожный, сеситивный, дисфорический типы отношения к болезни.

Подавляющее большинство пациенток в тесте Спилберга-Ханина показала высокий уровень как личностной, так и реактивной тревожности, что, пожалуй, является наиболее важной мишенью для работы психиатра, психолога, наблюдающих пациенток.

Таким образом, программа психологического сопровождения беременной женщины, страдающей эпилепсией должна быть направлена на оказание поддержки и помощи женщине в мобилизации физических и психических сил для благополучного течения беременности и рождения здорового ребенка.

В процессе реализации программы необходимо решать ряд задач:

- адаптация женщины к беременности, принятие нового образа себя;

- развитие собственной чувствительности через доверие к естественным процессам в организме, подготовка к естественным родам;

- формирование ответственного отношения к зачатию, рождению, воспитанию и развитию ребенка;

- Руководствуясь принципом целостного отношения к беременности, необходимо вести психологическую работу с беременной женщиной а также использовать широкий спектр методов и форм групповой, семейной, индивидуальной психотерапии.

РАССТРОЙСТВА БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Липатова Л.В., Мазо Г.Э., Жуков Н.Э.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Расстройства биполярного спектра и эпилепсия представляют собой хронические заболевания с рекуррентным течением, которые имеют много сходных биохимических и физиологических патогенетических механизмов. Аффективные нарушения имеют высокую коморбидность с эпилепсией, однако большинство исследований посвящено вопросам взаимосвязи эпилепсии с депрессией, при этом данных о связи эпилепсии с именно биполярными аффективными расстройствами (БАР) до сих пор недостаточно.

В результате различных исследований установлено, что 5,7 млн взрослых американцев, составляющих 2,6% от населения США старше 18 лет, имеют БАР. В группе больных эпилепсией биполярные расстройства, согласно критериям DSM-IV, встречаются у 12,2% обследованных, что в 7 раз чаще, чем в общей популяции. Впоследствии, диагноз БАР был поставлен почти 50% пациентам из этой выборки, что дает возможность сделать вывод, что примерно 6% больных эпилепсией (БЭ) имеют оба заболевания (Ettinger A.B. et al., 2005). Европейские исследования коррелируют с этими данными (Mula M. et al., 2008).

При прицельном исследовании постиктальных психических симптомов у больных эпилепсией (БЭ) было установлено, что в 22% случаев наблюдались состояния мании/гипомании, зачастую ассоциированные с другими психотическими нарушениями (Mazza M. et al., 2007). Несмотря на распространенную среди пациентов с эпилепсией нестабильность настроения (например, пре- и интериктальной дисфории или постиктальной мании/гипомании), она имеет отличную от биполярного аффективного расстройства природу. Тем не менее, биохимические, структурные и функциональные нарушения, характерные для первичного БАР, так же могут вторично возникать на фоне эпилепсии. Модель «разжигания» («kindling paradigm»), используемая для понимания иктогенеза, может быть аналогично применена в моделировании эпизодичности биполярного расстройства. У пациентов с БАР были описаны изменения вторичных посредников (G-белок, фосфатидилинозитол, протеинкиназа С и др.), изменения экспрессии гена c-fos и нарушения на уровне вольтаж-зависимых ионных кальциевых и натриевых каналов (Amman B., Grunze H., 2005).

Цель исследования: оценка встречаемости БАР среди БЭ с непсихотическими психическими расстройствами (F06.822).

Материалы и методы. Обследовано 40 БЭ, средний возраст пациентов составил 41,7 года (от 19 до 74 лет), соотношение лиц мужского и женского пола – 38/62%.

Начальным этапом исследования было выявление признаков гипомании по шкале HCL-32 (Hypomania Checklist-32), которая состоит из трех разделов: первый раздел дает возможность определить самооценку больным своего состояния в момент обследования. Главный (второй) раздел представляет собой 32 вопроса по различным признакам гипомании, с ответами «да» / «нет», итоговый балл выводится суммацией положительных ответов. Вопросы последнего раздела оценивают влияние подъемов настроения на семью, общение, работу, досуг и реакцию окружающих, среднюю длительность подъемов настроения, их наличие и длительность за последний год.

Второй частью исследования была диагностика БАР у БЭ по шкале индекса биполярности, представляющей собой список из 5 разделов, в каждом из которых перечислены возможные симптомы заболевания, оцениваемые в баллах с максимальным количеством 20 (признак, безусловно указывающий на БАР), максимальное количество баллов по шкале – 100. В каждом разделе необходимо выбрать вариант симптома/течения заболевания, наиболее характерный для данного случая, и прибавить к общему количеству баллов описывающее его числовое значение. Итоговый балл описывает процентную вероятность того, что конкретный случай исследования является БАР.

Результаты исследования. Среднее количество положительных ответов на 32 базовых вопроса было 11,5 (SD=4,39), от 3 до 20; в основной версии HCL-32 точкой разделения служит уровень 14 или выше (Мосолов С.Н. и др., 2015), его набрали 14 респондентов (35%): 6 мужчин и 8 женщин, которые охватили все

возрастные категории с максимумом в 74 года и минимумом в 19 лет (средний возраст 39,4 года). Это позволяет говорить о высокой вероятности наличия у них БАР с рекомендацией дальнейшего психиатрического обследования. 7 (50%) из этих респондентов на вопрос о сравнении себя с другими людьми ответили, как «я в общем получше других», а на пункт о самочувствии на момент опроса 9 пациентов (64%) ответили «немного лучше, чем обычно», столько же (64%) оценило реакцию окружающих людей на их подъемы настроения как «положительную». Эпизоды подъемов настроения сопровождали респондентов от 0 до 100 дней в году (в среднем 33,6). 8 из 14 (57%) респондентов, прошедших точку разделения первой шкалы, получили от 20 баллов и больше (с максимумом в 37) по индексу биполярности, что соответствует ≥20% вероятности заболевания БАР.

Таким образом, результаты пилотного исследования свидетельствуют о целесообразности изучения расстройств биполярного спектра у больных эпилепсией. Это позволит получить новые знания, касающиеся не только биологических механизмов, лежащих в основе коморбидности этих нарушений, но и патофизиологических аспектов формировании расстройств биполярного спектра.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Лукина Л.В., Балунов О.А., Семенова Н.В., Ситник Л.И.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Актуальность изучения постинсультной депрессии, повышение эффективности лечения больных обусловлена частотой встречаемости острых нарушений мозгового кровообращения, значительным ростом заболеваемости и смертности, а также выраженной степенью инвалидизации пациентов с данной патологией.

Особенностью мозговой сосудистой катастрофы является как формирование устойчивого неврологического дефекта, так и присоединение депрессивных нарушений.

К настоящему времени является доказанным влияние постинсультной депрессии на течение и прогноз острого инсульта. Влияние ее настолько велико, что депрессия считается независимым фактором риска в патофизиологическом прогрессировании сосудистых заболеваний. Смертность больных, страдающих постинсультной депрессией, в течении первого года после инсульта в половину выше, чем у пациентов без нее (Charles E, 2004; Williams LS, Ghosess, Swinde R.W., 2004).

Одними из первых отечественных авторов, описавших клинику и лечение постинсультной депрессии, были сотрудники НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Балунов О.А., Садов О.Г., А.Ю. Алемасова, 1990; Балунов О.А., Каменецкий В.К., Садов О.Г., 1993). Успешность реабилитации после инсульта напрямую связана с регрессом депрессии (Балунов О.А., Каменецкий В.К., Садов О.Г., 1993; Балунов О.А., Триумфова Е.А., 2000; Гусев Е.И., Гехт А.Б., 2000).

Для эффективности реабилитационных мероприятий у больных, страдающих постинсультной депрессией, необходимо внедрение полипрофессиональной модели оказания лечебно-диагностической помощи. Такой способ реабилитации постинсультных больных был разработан и апробирован в отделении реабилитации психоневрологических больных НИПНИ им.В.М. Бехтерева (Балунов О.А. Триумфова Е.А., 2000). Этот подход основывается на четырех основных принципах, разработанных М.М. Кабановым в рамках концепции реабилитации:

1. Принцип аппеляции (обращения) к личности больного – принцип партнерства;

2. Принцип одновременного применения биологических, терапевтических и психосоциальных воздействий;

3. Принцип разносторонности усилий, направленных на разные сферы жизни больного (семья, работа, друзья, хобби и т.п.);

4. Поэтапность усилий

Лечебно-диагностический алгоритм включает в себя два основных блока:

I. Диагностический блок:

1.Клинические данные:

- тщательный сбор анамнеза для выявления отягощенности семейного анамнеза по сердечно-сосудистой и психической патологии.

- соматический и неврологический осмотр с обязательной оценкой вегетативной нервной системы, нарушения в работе которой могут косвенно говорить о сопутствующией депрессии.

2. Функциональная диагностика:

- методы нейровизуализации (МРТ, КТ, МРА), позволяющие уточнить характер и локализацию очагового поражения головного мозга, а также степень атрофического процесса.

- лучевые методы диагностики: рентгенография черепа (выявление косвенных признаков внутричерепной гипертензии), ТКДГ (достаточность гемодинамики), Дуплексное сканирование магистральных артерий (выявление и оценка гемодинамической значимости стенозов артерий).

- ЭЭГ – позволяет оценить изменения биоэлектрической активность головного мозга.

- по показаниям: ЭХО-КГ, УЗИ брюшной полости, почек, малого таза.

3. Лабораторная диагностика:

- клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи.

- по показаниям: оценка гормонального фона, исследование на инфекционные агенты.

4. Осмотр специалистов:

- медицинский психолог: экспериментально-психологическое обследование проводится для объективизации актуального состояния больного, получения дополнительных данных психологического, семейного анамнеза, уровня и характера протекания основных психических процессов с подробным исследованием когнитивной и эмоционально-личностной сфер, выявления роли психогенных факторов в развитии болезненного процесса; для решения задач дифференциальной диагностики, в частности, разграничение уровня когнитивного дефицита при деменциях различного генеза с депрессивным состоянием на фоне легкого когнитивного расстройства;

- нейропсихолог: назначается для выявления локально-очаговой симптоматики;

- логопед: верификация речевых расстройств;

- психиатр: для диагностики характера и степени выраженности психопатологических симптомов и синдромов и определения показаний для назначения психотропных препаратов;

- терапевт: диагностика и коррекция соматического состояния;

- нейроофтальмолог: для решения диагностических и лечебных вопросов.

- по показаниям: нейрохирург, эндокринолог, инфекционист, ревматолог, врач проф.патологии, физиотерапевт, врач лечебной физкультуры.

Следует подчеркнуть, что заключительную оценку всех диагностических данных и выработку алгоритма патогенетически обоснованного лечения осуществляет лечащий врач-невролог.

II. Лечебно-восстановительный блок:

Лечение пограничных психических расстройств должно быть:

- комплексным – включающим медикаментозные и психокоррекционные методы лечения наряду с социальными вмешательствами;

- многоуровневым (личностный, межличностный, ситуационный):

1. личностный уровень включает в себя

- исследование характерологических особенностей больного, самооценки, уровня притязаний, ценностных ориентаций, копинг-стратегий, внутриличностных конфликтов;

- особенности протекания жизненных этапов, сбор психологического и социального анамнеза;

- исследование внутренней картины болезни – комплекса психологических установок больного, касающихся его отношения к своей болезни и лечению (сознание болезни, отношение к прогнозу, лечению, применению психотерапии и психокоррекции, психотропных препаратов; личностные реакции на болезнь);

2. межличностный уровень в основном направлен на выявление проблем партнерства (семейные взаимоотношение, ближайшее окружение, профессиональные контакты, рабочая атмосфера);

3. ситуационный уровень – выявляет особенности актуальной жизненной ситуации больного, ее патогенное влияние на состояние пациента;

- многопрофильным – подключение медицинских психологов, логопедов, врачей (психиатров, психотерапевтов, врачей лечебной физкультуры и физиотерапевтов), а также специально подготовленный средний медицинский персонал, социальных работников и специалистов в области терапии занятостью.

Использование лечебно-диагностического алгоритма позволяет оптимизировать оказание медицинской помощи больным и достичь большего реабилитационного прогресса. Использование алгоритма дает возможность составлять индивидуальные программы реабилитации для каждого конкретного больного, интенсифицировать терапевтический процесс, что сокращает сроки лечения и способствует наиболее полному физическому и психосоциальному восстановлению больных.

Несмотря на то, что врачи-интернисты должны постоянно повышать свой уровень знаний об особенностях механизмов возникновения, течения, возможностях медикаментозной и психотерапевтической коррекции аффективных нарушений у больных, перенесших мозговой инсульт, диагностика депрессий и медикаментозное лечение таких пациентов должны, прежде всего, осуществляться содружественно с медицинскими психологами и психиатрами. Оказание полипрофесиональной помощи больным с постинсультной депрессией заключается в активном включение специалистов смежных областей медицины в процесс реабилитации постинсультных больных.

ДИНАМИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ

Михайлов В.А., Дружинин А.К., Липатова Л.В., Киссин М.Я., Бочаров В.В.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Эпилептические приступы и связанные с ними нарушения эмоционально-аффективной сферы (депрессии, тревожные расстройства, дисфории, сумеречные расстройства, психозы, деменции, изменения личности), возникшие, в том числе, после инсультов, травм и опухолей головного мозга, нейроинфекций у больных пожилого возраста, оказывают значительное влияние на модель поведения пациентов в повседневной жизни, эффективность реабилитации и качество жизни, что требует проведения реабилитационных программ.

Методы и материалы: исследована группа больных, 101 человек (56 мужчин,45 женщин), которые в течение последних 3-5 лет перенесли инсульт (ОНМК),травмы и опухоли головного мозга, эндогенные метаболические интоксикации, нейроинфекции. Заболевания осложнились развитием симптоматической, локально обусловленной эпилепсией, с различными эмоционально-аффективными нарушениями. Средний возраст пациентов группы составил 63,00 года(60,0-65,0 лет).

Всем пациентам было проведено стандартное неврологическое, нейровизуализационное, нейрофизиологическое обследование. Психологическое исследование проводилось с использованием опросников КЖ SF-36, QOLIE-31, скрининга степени дискомфорта (опросник выраженности симптоматической психопатологии SCL-90-R (Derogatis et. al., 1974), оценки депрессивных и тревожных расстройств с помощью шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory, A.T. Beck, 1961], Госпитальной шкалы депрессии(HRDS), шкалы тревоги Спилбергера (STAI, адаптация Ю.Л. Ханина, 1976) до и после реабилитации. Ведущее место в структуре непсихотических психических расстройств (НПР) у исследованных нами больных эпилепсией пожилого возраста занимало депрессивное расстройство в связи с эпилепсией [F06.362] – (68,94%). Распределение других НПР было следующим: эмоционально-лабильное расстройство с тревожным синдромом, F06.62 (21,97%), легкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией F06.72 (4,54%), психотические депрессивные расстройства F06.322 (4,54%). При исследовании симптоматической психопатологии по методике SCL-90-R, получены следующие результаты: общий индекс тяжести симптомов GSI (General index of the severity of the symptoms) составил 1,21 баллов. Наибольшие различия отмечались в оценках по шкалам «соматизация», «обсессивность -компульсивность», «фобия», «депрессивность», «тревожность», «психотизм». У больных с помощью корреляционной матрицы шкалы SCL-90-R и метода уравнения ступенчатой множественной регрессии была установлена выраженная корреляционная связь между депрессией, тревожностью и общим индексом тяжести симптомов, а также рядом других психопатологических факторов. Показатели КЖ были достоверно ниже у больных, страдающих эпилепсией: суммарный физический компонент (PH), по данным SF-36, составил у них 36,2 балла, а психический компонент (MH) – 33,01 балла. При анализе внутриструктурных связей матрицы опросника качества жизни SF-36 в группе пациентов эпилепсией выявлены прямые корреляционные связи между «суммарным физическим компонентом здоровья (PH)» и показателями «физического функционирования (PF)», «интенсивности боли (BP)», «психического здоровья (MH)»; показателями «ролевое функционирование» (RP)» – «интенсивность боли (BP)»; «интенсивность боли (BP)» – «психическое здоровье (MH)»; «общее состояние здоровья (GH)» – «социальное функционирование (SF)»; «социальное функционирование (SF)» – «ролевое функционирование (RP)», обусловленное «эмоциональным состоянием (RE)». Показатели «суммарного физического компонента здоровья (PH)» и «психического компонента здоровья (MH)» коррелируют со следующими субсферами КЖ: «физическое функционирование (PF)»; «психическое здоровье (MH)»; «физический компонент здоровья (PH)», «интенсивность боли (BP)». Общий суммарный балл КЖ, согласно данным опросника QOLIE-31, составил 82,27 баллов, что значительно ниже значений нормы ($p<0,001$; критерий Манна-Уитни, тау Кенделла). Значимые отличия, с существенно более низкими оценками КЖ, были получены у больных с эпилепсией по таким субсферам, как «когнитивное функционирование»: 13,01 ($p<0,001$), «боязнь приступов»: 39,47 баллов ($p<0,001$), «боязнь антиэпилептических препаратов»: 1,59 ($p<0,001$), до курса реабилитационных мероприятий. При сравнительном анализе

конструктов шкалы SCL-90-R и опросника КЖ QOLIE-31, методом ступенчатой множественной регрессии были получены достоверные данные о влиянии психопатологических факторов на сферы качества жизни. Были установлены выраженные прямые и обратные корреляционные связи влияния депрессивности и тревожности на такие субсферы КЖ, как «эмоциональное благополучие«, «социальные функции«, «общее качество жизни.В нашем наблюдении стратегия реабилитационного лечения базировалась на нескольких принципах воздействия на патологические процессы. Курс реабилитации включал медикаментозную и нейропластическую терапию, курсы психотерапевтических методов. Нейропластическая реабилитация проводилась, при помощи инновационной технологии, с учетом пространственного, временного анализа «эпилептического мозга», по данным когерентного анализа спектральных характеристик мощности и кросс-корреляционных индексов фокальной активности амплитудных характеристик ЭЭГ: по оригинальной методике транскраниальной микрополяризации (ТКМП), по «дефолтному алгоритму», которая была проведена 101 пациенту с эпилепсией. При оценке результатов лечения у больных эпилепсией пожилого возраста мы получили следующие данные, позволяющие говорить о положительном эффекте курса реабилитации, в том числе направленном на уменьшение степени проявления эмоционально-аффективных расстройств. Снижение показателей эмоционально-аффективных расстройств: личностная тревога до реабилитации 57,19 балла и 46,83 после, ситуативная 37,27 и 31,66 после соответственно; данные депрессии 34,81 балла до и 14,66 после реабилитации(Шкала депрессии, BDI); 21,84 балла до реабилитации и 15,2 после (по шкале HRDS); депрессивность (DEP) до лечения 1,35 и 0,744 после; тревога (ANX) 1,19 и 0,62 после (опросник SCL-90R). Значительно увеличились показатели качества жизни: до лечения, общий физический компонент здоровья (Physical health – PH) составил 36,2 балла, после 43,64;общий психический компонент здоровья (Mental Health – MH) до лечения 34,08 и 36,27 после; (по данным опросника SF-36). Эти результаты коррелируют с данными опросника качества жизни при эпилепсии, QoLIE-31:общий суммарный показатель качества жизни вырос с 82,27 до 109,49 баллов.

Выводы. Комплексная реабилитационная программа позволяет снизить клиническое проявление эмоционально-аффективных расстройств у больных эпилепсией пожилого возраста, тем самым улучшить показатели качества жизни этих пациентов. Непсихотические психические расстройства находятся в тесной патогенетической связи с со степенью выраженности эпилепсии и показателями качества жизни у больных пожилого возраста.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Можаров Н.С., Цыбуля Ю.В., Соколова А.Г.

Волгоград
Волгоградский ГМУ

Введение. Под эмоциональным интеллектом понимается совокупность способностей для понимания своих и чужих эмоций и управления ими. В исследованиях доказано, что высокий уровень развития эмоционального интеллекта способствует успешной реализации человека в различных сферах жизни. Низкий уровень – связан с социальной дезадаптацией, аффективными расстройствами, а также различными формами отклоняющегося поведения.

В некоторых исследованиях зарубежных психологов выдвинуто предположение о том, что эмоциональный интеллект повышается по мере приобретения жизненного опыта, возрастая в период юности и зрелости.

Как известно, уже на ранних стадиях заболевания у пациентов с эпилепсией отмечаются выраженные эмоциональные нарушения, которые касаются адаптивных возможностей личности и нарушений межличностных взаимоотношений, что проявляется в повышенной раздражительности, чувствительности, сильной агрессивности больных. В связи с этим, у больных эпилепсией начинаются проблемы с общением в семье и социумом, формируется «сложный» характер.

Цель исследования. Изучение структуры эмоционального интеллекта при эпилепсии и психологическая коррекция возможных нарушений.

Гипотеза. В качестве гипотезы исследования выступило предположение о том, что эмоциональный интеллект у больных эпилепсией с возрастом значительно снижается.

Материалы и методы исследования. В качестве основных методик были выбраны следующие: тест эмоционального интеллекта «ЭмИн» Д.В. Люсина, Торонтский алекситимический тест (TAS), опросник Н.Холла.

Базой исследования были выбраны Волгоградская областная клиническая психиатрическая больница № 2. В исследовании приняли участие больные эпилепсией зрелого возраста (от 30 до 48 лет) и пожилого возраста (57- 63 года). Общий объем выборки составил 27 человек.

Результаты и обсуждение. Были получены данные о том, что показатель внутриличностного эмоционального интеллекта у 65% исследуемых в группе пациентов с эпилепсией зрелого возраста имеет низкое значение, что свидетельствует о незначительных нарушениях в эмоциональной сфере. Наиболее низкие показатели в субшкалах: «контроль экспрессии» у 72% пациентов, «понимание своих эмоций» у 79% и «управление своими эмоциями» – 79%.

В структуре межличностного эмоционального интеллекта не наблюдалось его снижения у 91% испытуемых.

Таким образом, больным эпилепсией в зрелом возрасте сложно контролировать внешние проявления своих эмоций. Можно говорить о том, что данная категория больных испытывает затруднения в осознании своих эмоций, их идентификации, понимании причин их возникновения. Следует обратить внимание на тот факт, что показания межличностного эмоционального интеллекта находятся на среднем уровне. Так, несмотря на некоторые затруднения в понимании собственных эмоций, больные с эпилепсией в зрелом возрасте достаточно хорошо могут различать эмоции других людей, особенно при опоре на мимику, пантомимику и жесты. У данной группы больных не страдает способность вызывать у других людей те или иные эмоции, снижать интенсивность нежелательных эмоций, присутствует склонность к манипулированию людьми.

Исследование эмоционального интеллекта в группе больных эпилепсией пожилого возраста показало, что для данной категории пациентов характерен низкий уровень его развития.

Прежде всего, обращают на себя внимание шкалы внутриличностного эмоционального интеллекта. У 69% испытуемых имеют сильно заниженное значение, что свидетельствует о явных нарушениях в эмоциональной сфере. Наиболее низкие показатели в субшкале «контроль экспрессии» (54% обследуемых), сильное снижение показателей в субшкалах «понимание своих эмоций» (38%), «управление своими эмоциями» (69%).

Необходимо отметить, что в структуре межличностного эмоционального интеллекта у 54% больных пожилого возраста, в отличие от группы испытуемых зрелого возраста, наблюдались значительные снижения значений ($p \geq 0,05$). Показания по субшкалам «понимание чужих эмоций» и «управление эмоциями» находились в пределах низких значений – у 38% и 46% пациентов соответственно.

Итак, на основе анализа показаний, полученных в результате применения опросника «ЭмИн» Д.В.Люсина у больных эпилепсией пожилого возраста, можно сделать вывод о

том, что данная категория больных испытывает затруднения в осознании своих эмоций, их идентификации, понимании причин их возникновения. В связи с этим, пациентам зачастую сложно вербализировать свои эмоции и чувства.

Следует обратить внимание на тот факт, что показатель межличностного эмоционального интеллекта также находится на низком уровне. Таким образом, больные эпилепсией в пожилом возрасте наряду с затруднениями в интерпретации, вербализации собственных эмоциональных состояний испытывают сложности в понимании и контроле эмоций других людей. Можно говорить о том, что данной категории пациентов сложно понимать эмоциональное состояние человека на основе внешних проявлений эмоций (мимика, жестикуляция, звучание голоса) и/или интуитивно: чуткость к внутренним состояниям других людей. Пациенты, страдающие эпилепсией, с возрастом теряют способность вызывать у других людей те или иные эмоции, снижать интенсивность нежелательных эмоций.

При использовании опросника на диагностику эмоционального интеллекта Н.Холла было выявлено, что у 93% пациентов с эпилепсией зрелого возраста значение интегрального показателя равно нормальному значению. Тенденции к среднему (нормальному) значению общего показателя эмоционального интеллекта наблюдались и в результатах применения методики «ЭмИн».

В группе пациентов с эпилепсией пожилого возраста при использовании опросника на диагностику эмоционального интеллекта Н.Холла у 69% отмечается низкий уровень развития.

Данные, полученные в результате применения методики TAS, позволяют отнести 57% исследуемых больных эпилепсией зрелого возраста к группе риска по возникновению алекситимии. В то время как в группе пациентов с эпилепсией в пожилом возрасте у 69% респондентов отмечается алекситимический тип личности.

Выводы. Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод о том, что у пациентов с эпилепсией в зрелом возрасте происходит снижение эмоционального интеллекта, которое продолжается в течение всей жизни и достигает критического значения в пожилом возрасте. При этом следует отметить, что нарушается, прежде всего, внутриличностный компонент эмоционального интеллекта. Уже в зрелом возрасте пациенты с эпилепсией начинают испытывать затруднения в интерпретации собственных эмоций и чувств, их дифференциации и вербализации, при относительной сохранности межличностного эмоционального интеллекта, т.е. способности к пониманию чувств других людей при помощи мимики, жестов, пантомимики.

К пожилому возрасту у больных эпилепсией нарушается и межличностный компонент эмоционального интеллекта, что приводит к трудностям во взаимодействии с окружающими людьми, в том числе и с родственниками, а также вызывает сложности в адаптации.

Для улучшения качества жизни пациентов с эпилепсией, восстановлению психического здоровья и социального благополучия необходимо разрабатывать меры, направленные на профилактику основных нарушений в структуре эмоционального интеллекта. Особо эффективными можно считать программы, основной целью которых является развитие всех компонентов эмоционального интеллекта. Также необходимо отметить, что своевременное проведение психокоррекционных мероприятий поможет пациентам с эпилепсией избежать трудностей в общении с окружающими, избежать снижения качества

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Николаев В.М., Савельев В.П., Баженова Ю.Б.

Пенза
ПИУВ,
ГБУЗ ОПБ им. К.Р. Евграфова

В последние годы наблюдается рост числа психических расстройств в рамках сосудистых заболеваний головного мозга. По данным отечественных авторов, вазоцеребральными нарушениями страдают 17-18% всех лиц старше 60 лет, причем у 3-4% диагностируют сосудистые деменции или психозы, а у остальных – нарушения непсихотического уровня. В связи с этим, возникает необходимость в проведении многомерных клинико-психопатологических, психологических исследований больных с атеросклерозом сосудов головного мозга, которым наряду с биологическими методами лечения необходимо комплексное психотерапевтическое воздействие, с разработкой индивидуальной программы реабилитации.

Актуальность исследования, по-видимому, обусловлена увеличением удельного веса таких пациентов в популяции, поскольку для развития атеросклероза имеет значение и общая продолжительность жизни (J/ Stamler, 1961).

Несомненно квалифицированная медицинская помощь такому контингенту больных должна способствовать снижению прогредиентности заболевания.

Цель исследования: изучение изменений психических процессов возрастного характера и преморбидных особенностей личности больных с атеросклерозом сосудов головного мозга.

Материал и методы исследования. Обследовано 67 пациентов, (из них 11 мужчин и 56 женщин), в возрасте от 50 до 79 лет с критериями подрубрик МКБ-10 – F06.3 «Органические расстройства настроения», F06.6 «Органическое эмоционально лабильное расстройство». Критерии отграничения: исключением явились больные с выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами и слабоумием.

Все пациенты были распределены на следующие возрастные группы: первая группа (21 чел.) – лица от 50 до 60 лет. Во вторую группу (34 чел.) вошли пациенты в возрасте от 61 до 70 лет. Третья группа была представлена 12 больными старше 70 лет.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и патопсихологический. В качестве методик патопсихологической диагностики использовались модифицированные тесты: Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI) в адаптации Л. Н. Собчик; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); шкала депрессии Бека (BDI); шкала тревоги Бека (BAI); шкала «Отношение к лечению», разработанная СпбПНИИ им. В. М. Бехтерева; шкала оценки социальной реадаптации (Holmes & Rahe).

Результаты. Анализ оценочных шкал L, F, K опросника MMPI показал достоверность полученных данных. Наиболее высокие показатели (более 80 Т-баллов) по шкале ипохондрии отмечены у 63% больных первой группы (50-60 лет). По шкалам 3,6,9,2,7 средний балл был так же был выше нормативного значения (70 Т-баллов).

Интерпретация данных по методике MMPI показала, что больные данной группы отличались нерезко выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, с преобладанием астенической симптоматики: в виде слабости, физической утомляемости. Имела место так же ипохондрическая фиксация на состоянии своего здоровья, сопровождающаяся диссомническими проявлениями, чаще в виде трудностей засыпания.

При купировании астено-ипохондрической симптоматики на первый план клинической картины выступали субде-

прессивные расстройства. При оценке социальной реадаптации ведущими стрессогенными жизненными событиями за последний год для испытуемых этой подгруппы были: ухудшение в состоянии здоровья близких, изменение финансового положения, перемены на работе.

Во второй группе у лиц 61-70 лет доминировали в большей степени депрессивные расстройства в рамках астено-депрессивного синдрома, в виде «слезливой депрессии». Отмечалась выраженная ригидность депрессивных проявлений с ухудшением в вечернее время. Преобладали астенические расстройства. Диссомнические расстройства были стойкими, с частыми пробуждениями.

Ведущими шкалами MMPI в данной группе больных были – 2,3,1 и 7, значения которых превышали 80 Т-баллов. Среди причин прогредиентности заболевания чаще имели место: возникновение собственных соматических заболеваний, фактор ухода на пенсию, изменение жизненного стереотипа, обусловленного социальными причинами.

У третьей группы исследуемых (>70 лет) уровень депрессивных расстройств по своим показателям приближался к показателям второй группы. Однако в клинической картине заболевания доминировала депрессивно-ипохондрическая симптоматика с ригидностью, изменением поведения в виде утрированной подачи жизненных трудностей, стремлении обратить внимание врача на имеющиеся проблемы, придать им большую значимость, а так же повышенной требовательности к предлагаемому лечению. Диссомнические расстройства были стойкими, с элементами сонливости днем.

Наиболее высокие показатели были выявлены по 2-й и 1-й шкалам (>80 Т), отражающие депрессивное состояние и тенденцию сверхконтроля, избыточного внимания к отклонениям функционирования организма. У 27% пациентов определялись черты эмоциональной лабильности. Вместе с тем прогредиентность негативных и позитивных психических расстройств провоцировалась практически теми же факторами, что и у больных второй группы, а именно: собственной болезнью, изменением условий жизни, изменением социальной активности, изменением привычек.

В процессе лечения ключевое значение имело смягчение симптоматики и купирование ее комплексными биологическими и психотерапевтическими методами. Проводилась работа над созданием индивидуальной программы вторичной психопрофилактики; подбором поддерживающей медикаментозной терапии и рекомендаций психогигиенического характера.

Анализ результатов эффективности комплексных психолого- психотерапевтических мероприятий показал что, в первой группе пациентов с атеросклерозом головного мозга (50-60 лет) начальные показатели уровня тревожно-депрессивных переживаний были субклинически выраженными (Т-9,4 и Д-9,1). Приблизительно одинаковые показатели уровня тревоги и депрессии были обнаружены и в двух других группах (в группе 61-70 лет – 11,1 и 12,9; в группе старше 70 лет -11,1 и 11). При оценке результатов проведенной терапии у больных, показатели всех трех групп исследуемых оказались статистически различными. Так в первой группе уровень снижения тревоги и депрессии составили соответственно 6,3 и 4,9, во второй – 7 и 6,2, а в третьей – 6,5 и 6,3.

Выводы. Психопатологические расстройства у больных с атеросклерозом сосудов головного мозга, без выраженных интеллектуально-мнестических проявлений и слабоумия, отличаются более критичным отношением пациентов к своему заболеванию по сравнению с другими сосудистыми расстройствами геронтологического возраста.

Разработанная нами комплексная лечебно-реабилитационная модель показала, что помимо общих закономерностей оказания психотерапевтической и фармакологической терапии для больных с психическими расстройствами в рамках сосудистых заболеваний головного мозга, необходим дифференцированный подход в зависимости от природы патопластических факторов, в частности уровня тревоги и депрессии.

Для больных с атеросклерозом головного мозга ключевое значение имело смягчение симптоматики и купирование ее комплексными психотерапевтическими и фармакологическими методами. Наиболее эффективными в первом случае оказалась когнитивная терапия, успокаивающие, ободряющие беседы или доступные для больных психотерапевтические дискуссии, а так же невербальные коммуникативные техники.

БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Новиков В.В.

Рязань
РязГМУ

Спустя несколько лет после появления первых публикаций, посвя-щенных синдрому приобретенного иммунодефицита началось изучение и психических расстройств, развивающихся в связи ВИЧ-инфекцией. Перспективные направления этих исследований определил D. Miller (1988), связав психические нарушения наблюдающиеся у ВИЧ-инфицированных с органическим поражением головного мозга и реакцией на факт инфициро-вания. В настоящее время не вызывает сомнения что психические наруше-ния, наблюдающиеся при ВИЧ-инфекции широко распространены и включают в себя практически весь спектр психического реагирования от легких расстройств адаптации до глубокой деменции, способствуют выходу больных из программ терапии, а их изучение остается весьма актуальным. Анализ работ, посвященных влиянию ВИЧ-инфекции на психическое здо-ровье, показывает, что было проведено исследованы отдельные группы психических и личностных расстройств наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных, однако целостного описания патогенетических механизмов в основе которых лежит патогенетический нозо-соматогенный синергизм, базирующийся на динамике инфекционного процесса и связанный с отягощенным преморбидным фоном проведено не было. Нами было проведено исследование психических расстройств, наблюдающихся при ВИЧ-инфекции для выяснения патогенетических механизмов и закономерностей формирования психической патологии в связи с ВИЧ-инфекцией. В качестве основного метода исследования был избран клинический (клинико-психопатологический, клинико-катамнестический сомато-клинический) который был дополнен лабораторно-инструментальным и экспериментально-психологическим. Исследуемую выборку составили 250 ВИЧ – инфи-цированных, группу контроля – 50 ВИЧ-негативных ПИН в состоянии ре-миссии. Обе группы включали в себя пациентов трудоспособного возраста от 20 до 50 лет и были смешанными по половому составу.

По синдромальной завершенности психических нарушений ВИЧ-инфицированные разделились на две основные группы: 1) с синдромально завершенными психическими расстройствами (78,4% – 196 человек) и 2) находящимися в стадии формирования (21,6% – 54 человека).

Группа с пре- и субклиническими расстройствами (54 человека) в большинстве случаев 59,3% (32 человек из них 20 с невротическими, 12 «органическими) была коморбидно негативна, в то время как у ВИЧ-позитивных с синдромально завершенными психическими расстройствами преобладали коморбидные формы психической патологии (86,8%), что объясняется множественностью этиологических факторов как нозогенных, так и соматогенных, негативным действием ПАВ, преморбидными особенностями лиц, имеющих опыт инъекционного употребления наркотиков.

Органические психические расстройства F00-F09 встречались в 84,4% (коморбидны в 79,6%), психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ F10-19 наблюдались в 84,8% (абсолютно коморбидны), невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства F40-F48 – в 67,2% (коморбидны в 59,2%) и рас-стройства личности и поведения в зрелом возрасте F60-F69 в 76,4% (абсолютно коморбидны).

На основании анализа клинико-динамических характеристик нами предложена биопсихосоциодуховная модель развития психических расстройств при ВИЧ-инфекции.

В качестве биологических факторов выступали: тип вируса иммунодефицита человека, его особенности воздействия на организм, в первую очередь на головной мозг, то есть особенности инфекционного процесса, обеспечивающие нарастающую иммуносупрессии и прогрессирующее со-матическое неблагополучие. По нашим данным существует корреляционные взаимосвязи между уровнем CD4+ лимфоцитов и вирусной нагрузкой (ВН / RNA HIV) (CD4+(клеток/мкл) /ВН (копий/мл)), длительностью инфекционного процесса и процентом психогенно-реактивных, экзогенно-органических и аномально-личностных нарушений. Так коэффициент кор-реляции (r) при уровне CD4+/ВН>500/<50000 с процентом F40-F48 – 0,76; F00-F09 – -0,86; F60-F69 – -0,98, а при показателе CD4+/ВН<350 />100000 r равен -0,92; 0,55 и 0,69 соответственно. При длительности ин-фекционного процесса до 1 года включительно этот показатель 0,68; -0,93и -0,44, а когда болезнь длится более 10 лет – -0,89; 0,49; 0,59 соответственно. К биологическим факторам мы отнесли и присутствие коморбидной соматической патологии (в 63,6% хронических вирусные гепатиты) предиспонирующие факторы в виде психопатологически-отягощенной наследственности, преморбидного злоупотребления ПАВ (84,8%), ранней церебрально-органической недостаточности (97,4%), ЧМТ (21,2%) в анамнезе.

К психологическим факторам мы относим: стабильные, имеющиеся до заболевания индивидуально-личностные характеристики в виде склонности к расстройствам поведения (62,8%) и патохарактерологическим реакциям (20,4%) в детско-подростковом возрасте, расстройства зрелой лич-ности (76,4%), тип отношения к болезни, склонность к «рискованному по-ведению», социально-психологические особенности – ранний криминальный и сексуальный старт, социально-дезадаптивное поведение с нарушением микросоциальных, межличностных отношений.

Социальные (социально-средовые) факторы, к которым мы относим микросоциальные (неполная семья, дисгармоничные семейные взаимоотношения, дефекты воспитания), средний образовательный уровень, безра-ботицу и сугубо внешние влияния в виде продолжающегося на фоне инфицирования воздействия экзогенных вредностей (интоксикация ПАВ и пр.) и ВААРТ.

По нашим данным 44% ВИЧ-позитивных воспитывались в неполных семьях, причем среди полных семей (42,7%), 9,6% с отчимом, мачехой или двумя приемными родителями, у 72,5% родители злоупотребляли алкоголем (в 47,7% – оба). В подавляющем большинстве случаев (92,7%) воспитание ВИЧ-позитивных было непоследовательным и дисгармоничным. «Социальный портрет» ВИЧ-инфицированных характеризует их как социально-уязвимых одиноких (72%) лиц, без определенных занятий (58,4%), в возрасте 30,6±6,3 года, злоупотребляющих ПАВ (84,8%), имеющих приводы в полицию (53,4%), судимость (32,7%). 63,6% были безработными, 88,5% имели среднее (средне-специальное) образование. Расстройства зрелой личности наблюдались у 76,4%. 88,5% больных начали половую жизнь в несовершеннолетнем возрасте, имеют двух и более постоянных половых партнеров (суммарно 56,4%), эпизодические или регулярные случайные половые связи (суммарно 98,2%) при редкой практике защищенного секса (21,6% против 64%, p<0,05) у 50,4% имелись инфекции, передающиеся половым путем. У38,8% выяснен половой путь инфицирова-ния ВИЧ, 61,2% инфицированы парентеральным путем при инъекционном употреблении наркотиков. У ВИЧ-позитивных потребителей инъекцион-ных наркотиков (ПИН) (69,2%) в 68,8% отмечено раннее начало инъекционного наркопотребления – от 15 до 20 лет, 52,6% употребляли инъекционные наркотики ежедневно, с длительностью употребления в 66,5% от года до шести лет, как правило с партнером или в компании при редком (11,5%) использовании индивидуального инструментария.

Со всеми изложенными составляющими тесно связанны и духовные факторы – искажение и извращение духовно-смысловой ориентации, дис-гармония развития морально-этической, нравственной составляющей лич-ности, способствующие реализации «рискованного поведения».

Совокупная реализация действий указанных факторов приводит к истощению адаптационных возможностей больного и особенности клини-ческих проявлений сосуществующих клинические групп:

1) Заболеваний психогенно-реактивного генеза (71,6%), включающих в себя невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства и реактивный параноид.

2) Экзогенно-органических психических нарушений (84,4%) пред-ставляющих собой органические психические расстройства в том числе в их динамическом развитии в ВИЧ-деменцию и ВИЧ-делирий.

3) Патологических состояний аномально-личностного характера, в виде расстройств зрелой личности (76,4%), динамика которых предполагает коморбидность с органическим расстройством личности.

РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В ПРОВОКАЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Новикова Ю.Г., Дубинина Е.А., Василенко А.В., Коновалова Т.И.

Санкт-Петербург, Волгоград
РГПУ им. А.И. Герцена,
СЗГМУ им. И.И.Мечникова,
ГУЗ Волгоградская городская клиническая больница №11

Исследование триггеров пароксизмальных состояний имеет огромную практическую ценность для решения задачи нелекарственного контроля приступов. Роль психологического стресса, как фактора, запускающего (при наличии наследственной, врожденной или приобретенной предрасположенности) или отягощающего эпилептический процесс, была подмечена еще на рубеже XIX-XX вв. как отечественными, так и зарубежными исследователями (Гоциридзе А.Ф., 1929; Bleuler E., 1920) и подтверждалась в дальнейшем. Однако нередко авторы останавливались лишь на констатации связи между стрессовыми событиями и приступами у определенной доли больных, интерпретации же психологических аспектов этого явления были разноречивыми и сдержанными (Nakken K.O., Solaas M.H., Kjeldsen M.J. et al., 2012; Novakova B., Harris P. R., 2005).

Логично полагать, что не столько содержание ситуации, сколько характер и интенсивность переживаний больного по поводу нее определяет риск пароксизмальных расстройств, возможно, оказывая влияние на нейродинамику головного мозга, что создает благоприятные условия для реализации пароксизмальных состояний.

Настоящее исследование является пилотажным. Цель – раскрыть структуру психогенных переживаний у больных эпилепсией, имевших в анамнезе приступы, развившиеся на фоне стрессовых событий.

Организация и методы исследования. Выборку составили 23 взрослых больных с верифицированным диагнозом фокальной эпилепсии. Средний возраст больных составил 35,5±13,6 лет, 16 (69,5%) женщины, 7 (31,5%) мужчины. У 17 (73,9%) – симптоматическая эпилепсия, у остальных 6 (26,1%) криптогенная. Базы исследования: клиника нервных болезней СЗГМУ им. И.М. Мечникова, амбулаторно-неврологическое отделение Городской клинической больницы №11 г. Волгограда.

Основным методом исследования был клинико-психологический (полуструктурированная беседа, наблюдение), который дополнялся анализом медицинской документации. В задачи беседы входило выделение и анализ триггеров пароксизмальных состояний, в частности, психологических; уточнение психологического анамнеза (актуальные и перенесенные психогении, степень социально-трудовой дезадаптации до и после начала заболевания; стиль жизни до и после начала заболевания), особенностей стратегий преодоления стресса, отношения больного и ближайшего значимого окружения к болезни.

В качестве исходных данных использовались признаки, описывающие клинические особенности больных, характер психогенных переживаний, провоцирующих приступы в анамнезе, психический статус, способы совладания со стрессом. Для сравнения групп использовалось угловое преобразование φ*-Фишера.

Результаты исследования. Стресс в составе сложного патофизиологического механизма реализации приступа выступает двояким образом: с одной стороны, как пусковой фактор заболевания при наличии предрасположенности, с другой – как условие «срыва» компенсации текущего эпилептического процесса.

12 из 23 больных (52,2%) отмечали наличие в анамнезе ситуаций, в которых стресс – острый или хронический, по их наблюдениям, провоцировал приступы. Остальные 11 (47,8%) указывали на другие триггеры или их отсутствие. Эти сведения подтверждают данные литературы, согласно которым частота встречаемости таких «стресс-зависимых» пароксизмальных состояний варьирует от 8 до 64% (Болдырев А.И., 1984). У 5 из 13 (38,6%) больных заболевание манифестировало после психотравмирующего события. Почти во всех случаях этому сопутствовал резидуально-органический фон (у 3 больных – перенесенная ЧМТ, у 1 последствия арахноидита). Среди психогенных переживаний были такие, как испуг, тревожное ожидание, горе, обида, аффект гнева и другие сильные эмоции, даже впечатление от увиденного эпилептического приступа у другого больного. При этом поведенческие паттерны совладания с трудными жизненными ситуациями чаще носили характер чрезмерной эмоциональной вовлеченности в происходящее (φ*=2,38; p<0,01 в сравнении с больными, не отмечающими связи приступов со стрессом), нередко в сочетании с подавлением внешнего выражения эмоций (φ*=2,29; p<0,01), что, с течением времени, приводило к кумулятивному аффекту. Также иногда на фоне переживания стрессовых событий имела место актуализация аутодеструктивных форм поведения (табакокурение, употребление алкоголя), что еще больше повышало риск развития приступа.

В психическом статусе больных, имевших «стресс-зависимые» приступы, чаще преобладал паттерн «фиксация на переживаниях – чрезмерная вовлеченность», что проявлялось недостаточной когнитивной переработкой травмирующей ситуации, наряду со стереотипным мысленным возвращением к происшедшему (φ*=1,652; p<0,05). Это не противоречит литературным данным. Еще E.Bleuler (1920) подмечал: «аффективная сфера больного реагирует болезненно сильно и вместе с тем представляет ту особенность, что имеющийся аффект долго продолжается и не поддается отвлечению путем новых впечатлений». По остальным параметрам не было выявлено статистически достоверных отличий – как больные, отмечавшие связь возникновения приступов с психогениями, так и не отмечавшие, имели тенденцию реагировать на трудные жизненные ситуации дисфорическим кластером переживаний. При этом около половины больных испытывали трудности вербализации эмоциональных состояний.

В зависимости от степени отсроченности приступа от стрессогенного воздействия выделались два типа «стресс-зависимых» приступов:

Первый тип – «реакция немедленного типа», когда приступ развивался спустя секунды – минуты после стрессорного воздействия. При этом больные едва успевали принять меры самопомощи или не успевали. Такого типа приступы наблюдались у 4 человек (18,2%). Все они имели фокальные формы эпилепсии. Так, у больной 21 года (симптоматическая эпилепсия) развился вторично-генерализованный судорожный приступ, когда она случайно задела зажженную горелку рукавом, пламя перекинулось на одежду и сильно испугало ее. Больная 46 лет (симптоматическая височная эпилепсия, правосторонняя локализация эпилептического очага по данным ЭЭГ) имела сложно-парциальный пароксизм вскоре после того, как стала свидетельницей генерализованного судорожного приступа у соседки по палате. Подобный случай описан А.И. Болдыревым (1981) в отдельной статье. Скорость развития и, в ряде случаев, действенность некоторых интуитивно подбираемых больным приемов самопомощи, сближает эти пароксизмы с рефлекторными. В частности, такой точки зрения придерживается Gilboa T. (2012).

Второй тип – «отсроченная реакция», когда приступ развивался спустя часы – несколько суток спустя после психотравмирующего события. В ходе исследования анамнеза больных установлено, что стрессу также сопутствовало действие неблагоприятных факторов – недосыпание, актуализация вредных привычек. Больная 25 лет (криптогенная эпилепсия с вторично-генерализованными приступами), проходившая стационарное лечение, узнав об измене мужа, выглядела очень подавленной, уединившись, много плакала и курила, после чего вскоре случился grand mal. В другом случае эпилепсия дебютировала после серьезной ссоры и расставания с молодым человеком. Девушка не спала в течение нескольких ночей, тяжело переживала случившееся. Через некоторое время возник первый ночной приступ.

Можно предположить, что патофизиологические механизмы, лежащие в основе этих двух типов реакций и психологические факторы, их опосредующие, различны и нуждаются в более углубленном исследовании.

Таким образом, структура психогенных переживаний в стрессовых ситуациях сходна у больных, имевших в анамнезе приступы, ассоциированные со стрессом, и не указывавших на таковые. Однако стратегии совладания со стрессом имеют различия, что, видимо, обусловливает неодинаковую эффективность защиты от стресса, даже при сходной его интенсивности. Иными словами, есть основания предполагать, что стрессоры не выступают как «повреждающий фактор» сами по себе, а их действие опосредуются эмоциональным состоянием как результатом оценки и интерпретации психотравмирующей ситуации. Проверка выделенных тенденций на более обширном эмпирическом материале – перспектива дальнейших исследований.

ДЕТЕРМИНАНТЫ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Носатовский И.А., Рогачева Т.А.

Москва
ФМЦПН

Судорожные припадки при алкогольной зависимости относятся к частым расстройствам, характер которых определяет индивидуальную стратегию ведения и терапию больных.

Обычно они отражают уровень алкогольно-метаболических расстройств в организме, либо сопутствующую нервно-психическую патологию. Прогностическая значимость приступа связана не только с тонким учетом структуры судорожного синдрома, но и с характером условий и причин его возникновения. Установление патогенных факторов, детерминирующих эпилептические припадки, не связанных с алкогольным абстинентным синдромом или коморбидной мозговой патологией, является актуальной клинической проблемой как аддиктологии, так и эпилептологии.

Цель исследования: анализ структуры эпилептических приступов при алкогольной зависимости, уточнение основных причин их возникновения.

Материал и методы: клинико-психопатологически обследовано 770 больных алкогольной зависимостью в возрасте от 35 до 70 лет. Анализировались патогенные факторы, условий возникновения и структурно-динамических характеристик припадков с привлечением современных паракличических методов обследования (ЭЭГ, ЭЭГ- мониторирование, МР-томография мозга и т.д.). Критерии исключения: приступы типа панических атак, синкопальные состояния, психогенные псевдоприпадки, тетанические приступы. Учитывались эпилептические приступы, возникавшие в условиях стационарного лечения, а также те, о которых имелись достаточные анамнестические и документальные сведения.

Результаты. выделяли следующие варианты припадков у больных с алкогольной зависимостью: 1) абстинентные (метаболические) судорожные припадки, 2) припадки, предшествующие или входящие в структуру металкогольного психоза, 3) припадки при истинной алкогольной эпилепсии; 4) припадки как генерализованная судорожная реакция на чрезмерную алкогольную интоксикацию, 5) припадки при сочетание эпилептической болезни с алкогольной зависимостью, 6) припадки в результате текущего заболевания головного мозга (субдуральная гематома, опухоль мозга, припадки во время «пьяной» черепно-мозговой травмы), 7) припадки при резидуально- органическом заболевании (поражении) головного мозга, 8) припадки, возникающие за пределами существования острого абстинентного синдрома и активно текущего церебрального процесса.

Среди всех наблюдаемых нами больных возникновение судорожных припадков отмечали у 63 лиц (8,2%). Чаще всего – у 41больного (65%) приступы были приурочены к острому периоду алкогольного абстинентного синдрома. Они возникли период 2-3 дня после полного прекращения алкоголизации или при переходе к приему спиртного в режиме медленно снижающихся доз, т. е. приступы имели метаболическую природу. Регистрировались у больных второй или третьей стадией хронического алкоголизма, обычно, при длительности злоупотребления спиртным 10 – 15 лет, при сформировавшихся алкогольных чертах личности. Приступы возникали внезапно, при отсутствии предвестников или ауры, протекали с утратой сознания. Они носили генерализованный характер с доминированием тонической фазы над клонической фазой судорог, сопровождались упусканием мочи, однако чаще протекали без прикуса языка. С течением алкогольной болезни структура припадков не усложнялась, обычно, они носили стереотипный, единичный характер, завершались постприпадочным сном. ЭЭГ, записанные в тот же день или в ближайшие дни после приступа, отличались отсутствием характерных эпи-феноменов. Наличие простых и сложных парциальных приступов, безсудорожных припадков при неосложненых формах алкогольной зависимости не отмечалось.

Генерализованные судорожные припадки, предшествовавшие развитию психотического (делириозного) состояния, возникали у пяти больных. У трех из них отмечалось серийное течение припадков. ЭЭГ, записанные спустя два дня после приступов у всех 5-ти исследуемых характеризовалась диффузной высокоамплитудной дизритмией.

«Истинная» алкогольная эпилепсия встречалась в трех случаях, при длительном злоупотреблении алкоголем. Судорожные приступы, начавшись на фоне злоупотребления алкоголем, в дальнейшем сохранялись вне зависимости от употребления алкоголя. Они возникали как в абстинентном периоде, так и в период длительной трезвости. В характере таких больных эпилептические черты явно преобладали над алкогольными. Прекращение приема спиртного не устраняло припадки. На ЭЭГ, зарегистрированной через двое суток после приступа, отмечалась битемпоральная эпилептическая активность.

Припадки в результате текущего заболевания мозга, отмеченны у трех больных. Они первично носили фокальный (парциальный) характер с последующей вторичной генерализацией, т.е. развитием вторично генерализованного судорожного припадка. При ЭЭГ, записанной, как в ближайшем после приступа периоде, так и холодном периоде постоянно выявлялась локальная медленно волновая активность.

Приступы, отмечающиеся при сочетании эпилепсии и алкогольной зависимости, наблюдаемые у 3 больных, как правило, определялись характером течения эпилептической болезни. Фактор алкоголизации значительно нарушал врачебный комплаенс, режим противосудорожной терапии и тем самым способствовал учащению приступов. Характер ЭЭГ – отражал процессы эпилептизации мозга и типовые особенности конкретных форм эпилепсии.

У 17,5% больных (11 чел.) припадки возникали за пределами острого алкогольного абстинентного синдрома, от 5 до 30 сутки после прекращения приема спиртного. Они носили характер первично генерализованных клонико-тонических, протекали с утратой сознания и кратковременным периодом постприпадочной спутанности, на ЭЭГ чаще регистрировалась медленноволновая дизритмия и единичные редуцированные эпи комплексы. В 5 случаях алкогольная зависимость сочеталась с органическими расстройствами личности, включая нарушения когнитивной, аффективной, речевой, волевой сфер. В остальных случаях органическая симптоматика имела минимальную выраженность, присутствовали псевдоневрастенические расстройства, субъективные интеллектуально-мнестические затруднения, вероятно, как следствие перинатальной патологии (асфикция в родах, резус-конфликт новорожденных, патология беременности, вирусные нейроинфекции у матери и т.д.) с дальнейшими отклонениями и задержками психического развития. Среди больных этой группы было больше лиц подвергшихся воздействию известных патогенных факторов, чем тех, у кого отмечалась клинически отчетливая органическая симптоматика. Внеабстинентные эпилептические приступы, как правило, выявлялись в случаях позволяющих констатировать «органически неполноценную почву». Припадки возникали не только у лиц с энцефалопатическими формами органической патологии, но и с «мягкими», субклиническими форами органической недостаточности мозга, возможно, являющимися следствием раннего дизонтогенеза. Из этой группы у 7 больных припадки дополнительно возникали и в абстинентном периоде болезни, что указывает на существенное участие алкогольно-метаболического фактора в судорожном реагировании у лиц церебральной органической недостаточностью.

Заключение: судорожные припадки при алкогольной зависимости являются сигналом тяжелого течения основного заболевания. Наиболее часто припадки имеют метаболическую природу и по времени возникновения относятся к острому периоду алкогольного абстинентного синдрома. Возникновение внеабстинентных приступов у больных алкогольной зависимостью, при отсутствии коморбидной церебральной патологии, преимущественно детерминировано субклинической резидуально-органической недостаточностью.

ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ЕЩЕ РАЗ О ДЕФИНИЦИЯХ

Пивень Б.Н.

Барнаул
Алтайский ГМУ

В психиатрии имеются существенные расхождения в смысловом наполнении термина «экзогенно-органический«, что не способствует установлению взаимопонимания между специалистами. На данное положение мы прежде уже неоднократно обращали внимание. Тем не менее, возвращаемся вновь к этому вопросу, полагая, что его обсуждение на нашем форуме будет полезным в выработке общих подходов к психической патологии, именуемой как экзогенно-органические заболевания головного мозга (экзогенно-органические психические расстройства).

Наш анализ показывает, что в психиатрии существуют, как минимум, три заметно отличающиеся друг от друга варианта трактовки понятия «экзогенно-органический«.

1. Согласно ей, к экзогенно-органическим относятся психические расстройства, вызываемые сформировавшимся органическим поражением головного мозга, обусловленным действовавшими прежде экзогенными факторами.

2. К экзогенно-органическим относятся психические нарушения, занимающие промежуточное положение между типичными экзогенными реакциями и органическими.

3. Это расстройства, развивающиеся на всех этапах экзогенных воздействий – от острого периода до сформировавшегося в результате их действия органического поражения мозга.

С учетом изложенного важно установить четкие и единые дефиниции понятия «экзогенно-органический«. При этом, не умаляя прав тех или иных авторов на использование данного термина в том или ином смысловом наполнении, предлагаем в этом неоднозначном вопросе единственно верный и в то же время очень простой выход. Для этого воспользуемся рекомендацией О.В.Кербикова о важности при разрешении противоречий в области психических заболеваний обращения к истории вопроса, к тому, как зарождалось то или иное понятие.

Проведенный нами в сое время (1987, 1994, 1998 гг.) исторический экскурс позволил установить, что в литературе впервые термин «экзогенно-органический« использовал П.Б.Посвянский в 1942 г., сформулировавший концепцию выделенных им под этим названием форм психической патологии. В схематичном виде концепция П.Б.Посвянского может быть представлена в виде цепочки причинно-следственных отношений: экзогенный патогенный фактор – органическое поражение головного мозга – экзогенно-органическое заболевание головного мозга (экзогенно-органические психические расстройства). Именно это видение экзогенно-органической патологии содержится в приведенном выше первом варианте трактовки понятия «экзогенно-органический«.

После работ П.Б.Посвянского проводилось много исследований, посвященных органической патологии, но термин «экзогенно-органический« не применялся длительное время. И только в 60-е годы прошлого столетия он появляется в литературе, получив в ней широкое распространение, и используется многими авторами как общепринятый, без рассмотрения его содержательной стороны и без ссылок на П.Б.Посвянского.

К сожалению, нам не удалось установить, отчего авторство П.Б.Посвянского в термине «экзогенно-органический« и концепции о патологии, обозначаемой таким же образом, длительное время не получало должного признания и соответствующей оценки. Возможно, что одна из причин этого – военные годы, когда П.Б.Посвянский опубликовал свои работы, и близкий к ним послевоенный период, когда специалистам было не до новых концепций, их анализу и обсуждению.

Начиная с 60-х годов прошлого столетия, термин «экзогенно-органический», как уже отмечено, стал часто встречаться в отечественной психиатрии и быстро получил большое распространение. О масштабах включения этого термина в психиатрический словарь говорит выделение специальных рубрик «Экзогенно-органические заболевания», «Экзогенно-органические психические расстройства» в классификациях ряда известных психиатров (А.В.Снежневского, В.В.Ковалева и О.Д.Сосюкало, А.С.Тиганова и Л.К.Хохлова, И.И.Сергеева)

К настоящему времени в литературе накоплено значительное число статей, диссертаций, сборников научных работ, в названиях и текстах которых этот термин используется. Показательно также, что разные аспекты патологии, обозначаемой как «экзогено-органическая«, систематически рассматриваются на крупных российских психиатрических форумах.

Однако, на что обращалось внимание выше, разные авторы вкладывают в название «экзогенно-органический« разное содержание.

Не оспаривая правомерности использования термина «экзогенно-органический« во всех имеющихся в литературе значениях, мы считаем более обоснованной трактовку П.Б.Посвянского, суть которой, как уже отмечалось, заключается в выделении психических расстройств, обусловленных органическим поражением головного мозга, сформировавшимся в результате перенесенных ранее экзогенных факторов. Именно эта трактовка отражает этиопатогенетические основы рассматриваемых форм психической патологии и, что важно, подчеркивает приоритет П.Б.Посвянского в выделении экзогенно-органических заболеваний головного мозга в качестве самостоятельной группы психических заболеваний.

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Платов С.В.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Минуло более века со времени публикации S.A.K.Wilson (1912) его основополагающей работы, посвященной клиническому описанию случаев поражения центральной нервной системы, связанных с нарушениями в печени, имеющими семейный характер, которые он обозначил как «гепатолентикулярную дегенерацию» (ГЛД), подчеркнув ее системный характер. В дальнейшем были раскрыты ее патогенетические механизмы, связанные с мутационными процессами на генетическом уровне, и сопровождаемые клиническими паттернами, а также разработаны методы ее лечения. По сути, эта патология представляет собой тяжелое наследственное прогрессирующее заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, в основе которого лежит нарушение метаболизма меди.

Частота гомозиготного носительства гена ГЛД (реализующегося на клиническом уровне) в среднем принято определять приблизительно 1:30 тыс. населения (Walshe, J.M., 1992). Однако эпидемиологические данные, представляемые разными исследователями, существенно различаются: имеются данные о представительстве 1:100 тыс. (Надирова К.Г., Аринова А.А., 2001; Członkowska A. et al., 2007; Kurzke J.F., 1996), 1:200 тыс. (Sternlieb I., 2000), а в Санкт-Петербурге – 1:250 тыс. населения (Леонтьева Т.В. и др., 2001). Уже сам такой разброс статистических данных позволяет предположить наличие недостаточно налаженной системы выявления этих пациентов.

Поскольку болезнь Вильсона–Коновалова является тяжелой инвалидизирующей патологией, развивающейся в молодом возрасте, и при этом является потенциально курабельным

заболеванием, особую значимость приобретают ее своевременная диагностика и адекватное лечение. Однако, реальное положение, по разным оценкам, таково, что диагностическая и лечебная тактика при ГЛД запаздывает в среднем на 3-15 лет (Сухарева Г.В., 2005), что объясняется выраженным полиморфизмом, неспецифичностью основных клинических синдромов этого заболевания и неполной ориентированностью практических врачей.

Согласно последним данным, развитие ГЛД определяет ген ATP7B, локализующийся на длинном плече хромосомы 13 и кодирующий трансмембранный белок АТФ-азу Р-типа. Задачей этого белка является встраивание молекулы меди в апоцерулоплазмин и осуществление элиминации меди в желчь. Вследствие нарушения выделения меди происходит ее накопление не только в печени, но и в головном мозге, почках и других внепеченочных тканях. При этом клинические проявления болезни Вильсона–Коновалова зависят от количества накопившейся свободной токсической меди в тех или иных органах.

Описано несколько сотен причин молекулярно-генетических мутаций. Чаще выявляются мутации локусов Glyl267Arg, Hisl069Gly и DelC3402 гена ATP7B. В исследованиях были выявлены расовые различия локализации мутаций. Наиболее частой причиной болезни Вильсона–Коновалова в российской популяции является мутация генетического участка Hisl069Gln, в отношении которого был разработан метод быстрого типирования данной мутации (Сломинский П.А., 2006).

S.Wilson (1912) указывал на наличие психических изменений и отмечал, что их значение не следует недооценивать. Последующие усилия исследователей, пытавшихся определить конкретные корреляции между вышеописанными генетически-патофизиологическими механизмами и нарушениями психики, столкнулись с многообразием и инвариантностью в соотношениях разной симптоматики, что не позволило выявить сколь-нибудь определенные диагностические схемы и закономерности протекания психических нарушений при ГЛД. Такой клинический полиморфизм позволил исследователям называть это заболевание «great masquerader» (Soltanzadeh A., 2007) или «хамелеоном» (Пономарев В.В., 2010)

Авторы, исследующие аспекты психических нарушений при болезни Вильсона–Коновалова, отмечают сложности, с которыми сталкивается врач при постановке диагноза. Проблемы обусловлены редкостью патологии, отсутствием четких критериев диагностики и дифференциальной диагностики, а также «виражом» психиатрических симптомов, зачастую опережающих соматические жалобы, что приводит к уклонению диагностических подходов в чисто психиатрическую плоскость. Как следствие – использование массивной психотропной терапии у пациентов в ГЛД, формирование у них лекарственной резистентности, и, в конечном счете, неблагоприятный общий прогноз (Sant-Laurent M., 1992).

Выделяют пять основных групп психиатрических проявлений ГЛД: 1) личностные расстройства; 2) аффективные расстройства; 3) психозы (в основном, шизофреноподобные); 4) когнитивные нарушения; 5) иные (Dening T.R., Berrios G.E., 1989; Linn F.H. et al., 2009). На выраженный полиморфизм расстройств психики при ГЛД указывается в большинстве публикаций, причем частота представительства тех или иных нарушений достаточно вариабельна. M.Akil, G.J.Brewer (1995) считают, что главными для ГЛД являются поведенческие, личностные расстройства и нарушения аффективной сферы (включая депрессию). T.R.Dening, G.E.Berrios (1989) указывают, что поведенческо-личностная патология представлена в описаниях ГЛД достаточно часто, депрессия и когнитивные нарушения – в меньшей степени, а шизофреноподобные психозы – еще реже. Они же делают выводы о сходстве психических нарушений при ГЛД с органической патологией. Обращалось внимание на сходство психических нарушений при ГЛД с аналогичными симптомами у лиц молодого возраста, злоупотребляющих наркотиками, (Brewer G.J., 2001). Из когнитивных отклонений указываются: ухудшение способности исполнительских функций, пространственно-зрительной обработки, а также нарушения памяти, зафиксированные при помощи нейропсихологических тестов (Dening T.R., 1985; Kaul A., McMahon D., 1993). Ряд исследователей зафиксировали определенные корреляции между изменениями психического статуса и картиной МРТ (Kaladjian A. et al., 2006; Shamugian A. et al., 2008).

В отечественной и зарубежной научной литературе имеется большое количество клинических описаний отдельных случаев психических расстройств при болезни Вильсона–Коновалова. Мы располагаем собственными клиническими наблюдениями двух пациентов юношеского возраста, у которых клиническая картина выраженных когнитивных и поведенческих нарушений сопровождалась грубой неврологической симптоматикой. Все эти публикации, однако, носят описательный характер с перечислением выявленных симптомов и не дают ответа на вопрос – по каким критериям врач должен заподозрить болезнь Вильсона–Коновалова и провести дифференциальную диагностику. Оценка психических проявлений на начальных этапах заболевания в плане возможно более ранней диагностики и адекватной терапии чрезвычайно важна, поскольку в отношении психиатрической симптоматики отмечается преимущественная эффективность лечения медьэлиминирующими препаратами в сравнении с психотропной терапией.

Не менее важный вопрос: являются ли нарушения психики следствием тех патофизиологических процессов, которые происходят в организме в ответ на генетически обусловленное изменение метаболизма меди, или имеют место коморбидные взаимовлияния психического расстройства и соматического заболевания? Некоторыми авторами ставится под сомнение диагноз психического расстройства при ГЛД. Так, A.Beard (1959) всецело объяснял появление психиатрических симптомов процессами поражения базальных ганглиев и опосредовано – коркового вещества. Иные авторы, наоборот, основную роль отводят наличию сопутствующего психического заболевания, рассматривая ГЛД в качестве триггера, запускающего латентный психический процесс (Woerwag-Mehta S. et al., 2011).

Таким образом, разработка критериев ранней диагностики болезни Вильсона–Коновалова, дебютирующей с психических нарушений, является важной проблемой, практическая значимость которой определяется кардинальными различиями в терапии и прогнозе ГЛД и психических расстройств,

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Северова Е.А., Д'Соуза Д.В., Охапкин А.С.

Смоленск
СГМУ

Эпилепсия является одним из распространенных неврологических заболеваний, которое многократно исследовалось, но некоторые аспекты этого инвалидизирующего заболевания остаются недостаточно изученными. При эпилепсии, как и при любом хроническом заболевании, ощутима потребность в развернутом, многоосевом диагнозе необходимом для прогноза и установления биопсихосоциальных связей. Практика показывает, что по мере прогрессирования как фокальных, так и генерализованных форм эпилепсии у значительного числа больных развиваются те или иные психические расстройства. Среди психических расстройств, часто наблюдающихся в клинической картине эпилепсии, следует отметить такие аффективные синдромы как тревога и депрессия.

Данные расстройства в настоящее время при разработке критериев диагностики и прогноза эпилепсии или не учитываются вовсе или трактуются в рамках «изменений личности». В то же время, при других психических и соматических заболеваниях тревога и депрессия оцениваются как симптомы, в значительной степени влияющие на течение заболевания и качество жизни больных.

Целью нашего исследования являлось изучение уровня депрессии и тревоги у больных эпилепсией и их влияние на качество жизни.

Было обследовано 34 пациента, страдающих эпилепсией и принимающих противосудорожные препараты, в том числе 11 мужчин (32,35%) и 23 женщины (67,65%). Средний возраст обследованных составил 37,4 года. Для решения исследовательских задач использовались экспериментально-психологические методики: шкала депрессии Бека, шкала личностной и ситуационной тревожности Спилберга-Ханина и шкала качества жизни для больных эпилепсией – 31 версия 1,0. Для статистической обработки полученных данных использовалась программа Statgraphics 5,0, сравнение выборок проводилось по критериям Крускала-Уоллеса и Вилкоксона, для выявления связей применялась ранговая корреляция.

Обследованные пациенты согласно этиологии разделились следующим образом: 22 (64,7%) были больны фокальной эпилепсией (22,75% криптогенной, 13,7% идиопатической и 63,6% симптоматической) и 12 пациентов (35,3%), страдающих генерализованной формой эпилепсии (16,6% криптогенной, 25% идиопатической, 58,4% симптоматической). Средняя продолжи-тельность заболевания составила 16,7 года.

Анализ аффективной сферы по шкале депрессии Бека выявил у 52,95% пациентов легкую степень, 35,29% – среднюю и 11,76% – тяжелую степень депрессии. Уровни личной и ситуационной тревожности также были повышены: 8,8% – легкий, 44,13% – средний, 47,07% – тяжелый. Таким образом, более 50% больных эпилепсией страдают депрессией той или иной степени, которая в более чем 90% случаев ассоциирована с повышенным уровнем личной и ситуационной тревожности. При этом личная тревожность у пациентов с эпилепсией была повышена в 47,07%. Более 79,11% больных эпилепсией оценили свое качество жизни менее 70 пунктов и только 20,89% более 70 пунктов, что соответствует уровню здоровых людей. Около 35,3% больных эпилепсией оценили свое качество жизни как неудовлетворительное. Нами была выявлена сильная достоверная отрицательная связь между уровнем депрессии и качеством жизни, то есть чем выше уровень депрессии, тем ниже качество жизни пациентов. Средняя достоверная положительная связь между ситуационной тревожностью и качеством жизни свидетельствует, что при озабоченности пациентов ситуацией они способны к результативным действиям, повышающим качество жизни.

Таким образом, субъективная и объективная оценка психических расстройств у больных эпилепсией является целесообразной и должна использоваться в клинической практике. Учитывая выявленные взаимосвязи между депрессией, ситуационной тревожностью и качеством жизни, при выявлении депрессии и тревоги у больных эпилепсией необходимо назначать соответствующее психотерапевтическое и психофармакологическое лечение. Данные психические расстройства могут также использоваться для построения многоосевого функционального диагноза и прогноза у больных эпилепсией.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЙ И БРЕДОВОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ШИЗОФРЕНОПОДОБНЫХ ПСИХОЗАХ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Сергеев В.А., Чернявский Я.В.

Челябинск
Южно-Уральский ГМУ

Цель настоящей работы – выделение клинико-диагностических критериев экзогенно-органических (в периоде отдаленных последствий ЧМТ) и эндогенных галлюцинаторных и бредовых расстройств на основе клинико-феноменологического анализа, для повышения качества диагностики и дифференцированной терапии.

Материал и методы. Клинически, с помощью традиционного клинико-психопатологического метода и клинико-феноменологического анализа обследовано 102 пациента в возрасте от 18 до 45 лет (71 мужчина, 31 женщина) с галлюцинаторной симптоматикой (включая галлюцинаторно-бредовую). Из них: 35 больных с эндоморфной галлюцинаторной и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой в отдаленном периоде ЧМТ и прямо обусловленной перенесенной ЧМТ – основная группа (ОГ); 34 больных с сочетанной патологией – шизофренией и ЧМТ в анамнезе, имевшей место уже после манифестации эндогенной патологии и наличием галлюцинаторно-бредовой симптоматики – группа сравнения 1 (ГС-1); 33 больных с эндогенной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой в рамках шизофрении без ЧМТ в анамнезе – группа сравнения 2 (ГС-2). Средний возраст манифестации галлюцинаторно-бредовых психозов составил: в группе ОГ – 26,4 лет; ГС-1 – 27,7 лет; ГС-2 – 24,4 лет. Длительность заболевания: 2,4; 5,8; 6,3 лет – соответственно. Все пациенты групп ОГ и ГС-1 перенесли закрытую ЧМТ. В первой из них ушибы головного мозга средней тяжести имели место у 23 (67%) больных, ушибы легкой степени у 8 (23%), сотрясения головного мозга у 4 (10%); во второй – ушибы средней степени тяжести зафиксированы у 22 (65%), легкие ушибы мозга у 7 (21%) и сотрясения головного мозга у 5 больных (14%).

Результаты и обсуждение. По клиническим проявлениям галлюцинаторно-бредовые расстройства у всех больных изучаемых групп соответствовали критериям острого неуточненного эпизода шизофрении (по МКБ-10), без существенных межгрупповых различий по тяжести симптоматики. Клинико-психопатологический анализ зафиксировал наличие галлюцинаторного синдрома без какой-либо бредовой симптоматикой у 64% больных группы ОГ и у 18% больных группы ГС-1, тогда как в группе ГС-2 пациентов с исключительно галлюцинаторной симптоматикой не было, что статистически значимо различало эти три группы между собой ($p<0,05$). Галлюцинаторно-бредовый синдром наблюдался: у 36% больных группы ОГ; 54% – ГС-1; 33% – ГС-2. В целом же галлюцинаторный синдром, как сопровождавшийся бредовой симптоматикой, так и без таковой, присутствовал: у 100% больных группы ОГ (72% – зрительные, 20% – слуховые, 8% – сочетание зрительных и слуховых); у 74% – ГС-1; (24% – зрительные, 10% – слуховые, 38% – их сочетание); у 36% – ГС-2; (30% – слуховые, 6% – зрительные и слуховые), что также статистически достоверно различало группы ($p<0,05$).

Психопатологический анализ структуры бредовых синдромов зафиксировал: параноильный синдром в группах ГС-1 – у 57% и ГС-2 – у 42% больных, при отсутствии такового в ОГ ($p<0,05$); параноидный у 36% больных группы ОГ, 42% – ГС-1 и 54% – ГС-2; парафренный – лишь у 3% лиц из группы ОГ.

Клинико-феноменологический анализ выявил еще более существенные межгрупповые различия в структуре

психопатологической симптоматики. Присущие псевдогаллюцинацинторному синдрому характеристики (связь галлюцинаций с патологией мышления и бескритичное отношение к ним; отсутствие естественности и реалистичности в их оформлении, с чувством сделанности и снижением сенсорности; локализация в интра- или экстрапроекции, но всегда в представляемом пространстве и воспринимающихся мозгом) не фиксировались в группе ОГ, отмечаясь у 28,8% пациентов группы ГС-1 и у 33% – ГС-2, что статистически значимо отличало первую от двух последних ($p<0,05$).

Иное соотношение, по частоте выявления у больных исследуемых групп, обнаружил синдром галлюциноза, регистрируемый в виде одного из трех вариантов – органического, идеаторного или псевдогаллюциноза [Рыбальский М.И., 1989]. Органический галлюциноз (характеризовавшийся проекцией в представляемое или воспринимаемое протранство, но всегда без ассимиляции окружающей обстановкой; отсутствием реалистичности; добродушным отношением больного к галлюцинациям, на фоне заметного снижения когнитивного функционирования) достоверно чаще ($p<0,05$) отмечался в группе ОГ – 50,4%, относительно групп ГС-1 – 28% и ГС-2 – где таковые отсутствовали. Идеаторный галлюциноз (с проекцией галлюцинаций только в воспринимаемое пространство; связью с окружающими объективными предметами; реалистичностью оформления, но без веры в его действительное существование, за счет сохранности критики; более аффективной реакцией на обманы восприятия) был выявлен у 40,6% пациентов группы ОГ, тогда как в группе ГС-1 лишь у 15,2%, при отсутствии таковых в группе ГС-2 ($p<0,05$). Псевдогаллюциоз, структурно отличавшийся от идеаторного лишь интрапроекцией, регистрировался у 9% больных из группы ОГ и ни у одного из групп сравнения.

Истинные галлюцинации (с присущей им экстрапроекцией галлюциннаторного образа, оцениваемого как реально существующий; предшествующим нарушением мышления, утратой критики и бредовой интерпретацией, при отсутствии чувства сделанности; с эмоционально-аффективной реакцией, соответствующей содержанию галлюцинаций) наличествовали в дебюте психоза (по анамнестическим сведениям) у 29% пациентов группы ГС-1 и 33% – ГС-2 и ни в одном из случаев группы ОГ ($p<0,05$).

Клинико-феноменологический анализ структурных особенностей бредовых синдромов выявил в группе ОГ, в сравнении с обследуемыми из групп ГС-1 и ГС-2, большую контактность, открытость больных; более фрагментарную и несистематезированную структуру бреда; достаточно четкую эмоциональную реакцию, не связанную с бредом. У пациентов групп ГС-1 и ГС-2 наблюдалась более выраженная социальная устраненность; сниженная или отсутствующая критика к своему состоянию; эмоционально-аффективная реакция, зависящая от содержания бредовых идей; значительная систематизация бреда.

Выводы. У больных с психотической шизофреноподобной симптоматикой прямо обусловленной ЧМТ наиболее типичен синдром галлюциноза (идеаторного, органического или псевдогаллюциноза) и в гораздо меньшей степени бредовые расстройства, развивавшиеся на высоте галлюциноза (далеко не всегда), с достаточно быстрой их редукцией и восстановлением критики при купировании галлюцинаторной симптоматики. Больные шизофренией отличаются наличием стойких бредовых расстройств и достаточно высокой частотой псевдогаллюцинаторного синдрома.

Существенное структурно-синдромальное сходство клинических проявлений у больных шизофренией и шизофреноподобными психозами обусловливает необходимость расширения диапазона диагностических критериев и, прежде всего, за счет углубленного клинико-феноменологического анализа психопатологической симптоматики. Перспективным, в этом плане, представляется также привлечение клинических шкал (в частности PANSS) и методов экспериментально-психологической диагностики, с целью комплексного исследования указанных контингентов больных, что, в свою очередь, может служить фундаментом для разработки адекватных форм медико-психолого-социальной помощи этим больным.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА И ДЕПРЕССИЕЙ КАК КРИТЕРИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Синицына К.В.

Иваново
ИвГМА

Депрессии при рассеянном склерозе (РС) наблюдаются у 25-55% больных и являются самыми частыми аффективными расстройствами (Т.Н.Шмидт, Н.Н.Яхно 2010; Bakshi R., Shaikh Z., Miletich R et al, 2000). Современные подходы к терапии депрессий диктуют необходимость использования объективной оценки ее эффективности. Оценка качества жизни (КЖ) пациентов, страдающих РС, является источником важной информации, характеризующей изменения физической, эмоциональной, духовной и социальной сфер на фоне заболевания (Stuifbergen A.K., 2001, Patti F., 2002, Egner A., 2003). В современной литературе имеется крайне мало сведений о лечении депрессивных расстройств у больных с начальными стадиями РС в амбулаторно-поликлинических условиях первичной медицинской сети, многие аспекты этой проблемы, включая оценку качества жизни на фоне терапии депрессии, остаются не изученными.

Цель исследования: провести оценку качества жизни больных с начальными проявлениями РС и депрессией на фоне лечения депрессивных расстройств в амбулаторно-поликлинических условиях первичной медицинской сети.

Материалы и методы: В соответствии с целями и задачами данной работы в исследование было включено 100 больных РС и депрессией в возрасте 27±2,5 года. РС был с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типом течения, цереброспинальной формой, диагноз устанавливался согласно критериям W.I. McDonald 2005 г. Среди обследованных пациентов женщины составили 68%, мужчины – 32%. Степень инвалидизации по шкале EDSS была 2,5±1,5 балла из 9 возможных. Возраст дебюта РС 25±3,5 лет. Диагноз депрессивных расстройств определялся в соответствии с МКБ-10. Для клинико-психологического обследования использовалась шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергера, выраженность болевого синдрома определялась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), качество жизни оценивалось с помощью опросника SF – 36. Опросник SF – 36 содержит 36 вопросов, которые группируются в 8 шкал:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), шкала оценивает физические нагрузки в повседневной деятельности;

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP), шкала выявляет ограничение жизнедеятельности из-за ухудшения физического состояния;

3. Телесная боль (Bodily pain – BP), шкала определяет степень выраженности болевого синдрома и влияние боли на повседневную деятельность пациента;

4. Общее здоровье (General Health – GH), шкала дает характеристику здоровья в настоящий момент;

5. Жизненная активность (Vitality – VT), шкала выявляет показатели состояния пациента, влияющие на его активность в жизни;

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF), шкала позволяет оценить степень удовлетворенности уровнем социальной активности;

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role Emotional – RE), шкала определяет роль эмоционального состояния для выполнения повседневной деятельности;

8. Психическое здоровье (Mental Health – MH), шкала дает возможность выявить состояние тревоги, эмоциональной лабильности, депрессии;

Первые четыре шкалы соответствуют физическому компоненту здоровья (Physical Health – PH), следующие четыре – психологическому (Mental Health – MH). Оценка проводилась по 100 – бальной шкале, от 0 до 100 баллов, чем выше балл, тем выше уровень КЖ. Полученные данные регистрировались в формализованных картах.

Всем пациентам в течение 2 месяцев в амбулаторно-поликлинических условиях первичной медицинской сети проводилось лечение антидепрессантом (флуоксетин) 40 мг в сутки в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией. Больные обследовались до и после лечения. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica, для сравнения выборок применялся t-тест Стьюдента. Различия считались достоверными при значении $p<0,05$.

Результаты исследования. В результате исследования установлено: по шкале Бека показатели депрессии были от 10 до 16 баллов, что соответствовало легкой и умеренной степени депрессивных расстройств. Показатель выраженности болевого синдрома по ВАШ 6,45±1,4 баллов. Личностная тревожность 49,4 5±1,85 баллов, реактивная тревожность 46,56±2,65 баллов. До лечения показатели качества жизни по опроснику SF-36 у больных РС и депрессией были низкими по шкалам психологического компонента здоровья: по ролевому функционированию, связанному с эмоциональным состоянием 39,15±5,41; по социальному функционированию 34,55±7,3; по психическому здоровью 44,42±4,44; по показателю жизненной активности 42,65±3,33. По шкалам физического компонента здоровья: ролевому физическому функционированию 40,15; интенсивности боли 42,36±3,15. Низкие показатели шкалы психического здоровья соответствовали высокому уровню тревожности, быстрой истощаемости, наличию депрессивного расстройства. У больных РС и депрессией отмечалась высокая степень выраженности болевых ощущений, низкая социальная активность и приверженность лечению, пессимистичное видение будущего.

После курса лечения флуоксетином 40 мг в сутки в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией в течение двух месяцев отмечено достоверное улучшение показателей ($p<0,05$): уровень депрессии по шкале Бека уменьшился до 7 – 11 баллов, снизилась интенсивность болевых ощущений по ВАШ до 2±1,5 баллов, показатели тревожности – личностной 34,43±2,42; реактивной – 30,52±1,9. Отмечено изменение показателей качества жизни по опроснику SF-36, по шкалам психологического компонента здоровья: по ролевому функционированию, связанному с эмоциональным состоянием 53,65±4,43; по социальному функционированию 49,45±3,78; по показателю жизненной активности 53,67±2,32; по психическому здоровью 70,31±3,71. По шкалам физического компонента здоровья: интенсивности боли 30,45±6,26; общего здоровья 58,18±2,7.

Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют рекомендовать использование оценки качества жизни больных с начальными стадиями РС и депрессией как критерия эффективности лечения депрессивных расстройств в амбулаторно-поликлинических условиях первичной медицинской сети.

Литература:

1. Барабаш, И. А. Варианты течения и качество жизни больных рассеянным склерозом в Амурской области : автореф. дис. канд. мед. наук : 14.00.13 / Барабаш Ирина Александровна. – Новосибирск, 2007. – 24 с.

2. Белова, А. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А. Н. Белова, О. Н. Шепетова. – М. : Антидор, 2002. – 404 с.

3. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине : рук-во для врачей / А. Б. Смулевич. – М. : МИА, 2001.

4. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / В. Н. Краснов [и др.]. – М., 2008. – С. 101–102.

5. Шмидт, Т. Е. Рассеянный склероз : рук-во для врачей / Т. Е. Шмидт, Н. Н. Яхно. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 264 с.

6. Benedict, R. H. Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change / R. H. Benedict, E. Wahlig, R. Bakshi // J. Neurol. Sci. – 2005. – Vol. 231, № 1–2. – P. 29–34.

7. Depression, fatigue, and health-related quality of life among people with advanced multiple sclerosis: Results from an exploratory rehabilitation study / A. Egner, V. L. Phillips, R. Vora, E. Wiggers // Neurorehabilitation. – 2003. – Vol. 18. – P. 125–133.

8. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the McDonald Criteria / C. N. Polman [et al.] // Ann. Neurol. – 2005. – Vol. 58, № 6. – P. 840–846.

9. The impact of outpatient rehabilitation on quality of life in multiple sclerosis / F. Patti [et al.] // J. Neurol. – 2002. – Vol. 249, № 8. – P. 1027–1033.

ЗАВЕРШЕНИЕ ПЕРЕХОДНОГО ТРЕВОЖНОГО СОСТОЯНИЯ: ФАКТОРЫ ВЛИЯНИЯ И ВЗАИМОСВЯЗИ

Смирнов О.Р., Токарская С.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Актуальность. Известно, что одним из факторов, утяжеляющих тревожные расстройства, является соматическая отягощенность (Смирнов О.Р., 2010), но по-прежнему неясно, может ли она влиять на продолжительность и качество выхода из постпсихотических тревожных состояний. В то же время, уже установлено, что качество ремиссии в определенной степени зависит от природы острого психоза (Смирнов О.Р., 2012) и, прямо или косвенно, от нозологии (Смирнов О.Р., 2012, 2015). Возможно, между тремя указанными факторами (соматической отягощенностью, видом острого психоза и нозологией) существуют определенные взаимосвязи, и в результате, от каждого из них в той или иной мере зависит продолжительность переходного состояния и качество выхода в ремиссию.

Цель. Изучить характер и степень влияния некоторых клинически значимых факторов на продолжительность переходного тревожного состояния и качество выхода из него

Задачи:

1) Выявить взаимосвязь между скоростью становления ремиссии, соматической отягощенностью, видом острого психоза и нозологией.

2) Уточнить особенности влияния трех указанных факторов на качество выхода из переходного тревожного состояния.

Материал и методы. В исследование был включен 31 больной мужчина в возрасте от 62 до 89 лет (M= 72,9±8,41 года),

страдающий слабоумием. Больные наблюдались в психотическом и постпсихотическим тревожном состоянии. Мультиинфарктная деменция (МИД) была диагностирована у 7 (22,6%) из них, нейродегенеративными ослабоумливающими заболеваниями (НД) страдали 24 (77,4%) больных. Во второй группе, в частности, болезнь Альцгеймера (БА) была диагностирована в 17 (54,8%) случаях, смешанная деменция (сочетание БА с цереброваскулярным заболеванием) – в трех (9,7%), другие формы деменции (при болезни Пика, болезни Паркинсона) – в 4 (12,9%) случаях.

15 (48,4%) больных перенесли делирий и 16 (51,6%) – люцидную тревожную ажитацию. Начало постделириозного периода совпадало с первым прояснением сознания, а постажитационного – с первым эпизодом редукции психотического возбуждения. Для выявления соматической отягощенности учитывались результаты осмотров терапевта и невролога, а также их окончательные заключения. Соматическая патология была разделена, согласно ее органно-системной принадлежности, на заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и мочевыделительной систем.

Соматически отягощенными считались те случаи, которые отвечали не менее чем двум из трех критериев, а именно: 1) наличие у больного нескольких соматических заболеваний, затрагивающих больше одной системы; 2) клинически значимое влияние соматической патологии на психическое состояние; 3) невозможность, в силу соматической патологии, применения адекватных доз психотропных препаратов.

Окончанием переходного состояния считалось становление психофармакологически контролируемой тревоги или ее полная редукция, при условии, что это состояние оставалась стабильным не менее 3 дней (Смирнов О.Р., 2012).

Полный выход из переходного состояния означал отсутствие какой-либо тревожной симптоматики. Частичным или неполным выходом считался переход тревоги в генерализованную нефиксированную, «свободно плавающую» (Смирнов О.Р., 2010).

Все больные получали стандартную противотревожную нейролептическую терапию. Работа проводилась на базе мужского геронтопсихиатрического отделения ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ».

Результаты. При сравнении групп, перенесших делирий или ажитацию, без разграничения по нозологии и без учета соматической отягощенности, различий в продолжительности переходного состояния выявлено не было (32,8±14,4 и 32,5±14,85 дней соответственно).

Также не удалось выявить взаимосвязи между нозологией и продолжительностью подострого состояния, если при этом не учитывалась соматическая отягощенность. Данные были получены при сопоставлении только тех, кто перенес делирий, т.к. при васкулярной деменции случаев тревожной ажитации без помрачения сознания не было. При МИД оно продолжалось примерно столько же, сколько и при НД (36,86±18,99 и 29,86±9,15 дней соответственно).

Сравнение всех соматически отягощенных и неотягощенных, без нозологического разграничения, не позволило выявить разницы в продолжительности переходного состояния. Не выявлено различий по этому показателю и при сравнении соматически отягощенных и неотягощенных в группе страдающих НД. В то же время, в группе страдающих МИД соматически неотягощенные быстрее выходили в ремиссию, чем отягощенные (20,67±12,66 и 49,0±12,49 дней соответственно, p=0,032).

Была выявлена зависимость между качеством выхода и видом перенесенного психоза. После делирия полная редукция тревоги наблюдалась в 11 случаях (73,3%), в то же время, у перенесших люцидную ажитацию это было отмечено лишь в 5 случаях (31,3%), p=0,047, коэффициент V Крамера=0,421.

Вид психоза в определенной мере зависел от соматического состояния. Группы соматически отягощенных (16 чел.) и неотягощенных (15 чел.) были сопоставимы по нозологическому составу. Но у первых достоверно чаще был делирий (73,3% и 31,3% соответственно, p=0,047, коэффициент V Крамера=0,421).

Зависимость вида психоза от нозологии уточнялась при сопоставлении групп, страдающих наиболее контрастными по своей природе заболеваниями: МИД (7 случаев) и БА (17 случаев). Все страдающие МИД перенесли делирий, а при БА он был выявлен лишь в 6 случаях (35,3%). Тревожная ажитация без помрачения сознания была диагностирована только у страдающих НД, и, в частности, при БА – в 11 случаях (64,7%). По этим параметрам группы МИД и БА значимо различались (p=0,015, коэффициент V Крамера=0,59).

Обсуждение. Прогнозирование продолжительности переходного состояния должно строиться с учетом не столько природы перенесенного острого психоза, сколько нозологии и, в еще большей степени, соматической отягощенности. Особенно это важно учитывать в случаях МИД, когда клинически значимое неблагополучие в соматической сфере определенно замедляет становление ремиссии. Алгоритм построение прогноза продолжительности может включать 1) нозологическую квалификацию, 2) оценку соматической отягощенности.

Величина коэффициента V Крамера указывает на умеренную связь между качеством выхода из подострого состояния и природой перенесенного психоза. Наиболее ярко это выражено в случаях МИД. Вместе с тем, вид острого психоза зависит от соматической отягощенности и нозологии (коэффициенты V Крамера равны 0,421 и 0,59 соответственно). Следовательно, алгоритм построения прогноза качества выхода в ремиссию может включать в себя 1) квалификацию нозологии, 2) оценку соматической отягощенности и 3) квалификацию острого психоза.

Выводы. Продолжительность переходного тревожного состояния зависит от природы основного заболевания и соматической отягощенности.

Качество ремиссии зависит от природы перенесенного психоза, соматической отягощенности и нозологической формы.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У КОМБАТАНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ФОРМАМИ ПАТОЛОГИИ

Стреминский С.Ю.

Барнаул
Алтайский ГМУ

Актуальность. Интерес, проявляемый к сочетанным формам психических заболеваний, свидетельствует, несомненно, об их актуальности и заметном месте, занимаемом ими в общей структуре психической патологии. В этой связи даже выдвигаются предложения о необходимости их выделения в качестве самостоятельной группы расстройств (Б.Н.Пивень, 2013).

На современном этапе развития психиатрии нейрохимические, нейроморфологические, нейрофизиологические и нейроиммунологические исследования существенно уточнили биологические аспекты этиологии и патогенеза психических расстройств, что позволило создать эффективные методы психофармакотерапии. Однако биологические тесты в диагностике психических расстройств выполняют лишь вспомогательную роль и не могут использоваться для скрининга психических заболеваний (И.И. Кутько и соавт., 2013).

Трудности, возникающие при диагностике сочетанных патологий, с нашей точки зрения связаны с рядом субъективных факторов, к которым относятся: недостаточно критичное

отношение пациентов к своему заболеванию, в отдельных случаях аггравация, низкая коммуникабельность, приверженность врачей «мононозологическому» подходу.

Цель исследования. Исследование комплекса психопатологической симптоматики характерной для комбатантов, страдающих экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга в сочетании с невротическими расстройствами с последующим созданием диагностического алгоритма для данной категории больных.

Материалы и методы исследования. На первом этапе безвыборным методом было проанализировано 4054 историй болезни комбатантов, проходивших лечение в госпитале ветеранов войн г. Барнаула в период 2008 – 2010 гг.

Результаты исследования и их обсуждения. За этот период времени было пролечено 14915 человека. Из них 4054 (27,2%±0,003%) обследовано психиатром. Диагноз экзогенно-органическое заболевание головного мозга (ЭОЗГМ) был выставлен 613 (15,1%±0,01) пациентам. Среди них, в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10-ого пересмотра, у 164 (26,8%±0,07%) больных было обнаружено органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, у 449 (73,2%±0,07) – другие неуточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью. ЭОЗГМ было обусловлено черепно-мозговой травмой у 401 (65,4%) пациента; интоксикацией у 305 (49,8%) пациентов; употреблением каннабиноидов у 153 (25%) пациентов; комплексным воздействием экзогений у 346 (56,4%) пациентов.

Из 613 человек 450 (73,4%) являлись участниками вооруженного конфликта в Афганистане, 163 (26,6%) человека принимали участие в боевых действия в Чеченской республике. Было обследовано 611 (99,7%) мужчин и 2 (0,3%) женщины. Средний возраст пациентов составил 43,3 года. Самая многочисленная возрастная категория 263 (42,9%) охватывала диапазон 40-46 лет. Среди пациентов 416 (67,9%) имели группу инвалидности, 197 (32,1%) сохраняли трудоспособность. Официально работали 150 (24,5%) комбатантов.

Согласно медицинской документации, в период за 2008-2010 гг. 204 (33,3%) пациента, мужчин, имеющих диагноз ЭОЗГМ, на фоне желоб органического плана, активно предъявляли жалобы психогенного характера, которые вытекали из разного рада психических травм и психотравмирующих ситуаций.

У 409 (66,7%) пациентов в историях болезни фигурировали жалобы исключительно органического характера.

Для сравнительного анализа психопатологического симптомокомплекса комбатантов, страдающих ЭОЗГМ, с таковым у пациентов с ЭОЗГМ, сочетанным с невротическими расстройствами мы, с некоторыми коррективами, использовали разработанную Б.Н. Пивень в 1980 году схему распространенности и характеристики психопатологических симптомов.

В результате проведенного исследования нам удалось выявить чаще других встречающиеся симптомы у данных категорий больных.

Так, специфическими для комбатантов с ЭОЗГМ являются жалобы: головные боли – 380 (92,9%) пациентов; головокружения – 209 (51,1%) пациентов; плохая переносимость жары – 352 (86,1%) пациента; плохая переносимость душных помещений – 302 (73,8%) пациента; плохая переносимость алкогольных напитков – 10 (2,4%) пациентов; тошнота – 21 (5,1%) пациент; обморочные состояния – 43 (10,5%) пациента; неосвежающий сон – 65 (15,9%) пациентов; повышенная сонливость 40 (9,8%) пациентов; повышенная утомляемость – 204 (49,9%) пациента; раздражительность – 145 (35,5%) пациентов; вспыльчивость – 99 (24,2%) пациентов; эмоциональная лабильность – 203 (49,6%) пациента; дисфория – 109 (26,6%) пациентов; гипомнезия – 340 (83,1%) пациентов; гипестезия – 50 (12,2%) пациентов; иллюзии – 20 (4,9%) пациентов; гипнагогические галлюцинации – 19 (4,6%) пациентов; функциональные галлюцинации – 17 (4,1%) пациентов; метаморфопсии – 9 (2,2%) пациентов; отдельные судорожные проявления – 12 (2,9%) пациентов; нарушения схемы тела – 9 (2,2%) пациентов.

Пациентов, страдающих ЭОЗГМ, сочетанным с невротическими расстройствами, в большей степени беспокоят: нарушения засыпания – 96 (47,1%) пациентов; поверхностный сон – 40 (19,6%) пациентов; неприятные сновидения – 76 (37,6%) пациентов; тревога – 103 (50,5%) пациента; навязчивые страхи – 98 (48%) пациентов; навязчивые мысли – 23 (11,2%) пациента; навязчивые действия – 14 (6,8%) пациентов.

В равной степени больные с той и другой патологиями жалуются на головные боли, отсутствие чувства сна, уменьшение продолжительности сна, извращение ритма сна, пониженное настроение, гиперестезию.

Вышеперечисленные особенности удалось вычленить по результатам анализа историй болезни, то есть вне целенаправленного активного опроса. Таким образом, систематизация полученных данных позволяет сделать лишь предварительные заключения.

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что специфичность жалоб, предъявляемых пациентами, прослеживается в каждой из представленных групп. Это обстоятельство позволяет предположить, что использование схемы распространенности и характеристики психопатологических симптомов при активном опросе пациентов позволит составить более четкую картину психопатологического комплекса для данного вида патологий, и, наряду с всесторонним исследованием психогений станет важным звеном при формировании диагностического алгоритма, для комбатантов, страдающих ЭОЗГМ, в сочетании с невротическими расстройствами.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Усюкина М.В., Корнилова С.В.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Цель исследования. Выделение совокупности клинических и нейропсихологических проявлений, необходимых и достаточных для их верификации как когнитивных при диагностике эпилепсии.

Материал и методы исследования. Было обследовано 106 больных (78 мужчин и 28 женщин), в возрасте от 18 до 78 лет (средний возраст 41,8+16,62 года) с преобладающей длительностью заболевания от 11 до 20 лет в группах с легкими когнитивными нарушениями (33,3%) и тяжелой (35,7%) деменцией, от 11 до 30 лет в группе с умеренными когнитивными расстройствами (45%).

Результаты исследования. Когнитивные расстройства, выявленные у обследуемых больных, включали: истощаемость психических процессов; нарушения внимания; снижение памяти; нарушения мышления.

Особенности клинической картины и динамики заболевания, а также результаты нейропсихологического исследования позволяют выделить легкие, умеренные и тяжелые когнитивные нарушения с рядом отличительных признаков.

При легких когнитивных нарушениях отмечались специфические эпилептические нарушения мышления (обстоятельность -60%, ригидность -73,3%, замедленность -60%, резонерство – 20%); расстройства внимания в виде отвлекаемости (46,7%) и торпидности (53,3%); снижение мнестических функций запоминания и элективной репродукции со снижением общей информированности (100%). При умеренных когнитивных нарушениях интеллектуально-мнестические расстройства

проявлялись обстоятельностью (65,3%) и ригидностью (63,3%) мыслительных процессов, в меньшей степени резонерством (10,2%). Торпидность внимания (71,4%) превалировала над отвлекаемостью (20,4%). Отмечались более выраженные нарушения памяти (100%), страдали запоминание, репродукция, удерживался хорошо усвоенный и знакомый материал, при этом наблюдалась неравномерность поражения запасов памяти. Прослеживались брадикинезия, олигофазия. Отмечалась некритичность к своему поведению, возможностям, заболеванию. Указанные расстройства вели к снижению социальной адаптации, огрублению социального поведения. При тяжелых когнитивных нарушениях, соответствующих слабоумию нарушения мышления проявлялись конкретностью (52,4%) и вязкостью (52,4%), с явлениями олигофазии, сопровождающейся вычурностью, своеобразным построением фраз. Нарастала торпидность внимания (76%). Значительное снижение памяти (100%) как на недавние, так и на отдаленные события сопровождалось выраженной инертностью психических процессов, снижением всех форм познавательной деятельности. Характерным было обеднение эмоциональных реакций, безразличие к окружающему, ослабление побуждения, с появлением назойливости, монотонности.

При нейропсихологическом тестировании выявляется замедленность темпа психических процессов. В соответствии с результатами оценки когнитивных функций по Краткой шкале оценки психического состояния (MMSE) показатели в 23,4 балла свидетельствуют о наличии легких когнитивных нарушениях. При выполнении заданий в речи встречаются сенсорные и моторные аграмматизмы, возникают трудности в построении полного грамматически правильного предложения. Результаты Теста рисования часов составляли 8,7 балла, что говорит о достаточной ориентации в пространстве и времени, сохранности зрительно-конструктивной функции. Тест на заучивание конкурентных групп слов, Тест запоминания и узнавания конкурентных групп рисунков, Тест запоминания предложений, Тест запоминания 5 слов обнаруживают снижение прочности запоминания и устойчивости следа памяти; нарушение запоминания конкурентного материала. Указанные особенности отражаются на социальной адаптации больных, ведут к ее снижению, что подтверждается данными Упрощенной шкалы инструментальной активности повседневной жизни, показатели которой составляют в среднем 3,3 балла. Шкала общего ухудшения показывала 3-ю и 4-ю позиции, что соответствует в одних случаях негрубой клинической симптоматике, а в других – умеренным нарушениям.

При умеренных нарушениях обнаруживаются выраженное замедление продуктивности интеллектуальной деятельности, брадикинезия, трудность врабатываемости, сужение объема внимания. Показатели по Краткой шкале оценки психического состояния, составляющие в среднем 19,2 баллов, соответствуют умеренным когнитивным нарушениям, при этом прослеживается снижение ориентировки во времени, нарушения импрессивной речи. Возникают сложности при рисовании геометрических фигур по эталону, что говорит о нарушении конструктивного праксиса. Тест рисования часов – (5,4 балла) указывает на нарушение зрительно-конструктивной функции, ориентировки во времени. В Тестах на заучивание конкурентных групп слов, запоминание предложений, запоминание 5 слов проявляются расстройства кратковременной слухо-речевой памяти в виде выраженного снижения запоминания и устойчивости следа памяти. Ухудшение кратковременной памяти в зрительной модальности (Тест запоминания и узнавания конкурентных групп рисунков) наглядно прослеживается в работе с абстрактными рисунками. Согласно показателям Упрощенной шкалы инструментальной активности повседневной жизни (3,9 балла) отмечается нарушение социальной адаптации. По клинической Шкале общего ухудшения у больных, страдающих умеренными когнитивными расстройствами, выявлялись 4-я и 5-я позиции, что показывало наличие умеренных и умеренно-тяжелых нарушений.

При тяжелой степени слабоумия данные шкалы MMSE соответствуют деменции тяжелой степени, средний балл составлял 4,8. Превалируют значительные расстройства восприятия, памяти и ориентировки во времени, отмечаются персеверации, литеральные парафазии. Результаты Теста рисования часов составляют 1,9 балла, что указывает на расстройство праксиса, ориентации в пространстве и времени, значительные нарушения зрительно-конструктивной функции. Тест на заучивание конкурентных групп слов, Тест запоминания и узнавания конкурентных групп рисунков, Тест запоминания предложений, Тест запоминания 5 слов обнаруживают значительное нарушение запоминания и устойчивости следа слуховой и зрительной памяти, нарушение запоминания конкурентного материала. Расстройство социальной адаптации выявляет зависимость пациентов от окружающих, что подтверждалось Упрощенной шкалой инструментальной активности повседневной жизни (4 балла). Согласно клинической Шкале общего ухудшения, преобладают тяжелые и очень тяжелые нарушения (6-я и 7-я позиции).

Заключение. Диагностика когнитивных расстройств при эпилепсии базируется на комплексной оценке клинических и нейропсихологических характеристик, что способствует раннему выявлению и своевременной коррекции нарушений когнитивных функций с целью профилактики нарастания дефекта и повышения социального функционирования больных эпилепсией.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВОЗРАСТНОГО ВЛИЯНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Чалая Е.Б., Будза В.Г., Чалый В.А., Чалая И.В.

Оренбург
Оренбургский ГМУ

В последние годы при соматических системных заболеваниях (к которым относится и атеросклероз сосудов) все большее внимание уделяется вопросам взаимоотношения личности и болезни. Церебральные инсульты, как одна из наиболее тяжелых форм ишемической болезни мозга, широко распространены в различных возрастных группах населения и являются причиной не только высокой смертности и инвалидизации, но и возникновением нервно-психических расстройств (Штернберг Э.Я.,1988). Физические страдания, изменение жизненного стереотипа у больных, перенесших инсульт, порождают субъективные переживания болезни, неоднозначные у различных больных. Сознание болезни, совокупность переживаний, возникающих в связи с заболеванием, объединены понятием «внутренняя картина болезни» (ВКБ) (Лурия Р.А., 1977). Структура ВКБ включает не только восприятие болезни, но и изменения личности, вызванные заболеванием. Отношение к болезни всегда значимо, оно оказывает определенное влияние на другие стороны отношений личности, что проявляется в поведении больного, его взаимоотношениях с окружающими, его адаптации и дезадаптации. Тип отношения к болезни можно рассматривать как один из патогенетических факторов, определяющих психогенное звено в развитии пограничных психопатологических состояний при психосоматических заболеваниях, к которым можно отнести сосудистую патологию головного мозга и их осложнения – инсульты. Инволюционный возраст привносит существенные изменения в психологию человека, его личность, формы реагирования, вызывая образование определенных защитно-компенсаторных и приспособительных психологичес-

ких механизмов. Клиническим и социально-психологическим методами исследовано 160 больных (мужчин – 108, женщин – 52), в возрасте от 35 до 68 лет (средний – 55 лет). Больные были разделены на три группы в зависимости от давности инсульта. Первая группа (от 2-х месяцев до 1 года) включала 65 человек (41,0%), – восстановительный этап; вторая группа (от 1-го года до 3-х лет) – 56 человек (34,8%) – ранний резидуальный; третья группа (свыше 3-х лет после развития инсульта) – 39 человек (24,2%) – поздний резидуальный этап. Для анализа патопластической роли возрастного фактора в генезе психопатологических расстройств, учитывались возрастные периоды, выделенные соответственно классификации ВОЗ (1970): зрелого возраста к началу инсульта достигли 10,6% (17) больных; позднего зрелого – 34,8% (56); пресенильного – 54,6% (87) больных. Неврологические нарушения верифицировались квалифицированными невропатологами. У 130 пациентов имелись двигательные нарушения (гемиплегии, гемипарезы, сенсо-пирамидные дефициты), они составили основную группу; 30 больных без двигательных расстройств после инсульта оставались социально активными и составили контрольную группу. У исследуемых больных отсутствовали выраженные нарушения праксиса, гнозиса, заметные речевые расстройства, а также деменция. Закономерности формирования ВКБ изучались во взаимосвязи с выявленными психопатологическими синдромами, степенью выраженности двигательных нарушений и возрастом больных. Результаты и обсуждение. Установлено, что ВКБ у больных позднего восстановительного этапа определялась преобладанием «чистых» типов, что свидетельствовало о сохранности критической оценки больными своих переживаний. У больных основного контингента установлено почти равное число адаптивных (54,5%) и дезадаптивных (45,5%) типов реагирования на болезнь. В контрольном контингенте адаптивные типы в два раза превышали дезадаптивные. Анализ влияния возрастного фактора показал, что пресенильный возраст, с одной стороны, в силу возрастной адаптации к «недугам» старости способствовал формированию гармоничного отношения к болезни; с другой стороны, обострение присущих этому возрасту психологических черт (повышенная тревожность, ипохондричность, сенситивность) играло определенную роль в развитии дезадаптивного сенситивного типа реагирования на болезнь. ВКБ у основного контингента больных раннего резидуального этапа характеризовалась превалированием смешанных и диффузных типов и дезадаптивных (60,7%) над адаптивными (39,3%), что отражало прогредиентность сосудистой патологии (снижение критической самооценки), а также состояния фрустрации (отсутствие эффекта в улучшении двигательной функции). Отчетливая тенденция увеличения неврастенического и сенситивного типов реагирования свидетельствовала о большей эмоциональной лабильности, эмоциональном дискомфорте, обусловленным субъективным восприятием и пониманием больными ситуации болезни, необратимости утраты двигательной активности. Преобладание больных пресенильного возраста при адаптивном (66,7%) и дезадаптивных (53,3% и 66,7%) блоках ВКБ интра- и интерпсихической направленности свидетельствовало о разностороннем влиянии возрастного фактора на формирование ВКБ, обусловливая как более адаптивное отношение к болезни, так и выраженность эмоционального компонента (дезадаптивные типы ВКБ). Выявлено отсутствие прямой зависимости между тяжестью двигательного дефекта и представлением больных о своей болезни, что обусловливалось прогрессирующим органическим процессом и психогенным влиянием двигательной депривации, поскольку, при выраженных двигательных нарушениях у больных раннего резидуального этапа формировались как адаптивные, так и дезадаптивные (без явного преобладания) типы отношения к болезни (в отличие от позднего восстановительного этапа). В позднем резидуальном этапе «чистых» типов выделено не было, что отражало прогредиентность сосудистой патологии, а значительное превалирование дезадаптивных типов (71,8%) – влияние двигательной депривации на формирование неблагоприятного для реабилитации отношения к болезни. Отмечено преимущественное формирование адаптивного отношения к болезни у большинства больных (63,6%) зрелого и позднего зрелого (а не пресенильного, как на предыдущих этапах) возраста, что свидетельствовало о снижении возрастной адаптации, обусловленной нарастанием органических изменений. В случаях формирования ипохондрического и сенситивного типов, возрастной фактор сохранил свою актуальность (соответственно 80,0% и 63,6% больных пресенильного возраста). Установленные, как и на раннем резидуальном этапе, достаточно высокие значения шкал эргопатического (62,5%) и сенситивного (81,8%) типов у больных с выраженными нарушениями двигательной функции (гемипарезы) свидетельствовали о заострении сенситивных характеристик личности и выраженной мобилизации мотивации на преодоление болезни (как компенсаторной, так и гиперкомпенсаторной). Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что возрастной фактор на восстановительном и раннем резидуальном этапах хронической фазы инсульта (до трех лет после начала инсульта) обеспечивал лучшую антиципационную готовность и способствовал формированию адаптивного отношения к болезни. В позднем резидуальном этапе (свыше трех лет после инсульта) в силу более выраженных органических изменений возрастная адаптация снижалась и адаптивные типы ВКБ с выраженной мобилизацией мотивации на преодоление болезни формировались у более молодых лиц. Полученные данные указывают на необходимость совершенствования психотерапевтической тактики с привлечением геронтопсихиатров в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий данной категории больных.

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Яковлева Ю.А.

Санкт-Петербург
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева МЗ

Актуальность. Эпилепсия является одним из распространенных заболеваний психоневрологического профиля в детском возрасте. Им страдают примерно 2% детской популяции (Мухин К.Ю., 2001). Формирование эпилептических изменений личности больного связывают, как с воздействием самого эпилептического процесса, так и с органическими изменениями головного мозга, сопровождающими болезнь. Выраженность психических расстройств больных эпилепсией может зависеть от частоты припадков и тяжести постприпадочных состояний (Мнухин С.С., 1969), формы эпилепсии (Зенков Л.Р., 2001), латерализации эпилептологического очага (Белая И.И.,1981; Сивцов А.Н., 1984). Среди непсихотических психических нарушений наибольшую часть занимают расстройства интеллектуально-мнестической сферы различной степени выраженности (от проявлений церебрастенического синдрома до формирования деменции), а также изменения в эмоционально-волевой сфере и личности больных, преимущественно проявляющихся дистимиями, дисфориями, депрессией (Воронкова К.В., 2005, Wallace S.J., Farrell K., 2004, Arzimanoglou A., Guerrini R., Aicardi J., 2004).

Данные психические нарушения достигают значительной степени и требуют такого же пристального внимания к диагностике и коррекции, как и непосредственно судорожные приступы. Нарушения в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, зачастую, являются причинами социальной дезадаптации и инвалидизации детей и подростков, даже при условии отсутствия приступов. Среди формирующихся измене-

ний личности дисфорические состояния представляют особый интерес, т.к. именно они существенно затрудняют адаптационные возможности детей и приводят к формированию психопатических черт личности. По нашим данным, психические нарушения отмечаются у 65% подростков, страдающих эпилепсией, в 20% из которых отмечаются дисфории (Попов Ю.В., Яковлева Ю.А., 2009). Ухудшение памяти и внимания, трудности подготовки к урокам, снижение успеваемости, нарушения поведения, конфликтные отношения со сверстниками и учителями, агрессия в адрес близких и родственников, вот наиболее частые жалобы, предъявляемые родителями детей с клинической ремиссией приступов, и с редкими приступами, ненарушающими социальное взаимодействие. Нередко к жалобам присоединяются также прогулы школы, уходы из дома, воровство и ставшая актуальной в последнее время проблема компьютерной зависимости. Часть детей, в целях реабилитации, переводится на домашнее обучение, но это не всегда способствует полному разрешению проблемы т.к. индивидуальный подход лишь облегчает обучение таких детей, но не улучшает их социальное взаимодействие.

Цель: определение диагностических подходов и тактики терапии непсихотических психических расстройств у подростков с эпилепсией.

Материалы и методы: клинико-диагностическим методом обследовано 365 пациентов (мальчиков – 209 (57,3%), девочек – 156 (42,7%)), находившихся на лечении в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста в период с 2012-2015 гг. Средний возраст 15,3±1,42 лет, длительность заболевания эпилепсией 5,1±1,82 лет.

Результаты и обсуждение: В ходе проведенного исследования был определен необходимый диагностический (инструментальный, экспериментально-психологический) минимум для выявления психических нарушений и характеристики его выраженности, включающий в себя: ЭЭГ – рутинная, ЭЭГ-видеомониторинг сна, МРТ головного мозга, допплерография сосудов головного мозга и шеи, мониторинг АД, психологические методики: «Тест Рука», методика Басса – Дарки (для выявления и определение степени агрессии), опросник Бэка (наличие депрессии), шкалы Прихожана, Спилберга (наличие тревоги), батарея когнитивных тестов (корректурные пробы, таблицы Шульте, Горбова, тест Бурдона, тест Бентона, тест 10 слов, пиктограмма).

В терапии непсихотических психических нарушений у подростков, страдающих эпилепсией необходим комплексный бригадный подход, включающий медикаментозную (противосудорожную, патогенетическую и симптоматическую) терапию, психотерапию и методы психолого-педагогического воздействия. Социально-реабилитационные программы для больных эпилепсией детей и подростков должны включать следующие этапы: подготовительный/диагностический, реабилитационный, включающий индивидуальную и групповую работу с пациентом и его родственниками, и заключительный. На всех этапах социально-реабилитационной программы каждый член команды выполняет свои задачи, ведущие к достижению общей цели: психиатр, невролог, клинический психолог, психотерапевт, логопед-дефектолог, социальный работник, воспитатель. Эффективность работы бригады во многом зависит от согласованного взаимодействия участников, их умения объединить свои возможности (компетенции), обеспечить преемственность на дальнейших этапах лечения. В лечении непсихотических психических расстройств, свойственных эпилепсии необходимо соблюдение ряда принципов: терапия психических нарушений должна быть неразрывно связана с лечением основного заболевания и его успешностью, противосудорожная терапия должна быть адекватной форме эпилепсии, особое внимание необходимо уделять резистентным формам эпилепсии, как наиболее труднокурабельным, при выборе препарата детям следует учитывать тот факт, что последствия фармакотерапии могут влиять на всю их последующую жизнь.

Для коррекции когнитивных нарушений у детей страдающих эпилепсией следует применять вазоактивную, нейропротективную и нейрометаболическую терапию. Для устранения нарушения памяти, внимания, коррекции темпа мышления и явлений брадипсихии, снижение астении применялся ноотропил в возрастной дозе, курсами 3 мес; кортексин в дозе 10 мг, в/м, в течение 10 дней, повторные курсы через 3 – 6 мес.; глицин по 100 мг – 3 раза в течение 3 мес.; актовегин в возрастной дозе, длительность приема – 1 мес. При увеличении индекса пароксизмальной активности в ЭЭГ необходима отмена препаратов. В остром периоде дисфорических состояний с выраженным напряженным аффектом, взрывчатостью и физической гетеро – и аутоагрессией, а также выраженными суицидальными намерениями использовался аминазин в возрастных дозах в/м 1-2 дня. В дальнейшем для предотвращения развития дисфорий необходимо перейти на пероральный прием атипичных нейролептиков с наименее выраженными побочными эффектами, таких как рисперидон, кветиапин с наращиванием дозы до клинического эффекта, длительность приема от 6 мес. до 1 года. Депрессивная симптоматика устранялась применением антидепрессантами группы СИОЗС (наиболее предпочтительным являлся флувоксамин в дозе до 100 мг/сут) продолжительность курса составляет не менее3-х месяцев Тревожные расстройства и двигательные обсессии, где тревога является главным пусковым механизмом, устранялись применением феназепама 0,5 мг у детей и 1 мг у подростков.

Через год наблюдения за подростками, получавшими своевременную синдромальную терапию, отмечалось значительное улучшение состояния у 75,3% (275 пациентов), соответствующее снижению показателей не менее 3 баллов по шкале всесторонней оценки психического состояния, и не менее 2-х баллов по шкале общего клинического впечатления.

Заключение. Таким образом, необходимо на наиболее ранних этапах оказания помощи подросткам, страдающим эпилепсией, выявлять наличие непсихотических психических нарушений, для наиболее эффективной их коррекции. К проводимой медикаментозной терапии необходимо присоединять комплекс поэтапных психосоциальных реабилитационных мероприятий, с учетом сформированных вышеуказанных принципов, для улучшения социальной адаптации этих пациентов и повышения качества жизни подростков и их родителей.

РАЗДЕЛ 24.
ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

ОСНОВНЫЕ НАХОДКИ АУДИТОВ И ИНСПЕКЦИЙ ПРИ ПРОВЕРКЕ ЛОКАЛЬНЫХ ЭТИЧЕСКИХ КОМИТЕТОВ

Маликов А.Я.

Санкт-Петербург
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Согласно пункту 3.1.1. ГОСТ 52379-2005 «Надлежащая клиническая практика»: «Этический комитет призван защищать права, безопасность и благополучие всех субъектов исследования». Однако часто ли мы задумываемся, насколько эффективно этический комитет выполняет эту функцию? В рамках рутинного мониторинга почти все внимание уделяется исследовательскому центру. Лишь некоторые аудиторы и почти все инспектора обращают пристальное внимание на работу этического комитета. Анализ результатов инспекций Росздравнадзора, проведенных с 2011 по 2014 год показывает, что 22,6% всех выявленных нарушений относятся к локальному этическому комитету (ЛЭК) учреждения (Афончиков Ю.В., Полтанов Е.А., Маликов А.Я., 2015). Аналогичный анализ инспекций 2014 года показывает, что нарушения в работе этического комитета занимает 15% всех нарушений (Косенко В.В., Рогов Е.С., 2015). Почти половина найденных нарушений в работе ЛЭК (44%), это несоблюдение своих же регламентирующих документов – положение и/или стандартные операционные процедуры (СОПы), – конечно, в тех случаях, где эти регламентирующие документы имеются.

Если ранжировать по частоте встречаемости выявленные Росздравнадзором нарушения в период с 2001 по 2014 год со стороны ЛЭКов, то можно увидеть следующие результаты:

- Не разработаны СОПы – 23,9%
- Не соблюдаются требования положения о комитете – 17,9%
- Не осуществляется оценка квалификации исследователя – 14,9%
- Не ведутся протоколы заседаний комитета – 10,4%
- Не определен кворум для принятия решений комитетом – 7,4%
- Не осуществляется периодическое последующее рассмотрение документации исследования – 6,0%
- Прочие находки – 19,5%

Если основные находки инспекций связаны, как правило, с общими нарушениями в работе ЛЭК, то находки аудиторов относятся, обычно, к этическому сопровождению конкретного исследования и выявляются при аудите центра. Небольшой опрос, проведенный автором, показал, что наиболее частыми аудиторскими находками по работе ЛЭКа являются использование неодобренных ЛЭКом документов, нарушение коммуникации с ЛЭКом, нарушения кворума при голосовании. Анализ находок и опыт инспекций позволяет классифицировать, как минимум, пять наиболее частых причин нарушений:

1. Недостаточность ресурсов. Для нормальной работы этическому комитету требуется хороший технический секретариат, в структуре рабочего времени которого зарезервировано время для приема и проверки дел, подготовки протоколов и выписок, общение с исследователями. Содержание такого секретариата рентабельно только в том случае, если в исследовательском центре проходит достаточно много исследований. Если же исследований мало, то иногда проще и надежнее обратиться в независимый внешний этический комитет, чем перекладывать эту работу на координатора исследования или клинического фармаколога в качестве очередной общественной нагрузки в свободное от основной работы время.

2. Слабость системы управления. Наличие СОПов – не прихоть создателей ICH GCP, а элемент процессного управления в рамках системы обеспечения качества. И как любой элемент системы управления, СОПы должны быть увязаны с другими элементами системы управления и осознанно применяться. Чаще же приходится видеть, как СОПы переписываются ЛЭКами друг у друга и существуют «параллельно» работе комитета, не пересекаясь с ней, а в наиболее тяжелых случаях и «перпендикулярно» текущей работе, т.е. вступая с ней в противоречие.

3. Отсутствие знаний и технологий. В России крайне мало специализированных курсов для членов этических комитетов. Автору известно только два таких курса – в Москве и в Санкт-Петербурге. Базовая подготовка в рамках «GCP для исследователя» необходима, но не достаточна для подготовки члена ЛЭК. Необходимо изучение методики и принципов этической экспертизы, технологий работы ЛЭКа.

4. Несерьезный подход. Руководство Росздравнадзора признает, что: «Из опыта проведения проверок и непосредственно общения «на местах» явствует, что зачастую исследователями и самими членами комитетов этическая экспертиза воспринимается исключительно как формальность, со всеми вытекающими последствиями» (Косенко В.В., Рогов Е.С., 2015). Пока все участники рынка не поймут роль ЛЭКов в защите пациентов и, опосредовано, в защите исследователей и спонсоров, вряд ситуация поменяется.

5. Неясные санкции. До недавнего времени санкций, способных напугать участников процесса проведения клинического исследования, не существовало. В последнее время в практику Росздравнадзора входят штрафы, накладываемые за нарушения в ходе проведения клинических исследований, обсуждается возможность отзыва аккредитации ЛПУ и приостановки исследований. Все это должно побудить ЛЭКи более ответственно относится к своим обязанностям.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Михайлова Н.М.

Москва
НЦПЗ

Введение. Неуклонный рост числа больных деменцией среди населения старших возрастных групп неизбежно привлекает внимание к этическим аспектам работы врачей и клинических психологов с этим контингентом пациентов и лицами из их ближайшего окружения. В настоящее время наблюдается уверенное становление биомедицинской этики в целом и в геронтопсихиатрии в частности. В 2001 году МЗ РФ приняло Программу по биоэтике, однако в отечественной науке и медицинской практике основные положения биоэтики деменций вряд ли можно считать достаточно разработанными (Тихоненко В.А., 1996).

Обзор основных концепций в области этических проблем деменций. Рассмотрение этических аспектов деменции часто сосредоточено на таких проблемах как отказ от лечения и принятие решения о конце жизни. В то время как эти вопросы очень важны, существуют еще и другие проблемные этические ситуации, которые возникают в ходе рутинного повседневного ухода и обычно игнорируются. В докладе ВОЗ «Деменция 2012» (WHO, 2012) вопросам этики посвящена отдельная глава. Защита прав лиц, страдающих деменцией, рассматривается в числе первоочередных задач медицинского сообщества и общества в целом. К числу этических проблем, требующих широкого внимания общества, относят следующие: преодоление стигмы, моральные, культуральные и социально-политические вопросы; уважение к личности и признание самостоятельности; правдивость диагностической информации; роль биомаркеров в подтверждении диагноза, ранней диагностике, оценке риска у здоровых лиц.

Проблема установления диагноза и сообщения его пациентам и членам семьи включает много аспектов. Как известно, диагноз болезни Альцгеймера (БА) устанавливается со всей определенностью посмертно, но в будущем это может измениться. Нейровизуализация позволяет видеть амилоидные бляшки при жизни, однако накопление бляшек имеет место только на поздней стадии болезни. Этическим императивом процедуры клинической диагностики признается право пациента на максимально возможное уточнение диагноза **(**Leuzy A., Gauthier S., 2012**)**. Еще одна этическая проблема диагностики состоит в предоставлении возможности тестирования когнитивных функций всем или только желающим.

Согласно требованиям биомедицинской этики, в процессе раскрытия диагноза должны приниматься во внимание уровень понимания, биография, верования, психологическое состояние и желание пациента узнать диагноз. Этический процесс сообщения диагноза должен быть направлен на его уточнение, обеспечивать возможность обсуждения опций лечения и поддержки, так же как планирования будущего, включая финансовые, юридические вопросы и проблемы ухода, гарантировать возможность последующего наблюдения, включая психологическую поддержку при необходимости. Деменция не всегда является пациент-центрированной проблемой в отношении раскрытия диагноза **(**Leuzy A., Gauthier S., 2012**)**. Диагноз должен обсуждаться многократно, и это целесообразно не только для оптимизации стратегий копинга, но и для решения практических вопросов.

Этические аспекты установления диагноза деменции и его раскрытия теснейшим образом связаны с **проблемой стигмы.** Стигма и дискриминация распространяются и на ухаживающих членов семьи и становятся причиной избегания общения. Известно, что страх деменции стоит на втором месте после страха ракового заболевания. Стигма деменции постоянно является предметом изучения в исследованиях Международной Альцгеймеровской Ассоциации.

Этические вопросы на развернутой стадии деменции возникают как повседневно, так и в особых ситуациях. Они представляют неизбежное балансирование между конфиденциальностью в отношении больного и информированием членов семьи (в том числе в отношении диагноза), между прежними взглядами и ценностями пациента и настоящими взглядами, между безопасностью и соблюдением свободы, а также использование вспомогательных технологий (часто баланс между безопасностью и приватностью) и принятие решения о конце жизни, включая отказ от паллиативной помощи в отсутствие данных ранее распоряжений (Leuzy A., Gauthier S., 2012).

Этические проблемы терапии деменций касаются того, что современные симптоматические средства – ингибиторы холинэстеразы и мемантин – относительно просты в употреблении, но их доступность ограничена во многих странах по экономическим соображениям или вследствие терапевтического нигилизма. Мнения психиатров различаются в отношении того, должны ли назначаться антипсихотики больным деменцией.

Установки по этике ухода за больными БА опираются на изменение социально-средовой обстановки и поддержание деятельности для сохранения независимости и самоутверждения. Этически обосновывается запрет на меры стеснения как механические, так и химические (WHO, 2012). В аспекте этики является дискуссионным вопрос поощрения когнитивной стимуляции и тренинга при деменции. Этические проблемы терминальной стадии деменции обсуждаются чаще всего и в наибольшем объеме. Признается, что абсолютно безупречных с морально-этической и правовой точек зрения способов решения этих проблем не существует. Использование новейших технологий позволяет сохранить жизнь и тем пациентам, организм которых навсегда утратил способность самостоятельно справляться с важнейшими жизненными функциями. Так благородная и гуманная задача медицины – борьба с болезнью – становится своей противоположностью – борьбой за поддержание болезни в течение длительного срока. Этические установки Международной Альцгеймеровской Ассоциации относительно терминальной стадии предусматривают следование заранее данным распоряжениям; отказ/прекращение лечения и хосписный уход. Ситуации конца жизни лиц, которые не оставили заранее распоряжений и чьи предпочтения неизвестны, должны быть обсуждены на совещании этического комитета.

Этические аспекты доклинической стадии БА представляют наибольшую сложность для рассмотрения, вместе с тем постепенное возрастание значимости не только ранней диагностики, но и оценки риска заболеть у здоровых лиц объясняет растущее внимание к обсуждению этих проблем. Болезнь Альцгеймера – это клинический диагноз. Однако растет число исследований, позволяющих полагать, что альцгеймеровская патология начинается задолго до клинических проявлений и что биомаркеры, такие как ПЭТ и ликворные пробы, прямо доказывают эту патологию. В результате станет возможным отделить диагноз БА от клинического выражения болезни. Сдвиг границ между нормальным мозговым старением и заболеванием представляет вызов исследователям, клиницистам, психологам, пациентам и политикам в области здравоохранения. Это касается следующих моментов: 1) установления руководящих принципов для исследователей и клиницистов в отношении безопасности и результативности сообщения диагноза; 2) создания программ, эффективно транслирующих диагноз в практику и политику; 3) адаптации законов, регулирующих профессиональную практику в отношении диагноза доклинической стадии БА.

Обсуждаются этические аспекты уже вошедшего в клиническую практику диагноза мягкого когнитивного снижения (МКС) (Albert M.S., et al., 2011). Ставится вопрос о том, как строго должны психиатры следовать диагнозу МКС, имея

в виду, что у пациентов с МКС может развиться БА, а может и не развиться. Преобладает мнение, что за установлением диагноза МКС должно следовать регулярное наблюдение, чтобы как можно раньше начать лечение, если разовьется БА. Однако против этого свидетельствует тот факт, что пока еще не существует лечения МКС, которое бы потом уменьшало тяжесть БА. Хотя признается, что концептуальную модель доклинической БА поддерживают только исследовательские критерии, однако особое значение имеют лонгитудинальные исследования корреляции биомаркеров с ухудшением когнитивных и функциональных когнитивное снижение.

Этические аспекты выявления факторов риска рассматриваются как в отношении их совокупности, так и по отдельным группам биомаркеров, среди которых выделяют структурные и биохимические маркеры, а также генотипирование. Их внедрение в практику не свободно от сложностей, однако, планирование этического и общественного влияния предсказания болезни стареющего мозга чрезвычайно важно и принесет пользу как пациентам и их семьям, так и ведущим исследователям, организаторам здравоохранения и политикам в этой области. В области генетического тестирования болезни Альцгеймера этические вызовы заставляют балансировать между желанием человека узнать риск развития у себя деменции и стремлением клинициста смягчить потенциальный вред этой информации. Хотя превентивного лечения не существует, этический консенсус достигается в том, чтобы предоставить возможность генотипирования, так как это проявление уважения к личности, и эта информация может быть полезной при планировании будущего. Однако генетическое тестирование при БА только констатирует предрасположенность. Безопасность и эффективность сообщения диагноза доклинической БА представляет самую сложную проблему с точки зрения биомедицинской этики. Этически более правильно сообщать «биомаркер-позитивным» о результатах обследования.

Этика клинических исследований представляет самостоятельную проблему их проведения на больных деменцией (De Kosky St.T., 2011). Основные этически уязвимые вопросы включают такие как вовлечение больных деменцией в исследование и защита их благополучия, информированное согласие, риски, польза и бремя, донаторство мозга и тканей, публикации и диссеминация результатов исследований, различные аспекты, касающиеся конца жизни и медицинских исследований (клинические испытания, эпидемиологические и генетические исследования). Ключевым моментом является получение информированного согласия пациента. Наконец, в процесс получения согласия должны быть вовлечены члены семьи или так называемые «суррогатные» ухаживающие лица. Требования биомедицинской этики при проведении клинических исследований основаны на 10 правилах знаменитого Нюрнбергского кодекса, своего рода этической азбуки проведения медико-биологических экспериментов на людях. Женевская декларация, принятая Всемирной медицинской ассоциацией, считается современным аналогом «Клятвы Гиппократа», целый ряд созданных в последующем этических документов регулируют деятельность врачей и исследователей.

Считается необходимым получение образования в области этики (De Kosky St.T., 2011; WHO, 2012). Такой тренинг профессионалов должен быть направлен на признание этического аспекта принятия решения и планирования помощи, знание положений и законов их применения в специфических ситуациях, на поддержку больных деменцией, их семей и непрофессиональных ухаживающих лиц.

Заключение. Биомедицинская этика является важнейшим социальным институтом современного общества, одной из важнейших задач которого является разработка мер по защите прав и здоровья населения старших возрастных групп в целом и возрастающего по численности контингента пожилых с когнитивным снижением разной степени.

КОНФЛИКТЫ ИНТЕРЕСОВ В ПСИХИАТРИИ: ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Семенова Н.В.

Санкт-Петербург
СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Проблематика конфликта интересов в научных (клинических) исследованиях является для российских исследователей недостаточно изученной, но привлекает к себе все большее внимание, не в последнюю очередь связанное с формальной необходимостью обозначения и раскрытия конфликтов интересов при подготовке публикаций в солидных научных журналах. Актуальность этой темы обусловлена еще и тем, что конфликты интересов являются главной причиной недобросовестной практики научных исследований, порождая «систематические ошибки исследователей» в виде искажений результатов исследования в зависимости от мотивации его исполнителей (Воробьев К.П., 2011).

Конфликт интересов в психиатрии – ситуация, когда на психиатра излишне сильно влияют какие-либо обстоятельства, являющиеся второстепенными по отношению к его профессиональной деятельности (Май М., 2005). Для психиатра как профессионала основополагающими являются следующие интересы: благополучие пациента (для каждого психиатра как врача), развитие науки (для тех психиатров, которые занимаются исследовательской деятельностью) и обучение студентов и ординаторов (для тех, кто связан с преподаванием). Второстепенные интересы включают в себя: заинтересованность в получении личной финансовой выгоды, стремление получить финансовую выгоду для института (больницы или кафедры, факультета), желание оказать услугу родственнику или другу, приверженность какой-либо идее или научной гипотезе (в том числе, определенному виду лечения, который он разрабатывает), политические предпочтения.

Выделяются финансовые и нефинансовые конфликты интересов. В первом случае речь идет о конфликте между основополагающими интересами психиатра как профессионала (благополучие пациента или развитие науки) и желанием получить финансовую выгоду для себя лично или для своего учреждения. Проблематика этих конфликтов часто лежит в сфере взаимоотношений фармацевтических компаний и клинических (научных) центров. Имеется большое количество публикаций, освещающих разнообразные способы финансового манипулирования – предвзятые научные доклады и публикации, фальсификация результатов исследований для получения наилучшего результата, предвзятый дизайн исследований и т.п. (Май М., 2005).

Нефинансовые конфликты возникают между основополагающим интересом, представляющим развитие науки, и вторичными интересами, обусловленными преданностью исследователя тому виду лечения, которым он занимается («эффект лояльности»), или его политическими пристрастиями.

В зарубежной литературе описывается несколько путей влияния пристрастности исследователя: а) для сравнения с предпочитаемым им лечением исследователь выбирает наименее эффективное лечение; в) врачи, применяющие лечение, к которому пристрастен исследователь, получают от него моральную поддержку, благоприятно влияющую на их работу с пациентами; с) мастерство терапевтов, выбранных для участия в оценке каждого из сравниваемых методов лечения, может незаметным, но существенным образом отличаться в пользу метода, предпочитаемого исследователем; д) исследователь публикует только данные в пользу предпочитаемого им лечения или подчеркивает эти данные в своей работе. Эти неявные, нефинансовые сферы интересов начинают приобретать особое значение при планировании и проведении научных и диссерта-

ционных исследований, поскольку могут приводить к искажению или фальсификации результатов.

Особым нефинансовым конфликтом является противоречие научных и лечебных целей при планировании и организации научных исследований. В тех случаях, когда научное исследование направлено на изучение нового метода лечения (будь то лекарство, новая комбинация препаратов, новая технология и т.п.), принципиальная разница между лечением (стандартным или инновационным) и исследованием заключается в том, что лечение проводится в интересах конкретного пациента, а научное исследование – для получения новых научных знаний. Эта разница в целях приводит к различиям не только в методологии, поскольку научные исследования разрабатываются и проводятся таким образом, чтобы получить обоснованные выводы, но и в вопросах их этической оценки.

Центральной проблемой этики научных исследований является вопрос о том, каким образом должен преодолеваться возможный конфликт между научными и терапевтическими (гуманитарными) целями (WHO, 2009). В медицинских исследованиях дифференциация интересов участников исследования (испытуемых) и исследователей (или организаторов исследования) имеет большое значение. Особенно ярко этот конфликт интересов проявляется в клинических испытаниях, где врач может выступать одновременно лечащим врачом и исследователем, а пациент, помимо роли больного, одновременно приобретает и вторую роль – участника исследования. В тех случаях, когда два вида деятельности – лечение и научное исследование – объединяются, трудно избежать ряда этических проблем. Эти проблемы, впрочем, легко разрешаются административным путем, если руководство медицинского учреждения придерживается позиции, что лечащий врач и врач-исследователь должны быть разными физическими лицами.

Один из самых спорных вопросов в исследовательской этике – должен ли этический комитет давать оценку научной адекватности планируемых исследований. Очевидно, что соответствие дизайна исследования критериям научной доказательности недостаточно для удовлетворения требованиям этики (одним из наиболее ярких тому доказательств служит Нюрнбергский процесс 1947 г.). Проблема этической оценки научного исследования имеет три аспекта. Первым является научная оценка – соответствие дизайна исследования критериям научности. Второй аспект – оценка дизайна с точки зрения этики: используются ли принципиально неэтичные методы, и могут ли аналогичные результаты быть получены с помощью другого исследования, наносящего пациентам меньший вред. И, наконец, третий – соотношение риска и научной пользы: стоят ли ожидаемые научные результаты того бремени или риска, которым подвергаются участники, только потому, что эти результаты значительно лучше с научной точки зрения, чем те, которые могли бы быть получены в менее обременительном или рискованном для участников исследовании (WHO, 2009).

Несомненно, что второй и третий аспекты занимают центральное место среди функций этических комитетов при проведении экспертизы предполагаемого исследования. Относится ли первая проблема к компетенции этических комитетов – вопрос не столько моральный, сколько практический. Учреждения, обладающие опытом коллегиальной научной оценки исследовательских программ и высококвалифицированными научными кадрами, способны обеспечивать независимую оценку как экспертным научным советом, так и этическим комитетом. В тех учреждениях, где ресурсы более ограничены, целесообразно расширить полномочия этического комитета в плане не только этической, но и научной экспертизы, включив в его состав членов, обладающих необходимой квалификацией в вопросах разработки дизайна научных исследований и имеющих возможность, в случае необходимости, проконсультироваться у более компетентных специалистов или привлечь их к работе комитета.

ПРОБЛЕМА ТЕРАПИИ OFF-LABEL В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Случевская С.Ф.

Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Все большее использование в практической деятельности специалиста стандартов т.н. доказательной медицины (evidence-based medicine), а также рост информированности и юридической грамотности населения, пациентов и членов их семей, диктуют необходимость тщательного рассмотрения правовых проблем, связанных с применением психотропных препаратов. Круг этих проблем весьма широк, например, правовые последствия нерационального использования психотропных лекарственных средств; правовые последствия при адекватном назначении психотропов, но при появлении прогнозируемых или непрогнозируемых побочных явлений; выход за пределы допустимого диапазона доз, правомерность стратегии «фармакологического произвола» при ведении резистентного к лечению пациента и многие другие. В последнее время в связи с внедрением стандартов оказания психиатрической помощи при различных нозологиях встают вопросы выбора: какими же рекомендациями пользоваться врачам-психиатрам – разработанными приказами регуляторных органов (стандартами) или результатами, полученными в клинических исследованиях и аннотированными во вкладышах, и каковы юридические последствия этого выбора? В этой связи одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения является практика назначения препаратов off-label.

Off-label (англ. от off – за пределами, label – этикетка, инструкция) – использование лекарственных средств по показаниям, не утвержденным государственными регулирующими органами и не упомянутым в инструкции по применению. В настоящее время среди специалистов нет даже согласия относительно границ этого явления. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) Министерства здравоохранения и социальных служб США дает достаточно широкое определение понятию. Терапия off-label – это «применение по показанию, в лекарственной форме, режиме дозирования, для популяции (например, возрастной группы) или по иным параметрам применения, не упомянутым в утвержденной инструкции» (FDA, 1997).

В мировой практике терапия off-label широко обсуждается среди специалистов и на страницах профессиональных изданий. В Европейском союзе и США проводятся масштабные исследования, призванные оценить степень распространенности этого явления в отдельных возрастных, клинических группах и т.д. В частности публикуются обширные обзоры по применению off-label в психиатрической практике, в которых, в том числе, формулируются конкретные рекомендации для практических врачей (Baldwin D.S., Kosky N., 2007). FDA в настоящее время признает, что off-label использование может стать стандартом, в связи с чем выпустила руководство для фармацевтических компаний, разрешающее распространение дискуссионных статей об использовании препаратов вне показаний среди профессионалов. К сожалению, в России ситуация несколько иная. На фоне очевидно широко распространенной практики назначения off-label, есть только отдельные обзоры преимущественно зарубежного опыта в этой сфере (Мустафина-Бредихина Д.М., 2015) и статьи, касающиеся использованию препаратов «вне инструкции» в отечественной педиатрической клинике (Рачина С.А. и др., 2010; Грацианская А.Н. и др., 2012). Одна из немногих российских публикаций, затрагивающая проблему терапии вне официально рекомендованных назначений в психиатрической практике, базируется исключительно на зарубежных источниках, и касается относительно узкой облас-

ти применения атипичных антипсихотиков off-label (Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В., 2013).

Можно только предположить, что большинство назначений в детской психиатрии, в геронтопсихиатрии, в лечении беременных и кормящих женщин, в наркологической практике и т.д. являются примерами использования off-label. Следовательно, в современной мировой и российской психиатрии спектр существующих назначений off-label не есть нечто редкое и исключительное, а весьма широкое явление, затрагивающее значительные контингенты пациентов, и, фактически, повседневная практика врача-психиатра. Таким образом, отечественная психиатрия нуждается в масштабных исследованиях, способных обозначить распространенность терапии «вне инструкции» и оценить ее эффективность. Учитывая отсутствие определенной законодательной процедуры, также представляется необходимым подготовить рекомендации для специалистов по применению психотропных препаратов off-label, в том числе, с учетом существующих юридических норм, в частности, информированного согласия пациента.

ЭТИЧЕСКОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Ткаченко А.А.

Москва
ФМИЦПиН им. В.П. Сербского

Принятый Пленумом Правления Российского общества психиатров 3.10.02 г. «Свод этических принципов и правил проведения судебно-психиатрической экспертизы» в концептуальном плане явился успешной попыткой интеграции психиатрической и судебной этики применительно к специфическим условиям профессиональной экспертной деятельности психиатра. Он заложил основательный фундамент для создания непротиворечивой и безупречной морально-ценностной системы взглядов на проблемные ситуации в судебной психиатрии. Между тем, до настоящего времени этической проблематике судебно-экспертной деятельности уделяется недостаточно внимания, хотя возникающие в ней по мере развития отечественного права и психиатрической дисциплины коллизии требуют пристального анализа именно с точки зрения этических представлений.

Так, особую остроту в современных условиях приобретает известная этическая проблема соотношения субъективной и объективной правильности экспертного заключения (Appelbaum P., 2008). Все больший акцент в последние годы на биологически ориентированные исследования (сам по себе чреватый редукционизмом) и связанные с этим предложения классификационных дименсиональных систем и диагностических операциональных подходов с доминированием количественных (шкальных и психометрических) инструментов способны создать иллюзию научной обоснованности не только диагностики психических расстройств, но и собственно экспертных выводов (о вменяемости, дееспособности и др.). Между тем, принципиальным остается положение о малой пригодности операциональных критериев для оценки произвольной саморегуляции, адекватное понимание которой может быть достигнуто скорее в рамках качественных (феноменологических прежде всего) исследовательских процедур. Поэтому освоение судебно-психиатрической практикой новых диагностических средств должно сопровождаться критическим отношением к получаемым с их помощью результатам, имеющим значение промежуточных по отношению к основным целям судебно-психиатрической экспертизы. Пределы достигаемой объективности должны не только осознаваться самим экспертом, но и разъясняться суду, который не может вводиться в заблуждение относительно реальных границ профессиональных психиатрических познаний. Даже достигнутая психологическая убежденность (субъективная правильность) в истинности своего экспертного вывода не освобождает эксперта от его обоснования на основе существующих знаний (объективная правильность), которые не всегда гарантированно обеспечивают истинное понимание сущности оцениваемых психических процессов и механизмов юридически значимого поведения. В силу этого стремление к максимальной ясности экспертного заключения не может в целом ряде случаев исключать признание в отсутствии однозначного знания, что ведет к обоснованному отказу от категоричных выводов в пользу иных (вероятностных либо условных) модальностей экспертных ответов, которые более оправданны, в том числе с этических позиций.

Критическому пересмотру подлежат и некоторые технологические приемы судебно-психиатрического исследования. Например, этическому сомнению может быть подвергнут обязательный принцип комиссионного судебно-экспертного освидетельствования, на самом деле допустимый скорее как исключение. Единоличная экспертиза в этом смысле представляется этически более выдержанной, поскольку, с одной стороны, в наибольшей степени гарантирует соблюдение базовых принципов экспертной деятельности (независимости, личной ответственности, непосредственности исследования), с другой, не дезориентирует суд в отношении реального значения критериев, не связанных с профессиональными знаниями (количество экспертов и согласованность их мнения).

Отдельного внимания заслуживает проблема биомедицинских исследований в судебной психиатрии. Законодательный запрет на испытание новых лекарственных средств, методов диагностики, профилактики и лечения болезней, а также проведение биомедицинских экспериментальных исследований с использованием в качестве объекта лица, в отношении которого производится судебная экспертиза (ст.31 Федерального закона от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации«) способен создать серьезные затруднения при исследовании целого ряда предметных областей, невосполнимых за пределами судебно-психиатрической практики (механизмы некоторых форм агрессивного поведения, расстройств сексуального предпочтения).

В целом приведенные аспекты далеко не исчерпывают круг проблем судебно-психиатрической деятельности, требующих детального анализа с этических позиций.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абакумова А.А. 85
Абасова И.Э. 273
Абашина В.В. 821
Абдулганеева Д.И. 679
Абдуллаева В.К. 46, 83, 354, 621, 874
Аболонин А.Ф. 264, 274
Абраменко Ю.В. 997
Абрамов А.В. 184
Абрамова А.А. 266, 302
Абрамова Л.И. 83, 86, 99, 103, 453, 565, 983
Абрамов В.А. 265, 285, 286
Абрамовская М.Н. 458
Абриталин Е.Ю. 467, 910
Абросимов И.Н. 266, 349, 354, 446, 677
Абусуев С.А. 743
Авдеев А.А. 988
Авдеева Т.И. 935, 936
Автенюк А.С. 167
Авхимович С.А. 267, 705
Агафонова В.В. 133
Агибалова Т.В. 355, 356, 357, 370, 688, 691, 737
Агишева Т.Г. 837
Агишев В.Г. 358
Адамова Т.В. 268, 359, 376
Адамян А.А. 269
Азарных Т.Д. 874
Азбарова А.А. 359
Айхаева А.В. 923
Аклеев А,В. 640
Аксененко Л.А. 997
Аксенова Е.А. 192
Аксенов М.М. 657
Акулова А.А. 313
Алавердова Л.Л. 875
Александрова М.М. 64, 621
Александрова Н.А. 816, 876
Александрова О.А. 780
Алексеев А.А. 270
Алексеева Д.Н. 694
Алексеева М.В. 886
Алексеева О.В. 355
Алексеев Б.Е. 788
Алексеенко Э.М. 817
Алешкина Г.А. 959
Алиева С.М. 743
Алиев М.А. 514, 515, 743, 748
Алифанова М.К. 168
Алкеева-Костычева Е.А. 680
Алфимова М.В. 83
Алфимов П.В. 459
Альбицкая Ж.В. 169, 194
Альтман Ю.С. 107
Амбарцумов Л.В. 818
Андреев А.С. 112, 245
Андреева В.О. 112, 245
Андреева М.Ю. 581
Андреев Б.В. 949
Андропова Н.В. 360
Андросова Л.В. 84
Андрусенко А.А. 946, 999
Андрусенко Е.В. 999
Андрющенко А.В. 990
Анисимова М.О. 854, 944
Антипова Н.М. 922
Антонова А.А. 100
Антоновский А.В. 292
Антохин Е.Ю. 234, 271, 336, 671, 714, 876
Ануа И.М. 114
Анцыферова О.А. 852, 859
Аппенянский А.И. 475, 681
Арзуманов Ю.Л. 85
Аристова Т.А. 81
Арпентьева М.Р. 682, 877
Арсеньев А.Р. 502
Артемова О.В. 279
Артемьева Е.А. 775
Артемьева М.С. 502, 631
Арутюнова Э.Э. 450
Арчакова О.А. 272
Арчаков Д.С. 489, 948
Асанбаева Э.М. 527
Аслаева З.Я. 854
Астапченко М.В. 819
Астафьева Л.И. 745
Астахова Л.В. 583
Астахова Н.В. 132
Асташонок А.Н. 101
Аствацатурова Е.В. 191
Атмашкина О.М. 238
Ахадов Т.А. 111
Ахапкин Р.В. 924
Ахвердова О.А. 469, 471, 498, 499
Ахмадеев Р.Р. 729, 730
Ахмедов С.А. 683
Ахмерова И.Ю. 525
Ахметова Л.Ш. 960
Ашуров З.Ш. 361, 435

Б

Бабаджанова Г.Ю. 86
Бабарахимова С.Б. 170
Бабин С.М. 684, 778
Багаутдинова Н.А. 554, 564
Багаутдинов М.Р. 542
Багданова Н.И. 1005
Бадмаева В.Д. 816, 820
Баева А.С. 273
Баженова Ю.Б. 1017
Байкеев Р.Ф. 791, 792
Байков И.Р. 685
Бакиров Л.Р. 348, 729, 730
Балакирева Е.Е. 171, 179, 259
Балашова Т.Н. 362
Балунов О.А. 1014
Банников Г.С. 878
Барабанова Л.В. 364
Баранов А.В. 273, 753, 821, 889
Баранов В.С. 710
Баранов М.Л. 696
Баранская Л.Т. 295, 855
Барденштейн Л.М. 959
Бартенев Д.Г. 822
Бархатова А.Н. 111, 960
Барыльник Ю.Б. 100, 250, 463
Барышева О.М. 533, 540
Басинская И.А. 789, 956
Басова А.Я. 749
Баталкин С.А. 832
Батухтина Е.И. 363, 369
Баурова Н.Н. 486
Бахтин И.С. 926
Бачило Е.В. 100
Баширова Н.Н. 172
Бебенин А.А. 235, 236
Бебуришвили А.А. 899
Бебчук М.А. 516
Бедина И.А. 273, 470, 497, 680
Безгодова А.А. 173
Безменов П.В. 340, 610, 914
Безрукавая С.В. 227
Бекетов А.В. 786
Беккер И.М. 517

Белебеха Е.А. 879
Белевитина Н.А. 863
Белецкая С.А. 519
Белова Е.Б. 733
Белов Ю.Г. 47
Белозерова С.В. 920
Белокрылова М.Ф. 622
Белокрылов И.В. 686
Белокрылов И.И. 274
Белопольская Н.Л. 275
Бельских И.А. 962
Бельцева Ю.А. 53, 750
Бенько Л.А. 365
Бердова Е.В. 790
Бердовская М.П. 372
Береза Ж.В. 365, 366, 388, 403
Березкин А.С. 54, 823, 860
Березкин Д.В. 173
Берзина А.Г. 126
Берсенева Ю.А. 824, 825
Бизина Л.Н. 358
Бикмуллин Т.Г. 791, 792
Бисимбаева Г.А. 879
Благовидова О.Б. 518
Блохина Е.А. 368
Бобрик Ю.В. 86, 174, 669
Бобров А.Е. 65, 503, 537, 600, 621, 655, 925
Бобров А.С. 880, 963
Богачева В.А. 276
Богачев М.А. 519
Богданова Е.В. 750
Богданова Н.И. 945
Богданова С.С. 368
Богданов С.И. 368
Богомаз С.Е. 826
Богушевская Ю.В. 687
Боев И.В. 471
Боев О.И. 472, 473, 474, 520, 881
Бойко А.С. 87
Бойко Е.О. 277, 521, 881, 885, 926
Бойко Ю.П. 475, 681
Боклач П.И. 365
Бокша И.С. 91
Болгов М.И. 114
Болиева Р.Х. 964
Бологов П.В. 103, 453, 983
Бомов П.О. 47, 965
Бондаренко М.Ю. 916, 917
Бондаренко Т.В. 165
Борисенко Л.Н. 355
Борискина О.С. 717, 754
Борисова Е.В. 117, 369
Борисова Н.М. 837
Борисоник Е.В. 882, 883
Бородюк Ю.Н. 120
Бохан Н.А. 113, 116, 363, 369, 522, 1009
Бочарова Е.А. 626
Бочарова И.А. 175
Бочаров В.В. 277, 325, 1003, 1015
Бочкарева И.Ю. 904
Бочкарев В.К. 88
Боярко Е.Г. 89
Бражников А.Ю. 990
Брико Н.И. 990
Бродянский В.М. 85, 370, 387, 390, 409, 416, 442, 444, 445, 446
Брохин Л.Ю. 90
Брусов О.С. 130
Брюнеткин В.Ю. 196
Брюхин А.Е. 504
Бубнов А.А. 161
Бугорский А.В. 136
Будза В.Г. 271, 876, 1029
Бузик О.Ж. 688
Бузина Т.С. 383
Букин С.И. 883, 884
Букреева Н.Д. 523
Буланов В.С. 741, 932
Бунева В.Н. 120
Бунин Д.В. 970
Буравцов К.А. 827
Бурашникова И.С. 927, 928
Бурбаева Г.Ш. 91
Буркин М.М. 751
Бурлака О.В. 360
Бурминский Д.С. 745, 977
Буртовая Е.Ю. 640
Бурыгина Л.А. 524
Бусыгин А.И. 525
Буткова Т.В. 793
Бутома Б.Г. 92, 110, 760
Буторин Г.Г. 176
Бутылин Д.Ю. 690
Бухаров В.Г. 371
Быкова И.С. 279, 324
Бычкова Т.А. 902

В

Вазагаева Т.И. 93
Вакина Т.Н. 810
Ваксман А.В. 75
Вакула И.Н. 48, 926
Валеева А.М. 177, 884, 999
Валинуров Р.Г. 525
Вальздорф Е.В. 885, 928
Вальчук Д.С. 691
Валюс Е.К. 202
Вандыш-Бубко В.В. 828
Василевская Е.А. 280
Василенко А.В. 1019
Василенко Л.М. 741, 932
Василенко О.М. 133
Васильева А.В. 692
Васильева Ю.Е. 932
Васин В.С. 96
Васюшкина М.А. 752
Васянина Ю.Ш. 885
Ваулин С.В. 886
Введенский Г.Е. 794
Ведяшкина О.П. 178
Ведяшкин В.Н. 178, 887
Вельтищев Д.Ю. 623
Вербенко В.А. 49, 929, 965
Вербенко Г.Н. 49
Вербицкая Е.В. 368
Веретенцева Т.В. 758
Ветлугина Т.П. 94, 115, 119
Ветрова М.В. 368
Вещикова М.И. 179
Вильянов В.Б. 95, 96, 108, 124, 454, 929
Винникова И.Н. 829
Винникова М.А. 85, 442
Виноградова Л.Н. 562
Виноградова М.Г. 280
Вихрева О.В. 127
Вихристюк О.В. 878
Вишневская М.А. 717
Вишневская О.А. 984
Вобленко Р.А. 489, 948
Воевода М.И. 98
Волгина Ф.М. 601, 967, 999
Волель Б.А. 650
Воликова С.В. 180, 282
Волков А.В. 673
Волкова Е.Б. 184
Волкова Е.В. 371
Волкова Е.Н. 362
Волкова О.А. 372
Волков В.П. 930, 966
Волкогонов О.А. 830
Володина О.В. 624
Володина О.П. 624
Волошина Е.В. 346
Волчатова Л.Л. 832
Волчек И.В. 110
Волчкова Т.Ф. 780
Ворник Б.М. 795
Воробьева Е.А. 91
Воробьев Е.С. 181
Воронина Е.Н. 89
Воронкова Т.А. 528
Воронова Е.И. 50
Воронцова О.Ю. 893, 899
Воронцов О.В. 463
Ворсанова С.Г. 96, 130
Ворсина О.П. 560, 831, 832, 888
Востриков В.М. 130
Втюрина М.В. 888
Выходцев С.В. 796
Вялова Н.М. 97, 113, 116
Вяльцева И.Ю. 340, 914

Г

Габбасова Э.Р. 201
Гаврилова С.И. 157, 1010
Гагулин И.В. 98, 282, 625
Гаджиева У.Х. 735
Гажа А.К. 133, 753, 754, 833, 888, 889
Газизова М.Ф. 693
Газизуллин Т.Р. 931
Гайворонская Е.Б. 694
Гайдукевич И.В. 934
Галако Т.И. 527
Галанин И.В. 458
Галева Н.Н. 369
Галиуллина Н.В. 694
Гамалея А.А. 465
Гамалея Н.Б. 126
Гантман М.В. 151
Гарах Ж.В. 99
Гарганеева Н.П. 622
Гарданова Ж.Р. 769
Гареева Г.А. 373, 441
Гармаев Д.В. 1011
Гармаш М.С. 181
Гасенко К.А. 432
Гатин Ф.Ф. 967, 999
Гафарова А.В. 98, 282, 625
Гафаров В.В. 98, 282, 625
Гацковская Ю.С. 830

Гебель К.М. 134
Геворкян А.К. 249
Гелда А.П. 385
Генайло С.П. 226
Герасимов А.Н. 990
Герасимова В.В. 389
Герасимов С.Н. 585
Герасимчук М.Ю. 50
Гербей П.С. 758
Геронимус И.А. 354
Гершенович Г.М. 817, 833, 835
Гиленко М.В. 836
Гилеп А.А. 934
Гилод В.М. 897
Гильбурд О.А. 152
Гиниятова Ю.Р. 318
Гирфанова Е.П. 528
Гирш Я.В. 152
Гладышенко А.В. 548, 549, 706
Глушкова А.В. 529
Глушкова В.П. 626
Говорина Ю.Б. 1001
Говорин Н.В. 425, 426, 571, 890
Голева О.И. 837
Голенков А.В. 838, 872
Голимбет В.Е. 83, 99, 114, 969
Голованова Н.А. 153
Головина А.Г. 182, 214
Головина Г.С. 479
Голубева Н.И. 183, 939
Голыгина С.Е. 425
Гольтяева М.Е. 773
Гончаренко А.Ю. 476, 477, 582
Гончаренко С.Н. 785
Гончарова Е.М. 51, 931
Гончарова С.А. 51, 931
Горбунова М.В. 336, 530
Гордеева Е.А. 184
Гордеев В.А. 531, 532
Горелик А.Л. 458
Горинов В.В. 838
Горкина М.Г. 888
Горобец Л.Н. 99, 637, 741, 747, 932
Городнова М.Ю. 374, 602
Горохов А.М. 355
Горохова А.В. 226, 227
Горчакова А.А. 626
Горшкова И.В. 972
Горьковая И.А. 909
Горюнов А.В. 185
Горюнова А.В. 185, 187
Гофман А.Г. 418
Гранкина И.В. 533
Грачева Л.В. 477
Грачева Т.Ю. 839
Гребень А.Г. 884
Гречаный С.В. 188, 915
Гречко Т.Ю. 932
Грибова О.М. 627
Грибова Т.А. 322
Григорьева А.А. 398
Григорьева Е.А. 449, 597
Григорьева И.В. 283, 332
Григорьев М.Э. 953
Гриненко А.Я. 368
Гришина О.Г. 399
Гродницкая Е.Э. 638
Громова В.А. 915
Громова Е.А. 98, 282, 625
Громова Н.С. 154
Громыко В.Д. 915
Громыко Д.И. 386
Грунина М.Н. 125
Грызунова Е.М. 667
Гудашева Т.А. 396
Гуревич Г.Л. 688
Гуркина М.О. 773
Гурович И.Я. 121, 533, 755, 777
Гурьянова Т.В. 539, 893
Гусак О.М. 1000
Гусакова З.С. 284
Гусев А.М. 432
Гусева О.В. 284
Гуткевич Е.В. 535
Гушанская Е.В. 944

Д

Д'Соуза Д.В. 1023
Давыдова Э.В. 628, 629
Давыдова Ю.А. 314
Данелия И.В. 630
Данилин И.Е. 631
Данилкова Е.В. 764
Данилова Л.Ю. 185
Даренский И.Д. 155, 268, 359, 375, 376
Датуашвили М.Т. 188
Дашиева Б.А. 756
Дашкова Н.Г. 937
Двирский А.Е. 840
Дворин Д.В. 841, 842, 843
Дегтярева К.В. 287
Деева М.А. 100, 463
Дейкина М.М. 189
Дейч Р.В. 975
Дементьева И.А. 284
Демидова И.А. 130
Демидова Л.Ю. 796
Демчева Н.К. 536
Демьянов И.А. 926
Денисенко М.К. 135
Денисов Е.М. 265, 285, 286
Дереча В.А. 299, 967
Дереча Г.И. 201
Джалилова З.О. 386
Джангильдин Ю.Т. 479, 696
Дианова С.В. 831
Диденко А.В. 844, 862
Динкель О.Л. 696
Дмитренко Д.В. 1001
Дмитриев А.С. 829
Дмитриева Е.М. 123
Дмитриев М.Н. 52, 757, 933
Днов К.В. 890
Добаева Н.В. 797
Добренко Д.О. 298
Добровольская А.Е. 338, 377, 668
Добровольская Ю.В. 450
Добровольский А.П. 450
Добряков И.В. 287
Довженко Т.В. 79, 537, 638
Дозорцева Е.Г. 820
Докукина Т.В. 101, 934
Должанская Н.А. 377
Долныкова А.А. 288
Долтмурзиева В.В. 83
Донской В.В. 432
Донской Д.А. 378
Дорина И.В. 968
Дорофейкова М.В. 104, 450, 452
Дорофейков В.В. 104, 452, 658
Древаль А.В. 621
Дрига Б.В. 486
Дробинская А.О. 189, 211
Дрождина Е.Н. 623
Дроздова О.С. 232
Дроздовский Ю.В. 181, 231, 645, 892
Дружинин А.К. 1003, 1015
Друзь В.Ф. 758
Дручинина Е.П. 284
Дубивко Г.Ф. 791, 792
Дубинина Е.А. 1019
Дубицкая Е.А. 508, 759
Дудко Т.Н. 379, 380
Дупин А.М. 84
Дьяконов А.Л. 449
Дьяченко А.С. 238
Дюрягина Т.А. 631

Е

Евдакова И.А. 430
Евдокимова Т.Е. 381, 632
Евсук Е.И. 190
Евтушенко Е.М. 694, 728
Егоров А.Ю. 382, 451
Елисеенко Н.А. 191, 854
Елистратов Д.Г. 810
Емельянцева Т.А. 192
Ениколопов С.Н. 269, 283, 289, 293, 302, 332, 344, 649, 891, 893, 899
Еремеев М.А. 782
Ерзин А.И. 336, 697
Еричев А.Н. 110, 698
Ермакова Г.А. 355
Ерофеева Н.А. 386
Ерошина О.С. 821, 833
Ершов В.И. 676
Ершов Е.Е. 457
Ерышова Н.В. 915
Есин А.В. 918, 954
Есипенко О.В. 282, 625
Ефимцев А.Ю. 430

Ж

Железнова Е.В. 337
Жиляева Т.В. 194
Жмудь М.В. 156
Жук В.А. 664
Жук Е.И. 182, 209
Жукова О.В. 261
Жуков Н.Э. 1013
Журавлева Т.В. 891

З

Забозлаева И.В. 195
Заботина А.М. 125
Загоруйко Е.Н. 633
Загоруйко М.В. 355
Загребаева О.Ю. 192
Задонская О.Ю. 760
Заика В.Г. 112, 245
Зайцева Е.А. 866

Зайцева О.Г. 277, 881
Зайцев И.А. 172
Зайцев О.С. 465, 479, 745, 1004
Зак Г.В. 140
Заливин А.А. 892
Заложных П.Б. 742
Залуцкая Н.М. 53, 750
Зальмунин К.Ю. 382
Залялова З.А. 1004, 1005
Замятина И.И. 537
Запарий С.П. 678, 1006
Заплаткин И.А. 399
Захарова О.В. 892
Захаров Д.В. 276, 343, 347
Захаров Е.Д. 414
Захаров Н.Б. 290
Захарченко Д.В. 53, 750
Звартау Э.Э. 368
Зверева М.В. 290
Зверева Н.В. 179, 239, 242, 259
Згода В.Г. 123
Зеленкова Т.В. 720
Зелтынь А.Е. 623
Зелтынь Т.В. 383
Земляная А.А. 1007
Земцов В.В. 537
Зенкова Н.А. 184, 911
Зиганшин Ф.Г. 539, 893
Зимаков А.Ю. 539
Зимина А.В. 196
Зимина И.А. 114
Зимина И.С. 127
Зиньковский А.К. 196, 292
Зиньковский К.А. 196
Злоказова М.В. 173, 175, 294, 480, 588, 767
Зобин М.Л. 384
Зозуля С.А. 84, 103
Золотова А.А. 633
Зражевская И.А. 54
Зубков Е.А. 118
Зубов А.А. 469, 481, 498, 499
Зубов Д.С. 104, 450, 452
Зуйкова Н.Л. 944
Зыбайло В.С. 634
Зюзина Н.В. 833

И

Иванец Н.Н. 55, 935, 936, 937
Иванова Г.П. 637, 741, 932
Иванова Г.Р. 616, 735
Иванова Д.И. 293
Иванова Е.В. 256
Иванова Е.М. 283, 293, 332
Иванова Л.А. 56, 57
Иванова Л.В. 997
Иванова М.С. 802
Иванова С.А. 97, 105, 113, 116, 120, 123
Иванова С.В. 318
Иванова Т.И. 533, 540, 579
Иванов М.В. 81, 104, 125, 450, 452, 457
Иванов С.В. 636
Иващенко Д.В. 125, 385
Иващенко К.А. 457
Игнатенко С.А. 344
Игумнов С.А. 385
Игумнов С.А. 541
Идрисов К.А. 481
Изнак А.Ф. 453
Изнак Е.В. 453
Изотова Е.А. 51, 931
Изюмина Т.А. 938
Ильгизова А.А. 95, 96, 108, 454
Ильина Н.А. 636, 638
Ильин И.В. 761
Ильюшкина Е.В. 386
Илюк Р.Д. 386, 399
Илюшина Е.А. 846
Иоанниди Д.А. 482
Иовчук Н.М. 563
Исаева Е.Р. 294, 330, 388, 615
Исаева Н.В. 605
Исаев Р.Н. 387, 409
Искандарова Ж.М. 170
Искандирова А.С. 218, 219, 409
Исмаилова Р.Д. 401
Исмаилова С.Ф. 309
Исурина Г.Л. 362
Ичитовкина Е.Г. 294, 480
Ишутина Н.П. 659

К

Казакова Е.Ю. 863
Казаковцев Б.А. 541, 1008
Казанков К.А. 399
Казанцева М.А. 786
Казанцева Э.Л. 198
Казачинская И.И. 453
Казенных Т.В. 1009
Казнина Т.В. 295
Казьмина Н.А. 687
Казьмина О.Ю. 893, 899
Каландарова Ю.Б. 199
Каледа В.Г. 99, 111, 969
Калинина М.А. 183, 939
Калинин В.В. 1007
Калиниченко Т.П. 160
Калинкина Е.А. 180, 282
Калмыков Ю.А. 619, 893
Калын Я.Б. 157
Каменева М.А. 861
Каменсков М.Ю. 794, 798
Каменщиков Ю.Г. 542
Каминская Ю.М. 541, 934
Камплицкая О.В. 106, 639
Канаева Л.С. 58
Кананович П.С. 269
Кан И.Ю. 799
Кантина Т.Э. 640
Канцурова Е.В. 763
Капралов А.А. 483
Капустин А.Н. 525
Капустина Т.В. 92
Караваева Т.А. 589, 692, 699
Карауш И.С. 199
Карнозов В.Л. 641
Карпенко О.А. 593
Карпец А.В. 234
Карпов А.М. 389, 411, 700
Карпов А.Э. 106
Карпова Д.Н. 106
Карпова Н.С. 130
Карпюк Ю.В. 674
Картавых К.В. 675
Касимова Л.Н. 194
Катан Е.А. 970
Катенко С.В. 257
Катерная Ю.Е. 200
Катков А.Л. 701
Качаева М.А. 847
Каштанова Н.Д. 530, 758
Кащенко Е.А. 800
Кибитов А.О. 85, 357, 368, 370, 385, 387, 390, 409, 416, 442, 444, 445, 446
Кибрик Н.Д. 799, 801, 810
Кили Дж. 593
Кинкулькина М.А. 673, 935, 936, 937, 938
Киреева Д.С. 201
Киреева И.П. 202
Киренская А.В. 88, 107
Кириакова Э.Н. 802
Кириллова А.В. 543
Кириченко Р.Р. 277
Кирничная К.А. 125, 457
Кирсанова Г.Ф. 641
Кирюхина М.В. 702, 711
Киселев А.С. 386, 400
Киселева Л.Г. 667
Кисель С.В. 69
Кислов А.И. 371
Кисляк З.В. 772
Киссин М.Я. 1003, 1012, 1015
Киф Р.С. 81
Кичук И.В. 95, 96, 108, 454
Кишка Т.Н. 762
Киян К.А. 64
Клименко Л.Д. 612
Клименко О.Г. 70
Клименко Т.В. 391
Климова И.Ю. 894
Климок Н.В. 766
Климушева Н.Ф. 295
Клюшник Т.П. 103, 512
Кнышева Е.Р. 203
Князева Л.В. 544
Кобзева Л.С. 296
Кобзова М.П. 297
Ковалев А.В. 457
Ковалев А.И. 59
Ковалева А.В. 56, 57, 60
Ковалевская О.Б. 623
Ковалев Ю.В. 484
Коваленко Ю.Б. 189
Коваленок Т.В. 945
Коваль-Зайцев А.А. 204
Ковальцова Р.С. 658
Ковров Г.В. 305
Ковшова О.С. 392, 402
Козин В.А. 356
Козлов А.А. 391
Козловская Г.В. 183, 939
Козловский В.Л. 109, 940
Козлов Т.Н. 823
Козлов Я.С. 971
Козырев В.Н. 136
Койрах И.А. 763
Кокоулина Ю.Ю. 284
Колдунова Г.К. 911
Колесник И.И. 764
Колик Л.Г. 396
Колмогорова В.В. 1009

Колов С.А. 703
Колоколова Т.А. 861
Коломбет О.О. 558
Коломеец Н.С. 127
Коломиец В.М. 642
Колотилин Г.Ф. 246
Колпаков Я.В. 354, 393, 394, 398, 436, 446
Колпащиков И.Н. 1010
Колыхалов И.В. 158
Колюцкая Е.В. 972
Колягина В.В. 61
Колягин В.В. 61, 205, 1011
Комаров С.Д. 318
Комлач И.Л. 206
Кондинский А.Г. 545
Конева О.Б. 395
Коновалова В.В. 181
Коновалова О.Ю. 48, 298, 764
Коновалова Т.И. 1019
Коновалов О.Е. 771
Коноркина Е.А. 642
Константинопольский М.А. 396
Копотиенко О.В. 772
Коптев И.Н. 152
Копырюлина Н.В. 907
Копытов А.В. 378, 428, 634, 790, 802
Копытов Д.А. 802
Корень Е.В. 181, 188, 189, 207, 211
Корень С.В. 377
Корзенев А.В. 430
Кормилицына А.Н. 479
Корнеева В.А. 208
Корнетова Е.Г. 115
Корнетов Н.А. 371, 590, 895
Корнилова М.А. 923
Корнилова С.В. 1028
Коробкова И.Г. 78
Коровайцева Г.И. 83, 99
Королева Е.В. 868
Королевич П.П. 101, 934
Коростин М.И. 444, 445, 446
Коростылева Е.В. 494
Корпусева Е.Н. 137
Корсунская И.М. 631
Корчагина Г.А. 397, 398, 436
Корягина Н.А. 318
Корякова М.Г. 854
Косенко Н.А. 546
Косолапова Д.С. 189
Костин А.К. 642
Костина Н.В. 704
Кост Н.В. 944
Костюк Г.П. 543, 561, 825
Костюкова Е.Г. 62, 941
Котельникова Л.А. 359
Котенева А.Н. 800
Коцюбинский А.П. 110, 284, 330, 505, 591, 643, 698
Кочарян Г.С. 804, 805
Кочкина А.А. 217
Кошелева Е.А. 448
Кошелев В.В. 644
Кошкин К.А. 878
Кравец В.С. 130
Кравченко Н.Е. 209, 214, 243
Краля О.В. 645
Краснова-Гольева В.В. 299
Краснов А.А. 972
Краснов В.Н. 537, 592, 623
Краснов И.О. 219
Краснослободцева Л.А. 925
Краснощекова И.В. 299
Крахмалева О.Е. 540, 579
Кременицкая С.А. 96, 124, 929
Кремлева О.В. 646
Кремнева Л.Ф. 939
Кривцов К.Ю. 165
Крижановский А.С. 63
Критская В.П. 300, 983
Кроткова О.Г. 479
Кротов Г.И. 126
Круглов Л.С. 158
Крупицкий Е.М. 125, 368, 386, 399, 400, 401
Крутых Е.Г. 770
Крыжановская И.Л. 181
Крылатова Т.А. 939
Крылатых В.Ю. 995
Крылов В.И. 506
Крюкова Е.М. 271, 876
Крюкова С.В. 138
Крючкова А.С. 106
Кряжев М.Г. 301
Кубланов В.С. 461
Кувшинникова М.Б. 402
Кудлаев С.В. 90
Кудрявцева С.И. 138
Кузин Ю.А. 973
Кузнецова-Морева Е.А. 64
Кузнецова С.О. 266, 302
Кузнецов Д.А. 823
Кузовков А.Д. 455
Кузькина А.И. 303
Кузьмина А.Г. 423
Кузьмина С.В. 603
Куклина А.М. 647
Кулаков С.А. 403
Куликов А.Н. 140, 922
Куликова Н.В. 717
Кулинченко А.В. 86, 669
Култышев Д.В. 267, 705, 731
Кулыгина М.А. 303, 593
Кунафина Е.Р. 222, 547, 604, 651, 848, 896
Куприянова И.Е. 199, 210
Куприянова Т.А. 181, 188, 207, 211
Купцова Е.С. 139
Купцова Т.В. 642
Курагина О.В. 999
Курамшина З.А. 896
Курасов Е.С. 72
Курмышев М.В. 974
Курпатов А.В. 549
Курпатов В.И. 548, 549, 706
Курсаков А.А. 65
Курылев А.А. 949
Курышов В.Н. 47
Кутана М.Д. 114
Куташов В.А. 742
Кутукова Е.А. 409
Кутянова И.П. 404
Кучаева А.В. 942
Кучина В.Г. 137
Кушнарев В.М. 897

Л

Лавриненко О.В. 55
Лазаревич С.Н. 883
Лазебник А.И. 898
Ландышев М.А. 765, 771
Лапин И.А. 85, 117
Лапшин А.О. 783
Ларина И.В. 1012
Ларионова Е.В. 405
Лебедева В.Ф. 119
Лебедева Г.Г. 294, 305, 330, 765
Лебедева Е.В. 113
Лебедева И.С. 99, 111
Лебедев М.А. 305
Левданская Е.Л. 209
Левина Н.Б. 140
Лев Л.М. 112, 245
Левчук Л.А. 113
Лежейко Т.В. 83, 114
Лейдерман М.В. 159
Лекомцева О.В. 471, 472
Лекомцева О.Л. 474
Лемешко К.А. 724, 786
Леопольд А.В. 93
Лернер В. 943
Лесников О.И. 419
Лесняк А.О. 140
Летникова З.В. 160
Лиманкин О.В. 134, 141, 142
Линева Т.Ю. 641
Липатова Л.В. 92, 738, 1003, 1013, 1015
Лисенкова О.А. 885, 928
Лисицына Т.А. 623
Литвинков Н.П. 268, 359, 379
Литвинов А.В. 741, 932
Литвинцев Б.С. 430
Литвинчук Е.А. 640
Лихтина Е.Б. 764
Лобанова И.П. 511
Лобачев А.В. 406, 648
Лобачева О.А. 94, 115
Логачева А.А. 133, 907
Логинова Л.В. 123
Логинов И.П. 212
Ложкина Л.И. 306
Ложникова Л.Е. 277, 881
Лозинская Е.И. 315
Локштанова О.А. 196
Лорикян А.Г. 99
Лосев Л.В. 761
Лосенков И.С. 116
Луговой В.Э. 649
Луговых Н.А. 213
Лукашук А.В. 407, 901, 902
Лукина Л.В. 1014
Лукиных О.И. 542
Лукошкина Е.П. 692
Лукшина А.А. 479
Лукьянова А.В. 935, 936
Лутова Н.Б. 307, 315
Лухсе Л. 143
Лысенко И.С. 308
Лыткин В.М. 486
Лычкова Ю.В. 780
Любов Е.Б. 140, 897, 898, 919
Любченко Д.А. 355
Ляшенко Е.Н. 639

Ляшковская С.В. 707

М

Магурдумова Л.Г. 899
Мазаева Н.А. 214
Мазо Г.Э. 63, 981, 1013
Майер О.Н. 47
Макарова И.М. 423
Макарова Л.О. 215
Макарова Т.Е. 806
Макаров В.В. 708, 808
Макашева В.А. 549
Макиенко В.В. 549
Максакова О.А. 479
Максименко А.В. 550
Максименко Н.Н. 360
Максимова М.Ю. 289, 649
Максимова Н.Е. 116, 766, 776
Максимова Т.Н. 55
Максимов В.Н. 98
Максимчук В.П. 408
Максимычев С.В. 919
Макух Е.А. 650
Макушкина О.А. 827, 850, 851, 860, 862
Макушкин Е.В. 255, 849, 856
Маликов А.Я. 1032
Малин Д.И. 485
Малинина Е.В. 195, 213, 216, 217, 229
Малиновская С.Д. 272
Малиночка С.А. 975
Малкин Д.А. 852
Малыгин В.Л. 218, 219, 409
Малыгин Я.В. 309, 551
Малышко Е.В. 355
Мальцева Е.А. 767
Мальцева Ю.Л. 115
Мамедьяров А.М. 249
Маммаев С.Н. 628, 629
Мануйлов Г.В. 217
Маринчева Г.С. 188
Маркина М.Ю. 213
Мартовецкая Г.А. 588
Мартусенко А.В. 191, 277, 605, 802, 854
Мартынихин И.А. 606
Марфина Н.А. 222, 604, 651
Марченко А.А. 310, 406, 507, 508, 594
Марченко А.М. 189
Марчук С.А. 101
Маслеников Н.В. 455
Маслова М.А. 924
Маслова Н.В. 47
Маслова О.И. 249
Масловский С.Ю. 943
Махортова И.С. 652
Махров М.В. 934
Махров М.В. 101
Медведева Т.И. 289, 453, 893, 899
Медведева Ю.Е. 140
Медведев В.Э. 944
Медведев Н.П. 410
Медведев С.Э. 760
Медик И.А. 714
Медынцева Т.А. 346
Мексичева Л.Н. 472
Мелехин А.И. 709
Мелешко Т.К. 300, 983
Мелик-Пашаян А.Э. 990
Мельникова Т.С. 121, 457
Мельников М.А. 411, 443
Менделевич Б.Д. 647
Менделевич В.Д. 280, 412, 567, 595
Менявцева Т.А. 119
Меринов А.В. 407, 901, 902
Меркель В.А. 552
Меркурьева Ю.А. 218, 219, 409
Мертвищева Т.Н. 775
Метлина М.В. 945
Мещеряков А.Ф. 85, 117, 369
Миланес Ю.М. 144
Миллер Л.В. 903
Милютин С.М. 329
Мингазов А.Х. 412, 904
Миняйчева М.В. 768, 771
Миронова Е.В. 990
Митина О.В. 293
Митихина И.А. 586, 905
Митихин В.Г. 586, 905
Митрофанов А.А. 108, 457
Митрофанов И.А. 556, 567
Михайлов А.Д. 399, 400
Михайлова Н.М. 84, 1033
Михайлов В.А. 276, 343, 347, 1003, 1015
Михейкина О.В. 220
МишаковаТ.М. 98
Мишарин В.Ю. 554, 564
Мишкина Е.И. 221
Мнацаканян Г.В. 117
Мовина Л.Г. 771
Могиль О.В. 772
Можаров Н.С. 1016
Моисейчева О.В. 66, 75
Мокшанова С.В. 852, 859
Моллаева Н.Р. 628, 629, 743
Молоткова Н.Ю. 210
Моносова К.И. 743
Морев М.В. 566
Моренец Т.В. 886
Морозова А.Ю. 118
Морозова М.А. 745, 977, 978
Морозов П.В. 607
Москвина Я.В. 839
Московская Е.А. 227
Мосолов С.Н. 62, 455, 457, 459, 462, 466, 941, 955
Мохонько А.Р. 849
Мрыхин В.В. 159
Муганцева Л.А. 849
Мунасипова С.Э. 1005
Муравьева А.В. 944
Муратов Е.В. 358
Мурашкина А.И. 710
Мурина И.Н. 879
Мусабаева С.С. 527
Мутных Е.М. 925
Мухамедова И.Н. 748
Мухаметрахимова Д.М. 833
Мучник П.Ю. 979
Мыльникова Ю.А. 881
Мясоедов Н.Ф. 944

Н

Набиуллина Р.Р. 702, 711, 784
Назаренко А.В. 773
Назарова И.В. 264
Намазова-Баранова Л.С. 249
Наркевич Е.М. 644
Нарышкин А.Г. 458
Насонов Е.Л. 623
Насырова Р.Ф. 125, 457
Науменко Д.Э. 174
Науменко Е.А. 432
Невидимова Т.И. 94, 363
Невозинская З.А. 631
Недобыльский О.В. 355
Незнамов Г.Г. 945
Незнанов Н.Г. 53, 457, 750, 885, 980
Некрасов В.А. 555
Некрасов М.А. 769, 770
Немкова Т.И. 413
Немцов А.В. 414, 443
Ненастьева А.Ю. 414, 427
Несифорова О.И. 517
Нестерова Е.А. 854, 944
Нестеров Ю.В. 702
Нетен М. 86
Нечипоренко В.В. 486
Никитенкова И.И. 95, 96, 108, 454
Никитина В.Б. 94, 119
Никитина И.В. 311
Никитина Т.Е. 64
Никифорова Д.И. 48, 298
Никифорова Е.Ю. 48, 926
Никифорова Ю.С. 981
Николаева Т.А. 223
Николаев В.М. 525, 1017
Николаевская А.О. 660
Николаев Ю.М. 222, 604, 651
Николишин А.Е. 416
Новак Н.С. 763
Новикова Г.Р. 224
Новикова И.А. 653
Новикова Н.В. 946
Новикова Ю.Г. 1019
Новиков В.В. 1018
Новицкая А.К. 55
Новотоцкий-Власов В.Ю. 107
Носатовский И.А. 416, 417, 1020
Носачев Г.Н. 508, 608, 712, 759
Носачев И.Г. 508, 712
Нохрина Л.Я. 556
Нохуров Б.А. 543, 825
Нуцкова Е.В. 311

О

Обеснюк О.А. 654
Обросов И.Ф. 946
Овсянников М.В. 106, 639
Овсянников С.А. 947
Оганесян Н.Ю. 713
Одарченко С.С. 519, 579
Озоль С.Н. 344
Олейникова И.Н. 758
Олейчик И.В. 103, 283, 290, 453, 983
Оленева Е.В. 459
Оленко Е.С. 100
Олина М.В. 1012
Омельченко М.А. 111, 290, 969
Орлова М.А. 418
Орлов Г.В. 312, 487, 556, 906
Орловская Д.Д. 127
Оруджев Н.Я. 168, 488

Осадший Ю.Ю. 489, 948
Осмина Е.В. 225, 981
Осокина Г.Г. 202
Остапенко А.В. 703
Отман И.Н. 103
Охапкин А.С. 1023
Очнева О.В. 226, 227, 773
Ошевский Д.С. 816

П

Павленко Е.А. 605, 854
Павличенко А.В. 67, 609
Павлова Е.В. 855
Павлова Е.Н. 832
Павлова Т.С. 878
Павлов Г.А. 806
Павлов К.А. 93
Павлов Р.А. 430
Павочкина Е.С. 95, 108
Пажитных Д.В. 445, 446
Палаева Р.И. 714
Палаткин В.Я. 368
Палатов С.Ю. 305
Палачева Т.И. 177, 884
Палкин Ю.Р. 68
Панкова О.Ф. 184, 238, 610, 911, 968
Панов Д.О. 98, 282, 625
Пантелеева Г.П. 983
Пантелеева Л.Ю. 527
Панюкова И.А. 807, 808
Папсуев О.О. 755, 768, 771
Папырин В.Д. 268, 359, 379
Парпара М.А. 655
Паршин А.Н. 882, 903
Паршукова Д.А. 120
Пасынкова Ю.Г. 544
Пахтусова Е.Е. 218, 409
Пашинина И.Ю. 656, 657
Пашкевич Н.В. 445, 446
Пашковский В.Э. 377, 555, 668, 984
Пащенко И.Е. 764
Певзнер А.А. 449
Пережогин Л.О. 228, 716
Перехов А.Я. 809
Пермякова О.А. 717
Перфильева О.Ю. 717, 907
Перчаткина О.Э. 657
Петелин Д.С. 636
Петин В.М. 949
Петрачков И.В. 557
Петренко Т.С. 461
Петров А.С. 817, 833, 835
Петрова А.И. 772
Петрова Е.В. 810
Петрова Н.Н. 68, 104, 439, 450, 452, 611, 658, 774, 984
Петров Д.С. 765, 771
Петров Е.А. 108
Петров О.А. 810
Петрунько О.В. 69, 70, 923, 949, 997
Пивень Б.Н. 1022
Пильщик А.Б. 558
Пилявская О.И. 229
Пинчук А.С. 101
Пиотровская В.Р. 743
Писевич М.В. 230, 233
Пищикова Л.Е. 595, 856
Платов С.В. 1022
Платонова П.Г. 659
Платонова С.В. 654
Платонов Д.Г. 556, 584, 596, 654
Плетнева Т.Г. 231
Плотников А.В. 584
Плотникова Н.С. 659
Плотников Д.В. 962
Плюснина О.Б. 426
Пляскина Е.В. 425
Погодина М.Г. 509
Погосов А.В. 419, 630, 660
Погосова И.А. 687
Поддубная Т.В. 649
Поддубская А.А. 465
Подсеваткин В.Г. 232
Позднякова В.Б. 823
Покоев А.И. 559
Полвонов Р.О. 994
Полещук Н.Н. 101
Полищук Ю.И. 160
Положий Б.С. 908, 912
Полотнянко А.Н. 718
Поляковская Т.П. 662
Полянский Д.А. 986
Понизовский П.А. 420, 593
Поплавская О.В. 168, 482, 488, 537
Поплевченков К.Н. 357
Попова Е.Г. 542
Попова Е.С. 340, 719
Попов М.Ю. 951
Попов Ю.В. 233
Портнова А.А. 340, 612, 719
Портнова А.Г. 328
Потанин С.С. 745
Потапов И.В. 462
Потокина А.М. 234
Потужная М.Г. 227
Празднова В.А. 720
Прибытков А.А. 663
Приленская А.В. 721
Приленский Б.Ю. 721, 722
Припутневич Д.Н. 742
Приятель В.А. 422
Прокаева О.И. 772
Прокопенко Ю.П. 810, 811
Прокопьева М.Л. 74
Просветова А.А. 392
Проскурякова Т.В. 370
Прохорова С.В. 55
Прохорова Т.А. 91
Прощенко И.В. 121, 952
Пуговкина О.Д. 313, 314
Пудиков И.В. 491, 724
Пухлякова Е.В. 560
Пушкина Т.П. 633

Р

Равилов Р.С. 485
Рагимов А.А. 937
Раева Т.В. 659
Разумович А.Г. 923
Разумовский О.Ю. 235
Раковская Н.В. 315
Распутина А.Р. 773
Рассадина Г.А. 158
Расторгуева Н.И. 135
Рахимуллина Л.И. 906
Рахманова И.И. 127
Рембовский В.Р. 575, 670
Ретюнский К.Ю. 235, 236, 368, 455, 461, 656, 657
Решетникова А.В. 573
Решетова О.А. 773
Риетчел М. 86
Ровенская Ю.В. 249
Рогачева Т.А. 1020
Родченков Г.М. 126
Рождественский В.И. 987
Рожкова М.Ю. 963
Рожкова Н.Ю. 885, 963
Розенквист К. 145
Романова А.П. 711
Романова О.А. 340, 914
Романов Д.В. 50, 664, 725, 990
Романов Р.А. 583
Романчук Н.П. 664
Ромашкин Р.А. 370, 387
Ромащенко Г.И. 394
Росман С.В. 116
Рохлина М.Л. 414
Рощина И.Ф. 160, 162
Рубаник Л.В. 101
Рубина Л.П. 909
Руденко С.Л. 316
Рудницкий В.А. 119
Руженская Е.В. 317, 318, 613, 857
Румянцев А.О. 290, 969
Румянцева Е.Е. 319
Рупчев Г.Е. 270, 977, 978
Русаковская О.А. 869
Русина Н.А. 320
Рутковская Н.С. 582, 910
Руш О.Е. 256
Рыбакова К.В. 399, 400
Рыбакова Т.В. 161
Рыбалко В.О. 665
Рыбик О.М. 209
Рыжков А.И. 648
Рыжук Г.Н. 678, 1006
Рыжухинская А.В/ 994
Рытик Э.Г. 136, 786
Рыхлецкий П.З. 495
Рычкова И.А. 910
Рычкова Л.С. 322, 345, 395, 919
Рычкова О.В. 688, 691, 988
Рябова О.И. 140

С

Сабитов И.А. 423, 424
Савельев А.П. 338, 984
Савельева О.В. 774
Савельева Т.М. 83, 114
Савельев В.П. 1017
Савельев Д.В. 561
Савенко Ю.С. 510, 562
Савинцева Ж.И. 92
Савочкина Д.Н. 363
Савушкина О.К. 91
Савчук Н.М. 346
Садовничий К.С. 491, 498, 499
Садыкова А.А. 71
Сайфутдинова Ф.В. 784
Саковская В.Г. 329

Самойлова Е.А. 288
Самсонова Л.С. 739, 775
Самусь И.В. 569, 839
Сапожников А.Н. 424
Саркисян В.В. 121
Сарманова З.В. 103
Сартакова О.В. 237
Саутина Т.В. 775
Сафарбаев Б.Б. 683
Сафарова Т.П. 71, 157
Сафина Э.Х. 539
Сафронова Е.С. 165
Сафуанов Ф.С. 858
Сахаров А.В. 425, 426, 890
Сачук В.С. 666
Сачук О.В. 243
Свечников Д.В. 72
Свинцова А.В. 238
Святенко В.С. 386
Святогор М.В. 888
Северный А.А. 563
Северова Е.А. 1023
Сединин А.Л. 261, 511
Сединина Н.С. 261, 511
Седова А.А. 196
Сезин Ю.В. 355
Селезнева Н.Д. 162
Селянина М.Н. 776
Семенихина Н.В. 203
Семенихин Д.Г. 389, 927, 928
Семенов А.В. 138
Семенова Н.А. 111
Семенова Н.В. 529, 733, 1014, 1034
Семенова Н.Д. 524, 768, 771, 777
Семиглазова М.В. 303
Семикин Г.И. 897
Семин И.Р. 371
Семке А.В. 115, 123
Серавина О.Ф. 623
Сергеева А.В. 322
Сергеева О.Е. 969
Сергеева Ю.В. 859
Сергеев В.А. 477, 631, 1024
Сергиенко А.А. 239
Серебровская О.В. 340, 563, 612, 719, 914
Серебряная Н.Б. 92
Серегин А.А. 123
Серый Д.В. 494
Сивакова Н.А. 92
Сивальнев Н.И. 272
Сивач Т.В. 427
Сиволап Ю.П. 428
Сиденкова А.П. 156, 159, 163, 164, 500, 554, 564, 614
Сиднева Ю.Г. 479, 745
Сизов С.В. 463
Силкина Ю.А. 324
Симак О.Я. 122
Симашкова Н.В. 130
Симбирцев А.А. 860
Симонов А.Н. 565
Симуткин Г.Г. 97, 113, 116, 958
Синевич А.А. 428
Синицына К.В. 1025
Сирота Н.А. 350, 448
Ситкина Е.В. 615
Ситник Л.И. 1014
Скибина Н.В. 847
Скобинева Н.В. 347
Скобло Г.В. 240
Скоромец Т.А. 458
Скугаревскій О.А. 989
Скугаревская М.М. 989
Скурат Е.П. 400, 401
Слапик О.М. 884
Слепец В.В. 324
Случевская Н.С. 778
Случевская С.Ф. 165, 684, 778, 1035
Слюсарь И.Н. 241
Слюсарь Т.А. 241
Смиренский Е.А. 73
Смирнов А.П. 329
Смирнова Д.А. 330
Смирнова И.О. 439
Смирнова Л.П. 120, 123
Смирнова Т.А. 919
Смирнова Т.Г. 325, 861
Смирнов В.П. 325
Смирнов И.И. 340, 911, 914
Смирнов О.Р. 952, 1026
Смит М. 145
Смолева Е.О. 566
Смулевич А.Б. 990
Смыкова С.В. 139
Снедков Е.В. 492, 979
Снигуряк Т.В. 571
Собенникова В.В. 920
Собенников В.С. 74
Соболева Е.В. 566
Соболев В.В. 631
Созинов А.С. 567
Соколова А.Г. 168, 1016
Соколова И.В. 164
Соколова Н.Н. 253
Соколов Д.А. 284
Соколов Е.Ю. 912
Соколов О.Ю. 944
Сокур С.А. 750
Солдаткин В.А. 492
Солнцева А.В. 192
Солнцева С.В. 88
Соловьев А.Г. 472, 480, 493, 667, 767
Соловьева Н.В. 96, 124, 929
Соловьева С.Л. 326, 328, 329
Солодкая Е.В. 212
Солонина А.М. 261
Солохина Т.А. 146, 147, 148, 576, 586
Соркина Л.А. 696
Сорокин А.С. 96, 108, 454
Сорокина В.А. 532, 568, 569, 830
Сорокин В.Н. 648
Сосин Д.Н. 125, 457
Софронов А.Г. 338, 377, 570, 668
Спикина А.А. 570
Спиридонов В.А. 487
Спирин Л.Л. 837
Станько Э.П. 385
Стародубцев С.В. 552
Старостина Е.Г. 537, 621
Старостин О.А. 493
Старченкова А.М. 429
Стеняева Н.Н. 812
Степанова А.В. 330
Степанова Э.В. 862
Степанов И.Л. 66, 75
Степунина Н.Е. 207
Стефаненко Е.А. 283, 332
Столяр А.Г. 295
Столяров Г.Б. 561
Столяров С.А. 103, 983
Сторожева М.С. 479
Стоянова И.Я. 94, 332
Стрелец В.Б. 99
Стрельник С.Н. 464, 710
Стреминский С.Ю. 1027
Стрижев В.А. 277, 854, 881
Строганов А.Е. 726
Строгова С.Е. 239, 242
Строевская И.А. 929
Струкова Е.Ю. 717, 754, 889, 907
Стукалова Н.А. 863
Ступина О.П. 571
Субботская Н.В. 511
Суворова Д.С. 549
Суетина О.А. 209, 243
Сукиасян С.Г. 492
Сулайманова М.Р. 668
Сулейманов Р.А. 76
Султанов Ш.Х. 436
Сумарокова М.А. 918, 954
Сумина О.В. 469, 481
Сурина А.Е. 333
Суслов С.В. 967
Суханова Н.С. 432
Сухих Г.Т. 812
Суховершин А.В. 727
Сучков Ю.А. 135, 572
Сычев Д.А. 457
Сюняков С.А. 945

Т

Табацкая М.И. 833
Танасова Е.Ю. 49
Тарабрина Н.В. 334
Тараканова Е.С. 489, 948
Тарасенко Е.И. 549
Тараскина А.Е. 125, 457
Тарасова Г.В. 828
Таращук Е.Ю. 494
Тареева Ю.С. 888
Тарумов Д.А. 430
Тарханов В.С. 573
Таукенова Л.М. 964
Творогова Н.А. 223
Тевелева Т.А. 133
Телешова Е.С. 945
Тен В.И. 527
Тер-Исраелян А.Ю. 54
Терентьев В.В. 355
Терехина О.В. 335
Терехина С.А. 244
Терешкина Е.Б. 91
Терещенко О.Н. 944
Тиганов А.С. 512
Тимербулатов И.Ф. 348, 728, 729, 730, 912
Тимофеев И.Ю. 669
Тимошенко Е.А. 336
Титова Е.В. 336
Тихенко В.В. 406, 432, 890

Тихонова Ю.Г. 935, 936, 937, 938
Тищенко Е.М. 884
Ткачев А.А. 445, 446
Ткачева Е.В. 659
Ткаченко А.А. 88, 107, 864, 1036
Ткаченко Н.В. 112, 245
Ткаченко О.И. 246
Токарева Н.Г. 337
Токарская С.В. 1026
Толканец С.В. 77
Толмачев В.А. 149
Томашунас А.В. 997
Томский А.А. 465
Томышев А.С. 111
Топка Э.О. 54
Тотолян А.А. 92
Точина Е.Э. 253
Трайнина Е.А. 189
Трегубенко И.А. 796
Трусова А.В. 377, 401
Трушкина С.В. 240
Трущелев С.А. 615
Туйчиев Ш.Т. 621
Тулбаева Н.Р. 525
Тулупова О.В. 833
Тураев Ж.П. 874
Тургунов К.Б. 46
Туриченко В.В. 226, 227
Туркова Н.А. 865
Туровская Н.Г. 247
Тучина О.Д. 737, 738
Тювина Н.А. 78
Тюменкова Г.В. 147
Тюнева А.И. 495
Тюрин М.В. 355
Тявокина Е.Ю. 338, 668

У

Уваров В.В. 481, 491
Уласень Т.В. 248
Ульянова Е.В. 779
Ульянова Л.И. 126
Ульянова М.А. 126
Ульянов И.Г. 672
Уманская П.С. 267, 705, 731
Уманский С.В. 731
Уразбахтина А.О. 267, 705
Уранова Н.А. 127
Урсу А.В. 429
Урываев В.А. 339
Усачев А.А. 537
Усачева Е.Л. 184, 340, 610, 719, 911, 914
Усманова Н.Н. 414, 427
Усов Г.М. 432, 991
Устинова Н.В. 249
Усюкина М.В. 865, 1028
Уткин В.А. 471
Ушкалова А.В. 62

Ф

Фаддеев Д.В. 915
Фадеева Е.В. 397, 398, 436
Фадеев П.Н. 916, 917
Файзуллоев А.З. 924
Фактор М.И. 130
Фалькович С.П. 250
Фастовцов Г.А. 866
Федечкина М.Д. 906
Федонкина А.А. 867
Федоренко О.Ю. 97, 127
Федорова А.И. 813
Федорова Я.Б. 84
Федоров Я.О. 732, 733
Федотов Д.Д. 941
Федотов И.А. 434
Феоктистова Е.В. 687
Филатов А.Е. 753
Филимоненкова В.Ю. 634
Филиппова Н.В. 100, 250
Филиппова Ю.В. 575, 670
Филиппов В.Л. 575, 670

Х

Хайретдинов О.З. 211, 251
Халезова Н.Б. 980
Халикова А.Р. 991
Халитов И.М. 576, 577
Хаминский А.М. 95, 96, 108, 454
Ханнанова А.Н. 953
Ханько А.В. 341, 780
Харина Е.А. 671
Харитоненкова Е.Ю. 865
Харитоненков В.Ф. 435
Харитонова Н.К. 868, 869
Харламенкова Н.Е. 334
Харькова О.А. 667
Харькова Т.Л. 576
Хасанова А.И. 702
Хисамутдинова Ю.М. 576, 577
Ходжаева Д.Х. 354
Ходжаева Н.И. 435, 436
Холдин В.Н. 436
Холмогорова А.Б. 299, 342
Холодный В.А. 813
Холодова О.В. 298, 926
Хох И.Р. 734
Хохлова О.Ю. 280
Хохлов Л.К. 597
Христофорова М.А. 870
Хритинин Д.Ф. 812, 918, 954
Хромов А.И. 242
Хруленко-Варницкий И.О. 128
Хрущ А.И. 252
Хрящев А.В. 253, 566, 573
Хубларова Л.А. 343
Худякова Ю.Ю. 981
Хяникяйнен И.В. 751

Ц

Царенко Д.М. 79, 303, 537
Царенко М.А. 747, 932
Царьков А.А. 871
Цветков А.В. 254
Цветкова Л.А. 362
Цветкова О.В. 437
Цветкова Ю.В. 437
Целинский Б.П. 380
Цукарзи Э.Э. 455, 457, 459, 462, 466
Цупрун В.Е. 919
Цыбуля Ю.В. 1016
Цыганков Б.Д. 309, 381, 450, 495, 551, 616, 652, 735, 992, 994
Цымбалова А.Б. 872
Цыпченко О.В. 694

Ч

Чайкина А.Е. 672
Чалая Е.Б. 1029
Чалая И.В. 1029
Чалый В.А. 1029
Чебан А.Ю. 322, 640, 919
Чеботарев Е.В. 79
Чезганова М.Х. 736
Чельма Ю.Ю. 46
Чемезов А.С. 336
Чеперин А.И. 578, 579, 780
Чергейко М.А. 372
Черемин Р.А. 552
Черемных Е.Г. 130
Черешнева О.С. 673
Черная Н.А. 482, 488
Чернигова Е.П. 205
Чернобровкина Т.В. 438
Чернов П.Д. 580
Чернявский Я.В. 1024
Черняев В.И. 664
Черняк Н.Б. 920
Чеснокова О.И. 80
Четвериков Д.В. 578
Чехонин В.П. 118
Чибисова И.А. 255
Чижова С.А. 781
Числов А.В. 189, 581, 819
Чистопольская К.А. 344, 891
Чубаева А.В. 256
Чубаровский В.В. 257
Чубаров Т.В. 659
Чубина С.А. 883, 922
Чумак М.А. 968
Чумакова Г.Н. 667
Чумаков Е.М. 439
Чупрова Н.А. 370, 385, 387, 390, 416, 442
Чурсина Ю.С. 267, 705
Чуюрова О.Н. 880

Ш

Шабанова А.А. 945
Шайдукова Л.К. 373, 440, 441, 617
Шаклеин К.Н. 873
Шалимов В.Ф. 258, 581, 716
Шаманина М.В. 81
Шаманова Н.В. 674
Шамов С.А. 495
Шамрей В.К. 467, 582
Шаповалова Л.А. 345
Шапошников Н.Н. 165, 583
Шарипова Р.Р. 312, 487
Шарипова Ф.К. 994
Шарыпов А.А. 833
Шатиль М.М. 68
Шафаренко А.А. 955
Шахтырева О.А. 782
Шашкова А.М. 442
Шашкова Н.Г. 783
Шашкова С.С. 345
Шведовский Е.Ф. 259
Шевченко О.С. 201
Шевченко Ю.С. 187, 208, 260, 598
Шеденко М.И. 578
Шеллер А.Д. 579, 780
Шелудько М.В. 48
Шелыгин К.В. 306, 414, 443

Шендеров К.В. 783
Шеремет Е.А. 934
Шереметьева И.И. 584, 675, 887
Шивирев Н.А. 261
Шигапова В.И. 814
Шиканова Е.А. 733
Шикин Ю.М. 262
Шилова М.А. 261
Шин З.В. 361
Шинко Л.С. 184
Шипилова Е.С. 71
Широков Д.В. 584
Ширяев О.Ю. 585, 652, 659, 694
Шишкова А.М. 277
Шишпаренок Е.В. 496
Шкитырь Е.Ю. 816, 876
Шлафер М.И. 234, 530, 758
Шмакова М.А. 389, 700, 711, 784, 854, 944
Шмакова О.П. 182, 784
Шмилович А.А. 346, 618, 785
Шмилович А.Л. 136, 786
Шмитова Н.С. 96
Шмуклер А.Б. 533, 755
Шнайдер Н.А. 1001
Шпак А.В. 789, 956
Шпорт С.В. 497
Штаньков С.И. 585
Штарк Л.Н. 794
Шубина Ю.В. 347
Шувалов С.А. 385, 390
Шуляк Ю.А. 786, 990
Шурыгин Г.И. 380
Шустов Д.И. 434, 737, 738
Шухлова Ю.А. 332
Шушпанова О.В. 130, 215

Щ

Щевлягина М.Б. 443
Щеглова И.Ю. 676
Щедрина Л.В. 981
Щекатурова О.М. 404
Щелокова О.А. 893
Щербакова И.В. 995
Щербина Р.Ю. 47
Щукина Е.П. 51, 931
Щурина А.В. 370, 387

Э

Эдилерская Э.С. 49

Ю

Юдеева Т.Ю. 347
Юдин Н.С. 98
Юлдашев В.Л. 348, 729, 730
Юркина Н.В. 195
Юров И.Ю. 96, 130
Юров Ю.Б. 96, 130
Юрченко А.И. 754
Юсупова А.М. 676
Юхалина Н.С. 209
Юшин Д.В. 664

Я

Ягубов М.И. 799, 814, 815
Якимец А.В. 957
Яковенко В.В. 909
Яковлев А.Н. 444, 445, 446
Яковлева А.Л. 958
Яковлева О.Б. 71
Яковлева Ю.А. 233, 262, 1030
Якубова М.А. 996
Якунина О.Н. 738
Якупова Л.П. 171
Якушева Л.А. 473, 474
Якшин В.А. 469, 491, 498, 499
Ялтонская А.В. 350, 446, 448
Ялтонский В.М. 266, 303, 349, 350, 394, 446, 448, 677
Ямпольская В.В. 500
Ямщикова Е.Н. 739
Янушко М.Г. 81
Ярков А.А. 678, 1006
Яровицкий В.Б. 351
Ярославцева Т.С. 368
Ясникова Е.Е. 665
Ястребов В.С. 148, 586, 905
Ятманов А.Н. 890
Яхимович Л.А. 851
Яхин К.К. 619, 679, 931
Яшихина А.А. 352

A

Ammon M. 680
Andreoli A. 680

B

Belmaker R.H. 330
Bersudsky Y. 330
Burbiel I. 680
Burnand Y. 680

C

Canuto A. 680
Сорокин А.С. 95

F

Fine J. 330
First M.B. 588
Frambati L. 680
Furlan P.M. 816

H

Herrman H. 514
Hollertz Olle 167

L

Lerner V. 330

M

Muchnik-Rozanov Y. 330

O

Oliva F. 816

P

Paz M. 330
Picci R.L. 816
Pomeri P. 816

S

Schmolke M. 680

W

Walters J. 330

XVI СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ.
Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»,
23-26 сентября 2015 года, г. Казань

[Электронный ресурс]:
тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова.

СПб.: Альта Астра, 2015

1 электрон, опт. диск (CD-ROM)

Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM;
Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0

ISBN 978-5-905498-35-0