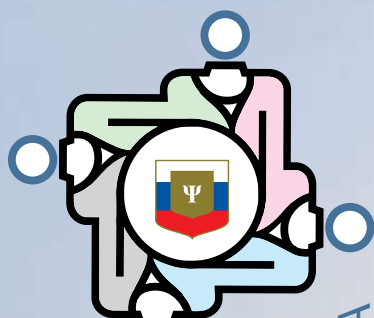




ТЕЗИСЫ

Общероссийской конференции с международным участием совместно с Советом главных специалистов и Пленумом Правления Российского общества психиатров



19-21
сентября
2013

САМАРА

ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА –

ИННОВАЦИОННЫЙ ПУТЬ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Самарской области
Российское общество психиатров
Московский научно-исследовательский институт психиатрии
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева
Самарский государственный медицинский университет
Самарская психиатрическая больница



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
СОВМЕСТНО С СОВЕЩАНИЕМ ГЛАВНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ
И ПЛЕНУМОМ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

Конференция проходит в соответствии с Приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 31 июля 2013, № 511

ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА – ИННОВАЦИОННЫЙ ПУТЬ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

19-21 сентября 2013 года
г. Самара

Тезисы конференции

**Под общей редакцией
проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова**

Самара
2013

Научное издание

Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии, 19-21 сентября 2013 года, г. Самара, тезисы конференции / Под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова; – Самара. – 2013 – 454 стр.

Данный сборник тезисов включает материалы Общероссийской конференции с международным участием совместно с Советом главных специалистов и Пленумом Правления Российского общества психиатров в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2013, № 511 «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии», 19-21 сентября 2013 год, г. Самара.

Технический редактор: Шубнякова И.Ю.
Дизайн, верстка: Альков А.С.

Подписано в печать 10.09.2013
Формат 60X88 1/8
Гарнитура «Таймс»

Электронное издание на CD
Тираж 350 экз.

ISBN 978-5-905498-16-9

© РОП, 2013
© Коллектив авторов, 2013

ПЕРСониФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА И СЕманТИКА ПЕРСониФИЦИРОВАННОГО ДИАГНОЗА

Незнанов Н.Г.

Санкт-Петербург, ФГБУ СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Постановка и решение задач, связанных с повышением качества оказания медицинских услуг, обусловили необходимость смены парадигмы в отечественной медицине.

Формирование персонифицированного подхода на основе современных возможностей фундаментальной науки позволяет предупреждать патологические состояния и, вместе с тем, своевременно выявлять и лечить в случае их возникновения. Базисом нового направления является молекулярная медицина, обеспечивающая развитие инновационных технологий, формирующихся на биомолекулярных и клеточных методах профилактики и лечения.

Создание индивидуальных генетических карт с определением наследственной предрасположенности к тем или иным заболеваниям – важное условия для персонифицированной диагностики и лечения пациента.

Между тем, становится очевидным, что «прочтение» генома человека оставляет многие важные вопросы открытыми: не ясно, в какой степени геном определяет индивидуальные особенности человека и каково влияние экзогенных факторов на генотип.

Доминирующим остается биомедицинский подход, фокусирующий внимание на лечении болезни как комплекса симптомов, в отрыве от личностных особенностей пациента, без учета психосоциального контекста заболевания.

Современное состояние клинической медицины показывает, что игнорирование индивидуальных характеристик больного существенно ухудшает терапевтический процесс и исход заболевания.

Успешная реализация концепции персонифицированного подхода невозможна без решения ряда организационных и методологических проблем.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В КАТЕГОРИАЛЬНОЙ И ДИМЕНСИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛЯХ БОЛЕЗНИ

Крылов В.И.

Санкт-Петербург, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Категориальная модель диагностики основывается на теоретическом положении о наличии четких границ между нормой и патологией, отдельными формами психических расстройств. Категориальный подход обеспечивает синтез нарушений, относимых к патологии различных психических

процессов в единое целое, позволяет дать обобщенную оценку психического состояния. Клинические случаи, соответствующие критериям нескольких диагностических рубрик, рассматриваются в качестве «атипичных», «переходных», «смешанных» форм или с позиций концепции коморбидности.

Дименсиональная модель, отрицает наличие четких границ между нормой и патологией, отдельными формами психических расстройств. Основополагающее значение при использовании дименсиональной модели имеет признание относительной автономности, самостоятельности отдельных компонентов психического состояния.

Диагностический процесс в психиатрии предполагает выявление и квалификацию симптомов, синдромальную оценку состояния, оценку динамики психических расстройств с последующей нозологической квалификацией. Выявление и квалификация психических нарушений в рамках категориальной и дименсиональной моделей может проводиться на основе качественного дескриптивного и количественного операциональных принципов.

Решающее значение в дескриптивной психопатологии имеет точное клиническое описание субъективных и объективных признаков психического расстройства. Качественный клинико-психопатологический анализ предполагает оценку соотношения, иерархии симптомов в структуре синдрома, «закономерности смены симптомов в структуре синдрома».

Операциональный принцип диагностики в отличие от дескриптивного исходит из положения об относительной равнозначности симптомов в структуре синдрома, понимая «синдром как свободное сочетание симптомов».

Квалификация психических нарушений и синдромальная оценка состояния проводится с использованием количественных методов. Важно отметить принципиальную возможность использования операционального подхода при динамической оценке состояния, не используемую в диагностических указаниях к основным современным международным классификациям психических расстройств.

Абсолютное противопоставление категориальной и дименсиональной моделей, дескриптивного и операционального принципов диагностики вряд ли обоснованно и оправданно. Предлагаемая рядом специалистов прототипическая модель диагностики основывается на сочетании дескриптивного и операционального подходов. Прототипическая диагностика, базирующаяся на качественном анализе, предполагает количественную оценку степени соответствия состояния субъекта эталону, то есть прототипу.

Разное понимание и интерпретация психопатологической терминологии порождает систе-

матические ошибки при оценке и квалификации психического состояния. В связи с этим исключительное значение для повышения достоверности диагностики имеет унификация психиатрической терминологии. Разработка операциональных определений основных психопатологических терминов предполагает включение в дефиницию общих и частных, облигатных и факультативных дискриминирующих признаков, позволяющих разграничить различные психопатологические феномены.

ГЕНЕТИКА ШИЗОФРЕНИИ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Гильбурд О.А.

*Сургут, ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО – Югры»,
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра*

С момента отграничения dementia praecox [Kraepelin E., 1896], переименованной в шизофрению [Bleuler E., 1908, 1911], до настоящего времени остаётся остро актуальным вопрос о её этиологии, которую традиционно связывают с наследственной предрасположенностью. Именно генетическая природа шизофрении является самой головоломной загадкой, обеспечивающей наряду с поразительным клиническим полиморфизмом особый статус психоза в ряду прочих заболеваний.

В начале XX века поиски генов, программирующих психическую патологию, во многом были связаны с утопическим намерением установить евгенический контроль над различными формами безумия [Maudsley H., 1908]. Первое исследование семейных корней dementia praecox осуществил Эрнст Рюдин, который, работая в клинике Э. Крепелина, установил, что у sibсов пробандов частота раннего слабоумия выше, чем среди населения в целом [Rydin E., 1916]. Позднее тот же феномен был выявлен среди детей пробандов [Kallman F.J., 1938]. Подсчитано, что риск развития заболевания у лиц, связанных с пробандом первой степенью родства, составляет 5% по сравнению с 0,2-0,6% у аналогичных родственников здорового пробанда [Kendler K.S., Eaves L.J., 1986]. Близнецовые исследования показали, что репрезентативная конкордантность по шизофрении составляет »50% для монозиготных пар и »17% - для дизиготных пар [Shields J., 1978]. Среди приёмных детей, рождённых матерями, больными шизофренией, и среди их собственных детей число заболевших шизофренией значительно выше, чем в когорте приёмных детей от здоровых родителей [Heston L.L., 1966, 1970; Rosenthal D., Kety S., 1968; Kety S.S. et al., 1994].

Эти и множество других общеизвестных данных косвенно указывают на существование гипотетических наследственных факторов шизофрении и заставляют продолжать их упорные поиски,

которые особенно активизировались в последнее десятилетие на фоне нынешнего прогресса молекулярной генетики, позволившего дешифровать геном человека. В настоящее время мировые тренды генетических исследований шизофрении таковы [Тралин А.В., Левада О.А., 2012].

1) Исследование сцепления (linkage study). Работы этой направленности пытаются ответить на вопрос: «Имеется ли связь между участками (или отдельным локусом) ДНК и определённым фенотипическим признаком?» [Borecki I.B., Province M.A., 2008]. Разрешение этого метода невелико: выявленный участок хромосомы может содержать несколько миллионов пар оснований, а значит, тысячи генов.

2) Изучение ассоциаций. Исследования ассоциаций между фенотипами, фенотипами и генетическими полиморфизмами или двумя генетическими полиморфизмами отвечают на вопрос: «Чем обусловлено различное проявление признака у разных людей в популяции?» Данные работы могут носить общегеномный характер и позволяют одновременно выявлять сотни тысяч маркеров предрасположенности к заболеванию [Anderson C.A. et al., 2011].

3) Новые стандарты. Существует общая тенденция ухода от изучения отдельных генов и белков. Новый стандарт исследований – это анализ коэкспрессированных генных сетей (карты всех активных генов в ЦНС в настоящее время) или генных продуктов (proteoms), анализ метаболических путей, исследования общегеномных эпигенетических моделей, таких как модели связывания факторов транскрипции (transcriptomes), модели метилирования (methylomes), изучение специфических условий среды с их специфическими патогенными и защитными эффектами (enviromics). Правильный подход к изучению молекулярного патогенеза шизофрении и «шизотаксии» должен включать одновременный анализ всех этих эффектов [Anthony J.C., 2001].

4) Исследование эндофенотипов. Данная стратегия нашла много последователей в психиатрии; она предполагает отход от болезни как сущности к более конкретным биологическим уровням, таким как клеточный, системный, или к данным нейрокognитивных исследований – в надежде, что эффект генов здесь будет более заметным, и легче будет обнаружить новые генетические варианты, повышающие риск заболевания [Gottesman I.I., Gould T.D., 2003]. Правомочность этой стратегии особенно убедительно подтверждается, когда в качестве метода количественной оценки структуры и функционирования мозга используется нейровизуализация.

5) Экспериментальные модели. Суть экспериментов состоит в «имплантации» животному гипотетического биологического фактора, например, CNV (copy number variation - отличие индивидуальных геномов по числу копий сегментов ДНК), содержанию животного в различных условиях высо-

кого риска и контроле за развитием структурных и функциональных последствий. Кроме того, применяется межвидовое генетическое картирование со сравнением результатов картирования генов пациентов с функциональными данными, полученными путем картирования рекомбинантных инбредных линий мышей.

б) Структура генетического риска шизофрении. Сформирована база данных, объединяющая SNP (single nucleotide polymorphisms – однонуклеотидные генетические полиморфизмы), ассоциация которых с шизофренией имеет весомое научное обоснование [Allen N.C., Bagade S., McQueen M.B. et al., 2008]. Общегеномные ассоциативные исследования показали, что за повышение риска шизофрении ответственно очень большое количество генов, однако общепопуляционный риск каждой из генетических поломок невелик. Интересно, что многие из выявленных аллелей являются рецессивными, т.е. в процессе эволюции человека происходил отбор аллелей, которые увеличивают риск развития шизофрении. В метаанализе S. Lewis с соавт. [2003] систематизированы данные 20 исследований по изучению сцепления определенных хромосомных регионов и шизофрении. Показано, что только одна область на длинном плече хромосомы 2 (2q22.1) с высокой степенью достоверности ($p < 0,0004$) фигурировала во всех 20 исследованиях. Данное исследование практически положило конец поиску одного гена, повышающего риск шизофрении. Вся совокупность различных SNP может объяснить 30% генетического риска. В дополнение к SNP в качестве этиологических факторов шизофрении предложены CNV, которые ответственны ещё за 2–4% генетической предрасположенности к шизофрении. Большинство CNV не унаследованы, а являются результатом спонтанных мутаций ДНК в момент зачатия или развития, которые могут быть ответственны за спорадические (несемейные) случаи шизофрении, – т.н. мутации *de novo*.

По нашему мнению, результаты современных высокотехнологичных исследований генетической этиологии шизофрении не внушают психиатрам обоснованного оптимизма и заставляют всё чаще вспоминать известную китайскую мудрость о том, что очень трудно найти чёрную кошку в тёмной комнате, особенно когда её там нет. И всё более пристального внимания требует к себе эволюционная концепция шизофрении, согласно которой универсального, стабильно выявляемого у всех пациентов с данным диагнозом генетического субстрата вообще не существует. При таком условии присущий шизофрении семиотический полиморфизм представляет собой некую совокупность фенотипических мутаций психической сферы человека, которые гипотетически могут быть обусловлены неидентифицируемыми пока мобильными вариативными транслокациями стандартных нук-

леотидов или даже нуклеиновых оснований – а это уровень системной организации более тонкий, чем генный. И здесь весьма вероятна связь с продолжающейся в высоком темпе эволюцией человека, 7% генома которого на современном этапе подвержены влиянию мощного и быстрого мутационного процесса [Barreiro L.B., Laval G. et al., 2008; Cochran G., Harpending H., 2009]. Его результатом следует предполагать формирование «психического мира будущего» [Самохвалов В.П., 1998] – в т.ч. в ситуации возможной «ядерной зимы», когда проявится адаптивность таких физиологических параметров шизофрении, как высокая толерантность к боли, холоду, инфекциям, сердечно-сосудистым заболеваниям и к радиоактивному излучению [Huxley J. et al., 1964; Guieu R. et al., 1994; Буйков В.А., 2005].

ОТДЕЛЬНЫЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ

Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Гайсина Л.М.,
Крюкова Е.М.

Оренбург, Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1

Первый психотический эпизод (ППЭ) рассматривается как неотъемлемая часть новой парадигмы шизофрении в рамках биопсихосоциальной модели болезни. Данная модель обозначает прежде всего направленность психосоциальной реабилитации (например, психообразование, тренинги когнитивных и социальных навыков, копинг-ориентированного тренинга и т.п.) на ряд основных «мишеней» терапии шизофрении – нарушения нейрокогнитивных процессов (память, внимание, мышление) и отдельных свойств личности (механизмы психологической защиты (МПЗ), копинг). Немаловажное значение для прогноза болезни в первом психотическом эпизоде шизофрении занимает постпсихотическая депрессия (ППД), развитие которой является одним из факторов суицидального риска и также требует прицельной комплексной терапии и профилактики.

Цель исследования: изучение отдельных патопсихологических процессов (память, внимание, мышление) и свойств личности (МПЗ, копинг, перфекционизм) у больных с ППД при ППЭ шизофрении.

Методы: психопатологический (клинический, опросник оценки депрессии у больных шизофренией Калгари – CDS), патопсихологический (опросники Е.Хейма – диагностика копинга; «Индекс жизненного стиля» Г.Келлермана-Р.Плутчика – диагностика МПЗ; опросник перфекционизма

А.Б.Холмогоровой-Н.Г.Гаранян; определение ошибок мышления по А.Бэку; методика А.Р.Лурия - «запоминание 10 слов», таблицы Шульте – оценка внимания), статистический (методы описательной статистики, параметрический критерий Т-Стьюдента, непараметрический критерий U-Манна-Уитни).

Обследовано 67 пациентов в трёх группах. Из 46 пациентов с ППЭ шизофрении 23 больных с ППД (группа 1) и 23 человека - без депрессии на этапе выхода из психоза (группа 2). Группу 3 составил 21 пациент с первым депрессивным эпизодом при маниакально-депрессивном заболевании (МДЗ).

Результаты: у больных с ППД получен высокий балл депрессии по шкале Калгари (8+1,76), в отличие от группы пациентов без депрессии при ППЭ (2,5+1,47, $p<0,05$). Особенно значимы в статусе жалобы на грусть и упадок сил, плохой сон с ранним пробуждением, двигательная заторможенность, а также активно высказываемые суицидальные мысли (тоскливо-адинамический вариант депрессивного синдрома). Достоверные различия по показателям памяти и внимания в группах 1 и 2 (больные шизофренией с ППЭ) отсутствуют, имеются отдельные статистические тенденции более выраженных нарушений патопсихологических процессов у больных с ППД. Сравнение депрессивных больных групп 1 и 3 показало значимые различия (при $p<0,05$) по более выраженным нарушениям внимания и памяти у больных шизофренией. Больным с ППД свойственны следующие ошибки мышления (при $p<0,05$): дихотомическое мышление (2,08+1,24 – группа 1 и 0,87+0,81 – группа 2) недооценка положительных аспектов (2,35+0,93 и 1,43+0,73 соответственно), эмоциональное рассуждение (2,26+0,96 и 0,96+0,93 соответственно), навешивание ярлыков (1,35+1,37 и 0,43+0,67 соответственно), преувеличение/преуменьшение (1,52+0,99 и 0,57+0,73 соответственно), сверхобобщение (1,52+0,93 и 0,61+0,99 соответственно), туннельное видение (1,3+1,88 и 0,43+0,51 соответственно),

При постпсихотической депрессии более выражены МПЗ (при $p<0,05$): регрессия (сравнить 7,9+2,07 группа 1 и 4,3+1,87 – группа 2), компенсация (5,2+1,87 и 3,3+3,34 соответственно), при низкой интеллектуализации (5,6+1,5 и 7,2+2,08 соответственно). Больные 1 группы чаще (при $p<0,05$) прибегают к использованию неадаптивных вариантов совладания (копинг) в когнитивной сфере (1,9+0,74 – у больных с ППД, 1,7+0,9 – без депрессии), относительно адаптивных (1,7+0,1 и 1,2+0,7) и неадаптивных копингов в эмоциональной сфере (1,3+0,7 и 0,7+0,6), а также относительно адаптивных копингов в поведенческой сфере (2,3+0,6 и 1,7+0,9 соответственно). Исследование перфекционизма показало, что больным с ППД при ППЭ более свойственно (при $p<0,05$) восприятие других людей как делегирующих чрезмерные ожидания (13+3,18 – у больных с ППД и 9,78+5,67 – без депрессии), а также

селектирование информации о неудачах и ошибках (негативное селектирование) (7,7+2,34 и 2,9+2,56 соответственно).

Полученные результаты свидетельствуют о более выраженных нарушениях патопсихологических процессов и свойств личности у пациентов с ППД при ППЭ, обозначая дифференцированные подходы терапии больных шизофренией с учётом их аффективного статуса.

НЕМАНИФЕСТНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ С БИПОЛЯРНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бобров А.С., Чуярова О.Н., Рожкова Н.Ю.

*Иркутск, Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования, Иркутский областной
психоневрологический диспансер*

В современной отечественной литературе к неманифестной шизофрении относят состояния с относительной стабильностью процесса в виде продромального периода, стадии ремиссии и резидуальных состояний (Смулевич А.Б., 2005). Несомненно, расширяет содержание понятия «неманифестной шизофрении» выделение таких форм как «приступообразно-прогредиентная шизофрения, близкая к вялотекущей» (Тиганов А.С., 1999); «шизофрения с множественными тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами» с периодическим, поступательно-перемежающимся и одноприступным типами течения (Павличенко А.В., 2007).

Цель исследования: изучение неманифестной приступообразной шизофрении с аффективными расстройствами по биполярному типу.

Материал и методы. Изучено 30 больных с неманифестной приступообразной шизофренией (НПШ) с аффективными расстройствами по биполярному типу (муж. – 17 (57,6%), жен. – 13 (43,3%)). К неманифестной шизофрении отнесены варианты ее течения без выраженных и стойких бреда и/или галлюцинаций. Возраст активного проявления заболевания: пре- и пубертатный период – 43,3%, юношеский – 30%, зрелый – 26,7%; средний возраст был равен 19,0 + 0,1 лет. Средняя длительность заболевания к моменту настоящего исследования составила 8,9 + 0,9 лет. Наряду с клинико-психопатологическим и клинико-анамнестическим исследованием, на этапе актуального депрессивного приступа проводились психометрическая оценка статуса больных с использованием шкалы PANSS (Мосолов С.Н., 2001), шкалы депрессии Калгари (Addington D. et al., 1993), социально-психического функционирования (Степанов И.Л., 2002).

Результаты и обсуждение. Наследственная психопатологическая отягощенность выявлена у большинства ($n=21$, 70,0%) больных НПШ с бипо-

лярными расстройствами: среди родственников I-ой степени родства (n=12, 57,1%/21), II-ой степени родства (n=6, 28,6%/21), I и II ой степени родства (n=3, 14,3%/21). Среди отдельных форм психической патологии у родственников пробандов отмечены алкоголизм (n=9, 42,9%/21), манифестная и неманифестная формы шизофрении (n=5, 23,8%/21), аффективные расстройства (n=4, 19%/21), реже расстройства личности и суицидального поведения (соответственно n=2, 9,1%/21 и n=1, 4,8%/21). Акушерские осложнения (АО), по данным обзора зарубежных исследований, являются важным фактором среды, ассоциирующимся с последующим развитием шизофрении (Мазаева Н.А., 2012). Так, среди матерей больных НПШ с биполярными расстройствами наличие АО выявлено в 53,3%/30 случаев (n=16), из них у 31,3%/16 (n=5) – 2-а варианта АО. АО включали токсикоз на ранних стадиях беременности у матери, угроза прерывания беременности и патология в родах, в том числе необходимость использования акушерского пособия, реже преждевременные роды и признаки асфиксии новорожденного. Экзогенная компрометация мозга (ЭКМ) в постнатальном периоде в виде инфекции с выраженной интоксикацией либо нейроинфекции имели место у 16,7%/30 (n=5).

В дошкольном либо школьном периодах у 36,7%/30 (n=11) больных отмечено наличие эпизодической формы психопатологического диатеза, из них в 18,2%/11 (n=2) в виде сочетанных вариантов. К эпизодической форме психопатологического диатеза отнесены: сверхценные страхи, психомоторные расстройства (гиперактивность), двигательные навязчивости, неспецифические расстройства сна (трудность засыпания с вечера), диссомнические нарушения (снохождение, энурез) и шизотропный вариант (к примеру, фантазии «как Боги спускаются с неба»). Константные проявления психопатологического диатеза, свойственные больным шизофренией (Шейнина Н.С. и др., 2008), имели место у большинства больных 73,3%/30 (n=22). При этом у большей половины пациентов – 54,5%/22 (n=12) выявлялись сочетанные его проявления. Это была коммуникативная и энергетическая дефицитарность. Реже такие сочетанные его варианты как коммуникативная и интеллектуальная; коммуникативная, энергетическая и интеллектуальная; коммуникативная и эмоциональная дефицитарность. Отдельные формы константного психопатологического диатеза наиболее часто были представлены его коммуникативным вариантом, в единичных наблюдениях - эмоциональной, сексуальной дефицитарностью или диссоциированным его вариантом. Отмечен также факт наличия у большинства больных 73,3%/30 (n=22) и парциальной одаренности. В школьном возрасте - это обучение в художественной, музыкальной школе; способность самостоятельного овладения игрой на музыкальном инструменте; попытки написания стихов и рассказов; склонность к изучению инос-

трансных языков; активное участие в олимпиадах, конкурсах и КВН; в единичном случае, приобретение навыков чтения и элементарного письма в дошкольном возрасте. Парциальная одаренность у большей половины больных 68,2%/22 (n=15) отмечена при наличии константного психопатологического диатеза, как правило, коммуникативного его варианта либо сочетанного варианта (коммуникативного и энергетического).

У большей половины больных (60,0%) имели место инициальные расстройства, непосредственно предшествовавшие активному началу заболевания. По типу течения больные с НПШ с биполярными аффективными расстройствами (БАР) распределились следующим образом: малопрístupное течение – 56,7%, многопрístupное – 43,3%. У большинства больных (70,0%) выявлен континуальный тип течения в виде строенных аффективных приступов или большее их количество от начала активного течения заболевания, значительно реже течение по типу сдвоенных аффективных приступов: гипомания-ремиссия-депрессия.

Неманифестная приступообразная шизофрения с БАР имеет существенные клинические отличия от критериев БАР (F31) в разделе «Аффективные расстройства настроения» МКБ-10. Отсутствует такой признак как «Выздоровление обычно полное между приступами». Основным дезадаптирующим фактором на все сферы социального, бытового функционирования, учебы или работы оказывает депрессия, что позволяет квалифицировать данный вариант биполярных расстройств в качестве БАР-II по DSM-IV-TR. Однако наличие смешанной депрессии у большей половины больных исключает отнесение к БАР-II по DSM-IV-TR, т.к. согласно упомянутому руководству диагноз смешанной депрессии обязывает смену диагноза на БАР-I. Тяжесть депрессии, отсутствие диагностически очерченных маниакальных эпизодов, прогрессирующая течения заболевания не позволяют квалифицировать анализируемые в работе наблюдения и в качестве БАР-I. Клиническая структура биполярной депрессии характеризуется отсутствием типичного суточного ритма у подавляющего большинства больных (96,7%), аутохтонностью астении до степени «витальной деперсонализации», значительной представленностью атипичной симптоматики (43,3%), частотой смешанной депрессии (56,7%), а также широким спектром сопутствующей коморбидной симптоматики в виде бесфабульной тревоги (30,0%), полиморфных фобий (76,7%), в том числе генерализованной социальной фобии, антропофобии, в единичных случаях - дисморфобии, мизофобии, ипохондрических фобий; реже (42,3%) проявлениями обсессивно-компульсивных расстройств, включая контрастные навязчивости, навязчивые сомнения в завершенности действия, навязчивые воспоминания с визуализацией

трагических воспоминаний, а также возможных обстоятельств реализации суицидальных мыслей; наличием патологических телесных ощущений (70,0%) преимущественно в виде сенестоалгий и сенестопатий, эпизодов субпсихотической симптоматики (66,7%), склонностью больных к алкоголизации (27,3%).

Выводы. В повседневной психиатрической практике выявляется контингент больных с БАР, имеющих существенные отличия от критериев в разделе «Аффективные расстройства настроения» МКБ-10, DSM-IV-TR. Патогномичным для этого контингента является, с одной стороны, выраженная негативная симптоматика (пассивно-апатический «стиль» жизни) в структуре депрессии, с другой, охваченность генерализованной социальной фобией, антропофобией со значительным ограничением в поведении или охваченность иными по содержанию фобическими расстройствами, что может быть квалифицировано как проявление своеобразной бинарности, свойственной шизофрении.

АЛГОРИТМ И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ON-LINE РЕЖИМЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Андреев М.К., Карамышев Б.П., Андреев А.Ю.

Астрахань, ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России

Проведенные нами ранее исследования показали, что на начальном этапе большинства психических и поведенческих расстройств вполне достаточным могло оказаться проведение своевременного психодиагностического исследования. Наиболее правильным подходом при проведении такой работы следует считать проведение скрининговых психодиагностических исследований среди организованных групп пациентов (ДДУ, школьные учреждения, средние специальные и высшие учебные заведения системы образования; кабинеты социально-психологической помощи поликлиник, ВВК ВК и т.п.). Расширение контингента, нуждающихся в подобных исследованиях произошло после вступления в силу приказа МЗ РФ № 302н от 12.04.2011 г. Несомненно основную нагрузку при проведении подобных исследований должны нести психологи учреждений здравоохранения и образования. Существенными проблемами в проведении подобного исследования являются:

1. отсутствие системности и методичности в проведении обследования контингентов,
2. отсутствие преемственности между различными службами, заинтересованными в проведении подобных исследований,

3. невозможность проведения лонгитюдных исследований и возможности сравнить их с ранее полученными.

В настоящее время масштабные инфраструктурные преобразования, проводимые Правительством РФ в последние годы в образовании и здравоохранении, и современные информационно-коммуникационные технологии позволили разработать модель для проведения скрининговых психодиагностических исследований среди организованных групп населения в on-line режиме. Нами была предпринята попытка создания алгоритма психодиагностического исследования в режиме on-line с возможностью хранения результатов для последующего сравнительного анализа полученных в ходе обследования параметров.

Основные психодиагностические методы были разбиты на 3 группы для разных возрастов обследуемых. В первую вошли исследования, позволяющие выявить признаки дезадаптации у обследуемых. Во вторую группу вошли методики, которые смогут обеспечить проведение консультации психологу или предоставить необходимую информацию для проведения осмотра у врача-психиатра, психотерапевта. В третью группу были объединены методики психодиагностического обследования, которые помогут точно верифицировать выявленные психические и поведенческие расстройства. Эту группу методик в случае социального заказа планируется использовать только при психодиагностическом обследовании пациентов, обратившихся к специалистам психиатрической службы (например, при отсутствии психолога в учреждении, сельском районном центре).

Сохранялись только результаты, свидетельствующие об отклонении от нормативных показателей, а также представленные в цифровом выражении (например, показатели реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, результаты теста Шульце и т.п.). Для доступа к результатам обследования пациентов была разработана возможность ознакомления с ними через личный кабинет. Непосредственно в конце проводимого обследования на монитор выводились полученные цифровые показатели и рекомендации обратиться за помощью к психологу или психотерапевту.

В ходе апробации макета было установлено, что первичное обследование занимало не более 15 минут. Таким образом, скрининговые психодиагностические исследования можно проводить на базе имеющихся в школах и ВУЗе компьютерных классов, подключенных к ведомственным VPN-сетям. Кратность подобных исследований может составлять 1 раз в год (например, в начале учебного года, или в случаях необходимости, при подготовке к проведению обследования по приказу № 302н и т.п.). Использование подобного алгоритма:

- существенно сократит время проведения осмотров граждан по приказу № 302н,
- исключит или сведет к минимуму число ошибок при проведении психодиагностического обследования,
- позволит получать квалифицированные консультации врача-психиатра, психотерапевта и психолога в on-line режиме для решения самых различных вопросов (готовность ребенка к школе, наличие предрасположенности к психическим и поведенческим расстройствам, связанных с зависимостью от ПАВ и т.п.), что очень важно при отсутствии специалиста в учреждении или населенном пункте,
- даёт возможность изучения динамики полученных результатов психодиагностических обследований.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Бутома Б.Г., Коцюбинский А.П., Слэзин В.Б.

Санкт-Петербург, ФГБУ СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

Биопсихосоциальная концепция психических расстройств обуславливает целесообразность междисциплинарного подхода при исследовании заболеваний нервной системы. Последний должен быть направлен на выявление связей аномалий функционального характера и морфологических нарушений, для чего целесообразно использование методов нейровизуализации, данных электроэнцефалографических исследований, лабораторных исследований, в частности иммунологических.

Несмотря на появление в 20 веке таких научных концепций как: 1) ретровирусная теория шизофрении [Crow T. J., 1978; Carter C. J., 2011]; 2) микроглиальная теория шизофрении [Коломеец Н.С., 2009; Munn N.A., 2000; Monji A. et al., 2009]; 3) «Neurodevelopmental» гипотеза шизофрении [Тиганов А.С., 1999; Хоецяня А.Г. и др., 2010; Fatemi S. H. et al., 2009; Kinnoss J. et al., 2010] и ряда других, в настоящее время не существует чётко выработанных объективных критериев патогенетической дифференциации различных заболеваний шизофренического спектра (включая как прогредиентные формы шизофрении, так и шизотипические расстройства), направленных на перспективную разработку новых стратегий лечения и реабилитации данного контингента больных, поиск которых требует клиническая практика.

Выбор методов исследования (фрактальный анализ ЭЭГ, исследование иммунологических показателей и когнитивного стиля) был обусловлен

стремлением выявить особенности указанных форм патологии на фундаментальных уровнях биологической организации процесса и психического функционирования индивида.

Следует отметить, что традиционно проводимая методом визуальной оценки типология ЭЭГ при шизофрении не является дифференцирующим признаком этого психического расстройства. Используемый нами метод основан на анализе фрактального хаоса ЭЭГ, уровень которого определялся особенностями флюктуаций амплитудных значений мощности α - и θ -ритма. Фрактальный анализ флюктуаций показателей системы позволял количественно оценить ее устойчивость [Slezin V.B. et al., 2006].

Обследованы 55 пациентов от 20 до 43 лет, страдающие различными формами шизофрении и шизотипическим расстройством. ЭЭГ больных сравнивали с показателями здоровых обследуемых. В группе больных параноидной шизофренией для α -ритма отмечалось снижение средних значений фрактального коэффициента b_2 по сравнению с показателями у здоровых обследуемых и снижение средних значений b_1 по правосторонним отведениям, для θ -ритма – повышение, преимущественно в лобных отведениях, средних значений b_1 по сравнению с показателями у здоровых обследованных. В группе больных с шизотипическими расстройствами для α -ритма отмечалось снижение средних значений b_1 и b_2 по сравнению с показателями у здоровых обследуемых, для θ -ритма – повышение средних значений b_1 и b_2 по сравнению с показателями у здоровых обследованных (причем b_2 преимущественно в лобных отведениях). В группе больных с шизоаффективными расстройствами для α -ритма отмечалось снижение средних значений b_1 и b_2 по сравнению с показателями у здоровых обследованных, для θ -ритма – повышение средних значений b_1 по сравнению с показателями у здоровых обследованных, преимущественно в затылочных отведениях.

У 57 больных было проведено исследование количественных и функциональных показателей клеточного и гуморального иммунитета. В исследование включались пациенты, которые на момент обследования иммунологических параметров не имели клинических и лабораторных признаков инфекционных, воспалительных и аутоиммунных заболеваний. Для оценки состояния иммунной системы определялись в периферической крови следующие количественные и функциональные показатели: 1) численность (в процентах) субпопуляций лимфоидных клеток – зрелых Т-лимфоцитов – CD3+; Т-лимфоцитов-хелперов – CD4+; Т-лимфоцитов супрессорных / цитотоксических – CD8+; В-лимфоцитов – CD20+; иммунорегуляторного индекса (ИРИ) – отношение CD4+/CD8+; 2) концентрация в плазме крови иммуноглобулинов классов А, G,

М (IgA; IgG; IgM); 3) активность (бактерицидность) нейтрофилов по НСТ-тесту (тест восстановления нитросинего тетразолия); 4) чувствительность (сенсбилизация) иммуноцитов к нейроспецифическим антигенам (белку S-100, антигену нейрональных мембран, основному белку миелина, галактоцереброзидам С-1-типа); 5) концентрация в плазме крови циркулирующих иммунных комплексов; 6) интерфероновый статус и цитокиновый профиль. Наряду с нарушениями показателей состояния иммунной системы, общими для расстройств шизофренического спектра, были найдены и некоторые частные особенности для каждой отдельной формы заболевания (наиболее значимые отличия были получены у больных с шизотипическим расстройством).

В исследовании было проведено изучение стилевых профилей у больных с шизотипическими расстройствами и больных с параноидной шизофренией. Совокупность когнитивных стилей личности определялась как стилевой профиль. При этом важно отметить, что психическая деятельность в целом и психологическая адаптация, в частности, во многом обусловлены особенностями когнитивных процессов, а стилевой профиль личности становится важной компонентой оценки адаптивных возможностей индивидуума. Использовались методы: «скрытые фигуры» и «скорость завершения рисунка», «свободная сортировка слов», «свободная сортировка цветов», «словесно-цветовая интерференция», «сравнение похожих рисунков», Роршах-тест [Холодная М.А. 2002], Копинг-тест [Lazarus R. et al, 1984]. В изученных группах выделены доминирующие когнитивные профили. Полученные результаты позволяют предположить, что отсутствие психопатологической продукции в форме бреда и галлюцинаций при шизотипических расстройствах связано с «хаотической интактностью» «электрической активности правого полушария, а «полисемантизм», столь характерный для семиотических систем шизотипических пациентов (и как следствие его – неспособность к адекватной интернализации социально-приемлемых паттернов поведения), объясняется дискордантными по отношению к норме фрактальными феноменами в лобных отделах левого полушария. В свою очередь, легкость образования психотических феноменов в клинической картине параноидных пациентов связана с «хаотической заинтересованностью» «электрической активности правого полушария».

Таким образом, получены достоверные различия между исследуемыми группами больных с шизотипическим расстройством и прогрессивными формами шизофрении по всем трем группам показателей: а) иммунной системы; б) биоэлектрической активности головного мозга, исследованной с помощью факторного анализа ЭЭГ; в) когнитивным стилям, отражающим возможности социально-психологической адаптации пациентов.

По мнению авторов, настоящее исследование в рамках биопсихосоциальной модели психических расстройств позволяет определить ориентиры дальнейших исследований в области патогенеза расстройств шизофренического спектра и открывает новые возможности как для дифференциальной диагностики, так и для комплексной этиопатогенетической реабилитации больных этими психическими заболеваниями.

КОГНИТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ

Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г.

Санкт-Петербург, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербургское ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1
им. П.П. Кащенко»

Актуальность. Пациенты шизофренией с первым психотическим эпизодом («early psychoses») в настоящее время продолжают привлекать внимание исследователей. Результаты исследований, посвященных коррекции когнитивных способностей при шизофрении, свидетельствуют о том, что раннее лечение и психологические воздействия позволяют уменьшить когнитивный дефицит, способствует более качественной ремиссии, уменьшает социальные потери (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010). В настоящее время нейрокогнитивный дефицит рассматривается учеными как третья (наряду с позитивными и негативными расстройствами) ключевая группа симптомов при шизофрении (Gallhofer V., 2000, Магомедова М.В., 2003). А восстановление когнитивного функционирования больных шизофренией является одной из актуальных проблем современной психиатрии и клинической психологии.

Целью исследования было изучение особенностей когнитивного дефицита (внимание, память, мышление) у пациентов с расстройствами шизофренического круга при первом психотическом эпизоде.

Материал исследования. В исследовании приняло участие 35 пациентов (средний возраст $25,8 \pm 0,9$ лет) с диагнозом «параноидная шизофрения» (F20.0) - группа 1 и 36 пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство» (F 21) (средний возраст $25,1 \pm 0,7$ лет) – группа 2, с первым психотическим эпизодом. Группы больных являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам.

Методы. Для оценки степени выраженности когнитивных нарушений использовались: тест беглости речевых ответов; тест «Сложная фигура Рея–Остерица»; методика «Пиктограммы», тест «Прогрессивные матрицы Равенна». Для оценки психопатологических симптомов использовалась

краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS), заполнявшаяся врачом-психиатром.

Сравнительный анализ полученных результатов в группах проводился с помощью непараметрического критерия U-Манна-Уитни.

Результаты. В исследовании выявлены значимые различия ($p < 0,05$) по некоторым показателям. Более точное выполнение теста Рея-Остерица показали пациенты группы 2. Зрительно-моторные функции и зрительная память у пациентов 2 группы более сохранены. В «Тесте беглости речевых ответов» результаты были достоверно ниже в группе 1, чем в группе 2. Сравнимые группы отличались в выполнении серий С и Е стандартных прогрессивных матриц Равенна, пациенты 2 группы успешнее применяют принцип прогрессивных изменений в фигурах матриц и принцип разложения фигур основного изображения на элементы. В пиктограммах общее количество индивидуально-значимых образов, атрибутивных образов выше у пациентов 2 группы. Продуктивность опосредованного запоминания выше у пациентов 2 группы (количество воспроизведенных слов - 77% у 1 группы, 91% у 2 группы).

Существуют достоверные различия в показателях подозрительности, необычности мыслей у пациентов сравниваемых групп. По оценкам врачей пациенты с параноидной шизофренией имеют более выраженную убежденность (бредовой или иной природы), что другие люди недоброжелательно или пристрастно относятся или относились ранее к пациенту, степень необычности (странности, необычности, причудливости) мыслей, чем у пациентов с шизотипическим расстройством личности. Степень спутанности, разорванности и дезорганизации мышления врачи оценили выше у пациентов с параноидной шизофренией.

Вместе с тем не выявлено достоверных различий в показателях озабоченности своим физическим самочувствием, уровне тревоги, чувстве вины, враждебности, физических и моторных проявлениях напряженного состояния у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством личности.

С пациентами была проведена программа тренинга когнитивных и социальных навыков у больных шизофренией, составлена карта бригадной курации каждого пациента, в которой еженедельно отмечалась динамика психического состояния и поведения пациента.

После проведения тренировок были получены данные, опираясь на которые можно утверждать, что тренировка когнитивных процессов оказала влияние на улучшение внимания, памяти, а также на повышение адекватности мышления.

Заключение. Пациенты с параноидной шизофренией уступают пациентам с шизотипическим расстройством в зрительно-моторной координации, запасе семантической памяти, вербальной ассоци-

ативной продуктивности, исполнительной функции. В повседневной деятельности пациентам с параноидной шизофренией сложнее ориентироваться, используя собственные знания, умения, и преодолевать трудности. Дальнейшее исследование позволит сгруппировать выявленные патогномические особенности когнитивных функций в симптомокомплексы данных нозологических групп, что повысит эффективность патопсихологического исследования.

Таким образом, нарушенные когнитивные функции у больных шизофренией поддаются коррекции и тренировке, что указывает на целесообразность дальнейшей разработки психокоррекционных программ в системе лечебно-реабилитационных мероприятий при шизофрении.

РОДИТЕЛЬСКИЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Коновалова А.Х.

Москва, Московский городской психолого-педагогический университет

Актуальность. На сегодняшний день шизофрения остается наиболее эпидемиологически значимым заболеванием, в России люди с таким диагнозом составляют около 15% пациентов психиатрических учреждений (Гурович, Шмуклер, Сторожакова, 2007). У большинства из них заболевание было диагностировано в молодом трудоспособном возрасте – 15-30 лет.

Современные исследования семейного контекста шизофрении доказывают, что особые взаимоотношения в родительской семье, является важным фактором, влияющим на течение заболевания и прогноз выхода из болезни. Кроме того, дисфункциональные семейные коммуникации и структура могут являться фактором риска манифестации психоза для лиц с уже имеющейся психопатологической уязвимостью. Дефицит социальных навыков при шизофрении часто препятствует созданию собственной семьи у пациента, и важное место в его жизни продолжают занимать родители, что обуславливает актуальность изучения родительской семьи.

В задачи данной публикации входит представление результатов сравнительного исследования особенностей эмоциональных коммуникаций с матерью и отцом 30 больных шизофренией (F 20.0 по МКБ-10), находящихся в ремиссии и 30 здоровых испытуемых. Все испытуемые были в возрасте от 18 до 30 лет и проживали с родителями на момент исследования.

В исследовании использовали два блока методик:

1. Особенности коммуникаций с мамой и папой исследовались с помощью опросников, основан-

ных на самоотчете испытуемых: Опросник «Стиля эмоциональных коммуникаций» – СЭК-мать, СЭК-отец, направленный на выявление преобладающего стиля эмоциональной коммуникации в семье, прежде всего между родителями и детьми. (Холмогорова, Воликова, 2004). Опросник PBQ-mother, father включающий опросник родительской связи Паркера – Parental Bonding Instrument (PBI), (Parker et al., 1979) и опросник родительского давления – Parental Pressure Scale (PPS), Butler, Reilly.

2. Особенности эмоциональной сферы исследовали с помощью опросников: Шкала депрессии Beck (Beck Depression Inventory, BDI, 1994) определяет наличие депрессивной симптоматики у обследуемых на текущий период. Шкала тревоги Beck (Beck Anxiety Inventory, Beck & Street, 1993) определяет степень тяжести тревожной симптоматики в клинических популяциях больных.

В качестве статистической обработки полученных результатов использовали критерий оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню исследуемого признака Mann-Whitney test.

Цель исследования – особенности коммуникаций и детско-родительских отношений семейной системы больных шизофренией.

Результаты и их обсуждение. Согласно сравнительному анализу полученных данных, между показателями пациентов и здоровых испытуемых по опроснику СЭК-мать были установлены статистически значимые различия по пяти факторам: родительская критика ($p=0,023$), индуцирование тревоги ($p=0,022$), фиксация на негативных переживаниях ($p=0,05$), индуцирование недоверия к людям ($p=0,01$), сверхвключенности ($p=0,04$). Показатели по всем этим факторам значимо выше в группе больных шизофренией. Между показателями пациентов и здоровых испытуемых по опроснику СЭК-отец статистически значимые различия не выявлены.

Статистически значимые различия между группами больных шизофренией и здоровых испытуемых были выявлены по фактору заботы ($p=0,007$) опросника «PBQ-мать». Показатели по фактору значимо выше в группе больных шизофренией. Между показателями пациентов и здоровых испытуемых по опроснику «PBQ-отец» статистически значимые различия не выявлены.

На основании полученных результатов можно предположить, что отношения пациента с родителями в частности с мамой носят дисфункциональный характер, что отличает их от семей здоровых испытуемых. При этом у больных шизофренией образ матери более позитивен и эмоциональные коммуникации более тесные, чем с отцом. Шкала родительской критики оценивает наличие критики в адрес ребенка, когда он проявляет негативные эмоции, допускает ошибки в какой-либо деятельности, особенно при сравнении с другими более успешны-

ми детьми. Эти данные позволяют говорить о коммуникациях, провоцирующих негативные эмоции со стороны матери: частые порицания, открытая критика, выраженное недовольство поведением ребенка. Высокие значения показателя сверхвключенности могут говорить о наличии сверхконтроля, повышенной эмоциональной включенности мамы в дела взрослого ребенка. Эти факты косвенно указывают на наличие структурных дисфункций – тенденцию установления симбиотических отношений с детьми в семьях больных шизофренией. Высокие значения показателя родительской критики и сверхвключенности позволяют характеризовать семейные системы пациентов как системы с высокой эмоциональной экспрессивностью. Высокие значения показателя индуцирования недоверия к людям позволяют утверждать, что семьи больных шизофренией характеризуется наличием ведущего правила: «не доверять окружающим», а значит, стараются, чтобы семья в глазах окружающих выглядела благополучной.

При этом образ мамы отличает особое внимание к жизненным опасностям и неудачам, на это указывают высокие значения показателя индуцирования тревоги и фиксации на негативных переживаниях.

Согласно сравнительному анализу полученных данных, между показателями пациентов больных шизофренией по опросникам СЭК-мать и СЭК-отец были выявлены статистически значимые различия по четырем факторам: индуцирование тревоги ($p=0,007$), элиминирование эмоций ($p=0,008$), фиксация на негативных переживаниях ($p=0,028$) и сверхвключенность ($p=0,036$). Показатели по факторам индуцирование тревоги, фиксация на негативных переживаниях и сверхвключенность значимо выше по опроснику «СЭК – мать», а показатели по фактору элиминирования эмоций, значимо выше по опроснику «СЭК – отец». В результате анализа полученных данных по опросникам «PBQ – мать» и «PBQ – отец», между показателями пациентов больных шизофренией были выявлены статистические различия по двум факторам: забота ($p=0,05$) и отвержение ($p=0,01$). При этом показатели по фактору заботы значимо выше по опроснику «PBQ-мать», а по фактору отвержение – по опроснику «PBQ-отец». Можно предположить, что образ матери больных шизофренией сравнительно с образом отца отличается фиксация на негативных событиях и эмоциях, включенность во все дела и проблемы пациента. Своих отцов больные шизофренией воспринимают как отвергающих, эмоционально холодных по сравнению с матерью и постулирующих запрет на выражение эмоций, прежде всего негативных. На этом фоне мамы воспринимаются как более включенные в процесс воспитания и более заботливые, чем отцы.

Исследование эмоциональных коммуникаций и родительских репрезентаций у здоровых испытуемых с матерями и отцами по тем же опросникам выявило статистически значимые различия по двум факторам: элиминирование эмоций ($p=0,007$) и отвержение ($p=0,01$), которые значимо выше по опросникам «СЭЖ – отец» и «РВQ-отец». Согласно результатам анализа, здоровые испытуемые склонны воспринимать своего отца, по сравнению с матерью, сходным образом, что и больные шизофренией (отвергающим, с низким уровнем вовлеченности и заботы).

Выводы. Таким образом, образ матери у больных шизофренией в сравнении со здоровыми испытуемыми характеризуется выраженной амбивалентностью: чрезмерная вовлеченность и участие в жизни взрослого ребенка сочетается с повышенным контролем, гиперпротекцией и высоким уровнем критики. Образ отца, как у пациентов, так и у здоровых испытуемых характеризуется запретом на открытое выражение чувств (элиминирование эмоций) и отвержением.

В целом эмоциональные коммуникации в семьях больных шизофренией отличаются индуцированием негативных эмоций в сочетании с запретом на их открытое выражение, что способствует их накоплению и стремлением скрыть свои проблемы от окружающих.

КОГНИТИВНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Лебедева Г.Г.

Санкт-Петербург, Санкт-Петербургское ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко»

На сегодняшний день нет достоверных данных об усугублении когнитивного дефицита по мере развития и хронизации заболеваний шизофренического спектра (Gold S., Arndt S., Nopoulos P. et al., 1999). В некоторых исследованиях показано (Rund B. R., 2008), что пациенты демонстрируют относительно стабильный уровень когнитивного функционирования, несмотря на возможные изменения тяжести клинической симптоматики. Шизофрения ассоциируется скорее со стабильным когнитивным дефицитом, чем с нарастающей деменцией (Критская В. П., Мелешко Т. П., 2004; Goldberg T. E., Greenberg R. D., Griffin S. J. et al., 1993).

Исследования, проведенные в последнее десятилетие, показали, что психосоциальное функционирование пациентов после лечения и выписки из больницы в существенной степени определяется состоянием их когнитивной сферы (Аведисова А. С., Вериго Н. Н., 2001; Green M. F., Nuechterlein K. H., 1999).

Целью исследования было изучение особенностей когнитивного и социального функционирования при расстройствах шизофренического круга.

Материал исследования. В исследовании приняли участие 75 пациентов с параноидной шизофренией (F 20.0) и 52 пациента с шизотипическим расстройством (F 21) в возрасте от 18 до 46 лет. Группы больных являлись сопоставимыми по 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 оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: методика последовательности соединений; тест беглости речевых ответов; тест «Сложная фигура Рея–Остеррица»; таблицы Шульце, субтесты 5, 7, 9 теста Векслера, стандартные прогрессивные матрицы Равена, пиктограммы. Для определения психосоциального статуса пациентов использовался «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера (2000).

В ходе исследования анализировались различия между группами пациентов с разной формой шизофрении. Сравнение между группами проводилось с помощью U-теста Манна-Уитни. Корреляции между переменными устанавливались с использованием непараметрического теста Спирмена.

Результаты. Были выявлены достоверные различия ($p<0,05$) в некоторых показателях. Пациенты с параноидной шизофренией уступают пациентам с шизотипическим расстройством в визуальной перцепции, зрительно-моторной координации, скорости образования навыка, психической устойчивости и переключении внимания, вербальной ассоциативной продуктивности, исполнительных функциях, контроле над действиями, конструктивном праксисе, пространственном анализе и синтезе. У них в большей степени снижена зрительная память и запас семантической памяти. Пациентам с параноидной шизофренией требовалась большая, чем пациентам с шизотипическим расстройством, подготовка к основной работе.

Были выявлены достоверные различия ($p<0,05$) в некоторых оценках социального функционирования и качества жизни пациентов. Пациенты с шизотипическим расстройством в большей степени удовлетворены своим психическим состоянием, чем пациенты с параноидной шизофренией, имеют большее количество дней временной нетрудоспособности по психическому заболеванию за год (включая лечение в амбулаторных условиях, в т. ч. в дневном стационаре). Большинство пациентов с шизотипическим расстройством занимаются до-

машным хозяйством, обслуживая самих себя, тогда как пациенты с параноидной шизофренией по инициативе родственников выполняют только несложные виды домашней работы.

Заключение. Вследствие более выраженных когнитивных нарушений (нейрокогнитивного дефицита), пациенты с параноидной шизофренией в большей степени испытывают сложности в повседневной деятельности, они менее успешно преодолевают жизненные трудности, хуже выдерживают внутренние и внешние нагрузки. Данные соотносятся с клиническими представлениями о шизотипическом расстройстве как «мягком», «пограничном» варианте болезни.

К ПРОБЛЕМЕ РАЗГРАНИЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ НОРМАЛЬНОЙ ГРУСТИ И ЛЕГКОЙ ДЕПРЕССИИ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО МЕТОДА В ПСИХИАТРИИ

Смирнова Д.А., Краснов А.Н., Слоева Е.А.,
Кувшинова Н.Ю., Устинов М.С., Романов Д.В.,
Носачев Г.Н.

Статистические отчеты ВОЗ указывают на то, что, по сравнению с XIX в., распространенность депрессий выросла с 0,4-0,8% до 5-10%, т.е. в десятки раз [Sartorius, N., 1993]. При этом заболеваемость увеличивается не столько за счет «больших» депрессий, сколько за счет легких форм [Kessler, R.C., et al., 1997]. Рост заболеваемости депрессиями связывают с контекстом существования в современном обществе, который преумножает спектр негативных жизненных обстоятельств и включает новые, зачастую достаточно искаженные в отдельных микрогруппах, ценностные стандарты и смысло-жизненные ориентиры [Maj, M., 2011; Холмогорова, А.Б. и др., 2010]. Представители прагматического подхода в психиатрии выражают скептическое отношение касательно данных о высокой распространенности (17%, США), объясняя ее феноменом ложноположительной диагностики за счет затруднений качественного разграничения состояний нормальной грусти, непатологической реакции и депрессивного расстройства [Maj, M., 2011; Faravelli, C., et al., 2012].

Рубрики проблемных состояний, представляющих опасность для здоровья из-за факторов, связанных с работой и безработицей (Z 56), обстоятельств жилищного и экономического характера (Z 59), адаптации к изменению образа жизни (Z 60), воспитания ребенка (Z 62), отношений с близкими людьми, семьей (Z 63), подменяются в гипердиагностических случаях рубриками МКБ-10, квалифицируемыми как легкие депрессии (F 32.0, 41.2, 43.2).

Гипердиагностика легких депрессий становится актуальной проблемой и требует внимания, т.к. формирует неблагоприятные последствия как общего социоэкономического характера, в ракурсе повышения занятости и рабочей нагрузки врача, финансовых затрат на проводимую терапию, роста числа дней нетрудоспособности данного контингента лиц, так и, прежде всего, для самого человека, который следует за диагнозом в рамках неверной тактики назначенных ему психокоррекционных мероприятий. В подобных случаях условно здоровым лицам, ссылающимся на актуальные жизненные проблемы, и демонстрирующим в отношении них психологическую, но не психопатологическую реакцию, назначается фармакотерапия, тогда как ряд психотерапевтических интервенций был бы более полезной и адекватной процедурой, мобилизующей психические ресурсы индивида.

Анализ причины возникновения ложноположительных статусов сводится к дискуссии о том, что клинико-психопатологический метод диагностики в большей мере сконцентрирован вокруг сбора и анализа вербальной информации, качество интерпретации которой зависит от грамотности, опыта и профессиональной рефлексии клинициста, работающего в лингвистическом контексте психопатологического знания и прицельной диагностики.

Уменьшение уровня субъективизации оценки данных и, основанной на этом, своего рода «погрешности», их интерпретации, возможно за счет исследования речи диагностируемых с помощью методов лингвистической науки.

Цель исследования. Оценка особенностей поверхностного и глубинного уровней речи в соотношении с клинико-психопатологическими характеристиками лиц с легкими депрессиями и состояниями наличия актуальных жизненных проблем.

Материалы и методы исследования. Протокол исследования одобрен Этическим комитетом СамГМУ (2006).

На основании материалов письменных самоотчетов и транскрибированных диктофонных записей интервью были изучены особенности организации поверхностной и глубинной речевых структур у пациентов с легкими депрессиями (группа Д, n=124), здоровых лиц с актуальными жизненными проблемами (ЗП, n=35) и здоровых субъектов группы контроля (З, n=42).

Для оценки речевых особенностей использовался психолингвистический метод (подсчет показателей лексико-грамматического, лексикостилистического, морфо-синтаксического подуровней (поверхностный уровень языка), контент-анализ текстов с выявлением семантических категорий и тем и семантические графы при использовании «Методики предельных смыслов» (глубинный уровень языка)).

Анализ текстового материала производился группой исследователей, включавшей психиатра, клинического психолога и лингвиста.

С помощью клинико-психопатологического метода (рубрики МКБ-10: Д - F 32.0 (24 (19,36%)), F 41.2 (26 (20,97%)), F 43.20 (24 (19,36%)), F 43.21 (31 (25,00%)), F 43.22 (19 (15,32%)); ЗП - Z 56 (7 (20,0%)), Z 59 (14 (40,0%)), Z 60 (4 (11,43%)), Z 63 (10 (28,57%))) и шкалы Гамильтона для оценки депрессии (среднее значение общего балла: Д - 14,30, ЗП - 3,77, З - 2,40) верифицировались состояния субдепрессивных пациентов и здоровых субъектов.

Математическая обработка данных проводилась с использованием методов дескриптивной статистики (X, +95%, -95%, min, max, S, s), непараметрических методик (U-критерий Mann-Whitney, тест Wald-Wolfowitz, $p < 0,05$) и математического моделирования с применением дискриминантного анализа (λ -Wilks; метод Standard) (Statistica 6.0, Statsoft, USA, лицензия СамГМУ).

Результаты и их обсуждение. Детальный анализ текстов выявил, что показатели речи представителей группы ЗП статистически значимо различаются с показателями речи в группах Д и З по ряду характеристик.

На лексико-стилистическом подуровне речь ЗП, в своей общей направленности имеет характеристики речи З, но структурно обедняется за счет высокого показателя индекса эллипсиса (З-1.21; Д-3.73; ЗП-1.60) и содержательно - за счет усиления тавтологии (З-1.26; Д-3.77; ЗП-1.66) и увеличения лексических, семантических повторов (З-1.69; Д-4.42; ЗП-1.97), снижается на уровне ассоциативного темпа за счет умолчаний (З-1.38; Д-1.91; ЗП-1.71), подвергается общей регрессии под влиянием включенности в переживание проблемной ситуации, определяя тенденцию схождения с речью Д. На лексико-грамматическом подуровне в речи ЗП содержится относительных местоимений больше, чем в речи З, и меньше, чем в Д (З-1.00; Д-3.46; ЗП-1.40), а также употребляются глаголы преимущественно совершенного вида (19 (54,29%)) и в настоящем времени (31 (88,57%)) (З - совершенного вида (27 (64,29%)), в настоящем и будущем времени (22 (52,38%)), Д - несовершенного вида, в прошедшем времени (116 (93,55%)).

На семантическом уровне ЗП характеризуются частотой выбора категорий и тем, сходной с З, но при этом чаще, чем З и Д, обращаются к теме «Жить ради семьи» (Семейная категория) (З-70(90,91%); Д-92(74,19%); ЗП-35(100%); $p=0,003$), и значительно реже, чем З, к темам «Занять положение в обществе» (Статусная) (З-39(92,86%); Д-5(4,03%); ЗП-10(28,57%); $p=0,042$) и «Понять себя» (Когнитивная) (З-33(78,57%); Д-1(0,81%); ЗП-11(31,43%); $p=0,042$), т.е. имеет место вектор изменения в ценностно-смысловых структурах, системе смыс-

ло-жизненных ориентаций и непатологического уровня, но все же редукция спектра смыслов в семантосфере исследуемых субъектов.

Созданная в ходе статистической обработки данных дискриминантная модель и предложенная на ее основании методика расчета для определения диагностических типов, с учетом вербальных характеристик, позволяют с вероятностью 98% дифференцировать легкие депрессии и состояния актуальных жизненных проблем у здоровых субъектов (λ -Wilks=0,0007; $p < 0,001$).

Выводы. Состояния легких депрессий и нормальной грусти у здоровых лиц имеют различия по лингвистическому критерию как на поверхностном, так и глубинном уровнях речи.

Полученные данные свидетельствуют в пользу того, что вербальные особенности могут выступать в качестве дополняющих, уточняющих и на доказательном уровне подтверждающих клинико-психопатологический метод маркеров диагностики, способствуют квалификации промежуточных «доболезненных» состояний на континуме «норма-болезнь».

Использование психолингвистического метода позволило установить правомерность выделения состояний переживания актуальных жизненных проблем у здоровых субъектов, а также сформировать основу для разработки плана диагностических и психокоррекционных/нефармакологических мероприятий в целях консультирования и ведения данной категории лиц в системе превентивной психиатрической практики.

ВЗАИМОСВЯЗ СУБЪЕКТИВНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТА ВЗАИМООТНОШЕНИЯМИ ВРАЧ-БОЛЬНОЙ С ЛИЧНОСТНЫМИ И КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лутова Н.Б., Раковская Н.В.

Санкт-Петербург, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Изучение факторов, влияющих на удовлетворенность пациента лечением, необходимо для улучшения психиатрической помощи, т.к. субъективная удовлетворенность является неотъемлемым показателем как качества медицинской помощи, так и качества жизни пациента в целом. Значимость этого параметра обусловлена его влиянием на комплаенс. Одним из наиболее важных факторов удовлетворенности пациента лечением является удовлетворенность взаимоотношениями врач-больной, непосредственно влияющая на формирование терапевтического альянса и, следовательно, на дальнейший контакт пациента со сферой психиатрического здравоохранения.

Целью настоящего исследования являлось установления взаимосвязи между показателями удовлетворенности пациентов взаимоотношениями врач-больной с особенностями приспособительного поведения и клинического состояния пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 70 пациентов, согласно МКБ принадлежащих к диагностическим рубрикам F20, F21 и F25. Из них: 44 женщины и 26 мужчин, от 18 до 65 лет, средний возраст 29,9 лет. Для проведения исследования использованы шкала негативных и позитивных симптомов PANSS, опросник субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре в структуру которого входит субшкала «удовлетворенность взаимоотношениями врач-больной». Последняя включает в себя вопросы, охватывающие такие аспекты взаимоотношений врач-больной, как оценка вклада врача в результат лечения, наличие или отсутствие страха перед психиатром, доверия к нему, желания иметь с ним дело в дальнейшем, согласия с курсом проводимого им лечения, понятности и прозрачности общения с ним, достаточности уровня его профессиональной компетентности и эмпатического потенциала, восприятия врачом пациента как человека, а не только как носителя симптомов, поддержки со стороны врача в построении жизненных планов, его доступности для решения проблем пациента.

Результаты. Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от показателей субшкалы «удовлетворенность взаимоотношениями врач-больной». Высокие оценки (от 28 до 36 баллов) отражают высокий уровень удовлетворенности больного взаимоотношениями с лечащим врачом, низкие показатели (от 0 до 28) – низкий уровень удовлетворенности по этой субшкале. В первой группе оказалось 33 человека, во второй – 37.

В результате статистического анализа данных получены следующие взаимосвязи:

- у пациентов с низкими показателями удовлетворенности взаимоотношениями с врачом обнаружены достоверно более высокие показатели симптомов: «дезориентация», «нарушение внимания», «снижение критичности и осознания болезни», «нарушение воли» шкалы PANSS, при этом, высокая удовлетворенность взаимоотношениями с врачом характерна для больных с большей выраженностью симптома «соматическая озабоченность»;

- более высокие показатели удовлетворенности взаимоотношениями с врачом обнаружены у больных с активно-продуктивным манифестным проблемно-решающим поведением, у них получены высокие показатели копинг-стратегий «поиск альтернативного самоутверждения», «попытки контролировать ситуацию», «подбадривание себя» и меньшая выраженность пассивно-зависимых и деструктивных копинг-стратегий «социальная инкапсуляция», «отчаяние», «агрессия».

Выводы. Выраженность различных психопатологических симптомов разнонаправленно влияет на удовлетворенность больного взаимоотношениями с врачом. Загруженность общими психотическими симптомами является препятствием для формирования удовлетворенности больного отношениями с врачом, поскольку острота состояния сама по себе мешает ощущению удовлетворенности в целом. Соматическая озабоченность пациента улучшает удовлетворенность контактом пациента с врачом. По миновании остроты симптоматики на первый план выходят психологические характеристики больных, в частности способность к успешному проблемно-решающему поведению, позволяющие выстраивать удовлетворительные отношения с лечащим врачом.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЗНИ

Мальцева Е.А., Злоказова М.В.

Киров, Кировская государственная медицинская академия

Шизофрения – психическое заболевание, которое приводит к снижению социального функционирования пациентов. По данным стоимостного анализа, социальные потери от шизофрении преобладают над медицинскими издержками в экономически развитых странах (Любов Е.Б., 2012). Сочетание психофармакотерапии с психосоциальными вмешательствами может снизить бремя шизофрении на 22% (Andrews G. et al., 2003). Применение биопсихосоциального подхода для реабилитации больных шизофренией требует детального анализа их клинико-социального статуса и психологических характеристик.

Цель исследования: изучить клинико-социальные характеристики пациентов с шизофренией молодого возраста в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы. на базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева было проведено исследование клинико-социального статуса 129 пациентов с параноидной шизофренией молодого возраста (средний возраст – 31,3±5,8) на этапе становления ремиссии. Первую группу составили пациенты с длительностью заболевания до 5 лет - 52 чел., вторую с длительностью от 5 до 10 лет – 38 чел., третью с длительностью заболевания 10-20 лет - 39 чел. Средний возраст начала шизофрении – 24,2±5,8. Среди обследованного контингента были пациенты с параноидной шизофренией с непрерывным типом течения (1 гр. – 46,2%, 2 гр. – 79,0%, 3 гр. – 89,7%),

эпизодическим с нарастающим дефектом (соответственно – 21,1%, 21,0%, 10,3%), с периодом наблюдения менее года (1 гр. – 32,7%).

Применялось клинико-психопатологическое обследование, оценка выраженности психических нарушений и определение уровня функционирования - по уровневой оси (шкала «GAF») карты многоосевой оценки психического состояния (Рустанович А.В., Фролов Б.С., 2001). Степень выраженности психопатологических расстройств уточнялась по шкале PANSS (Kay S.R. et al., 1987). Статистическая обработка производилась с помощью Statistica 12.0, Statsoft, Inc. Применялись: критерий Краскела-Уоллиса, Хи-квадрат Пирсона, метод ранговой корреляции по Спирмену. Был принят критический уровень значимости $p \leq 0,05$ (*- $p < 0,05$, **- $p < 0,001$ – 1 и 2 групп; ^ - $p < 0,05$, ^^ $p < 0,001$ – 1 и 3; ' - $p < 0,05$, »- $p < 0,001$ – 2 и 3 групп).

Результаты исследования: группы достоверно не различались по количеству баллов по шкалам позитивных, негативных синдромов и общей психопатологии PANSS. Для всей выборки средний балл по шкале позитивных синдромов PANSS составил 11,57±2,78; по PANSS N – 16,49±4,42; PANSS G – 27,85±5,24. При анализе по отдельным субшкалам слабые обратные корреляционные связи были выявлены между длительностью заболевания и субшкалами PANSS G1 «озабоченность соматическими ощущениями» ($r = -0,20 \pm 0,09$, $p < 0,05$), G2 «тревога» ($r = -0,21 \pm 0,09$, $p < 0,05$), G4 «напряжение» ($r = -0,27 \pm 0,09$, $p < 0,01$); слабые прямые корреляционные связи – G13 «волевые нарушения» ($r = 0,24 \pm 0,09$, $p < 0,01$), G14 «недостаточный контроль импульсивности» ($r = 0,24 \pm 0,03$, $p < 0,01$), т.е. при увеличении длительности болезни достоверно нарастали нарушения волевых побуждений к инициации, контролю и поддержанию собственных мыслей, поведению, движению и речи, а также нарушения регуляции внутренних побуждений, что проявлялось в импульсивных действиях; и наоборот, снижался уровень фиксации на различных соматических ощущениях и внутреннее напряжение как проявление страха и повышенной тревожности.

По шкале «GAF» не было выявлено достоверных различий между группами (средний балл для всей выборки – 52,16±11,18). Данные показатели соответствуют умеренной степени выраженности симптоматики (например, аффективная сглаженность, колебания настроения, приступы фобий и т.д.) и/или отчетливым затруднениям в социальном функционировании (ограничения в общении, частые конфликты и т.д.).

Регулярно принимали амбулаторное поддерживающее лечение не более 1/3 пациентов (1 гр. – 19,2%, 2 гр. – 28,9%, 3 гр. – 30,8%). Количество пациентов, получавших атипичные нейролептики, достоверно уменьшалось при увеличении длительности болезни (соответственно – 60,0%^, 45,5%

'; 8,3%), становилось больше пациентов, принимавших клозапин (0%, 0%, 25,0%), т.к. нарастала резистентность к терапии. Группы достоверно не различались по количеству пациентов, принимавших антидепрессанты (в среднем – 9,1%) и транквилизаторы бензодиазепинового ряда (27,3%).

Пациентов, имевших среднее специальное и высшее профессиональное образование, в 1 и 2 группах было достоверно больше (82,7%^ и 86,8% '), чем в 3 группе – 53,8%. Пациентов с неполным средним и средним образованием: 1 гр. – 17,3%^; 2 гр. – 13,2% '; 3 гр. – 46,2%, что можно объяснить более ранним дебютом шизофрении у больных 3 гр. (соответственно – 27,19±5,65*^^; 23,76±5,69 '; 20,49±3,63), вследствие чего они не успевали получить профессиональное образование.

В целом, при достаточном уровне образования обследуемых лишь небольшая часть работала/училась (1 гр. – 23,1%^, 2 гр. – 18,4% '; 3 гр. – 2,6%). По мере увеличения длительности болезни количество работающих достоверно снижалось, уменьшалось количество не работающих больных, не являвшихся инвалидами (соответственно – 50,0%^^^, 18,4%, 10,3%), нарастало количество инвалидов второй группы (15,4%^^^; 44,8% '; 74,4%). Группа инвалидности впервые определялась в среднем через 3,2±2,5 года после дебюта заболевания.

Несмотря на низкий показатель работающих пациентов, желание трудоустроиться высказали 44,2%. При увеличении длительности болезни количество пациентов, имевших положительную трудовую установку с реальными попытками найти работу, достоверно снижалось (1 гр. – 61,5%^^^; 2 гр. – 47,4% '; 3 гр. – 17,9%) и увеличивалось число больных, формально заявлявших о желании работать, не предпринимая для этого реальных действий (соответственно – 23,1%^^^; 31,6%; 46,2%), и тех, кто не хотел работать (15,4%^^^; 21,0%; 35,9%), что связано как с нарастанием волевых расстройств, так и снижением мотивации к труду. Необходимо раннее выявление пациентов, настроенных на труд, формирование мотивации к трудовому процессу и включение их в программы профессиональной реабилитации с последующим трудоустройством.

Несмотря на отсутствие достоверных различий в социальном статусе в целом во всей выборке пациентов были выявлены следующие закономерности: небольшая часть из них имела собственные семьи (были замужем или женаты 19,4%; никогда не состояли в браке – 60,5%; в разводе – 20,1%); более половины проживали с родителями и/или другими родственниками – 58,1%; детей имели 34,1%, из них не занимались воспитанием, перекладывая эти обязанности на родственников, и не поддерживали связи со своими детьми – 27,3%; тяжелое материальное положение (средств хватало только на питание) отмечалось в 19,4% случаев; проживали в неблаго-

устроенной квартире/доме с отдельной комнатой 18,6%, не имели собственной комнаты – 17,8%; более половины не имели друзей – 52,7%; ничем не увлекались – 17,8%; среди интересов преобладали: рукоделие (шили, вязали, вышивали, делали поделки из бумаги) – 22,6%, чтение книг – 18,9%, музыка – 15,1%, просмотр телепередач – 14,2%, компьютер (просмотр фильмов, социальные сети, игры) – 12,3% и др.

Выводы: по мере увеличения длительности болезни у пациентов молодого возраста с параноидной шизофренией, достоверно нарастают волевые расстройства, нарушения регуляции внутренних побуждений в виде импульсивных действий; и наоборот, снижался уровень фиксации на различных соматических ощущениях и внутреннее напряжение. Регулярно принимали амбулаторное поддерживающее лечение не более 1/3 пациентов, что свидетельствовало о некомплайенсе. Социальные проблемы (высокий уровень безработицы, одиночество, материальное неблагополучие, отсутствие хобби) достаточно часто выявлялись уже на начальных этапах болезни. По мере увеличения длительности шизофрении достоверно уменьшалось количество работающих пациентов, а также тех, кто хотел бы трудоустроиться, и нарастало количество инвалидов. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке индивидуальных программ психосоциальной реабилитации.

ВОСПРИЯТИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЕГО ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМИ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Семенов Д.Г., Башмакова О.В., Карпов А.М.

Казань, ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия МЗ и СР РФ

Коморбидность соматической патологии при параноидной шизофрении достигает 74%. Учитывая сложившееся в обществе отношение к психическим заболеваниям по сравнению с другими видами патологии, проецируемое на личность больного, и поведенческий паттерн, реализуемый больными шизофренией, изучение внутренней картины соматического заболевания в рамках данной нозологической единицы и его лечения представляется крайне актуальным.

Цель исследования – проследить типологию внутренней картины болезни соматической патологии при параноидной шизофрении и особенности отношения к фармакотерапии соматического и психического заболевания.

Материал и методы. Наблюдалось 111 больных параноидной шизофренией F20.0 с коморбидной соматической патологией (острой пневмонией, хро-

ническим необструктивным бронхитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, острыми респираторными заболеваниями), мужчин – 57, женщин – 54, средний возраст – 49,35±8,3 лет, средняя продолжительность заболевания – 12,6±4,2 лет. Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Для личностной оценки выраженности отдельных болезненных проявлений использовалась шкала Дембо-Рубинштейн в модификации Т.М. Габриэл (1972).

Результаты. Проанализировано отношение больных к методам лечения психопатологических и соматических расстройств. Для больных параноидной шизофренией наименее приемлемой оказалась психофармакотерапия. В большей степени пациенты поддерживали немедикаментозные методы коррекции психопатологии: физиотерапию, лечебную физическую культуру, фитотерапию, психотерапию и гомеопатию.

По поводу соматического заболевания пациенты давали высокие оценки болезням в целом и их отдельным симптомам. Можно предположить, что соматическое заболевание является более приемлемым для больных шизофренией, нежели психическое. Однако оценка симптомов соматического заболевания искажалась привнесением изменений в соматической сфере, связанных с длительной нейрореплетической терапией. Пациенты позитивно оценивали методы соматотропной терапии.

Выводы. 1. Соматическое заболевание рассматривается больными параноидной шизофренией более приемлемым, нежели психическое.

2. Соматотропная терапия оценивается пациентами значимо выше, чем психофармакотерапия.

3. Отношение к лечению соматической и психической патологии дифференцировано, что связано с сохранением гомеостаза «Я» даже при выраженных психопатологических нарушениях и проекцией социальных позиций как по отношению к психической и соматической патологии, так и по отношению к лечению психических расстройств и других видов патологии.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ НА ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Сорокин М.Ю., Макаревич О.В.

Санкт-Петербург, ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Учитывая хронический характер течения эндогенных психозов, высокое значение для итоговой эффективности лечебной программы играет приверженность пациентов терапевтическим рекомендациям врача. Большую роль в поддержании комплаентности при длительном лечении может

играть собственная мотивация больных к лечению. При этом остаются мало изученными процесс формирования такой мотивации, и факторы, влияющие на её становление.

Цель исследования: изучение взаимосвязи мотивации к лечению и особенностей реакции на болезнь пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. Обследован 51 пациент отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Из них 35 женщин и 16 мужчин, средний возраст – 32,5 года. Все больные соответствовали диагностическим критериям рубрики F2 МКБ-10. Средняя продолжительность заболевания в выборке составила – 9 лет, среднее количество госпитализаций за весь период болезни – 5. Лечащим врачам предлагалось оценить уровень мотивации к лечению каждого пациента в соответствии с критериями разработанной в отделении шкалы мотивации. Минимальный уровень оценивался в 0 баллов, что означает отсутствие мотивации к лечению. Максимальный уровень – 5 баллов соответствует наличию устойчивой мотивации к длительной поддерживающей фармако-психотерапии. С целью изучения типов реакций на текущее психическое заболевание пациентам предлагалось заполнить опросник диагностики типа отношения к болезни ТОВОЛ, разработанной в НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Полученные данные анализировались с помощью тестов Крассела-Уоллиса и Манна-Уитни.

Результаты. Пациенты, у которых в соответствии с алгоритмом методики ТОВОЛ диагностированы типы отношения к болезни первого блока, показали достоверно более низкие показатели мотивации к лечению по сравнению с больными, у которых был определён интрапсихический тип реакции на психическое заболевание ($M(x_1)=1,8$ $M(x_2)=3,1$; $Sig.0,02$).

Приблизались к достоверным различия в уровне мотивации между пациентами с интрапсихическим и интерпсихическим типами отношения к болезни ($M(x_2)=3,1$ $M(x_3)=2,4$; $Sig.0,054$).

Выводы. Ведущую роль в формировании мотивации к лечению у больных шизофренией играет степень вызванной болезнью социальной дезадаптации. Для пациентов с интерпсихическим типом отношения к болезни характерны тревожные, ипохондрические, меланхолические, апатические реакции. Такие пациенты способны найти широкую социальную поддержку в процессе терапии – при этом демонстрируют меньший уровень собственной мотивации к лечению, чем больные с интрапсихическим типом реагирования. Последние склонны к сенситивным, эгоцентрическим, дисфорическим и паранойальным реакциям на изменения, происходящие в их жизни в ходе заболевания. Больные с типами отношения к болезни первого блока ТОВОЛ, имеют гармоничный либо эргопатический и ано-

зогностический типы реакции на заболевание. Они не приобретают значительной социальной дезадаптации. Низкие показатели мотивации к лечению у пациентов этой группы объясняются преобладанием анозогностических и эргопатических реакций, их неприятием «роли» больного, а также преимущественной опорой на мнение врачей-специалистов в отношении вопросов лечения психического расстройства.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Спкина А.А., Софронов А.Г.

Санкт Петербург, Северо-Западный Государственный
Медицинский Университет им. И.И. Мечникова

Шизофрения, по современным представлениям, является относительно гетерономной группой хронических психических расстройств, начинающихся, как правило, в молодом возрасте и зачастую ведущих к инвалидизации больных.

Задача. Выявить основные прогностические факторы и оценить их вклад в восстановление больных шизофренией.

Материал. 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. Из них 168 (56%) женщин и 132 (44%) мужчины.

Результаты. Статистический анализ факторов, детерминирующих развитие рецидива психопатологической симптоматики у пациентов с верифицированным диагнозом шизофрения, был проведен с помощью метода логистической регрессии. Критическим значением развития рецидивов у обследуемых пациентов является суммарное значение коэффициентов шансов у них более 6,03.

Обсуждение/ В процессе исследования выявлена тесная связь между благополучием семьи (асоциальные семьи, неполные семьи, криминальные семьи) и риском нарушения социально-психологического функционирования у пациентов. Как правило, такие семьи характеризуются низким социальным статусом в какой-либо из сфер жизнедеятельности или нескольких одновременно, не справляющиеся с возложенными на них функциями. Их адаптивные способности существенно снижены, процесс семейного взаимодействия протекает с большими трудностями, медленно и мало результативно.

Низкий социально-экономический статус – важный фактор риска развития рецидива психических расстройств у пациентов. Данные исследования указывают на то, что психические расстройства в 1,6 раза чаще встречаются среди пациентов из бедных семей. Социально-экономический статус вызы-

вает малое, но статистически значимое увеличение риска развития рецидива у пациента, причем эта связь не зависела от других факторов (негативное воздействие бедности было более заметно для женщин, по сравнению с мужчинами).

Выводы. Установлено, что рецидив психопатологической симптоматики у пациентов с верифицированным диагнозом шизофрении достоверно ($p < 0,05$) предопределяется целым рядом взаимно пересекающихся демографических, социальных и экономических факторов.

АГРЕССИВНОСТЬ И МОДЕЛЬ ДЕФИЦИТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Худякова Ю.Ю., Школяр А.С.

*Ижевск, БУЗ и СПЭ «Республиканская клиническая психиатрическая больница Минздрава Удмуртии»,
ГКУЗ «1 РПБ» МЗ УР*

Шизофрения приводит к изменениям личности, дефицитарным нарушениям когнитивной и коммуникативной сферы, которые рассматриваются как механизмы негативной симптоматики и проявляются в виде редукции энергетического потенциала, замедленности познавательных и психомоторных процессов, бедности побуждений, дефицита целеполагания и целедостижения, адинамии уровня притязаний (Зейгарник Б. В., 1986; Коченов М. М., 1978, Ю. Ф. Поляков, 1991).

Одной из задач экспериментально-психологического исследования больных шизофренией является определение степени выраженности дефекта.

Нам представляется целесообразным использование психоаналитического концепта агрессивности в психодиагностической и психокоррекционной работе с больными шизофренией.

В концепции динамической психиатрии Г. Амон рассматривает агрессию как центральную Я-функцию [3]. Агрессия понимается как степень активности отношения индивида к окружающему миру, как уровень целенаправленности и целесообразности душевной деятельности, агрессия обеспечивает способность к контактам, формированию и удержанию целей, представляет собой общий потенциал активности, которым располагает личность для решения задач адаптации и поддержания идентичности (Г. Амон, 1980).

Психодинамику психических заболеваний Амон Г. рассматривает как проявление и результат нарушения в развитии функций Я. Функции Я в своем развитии зависят от структуры отношений, прежде всего, в первичной группе, в особенности, в рамках раннего симбиоза матери и ребенка. Нарушения межличностного процесса в симбиозе приво-

дят к структурному дефициту Я, к патологической деформации первоначально конструктивной агрессии, либо к недоразвитию Я-функции агрессии, в связи с чем Г. Амон выделяет конструктивный, деструктивный и дефицитарный варианты проявления деструктивных побуждений. Агрессия может терять свое приспособительное значение, становясь дезинтегрирующим и дезрегулирующим фактором (Тупицын Ю.Я. с соавт., 1998).

Кабановым М. М., Незнановым Н. Г. с соавторами были описаны различия в психологических характеристиках, формирующих те или иные формы агрессивного поведения у больных шизофренией. Было выявлено, что у больных шизофренией конструктивный вариант проявления деструктивных побуждений сопровождается увеличением уровня психической активности, на фоне которой актуализируется психопатологическая симптоматика (М. М. Кабанов, Н. Г. Незнанов, 2003). Конструктивная агрессия отличается импульсивностью с преимущественной мотивацией в виде аффективно окрашенных психопатологических идей сверхценного или бредового содержания. При конструктивном варианте агрессии имеет место отсутствие истинной социализации агрессивности у больных шизофренией с преимущественным усвоением по механизму подражания внешних, поведенческих алгоритмов реализации агрессии и недостаточным формированием внутренних социально-позитивных установок, детерминирующих поведение в специфических агрессивных ситуациях.

При деструктивном варианте реализации агрессии у больных шизофренией отмечалось повышение уровня психической активности, актуализация психопатологической симптоматики со склонностью к образованию аффективно окрашенных «психологических детерминант», мотивирующих поведение, наличие импульсивных реакций с избыточным субъективизмом и недоучетом требований реальности, непредсказуемостью действий.

Дефицитарной агрессии при шизофрении соответствуют черты неуверенности, нерешительности, тревожной мнительности со склонностью к колебаниям и трудностям в принятии решений, тенденция к аутизации, эмоциональная отстраненность и холодность в межличностных отношениях, снижение общей психической активности, снижение мотивационного компонента, приводящего к падению продуктивности психической деятельности, уменьшение эмоциональной насыщенности психического состояния, недостаточная стеничность, целенаправленность поведения, недостаточная настойчивость в достижении целей, склонность к пассивным формам реагирования.

С ростом уровня агрессивности у больных шизофренией увеличиваются конструктивный и деструктивный варианты реализации агрессии и уменьшается ее дефицитарный компонент; отме-

чается повышение общего уровня психической активности со стеничностью поведения, мотивированного аффективно окрашенными доминирующими идеями субъективного характера, без учета требований реальности и интересов окружающих людей.

По нашему мнению, использование психоаналитического концепта агрессивности будет способствовать дальнейшей продуктивной разработке модели дефицитарной психической активности больных шизофренией для психодиагностической и психокоррекционной работы.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ЗАВИСИМОСТЕЙ ШКАЛ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ ОПРОСНИКОВ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ярзуткин С.В., Сабитов И.А., Павлова Ю.М.

Ульяновск, ФГБОУ ВПО «Ульяновский Государственный Университет»

Шизофрения остается заболеванием невыясненной этиологии с нарастанием нарушений мышления, обеднения эмоциональных реакций, ослаблением волевых качеств, ведущих к состоянию апатического слабоумия. Актуальной проблемой в изучении структуры индивидуальности больных шизофренией является взаимоотношение уровней темперамента и личности. Учитывая тот факт, что одни исследователи эти понятия ставят в один ряд, считают их изоморфичными (Айзенк Г., 1953; Грей Дж., 1991; Цукерман М., 1991), другие считают их относительно независимыми друг от друга (Русалов В.М., 1985, Стреляу Я., 1982; Мерлин В.С., 1986), а другие находят точки пересечения этих двух уровней, определяя темперамент, как ядро личности, его биологический компонент (Басс А., Пломин Р., 1991; Хофсти В., 1991), можно предположить о неоднозначности связи этих двух систем, о динамичности их взаимоотношений. Хотя каждый автор пытался по-своему раскрыть характер этих взаимоотношений, в конечном итоге никому не удалось ясно и до конца раскрыть структуру этих связей, механизм их детерминации.

Учитывая многообразие теоретических взглядов, нам представляется наиболее приемлемой позиция, согласно которой темперамент и личность – два разных уровня индивидуальности, но эти два уровня не являются полностью независимыми, имеются множественные связи между ними, которые могут иметь разную природу, в том числе связанную и с влиянием друг на друга. Эти связи не являются постоянными, например, разные длительные физические или психические воздействия могут изменить характер этих связей (например, исполь-

зование психофармакологических препаратов в лечении больных шизофренией).

Исходя из всего вышесказанного, актуальность данной работы связана с получением дополнительных данных для создания более полного представления о структуре индивидуальности человека, его уровней, темперамента в частности, и его связи с личностными особенностями; полученные данные позволяют также уточнить индивидуально-психологические особенности больных шизофренией, некоторые параметры их темпераментальных и личностных структур.

Основной целью нашего исследования было изучение корреляционных зависимостей темпераментальных и личностных характеристик больных шизофренией.

Основная гипотеза нашего исследования состояла в том, что структура индивидуальности больных шизофренией (в частности, темпераментальный и личностный уровни) существенно образом отличается от структуры индивидуальности психически здоровых людей.

В исследовании приняли участие 404 испытуемых обоего пола (120 мужчин и 284 женщины) в возрасте от 20 до 25 лет (средний возраст – 22,4 года). Из них 220 человек – здоровые психически люди: студенты, врачи, медсестры, рабочие, служащие. А 184 человека – больные шизофренией (параноидная форма), находящиеся на лечении в Ульяновской областной клинической психиатрической больнице

Для решения задач исследования и для выявления индивидуально-психологических особенностей испытуемым предлагались для заполнения анкетные тестовые методики, оценивающие структуру индивидуальности (темпераментальные и личностные параметры), в частности:

1. Личностный опросник Айзенка (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ).
2. Опросник «Пять факторов» (NEO Five Factor Inventory, форма S).
3. Опросник структуры темперамента (В-ОСТ).
4. Опросник Майерс-Бриггс (МВТИ).

Для компьютерной обработки результатов исследования применялся статистический пакет «Статистика» («Statistica for Windows» Release 5.0 A), выявление корреляционных зависимостей шкал опросников производилось с помощью процедуры корреляционного анализа (Correlation Matrices).

Результаты исследования по итогам корреляционного анализа шкал опросников:

1. Корреляционные связи шкал опросников, оценивающих структуру индивидуальности по параметрам личностных и темпераментальных характеристик у больных шизофренией более разнообразны, при этом имеется большее их количество, чем между теми же шкалами у испытуемых контрольной группы здоровых.

2. Корреляционные связи шкал батареи тестов экспериментальной и контрольной групп достаточно заметно отличаются друг от друга. Так у экспериментальной группы менее сгруппированы шкалы социального ряда (экстраверсия, социальные шкалы ОСТА), часть из них фактически не имеют связей между собой.

3. Наименее значимые связи с другими шкалами опросников имеет методика Майерс-Бриггс, что может говорить об относительной независимости ее шкал личностных характеристик от других шкал. Это может также косвенно свидетельствовать об недостаточной адаптации данного варианта методики к отечественным условиям, поскольку даже достаточно известная шкала «экстраверсия» в данной методике слабо коррелирует с подобными шкалами других методик, в частности EPQ и NEO-FFI.

4. Личностные характеристики пятифакторного опросника NEO-FFI (открытость, дружелюбие и добросовестность) имеют слабые связи с другими личностными шкалами, что может свидетельствовать об гомогенности и независимости этих первичных, глобальных личностных черт. Экстраверсия и нейротизм, которые многие исследователи также относят к личностной сфере, (но по нашему мнению, относящиеся к темпераментальной области), имеют соответствующие связи с социальным (коммуникативным) рядом шкал и эмоциональной стабильностью-нестабильностью в рамках темпераментальных шкал.

Таким образом, выявлено значимое различие структуры индивидуальности здоровых и больных шизофренией (по параметрам личности и темперамента).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯХ

Яхин К.К., Газизуллин Т.Р.

Казань, Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Основой рационального и эффективного подбора антипсихотической терапии при параноидной шизофрении является ее назначение с учетом ведущей психопатологической симптоматики. Исследования, Apter et al, 1990, Van Praag et al, 1997, касающиеся прогнозирования эффективности фармакотерапии нейролептиками, показали больший удельный вес элементарных психических нарушений (структурных признаков-маркеров), нежели влияние общей клинической картины психоза. Таким образом, современным этапом практического развития психопатологического анализа в психиат-

рии является постепенный переход от клинического к субклиническому уровню, где ведущие роли занимают многомерные исследовательские методы и, в частности, факторный анализ.

Целью исследования являлось изучение структуры психопатологической симптоматики у больных параноидной шизофренией, находящихся в отделении первого психотического эпизода и отделении общего типа на базе ГАУЗ РКПБ им. акад. В.М.Бехтерева МЗ РТ (г. Казань).

Методы. В исследование было включено две выборки пациентов с диагнозом параноидной шизофрении по МКБ 10 с длительностью заболевания до 5 лет и 5-10 лет, находящихся в состоянии обострения заболевания. Изучение структуры психопатологической симптоматики проводилось при помощи факторного анализа по Краткой Психиатрической Оценочной Шкале (BPRS) на первые 10 дней лечения. Учитывались симптомы BPRS с факторной нагрузкой $\geq |0,7|$.

Результаты. Первый фактор у пациентов обеих групп представлен эмоционально-волевыми и когнитивными нарушениями, тогда как второй и третий факторы определяются аффективными расстройствами. Второй фактор у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет соответствует маниакальному, тогда как у пациентов с длительностью заболевания 5-10 лет – депрессивному расстройству. Противоположная картина наблюдается по третьему фактору, где у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет он представлен депрессивным синдромом, у пациентов с длительностью заболевания 5-10 лет – маниакальным.

ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИЙ ПРИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ (КЛИНИКО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Пантелеева Г.П., Мелешко Т.К., Критская В.П., Абрамова Л.И., Олейчик И.В., Столяров С.А., Шипилова Е.С., Соколов А.В.

Москва, ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН

Цель исследования. Определить клинико-психопатологические и патопсихологические характеристики негативных личностных расстройств и уточнить их диагностическое значение на основе персонифицированных подходов к разработке стандартов их распознавания.

Материал и методы. Обследовано 37 больных приступообразной шизофренией, все женщины, средний возраст 23,2 года. Все больные проходили стационарное лечение в клинике НЦПЗ РАМН в период развития у них острых психотических при-

ступов разной психопатологической структуры. Психотические картины приступов квалифицировались в рамках галлюцинаторно-бредовых (ГБ) (14 больных), депрессивно-бредовых (ДБ) (11 больных) и маниакально-бредовых (МБ) (12 больных) синдромов [F20.0(1-3); F31.(2,5) и F33.3]. Все больные по показаниям получали курсовую психофармакотерапию антидепрессантами и/или нейролептиками. Оценка психического состояния больных осуществлялась в динамике, начиная с первого дня поступления в стационар (1 точка) вплоть до редукции психотических (продуктивных) расстройств и выхода в ремиссию с формированием негативных расстройств, перед выпиской из стационара (2 точка). Тяжесть психотического состояния и его структура определялись клиническим и психометрическим методами с помощью оценочной шкалы PANSS в двух ее подшкалах (для позитивных и общепсихопатологических синдромов). При выписке из стационара (2 точка) определялась также выраженность негативных расстройств по подшкале негативных синдромов PANSS как по суммарному баллу всех ее признаков, так и по среднему баллу выраженности отдельных признаков (п.п.1,2,3,4). Во 2 точке больным проводилось также экспериментально-психологическое исследование. Оно включало анализ компонентов патопсихологического синдрома, отражающих факторы развития шизофренического процесса: мотивация и регуляция психической деятельности, уровень формально-логического мышления, характеристика психической активности, эмоционального реагирования на успех/неуспех в ходе эксперимента, адекватность самооценок, уровни делового (при совместной деятельности) и спонтанного общения. Анализировались также характеристики познавательного стиля, отражающие степень высвобождения пациентов из социального контекста (снижение избирательности и социальной перцепции).

Результаты и обсуждение. В результате курсового лечения всех больных тяжесть острых психотических состояний снижалась, средний балл каждого из 23 признаков подшкал позитивных и общепатологических расстройств от 1 до 2 точки уменьшался от 3,4 до 1,8 баллов, т.е. от близкой к «умеренно выраженной» до менее чем «очень слабо выраженной». Та же тенденция обнаружена и в синдромальных подгруппах больных, хотя изначальная тяжесть психопатологических симптомов (в 1 точке) при ГБ-синдромах была выше (до 3,6 баллов) по сравнению с ДБ- и МБ-синдромами (по 3,3 балла).

Анализ структуры негативных расстройств в период их формирования (2 точка) показал общие их особенности во всех трех синдромальных подгруппах больных. Наибольшую степень выраженности среди негативных признаков имели характеристики «притупленного аффекта» и «эмоциональной отгороженности» (п.п.1,2 подшкалы), однако в подгруп-

пах с ГБ, ДБ и МБ-синдромами они различались степенью тяжести и соответственно равнялись 3,1 и 2,9; 3 и 2,3 и 2,8 и 2,1 баллам в среднем. Показатель нарушения коммуникабельности (п.3) по степени выраженности в подгруппах с ГБ и ДБ-синдромами равнялся тяжести признака «эмоциональной отгороженности» (п.2) (соответственно 2,9 и 2,3 балла), но в МБ-подгруппе этот показатель был значительно меньше, чем в п.2, и определялся ниже уровня «очень слабой выраженности» (1,8 балла). Существенные различия между ГБ-подгруппой и ДБ- и МБ-подгруппами обнаружены в оценке симптомов «апатии и социальной пассивности» (п.4): у больных с ГБ-расстройствами этот показатель в среднем достигал 3 баллов (отчетливо «слабой выраженности»), а в двух других подгруппах он практически был на уровне «очень слабо выраженного» (по 2,1 баллу).

Результаты экспериментально-психологического исследования обнаружили разный характер представленности патопсихологических параметров в общей группе больных в период становления ремиссии при приступообразной шизофрении после завершения психотических приступов. Установлена также разная степень снижения отдельных компонентов патопсихологического синдрома в синдромальных подгруппах психозов в предшествующих ремиссии приступов. У больных ГБ-подгруппы наиболее выраженным было снижение мотивации, регуляции и психической активности (инициативности), что соответствует клиническому показателю «психической пассивности». Сходные результаты получены по данным анализа параметра совместной деятельности и спонтанного общения (соответствует клиническому параметру «нарушение коммуникабельности»). Наименьшая степень снижения спонтанного общения отмечалась в МБ-подгруппе, наибольшая – в ГБ-подгруппе. Резкое снижение значений теста на эмоциональное реагирование («притупленный аффект») обнаружено в ДБ-подгруппе (у 70% больных), наименьшее – в МБ-подгруппе (25%), ГБ-подгруппа занимала по степени нарушения этого параметра промежуточное положение (у 57%). Для больных всех трех синдромальных подгрупп было характерно отсутствие адекватных самооценок собственной личности и преобладание завышенных или противоречивых самооценок, что свидетельствует о снижении их критичности по отношению к себе. Для всех исследованных пациентов было характерно высвобождение из социального контекста, что отразилось в снижении показателей избирательности и социальной перцепции, т.е. в снижении социальной направленности их поведения.

Выводы. Таким образом, формирующиеся в ремиссии приступообразной шизофрении негативные расстройства в общей группе обследованных больных по степени тяжести находятся на уровне

«слабой выраженности» и/или ниже его и не достигают отчетливой градации «умеренной выраженности». Степень тяжести и структура негативных синдромов тесно взаимосвязаны с синдромальной картиной психоза в приступе. Негативные синдромы, формирующиеся в подгруппах с ГБ, ДБ и МБ-расстройствами в приступах, имеют разную предпочтительную для них структуру и разную степень выраженности их отдельных признаков. В психопатологической структуре негативных синдромов всех синдромальных подгрупп (с ГБ, ДБ и МБ-расстройствами) по степени тяжести доминируют симптомы эмоциональных нарушений - «притупленного аффекта» и «эмоциональной отгороженности». Наиболее variabelен в своей выраженности был признак «нарушения коммуникабельности».

Наибольшая степень тяжести отдельных негативных признаков и наиболее равномерно представленная оценка их выраженности обнаруживается в картине негативных расстройств после ГБ-приступов, достигая отчетливой градации «слабо выраженных». По выходе из ДБ- и МБ-психозов негативные изменения представлены с меньшей тяжестью, на уровне «очень слабо» выраженных, но в структуре негативных синдромов после МБ-приступов степень тяжести отдельных признаков по сравнению с подгруппой ДБ-расстройств была не только ниже по балльной оценке, но и отличалась неравномерной по тяжести представленностью отдельных негативных симптомов, в особенной мере это касалось признака, отражающего «нарушение коммуникабельности», который в подгруппе МБ-синдромов был представлен в наименьшей степени и определялся на уровне ниже «очень слабой выраженности».

Результаты проведенного патопсихологического исследования в период формирования ремиссии у больных приступообразной шизофренией в целом соответствуют результатам клинико-психопатологического анализа негативных расстройств и отражают закономерности их формирования. Установленные характеристики и уровни снижения выраженности отдельных компонентов патопсихологического синдрома по-разному представлены в синдромальных подгруппах больных, обнаруживая определенную взаимосвязь степени снижения уровня их проявления с уровнем расстройства психической деятельности в картине предшествующих ремиссии психотических приступов и значительно обогащают данные клинического анализа.

МЕСТО НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ В СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Коцюбинский А.П., Бутوما Б.Г.,
Мельникова Ю.В., Аксёнова И.О., Пенчул Н.А.

Санкт-Петербург, ФГБУ СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

В рамках предстоящего пересмотра классификаций психических болезней остается неопределенным и логически непонятным место для состояний, которые характеризуются признаками эндогенности, с одной стороны, и непсихотическими проявлениями на всем протяжении заболевания или, в случае психотических форм расстройства, на определенном его этапе, с другой. Например, в качестве нового класса психических расстройств выделяется аттенуированный (ослабленный) психотический синдром (*attenuated psychosis syndrome*), рассматриваемый вне пределов шизофрении и вместе с тем относимый к продромальным ее проявлениям. Разработанные критерии фактически касаются затяжного продрома психотического эпизода и основаны на проспективных наблюдениях большой когорты подростков и молодых людей, у которых за несколько лет до манифестации заболевания наблюдались различные субпсихотические симптомы и проблемы с адаптацией в школе или дома [Cannon T. D. et al., 2008; Ruhrmann S. et al., 2010].

Среди наиболее часто встречающихся в продромальном периоде у этих больных переживаний, относимых к бредовым, чаще были: нестойкие идеи отношения, подозрительность, необычные (не соответствующие культуральной среде) мысли, верования, а реже – идеи преследования, влияния, воздействия, овладения и другие фантастические идеи. Несколько реже наблюдались нарушения восприятия, дереализация с отчуждением или искажением реальности, акаозмы, акустическое «эхо», слуховые галлюцинации.

Особый интерес представляли признаки дезорганизации мышления и речи, диапазон которых весьма широк: от ассоциативных (формальных) нарушений мышления (фрагментарность, паралогичность, нецеленаправленность, соскальзывания, тангенциальность, неологизмы) до обеднения или искажения мыслительной деятельности и речевой продукции. Последнее характеризовалось наличием обрывов мыслей (шперрунгов), оскудением речи (олигофазией), обеднением ассоциаций, нарушением понимания письменной и устной продукции, неуправляемостью мышления, магическим мышлением, произвольными мыслями, эхо-мыслями, путаницей или наплывов мыслей и др. Последние по своей феноменологии приближаются к малым психическим автоматизмам, описанным в свое время Клерамбо. Перечисленные выше симптомы, выступая в рамках аттенуированного психоти-

ческого синдрома, вызывают заметный дистресс и затрудняют функционирование (деятельность) пациента, приводя к нетрудоспособности и мотивируя его или его родственников к обращению за медицинской помощью.

Введение рубрики «аттенуированный (ослабленный) психотический синдром», как указывает W.Carpenter [2009], будет способствовать пониманию траектории развития болезни и разработке подходов к ранней терапии продромальных расстройств. В то же время, как подчеркивает С.Н.Мосолов [2012], многие из этих позитивных подпороговых симптомов могли длительное время оставаться стабильными и не перерастали в психоз, как это и имеет место при малопрогрессирующих формах шизофрении или шизотипическом расстройстве личности. Кроме того, как свидетельствует клиническая практика, помимо продуктивной симптоматики и ухудшения функционирования, у этих больных нередко обнаруживаются когнитивный дефицит и негативные симптомы [Hdfner H., Van der Heiden W. 1999; Klosterkotter J. et al., 2008], которые представляют не меньшую диагностическую и предиктивную ценность. Важными признаками, также не включенными в критерии аттенуированного синдрома, является наследственная отягощенность расстройствами шизофренического спектра. Однако в предлагаемые критерии эти нарушения также не включены. Наряду с этим, как отмечает А.Б.Смулевич [2012], в плане распознавания шизофрении в качестве одного из ранних, продромальных проявлений эндогенного процесса могут выступать формирующиеся патохарактерологические расстройства.

Кроме того, отнесение элементов единого процесса к разным классам психической патологии и изолированное их рассмотрение в действительности не только сужает интеллектуальное осмысление и синтезирование врачом обнаруживаемых в процессе диагностики патогенетически связанных между собой явлений, но и ограничивает формулирование им комплексных лечебно-реабилитационных индивидуальных программ. Этот подход создает представлению о психических феноменах как эклектически случайной совокупности явлений, что не только отбрасывает развитие психиатрии как науки на столетие назад, но и затрудняет формирование у исследователей мотивации для системного изучения проявлений заболевания.

Не случайно появляется все больше работ, свидетельствующих о необходимости и целесообразности более глубокого проникновения в их клиническую сущность. При этом, как подчеркивает В.Н.Краснов [2008], «речь не идет о воспроизведении и консервировании принципов уже известных подходов, но именно о развитии психопатологии с поиском новых оснований для наиболее точной клинической диагностики, построения функционального диагно-

за, а также клинического и социального прогноза. Вероятно, здесь возможна и полидиагностика, включающая описательную феноменологию, психодиагностику, оценку социального функционирования, нейропсихологические подходы». Необходимость такого переосмысления имеющихся на сегодняшний день клинических представлений связана также и с тем, что, как подчеркивает М.Ю.Попов [2004], до сих пор продолжают доминировать устаревшие представления о фатальном, неизбежно прогрессирующем и приводящем к формированию дефекта течения шизофрении, исторически лежавшие в основе классической нозологической концепции. Результаты длительных катамнестических исследований говорят об исключительном многообразии вариантов течения и о значительной частоте благоприятных исходов шизофрении. При этом высокую частоту прогностически благоприятных случаев нельзя объяснить только ошибками диагностики или использованием недостаточно строгих критериев, поскольку их доля практически не зависит от диагностического подхода. Анализ ряда параметров (позитивных и негативных симптомов, когнитивных нарушений) с точки зрения их динамики показывает, что и для каждого из них в отдельности прогрессирующая течения не является обязательной чертой.

МЕСТО ЭТОЛОГИИ В МЕТОДОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Киселёва Ж.В.

Самара, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава»

На рубеже веков из уст психиатров раздаются мнения о кризисе психиатрии и особенно клинической психиатрии. В последней клиническая беседа подменяется интервью, формализованными историями болезни, подменой клинико-психопатологического феноменологического метода нейропсихологическими, социальными, реже - патопсихологическими методиками и опросниками. МКБ-10 раздел (глава) V (F) «Классификация психических и поведенческих расстройств», включая «Клинические описания и указания по диагностике» под редакцией Ю.Л.Нуллера и С.Ю.Циркина (1994) среди «проблем терминологии» не упоминает этологии (поведения).

Целью настоящего исследования на примерах сравнительного сопоставления взаимосвязи психопатологических и клинико-этологических особенностей невербального поведения (НП) и его закономерностей при лёгком депрессивном эпизоде и атипичных вариантах алкогольного опьянения является выявление роли и места этологии для клинической психиатрии.

Для изучения клинико-психопатологически-этологических особенностей сравниваемых состояний использовалось клиническое и экспериментальное наблюдение с жёстко фиксированными средовыми условиями с выделением уровней поведения (Панов Е.Н., 1978); а) элементарных единиц поведения, единиц двигательных актов; б) простых комплексов поведения; в) частично сложных комплексов поведения, ансамблей поведения на основе глоссария по исследованию НП человека (Самохвалов В.П., 1987, 1994; Коробов А.А., 1990, 1991).

Для проведения анализа НП при депрессивных расстройствах было использовано разделение лёгкого депрессивного эпизода (F32.0): по ведущему психопатологическому аффективному синдрому – тоскливый, тревожный и апатический; и аффективные (атипичные – депрессивный и дисфорический) формы алкогольного опьянения (интоксикации) (F10.0). Всего 3 группы исследуемых среднего возраста, по 60 человек в группе.

Анализ НП позволил выделить следующие этологические признаки (симптомы) при лёгких депрессивных эпизодах.

При лёгком депрессивном эпизоде отмечались позы в положении стоя – раздумья и подчинения, но никогда не было позы эмбриона, моления, на корточках. Часто встречались взгляд в сторону, короткий взгляд в лицо врача (продолжительностью 3-12 сек). Иногда опущенные углы рта, реже - с лёгким дрожанием углов рта. Нередки печальные брови, но без морщин на лбу и складки Верагута. Характерны частые мигания и дрожание век, печальные глаза.

Можно отметить беспокойные руки, особенно пальцы рук, как обеих, так и одной – сжимание, поглаживание, сплетение. Иногда отмечался наклон головы вперед. Элементарные комплексы движений головы, плеч, туловища, ног ничем не отличались от таковых у психически здоровых лиц.

Индивидуальное расстояние у больных не отличалось от такового в контрольной группе. В половине наблюдений больные не использовали невербальное приветствие на расстоянии, заменяя их вербальными объяснениями причин посещения. Характерна идеопатическая ориентация тела при контакте с врачом, а также клинотаксис.

Весьма часто из мимических проявлений вместо гипомимии встречались «ироническая» улыбка – асимметричная, печальная улыбка Пьеро, «приклеенная» улыбка, «кривая» улыбка Вольтера, как бы символизирующие улыбку (смех) над собой, над своим состоянием. Чаще наблюдалась мимика страдания и вины (стыда) с выраженным стремлением к стереотипии.

Для лёгкого депрессивного эпизода было характерно периодическое избегание взгляда, то есть, если врач смотрит на пациента, то он отводит взгляд от лица врача и может вернуть глазной контакт, когда врач отводит взгляд.

Среди типологии жестов были отмечены жесты задумчивости, отстранения, покорности, смущения, иногда латентной тревоги. Можно отметить при длительном наблюдении снижение груминга в виде уменьшения времени и тщательности «прихорашивания», внимания к деталям косметики и макияжа. Не встречались сложные моторные цепи нарушенных моторных комплексов. Они чаще всего были представлены отдельными, самостоятельными моторными комплексами. У ряда больных было отмечено некоторое замедление всей сложной системы локомоции. Наблюдалось снижение интереса к новым вещам, к косметике, макияжу, украшению одежды, причёски, лица, хотя полностью сохранялись привычные ритуальные действия по отношению к одежде, внешности. Комфортное поведение в процессе общения было сохранено.

Был отмечен избирательный выбор пищи, длительное пребывание за столом, неторопливое пережевывание без мимики удовольствия или даже безразличия. Исследовательское поведение не отличалось от такового у психически больных, а при тревожном варианте было даже несколько усилено в отношении общения с врачом и медперсоналом.

Изучение НП атипичных (дистимической и депрессивной) форм опьянения проводился в рамках медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения.

Элементарные единицы поведения у лиц с опьянением проявлялись в позе стоя в виде позы Давида, позы Наполеона и позы подчинения, иногда сменяемые на позу раздумья. В позе сидя преобладали поза кучера, поза раздумья и поза сосредоточения, реже поза фараона, поза наездника и поза моления, встречалась поза эмбриона. У большинства лиц взгляд был направлен в сторону, вниз, на руки, реже в окно. Из элементов мимики у всех отсутствовала улыбка в процессе освидетельствования. Рот удлинён, губы сжаты, углы рта вниз, иногда дрожание нижней губы. Нередко наблюдались зевание и облизывание. Брови печальные, нахмуренные, отсутствовал флэш. Глаза печальные с редким миганием со слезами и мешкам под глазами. Руки фиксированы преимущественно на бедрах, реже на коленях, руки редко участвовали в движениях, однако руки сжимали друг друга, были сплетены в замок.

Большинство освидетельствуемых при входе не приветствовало присутствующих, редко снимался головной убор. Предложенный стул обязательно перемещался в сторону повышенного сокращения индивидуального расстояния, вплоть до минимально до 60-100 см. Ориентация при контакте преимущественно прямая и редко сменялась на боковую. Глазной контакт постоянный, устремленный в глаза или лицо врача. Мимические комплексы достаточно однообразны бедны. Преобладала наряженная мимика и мимика решительности (мимика борца),

которая в половине случаев переходила в мимику гнева. Преобладали жесты-акценты, жесты-хлопки, в ходе освидетельствования появлялись жесты обращения и отстранения, а в трети наблюдений - жест кулака. В моторике головы часто запрокидывание, реже кивки и качание головой, своеобразно было вытягивание головы вперед, чтобы заглянуть в документы врача. Моторика плеч и туловища отличалась бедностью с эпизодами вздрагивания, с одной стороны, и своеобразно в виде частого разминания плеч и туловища, иногда даже с вставанием со стула и хождением вокруг стула. Груминг был редок. Манипулирование не частое, преимущественно одеждой и игрой пальцами.

Таким образом, этологическая составляющая комплексного клинико-психопатологического метода исследования позволяет выявить ряд дополнительных объективных признаков в клинической картине аффективных нарушений различной природы. Обнаружение элементов НП в рамках депрессивных расстройств способствует более их глубокой дифференциальной диагностике, как по виду депрессивных состояний, так и по их нозологической принадлежности. Наиболее значимые различия по НП отмечаются в зависимости от тяжести и длительности депрессивного состояния, а также по ведущему депрессивному аффекту.

Методология дальнейшего изучения клинической синдромологии в психиатрии и наркологии должна включать и этологическую составляющую клинико-психопатологического феноменологического метода.

НАВСТРЕЧУ DSM-5: ИННОВАЦИИ И ПРОБЛЕМЫ

Павличенко А.В.

*Москва, Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

Со времен первых международных классификаций психических расстройств перед исследователями стояло два главных вопроса: 1) Как классифицировать психопатологические феномены? 2) Как применить данную систематику к конкретному пациенту? Первые клинико-описательные классификации, также как и более ранние попытки основоположников научной психиатрии, пытались ответить на первый раз, в то время как в течение последних 30 лет (начиная с DSM-III) преобладают тенденции индивидуализировать диагностику и применить в психиатрии принципы доказательной медицины. В этом смысле введение DSM-5 – еще один шаг на этом пути.

Важным этапом концептуальной эволюции DSM-5 явилось проведение полевых исследований, призванных протестировать различные гипотезы

и критерии отдельных расстройств, а также широкое обсуждение будущей классификации различными специалистами через интернет. Основным нововведением DSM-5 является использование принципиально нового категориально-дименсионального подхода к диагностике. К основным достоинствам категориального подхода, который преобладал в официальных систематиках ранее, является возможность качественной оценки психических нарушений, существование четких границ между отдельными психическими расстройствами и между нормой и патологией, возможность интеграция различных элементов в одну психопатологическую структуру, а также простота использования в практике, в том числе в условиях дефицита времени и информации. К сильным сторонам дименсионального подхода относят следующие признаки: возможность оценивать выраженность синдромов количественно; включение субсиндромальных состояний; отнесение сходных состояний в одну группу (спектр); возможность формировать гомогенные групп больных, что крайне важно для выработки индивидуальных алгоритмов терапии. В целом, категориальный и дименсиональный подходы совместимы друг с другом. Еще одной особенностью DSM-5 является повышение значимости критерия «социальное функционирование» как важного дифференциально-диагностического признака психического расстройства.

По сравнению с предыдущей номенклатурой, наибольшие преобразования в DSM-5 претерпели разделы по расстройствам шизофренического спектра и личностной патологии. В целом, основные изменения рубрики «шизофрения» в DSM-5 включают снижение значимости для диагностики симптомов первого ранга, удаление клинических форм болезни, введение 8 дименсий (галлюцинации; бредовые идеи; дезорганизованная речь, ненормальное психомоторное поведение; негативные симптомы; когнитивное снижение; депрессия; мания), каждая из которых оценивается по 4-балльной шкале (0) - отсутствие симптомов, «1» - незначительная, «2» - заметная и «3» - значительная степень выраженности симптомов) и выделение признака «течение заболевания» (первый эпизод, множественные эпизоды, непрерывное течение). Также обязательно для постановки диагноза «шизофрения» наличие значительного дистресса и/или снижение уровня функционирования в одной и более сфер (работа, межличностные отношения или уровень самостоятельного проживания и ведения хозяйства).

В группу расстройств шизофренического спектра в DSM-5 было включено «шизотипическое расстройство», в рамках которого выделено два подтипа. Позитивная шизотипия включает следующие симптомы: подозрительность и параноидные идеи; нарушения восприятия (телесные иллюзии, деперсонализация, дереализация, слуховые галлю-

цинации), магические и бредаподобные идеи, а также другие странные идеи, которые не согласуются с культуральными нормами и не достигают критериев психотических расстройств; обсессии дисморфобического, сексуального и агрессивного содержания, не сопровождающиеся внутренней борьбой. Негативная шизотипия сопровождается ограниченной эмоциональностью, чувством отрешенности и отчужденности, необычным внешним видом и эксцентричным поведением. Основные симптомы заболевания должны сохраняться на протяжении двух лет (обязательный признак), хотя степень их выраженности может меняться. Также добавлено уточнение, что шизотипическое расстройство может являться продромальной фазой шизофрении и указание на необходимость учитывать культуральные особенности.

Критерии диагностики расстройств личности претерпели существенные изменения. Первый критерий призван оценить дезадаптацию, которая проявляется в нескольких сферах: а) нарушение идентичности (нестабильный образ себя, часто связанный с чрезмерной самокритикой, чувство опустошенности); б) нарушение ориентации в жизни (нестабильность целей, ожиданий, ценностей или планов карьеры); в) снижение эмпатии (низкая способность распознавать чувства других); г) нарушение интимности (нестабильные и конфликтные отношения с близкими, страх быть покинутым). Данный критерий было предложено оценивать по Шкале личностного функционирования, где «0» соответствует нормальному уровню, «1» - небольшому, «2» - умеренному, «3» - серьезному, а «4» - значительно выраженному снижению социального функционирования.

Второй критерий личностных расстройств включает 5 личностных стилей (доменов), каждый из которых включает несколько признаков («facets») и оценивается по степени выраженности (высокая/низкая): 1) негативная аффективность (лабильность, враждебность, подозрительность, тревожность, покорность, ограниченная аффективность); 2) отрешенность (социальная изоляция, ангедония, депрессивность, избегание близких отношений, подозрительность); 3) антагонизм (манипулятивность, поиск внимания, бездушие, лживость, напыщенность); 4) расторможенность (безответственность, импульсивность, поиск риска, отвлекаемость); 5) психотизм (эксцентричность, необычные идеи).

В окончательной версии DSM-5 было оставлено лишь 6 личностных типов (антисоциальное, пограничное, шизотипическое, избегающее, обсессивно-компульсивное, нарциссическое). Диагностика каждого из них базируется на четких операциональных критериях. Понятие «расстройство личности» в DSM-5 будет включать не только определение личностного типа (категориальный диагноз) и уровня снижения функционирования, но,

если это будет необходимо, выделение личностных сфер (доменов), в которых преимущественно проявляется дезадаптация (дименсиональный диагноз). При определении стратегии лечения рекомендуется также указывать признаки, которые занимают в клинической картине существенное место.

В заключение следует отметить, что выход DSM-5 встретил различные оценки в психиатрической среде. С одной стороны, исключение из критериев многих расстройств малоспецифичных и нестойких симптомов должно сделать диагностику более детальной, а использование дименсионального подхода привести к дестигматизации и индивидуализации лечения. С другой стороны, многие инновации DSM-5 при их внедрении в психиатрическую практику развитых стран, на которые она и ориентирована, встретит определенные трудности. Кроме того, предложенные в DSM-5 дименсии являются результатом договоренности экспертов, но не отражают в должной мере нейробиологические маркеры и модели поведения, что, с учетом значимости использования DSM в научных целях, могут препятствовать не только изучению этиологии и патофизиологии психических расстройств, но также и развитию новых методов лечения. Еще одной проблемой данной классификации является неоднозначность введение одних категорий («синдром риска психоза») и удаление других (многие личностные типы). К сожалению, введение в DSM-5 также не разрешило споры о том, какой из диагностических подходов более точно отражает сущность психической патологии в целом.

КАКУЮ ПАРАДИГМУ РЕАЛИЗУЮТ DSM-V И ICD-11?

Савенко Ю.С.

Москва, Независимая психиатрическая ассоциация России

Цель исследования – попытка ответить на вопрос: какую парадигму реализуют DSM-V и ICD-11, на основе сравнительного анализа последних редакций этих классификаций, их соответствия возможностям современной научной методологии.

Желание ICD-10 быть максимально естественной классификацией и провозглашавшаяся в связи с этим ее атеоретичность – наиболее перспективное направление усилий, сама декларация которого является основополагающим вкладом и ориентиром, требующим все более полной реализации. Поэтому под этим углом зрения следует рассматривать новации DSM-V и ICD-11.

Соблюсти атеоретичность важнее всего на первом этапе сбора самой фактологии и осмысленного отношения к тому, что называется фактами. На последующих этапах теоретичность неизбежна, так как сама попытка тотальной атеоретичности уже теория, т.е. это фиктивная задача.

Противопоставление «категориального» и «димензионального» подходов в современной психиатрической литературе, утверждение, что прогрессивной новацией DSM-V и ICD-11 является переход от категориальной к димензиональной «парадигме», сопровождается разноречивым и неадекватностью понимания всех этих категорий, в частности, отождествлением разных пар структурных категорий: качество – количество, дискретность – непрерывность, противоположность – мерность (dimension), с игнорированием того, что это неразрывные пары противоположностей, а не противоречия, которые нуждаются в синтезе. Тем не менее, декларируется синтез этих подходов, хотя на деле открыто утверждается решительное преимущество «доказательной медицины» перед традиционным клиническим подходом. Эта ложная альтернатива возвращает нас к позитивистской парадигме конца XIX века на новый лад. Надежность (воспроизводимость) данных предпочитается их адекватности (достоверности), количество – качеству, виды – типам, понятие синдрома заменяется кластером, т.е., только суммативным сходством, исследования ограничиваются большими выборками и т.д..

Действительной альтернативой является противостояние феноменологических и индуктивных категорий и методов, а самой актуальной проблемой – способы их сочетания в определенной последовательности и различных сложных комбинациях, а не смешение в процессе интеграции и синтеза. Современные компьютерные технологии позволяют анализировать данные в соответствии с разными исследовательскими программами и альтернативными подходами, осуществляя принцип дополненности и опираясь на монотетическую (все признаки болезни), а не политетическую (часть признаков из специального списка) категоризацию.

Таким образом, под флагом упрощения, ускорения и удешевления игнорируется весь пласт выдающихся методологических достижений XX века, что отражает социологизацию научного знания, его значительный упадок.

БИМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ

Тиганов А.С., Ключник Т.П., Копейко Г.И.,
Каледа В.Г.

Москва, ФГБУ НЦПЗ РАМН

Достигнутый в последние годы прогресс в выявлении множества нейробиологических, в том числе генетических, факторов, участвующих в развитии психических заболеваний, является достаточной основой для создания тест-систем, способствующих решению вопросов, связанных с проблемами диагностики, прогноза и персонифици-

рованного подхода к терапии пациентов. Показано, что единичного маркера оказывается недостаточно для диагностики наличия нарушения, но комбинация ряда маркеров может значительно помочь в решении этого вопроса.

Центральное звено в области биомедицинских диагностических технологий составляют генетические исследования. И хотя большинство психических заболеваний являются полигенными, выявление определенных полиморфизмов генов нейротрансмиттеров и транспортеров (DRD2 и DRD4, DAT1, 5HTT, 5HTTR2A) и ряда других генов, например, катехол-о-метилтрансферазы, нейротрофического фактора головного оказываются весьма востребованными при медико-генетическом консультировании для определения предрасположенности к заболеваниям шизофренического спектра. Созданы также молекулярно-генетические технологии для ранней диагностики расстройств аутистического спектра и редких хромосомных аномалий, ассоциированных с синдромами Ретта, Вильямса, Ангельмана, Прадера-Вилли, Ди Джорджи, основанные на выявлении хромосомного мозаицизма.

Кроме генетических мутаций, в качестве биомаркеров психических заболеваний могут выступать измененные уровни определенных белков или иммунных факторов в крови пациентов.

Многолетние исследования иммунных механизмов в развитии психической патологии позволили выявить ряд иммунных параметров, тесно взаимосвязанных с клиническими особенностями течения шизофрении, аффективных психозов и аутистических расстройств. На основе этих исследований создана биомедицинская технология «нейро-тест», которая включает комплексное определение в крови энзиматической активности лейкоцитарной эластазы, функциональной активности ее ингибитора (альфа1-протеиназный ингибитор), С-реактивного белка и уровня аутоантител к нейроантигенам. Эта технология позволяет объективно оценить остроту и тяжесть патологического процесса в мозге, полноту и качество достигнутой ремиссии, а также предсказать динамику течения заболевания.

Кроме того, данные «нейро-теста» используются для объективной оценки эффективности проводимой терапии.

Отдельное направление – исследования маркеров тромбоцитов человека, которые являются адекватной моделью мозговых рецепторов. Выявлены тромбоцитарные маркеры эффективности/резистентности психотропной терапии у больных шизофренией, такие как глутаматдегидрогеназа, цитохром С-оксидаза и ГАМК-трансаминаза. Определение количества этих ферментов в тромбоцитах положено в основу создания новых предикционных биотехнологий.

Внедрен в клиническую практику также метод определения тромбоцитарного серотонина,

результаты которого учитываются при коррекции лекарственной терапии аффективных расстройств.

Выявленные маркеры синдрома мягкого когнитивного снижения и болезни Альцгеймера – понижение уровня амилоид-деградирующего фермента неприлизина, снижение фагоцитарной активности, повышенный уровень медиаторов воспаления, в комплексе с генетическими маркерами АРОЕ, легли в основу тест-системы для сверххранной (доклинической) диагностики и профилактики болезни Альцгеймера. Кроме того, эта тест-система способствует дифференциальной диагностике сосудистых деменций позднего возраста и болезни Альцгеймера.

Новым перспективным направлением является исследование аномалий мозга при нейровизуализации и записи ЭЭГ с компьютерной обработкой, спектральным анализом и топографическим картированием.

Таким образом, современный уровень биомедицинских исследований в психиатрии позволяет создавать биоавтографы заболевания для конкретного пациента. Например, такой биоавтограф может состоять из генетической вариации, патологического количества тех или иных белков в плазме крови, особой нейровизуализационной картины и ЭЭГ и являться основой для предиктивной и персонализированной терапии.

ТРАНСЛЯЦИЯ НАУЧНЫХ РАЗРАБОТОК В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Трущелёв С.А.

Москва, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России

Введение. Развитие трансляционной медицины, направленной на создание инновационной цепочки «идея – научная лаборатория – клиника», – одно из основных направлений реализации «Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года». Объектами трансляции (внедрения) могут быть патенты и свидетельства об интеллектуальной собственности, зарегистрированные медицинские технологии, методические рекомендации по диагностике, лечению или профилактике, учебники и учебные пособия, руководства, стандарты, ГОСТы и т.п. В связи с этим диссертации можно рассматривать в виде информационного источника трансляции научных разработок в медицинскую практику, так как в научно-квалификационных работах такого рода соискатели ученой степени демонстрируют не только уровень собственных навыков и умений научно-исследовательской деятельности, но и отмечают о создании и реализации (внедрении) результатов своих достижений.

Цель исследования. Поиск и обоснование путей развития трансляционной медицины в области психиатрии.

Материал и методы. В сплошном одномомментном кросс-исследовании изучены 67 авторефератов диссертаций по научной специальности 14.01.06 психиатрия, представленных к защите в 2012 г. (кандидатских – 52, докторских – 15). Основные **Методы исследования:** наблюдение, контент-анализ, частотный анализ. Исследование без участия людей в качестве объекта исследования, поэтому решения локального этического комитета не требуется. Сведения получены из открытых информационных источников.

Результаты и их обсуждение. Результаты контент-анализа свидетельствуют о том, что диссертации имели преимущественно практический уровень разработки научных тем. В большинстве авторефератов (86%) отмечено, что полученные результаты используются в деятельности тех или иных организаций и служб. Уровни внедрения результатов: общероссийский – 3%, региональный (внедрение в области, крае, округе) – 19%, муниципальный (внедрение в нескольких организациях, расположенных в одном районе, городе) – 17%, локальный (внедрение в организации, где работает соискатель) – 47%. Нет данных о внедрении в 14% авторефератов. При анализе опубликованных научных трудов соискателей установлено, что из 67 авторефератов диссертаций методические рекомендации содержатся в 10, патенты – в 2, учебное пособие – в 1. В списках публикаций по теме диссертации содержатся преимущественно журнальные статьи и тезисы докладов на конференциях, которые не являются объектами внедрения.

Теоретический уровень разработки научной темы отражен только в одной диссертации на соискание доктора наук – предложена научно обоснованная концепция. Следует отметить, что одним из условий Положения о присуждении ученых степеней является изложение теоретических выкладок (оригинальная научная концепция, новая научная идея, обогащающая известную научную концепцию, новая экспериментальная методика, позволяющая выявить качественно новые закономерности исследуемого явления, повысить точность измерений с расширением границ применимости полученных результатов и т.п.).

Выводы. Одним из путей развития трансляционной медицины в области психиатрии может стать создание конкретных объектов внедрения и обязательное отражение их в диссертациях. Активация этой деятельности может быть достигнута через решения диссертационных советов о наличии в научно-квалификационных работах (диссертациях) соискателей учёных степеней одного или нескольких объектов внедрения.

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ

Шамрей В.К., Марченко А.А., Курасов Е.С.,
Чепракова В.А.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова

Анализ медицинской литературы последних десятилетий в области психиатрии свидетельствует о значительном увеличении количества научных работ. При этом, если проведение международных многоцентровых рандомизированных клинических исследований проводится со строгим соблюдением требований биомедицинской этики, то выполнение большинства локальных психиатрических научных работ (диссертационных, инициативных и т.д.) не учитывает этические, правовые и административные требования к проведению исследований с участием человека.

Цель исследования: проанализировать современные проблемные аспекты при проведении научных исследований в психиатрии.

Результаты и их обсуждение. Проведение этической экспертизы любых научных работ в медицине регламентировано целым рядом международных и российских законодательных актов. Среди них основными являются Хельсинкская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации; Рекомендации для врачей, участвующих в биомедицинских исследованиях на людях; Международные рекомендации (этический кодекс) по проведению медико-биологических исследований с использованием животных; Руководство ICN GCP (Good Clinical Practice – Качественная Клиническая Практика) по проведению клинических исследований; Правила доклинической оценки безопасности фармакологических средств; Федеральный Закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»; ГОСТ 52379-2005 от 27.09.2005 г. «Надлежащая клиническая практика»; ГОСТ 14155-1-2008 от 2009 г. «Руководство по проведению клинических испытаний медицинских изделий»; Приказ Минздрава РФ от 28.08.2010 г. № 708н «Об утверждении правил лабораторной практики».

Единый Национальный стандарт этической экспертизы «Надлежащая клиническая практика», представляющий собой адаптированную русскую версию международного ICN GCP, устанавливает этический и научный стандарт качества планирования и проведения исследований, а также документального оформления их хода проведения и результатов. Следует отметить, что равные требования предъявляются к клиническим исследованиям любого уровня (спонсированным мультицентровым, апробациям, инициативным, либо проводимым в рамках диссертационных работ), то есть ко всем, «которые могут оказать влияние на безопасность и благополучие человека в качестве субъекта». Соблюдение правил стандарта служит гарантией досто-

верности результатов клинических исследований, безопасности, охраны прав и здоровья испытуемых в соответствии с основополагающими принципами Хельсинкской декларации.

Решение вопросов этического характера и проведение этической экспертизы при проведении исследований с участием человека проводится локальными этическими комитетами лечебных учреждений, которые создаются как консультативные группы. Их основная задача – обсуждение сложных этических проблем, возникших в клинической практике, и формулировка рекомендаций о решении этих проблем. Смысл существования комитетов по этике и этических консультаций в том, чтобы не доводить проблемную ситуацию до суда, а попытаться решить на межличностном уровне, путем разумного соглашения. Этические комитеты формируются из независимых лиц, компетентных в вопросах биоэтики, которые могут оценить медицинскую сторону дела и дать советы не только практикующим врачам, но и пациентам. Основными целями работы этических комитетов являются: защита прав и интересов вовлеченных в исследование испытуемых, а также защита прав и интересов исследователей.

Особого внимания заслуживает тот факт, что действующее законодательство Российской Федерации приводит жесткие ограничения в отношении исследований с привлечением в качестве субъектов исследований так называемых «уязвимых контингентов», к которым относятся и больные с психическими расстройствами. При этом, этическим комитетам предписано запрещение проведения исследований, если имеется вероятность нарушения законодательства и ущемления прав граждан, относящихся к этой категории.

Соблюдение этических принципов при проведении клинических исследований с участием человека в психиатрии требует обязательного получения письменного информированного согласия испытуемого, либо его законного представителя. При получении согласия на исследование пациенту должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования, о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов, влияющих на его здоровье и об условиях его страхования. Формы информации для пациента и информированного согласия рассматриваются этическим комитетом в обязательном порядке до начала исследования.

Форма информированного согласия должна составляться от лица пациента, в которой он заявляет, что понял смысл документа, получил ответы на все необходимые вопросы и согласен участвовать в исследовании. Необходимо следить за тем, чтобы информация для пациента и форма информированного согласия были доступно написаны, исключали сложные термины, а если они необходимы, то тре-

буется их объяснение. Процесс получения информированного согласия заканчивается подписанием и датированием пациентом и лицом, ответственным за проведение клинического исследования. Этический комитет должен не только ознакомиться с формой информированного согласия и информацией для пациента, но и оценить предполагаемый процесс получения согласия. Рекомендуется выдавать информацию для пациента и форму информированного согласия пациенту заранее, чтобы он мог принять решение обдуманно, в спокойной обстановке, посоветовавшись с родными.

Как указывалось ранее, все научные исследования с участием человека а психиатрии должны проводиться в соответствии с этическими нормами ICH GCP. Результаты проведенной научной работы, а также возникающие при ее выполнении неблагоприятные явления также рассматриваются локальным этическим комитетом.

Выводы: в последние десятилетия стремительно увеличивается количество научных исследований, проводимых в психиатрии. При этом, зачастую, соблюдение норм биомедицинской этики выполняется в ходе крупных многоцентровых исследований, а рассмотрение этических вопросов планируемых диссертационных и инициативных научно-исследовательских работ остается за их автором. Существующая в нашей стране нормативно-правовая база требует особого внимания при проведении научных исследований среди больных с психическими расстройствами. В связи с этим, при выполнении научных исследований с участием человека в психиатрии необходимо постоянное взаимодействие исследователя с локальным этическим комитетом и соблюдение международных биомедицинских этических норм.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Хайбуллина А.М.,
Бардюркина В.А., Гайсина Л.М.

Оренбург, Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1

Депрессия - состояние пониженного настроения с чувством грусти, подавленности, угнетенности, угрюмости. Патопсихологические процессы при депрессии характеризуются трудностью сосредоточения и концентрации внимания, нарушением запоминания, преобладанием мрачных, негативных мыслей о себе, и о мире в целом, пессимистической оценкой перспективы, мыслями о бессмысленности жизни. Изучение патопсихологических особенностей у больных эндогенными депрессиями при маниакально-депрессивном заболевании и шизоф-

рении способствует более качественной дифференциальной диагностике депрессивных состояний и созданию оптимальной системы психологической адаптации у данного контингента больных через разработку целенаправленных психореабилитационных программ.

Цель: изучение патопсихологических особенностей отдельных психических процессов (память, внимание, мышление) больных эндогенной депрессией.

Методы: клинико-психологический (шкала депрессии Гамильтона, шкала тревоги Гамильтона, шкала депрессии Кагари - CDS), экспериментально-психологический (заучивание 10 слов по Лурия, таблицы Шульте, тест Струпа, тест зрительной памяти, методика выявления ошибок мышления по Беку), статистический. Было исследовано 77 пациентов с депрессивным расстройством: 21 больной с рекуррентной депрессией (1 группа) и 23 – с первым депрессивным эпизодом (2 группа) в рамках маниакально-депрессивного заболевания (МДЗ), 23 пациента с постпсихотической депрессией (ППД) при первом психотическом эпизоде (ППЭ) составили группу 3.

Результаты. У пациентов 1 группы преобладает ригидность познавательного контроля над гибкостью (75,26+44,22), они испытывают трудности в смене способов переработки информации в ситуации когнитивного конфликта. Ригидный контроль также свидетельствует о трудностях перехода от вербальных функций к сенсорно-перцептивным в силу низкой степени их автоматизации. Среди пациентов с рекуррентной депрессией также констатируется преобладание словесного способа переработки информации (1,31+0,23).

У пациентов с депрессией в рамках МДЗ расстройства мышления носят дезадаптивный характер, причем мышление у больных с повторными эпизодами депрессии сильнее смещено к полюсу дезадаптивности, чем в группе больных с депрессивным дебютом. Установлено, что в разных группах преобладают разные ошибки мышления, однако в группе пациентов с повторными эпизодами депрессии (группа 1) ошибки мышления более выражены и встречаются чаще. Так, среди пациентов с рекуррентной депрессией наиболее распространенными ошибками мышления являются «Недооценка положительных аспектов» (2,3+1,29) и «Приклеивание ярлыков» (1,1+0,81), а среди пациентов с первичным эпизодом депрессии – «Эмоциональные рассуждения» (1,4+1,4) и «Произвольные умозаключения» (1,1+1,1). Таким образом, для пациентов с повторными эпизодами депрессии наиболее характерна склонность к принижению своих успехов, недооценке положительного опыта и склонность к наделению себя или окружающих безусловными, глобальными характеристиками без учета реальных фактов. Также можно говорить о том, что для

пациенты с повторными депрессивными эпизодами чаще в суждениях опираются на однозначные выводы по поводу себя или окружающих, не принимая во внимание реальные факты («приклеивание отрицательных или положительных ярлыков к своим действиям или действиям другого человека»). Пациенты с рекуррентной депрессией обесценивают собственные достижения, нередко игнорируют положительный опыт, преувеличивают или преуменьшают без должных оснований положительные факты в отношении себя, другого человека или ситуации, а также преимущественно «видят» стрессовую ситуацию в «чёрно-белых тонах». Такие пациенты склонны мыслить крайностями, делить события, людей, поступки на две противоположные категории, при отсутствии промежуточных значений. Это мышление, характеризующееся максимализмом.

Сравнение отдельных патопсихологических процессов (память, внимание, ошибки мышления) у больных рекуррентной депрессией (группа 1) и у больных с ППД при первом эпизоде шизофрении (группа 3): в обеих группах показатели мнестической деятельности ниже среднестатистических норм. Показатели памяти у пациентов при первом эпизоде шизофрении ниже, чем при хронической депрессии (7+2,26; 5+1,96). Более выраженное нарушение внимания отмечается у пациентов с ППД при ППЭ, при этом отмечается также выраженная истощаемость внимания у больных данной группы. У пациентов с рекуррентной депрессией в отличие от больных с ППД преобладает словесного способа переработки информации (1,31+0,23), что свидетельствует о большей ригидности в отношении переключения когнитивных процессов с вербального на словесно-перцептивный уровень.

Пациенты с РДР и пациенты с ППД при ППЭ не имеют статистически достоверных различий в плане ошибок мышления. Также стоит отметить, что у пациентов обеих групп наиболее выражены такие ошибки мышления как «Эмоциональное рассуждение» и «Недооценка положительных аспектов». Близость когнитивных нарушений при эндогенной депрессии больных с повторными эпизодами МДЗ и ППЭ шизофрении, с нашей точки зрения, определяет возможность участия данных больных в общих группах когнитивной терапии.

Выводы: результаты проведенного нами исследования показали, что для пациентов с повторными эпизодами депрессии в сравнении с больными с первым эпизодом депрессии при МДЗ характерно более выраженное снижение таких психических процессов как внимание, память и мышление, что свидетельствует об отчетливой тенденции к формированию нейрокогнитивного дефицита. Больные с повторными эпизодами депрессии чаще используют ошибки мышления, испытывают трудности при смене способов переработки информации в ситуации когнитивного конфликта, в частности в

ситуации несоответствия значения слова его наглядному впечатлению. Мышление пациентов с РДР носит преимущественно дезадаптивный характер со склонностью к принижению своих успехов, недооценке положительного опыта, черно-белому мышлению. Анализ отдельных психических процессов у больных РДР при МДЗ в сравнении с больными с ППД при ППЭ показал более выраженное снижение памяти и внимания у больных шизофренией. В отличие от больных РДР у пациентов с постпсихотической депрессией при ППЭ шизофрении менее жёсткий паттерн когнитивного переключения с вербального на сенсорно-перцептивный уровень восприятия информации, с более низкой интерференцией вербального сигнала, определяя, по-видимому, более выраженную гипопрофронтальность у больных шизофренией.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Бунькова К.М.

Москва, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Целью современной антидепрессивной фармакотерапии больных с депрессивным эпизодом является достижение полной ремиссии. Наступление ремиссии характеризуется отсутствием депрессивных симптомов, возвращением к обычному уровню функционирования, возвращением к «прежнему, обычному себе». Данный подход требует дополнительной оценки качества жизни (КЖ). Это понятие включает физическое, психологическое, социальное и профессиональное функционирование. В настоящее время исследование КЖ проводят практически во всех областях медицины. Наибольшей популярностью для изучения влияния болезни на качество жизни пользуется опросник КЖ– SF-36 (Short Form Health Status Survey). По данным MedLine SF-36 был использован в 95% научных исследований по изучению КЖ при различных заболеваниях.

Целью проведенного исследования являлась оценка влияния терапии антидепрессантами на качество жизни пациентов непсихотическими депрессиями униполярного типа течения.

Было обследовано 91 пациентов (60 женщин и 31 мужчина). В исследование включались пациенты только с униполярным типом течения депрессий (в соответствии с критериями МКБ-10 больных 35% больных страдали рекуррентной депрессией, 12% - хронической депрессией (дистимией), 48% - единичными депрессивными эпизодами, 5% - расстройством адаптации). Суммарный балл по шкале Гамильтона для оценки депрессии на начало исследования составлял не менее 10, но не более 26, что соответствует критериям легкого и умеренного депрессивного эпизода по МКБ-10. В зависимости от

типа течения заболевания средняя продолжительность депрессии составляла от 6 мес. до 36 мес. Из исследования исключались пациенты, имеющие в анамнезе эпизоды подъема настроения; с высоким суицидальным риском, органическими заболеваниями ЦНС; с психозами, в т.ч. с шизофренией, с алкоголизмом и злоупотреблением психоактивными веществами; тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями. Возраст больных, вошедших в исследование, был ограничен 18 - 60 годами. Применялся клинический метод и психометрические шкалы (шкала депрессии Гамильтона, опросник самооценки депрессии Бека и шкала КЖ). Дозировки препаратов подбирались индивидуально. Лечение всех больных проводилось в режиме монотерапии в течение 12 недель. Обследованные больные были разделены на 3 группы, сопоставимые по основным клиническим показателям. В работе использовались следующие градации эффективности терапии: достижение ремиссии (суммарный балл по шкале депрессии Гамильтона меньше 7); ответ на терапию (суммарный балл по шкале Гамильтона снизился более чем на 50% от исходного); изменение показателей качества жизни по шкале SF-36 и сравнение их со средними значениями в популяции.

Результаты проведенного исследования КЖ показали, что при оценке показателей психологического компонента здоровья по опроснику SF-36 было выявлено, что исходный уровень психологического компонента КЖ в изученной выборке был низким (менее 30 баллов) у всех пациентов, что соответствовало депрессивному расстройству. Следует пояснить, что психологический компонент здоровья – это суммарный показатель, состоящий из «жизнеспособности» (активность, деятельность), социального функционирования, эмоционального функционирования (работоспособность) и психологического здоровья (в большей степени отражает настроение). На фоне проведенной терапии в группе респондеров и пациентов, достигших ремиссии, было отмечено значительное увеличение показателей психологического компонента здоровья для всех изучаемых антидепрессантов. У больных, ответивших на терапию, но не достигших ремиссии, из-за остаточных депрессивных симптомов качество жизни не достигало средних норм в популяции, но и не соответствовало уровню депрессии для всех трех групп больных. У больных с ремиссией КЖ соответствует средним показателям в популяции. При оценке физического компонента здоровья по шкале SF-36 было выявлено, что в исследуемой выборке больных уровень физического компонента КЖ был изначально высоким. Не было выявлено достоверных различий между исходным и конечным средним баллом по шкале SF-36 при лечении больных всеми изученными антидепрессантами. Обращает внимание некоторое, статистически незначимое снижение показателей физического ком-

понента здоровья в группе пациентов, получавших кломипрамин, по сравнению с другими группами, что указывает на его отрицательное влияние на исходный уровень физической составляющей КЖ, связанное с развитием выраженных побочных эффектов на всем протяжении терапии.

В заключение можно сказать, что у больных, достигших ремиссии, показатели психологического компонента здоровья достигли средних норм в популяции, а у больных, не достигших ремиссии, но ответивших на терапию, показатели психологического компонента здоровья не достигли средних норм в популяции.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ЛИЧНОСТНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ

Ваксман А.В.

Москва, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России

Введение. По данным зарубежных исследований от 45% до 66% больных депрессивными расстройствами имеют сопутствующее расстройство личности. Большинство эмпирических исследований посвящены исследованиям влиянию личностных расстройств на течение депрессии в рамках модели патопластики. Результаты исследований в оценке влияния сопутствующего личностного расстройства на тяжесть и течение депрессии различаются. Наличие сопутствующего личностного расстройства (ЛР) связывается с ранним началом, большей частотой эпизодов, затяжным и более тяжелым течением эпизодов, хронификацией депрессии, снижением качества ремиссий.

Цель исследования. Определить особенности динамики фазнопротекающих депрессивных состояний у больных с наличием личностного расстройства.

Материалы и методы. В группу были включены больные, проходившие обследование и лечение в стационарном отделении Московского НИИ психиатрии, чье состояние соответствовало критериям депрессивного эпизода без психотических симптомов в структуре рекуррентного или биполярного аффективного расстройства. В исследование вошло 85 пациента, 31 мужчина и 54 женщины, в возрасте от 19 до 60 лет, средний возраст мужчин 36 лет, средний возраст женщин 42,5 года. Средний возраст женщин был значимо выше. Было обследовано 65 больных рекуррентным депрессивным расстройством и 19 больных биполярным аффективным расстройством. Тяжесть депрессии оценивалась с помощью шкалы депрессии Гамильтона (HDRS-17) и шкалы депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS), также оценивалась выраженность тревоги (шкала

HARS). Для установления личностного расстройства (по критериям тяжести психопатий) использовался клинико-анамнестический метод, диагноз устанавливался согласно критериям МКБ-10 по завершении депрессивного состояния, дополнительно использовался опросник PDQ-4. Вследствие малого объема выборки было использовано группирование личностных расстройств по кластерам (аналогичное DSM-IV): кластер А – параноидное и шизоидное личностное расстройство, кластер В – истерическое, нарциссическое, эмоционально-неустойчивое и асоциальное личностное расстройство, кластер С – уклоняющееся, обсессивно-компульсивное и зависимое личностное расстройство.

Для сравнения уровня выраженности использовался непараметрический критерий Манна-Уитни, также сравнивалась частота признака (критерий Фишера).

Результаты. Сопутствующее личностное расстройство выявлено у 38 больных (45% случаев), в т. ч. у 14 мужчин и 24 женщин. В общей выборке личностные расстройства кластера С (уклоняющееся, зависимое, обсессивно-компульсивное) встречалось в 26% наблюдений, что было значимо чаще по сравнению с расстройствами кластера А (6%, $p < 0,01$), и по сравнению с расстройствами кластера В (13%, $p < 0,05$). Среди женщин реже присутствовали расстройства кластера А (4%), чем кластера В или С (11% и 29% соответственно, $p < 0,05$). При сравнении частоты расстройств каждого из кластеров между мужчинами и женщинами статистических различий не было.

При сопоставлении подгрупп больных рекуррентным депрессивным и биполярным аффективным расстройствами не выявлено значимых отличий в представленности больных с ЛР или без ЛР, и в представленности личностных расстройств различных кластеров (преобладал кластер С). В дальнейшем обе подгруппы сравнивались совместно. 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 (длительность фазы: длительность депрессии до поступления + длительность лечения в стационаре), чем у больных без личностного расстройства.

Обсуждение и выводы. Предварительные результаты исследования вполне отчетливо показали, что сопутствующая личностная патология усложняет течение депрессивных состояний в основном за счет изменения характера циклирования или затягивания фаз.

Достоверных различий в количестве больных с сопутствующим личностным расстройством между рекуррентным и биполярным расстройством

не выявлено. В обеих подгруппах преобладают личностные расстройства кластера С. Больные с сопутствующим личностным расстройством были моложе, и у них отмечалось более раннее начало заболевания. 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. Обращает на себя внимание, что длительность депрессивной фазы у лиц с сопутствующим личностным расстройством кластера В была короче, не достигая статистической значимости.

ВЗАИМОСВЯЗЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ХОДЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Пантелева Г.П.,
Клюшник Т.П., Абрамова Л.И., Олейчик И.В.,
Сорокин С.А., Шипилова Е.С.

Москва, ФГБУ «Научный центр
психического здоровья» РАМН

Высокая актуальность медико-социальной проблемы аффективных расстройств и, прежде всего депрессий, определяет необходимость клинико-биологических исследований таких состояний как с целью уточнения мозговых механизмов их патогенеза, так и в плане поиска биологических маркеров и возможных предикторов эффективности терапии. В частности, в качестве таких показателей рассматриваются различные количественные параметры электроэнцефалограммы и ее динамики в процессе терапии, а также некоторые показатели иммунного статуса.

Цель исследования – установить возможные корреляции клинических показателей терапевтического ответа с нейрофизиологическими и нейроиммунологическими параметрами и определить их прогностическое значение у больных с эндогенными депрессиями в рамках разных нозологических форм.

Материал и методы. С соблюдением современных норм биомедицинской этики обследовано 20 больных с эндогенной депрессией в рамках рекуррентного депрессивного и биполярного аффективного расстройства и 10 больных с депрессивно-бредовым синдромом в рамках приступообразной шизофрении (соответственно F33.1-2; F31.3-4 и F33.3; F31.5 по МКБ-10). Все больные получали синдромально

обоснованную стандартную курсовую фармакотерапию антидепрессантами и/или антипсихотиками. Клиническая оценка тяжести состояния в ходе терапевтической динамики проводилась по сумме баллов оценочных шкал – Гамильтона (HDRS), Монтгомери-Асберга (MADRS), PANSS, общего клинического впечатления (в подшкалах CGI-S и CGI-I). Обследование больных проводилось дважды: перед началом лечения (визит 1) и при выходе в ремиссию (визит 2). В дни визитов проводилась многоканальная регистрация фоновой ЭЭГ с последующим измерением спектральной мощности ЭЭГ в узких частотных поддиапазонах: дельта (2-4 Гц), тета-1 (4-6 Гц), тета-2 (6-8 Гц), альфа-1 (8-9 Гц), альфа-2 (9-11 Гц), альфа-3 (11-13 Гц), бета-1 (13-20 Гц) и бета-2 (20-30 Гц). Одновременно у части пациентов дополнительно измеряли иммунологические показатели: активность лейкоцитарной эластазы (LE), альфа-1 протеиназного ингибитора (α1-PI), уровень антител к фактору роста нервов (AB NGF) и к основному белку миелина (AB MIEL) в сыворотке крови. Статистическая обработка клинических, нейрофизиологических и нейроиммунологических данных осуществлялась с использованием пакета программ «STATISTICA для Windows, v.6.0».

Результаты и обсуждение. Обнаружены достоверные ($p < 0,05$) корреляции между тяжестью клинических проявлений эндогенных депрессивных расстройств, структурой синдрома и значениями спектральной мощности ЭЭГ при их оценке на визитах 1 и 2. При изначально большей тяжести эндогенной депрессии по шкале MADRS и по сумме баллов кластера настроения HDRS на ЭЭГ преобладали низкочастотные тета-1 и тета-2 ритмы в лобно-центрально-височных отведениях; при более легкой степени эндогенной депрессии на визите 1 по шкалам HDRS, MADRS и, особенно, CGI-S ведущими были низкочастотный (альфа-1) и среднечастотный (альфа-2) компоненты альфа-ритма. У больных с депрессивно-бредовыми состояниями, где симптомы собственно депрессивного аффекта (по сумме баллов кластера настроения HDRS) были представлены незначительно, в показателях спектральной мощности ЭЭГ доминировали среднечастотный (альфа-2) и высокочастотный (альфа-3) компоненты альфа-ритма в затылочных отведениях. При клинической редукции депрессивных расстройств в результате терапии (на визите 2) как в картине эндогенной депрессии, так и при депрессивно-бредовом синдроме отмечено уменьшение спектральной мощности медленноволновой тета-дельта активности в лобно-центрально-теменных отведениях и уменьшение выраженности бета-активности. Кроме того, при формировании ремиссии после эндогенной депрессии показатели медленноволновой дельта-активности в лобно-передневисочных областях существенно не менялись, но ее акцент переме-

щался из левого полушария в правое, свидетельствуя об улучшении функционального состояния передних отделов левого полушария и усилении тормозных процессов в лобно-височных отделах правого полушария.

Выявленная динамика ЭЭГ-показателей в ходе терапии депрессивных расстройств в виде уменьшения выраженности как более низкочастотных (тета-2 и альфа-1), так и «быстрых» (бета) компонентов ЭЭГ, коррелирующая с улучшением суммарной балльной клинической оценки, согласуется с существующими представлениями о важной роли снижения функционального состояния передних отделов коры левого полушария в патогенезе эндогенных депрессивных и депрессивно-бредовых состояний. Полученные данные о корреляциях между клинической оценкой выраженности депрессивных расстройств при ее улучшении на визите 2 и значениями спектральной мощности некоторых параметров ЭЭГ на визите 1, позволяют рассматривать их как прогностически информативные параметры эффективности терапии. У пациентов с эндогенной депрессией такими предикторами оказались значения спектральной мощности бета-1 и бета-2 поддиапазонов ЭЭГ, при депрессивно-бредовых синдромах – значения спектральной мощности низкочастотного (альфа-1) и высокочастотного (альфа-3) компонентов альфа-ритма. По-видимому, эти данные указывают на различия нейрофизиологических механизмов формирования депрессивных расстройств в клинической картине нозологически разных состояний.

Установленные в данном исследовании корреляции значений некоторых иммунологических показателей (активности лейкоцитарной эластазы – LE и альфа-1 протеиназного ингибитора – α1-PI) на визите 1 с клиническими оценками улучшения депрессивно-бредового синдрома на визите 2 (по шкалам HDRS и PANSS) позволяют объективно оценить тяжесть и остроту патологических процессов в мозге при депрессивных расстройствах нозологически разного генеза и одновременно могут быть использованы как дополнительные предикторы терапевтической эффективности при комплексном обследовании пациентов.

Выводы. Значения ряда исходных (до начала терапии) нейрофизиологических и нейроиммунологических показателей отражают функциональное состояние соответствующих мозговых структур, нейропластических процессов и механизмов иммунитета в патогенезе эндогенных депрессивных расстройств нозологически разного генеза и могут рассматриваться в качестве перспективных кандидатов на роль предикторов терапевтического ответа при курсовом лечении указанных состояний.

Работа поддержана грантом Российского гуманитарного научного фонда № 12-06-00019а.

КОНЦЕПЦИЯ РЕМИССИЙ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ.

Канаева Л.С.

Москва, ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского»
Минздрава России

Целью исследования явилась разработка на основе дименсионального подхода клинической концепции ремиссии.

Материал и методы исследования. Всего было изучено 385 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $38,38 \pm 11,91$ лет), у которых диагностировались единичный депрессивный эпизод (ДЭ) или рекуррентное депрессивное расстройство с депрессивным эпизодом (РДР) (по МКБ 10). Критериями исключения были: слабоумие, шизофрения, пароксизмальные расстройства, употребление психоактивных веществ, биполярное аффективное расстройство, депрессивные расстройства психического уровня, тяжелые соматические или неврологические заболевания. 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»).

Всем включенным в исследование больным рандомизированно (2:1) назначались антидепрессанты второго (СИОЗС – эсциталопрам (10-20 мг/сут), пароксетин (10–60 мг/с), флуоксетин (20мг/с)) или третьего поколения (СИОЗСН – венлафаксин (75-220 мг/с) или милнацепран (50-100 мг/с)) или клиническая трансперсональная психотерапия (КТП).

Результаты исследования. Ремиссия (РМ) как период относительной стабилизации болезненного процесса, 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%).

На основе использования дименсионального подхода было выявлено, что остаточная симптоматика имеет гетерогенную клиническую структуру и составляет континуум состояний от полной РМ до подпороговых депрессий в виде четырех вариационных рядов: полная РМ - моносимптоматическая РМ – полисимптоматическая РМ - РМ со структурой малой депрессии.

Полная РМ, характеризуясь отсутствием любой психопатологической симптоматики, регистрируется почти в 3 раза чаще при ФТ (22,43%) по сравнению с КТП (8%) и наиболее часто достигается больными с впервые выявленными психогенными депрессиями тревожной, астенической или истерической структуры, легкой или умеренной степени тяжести, с высоким уровнем социальной интеграции.

Моносимптоматическая РМ определяется стойким изолированным остаточным симптомом, чаще всего тревожного, соматовегетативного или

инсомнического спектра. Независимо от метода лечения преобладает моносимптоматическая ремиссия с тревогой (11,65% и 20%, соответственно) и в 1,5 – 2 раза реже встречается моносимптоматическая ремиссия с соматовегетативными симптомами и инсомнией (4,67% и 8,41% - при ФТ и 8% и 0% - при КТП).

Полисимптоматическая РМ определяется констелляцией факультативных для депрессивного состояния симптомов. Полисимптоматическая РМ с динамией характеризуется сочетанием утраты энергии/активности с симптомами тревожного, инсомнического и соматовегетативного спектра и является наиболее распространенной (12,15% -при ФТ и 22% - при КТП). Феноменологическая структура полисимптоматической РМ с когнитивными нарушениями определяется когнитивными дисфункциями, сочетающимися с психической и соматической тревогой и алекситимией, и встречается реже при ФТ и КТП (8,4% и 2%, соответственно). Остаточная симптоматика при полисимптоматической РМ с сомато-ипохондрической симптоматикой представлена разнообразными соматовегетативными симптомами, тревогой и ипохондрией. Данный тип РМ регистрируется у 9,35% больных при ФТ и у 10% пациентов при КТП.

Ремиссия, структура которой определяется малой депрессией, характеризуется гипотимией, сочетающейся с факультативной симптоматикой, и отмечается в два раза чаще при КТП (30%), чем при ФТ (15,89%).

Важными субъективными характеристиками ремиссии являются функциональная ремиссия, отражающая вовлеченность больного в профессиональную, семейную и социальную активность, и субъективная оценка больными своего состояния. Функциональная ремиссия при ФТ и КТП чаще формируется при полной (62,5% и 100%, соответственно) и моносимптоматической РМ с соматовегетативными симптомами (80% и 100%, соответственно), тревогой (58,33% и 60%, соответственно) и при фармакотерапии с инсомнией (77,78%). Степень функционального восстановления обусловлена наличием/отсутствием остаточной симптоматики в структуре РМ только при психотерапии, а при фармакотерапии - отсутствует. Преобладающей субъективной оценкой больными состояния ремиссии вне зависимости от метода лечения была «гипергнозия» (54,17% - при ФТ и 46,94% - при КТП), которая наблюдалась чаще при фармакотерапии при моно- (34,62%), полисимптоматической (26,93%) и полной РМ (23,08%) а при КТП – при моносимптоматической РМ (39,13%) и РМ со структурой малой депрессии (30,43%). В два раза реже наблюдалась «адекватная» оценка и «гипогнозия» (22,92% - при ФТ и 28,57% - при КТП) (24,49% - при КТП и 22,92% - при ФТ). Адекватная оценка превалировала при ФТ при полисимптоматической (63,64%) и полной

(18,18%) РМ, при КТП – при полисимптоматической РМ (57,14%) и РМ со структурой малой депрессии (21,43%), а гипогнозия независимо от метода при полисимптоматической РМ (63,64% - при ФТ и 50% - при КТП).

Выводы. В целом интегративная концепция ремиссии - как этапа ослабления активности болезненного процесса отражает неоднородность объективных и субъективных характеристик, вступающих в достаточно сложные связи друг с другом.

АТИПИЧНАЯ ДЕПРЕССИЯ: ОТ ФЕНОМЕНОЛОГИИ К ЭНДОФЕНОМЕНОЛОГИИ

Мазо Г.Э., Крижановский А.С., Бубнова Ю.С.

Санкт-Петербург, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

В современных классификационных системах клиническая оценка депрессивного расстройства использует различные подходы. В МКБ-10 депрессия рассматривается, как однородное психопатологическое состояние, имеющее различные градации по тяжести. Классификация DSM-IV в большей степени отражает биологическую неоднородность депрессии, позволяющую условно про дифференцировать состояние, основываясь на синдромальной картине (выделяются депрессии с преобладанием кататонических, меланхолических или атипичных черт). Однако существует ряд сложностей, главная из которых состоит в том, что депрессивная симптоматика по своей структуре достаточно неоднородна. При попытке выделения определенной структуры депрессии отсутствуют действительно специфические симптомы. Так любые из представленных в диагностических подходах депрессивные проявления, могут в той или иной мере присутствовать при любом подтипе депрессии. В связи с этим диагностическое правило основывается на выделении определенного количества необходимых симптомов. Таким образом, выделение структуры депрессии (меланхолической, атипичной) основанное на критериях DSM-IV, можно также признать достаточно условным. Это определяет необходимость разработки эндофеноменологических подходов к классификации, предусматривающих не только клинические показатели, но и биологические маркеры.

Цель работы. Оценка гормональных показателей у пациентов с атипичной депрессией.

Обследовано 80 пациента (32 мужчины, 48 женщин), диагностированных в рамках депрессивного расстройства. Критериями исключения являлись – наличие серьезной соматической патологии, сахарный диабет в стадии декомпенсации, женщины, применяющие КОК или гормонозамес-

тельную терапию в период постменопаузального перехода, употребление ПАВ. Для выделения подтипа депрессии были использованы критерии, предложенные в DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.), согласно которым были выделены пациенты с меланхолическим и атипичным подтипом депрессии.

Были проанализированы: уровень кортизола, адренкортикотропного гормона (АКТГ), пролактин, тестостерона, эстрадиола Е2, тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3 св.), тироксина (Т4 св.), соматотропного гормона, дегидроэпандростерон-сульфата (ДЭАС-сульфата), лептина, инсулина. Забор образцов венозной крови у всех обследуемых больных производился натощак, после двенадцатичасового воздержания от приема пищи, в период с 9 до 10 часов утра. Лабораторные исследования проводились в клинико-диагностической лаборатории НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

На основании проведенного сравнительного анализа получены результаты свидетельствующие о нарушениях в углеводном и липидном обмене у пациентов с атипичной депрессией.

НАРУШЕНИЯ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Моор Л.В., Горбунова Ю.В., Борутенко К.В.

Омск, Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

Тревожно-фобические расстройства часто протекают с нарушениями сна, которые также могут усугубить течение заболевания и способствовать его рецидиву. Распространенность расстройств сна у пациентов с тревожно-фобическими нарушениями составляет от 68 до 93%. В большей степени сон нарушается при наличии ночных панических приступов, однако только у 30–45% больных эти эпизоды рецидивируют.

Целью настоящего сообщения является изучение особенностей нарушений сна у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами.

Для реализации поставленной цели нами было проведено психопатологическое, клинико-динамическое исследование 20 пациентов с тревожно-фобическими нарушениями в рамках различных нозологических категорий, проходивших стационарное лечение в отделении пограничных психических расстройств Омской областной психиатрической больницы. Было обследовано 17 женщин и 3 мужчин. Средний возраст пациентов составил 33,5±4,8 год, возраст начала заболевания – 30,5±4,5 года, средняя длительность заболевания – 2,7±1,4 года.

У всех обследованных наблюдались те или иные инсомнические расстройства, среди которых можно выделить пресомнические и интрасомнические нарушения. Всех пациентов можно было разделить по наличию панических атак сна и бодрствования. Пациенты с паническими атаками бодрствования составили группу из десяти человек, панические атаки сна и бодрствования наблюдались у девяти человек, только у одной пациентки отмечались исключительно ночные приступы паники.

У большинства пациентов (16 человек) наблюдались пресомнические расстройства в виде ослабления влечения ко сну. Больные подолгу не могли уснуть, отход ко сну сопровождался эмоциональным напряжением, беспокойством, «прокручиванием» в голове тревожных мыслей о здоровье и/или психотравмирующей ситуации. Это приводило к постоянному тревожному ожиданию сна. Двое пациентов во время засыпания отмечали неконтролируемый поток мыслей в голове.

Особо выраженные пресомнические расстройства мы наблюдали у пациентов с паническими атаками сна. Ожидая приступ, они с тревогой ждали наступления ночи, стремились оттянуть время наступления сна, актуализировался навязчивый страх «уснуть и не проснуться», «умереть во сне от инфаркта или инсульта». Четыре пациентки боялись спать в одиночестве, засыпали только при включенном свете, приоткрытой двери, так что был виден свет из другой комнаты. Одна пациентка боялась заснуть, считала, что «может умереть во время сна», засыпала только глубокой ночью, когда уже «больше не могла терпеть». В другом случае при засыпании пациентка испытывала ощущение «проваливания в яму», «казалось, будто тело вертится вокруг головы».

Интрасомнические расстройства в большинстве случаев (10 наблюдений) выражались в панических атаках сна. Приступы паники у одного и того же больного могли быть однократными, либо повторялись по несколько раз за ночь. Ночные приступы по своей структуре, не отличались от дневных. Чаше всего панические приступы «будили» больных посреди ночи. Они просыпались от сильного чувства страха, сопровождающегося ощущением нехватки воздуха, сердцебиением, тяжестью, давлением в грудной клетке, волнами жара, холода, разливающихся по телу, сильным потоотделением и т.д. Только у одного пациента панические атаки возникали именно при засыпании, когда через несколько минут после засыпания он внезапно просыпался от сильного чувства тревоги, удушья, сердцебиения, так повторялось 2-3 раза, пока полностью не заснет.

У шести пациентов, отмечавших исключительно панические атаки бодрствования, ночной сон становился поверхностным, чутким, с частыми пробуждениями, кошмарными сновидениями. Просыпаясь, они начинали внимательнее прислуши-

ваться к работе внутренних органов, считать пульс, измерять артериальное давление.

Четверо обследованных жаловались на ранние пробуждения. Просыпались, как правило, около в 4-5 часов утра, больше не могли уснуть. Вместе с тем, в первые часы после пробуждения отмечали усиление тревоги, вегетативных нарушений (тахикардии, болей в области сердца, тошноты).

Все пациенты получали базовую терапию комбинациями антидепрессантов с транквилизаторами и/или нейролептиками. Среди антидепрессантов предпочтение отдавалось СИОЗС (пароксетин, флувоксамин), СИОЗСН (венлафаксин), ТЦА (амитриптилин, кломипрамин). Подбор лекарственных средств проводился согласно клинике, тяжести заболевания, индивидуальной переносимости препаратов. С целью коррекции инсомнических нарушений применялись средние дозы бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам, феназепам), небольшие дозы типичных нейролептиков (хлорпротиксен 15-50 мг., тералиджен 5-10 мг.), малые дозы кветиапина (50-100 мг.). У большинства пациентов нарушения сна купировались постепенно, по мере редукции тревожно-фобической симптоматики. Лишь у трех пациентов расстройства сна были стойкими, сохранялись длительно, что было связано с отсутствием достаточного эффекта в лечении тревожно-фобического синдрома.

Таким образом, нарушения сна часто коморбидны с тревожно-фобическими расстройствам, носили полиморфный характер и во многом определяли клинико-психопатологическую структуру. Их лечение следует проводить в комплексной терапии аффективных расстройств.

ГИПОТИМИЯ И ТРЕВОГА КАК НЕОТЪЕМЛЕМЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ МОНОПОЛЯРНОЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Петрунько О.В.

*Иркутск, Иркутская государственная медицинская
академия последипломного образования*

Современные представления о взаимоотношениях депрессии и тревоги предполагают, что депрессия и тревога редко встречаются в «чистом виде», и их сочетание является правилом, а не исключением (Breslau N., 1998; van Praaq H.M., 1998). Большой депрессивный эпизод и генерализованное тревожное расстройство (ГТР) характеризуются чрезвычайно высокой коморбидностью, вплоть до их неразличимости при эпидемиологических исследованиях (Wittchen H.U. et al., 2000; Kessler R.C. et al., 2005). В этом можно увидеть скрытые динамические тенденции и родство многих проявлений

тревоги и депрессии, указывающие на целесообразность поиска взаимосвязей и вероятной единой психопатологической сущности данных состояний (Краснов В.Н., 2008). Однако, в современных классификациях психических и поведенческих расстройств (МКБ-10, DSM-IV-TR) депрессивные и тревожные расстройства находятся в различных диагностических рубриках. Искусственность принятых разграничений тревожных и депрессивных расстройств признается как российскими (Аведисова А.С., 2006), так и зарубежными авторами (Nutt D. et al., 2002).

Цель исследования: определение клинической типологии монополярной непсихотической депрессии с учетом представленности гипотимии и тревожной симптоматики.

Материалы и методы. В исследование включены 50 больных (женщин – 41 (82%), мужчин – 9 (18%)), средний возраст к началу исследования – 44,5±1,5 лет. Диагностика депрессивного расстройства осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10 (1994). По тяжести депрессивного эпизода (ДЭ) больные распределились следующим образом: ДЭ средней степени тяжести – 27 (54%), тяжелый ДЭ без психотических симптомов – 23 (46%); по типу течения – единичный ДЭ – 11 (22%), рекуррентное депрессивное расстройство – 39 (78%). Значительная часть больных – 20 (40%) перенесли от 4 и более ДЭ от начала болезни. Средний суммарный балл по шкале депрессии Гамильтона – 17 на момент включения в исследование составил 22,5±0,4 балла, по шкале общего клинического впечатления CGI-S (тяжесть состояния) – 3,5±0,1. Около половины больных – 24 (48,0%) продолжали работу, инвалидами были признаны – 11 (22,0%), не работали (уволненные, домохозяйки, пенсионеры по возрасту) – 15 (30,0%).

Из исследования исключались пациенты с биполярным аффективным расстройством; депрессией, ассоциированной с обсессивно-компульсивным расстройством; вялотекущей шизофренией с синдромом небредовой ипохондрии. Пациенты находились на лечении в условиях пограничных отделений или дневного стационара Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1.

В настоящем исследовании использована инновационная технология в регистрации депрессивной, тревожной и коморбидной симптоматики в структуре депрессии в виде Аффектограммы в определении типа депрессии учитывались наличие гипотимии (в том числе с тоскливым оттенком) и диагностически очерченное генерализованное тревожное расстройство или его субклинические проявления (Бобров А.С., 2004, 2010).

Результаты и их обсуждение. У пациентов с депрессивным расстройством в 100% случаев выявлены жалобы на сниженное настроение (гипотимия), причем в 4% наблюдений гипотимия констатирува-

лась больными ретроспективно в ходе антидепрессивной терапии при сравнении своего состояния с долечевным. Выделено два клинических варианта гипотимии. Это сниженное настроение без тоскливого оттенка, которое пациенты характеризовали как «настроение плохое», «настроение не возвышенное». Второй вариант гипотимии имел отчетливый тоскливый оттенок и описывался пациентами как «грусть, печаль, убитость», «настроение гнетущее, гадкое», «скука на душе».

Среди анализируемой группы у 40 больных (80%) с различной тяжестью ДЭ диагностировалось сопутствующее депрессии генерализованное тревожное расстройство (ГТР) по критериям DSM-IV-TR. Приведем частоту симптомов ГТР, сопутствующего ДЭ: беспокойство/суетливость – 26%, быстрая утомляемость – 78%, расстройство концентрации внимания с/или нарушением кратковременной памяти – 76%, раздражительность – 68%, мышечное напряжение – 44%, расстройство сна – 94%.

У данных пациентов констатировалось наличие вегетативных расстройств. В оценке вегетативных расстройств использован клинико-патогенетический подход (Бобров А.С., 2010) с дифференциацией вегетативных расстройств на вегетативную реактивную лабильность (44,6%); вегетативные расстройства, возникающие в ответ на незначительное физическое напряжение (16%); вегетативные расстройства, имеющие перманентные или периодические, но в обоих случаях, неспровоцированные проявления (39,4%).

Выделено 4 типа депрессии: депрессивный эпизод (ДЭ): наличие гипотимии и сопутствующие депрессии субдиагностические проявления ГТР – 16,0%, тревожная депрессия (гипотимия без тоскливого оттенка и сопутствующее депрессии диагностически очерченное ГТР) – 60,0%, тосливо-тревожная депрессия (тоскливый оттенок гипотимии и сопутствующее депрессии диагностически очерченное ГТР) – 20,0%, тоскливая депрессия (тоскливый оттенок гипотимии и сопутствующие депрессии субдиагностические проявления ГТР) – 4,0%.

Выводы. Наличие/отсутствие гипотимии (в том числе с тоскливым оттенком) и диагностических критериев генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по DSM-IV-TR можно отнести к критериям определения типа депрессии.

**К ПРОБЛЕМЕ РАЗГРАНИЧЕНИЯ
СОСТОЯНИЯ НОРМАЛЬНОЙ
ГРУСТИ И ЛЕГКОЙ ДЕПРЕССИИ:
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО МЕТОДА
В ПСИХИАТРИИ**

**Смирнова Д.А., Краснов А.Н., Слоева Е.А.,
Кувшинова Н.Ю., Устинов М.С.,
Романов Д.В., Носачев Г.Н.**

*Самара, Самарский Государственный Медицинский
Университет*

Статистические отчеты ВОЗ указывают на то, что, по сравнению с XIX в., распространенность депрессий выросла с 0,4-0,8% до 5-10%, т.е. в десятки раз [Sartorius, N., 1993]. При этом заболеваемость увеличивается не столько за счет «больших» депрессий, сколько за счет легких форм [Kessler, R.C., et al., 1997]. Рост заболеваемости депрессиями связывают с контекстом существования в современном обществе, который преумножает спектр негативных жизненных обстоятельств и включает новые, зачастую достаточно искаженные в отдельных микрогруппах, ценностные стандарты и смысло-жизненные ориентиры [Maj, M., 2011; Холмогорова, А.Б. и др., 2010]. Представители прагматического подхода в психиатрии выражают скептическое отношение касательно данных о высокой распространенности (17%, США), объясняя ее феноменом ложноположительной диагностики за счет затруднений качественного разграничения состояний нормальной грусти, непатологической реакции и депрессивного расстройства [Maj, M., 2011; Faravelli, C., et al., 2012].

Рубрики проблемных состояний, представляющих опасность для здоровья из-за факторов, связанных с работой и безработицей (Z 56), обстоятельств жилищного и экономического характера (Z 59), адаптации к изменению образа жизни (Z 60), воспитания ребенка (Z 62), отношений с близкими людьми, семьей (Z 63), подменяются в гипердиагностических случаях рубриками МКБ-10, квалифицирующими легкие депрессии (F 32.0, 41.2, 43.2).

Гипердиагностика легких депрессий становится актуальной проблемой и требует внимания, т.к. формирует неблагоприятные последствия как общего социоэкономического характера, в ракурсе повышения занятости и рабочей нагрузки врача, финансовых затрат на проводимую терапию, роста числа дней нетрудоспособности данного контингента лиц, так и, прежде всего, для самого человека, который следует за диагнозом в рамках неверной тактики назначенных ему психокоррекционных мероприятий. В подобных случаях условно здоровым лицам, ссылающимся на актуальные жизненные проблемы, и демонстрирующим в отношении них психологическую, но не психопатологическую реакцию, назначается фармакотерапия, тогда как ряд психотерапевтических интервенций был бы более

полезной и адекватной процедурой, мобилизующей психические ресурсы индивида.

Анализ причины возникновения ложноположительных статусов сводится к дискуссии о том, что клинико-психопатологический метод диагностики в большей мере сконцентрирован вокруг сбора и анализа вербальной информации, качество интерпретации которой зависит от грамотности, опыта и профессиональной рефлексии клинициста, работающего в лингвистическом контексте психопатологического знания и прицельной диагностики.

Уменьшение уровня субъективизации оценки данных и, основанной на этом, своего рода «погрешности», их интерпретации, возможно за счет исследования речи диагностируемых с помощью методов лингвистической науки.

Цель исследования. Оценка особенностей поверхностного и глубинного уровней речи в соотношении с клинико-психопатологическими характеристиками лиц с легкими депрессиями и состояниями наличия актуальных жизненных проблем.

Материалы и методы исследования. Протокол исследования одобрен Этическим комитетом СамГМУ (2006).

На основании материалов письменных самоотчетов и транскрибированных диктофонных записей интервью были изучены особенности организации поверхностной и глубинной речевых структур у пациентов с легкими депрессиями (группа Д, n=124), здоровых лиц с актуальными жизненными проблемами (ЗП, n=35) и здоровых субъектов группы контроля (З, n=42).

Для оценки речевых особенностей использовался психолингвистический метод (подсчет показателей лексико-грамматического, лексико-стилистического, морфо-синтаксического подуровней (поверхностный уровень языка), контент-анализ текстов с выявлением семантических категорий и тем и семантические графы при использовании «Методики предельных смыслов» (глубинный уровень языка)).

Анализ текстового материала производился группой исследователей, включавшей психиатра, клинического психолога и лингвиста.

С помощью клинико-психопатологического метода (рубрики МКБ-10: Д - F 32.0 (24 (19,36%)), F 41.2 (26 (20,97%)), F 43.20 (24 (19,36%)), F 43.21 (31 (25,00%)), F 43.22 (19 (15,32%)); ЗП - Z 56 (7 (20,0%)), Z 59 (14 (40,0%)), Z 60 (4 (11,43%)), Z 63 (10 (28,57%))) и шкалы Гамильтона для оценки депрессии (среднее значение общего балла: Д - 14,30, ЗП - 3,77, З - 2,40) верифицировались состояния субдепрессивных пациентов и здоровых субъектов.

Математическая обработка данных проводилась с использованием методов дескриптивной статистики (X, +95%, -95%, min, max, S, s), непараметрических методик (U-критерий Mann-Whitney,

тест Wald-Wolfowitz, $p < 0.05$) и математического моделирования с применением дискриминантного анализа (λ -Wilks; метод Standard) (Statistica 6.0, Statsoft, USA, лицензия СамГМУ).

Результаты и их обсуждение. Детальный анализ текстов выявил, что показатели речи представителей группы ЗП статистически значимо различаются с показателями речи в группах Д и З по ряду характеристик.

На лексико-стилистическом подуровне речь ЗП, в своей общей направленности имеет характеристики речи З, но структурно обедняется за счет высокого показателя индекса эллипсиса (З–1.21; Д–3.73; ЗП–1.60) и содержательно – за счет усиления тавтологии (З–1.26; Д–3.77; ЗП–1.66) и увеличения лексических, семантических повторов (З–1.69; Д–4.42; ЗП–1.97), снижается на уровне ассоциативного темпа за счет умолчаний (З–1.38; Д–1.91; ЗП–1.71), подвергается общей регрессии под влиянием включенности в переживание проблемной ситуации, определяя тенденцию схождения с речью Д. На лексико-грамматическом подуровне в речи ЗП содержится относительных местоимений больше, чем в речи З, и меньше, чем в Д (З–1.00; Д–3.46; ЗП–1.40), а также употребляются глаголы преимущественно совершенного вида (19 (54,29%)) и в настоящем времени (31 (88,57%)) (З – совершенного вида (27 (64,29%)), в настоящем и будущем времени (22 (52,38%)), Д – несовершенного вида, в прошедшем времени (116 (93,55%)).

На семантическом уровне ЗП характеризуются частотой выбора категорий и тем, сходной с З, но при этом чаще, чем З и Д, обращаются к теме «Жить ради семьи» (Семейная категория) (З–70(90,91%); Д–92(74,19%); ЗП–35(100%); $p=0,003$), и значительно реже, чем З, к темам «Занять положение в обществе» (Статусная) (З–39(92,86%); Д–5(4,03%); ЗП–10(28,57%); $p=0,042$) и «Понять себя» (Когнитивная) (З–33(78,57%); Д–1(0,81%); ЗП–11(31,43%); $p=0,042$), т.е. имеет место вектор изменения в ценностно-смысловых структурах, системе смысло-жизненных ориентаций и непатологического уровня, но все же редукция спектра смыслов в семантосфере исследуемых субъектов.

Созданная в ходе статистической обработки данных дискриминантная модель и предложенная на ее основании методика расчета для определения диагностических типов, с учетом вербальных характеристик, позволяют с вероятностью 98% дифференцировать легкие депрессии и состояния актуальных жизненных проблем у здоровых субъектов (λ -Wilks=0,0007; $p < 0,001$).

Выводы. Состояния легких депрессий и нормальной грусти у здоровых лиц имеют различия по лингвистическому критерию как на поверхностном, так и глубинном уровнях речи.

Полученные данные свидетельствуют в пользу того, что вербальные особенности могут

выступать в качестве дополняющих, уточняющих и на доказательном уровне подтверждающих клинико-психопатологический метод маркеров диагностики, способствуют квалификации промежуточных «доболезненных» состояний на континууме «норма-болезнь».

Использование психолингвистического метода позволило установить правомерность выделения состояний переживания актуальных жизненных проблем у здоровых субъектов, а также сформировать основу для разработки плана диагностических и психокоррекционных/нефармакологических мероприятий в целях консультирования и ведения данной категории лиц в системе превентивной психиатрической практики.

ЭКОЛОГО-ХРОНОБИОЛОГИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ КАК ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ЭТИОПАТОГЕНЕЗУ, ДИНАМИКЕ И ТЕРАПИИ

Стрельник С.Н.

Самара, Самарский государственный медицинский университет

Эколого-хронобиологическая регуляция является иерархически организованной много-частотной пространственно-временной системой биоритмов и аритмических явлений, в которую включены внешние (экологические) и внутренние (генетические, эндогенные) механизмы (Романов, Ю.А., 1980; Стрельник, С.Н., 2006; Анисимов, В.Н., 2007). Хронобиологическая гипотеза патогенеза депрессии и биполярных аффективных расстройств и связанные с ней гипотезы экологических влияний при психопатологии дополнили существовавшие прежде концепции, прежде всего – моноаминовую (Амон, М., Буае, П.-А., Моке, Е., 2007). Примером гипотезы, объединяющей экологический и хронобиологический подходы, является мелатониновая гипотеза депрессий, основоположником которой стал А. Lewy (1979). Она описывает элементы циркадианной системы организма, связанные с явлениями фотопериодизма и мелатониновой регуляции при депрессиях. Нарушения мелатониновой регуляции являются звеном патогенеза не только аффективной патологии, но и множества иных расстройств, объединяемых понятием «хронопатология», то есть таких, для возникновения которых существенную либо основную роль играет нарушение временной (биоритмической) организации физиологических процессов. На примере данной гипотезы легко проследить основные взаимосвязи экологических, биоритмологических и биохимических явлений, имеющих значение для патогенеза и клинико-динамических особенностей аффективной патологии.

Хотя околосуточные ритмы до сегодняшнего дня привлекают основное внимание исследователей, периодические явления в динамике аффективных расстройств, как уже указывалось, не ограничиваются циркадианной ритмичностью. Инфрадианная периодичность представлена сезонной периодичностью обострений, околосуточной «циркадианной» периодичностью, «микроциклическими» колебаниями с периодами от 3-6 до 12-15 дней (Huba, G.L., Laulor, W.G., Stallone, F., 1973).

Целью собственного клинико-эколого-хронобиологического исследования было изучение взаимосвязи закономерностей возникновения депрессий с хронобиологическими факторами, в частности, с нарушениями суточных, сезонных и иных макроритмов – то есть имеющих период более 1 месяца, включая многолетние ритмы – и выявление их корреляции с некоторыми глобальными гелиогеофизическими факторами (Стрельник, С.Н., 2006).

Материалом исследования послужило изучение динамики заболевания 1058 пациентов с рецидивами эндогенных депрессивных расстройств в возрасте от 15 до 60 лет и длительностью заболевания от 10 до 42 лет. В результате исследования нами была описана многоуровневая иерархическая временная организация процесса рецидивирования эндогенных депрессий с моно- и биполярным течением. Для возникновения рецидивов выявлена роль ритмов с различным периодом: многолетних (5,5; 7; 8; 15; 29 лет). Среди них одни оказались вероятно обусловлены глобальными экологическими факторами (в частности, 5,5-летними колебаниями градиента солнечной активности), другие – в связи с отсутствием обнаруженных ритмических взаимосвязей с изучавшимися экологическими факторами гелиогеофизической природы – обозначены нами как эндогенные «циклы заболевания» (например, периоды 7-8, 15 и около 30 лет). С последними оказались сопряжены соответствующие возрастные критические периоды наибольшего риска рецидива аффективной патологии (возраст около 15, 30, 45 и 60 лет). Иное эколого-хронобиологическое значение имеют ритмы с периодом 1 год и менее: 12 и 6 месяцев (собственно «сезонный» ритм), зоны риска «индивидуального» года. Для данного диапазона периодов обнаруживается закономерная связь с нарушениями циркадианных ритмов, что косвенно подтверждает положение мелатониновой гипотезы о тесной связи циркадианных и сезонных ритмов. Все названные ритмы в динамике заболевания взаимодействуют друг с другом и с аритмическими (в том числе гелиогеофизическими) факторами, создавая индивидуальную хронологическую картину течения болезни.

В процессе исследования у части пациентов (28 человек) нами была проанализирована терапевтическая динамика обратного развития депрессивных симптомов на фоне фототерапии (совместно с

И.В. Пудиковым, 2006). Выявлены следующие закономерности: 1) в группе пациентов с существенным улучшением на фоне фототерапии, ритм «сезонности» (то есть ритм с периодом в 6 и 12 месяцев) обнаруживает большую мощность среди других макроритмов; 2) в группе с частичным послаблением симптоматики на фоне фототерапии преобладали макроритмы с периодом, не кратным году или полугоду (2 месяца, 8 месяцев, 32 месяца и др.); 3) выраженность циркадианного ритма клинических феноменов выше в группе пациентов с существенным улучшением состояния на фоне фототерапии; 4) в исследованном диапазоне ритмов для группы пациентов с существенным улучшением «сезонный» и циркадианный ритмы клинических феноменов являются доминирующими ритмологическими характеристиками. Учитывая полученные результаты, представляется возможным рассматривать связь циркадианного и полугодового (годового) ритма, то есть основных мелатонин-зависимых ритмов, как основу для разделения депрессивных состояний в плане фототерапевтической «чувствительности» и организации профилактических (хронопрофилактических) мероприятий.

Интересным представляется рассмотрение в собственном исследовании и в литературе (С.Н. Мосолов, 1994, 2002) вопросов профилактики и терапии эндогенных депрессивных рецидивов с учетом хронобиологических факторов с оценкой эффективности применения препаратов группы нормотимиков. Суммируя полученные результаты этих исследований, можно сделать вывод о том, что основные нормотимические препараты обладают сходным (эквивалентным) и одинаково мощным профилактическим действием, что может быть обусловлено, в том числе, наличием схожих хронобиологических эффектов у нормотимиков с различным механизмом действия. Специфическим хронотропным эффектом нормотимиков является, в частности, восстановление ультрадиантных ритмов ночного сна (регулярной периодичности возникновения REM-фаз и non-REM-фаз ночного сна), что в дальнейшем приводит к упорядочиванию ритма «сон-бодрствование» и через эти звенья, по-видимому, к синхронизации всей циркадианной системы биоритмов.

Подводя итог краткому обзору собственных и изученных в литературе эколого-хронобиологических исследований, интересно оценить их прогресс за последние несколько десятилетий. У истоков современной хронобиологии исследователи только предполагали, что «...структура биоритмов является одним из факторов, обуславливающих устойчивые морфологические и функциональные изменения в организме... Развитие такого направления исследований откроет перспективы... оптимизации способов коррекции патологических и предпатологических состояний» (Деряпа Н.Р., Мошкин М.П., Посный В.С., 1985). В настоящее время

мя достижения хронобиологии в области психиатрии, будучи подкрепленными и интегрированными с экологическими и биохимическими данными, не оставляют в этом сомнения, и уже имеют практическое применение в диагностике и терапии аффективной патологии. Накопление научных данных привело к созданию целостных интегрирующих концепций, позволяющих по-новому посмотреть на взаимосвязь этиопатогенеза, клинико-динамических и терапевтических аспектов аффективной патологии. Среди этих инновационных концепций достойное место занял рассмотренный эколого-хронобиологический подход.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ И ПСИХОПАТОЛОГИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Тиганов А.С.

Москва, ФГБУ НЦПЗ РАМН

Среди различных эндогенных и экзогенных факторов, оказывающих влияние на психопатологию, феноменологию и клинику аффективных расстройств, самую существенную роль играет возраст. Особенно четко влияние возрастного фактора на формирование психопатологической картины состояния и течения заболевания в целом прослеживается в детском, юношеском, а также позднем периодах, у больных «старых», «очень старых» (Helmchen H., 1993).

В последние годы резко возрос интерес к депрессивным состояниям в детском возрасте и особенно, к депрессиям в младенчестве и раннем детском возрасте (Голубева Н.И., 2010). В этой группе исследовались не только психопатологическая картина состояния, но оказалось возможным дифференциация депрессий в случаях перинатальной энцефалопатии развивающихся в условиях материнской депривации и возникающих у детей из группы высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям.

Одной из актуальных проблем исследования депрессий является юношеские депрессии, проявляющиеся не столько собственно депрессивными расстройствами, сколько различными эквивалентами: состояниями дисморфофобии, экзистенциальными расстройствами, психопатоподобными проявлениями, а также состояниями юношеской интеллектуальной несостоятельности.

В геронтологической психиатрии интересы психиатров сосредоточены не только на картине депрессий, сходных с классическими депрессивными состояниями зрелого возраста, но и на атипичных формах. Наиболее часто встречаются тревожно-ажитированные, ипохондрические, сенестопатические депрессии, а также депрессии сенильноподобные,

требующие дифференциации с инициальными периодами, а иногда и с развернутыми картинами атрофических заболеваний (В.А.Концевой, 2011). Несомненный интерес представляют депрессии, возникающие в структуре атрофических процессов и, в частности, при болезни Альцгеймера. Изучение этих расстройств позволило выделить несколько вариантов формирования депрессивных состояний при болезни Альцгеймера (Селезнева Н.Д., Пономарева Е.В., 2013).

Изучение аффективных расстройств, развивающихся в различных возрастных периодах, не только пополняет наше представление о возможных вариантах депрессий, но и является важным инструментом дифференциального диагноза. Необходимо отметить, что данная проблема продолжает оставаться одной из ключевых в современной психиатрии, несмотря на обилие публикаций.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ

**Шамрей В.К., Абриталин Е.Ю.,
Тарумов Д.В., Корзенев А.В.**

Санкт-Петербург, ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Депрессивные расстройства относятся к числу наиболее часто встречающихся видов психической патологии. По разным эпидемиологическим данным депрессиями страдают от 4 до 10 % населения в мире (Мосолов С.Н. с соавт., 2006; Смулевич А.Б., 2006; Тювина Н.А., 2009; Paykel E. S. et al., 2005; Ebmeier K.P. et al., 2006). При этом, несмотря на значительные успехи современной психофармакологии, 19-34 % пациентов остаются резистентными к лечению современными антидепрессантами (Мосолов С.Н., 2002; Иванов М.В. с соавт., 2009; Dunner D.L. et al., 2006; Rush A.J. et al., 2006). Теоретические представления о патогенезе депрессивных расстройств в последнее время претерпевают значительные изменения в связи с интенсивным развитием ультрамикроскопических, нейрофизиологических, нейрористохимических и молекулярно-генетических методов исследования структурно-функциональных особенностей головного мозга.

Наиболее перспективным считается внедрение в клиническую практику современных неинвазивных нейровизуализационных технологий, прежде всего, позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в различных режимах, позволяющих визуализировать и количественно оценить целый ряд параметров прижизненной структуры, локального кровотока и метаболизма мозга человека в нор-

ме и патологии (Станжевский А.А., 2009; Hurley R.A., Taber K.H., 2008). Методы нейровизуализации открывают возможности для патогенетической диагностики устойчивых к терапии депрессий, дополняя тем самым клинические критерии фармакорезистентности. Вместе с тем, такие работы, как правило, выполнены на небольшом количестве пациентов, а в отечественной литературе практически отсутствуют.

Целью исследования являлось изучение нейровизуализационных особенностей фармакорезистентных депрессивных расстройств.

Материал и методы. В процессе работы были обследованы 302 пациента с различными депрессивными расстройствами, которые были разделены на опытную группу (больные с фармакорезистентными депрессивными расстройствами – 168 человек) и контрольную группу 1 (больные курабельными депрессиями – 134 человека). Кроме того, были обследованы 72 психически и соматически здоровых субъекта, составивших контрольную группу 2. Возраст обследованных пациентов опытной группы составил от 18 до 65 лет (в среднем 41.9 ± 14.7 лет), длительность заболевания варьировала от 1 до 38 лет (в среднем, 7.8 ± 3.2 лет).

Количественная оценка выраженности депрессивной симптоматики проводилась по шкале оценки депрессии Гамильтона – «HAMilton Depression scale» (HAM-D), выраженность симптомов тревоги оценивалась по шкале тревоги Гамильтона – «HAMilton Anxiety scale» (HAM-A). При исследовании морфофункциональных характеристик головного мозга пациентам выполнялись ПЭТ и МРТ в различных режимах: функциональная МРТ (фМРТ) с использованием модифицированного Струп-теста, воксельная морфометрия (voxel-based morphometry – VBM), диффузионно-тензорная визуализация (diffusion tensor imaging – DTI) и магнитно-резонансная спектроскопия (MRS). При проведении нейровизуализационных исследований первоначально изучались особенности паттернов мозгового ответа у больных основной выборки в целом, структурно-метаболические отличия между депрессиями разного генеза и контрольной группой 2. При этом пациенты с депрессивными состояниями преимущественно психогенного генеза (F43) условно обозначались как больные с «реактивной» депрессией, пациенты с депрессивными состояниями в рамках аффективных (F31-F33) и шизоаффективных (F20, F25) расстройств – больные с «эндогенной» депрессией и, наконец, пациенты с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга (F06) – больные с «органической» депрессией. В дальнейшем выполнялся более детальный анализ нейровизуализационных показателей у пациентов опытной группы и их сравнение с результатами больных контрольной группы 1.

Результаты и их обсуждение. При проведении ПЭТ больным с депрессивными расстройствами различного генеза были обнаружены определенные морфофункциональные особенности головного мозга, коррелирующие с клинической симптоматикой. Так, у пациентов с «эндогенной» депрессией (F31-F33, F20, F25) определялся гипометаболизм в головках хвостатых ядер при выраженности депрессивной симптоматики до 25-ти баллов (по HAM-D) на 20-40 % от нормальных показателей, а при тяжести депрессии свыше 26-ти баллов (по HAM-D) – более чем на 40 % ($p < 0.05$ по сравнению с контрольной группой 2). При этом у больных с «реактивной» депрессией (F43) отчетливых нарушений метаболизма в области головок хвостатых ядер вне зависимости от тяжести состояния обнаружено не было.

ПЭТ-обследование больных опытной группы показало статистически значимые метаболические изменения в структурах лимбико-стриарной системы (по сравнению с контрольной группой 2) и динамические изменения в этих структурах – в процессе терапии на фоне общего улучшения клинической картины. При МРС у больных опытной группы было выявлено статистически достоверное снижение отношения N-ацетил аспартата (NAA) к креатину (Cr) в головках хвостатых ядер, коррелирующее с изменениями при ПЭТ с ^{18}F -ФДГ и выраженностью депрессии по HAM-D.

При фМРТ-сканировании в ответ на усложнение задания при выполнении когнитивных тестов в контрольной группе 2 происходило функциональное «выключение» переднепоясных отделов, сопровождавшееся интенсификацией активности дорсолатеральной префронтальной коры. У пациентов с «реактивной» (F43) и «органической» (F06) депрессиями функциональное «выключение» переднецигулярных отделов практически не наблюдалось, в то время, как у пациентов с «эндогенной» депрессией (F31-F33, F20, F25) помимо менее выраженного, но все же имевшего место угнетения переднепоясных отделов и активации дорсолатеральной префронтальной коры, обнаруживалось отчетливое угнетение задне- и среднецигулярных отделов (достоверность «артефактных» активаций $p_{\text{fwe}} < 0.05$). Кроме того, у всех пациентов с депрессивными расстройствами различного генеза были выявлены угнетения активности миндалин.

У пациентов опытной группы при фМРТ происходило функциональное «выключение» переднепоясных областей, которое, в отличие от контрольной группы 2, не сочеталось с активацией ретикулярной формации и дорсолатеральных префронтальных отделов. У больных контрольной группы 1, в отличие от пациентов опытной группы, не наблюдалось «выключение» субгenuальных переднепоясных и заднецигулярных отделов, но отмечалось угнетение вентрального стриатума, миндалин и парагиппокампальной области.

При анализе МРТ в режиме VBM у всех пациентов с депрессивными расстройствами были обнаружены изменения в различных префронтальных корковых отделах и ряде подкорковых структур (достоверность наличия активации в исследуемом вокселе $p_{\text{uncorr}} < 0.001$, достоверность «артефактных» активаций $p_{\text{fwe}} < 0.05$). При этом у больных с «реактивной» (F43) и «органической» (F06) депрессиями отмечалось сходство топических изменений: в обеих группах были обнаружены снижения плотности серого вещества в орбитофронтальных, медиальных и дорсолатеральных префронтальных отделах с тенденцией к левосторонней локализации, а также изменения в инсулярных, верхнетеменных областях и миндалинах мозжечка. У пациентов с «эндогенной» депрессией (F31-F33, F20, F25) были обнаружены менее обширные снижения объемов серого вещества в орбитофронтальных, перигенуальных и заднелобных отделах.

У пациентов опытной группы обнаруживались статистически значимые изменения объемов серого вещества по сравнению с контрольной группой 1 ($p_{\text{uncorr}} < 0.001$; $p_{\text{fwe}} < 0.05$). Так, увеличение объемов серого вещества отмечалось билатерально в дорсомедиальных отделах таламусов (координаты структуры в стандартизированном мозговом атласе MNI слева: -6; -19; 12, справа: 6; -17; 13) и в верхневисочных отделах (координаты слева: -54; 14; -24, справа: 53; 13; -12). Снижение объемов серого вещества, в свою очередь, определялось билатерально в субгенуальных переднепоясных отделах (координаты слева: -6; 23; -13, справа: 8; 23; -12).

При выполнении DTI у всех пациентов с депрессивными расстройствами были выявлены статистически значимые снижения фракционной анизотропии по сравнению с контрольной группой 2 ($p < 0.05$). Эти изменения свидетельствовали о дефиците трактов белого вещества в форниксе и заднецигулярных отделах. Максимальное сходство было обнаружено между пациентами с «реактивной» (F43) и «органической» (F06) депрессиями: в обоих случаях изменения определялись в трактах форникса и колена мозолистого тела, а также в трактах передне- и заднецигулярных областей, продольном и нижнем лобно-затылочном пучках.

У пациентов опытной группы были выявлены статистически значимые ($p < 0.05$) изменения фракционной анизотропии по сравнению с больными контрольной группы 1: увеличение билатерально в трактах передних отделов поясных извилин (координаты структуры в стандартизированном мозговом атласе MNI слева: -9; 32; 15, справа: 8; 30; 15) и снижение – также билатерально в проводящих путях, соединяющих префронтальные отделы с корковыми областями затылочных, теменных и височных долей – в нижнем лобно-затылочном и продольном пучках (координаты слева: -29; -34; 17, справа: 25; -27; 17).

Результаты ПЭТ с ^{18}F -ФДГ показали, что после проведенного лечения при улучшении клинической картины (уменьшении выраженности депрессивной симптоматики и тревоги более, чем на 35-50 % по HAM-D и HAM-A) наблюдалось постепенное восстановление метаболизма глюкозы в структурах лимбической системы и полосатого тела (достоверные изменения ($p < 0.05$) установлены в области передних отделов поясных извилин, головках хвостатых ядер и зрительном бугре правого полушария). При этом метаболические изменения практически не зависели от вида проводимой терапии ($p > 0.05$), а определялись исключительно степенью улучшения клинического состояния. Клиническая динамика депрессивных расстройств как бы «опережала» соответствующие морфофункциональные изменения головного мозга: увеличение метаболизма в головках хвостатых ядер на 10-15 % происходило в среднем через 4-7 месяцев. Прогностическая модель имеет вид: $Y = 3.9 + 0.82 X_1 - 0.97 X_2$, где Y – уровень метаболизма в области головок хвостатых ядер по SUV, X_1 – выраженность депрессии по HAM-D, X_2 – выраженность тревоги по HAM-A. Исследование динамики интенсивности сигнала при фМРТ (Blood Oxygenation Level Dependent) показало статистически значимую ($p < 0.05$) интенсификацию сниженного до лечения ответа миндалины.

Таким образом, патогенетическая диагностика с помощью современных методов нейровизуализации (ПЭТ, фМРТ, VBM, DTI и МРС) уточняет механизмы терапевтической резистентности, обнаруживая различные изменения в структурах кортико-стрио-таламо-кортикальных «нервных кругов». Выявленные сходства в структурах головного мозга у пациентов с «реактивной» и «органической» депрессиями позволяют высказать предположение о наличии микроорганической предрасположенности к развитию «реактивных» депрессивных состояний.

Выводы. 1. Патогенетическая диагностика фармакорезистентных депрессивных расстройств с помощью современных методов нейровизуализации позволяет уточнить механизмы терапевтической резистентности. Так, по данным ПЭТ с ^{18}F -ФДГ у больных депрессиями, резистентными к фармакотерапии, определяются статистически значимые ($p < 0.05$) изменения в структурах лимбико-стриарной системы (прежде всего, в головках хвостатых ядер и передних отделах поясных извилин билатерально, а также в области таламуса в правом полушарии). При фМРТ с применением модифицированного Струп-теста отмечается функциональное «выключение» переднепоясных областей, которое, в отличие от здоровых испытуемых и больных курабельными депрессиями, не сочетается с активацией ретикулярной формации и дорсолатеральных префронтальных отделов.

2. Анализ МРТ методом воксельной морфометрии показывает, что у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами (по сравнению с больными курабельными депрессиями) отмечается увеличение объемов серого вещества билатерально в дорсомедиальных отделах таламусов и в верхневисочных отделах, в то время как снижение объемов серого вещества наблюдается билатерально в субгenuальных переднепоясных отделах ($p < 0.001$). При выполнении диффузионно-тензорной визуализации у пациентов с терапевтически резистентными депрессивными расстройствами определяются изменения фракционной анизотропии по сравнению с больными курабельными депрессиями: увеличение – билатерально в трактах передних отделов поясных извилин, снижение – билатерально в нижнем лобнозатылочном и продольном пучках ($p < 0.05$).

3. Современные методы нейровизуализации позволяют уточнить этиологию и тяжесть депрессивных расстройств. Так, снижение метаболизма ^{18}F -ФДГ в головках хвостатых ядер головного мозга при ПЭТ на 20-40 % от нормальных показателей наблюдается при легкой и средней, а более чем на 40 % – при тяжелой степени выраженности «эндогенной» депрессии (отсутствие аномалий метаболизма может свидетельствовать о «реактивном» характере депрессивного расстройства). При этом статистически достоверно ($p < 0.05$) сниженное отношение NAA/Cr в головках хвостатых ядер при МРС коррелирует с изменениями при ПЭТ и выраженностью депрессии (по шкале Гамильтона).

4. Нейровизуализационные изменения у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами после лечения неспецифичны и определяются в основном степенью клинического улучшения. Так, увеличение метаболизма в головках хвостатых ядер на 10-15 % при ПЭТ с ^{18}F -ФДГ после лечения сопровождается снижением выраженности депрессии (по шкале Гамильтона) более чем на 50 %, причем клиническая динамика депрессивных расстройств «опережает» соответствующие морфофункциональные изменения в среднем на 4-7 месяцев. При проведении фМРТ в динамике обнаруживается интенсификация статистически достоверно ($p < 0.05$) сниженного до лечения «ответа» миндалины.

РАЗРАБОТКА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММ ДЛЯ ЭВМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Шевцов С.А.

Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России

Введение. В настоящее время компьютерная медико-психологическая диагностика переживает значительный подъём во всём мире. Потребность в т.н. «программах для ЭВМ» для диагностики как психических, так и соматических заболеваний очень велика, так как их отличает скорость и точность в работе как с каждым пациентом в отдельности, так и с большими группами исследуемых (Ивакин Р.М., 2012).

Первичная и вторичная профилактика депрессивных расстройств с помощью ранней диагностики и максимальная диспансеризация населения России на основе программного обеспечения с использованием дистанционных информационных технологий являются особо важными в последние десятилетия (Скворцова В.И., 2012). Одним из способов данной диагностики и профилактики психических нарушений у населения России может служить использование программного обеспечения для Microsoft Windows XP - 8.1, Windows Store (Windows 8) или Google Play (Android) – магазинов мобильных приложений. Количество пользователей данных операционных систем и соответствующих им электронных магазинов в настоящее время приближается в России к 19.500.000, а количество научных и популярных программ для психолого-медицинской диагностики, профилактики и коррекции приближается к 10.000 (Орлов С. А., Цилькер Б. Я., 2012).

Целью нашей работы было создание в ВУЗе (Первом МГМУ им. И.М.Сеченова) методологии разработки и патентования программного обеспечения для скрининг-диагностики депрессивной и другой патологии с выдачей справочно-информационных рекомендаций по её профилактике с последующей подготовкой технического задания и применением конкретного программного обеспечения для диагностики и профилактики депрессии с помощью информационных технологий Windows Store, Google Play и Microsoft Windows XP - 8.1.

Материал и методы. На начальном этапе разработки (с сентября 2012 года) мы определяли с помощью технического задания содержимое программ и их функции. Затем проводили форматирование имеющейся текстовой информации о свободно-распространяемой шкале Цунга (The Zung self-rating depression scale) с помощью языка разметки HTML4 и создавали алгоритмы программы через язык программирования Javascript с помощью бесплатной программы для ЭВМ Notepad++.

Полученный алгоритм работы разработки ПО совместно со студентами и сотрудниками ВУЗа был нами определён следующим:

1. Создание плана создания конкретного программного обеспечения для Windows Store или Google play или Microsoft Windows XP - 8.1.

2. Отбор студентов и сотрудников ВУЗа, имеющих уровень знаний по информатике выше среднего.

3. Проведение семинаров по междисциплинарному программированию для студентов, научных сотрудников и преподавателей ВУЗа.

4. Бумажное прототипирование программного обеспечения и затем при необходимости гибкое прототипирование с помощью Microsoft PowerPoint.

5. Компиляция написанного кода программного обеспечения различными соответствующими программными продуктами с тестированием работоспособности.

6. При необходимости – оформление заявки и получение свидетельства о государственной регистрации программы для ЭВМ в Роспатенте.

7. Публикация программного обеспечения в специализированных электронных магазинах для бесплатного распространения или продажи потребителям.

8. Статистическая обработка полученной информации о необходимости дальнейшей разработки.

9. Совершенствование и техническая поддержка созданных программ и сайтов.

10. Публикация полученных результатов в научных и научно-популярных российских и зарубежных изданиях.

Результаты и обсуждение. Полученная нами программа (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2012619693 Роспатента) «Тест скрининг оценки депрессии» (авторы Шевцов С.А., Смекалкина Л.В.) позволяет специалисту или пациенту за 5-10 минут выявить как степень депрессии, так и получить краткую точную информацию по её лечению и профилактике. В настоящее время данная программа используется как в научной, так и в практической работе более 50 специалистами в России.

На её основе нами также разработано ещё две программы научно-популярного характера (с января 2013 года), имеющей схожие цели – самодиагностику депрессивных нарушений на ранней стадии, выдачу индивидуальных рекомендаций по лекарственной и нелекарственной помощи при данной патологии, а при необходимости – получение консультации квалифицированного врача по мобильному или стационарному телефону и on-line посредством программ для видео-звонков Skype или Hangouts и через социальные сети Фейсбук <https://www.facebook.com/autotrening> или Вконтакте <http://vk.com/medpsi>, а также через специализированные сайты: <http://профилактикадепрессии.рф/> и <http://profylaktika.ru/>.

Эти разработанные нами программы: для Windows Store - «Тест оценки стресса и депрессии» и для Google Play - «Лечение депрессии и стресса» уже широко применяются во всей России и всём мире. Так как в настоящее время функциональные возможности по профилактике депрессивных нарушений у второй программы в несколько раз шире и она бесплатна (в отличие от мобильного приложения для Windows 8), то именно её статистические предварительные показатели мы подробно анализируем в данной работе.

Статистика сервиса компании Google <https://play.google.com/apps/publish/signup/> показала, что данное приложение «Лечение депрессии и стресса» за период с 17.05.2013 по 12.06.2013 установило во всём мире в странах с русскоговорящим населением около 5625 человек. Из них по отдельным странам соответствующая потребность в данных услугах была такова: Россия – 4094 человека (72,78 %), Украина – 1290 пользователей (22,93 %), Беларусь – 173 (3,08 %), Азербайджан – 33 (0,59 %), США – 10 (0,18 %), Армения – 7 (0,12 %), Казахстан – 4 (0,07 %), Молдова – 2 (0,04 %), Китай – 1 (0,02 %), Другие страны – 11 человек (0,20 %).

В настоящее время, 12 июня 2013 года, активно пользуются данным приложением около 1522 человек. Из них по странам: Россия – 1121 пользователя (73,65 %), Украина – 336 (22,08 %), Беларусь – 45 (2,96 %), Азербайджан – 13 (0,85 %), Армения – 3 (0,20 %), США – 3 (0,20 %), Казахстан – 1 человек (0,07 %).

Данные цифры достаточно полно отражают современную тенденцию популярности и необходимости развития информационных технологий в мировой психиатрии и медицине (Loureiro L.M., Jorm A.F., Mendes A.C., Santos J.C., Ferreira R.O., Pedreiro A.T., 2013), демонстрируя настоятельную потребность населения в получении знаний о профилактике психических и психосоматических расстройств.

Выводы. 1. С помощью специальных семинаров, в соавторстве со студентами и сотрудниками ВУЗа (или НИИ), возможна разработка и патентование программ для ЭВМ для практической диагностики и профилактики депрессивных расстройств в России и всём мире.

2. Три разработанных нами программных продукта для диагностики и профилактики депрессивных нарушений в настоящее время применяются более чем 2.000-ми человек за 1 месяц применения данного сервиса у русскоязычного населения РФ и других странах.

3. С помощью информационных технологий компаний Microsoft и Google возможна разработка приложений для диагностики и профилактики аффективных и других психических и соматических заболеваний, которые следует рекомендовать для максимально широкого использования в современной психиатрии и превентивной медицине как дополнительную помощь отечественному здравоохранению.

МЕЖПОЛУШАРНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ И СОМАТОФОРМНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

Ясникова Е.Е., Новиков А.В.

Иркутск, ИГМУ

В настоящее время проведено достаточно много исследований свидетельствующих о динамическом характере функциональной межполушарной асимметрии в норме и патологии. Считают, что перестройка межполушарных отношений является одним из механизмов, способствующих приспособлению организма к действию неблагоприятных факторов среды, в том числе психогенным, которые являются основой формирования неврозов (Фокин В.Ф. с соавт, 2009, Леутин В.П., Николаева Е.И., 2005, Лобова А. В., 2006, Crow, 2002, Herbert et al., 2006).

В межполушарных отношениях ведущими являются наиболее мощные транскаллозальные связи полушарий. Однако роль комиссуральных связей, их возможные нарушения в условиях патологии описаны недостаточно.

Цель исследования: изучение состояния межполушарных взаимоотношений, психического статуса и вегетативного тонуса у больных с аффективной и соматоформной симптоматикой в процессе лечения.

Материал и методы. Больных было обследовано 105 пациентов (86 женщин и 19 мужчин), поступивших на стационарное лечение в психиатрические учреждения г. Иркутска по поводу аффективных (F3) и невротических (F4) расстройств с соматоформной симптоматикой. Средний возраст – 48 лет. Диагноз устанавливался в соответствии с МКБ-10 и шкалой соматизации SOMS. Преобладали больные с собственно соматоформными заболеваниями, расстройствами адаптации, тревожными расстройствами (82%), у остальных (18%) были диагностированы аффективные эндогенные рекуррентные либо биполярные расстройства коморбидные с соматоформными. Контрольную группу составили 69 практически здоровых мужчин и женщин, не имеющих жалоб и никогда не обращавшихся к психиатру. Для определения доминантного полушария, определения индивидуального профиля функциональной межполушарной асимметрии, а также состояния межполушарного взаимодействия использовался набор стандартных тестов, направленных на выявление моторных и сенсорных асимметрий. (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981; Леутин В.П., Николаева Е.И., 1988; Хомская Е.Д. с соавт, 1995; Корабельникова Е.А. с соавт., 2001). Для оценки состояния вегетативной нервной системы учитывали основные физиологические показатели: ЧСС, АД, ЧДД, пробу Ашнера, аутохронометрию,

рассчитывали вегетативный индекс Кердо, коэффициент Хильдебранта. Уровень тревоги оценивали с помощью теста Спилберга-Ханина, степень алекситимии – посредством торонтской шкалы, использовалась корректурная проба. Исследования проводились у каждого испытуемого трижды в динамике на фоне терапии, предусмотренной стандартами оказания медицинской помощи: на 1-2 день, 10-12 день и на 25-30 день лечения. Проводилась статистическая обработка полученных данных.

Результаты и их обсуждение. В опытной группе было выявлено равнополушарных пациентов – 48 человек, правой – 51 и левой – 6 человек. Достоверной разницы между мужчинами и женщинами по изучаемым показателям не обнаружено. В группе контроля оказались 24 правши, 28 амбидекстров и 17 левшей. Большинство тестов, характеризующих межполушарное взаимодействие в моторной сфере, больными выполнялись значительно хуже. Например, тест на реципрокную координацию и сложно-координированные двигательные акты с затруднением выполнили 24,0% и 64,0 % больных соответственно, тогда как в контрольной группе – 3,0% и 24,0%. Пациенты, как с учетом индивидуального профиля функциональной межполушарной асимметрии, так и без ее учета, затрачивали больше времени при выполнении пробы на определение формы объекта («доска Сегена»), сложно-координированной пробы, корректурной пробы по сравнению с контрольной группой ($p > 0,05$).

При поступлении у пациентов с аффективными и соматоформными симптомами – правой преобладает возбуждающее влияние в симпатическом отделе нервной системы (вегетативный индекс $10,25 \pm 4,03$) по сравнению с остальными больными и контролем ($p > 0,05$). На 10 сутки лечения показатель снижается до $3,85 \pm 4,25$, а на 30 сутки повышается до $6,66 \pm 2,75$ по сравнению с контролем ($2,91 \pm 2,70$). У амбидекстров при поступлении преобладают тонус в парасимпатическом отделе нервной системы, вегетативный индекс $-10,62 \pm 10,90$. На 10 сутки парасимпатический тонус, сменяется преобладанием симпатического отдела нервной системой (индекс Кердо $2,37 \pm 3,96$), а на 30 сутки достоверно возрастает до $5,75 \pm 5,92$ по сравнению с контролем ($6,17 \pm 2,87$). Уровень ситуативной тревожности умеренный у пациентов правой на протяжении всего лечения составила 44 балла, а личностная тревожность увеличилась с 46 до 54 балла. У пациентов амбидекстров при поступлении отмечалась высокий уровень ситуативной тревожности: 49 баллов. По окончании лечения показатель ситуативной тревожности изменился до 42 балла, а уровень личностной тревожности на протяжении всего исследования имеет тенденцию к снижению от 58 до 49 балла. Уровень алекситимии определялся однократно и был выше у пациентов – правой ($74,19 \pm 3,33$ балла) по сравнению с контролем ($58,54 \pm 2,27$ бал-

ла), достоверными различия оказались у женщин ($p > 0,05$). Трудность выполнения задания отмечалась правшами и амбидекстрами,

Выводы. Среди обследованных больных преобладают пациенты – правши и амбидекстры. При данном виде заболеваний нарушается межполушарное взаимодействие, опосредуемое через передний и задний отделы мозолистого тела. Обобщение данных психологических шкал позволяет говорить о более выраженной степени алекситимии у больных - правшей по сравнению с контролем и амбидекстрами, особенно у женщин. Преобладание в группе с доминированием левого полушария (правши) тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы по сравнению с равнополушарными, объясняет повышение уровня тревожности в процессе наблюдения, что должно учитываться при назначении анксиолитической терапии.

ФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ СМЕШАННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В КЛИНИКЕ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Воробьев Р.В.

*Москва, Государственное казенное учреждение
здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница
№ 12 Департамента здравоохранения города Москвы»*

Смешанные депрессивные состояния в клинике биполярного аффективного расстройства, представляющие собой внедрение маниакальных/гипоманиакальных симптомов в структуру депрессивного эпизода, до сих пор недостаточно четко определены в современных классификациях и вызывают трудности в диагностике.

Цель исследования. Дименсиональное изучение психопатологической структуры смешанных депрессивных состояний, возникающих в рамках биполярного аффективного расстройства, построение типологии на основании результатов статистического анализа.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом было отобрано 23 больных (13 женщин, 10 мужчин) с верифицированным по МКБ-10 диагнозом «Биполярное аффективное расстройство» F31.x из числа стационарных больных. В выборку включались больные, удовлетворявшие следующим критериям: 1) соответствие критериям рубрики «Биполярное аффективное расстройство, текущий смешанный эпизод» F31.6 по МКБ-10 (кроме быстрой альтернации симптомов); 2) отчетливое преобладание в состоянии симптомов депрессивного полюса с гипотимией; 3) ≥ 3 конкурирующих маниакальных/гипоманиакальных симптомов в структуре смешанного депрессивного состояния. Устанавливались следующие критерии исключения: 1) выявление быстрой альтернации маниакальных и

депрессивных симптомов по типу быстроциклического течения, 2) злоупотребление психоактивными веществами, 3) психотический уровень аффективных расстройств.

Включенные в выборку больные подвергались психометрическому обследованию с помощью Мультидименсиональной шкалы для оценки аффективных состояний (Multidimensional Assessment of Thymic States - MAThYS). Полученные результаты были подвержены статистическому иерархическому кластерному анализу с предварительным факторным анализом. Факторный анализ выполнялся по методу главных компонент с применением вращения Варимакс и нормализацией Кайзера.

Результаты: Социо-демографические характеристики выборки отличались преобладанием лиц женского пола (56,5%) с высшим образованием, состоящих в браке и имеющих постоянную работу. Средний возраст больных составил $36,0 \pm 12,4$ лет. Общие суммарные баллы по шкале MAThYS для всех больных выборки оказались > 100 ($126,9 \pm 16,2$), что соответствовало явлениям активации в структуре депрессивного состояния. В результате процедуры факторного анализа было отобрано пять факторов: «психомоторное напряжение» (чувство внутреннего напряжения, скорость моторных актов), «мотивационно-поведенческая сфера» (энергичность, интерес к повседневным занятиям, мотивация к новому, открытость, потребность в общении), «идеаторная сфера» (принятие решений, отвлекаемость внимания, поток мыслей, скорость мышления), «эмоциональная гиперреактивность» (эмоциональный контроль, аффективная лабильность, чувствительность, интенсивность эмоций), «сенсорная сфера» (сенсорная чувствительность). В результате кластерного анализа значений по каждому фактору было выделено 3 группы больных. В 1-ом кластере оказалось сгруппировано 52% больных с наибольшими факторными значениями по фактору «Психомоторное напряжение». Клинико-психопатологическая оценка больных, вошедших в этот кластер, выявила высокую распространенность таких симптомов как внутреннее напряжение (100%), психомоторная ажитация (91%), раздражительность (83%), повышенная разговорчивость (58%), отвлекаемость внимания (33%), а также идеаторное ускорение (16%). Во 2-м кластере оказалось сгруппировано 22% больных с наибольшими факторными значениями по фактору «Идеаторная сфера». При клинико-психопатологической оценке наблюдались выраженные симптомы идеаторного ускорения, наплывов мыслей, скачки идей, крайней отвлекаемости внимания, а также склонность к поведению, связанному с риском. В 3-м кластере оказались сгруппированы 26% больных с высокими значениями по факторам «Эмоциональная гиперреактивность» и «Сенсорная сфера» (в меньшей степени). Высокие средние баллы были отмечены

по таким характеристикам как эмоциональный контроль ($6,057 \pm 0,433$), аффективная лабильность ($9,003 \pm 0,879$), чувствительность ($8,799 \pm 0,761$), интенсивность эмоций ($7,554 \pm 1,781$). Кроме того, в этой группе у 3 больных (50%) наблюдались изменения, отражающие повышение чувствительности, в сенсорной сфере ($6,095 \pm 1,212$).

Обсуждение результатов. Симптоматологический профиль 1 и 2 кластера может быть сопоставлен с Крепелиновской ажитированной депрессией и депрессией со скачкой идей соответственно. Описанная группа больных с явлениями эмоциональной гиперреактивности поддерживает предположение Henry C. et al. о принадлежности биполярных депрессий к явлениям эмоциональной гиперреактивности к широкому спектру смешанных состояний.

Выводы. В исследовании проведена дименсиональная оценка смешанных депрессивных состояний, возникающих в рамках биполярного аффективного расстройства, с использованием доказавшей свою валидность шкалы MATHyS. По результатам кластерного анализа полученных данных выделено 3 предположительных типа смешанных депрессий: ажитированная депрессия, депрессия со скачкой идей, смешанная депрессия с явлениями эмоциональной реактивности. Распределение больных по группам подтвердило высокую распространенность ажитированных депрессий. Первые две группы сопоставимы с Крепелиновскими прототипами. Последняя - депрессия с явлениями эмоциональной реактивности - явление новое и требует дальнейшего исследования. Предложенная факторная модель может стать основой для дальнейших исследований в сфере типологии смешанных состояний и, возможно, даст информацию для более глубокого понимания взаимосвязи отдельных симптомов в его структуре, а также позволит уточнить клинико-социальный прогноз и предпосылки дифференцированной терапии данных вариантов аффективной патологии в зависимости от их синдромальной характеристики.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Романов Д.В.

*Самара, Самарский Государственный Медицинский
Университет*

Пограничное расстройство личности является одним из наиболее распространенных клинических вариантов личностных аномалий. Указывают, что оно составляет 10% всех амбулаторных случаев психических расстройств, отмечается у 15-20% пациентов психиатрического стационара, представляет от 30 до 60% всех видов расстройств лич-

ности (Skodol A., Gunderson J., Pfohl B. et al., 2002). В качестве отдельного специфического расстройства личности пограничное расстройство личности (ПРЛ) впервые было выделено в DSM-III, и входило в последующие версии DSM, включая рабочую версию DSM-У. Наряду с традиционными представлениями о ПРЛ как о самостоятельном психическом расстройстве, широкое распространение получила точка зрения О.Кернберга (1975, 1981, 1982, 1996) о ПРЛ как о незрелом типе психической организации, находящимся между «психотической» и «нормальной» структурой личности. В качестве основных гипотез патогенеза ПРЛ называют патологию развития лимбической системы, проявляющуюся дефицитностью серотониновой нейротрансмиссии наряду с активацией холинергических систем. С различными нейромедиаторными нарушениями связывают такие симптомы ПРЛ как импульсивность, агрессию и эмоциональную нестабильность (Skodol A., Siever L. et al., 2002). Большинство исследователей указывают на роль раннего травматического опыта, нарушающего развитие нормальных диадных отношений (Sabo A., 1997). Отмечают высокую ассоциированность ПРЛ и других видов психопатологии, особенно депрессивных расстройств (Тугер Р. et al., 1997).

Цель работы - исследование клиники, динамики и эффективности психотерапии ПРЛ, направленное на оптимизацию ранней диагностики и терапии расстройства. В рамках данного исследования было проведено изучение распространенности ПРЛ среди выявляемых расстройств личности. Были исследованы все пациенты, госпитализированные в течение двух лет (1970-1971) в региональный психиатрический стационар с диагнозом психопатия (расстройство личности).

Использовались критерии диагностики расстройств личности МКБ-10 и DSM-4-TR. Контингент исследованных составили 142 человека, из них - 120 мужчин, 22 женщины. Исследование показало, что ПРЛ занимало второе место (26%) после диссоциального расстройства личности (37%), встречалось чаще, чем истерическое (18%) и обсессивно-компульсивное расстройство личности (11%). Клиническая картина ПРЛ включала выраженную эмоциональную неустойчивость, импульсивность, нарушения коммуникативных отношений, агрессию, и наиболее часто была ассоциирована с депрессиями - в 50% случаев. Депрессивные расстройства наиболее часто характеризовались тоскливым или дисфорическим аффектом, преобладала умеренная выраженность расстройства, у половины пациентов депрессии также встречались в анамнезе. 66,7% пациентов с ПРЛ совершили суицидальные попытки.

Использование ситуационных задач, описывающих реальные клинические случаи пациентов с ПРЛ, на циклах переподготовки врачей-психиатров показало большое количество ошибок при

распознавании данного расстройства по сравнению с идентификацией других видов психической патологии. Диагностические ошибки психиатров были сгруппированы следующим образом. Наиболее часто встречалась ситуация «редуцированного диагноза», при которой врачи-психиатры останавливали диагностический поиск при обнаружении расстройств «первой оси» (например, расстройств аффективного спектра), игнорируя подлежащее пограничное расстройство личности. Также встречалась ошибочная диагностика другого клинического варианта расстройства личности. Пограничное расстройство личности ошибочно принималось психиатрами за истерическое, диссоциальное, реже – за нарциссическое расстройство личности. Реже отмечалась ситуация, когда проявления личностного расстройства ошибочно принимались врачом за симптомы эндогенного психического заболевания – шизофрении или биполярного расстройства. В целях улучшения качества распознавания расстройств личности сотрудниками кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии были разработаны и внедрены в практику профессиональной переподготовки психиатров, психотерапевтов и наркологов алгоритмы диагностики расстройств личности драматического кластера.

В качестве основных мишеней психофармакотерапии пограничного расстройства личности могут быть названы аффективная лабильность, импульсивность и перцептивно-когнитивные нарушения (APA, 2001; Kaplan G., Sadock B., 2008). СИОЗС являются препаратами выбора при лечении ПРЛ (APA, 2001). Отмечается, что сертралин уменьшает основные проявления ПРЛ – импульсивность, аффективную лабильность, чувствительность к отказу, самоповреждающее поведение; доказана также эффективность флуоксетина и венлафаксина (Zanarini M., 2004). Предлагается использовать нормотимики для лечения аффективной нестабильности, аффективного напряжения, агрессии, «хронической импульсивности» (Тугер Р., Bateman A., 2004). Считается, что атипичные антипсихотики способны воздействовать на все основные мишени ПРЛ (Kaplan G., Sadock B., 2000).

Нами было установлено, что трудности осуществления медикаментозного лечения пограничного расстройства личности обусловлены наличием у пациентов сформированного предубеждения по отношению к медикаментозной терапии. Оно включало: а) высокую чувствительность к побочным эффектам, б) страх формирования зависимости от лекарств, в) страх потери реактивности, г) страх подтверждения в процессе лечения собственной психической неадекватности, д) параноидные установки, преимущественно сверхценного уровня (Романов Д.В., 2013).

Согласно нашим данным (2011), подавляющая часть самостоятельно обращающихся за помощью

пациентов, страдающих пограничным расстройством личности, дают согласие на ограниченную по времени или длительную психотерапию. Исследования показывают достаточную эффективность использования психотерапии при лечении ПРЛ (Perry J., Banon E., Ianni F., 1999). Основной целью психотерапии ПРЛ является развитие целостного, комплексного и позитивно-значимого ощущения самого себя (O.Kernberg, 1975; S.Luborsky, 1984; N.McWilliams, 1994). Согласно проведенным ранее исследованиям (Романов Д.В., 2011), у большей части амбулаторных пациентов с ПРЛ отмечается положительная динамика при использовании психодинамической терапии. Нами было показано, что проведение психотерапевтического лечения пациентов с ПРЛ характеризуется следующими феноменами. Отмечаются быстро возникающие и интенсивные реакции переноса; манипулирование психотерапевтом; неожиданные отказы пациента от лечения и неожиданные «возвраты» в терапию; отставленное формирование рабочих терапевтических отношений. Подтверждены технические рекомендации, обеспечивающие успешное проведение терапии. Они включают: установление правил и требование жесткому следованию правилам; дозирование фрустрации, которую может выдержать пациент; сообщения пациенту в спокойном состоянии; ориентированность на настоящее, готовность психотерапевта к отреагированию аффекта и абреакциям. Стратегической задачей психотерапии выступает поддержание адекватных защитных механизмов и когнитивно-поведенческих паттернов, обеспечивающих автономию пациента. Основной техникой терапии выступает работа по идентификации аффекта. Существенное значение при лечении пациентов с пограничным расстройством личности имеют терпимость психотерапевта к прерыванию терапии пациентом и усилия врача, направленные на обеспечение стабильности.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ЛИЧНОСТИ

Боев И.В.

*Ставрополь, ГБОУ ВПО Ставропольский государственный
медицинский университет*

Современные научные представления о диалектике постоянства (стабильности, устойчивости, неизменности) и изменчивости (подвижности, текучести) личности и ее свойств подверглись существенному изменению, подтвердив предположения о конституциональной изменчивости как отечественных, так и зарубежных исследователей конца XIX, начала XX века. Это известный и непреложный диапазон различий и общностей: чем-то каждый человек похож на всех людей, чем-то только на некоторых, а чем-то иногда не похож на самого

себя. Преемственность между социальным и биологическим может быть восстановлена и раскрыта на основе методологического принципа детерминизма, согласно которому внешние причины действуют только через внутренние условия и, наоборот, - внутреннее, психическое опосредуется, реализуется внешним, материальным.

Что же скрывается за понятием биологическая организация человека – это представление о конституции как совокупности устойчивых, врожденных и/или приобретенных признаков, обуславливающих морфологию, биохимию, физиологию и особенности психического функционирования человека, психического склада личности. С точки зрения Б.А. Никитюка, «конституция – интегральная биопсихическая характеристика организма, лишенная географической приуроченности (надтерриториальная и, по всей видимости, надвременная)». Мы устали от дробления, расчленения целостного организма человека на отдельные системы, узкие отрасли медицины и различных наук, не осознавая, что существуют некие метафизические законы, трансформирующие распад личности в распад государства. Интегративный характер конституциологии возвращает нас к целостной человеческой индивидуальности, в которой личность и ее конституция органически взаимосвязаны друг с другом, дополняют друг друга духовными и телесными особенностями. Конституциоморфоз объединяет совокупность функциональных и морфологических особенностей человека и возвращает нас к принципам корифеев отечественной психиатрии - В.М. Бехтерева, А.И. Ющенко, С.С. Корсакова, А.Д. Зурабашвили, А.А. Меграбяна о том, что душевная болезнь – есть болезнь личности, что надо лечить не болезнь, а больного, воспитывать не ученика, а личность. Проблема личности и конституции неразрывно связана с проблемой фенотипической изменчивости, закономерности трансформации структур, взаимоперехода нейрофизиологических, нейрохимических, антропологических, психологических свойств от средне-статистической нормы до не вызывающей сомнения аномалии и далее до патологии. Каждая конституция имеет свои стандарты в норме, аномалии и патологии при сохранении понимания единства психофизиологической структуры и изменчивости человека в ходе эволюции.

Диагноз конституции индивида - характеристика несравненно более полная, чем диагноз заболевания. Конституция позволяет оценить настоящее и прогнозировать возможность отдельных заболеваний, личностных аномалий в будущем. Диагностика конституции тесно связана с таким понятием как «факторы риска», в первую очередь - с «эндогенными факторами риска». Получает распространение представление о конституции человека как об особой биохронологической целостности, составляющие которой, объединены единством темпов роста

и развития организма, т.е. конституциогенез определяет гармоничность или згармоничность частных проявлений конституции.

Наши исследования (Боев И.В. 1982 - 2012) обосновывают рассмотрение личности с позиций концепции конституционально-континуального пространства, имеющего три диапазона с «плавающими» границами: психологической нормы-акцентуации, пограничной аномальной личности (ПАЛ) и патологической психической конституции (психопатии, социопатии, личностных расстройств). О наличии психологического здоровья мы можем судить лишь у тех лиц, которые располагаются в диапазоне психологической нормы, когда нет признаков психологической и личностной декомпенсации и/или поведенческой дезадаптации. Отсутствие личностной аномальной изменчивости позволяет утверждать о состоянии психологической нормы у конкретного человека. Если же испытуемый располагается в диапазоне ПАЛ, то данный факт свидетельствует об аномальных характеристиках личностных переживаний и дезадаптации поведенческого стереотипа, что не соответствует представлениям о полном, «голографическом» психологическом здоровье, но может характеризовать психическое здоровье в период сохраняющегося оптимального функционирования конституциональных механизмов психической компенсации и адаптации.

Следовательно, биотипологическая и личностно-типологическая изменчивость обуславливает трансформацию личности от психологической нормы к ПАЛ и далее к патологической психической конституции в виде психопатии (социопатии). Личность и конституция органически взаимосвязаны и взаимно дополняют, обогащают друг друга. Если личность - это реальный человек, конкретный индивид, являющийся носителем социальных, нравственных, психологических и духовных ценностей, то понятие конституции включает биологические свойства, на основании которых формируется морфология, нейрохимия, нейрофизиология человека, особенности психического склада личности. Другими словами, конституция является биотипологической платформой личности, откуда берут начало и личностные расстройства и пограничные психические расстройства.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРИГАДНОГО ПОДХОДА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ

Былим И.А., Яровицкий В.Б.

Ставрополь, Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1

Одной из основных современных тенденций развития психиатрической службы является выбор в пользу биопсихосоциальной модели оказания помощи с мультидисциплинарным подходом к лечению при участии специалистов разного профиля, тесно взаимодействующих друг с другом.

Целью настоящей работы является обобщение опыта внедрения полипрофессиональных бригад в практику амбулаторной службы.

Работа полипрофессиональной бригады в амбулаторной службе имеет ряд различий в сравнении с работой в условиях стационара. По нашему мнению, главным отличием является разный приоритет в целях реабилитационного плана. Если в условиях стационара основной целью реабилитации больных является развитие у них навыков, позволяющих максимально восстановить социальные связи и подготовка к самостоятельному проживанию вне больницы, то в амбулаторных условиях главным в реабилитационном плане является предотвращение рецидива болезни. Сохранение стабильности в психическом состоянии позволяет максимально использовать результаты лечения в стационаре, а также поддержать оптимизм пациента и его семьи в отношении преодоления негативных эффектов болезни и продолжить совместную работу по улучшению качества жизни.

Также важными факторами, которые необходимо учитывать в работе амбулаторной службы являются: необходимость достаточной мотивации пациента, высокая загруженность персонала, особенно участкового врача-психиатра и несформированность в России необходимой разветвленной общественной системы поддержки пациента вне стационара.

Можно выделить три основных направления работы полипрофессиональной бригады по улучшению качества реабилитации пациентов.

Первое – это расширение спектра индивидуальных и групповых видов психотерапевтической помощи пациентам непосредственно в диспансерном отделении. В практику были введены такие методы, как мультисемейная психотерапия, предполагающая участие пациента и его родственников, группы с использованием психодинамического подхода, тренинг навыков трудоустройства, группа синема-терапии, а также мероприятия, обеспечивающие досуг пациентов: клуб общения, поэтический кружок и другие.

Вторым важным моментом является привлечение семьи пациента к процессу реабилитации. Большое внимание было уделено информированию пациентов и родственников о новых возможностях лечения, представляемых больницей.

Налажена регулярная работа с местными СМИ, создан веб-сайт больницы, выпускается журнал для пациентов и родственников «Грани», функционирует информационная телефонная линия. В рамках ежегодной конференции «Общество и психическое здоровье» проводятся семинары, публичные лекции, встречи для пациентов и родственников. Акцент в них был сделан на том, что семья рассматривается как важнейший ресурс помощи для пациента. Важнейшим итогом развития этого направления было создание общественной организации родственников пациентов «Новые возможности», которая занимается организацией различных мероприятий для пациентов, регулярно взаимодействуя с персоналом больницы. Все эти усилия позволили сделать многие семьи союзниками в помощи пациенту.

Третьим компонентом является работа по развитию стационарозамещающих форм помощи. Создан реабилитационный центр дневного пребывания, основу работы которого составляют групповые психотерапевтические занятия, досуговые мероприятия, а также элементы трудовой терапии.

Состав бригады в амбулаторной службе коренным образом не отличается от бригады в стационаре. В диспансерном отделении функционируют три бригады специалистов - две бригады обслуживают население города, третья бригада специализированная и занимается пациентами эпилептологической и геронтологической службы, а также пациентами, проживающими в крае, но имеющими возможность и желание получать помощь в диспансерном отделении. Представляется важным отметить, что внедрение в практику работы амбулаторной службы бригадного подхода требует создание и развитие инфраструктуры поддержки пациента вне стационара (реабилитационный центр дневного пребывания, группы поддержки и организации досуга), а также расширение спектра оказываемых услуг (организация эпилептологической и геронтологической служб).

Использование бригадного метода позволило снизить частоту повторных госпитализаций в данном году с $2,57 \pm 0,23$ до $1,56 \pm 0,74$ ($p < 0,02$) через год и до $0,5 \pm 0,0,95$ ($p < 0,01$) через 2 года.

Такая положительная динамика позволяет констатировать эффективность использования бригадного метода в амбулаторной практике.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА В РАЗРАБОТКЕ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В САНКТ- ПЕТЕРБУРГЕ В ДОРЕВОЛЮЦИОННЫЙ ПЕРИОД (1884-1914 ГГ.)

Некрасов В.А.

Санкт-Петербург, Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова

Полноценные научно обоснованные модели организации психиатрической службы в Санкт-Петербурге появились с момента передачи городу функции призрения душевнобольных из ведения Приказа общественного призрения и Ведомства учреждений Императрицы Марии (1884 г.). Отечественная психиатрическая служба только начинала свое развитие и потому основными методологическими образцами для неё стали психиатрические службы других стран.

Посещение зарубежных психиатрических заведений стало одним из обязательных этапов подготовки отечественных психиатров. В 1864 г. П.А. Дюков (1834-1889) посетил «заведения для помешанных» в Германии, Австрии и Чехии. В 1906 г. Н.Н. Реформатский (1855-1920) – заведения в Германии, Франции и Англии. В 1898 г. П.П. Кашенко (1858-1920) заведения в Англии, Бельгии, Франции и Германии. Крупнейший организатор психиатрической службы Санкт-Петербурга О.А. Чечотт (1842-1924) не был командирован за границу, но за свой счет в разные годы во время отпуска посещал психиатрические учреждения Германии, Англии, Бельгии и даже Турции. Описания зарубежных учреждений нередко достигали монографического объема (Реформатский Н.Н. 1907, Кашенко П.П. 1900 и т.д.) и даже защищались в качестве докторских диссертаций (Мендельсон А.Л. 1900).

При разработке моделей психиатрической службы использовались не только организационно-методические образцы, но и статистические материалы, ведь в России в тот период полноценной статистики душевных заболеваний не существовало. На основе заболеваемости предполагалась и необходимость мест для психиатрических больных в России (Чечотт О.А. 1889, Баженов Н.Н. 1896, Н.Н. Реформатский 1907).

Во многом благодаря использованию зарубежного опыта в России в различных регионах были разработаны и успешно реализованы различные модели организации психиатрической службы. Разработанная и реализованная в Санкт-Петербурге П.А. Дюковым, О.А. Чечоттом, Н.Н. Реформатским и целым рядом других психиатров, модель организации учреждений для душевнобольных была основана на тщательном и многостороннем анализе международного опыта.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Хруленко-Варницкий И.О., Бородин В.И.,
Подугольникова М.М.

Москва, ФГУ «Государственный научный центр социальной
и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Современная оценка эффективности психофармакотерапии строится с обязательным использованием клинко-диагностических шкал. Особенно это касается квалификации эмоционального состояния больных, нередко выполняемой на субъективной основе. Это напрямую относится к проявлениям эмоциональной возбудимости, часто наблюдаемым в клинической картине пограничных психических расстройств (ППР), важность адекватной оценки которых в процессе фармакотерапии не подлежит сомнению. Феноменологический ряд состояний с эмоциональной возбудимостью, представленный негативными эмоциями досады, чувством несправедливости, повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, несдержанностью в последующем зачастую перерастает в гнев, ярость, злость - примыкающие к границам некриминальной и криминальной агрессии, что предопределяет применение методик измерения различных проявлений агрессии.

Сравнительный анализ наиболее признанных из них (теста «Рука» Вагнера, методик Басса-Дарки, Розенцвейга, Томаса и некоторых менее распространенных) позволил отметить ряд недостатков (описание феноменов разного порядка в рамках одной методики, значительная трудоемкость и сложности интерпретации результатов, требования к квалификации исследователя и др.).

Для оценки эмоциональной возбудимости у больных с ППР в клинической практике в процессе терапии, а также исследовательских задач может эффективно применяться разработанный и апробированный в настоящем исследовании краткий опросник эмоциональной возбудимости (КОЭВ). Основой для КОЭВ послужил один из разделов «Унифицированной системы оценки клинко-фармакологического действия психотропных препаратов у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами» (Александровский Ю.А. с соавт., 1984), неоднократно подтверждавшей свою высокую чувствительность и валидность. Опросник КОЭВ выполнен в виде анкеты для самотестирования, заполняемой пациентом в присутствии врача, в которой ему следует оценить предположительно имеющиеся:

1. Чувство, что все надоедает, вызывает раздражение;
2. Раздражение, досада, злость (что-нибудь из перечисленного, либо все вместе) возникают

в ситуациях, которые раньше оценивались, как малозначимые;

3. Яркий свет, громкий разговор, громкие звуки (что-нибудь из перечисленного, либо все вместе) мешают и вызывают раздражение;

4. Раздражение, злость либо смена настроения возникают по ничтожным поводам и приобретают почти постоянный характер;

5. Желание часто спорить, кричать, бросать вещи или ударить кого-нибудь.

Используются варианты ответов: отсутствует, возникает редко, возникает часто, постоянно присутствует (кодируются от 1 до 4, соответственно), с последующим подсчетом суммы по всем 5 вопросам. Получившийся итоговый показатель 5 баллов характеризовал отсутствие проявлений эмоциональной возбудимости, раздражительности, 20 баллов – о максимальной степени ее выраженности.

С использованием КОЭВ было проведено исследование, направленное на скрининг выраженности состояния эмоциональной возбудимости, определение его особенностей и динамики в процессе фармако- и психотерапии у 115 больных с ППР в стационарных условиях (Московская СКБ №8 «Клиника неврозов» им. З.П. Соловьева). Опросник показал достаточную чувствительность и специфичность, а полученные с его помощью научные данные подтвердили широкую распространенность проявлений эмоциональной возбудимости в клинической картине ППР, что дает основание для повышенного внимания к подбору фармакотерапии и организации работы с больными.

КОЭВ продемонстрировал высокую эффективность и удобство применения при отборе пациентов с наиболее типичными и выраженными проявлениями эмоциональной возбудимости на скрининговом этапе научной работы, а также для дифференцированной оценки динамики проявлений эмоциональной возбудимости в процессе терапии и реабилитации на ее последующих стадиях.

В настоящее время опросник КОЭВ активно используется в продолжающихся исследованиях эмоциональной возбудимости у пациентов с различными ППР.

МОДЕРНИЗАЦИЯ КАК РЕГИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Валинуров Р.Г., Тулбаева Н.Р., Ахмерова И.Ю.

*Уфа, ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая
больница № 1 МЗ РБ*

Провозглашаются принципы и направления деятельности, которые станут основой новых подходов и решений, позволяющих органам государственной власти осуществить структурно-ор-

ганизационные и материальные преобразования в региональной психиатрической службе. По мнению специалистов психиатрического профиля, главная задача их деятельности - исцеление больного, возвращение его к привычной жизни и полноценному общению в социуме, укрепление психического здоровья населения, достижение качества жизни, ее продолжительности, формирование толерантного отношения общества к психически больным людям, снижение социального и экономического бремени от психических расстройств, обеспечение доступности медицинской помощи при совершенствовании всех уровней лечебного процесса.

Долгие годы, начиная с 90-х годов, психиатрическая помощь в России находилась в состоянии застоя, не вызывая достаточного интереса со стороны государства к этой важной составляющей части оздоровления населения.

Серьезной подвижкой в развитии психиатрии стало принятие Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Закон отрегулировал многие нерешенные ранее вопросы организации психиатрической помощи. Однако, на этом, внимание к психиатрии было исчерпано.

Первой программой, предусматривающей комплекс мероприятий по совершенствованию психиатрической помощи населению, была Федеральная целевая программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи на 1995-1997 годы». К сожалению, Программа так и не заработала в связи с отсутствием финансирования.

Проблемы, которые стояли перед психиатрической службой требовали разработки нового механизма их реализации.

До 2000 года психиатрическая служба республики была разобщена. Так, только в г.Уфе функционировали две республиканские психиатрические больницы и городской психоневрологический диспансер. Не было единой идеологии, стратегии развития, подходов к оказанию психиатрической помощи, этапности и преемственности, не только в организационных, но и в лечебно - диагностических вопросах. Поэтому назрела необходимость на первом этапе слияние вышеуказанных психиатрических учреждений, для проведения модернизации психиатрической службы республики.

С целью подготовки к предстоящей модернизации была проведена паспортизация существующих психиатрических учреждений, сделан пообъектовый анализ пригодности зданий с учетом соответствия площадей санитарным нормам с предложениями по приведению существующей материально-технической базы к стандарту с поэтапным перераспределением коечного фонда.

В 2000 году в Республиканской психиатрической больнице было 3000 коек, в связи с открытием психиатрических отделений в районах и

городах было произведено сокращение коечного фонда больницы.

Все программные мероприятия были выполнены только за счет текущих расходов и экономии средств Республиканской психиатрической больницы, образовавшихся при сокращении коечного фонда, без выделения дополнительного финансирования.

В результате кропотливой подготовительной работы, на втором этапе была принята Республиканская программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи на 2003-2008 годы». Руководствуясь положениями программы, в соответствии с распоряжениями Правительства РБ были решены задачи децентрализации психиатрических стационаров республики с приближением психиатрической помощи к населению.

В 2005 году амбулаторная психиатрическая служба города Уфы была переведена на республиканское финансирование, путем присоединения к Республиканской психиатрической больнице №1 МЗ РБ.

Объединение стационара с диспансером дало определенный экономический и организационный эффект. Прежде всего, была выстроена преемственная амбулаторно-стационарная система помощи пациенту на разных этапах, определено единое направление в работе службы.

В целях реализации Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», отраслевой программы «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации на 2003-2008 годы» в части укрепления материально-технической базы учреждений, в целях повышения уровня и качества оказания психиатрической помощи в Республике Башкортостан началось строительство больничного комплекса РПБ №1 МЗ РБ на 1600 коек.

В 2007 году успешно сдана в эксплуатацию первая очередь строительства больницы, а в последующем и вторая.

На сегодняшний день Республиканская клиническая психиатрическая больница №1 МЗ РБ является одним из крупнейших специализированных учреждений не только в Республике Башкортостан, но и в Российской Федерации по оказанию психиатрической, психотерапевтической, психологической и медико - социальной помощи населению, в котором гармонично сочетается клиничко- диагностическая, научно-практическая и педагогическая деятельность.

Учитывая, что специалисты в области охраны психического здоровья и ресурсы этой системы должны быть полностью интегрированы в службы первичной медицинской помощи и систему социальной защиты, с целью решения задач просвещения, поддержки и оказания консультативной помощи, стала неизбежной передача на третьем этапе

психоневрологических и психиатрических отделений в состав ЦРБ и ЦГБ районов и городов республики, на муниципальное финансирование. Таким образом, к 2008 году была успешно завершена децентрализация психиатрической службы и реализована вышеуказанная республиканская программа по психиатрии.

Однако недостатком сформированной системы явилось то, что каждое муниципальное образование строило свою собственную замкнутую систему здравоохранения. Жесткая привязка финансирования к конкретному муниципальному ЛПУ и отсутствие механизма перераспределения финансовых ресурсов, приводила к нерациональному использованию средств, что противоречило республиканской стратегии развития здравоохранения

С вступлением в силу Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 1 января 2012 года все учреждения здравоохранения Республики Башкортостан были переданы с муниципального на республиканский уровень финансирования. Таким образом, стала очевидной дальновидность стратегии проводимых мероприятий реорганизации психиатрической службы с приближением ее к населению, которая нашла свое законодательное подтверждение на сегодняшний день.

В настоящее время психиатрическая помощь населению в Республике Башкортостан оказывает три республиканскими больницами:

- ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница №1 МЗ РБ;
- ГБУЗ Республиканская психиатрическая больница №2 МЗ РБ;
- ГБУЗ Белорецкая психиатрическая больница;
- двадцатью психиатрическими отделениями в составе ЦРБ и ЦГБ;
- психиатрическими кабинетами в районах и городах.

Модернизация психиатрической службы и перевод на республиканское финансирование дала возможность:

- более эффективно решать вопросы организации психиатрической помощи;
- выбора единых подходов в организационно-методической работе, вопросах выявления и лечения психических больных;
- осуществления преемственности в организации лечения больных и ведения медицинской документации;
- эффективного и рационального использования бюджетных средств с использованием энергосберегающих технологий;
- соблюдение плановости в приобретении оборудования, инвентаря и проведения ремонтных работ;

- более эффективного использования транспорта, оборудования и медицинской аппаратуры;
- рационального использования и подготовки кадров для взрослой и детской психиатрии, возможность взаимозаменяемости кадрами при сохранении должностных и функциональных обязанностей;
- преемственности в оказании всех видов психиатрической помощи: амбулаторная служба - дневной (ночной) стационар - стационар.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Гажа А.К., Баранов А.А., Струкова Е.Ю.,
Логачева А.А.

Тамбов, ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая
больница»

Цель: выявление причин длительного пребывания на стационарном лечении психически больных, определение перспективы и возможности их выписки.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 279 пациентов ОГБУЗ «ТПКБ» с длительными сроками лечения в стационаре.

Результаты. Социально-клиническое изучение исследуемого контингента позволило условно разделить их на 3 группы: 1 группа – пациенты, показывающие хорошие результаты воздействия психосоциального лечения. Включение их в реабилитационные программы «Общежитие» и «Жилье под защитой» дает возможность успешной социализации после выписки их в сообщество. 2 группа – пациенты, нуждающиеся в опеке или попечительстве со стороны других лиц. Среди изучаемого контингента - 86,7% недееспособны. Причем, у 70,9% опекуном является больница. Большая часть этих пациентов могла бы быть переведена в инвалидные дома (59,9%). Однако этому препятствует переполненность инвалидных домов. С другой стороны, отсутствие материальной оплаты за опекунство, эффективного контроля за исполнением опекунских обязанностей, негативное отношение общества к психически больным не дает возможность привлечь к опеке посторонних лиц.

3 группа – пациенты, которые в силу длительности и тяжести заболевания нуждаются в постоянном надзоре и медицинском уходе (25%). Перспективы выписки их практически нет.

Выводы. Таким образом, в качестве основных причин, препятствующих выписке пациентов в сроки, прописанные в стандартах, можно выделить:

- отсутствие положительной динамики лечения в силу тяжести и длительности заболевания;

- необходимость прохождения длительного психосоциального лечения и реабилитации;
- отсутствие подходящего жилья для выписки или путевки в инвалидный дом;
- отсутствие физического лица, желающего взять опекунство над больным.

Для решения этих проблем в рамках работы бюджетного учреждения, планируем:

- внедрение стандартов лечения для пациентов, находящихся в реабилитационном отделении или на койках сестринского ухода с более длительным сроком пребывания;
- рассмотреть вопрос о возможности создания общежитий для психически больных в амбулаторных условиях под патронажем амбулаторной социальной службы;
- рассмотреть возможность организации паллиативной помощи на базе больницы;
- считаем необходимым пересмотр закона об опеке и попечительстве.

ПРОГРАММЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СУБЪЕКТИВНАЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Варавин А.П.

Санкт-Петербург, Санкт-Петербургское ГБУЗ
«Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»

Субъективная удовлетворенность пациентов является важным индикатором качества проводимого лечения, поскольку в значительной степени определяет уровень психического комфорта, оценку перспектив и комплаенс пациента после выписки.

В рамках более широких системных исследований (реклама, торговля, НСИ - человеко-компьютерное взаимодействие и т.д.) были выделены (Norman D., 2005, Головач В., 2007) три универсальных фактора субъективной удовлетворенности - физический (уровень физического комфорта), психологический (уровень психологического комфорта) и деятельностный (удовлетворенность своей деятельностью в системе). При этом удельный вес удовлетворенности деятельностью больше, чем удельный вес двух остальных, вместе взятых. Никакое повышение физического и психологического комфорта не сможет компенсировать потерь в удовлетворенности своей деятельностью. Осуществляемые в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко программы психосоциальной реабилитации направлены, в том числе, и на повышение этого показателя качества проводимого лечения.

Цель исследования - оценка уровня субъективной удовлетворенности лечением пациентов

в зависимости от их участия в различных психосоциальных мероприятиях (ПСМ) – таких, как психообразовательные, психотерапевтические и тренинговые группы, занятия в спортивном комплексе, художественной, музыкальной, театральной студиях и т.д.

Объект исследования - 320 пациентов с различной нозологией, после достаточно длительного курса лечения или непосредственно перед выпиской. Не участвовали ни в каких видах ПСМ - 109 чел., занимались в спортивном зале, музыкальной, театральной, художественной студиях 71 чел., участвовали в психообразовательных, психотерапевтических и тренинговых группах 64 чел., принимали участие во всех видах ПСМ - 76 чел.

Исследование проводилось психологической службой во всех отделениях больницы, использовался опросник «Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре», разработанный в НИПНИ им. В. М. Бехтерева (Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид). Методика стандартизована, что позволяет проводить прямое сравнение результатов и обобщение данных, и способна дифференцированно оценить компоненты структурно сложного показателя субъективной удовлетворенности лечением.

Опросник включает шкалы: 1)удовлетворенность результатом лечения (отражающая удовлетворенность фармакотерапией; 2)удовлетворенность динамикой социальной компетенции, оценка перспектив после лечения); 3)удовлетворенность взаимоотношениями врач-больной (включая оценку профессиональной компетенции врача, характеристику контакта, комплаенс); 4)удовлетворенность бытовыми условиями и окружающей обстановкой (оценка бытовых условий, психологический климат, оторванность от дома); 5)шкала стигматизации, отражающая степень болезненности восприятия статуса психиатрического пациента.

Результаты исследования. Максимально высокая удовлетворенность лечением отмечалась в санаторно-реабилитационных отделениях. В мужских «острых» отделениях оценки в среднем выше, чем в аналогичных женских, но различия статистически незначимы. Во всех отделениях оценка профессиональной компетенции врача выше, чем оценка его эмпатии. По нозологическим группам наиболее низкая оценка выявляется у больных шизофренией, что обусловлено самой высокой стигматизацией этой группы, более выраженными побочными действиями фармакотерапии и более пессимистичной оценкой перспектив. Оценка в связи с длительностью пребывания несколько неожиданна - самая низкая удовлетворенность лечением отмечается у пациентов с минимальным сроком госпитализации.

Как и ожидалось, пациенты, участвующие в ПСМ показывают значимо более высокую удовлетворенность результатами лечения, причем,

субъективная удовлетворенность тем выше, чем разнообразнее виды ПСМ. У пациентов, занимающихся в спортивном зале, изостудии, музыкальной студии повышение уровня удовлетворенности связано больше с оценкой окружающей обстановки, менее выраженным чувством оторванности от дома, оценкой психологического климата. Повышение оценки у пациентов, участвующих в психообразовательных и тренинговых программах происходит, в основном, за счет более высокой оценки перспектив, положительной динамики способности к проблемно-решающему поведению (социальной компетенции) и повышения комплаенса. У пациентов, занятых одновременно в нескольких видах ПСМ, задействованы все четыре группы факторов, влияющих на оценку.

Выводы. Подтверждена значимость для удовлетворенности лечением деятельного участия пациентов в программах психосоциальной реабилитации. Выделены факторы, влияющие на уровень субъективной удовлетворенности, в зависимости от вида психосоциального мероприятия. Для повышения уровня субъективной удовлетворенности необходим комплексный подход, учитывающий все факторы, влияющие на оценку.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ Грачева Т.Ю., Сорокина В.А., Самусь И.В.

*Кемерово, ГБОУ ВПО Кемеровская государственная
медицинская академия Минздрава России,
ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая
психиатрическая больница»*

Цель исследования: установление особенностей проведения экспертизы временной нетрудоспособности (ВУТ) на врачебных комиссиях у пациентов с психическими заболеваниями.

Материалы и методы. для установления особенностей экспертизы изучались случаи с ВУТ крупной психиатрической клиники в течение последних 3-х лет, протоколы заседаний врачебных комиссий, отчеты по форме 16-ВН, проводился опрос экспертов-психиатров. Для работы использовались методы: экспертных оценок, методика санитарно-статистического исследования, логического анализа, моделирования, системного анализа и системного подхода.

Результаты и обсуждение. Экспертиза временной нетрудоспособности (далее – ЭВН) – один из основных видов медицинской экспертизы, в осуществлении которого принимают участие все лечащие врачи, а в определенных случаях – члены врачебной комиссии психиатрической больницы. В соответствии со ст. 59 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) «экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно... Продление листка нетрудоспособности на больший срок, чем указано в ч. 2 указанной статьи (но не более чем на 15 календарных дней единовременно), осуществляется по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации из числа врачей, прошедших обучение по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности...»

Учитывая актуальность данного вида экспертной деятельности, правильная организация экспертного процесса является одним из приоритетных направлений в работе медицинских организаций.

Врачебная комиссия – это особый орган, создаваемый при медицинском учреждении. Такие комиссии занимаются экспертной работой, принятием наиболее ответственных решений в отношении пациентов и т.д.

На базе каждой медицинской организации, оказывающей медицинские услуги, функционирует на постоянной регулярной основе специализированная врачебная комиссия.

Существуют особенности организации и проведения ВК в психиатрических больницах.

Особое внимание следует обратить на следующие законодательные акты:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- Федеральный закон от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Врачебная комиссия создается главным врачом психиатрической больницы и состоит из председателя, одного или двух заместителей председателя, членов комиссии (врачей-специалистов) и секретаря. Председателем врачебной комиссии является сам главный врач или его заместитель, имеющие высшее медицинское образование.

В зависимости от поставленных задач, особенностей и объемов деятельности медицинской организации по решению руководителя медицинской организации в составе врачебной комиссии могут формироваться подкомиссии, состав которых утверждается руководителем медицинской организации.

Членами врачебной комиссии являются ведущие структурными подразделениями психиатрической больницы, врачи-специалисты из числа наиболее опытных штатных работников медицинской организации.

В Положении о работе врачебной комиссии, которое должно быть утверждено руководителем психиатрической службы, необходимо указывать функции врачебной комиссии, которые определяются в том числе особенностями работы данного медицинского учреждения и обслуживаемого им населения, а также объемом деятельности.

Одним из основных направлений деятельности врачебной комиссии (далее - ВК) является проведение экспертизы временной нетрудоспособности. Эта функция возложена на ВК ст. 48 Закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», где в абзаце 3 говорится, что «экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 15 дней, а на больший срок листки нетрудоспособности выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения». Та же функция приведена в приказе Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Нормативным правовым актом, регламентирующим деятельность ВК в области экспертизы временной нетрудоспособности, является приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».

В соответствии с п. 27 Порядка ВК имеет право направлять граждан со стойкими ограничениями жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающихся в социальной защите на медико-социальную экспертизу (далее - МСЭ). Одной из основных экспертных задач в этом случае является оценка клинического и трудового прогноза, от которой зависит продолжительность временной нетрудоспособности и срок направления на МСЭ. Так, на МСЭ направляют:

- при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от срока временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты начала временной нетрудоспособности;
- при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев.

По решению ВК также выдаются листки нетрудоспособности на срок до 7 дней по уходу за больным членом семьи старше 15 лет при амбулаторном лечении (п. 36 Порядка).

Однако экспертизой временной нетрудоспособности функции ВК не исчерпываются.

Заключение ВК медицинской организации (больницы, поликлиники, диспансера) выносится по обычаю делового оборота и носит рекомендатель-

ный характер. Разрешение на организацию индивидуального обучения на дому ребенку с имеющейся патологией выдает орган управления образованием, руководствуясь заключением ВК.

Установлено, что принятие решений ВК должно основываться не только на знаниях психиатрической патологии, но также с использованием подзаконных актов, в том числе малой юридической силы – письма ФСС, стандарты медицинской помощи и другие.

Выводы: Изучение оптимальной организации врачебной комиссии позволило рекомендовать:

1. в крупных (в том числе многопрофильных) стационарах и диспансерах рекомендуется создавать врачебную комиссию с несколькими подкомиссиями для исключения повышенной нагрузки на составы ВК;

2. следует заранее разработать и внедрить протоколы ВК с учетом специфики функций психиатрии;

3. для обеспечения преемственности и выработки единообразия решения для типичных экспертных ситуаций активно внедрять компьютеризованные рабочие места экспертов-членов ВК.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТИЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Грачева Т.Ю., Сорокина В.А., Самусь И.В.

*Кемерово, ГБОУ ВПО Кемеровская государственная
медицинская академия Минздрава России,
ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая
психиатрическая больница»*

Цель исследования: установление особенностей проведения экспертизы временной нетрудоспособности (ВУТ) при психиатрических заболеваниях.

Материалы и методы. для установления особенностей экспертизы изучались случаи с ВУТ крупной психиатрической клиники в течение последних 3-х лет, протоколы заседаний врачебных комиссий, отчеты по форме 16-ВН, проводился опрос экспертов-психиатров. Для работы использовались методы: экспертных оценок, методика санитарно-статистического исследования, логического анализа, моделирования, системного анализа и системного подхода.

Результаты и обсуждение. Организация деятельности по одному из важнейших направлений работы медицинской организации – экспертиза временной нетрудоспособности (далее – ЭВН) определяется ст. Федерального закона от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» №323-ФЗ (далее – Закон №323). Одним из оснований являются заболевания, травмы, от-

равления и иные состояния, связанные с временной потерей трудоспособности. При этом целями ЭВН являются:

- определение способности работника осуществлять трудовую деятельность;
- определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;
- принятие решения о направлении гражданина на МСЭ.

Также к одному из компонентов психиатрической помощи и социальной защиты отнесено определение временной нетрудоспособности. Без проведения экспертизы с целью оценки характера и глубины психического расстройства в аспекте его влияния на выполнение тех или иных социальных функций невозможно защитить права и законные интересы больного, а также оказать ему необходимую поддержку и помощь.

При временной утрате трудоспособности психически больные лица получают листок нетрудоспособности, который при наличии показаний может продлеваться на срок до 4 месяцев. Далее следует направить пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ) или выписать к труду. При стойком снижении или утрате трудоспособности больному определяется одна из трех групп инвалидности. Решение этого вопроса осуществляется специализированными комиссиями на основе степени утраты больным способности к труду, ее стойкости и необратимости.

Факт временной нетрудоспособности при психических расстройствах устанавливается на основании выявления:

- наличия заболевания (расстройства), которое по своему характеру или степени выраженности исключает возможность продолжения трудовой деятельности;
- необходимости проведения пациенту такого лечения, которое несовместимо с одновременным осуществлением трудовой деятельности;
- необходимости временного перевода работника по состоянию его психического здоровья на другую работу.

В связи с установлением факта временной нетрудоспособности экспертиза решает вопросы:

- оценки правильности и эффективности ведения и лечения больного, направленного на достижение максимально быстрого и качественно восстановления здоровья и трудоспособности пациента;
- необходимости не временного, а постоянного перевода работника на другую работу по состоянию его психического здоровья;
- выявления признаков уже не временной, а стойкой нетрудоспособности, требующей проведения пациенту медико-социальной экспертизы;

Факт временной нетрудоспособности в случае болезни подтверждается листком нетрудоспособности.

Листок нетрудоспособности (больничный листок) выполняет не только медицинскую, но и финансово-правовую функцию, поскольку служит основанием для освобождения от работы и получения пособия по временной нетрудоспособности.

В соответствии с Законом №323 предусмотрена двухуровневая организация структуры экспертного процесса. Первым уровнем экспертизы является лечащий врач, который единолично выдает гражданам листок нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно, вторым уровнем – врачебная комиссия, назначаемая руководителем медицинского учреждения из числа врачей, прошедших обучение по вопросам проведения ЭВН, по решению которой осуществляется продление листка нетрудоспособности на срок свыше 15 дней (но не более чем на 15 календарных дней одновременно). По нашему мнению, отсутствие в экспертном процессе уровня заведующего структурным подразделением (отделением) негативно сказывается на качестве экспертизы и может быть устранено путем локального подзаконного акта – приказа по медицинской организации.

Листок нетрудоспособности выдается на основании Приказа Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» застрахованным лицам, являющимся гражданами РФ, а также постоянно или временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства.

18 августа 2000 года Фондом социального страхования РФ и Минздравом РФ утверждены рекомендации «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)»

Согласно данным рекомендациям для психических заболеваний такие сроки установлены от 10 до 160 дней с последующим направлением на медико-социальную экспертизу.

При сроках временной нетрудоспособности более 15 дней продление больничного листка осуществляется врачебной комиссией (ВК) - до полного восстановления трудоспособности, но не более, чем на 4 месяца, с периодичностью комиссионного продления не реже, чем каждые 15 дней. Это правило установлено в настоящее время как для амбулаторных, так и для стационарных пациентов.

В стационаре больничный листок обычно выдается сразу на весь период стационарного лечения по окончании лечения, но требование продления каждые 15 дней по врачебной комиссии сохраняется. Кроме того, для иногородних больных разрешается продление больничного листка и сверх

времени пребывания в стационаре - специально для проезда к месту постоянного жительства на фактическое время в пути (до 10 дней).

Если же временная нетрудоспособность у больного сохраняется и к 4 месяцам пребывания в стационаре, то принимается решение на основании клинико-трудового прогноза. Установлено частое превышение сроков с ВУТ, а также отказы в установлении групп инвалидности у психиатрических пациентов.

Выводы. Изучение особенностей экспертизы с ВУТ при психических заболеваниях позволило рекомендовать:

1. проводить углубленное обучение специалистов врачебных комиссий по частным вопросам экспертизы с ВУТ путем включения данных вопросов в сертификационные циклы по психиатрии
2. для оптимизации работы в состав комиссий следует включать как специалистов психиатров, так и экспертов
3. вопросы возможности продолжения трудовой функции ставить и решать ранее обусловленных законодательством 4 месяцев, начиная с представления на первую врачебную комиссию
4. обеспечить участие лечащего врача на МСЭ для уточнения позиции бюро МСЭ, при возможности с правом совещательного голоса при представлении интересов по поручению пациента, при спорном решении МСЭ – обжаловать в соответствии с установленным порядком.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕЖЕНЦАМ В ПУНКТАХ ВРЕМЕННОГО ПРОЖИВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Идрисов К.А.

Грозный, Чеченский государственный университет

Психолого-психиатрическая помощь является неотъемлемой составной частью в общем реабилитационном процессе лиц, переживших чрезвычайную ситуацию (ЧС). На эффективность проводимых мероприятий влияет множество разнообразных факторов: характер ЧС, ее длительность и интенсивность, время, место и объем оказываемой помощи. При этом основной мишенью психотерапевтических воздействий являются непсихотические психические расстройства, доля которых при ЧС, по данным большинства специалистов, является доминирующей.

Начиная с 1992 г. в Чеченской Республике (ЧР) произошло несколько этапов миграции населения, как внутри республики, так и за ее пределы. Первый этап миграции прошел в 1992-1993 гг. В связи с резким ухудшением социально-экономических

условий десятки тысяч жителей горных районов (Ведено, Ножай-Юрт, Шатой) переехали в равнинные районы, преимущественно в г. Грозный.

Второй этап миграции прошел в 1994-1995 гг., после начала первой военной кампании в ЧР. Спасаясь от боевых действий, сотни тысяч жителей г. Грозного и близлежащих сел были вынуждены переехать в более безопасные районы, и возвращение в места постоянного проживания растянулось на 6-8 месяцев.

Третий этап миграции произошел в октябре-ноябре 1999 г., после начала второй военной кампании. Около 250 тысяч человек, выехали за пределы ЧР, и около пяти лет жили в пунктах временного проживания (ПВП), в основном на территории соседней Ингушетии. Оказание психолого-психиатрической и психосоциальной помощи беженцам было сосредоточено в Центрах медико-психологической реабилитации, организованных в наиболее крупных ПВП, с числом беженцев до 10-12 тыс. человек.

При организации терапии стрессобусловленной психической патологии необходимо учитывать, что психические последствия психотравмирующего события затрагивают все стороны жизнедеятельности человека: а) отношение к себе (разрушается иллюзия собственного бессмертия, своей важности и значимости для общества); б) отношение к окружающим людям (разрушается иллюзия о том, что окружающие в трудную минуту помогут, о том, что окружающим можно доверять); в) отношение к миру (разрушается иллюзия о справедливости устройства мира, о способности государства защитить своих граждан, мир начинает восприниматься как агрессивный и угрожающий). Именно нарушения в системе отношений под воздействием психотравмирующих событий приводят к формированию травматических убеждений, на изменение которых и должна быть направлена психотерапия.

Изучение особенностей типологии реагирования на психотравмирующие события, собственный практический опыт оказания помощи лицам, длительное время находившихся в условиях ЧС, утвержденные модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств позволили сформулировать ряд дополнений к лечебно-реабилитационным принципам оказания помощи пострадавшим в длительной чрезвычайной ситуации:

Общие принципы оказания психолого-психиатрической помощи беженцам в ПВП в условиях длительной чрезвычайной ситуации:

- Принцип раннего выявления психических расстройств
- Принцип доступности психолого-психиатрической помощи
- Принцип комплексности в оказании психолого-психиатрической помощи;
- Принцип полипрофессионального подхода;

- Принцип мобилизации собственных копинг-стратегий;
- Принцип динамического сопровождения
- Мобилизация поддержки большого со стороны семьи и сообщества

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Каратюк В.И., Костенко М.Б.

Омск, БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая
больница им. Н.Н. Солодниковой»

В настоящее время существуют три варианта подходов к удовлетворению потребности населения в психиатрической помощи.

1. В рамках заместительной модели первичный пациент обращается непосредственно к психиатру (или другому специалисту психиатрического профиля), к примеру, амбулаторный психиатрический центр.

2. Выдача направлений пациентам к врачам-психиатрам врачами общей практики.

3. Модель консультативной психиатрии предполагает, что психиатры будут работать вместе с врачами общей практики непосредственно в амбулаторных учреждениях первичной медицинской помощи.

Развитие первичной медико-санитарной помощи, увеличение её роли в структуре здравоохранения способствует повышению спроса на предоставляемые в рамках первичной помощи услуги. По данным ВОЗ, от 30% до 50% людей, которые обращаются за помощью в поликлиники, имеют проблемы психического здоровья, поэтому очень важно проводить профилактику в первичном звене. Даже при наличии всех возможных ресурсов психиатрическая служба не может удовлетворить потребности населения в квалифицированной помощи по месту жительства. Работа врачей-психиатров, ведущих прием в учреждениях специализированного психиатрического типа, гораздо чаще связана с помощью пациентам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами. Таким образом, большая часть пациентов с пограничными психическими расстройствами (невротическими, нетяжелыми аффективными, расстройствами личности, расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ) остается неохваченной. В то же время, в учреждениях здравоохранения первичной медико-санитарной помощи может предоставляться любой вид медицинской помощи, в том числе и психиатрической.

Удаленность психиатрических больниц, недостаточность, а зачастую – отсутствие обмена информацией между врачами-психиатрами и врачами-специалистами участковых поликлиник, правовые аспекты оказания специализированной психиатрической службы приводят к дискоординации оказания медицинской помощи в узкоспециализированных учреждениях и учреждениях первичного медико-санитарного уровня.

Часть пациентов с «пограничными» психическими расстройствами страдают хроническими заболеваниями, которые приводят к значительной утрате функциональных возможностей – именно эта группа пациентов нуждается в существенной эмоциональной поддержке. Многим из них могла бы помочь психотерапия, хотя большинство психотерапевтов, имеющих опыт в применении психологических методов терапии, ориентированных на объективные данные, в настоящее время работают в специализированных психиатрических учреждениях.

Еще одна группа пациентов, трудно поддающихся лечению врачами общей практики, состоит из больных с симптомами соматизированного эмоционального расстройства; которые часто посещают врача общей практики даже при наличии свободного доступа к психотерапевту, при этом не видя необходимости в психотерапевтической помощи.

В целях приближения психиатрической, психотерапевтической помощи к населению, для изучения распространенности психических расстройств, их сочетания с соматическими заболеваниями, а также как проявление данных заболеваний, у контингента, посещающего центры здоровья, а также для получения опыта работы врача-психиатра, психотерапевта вне учреждения оказывающего специализированную помощь на территории Омской области в состав сотрудников центра здоровья с 2009 года был включен врач психиатр, психотерапевт. Всем посетителям данного центра кроме основного комплекса обследования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая потребление алкоголя и табака».

В дальнейшем, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 16 марта 2010 года № 152н «О мерах направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» утвержден перечень специальностей медицинских работников участвующих в реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, содержащий, наряду с со специальностями общесомати-

ческой сети, была предусмотрена специальность врача-психиатра-нарколога.

Кроме приема врачом-психиатром, психотерапевтом в данном центре здоровья, вспомогательными методами обследования по выявлению уровня тревоги и депрессии ведется тестирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS.

Учитывая высокий уровень лиц пожилого возраста, обращающихся в центр здоровья, мы сочли необходимым включить простой тест (тест часов) с целью выявления ранних форм болезни Альцгеймера. В данном центре прошли обследование в 2010 году 7645 детей и 7420 лиц от 18 лет и старше (далее – взрослые), в 2011 году 10674 детей и 10252 взрослых, в 2012 году 12720 детей и 7958 взрослых.

Результаты подобного скрининга показали высокий уровень пограничных психических расстройств, среди лиц, обратившихся в центр здоровья. В перспективе мы планируем оптимизировать медицинскую логистику потоков лиц с непсихотическими психическими расстройствами, обратившихся в первичную медицинскую сеть.

РАБОТА ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Коноркина Е.А., Басинская И.А., Коломиец В.М.

*Орел, ФКУ «Орловская ПБСТИН» Минздрава России,
ФКУ «Орловская ПБСТИН» Минздрава России, Курск,
ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России*

Введение. Эпидемическая ситуация с туберкулезом в Российской Федерации остается напряженной, несмотря на некоторое улучшение показателей, характеризующих как эпидемическую ситуацию по туберкулезу, так и уровень организации противотуберкулезной помощи населению. Психические заболевания стоят на 2-м месте по частоте возникновения среди них туберкулеза легких, уступая лишь «тюремной чахотке», и психически больные представляют приоритетную группу повышенного риска среди населения. Однако возможно выделить еще более угрожаемую группу - психически больные, которые совершают общественно-опасные действия (ООД) и по заключению судебных органов находятся в особенных условиях (интенсивное наблюдение). Предупреждение распространения туберкулеза среди них продолжает оставаться актуальной проблемой для здравоохранения в целом и отрасли фтизиатрии в частности.

Цель исследования: совершенствование методов неспецифической профилактики туберкулеза в группах повышенного риска - контингентах психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Материалы и методы. Исследования проводились в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН), где в течение года находятся до 1100 психически больных (диагноз – шизофрения, органическое расстройство личности и поведения различного генеза, в том числе и в связи с эпилепсией, умственная отсталость, реактивный психоз, психопатия и другие редкие патологии). Больные из различных регионов страны, совершившие преступления уголовного характера, по заключению суда находятся на интенсивном лечении, которое продолжается от нескольких месяцев до сроков более пяти лет. После госпитализации и в процессе реабилитации им проводится клиническое обследование с целью выявления или верификации диагноза туберкулеза, используются общепринятые клинико-лабораторные методы, включая определение иммунного статуса и углубленное обследование лучевыми методами. На фоне фармакотерапии и проведения основного курса этиотропного лечения при верификации диагноза туберкулеза, как важное звено в комплексной терапии составляют социально-реабилитационные мероприятия, которые представляют в данном случае как методы неспецифической профилактики туберкулеза.

Результаты исследования и обсуждение. В течение последних 10 лет пораженность туберкулезом контингентов ПБСТИН хотя и снизилась до 6257,1/100.000, однако в десятки раз превышает показатели по России (190.5) и региону. Заболеваемость к концу 2012 года составила 113,8/100.000 против заболеваемости 40,0/100.000 населения в регионе. Из противоэпидемических мероприятий в группе специфическая профилактика (химиофилактика) практически мало применяется и основное внимание уделяется неспецифической профилактике, прежде всего своевременности выявления туберкулеза и повышению сопротивляемости организма больного, так как адаптивный иммунитет снижен не только из-за влияния основного заболевания, но и воздействия социальных факторов риска.

Как основной метод профилактики рассматривается лечебно-реабилитационная деятельность ПБСТИН, которая постоянно совершенствуется и включает в себя реализацию различных мероприятий. Из них кроме подготовительных типа повышения технической оснащённости учреждения (площадки для занятия спортом, библиотека, компьютерный класс, кабинет для работы психолога, кабинет для работы социального работника, помещения для проведения психообразовательной работы, лечебно-трудовые мастерские, помещение для отправления религиозных служб и обрядов и др.), профилизации отделений, включая реабилитационные подготовки специалистов (врачей-психиатров, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских психологов) основное

внимание уделяется организации и работе полипрофессиональных бригад внутри отделений, включающей индивидуальную и групповую работу с пациентами в течение дня, использование психологических программ и для родственников пациентов, а также программ (модулей) психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, включая психотерапевтические программы. Лечебные и реабилитационные мероприятия осуществляются в ходе взаимодействия врачей-психиатров, медицинских психологов, социальных работников, представителей среднего и младшего медицинского персонала, из которых и формируются полипрофессиональные бригады.

В течение последних трех лет заболеваемость туберкулезом носит эпизодический характер, отсутствуют случаи выявления больных с запущенными формами туберкулеза легких.

Выводы. 1. Проведение психосоциальных реабилитационных мероприятий преимущественно полипрофессиональными бригадами является высокоэффективным методом неспецифической профилактики туберкулеза в группе повышенного риска – психически больные, находящиеся в условиях интенсивного наблюдения.

2. Эффективность реабилитационных мероприятий может возрасти многократно, если будет соблюдаться преемственность и после изменения меры медицинского характера, при выписке больного в другое учреждение.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСА ДНЕВНОЙ/ НОЧНОЙ СТАЦИОНАР В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

**Коцюбинский А.П., Мельникова Ю.В.,
Бутома Б.Г.**

Санкт-Петербург, ФГБУ СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

В настоящее время стало очевидным, что современная психиатрия требует более интенсивного развития внебольничных форм помощи, среди которых особое место занимают дневные и ночные стационары.

Возрастающее значение учреждений частичной госпитализации в системе психиатрической помощи определяется следующими факторами: 1) развитие психофармакологии и изменение структуры комплекса мероприятий по лечению психически больных, сделавшее возможным его проведение во внебольничных условиях; 2) патоморфоз психических заболеваний, в силу которого помещение больного в закрытое отделение психиатрической больницы во многих случаях не является необходимым, и всё большее смещение центра тяжести лечебно-восстановительной работы во внебольничную сферу; 3) перестройка психиатрической помо-

щи, выразившаяся в развитии того направления в психиатрии, которое получило название реабилитационного и которое объявляет универсальным принципом практической психиатрии максимальное приближение помощи к населению (что означает, в частности, её открытость и общедоступность); 4) высокие лечебные возможности полустационарных учреждений, позволяющие сократить сроки лечения, достичь более высокого качества ремиссий и уровня социальной адаптации психически больных.

Частичная госпитализация в дифференцированной системе лечебных режимов может быть реализована и в круглосуточном стационаре. Однако в большем объёме и более целенаправленно она осуществляется в дневных и ночных стационарах, которые специально предназначены для проведения лечебно-диагностических и коррекционно-приспособительных мероприятий в полустационарных условиях и в этом смысле принадлежат к промежуточным формам психиатрической помощи.

Промежуточное положение дневных стационаров делает их во многих отношениях предпочтительными (по сравнению с больницами) для пациентов и их близких. Это связано с более свободным при частичной госпитализации режимом, а также с возможностью в условиях полустационара в максимальной степени сохранить для больного привычные условия повседневной жизни. Устранение (даже частичное) психологических барьеров, с которыми связывается в сознании больных и их родственников госпитализация в психиатрическое учреждение, позволяет привлечь больных к лечению на более ранних этапах заболевания и в самом начале рецидивов и обострений. Больные с опытом пребывания в дневном стационаре в дальнейшем в необходимых случаях сами обращаются за помощью и при ухудшении состояния своевременно возобновляют лечение в условиях частичной госпитализации.

При открытии ночных стационаров первоначально предполагалось, что основным контингентом в них будут работающие больные, которым по различным причинам необходимо лечение и наблюдение без отрыва от производства. Однако практика показала большую целесообразность их использования в комплексе с дневным стационаром. Сочетанное применение дневного и ночного стационаров имеет организационное и экономическое преимущество, значительно расширяя возможности полустационарного лечения в отношении, как режима, так и активности терапии, делая тактику помощи больным более гибкой и мобильной.

Использование системы режимов в комплексе дневной/ночной стационар позволяет наблюдать больных в реальных условиях, в обстановке во многом сохраняющейся функциональной нагрузки. Это дает возможность более полного выявления изъянов

адаптации и тем самым позволяет точнее определить необходимые направления психокоррекции.

Принципы организации работы комплекса дневной/ночной стационар формировались на основе 25-летнего опыта работы отделения внебольничной психиатрии НИИ им. В. М. Бехтерева, в котором за это время прошли лечение около 3000 больных, преимущественно с эндогенными психическими расстройствами.

С целью изучения эффективности системы реабилитационных мероприятий, разработанных для комплекса дневной/ночной стационар как учреждения частичной госпитализации, занимающего промежуточное положение между психиатрической больницей и дневным стационаром, проведено сравнение результатов лечения в названном комплексе с таковыми у пациентов психиатрической больницы и обычного дневного стационара при районном психоневрологическом диспансере.

Для сопоставления с психиатрической больницей проведено сравнение результатов лечения двух групп больных, подобранных по методу «контрольных двойников» (совпадающих по основным демографическим, клиническим и социальным параметрам): 32 пациентов комплекса дневной/ночной стационар НИПНИ им. В. М. Бехтерева и 32 больных, лечившиеся в психиатрической больнице.

В результате 5-летнего катамнестического наблюдения пациентов установлено, что клинические характеристики и уровень социального восстановления у больных основной и контрольной групп практически одинаковы. Различия же сравниваемых групп коснулись таких важных социальных аспектов, как трудовая адаптация и инвалидизация пациентов: уровень трудовой адаптации к моменту катамнестического обследования в группе комплекса дневной/ночной стационар примерно на 28% выше, чем в контрольной группе. При этом вдвое больше пациентов сумели сохранить исходный уровень профессиональной квалификации. Уровень инвалидизации у пациентов комплекса дневной/ночной стационар в 4,5 раза ниже, чем у пациентов психиатрической больницы.

Для сопоставления с дневным стационаром психоневрологического диспансера был проведен анализ регоспитализаций 102 больных шизофренией в течение года по-сле выписки. В это число вошли 62 пациента комплекса дневной/ночной стационар и 40 пациентов дневного стационара психоневрологического диспансера. При этом выяснилось, что в группе из 40 человек, лечившихся в условиях дневного стационара, число регоспитализаций почти в 3 раза больше, чем в группе из 62 человек, проходивших курс лечения в комплексе дневной/ночной стационар.

Таким образом, можно утверждать, что терапия психически больных в условиях психиатрического учреждения, имеющего, кроме дневного, еще и

ночной стационар, по ряду важных показателей реабилитации оказывается эффективнее, чем лечение в психиатрической больнице и дневном стационаре.

В числе преимуществ комплекса «дневной/ночной стационар», обусловленных своеобразием их места в системе психиатрической помощи, необходимо отметить следующие.

1. Использование комплекса «дневной/ночной» стационар позволяет значительно расширить терапевтические возможности учреждений частичной госпитализации, сократив тем самым количество пациентов, госпитализируемых в психиатрические больницы. Интенсификация терапии, проводимая в условиях частичной госпитализации, позволяет увеличить прием в отделение больных с подострыми проявлениями психоза, в том числе за счет тех пациентов, которые, нуждаясь в психиатрической помощи, отказываются от лечения в психиатрической больнице, но не возражают против лечения (даже круглосуточного) в комплексе дневной/ночной стационар.

2. Терапевтические возможности комплекса «дневной/ночной» стационар сравнимы с таковыми в психиатрических больницах; при этом учреждения частичной госпитализации имеют ряд экономических преимуществ. Так, средняя длительность лечения больных шизофренией в комплексе дневной/ночной стационар НИПНИ им. В. М. Бехтерева составляет около 95 дней, а в психиатрических больницах – 131 день [5], то есть почти в 1,4 раза больше.

3. Лечение пациентов в условиях комплекса «дневной/ночной» стационар существенно сокращает время круглосуточного пребывания больных. Временная необходимость круглосуточного пребывания возникает на каком-то этапе лечения примерно у половины пациентов, госпитализированных в комплекс дневной/ночной стационар, однако длительность пребывания на этом режиме составляет менее четверти всего времени их лечения. Такая продолжительность круглосуточного пребывания больного, то есть изоляции от привычных условий жизни значительно меньше, чем в случае его лечения в обычной психиатрической больнице, что снижает вероятность развития госпитализма.

4. Проведение лечебно-восстановительных мероприятий в условиях комплекса «дневной/ночной стационар» позволяет осуществить преемственность в реабилитационном процессе на всех его этапах от острого психотического состояния до стабилизации ремиссии и подбора адекватной поддер

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ООО И «НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ» В ПРОЦЕССЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СЛУЖБ

Левина Н.Б.

Москва, МНИИП

Общероссийская общественная организация инвалидов (ОООИ) «Новые возможности» объединяет пациентов и их близких, профессионалов, представителей разных профессий и ведомств в более 50 регионах РФ. Такое взаимодействие становится условием социального восстановления (выздоровления) лиц с душевными проблемами и облегчения бремени его близких. Мы озадачены решением многообразных и растущих по мере восстановления потребностей и нужд наших подопечных, как правило, молодых людей. Деятельность общества определена долгосрочной программой и развивается по таким направлениям как психообразование (обучение практическим навыкам справляться с проявлениями болезни), поддерживаемые учеба и трудоустройство (в обычных условиях), правовая защита (в том числе восстановление дееспособности), организация реабилитационного жилья для бездомных и одиноких, сотрудничество с родственными организациями и СМИ, содействие профессионалам в улучшении качества и в оценке психиатрической помощи. Согласованные усилия профессионалов и общественных организаций в области охраны психического здоровья («Семья и психическое здоровье», Общественный Совет Москвы, «Общественные инициативы в психиатрии», «Дорога в мир», Центр лечебной педагогики, «Перспектива») привлекают внимание к лицам с ограниченными возможностями, не только физическими. На пути выздоровления, возможно, длиною в жизнь, с временными отступлениями и движением вперед, пациенту и его близкому нужна не только фармакотерапия, хотя стойкое и глубокое (только не за счет побочных действий лечения) послабление симптомов – необходимое условие, основа психосоциального восстановления. Порядки оказания психиатрической помощи учитывают нужды пациентов и их семей, используют их опыт. Новые формы внебольничной и больничной психосоциальной реабилитационной помощи в противовес изоляции в больничных стенах и «попечению инвалидов» должны быть внедрены в повседневную практику психиатрии, а местные отделения «Новых возможностей» должны этому способствовать и принимать участие в многосторонней оценке их эффективности. Активисты «Новых возможностей», добровольцы с уникальным опытом преодоления душевного недуга предстоит стать полноправными членами больничных советов, многопрофессиональных и межведомственных бригад. Мы становимся сильнее, увереннее заявляем о своих правах и возможностях, вырастая из пеленок просителей и

жалобщиков, понимая, что в единстве с профессионалами – наша объединенная сила и залог успеха.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Чеперин А.И., Шеллер А.Д., Рожков С.Н.

Омская обл., БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодникова

В Омской области исторически сложившаяся единая система оказания специализированной помощи людям, страдающим психическими расстройствами, которая представлена стационарными подразделениями при БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодникова на 1815 коек, стационарным отделением при Тарской ЦРБ на 40 коек, а также амбулаторным приемом участковых врачей психиатров диспансерных подразделений областной клинической больницы, кабинетами врачей психиатров ЦРБ по районам области.

Для осуществления качественного оказания психиатрической помощи нами закреплен порядок согласования выписки пациентов из стационарных и полустационарных подразделений в амбулаторную службу. В соответствии с этим порядком больные, за несколько дней до выписки, представляются участковому врачу психиатру (пациенты области – врачу психиатру сельского кабинета) с эпикризами, для согласования дальнейшей тактики наблюдения и лечения. Участковым врачом на эпикризе делается соответствующая запись, при необходимости с коррекцией тактики и лечения. В случае первичной госпитализации больного из села, необходимости взятия под наблюдение, оформляется комиссионный осмотр с комиссионным решением для врачей психиатров сельской ЦРБ, где они в единственном числе. В дальнейшем вся документация передается через оргметод отдел больницы в районы области.

В связи с несовершенством существующего законодательства и разными списками лекарственных средств по «федеральной» и «региональной» льготе, затрудняющие прогнозирование по дальнейшему поддерживающему лечению пациентов, нами был разработан программный продукт, позволяющий разделить выписки препаратов по разной льготе, с учетом конкретных пациентов за определенным препаратом, так называемые «электронные регистры». Возможность включения и исключения из данных регистров имеется только у председателя подкомиссии ВК, ответственного за выписку и назначение лекарственных средств. Врачи стационара и амбулаторной службы имеют возможность просмотра этих регистров и прогнозирование лечения. На выписку, при необходимости внесения

пациентов в регистры, больные по определенным дням представляются на Врачебную Комиссию с обоснованием лечения. В случаях, когда препарат не включен ни в одну из льгот, то он назначается как «жизненноважный» по следующим критериям: выраженные нарушения при предыдущей терапии; малая эффективность предыдущего лечения на адекватных дозировках; когда отсутствие критики к заболеванию и ухудшение состояния может привести к совершению ООД, частым дорогостоящим госпитализациям (по анамнезу они должны проследиваться), сопутствующие тяжелые соматические заболевания. На активном лечении неоднократно проводится лабораторная диагностика возможных осложнений и при выписке на врачебную комиссию предоставляются последние результаты.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА)

Лиманкин О.В.

*Санкт-Петербург, Санкт-Петербургское ГБУЗ
«Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко»*

Уровень инвалидизации психических больных в РФ всегда обнаруживал выраженные региональные различия, что подтверждают и результаты настоящего исследования.

За 20 лет число больных с психическими расстройствами, имеющих группу инвалидности, в Санкт-Петербурге выросло с 24 539 до 31 898 – т. е. на 30,0%. При этом число больных шизофренией, имеющих группу инвалидности, увеличилось с 10 745 до 14 215, т. е. на 32,3%; число больных с умственной отсталостью (УО) – с 3 718 до 6 881, т. е. на 85,1% (для сравнения, по РФ в целом рост аналогичных показателей составил 62,6%, 41,1%, 82,2% соответственно).

Росту абсолютного числа психически больных-инвалидов соответствует увеличение их числа в расчете на 100 000 населения с 492,12 до 655,52, т. е. на 33,2% (больных шизофренией – с 215,49 до 292,13, т. е. на 35,6%; больных УО – с 74,56 до 141,41, т. е. на 89,7%). В РФ рост этих показателей составил 69,1%, 46,7%, 89,6% соответственно).

Самой многочисленной группой инвалидов являются больные шизофренией, их доля практически не изменилась. Возросла доля больных УО (с 15,2% до 21,6%) – за счет больных с другими психическими расстройствами. В структуре контингента психически больных инвалидов в РФ более значительна доля больных УО (за 20 лет она еще более возросла, в основном за счет уменьшения доли больных шизофренией).

В 1991 г. соотношение числа психически больных, имевших I, II (нерабочие) и III (рабочую) группы инвалидности, составляло 88,4% и 11,6%. В период социально-экономического кризиса число работающих инвалидов резко пошло на убыль; затем этот показатель стабилизировался, но на более низком уровне (в 2010 г. - 93,8% и 6,2% соответственно)

Уровень первичной инвалидности в рассматриваемый период времени вырос с 21,20 до 25,83 в расчете на 100 000 населения, т. е. на 21,8%. При этом число больных шизофренией, впервые признанных инвалидами, снизилось на 13,8%, а число больных УО – выросло на 3,4%.

В диагностической структуре первичной инвалидности уменьшилась доля больных шизофренией (с 35,3% до 25,0%) и доля больных УО (с 27,3% до 23,2%) за счет увеличения доли больных с другими психическими расстройствами. Схожие изменения происходили и в структуре больных с первичной инвалидностью в целом по РФ.

Число детей с психическими расстройствами, имеющих группу инвалидности, выросло с 101,1 до 497,3 в расчете на 100 000 населения, т. е. на 386,4% - почти в пять раз (!). Рост первичной инвалидности составил 154,6% (с 25,8 до 65,7). В РФ за тот же период рост был менее значительным (на 184,8%), более медленными темпами росла и первичная инвалидность (на 66,7%).

ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В СРАВНЕНИИ С РФ ЗА 20 ЛЕТ

Лиманкин О.В.

*Санкт-Петербург, Санкт-Петербургское ГБУЗ
«Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко»*

За 20 лет (1991-2010) число зарегистрированных психически больных в Санкт-Петербурге в расчете на 100 000 населения незначительно уменьшилось - с 2 681,6 до 2 570,5, т.е. на 4,1%. В РФ аналогичный показатель, напротив, вырос на 23,9%, и если в начале 1990-х гг. общая заболеваемость психическими расстройствами в городе превышала общероссийский уровень, то начиная с 1998 г. показатель по РФ превышает городской, причём эта разница увеличилась.

Несмотря на рост заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера (ПРНХ) на 14,0%, существенно снижалась заболеваемость умственной отсталостью (УО) - на 35,6%, психозами и/или состояниями слабоумия (ПиС) - на 13,8%, что обусловило уменьшение уровня заболеваемости в целом. Заболеваемость шизофреническими расстройствами осталась практически на прежнем уровне, а снижение заболеваемости в

группе ПиС происходило за счет других диагностических групп.

Уровень заболеваемости ПиС в городе превышает российский показатель на 33,0%, и это относится практически ко всем нозологическим подгруппам. Заболеваемость ПРНХ в Санкт-Петербурге, наоборот, заметно ниже, чем в среднем по РФ, и составляет 80,2% от российского уровня; заболеваемость невротическими расстройствами вдвое ниже, чем в РФ (48,6%). С этим резко контрастируют данные о заболеваемости непсихотическими расстройствами и поведенческими расстройствами детского и подросткового возраста – превышение общероссийского уровня на 46,2%, т. е. почти наполовину. В наибольшей степени различия в уровне заболеваемости в Санкт-Петербурге и РФ представлены в группе больных УО: российский показатель почти в два с половиной раза превышает аналогичный городской.

Заболеваемость выросла в возрастных группах 0-14 лет (на 26,9%), 15-17 лет (на 34,4%), 18-19 лет (на 41,0%), а также в группе больных 60 лет и старше (на 12,1%). В то время как уровень общей заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге в целом ниже общероссийского (87,7%), в группе детей до 14 лет он, напротив, превышает его на 52,1%.

Диагностическая структура зарегистрированных психических расстройств в Санкт-Петербурге заметно отличается от общероссийской. Доли ПРНХ примерно равны (49,2% в Санкт-Петербурге, 51,3% в РФ), однако в Санкт-Петербурге заметно выше доля ПиС – 40,1% (в РФ – 26,4%), а доля УО, наоборот, в 2 раза ниже общероссийского показателя (10,7% и 22,3% соответственно).

В возрастной структуре контингента зарегистрированных больных в Санкт - Петербурге выше доля лиц моложе 14 лет, и она имеет тенденцию к росту (в РФ доля детей, наоборот, снижается). Доля больных старше 60 лет возрастает, хотя и остается ниже, чем в целом по РФ. Основную долю зарегистрированных психически больных в Санкт-Петербурге и в РФ составляют взрослые лица трудоспособного возраста – от 18 до 59 лет (53,3% и 61,5% соответственно).

ОПЫТ АКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, БОЛЕЕ ГОДА НАХОДЯЩИМИСЯ В СТАЦИОНАРЕ

Малахов В.И., Герасимова Л.А.

*Тамбов, ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая
клиническая больница»*

В настоящее время особую актуальность приобретают вопросы оказания психиатрической помощи специальным целевым группам психически

больных, имеющих определенные особенности психического и социального статуса. Одной из таких групп являются недееспособные пациенты с длительным сроком пребывания в стационаре. В Тамбовской психиатрической больнице в загородных отделениях, около 64% пациентов находятся более года в стационаре, по социальным причинам в 46 % случаев, и не нуждающихся в активном лечении.

Ранее социальная реабилитация данной категорией пациентов сводилась к использованию остаточной трудоспособности. Пациенты делились на группы: принимающие активное участие в трудовых процессах (работа на подсобном хозяйстве и т.д.) и не принимающие такого участия. Начиная с 2003 года на базе загородного отделения, сплошным невыборочным методом было обследовано 165 пациентов. Использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы исследования, анализ медицинской документации, анкетирование пациентов. С учетом полученных результатов разработана комплексная программа реабилитации инвалидов с длительным периодом госпитализации, в которой выделены основные направления работы. Так социально-медицинское направление включает в себя: профилактическую работу по формированию ответственного отношения к своему поведению и лечению в больнице и вне ее, формирование здорового образа жизни, борьбу с вредными привычками. Задачи социально-психологического направления: коррекция дефицитарного развития интеллектуальной сферы, развитие навыков самоконтроля, повышение стрессоустойчивости, гармонизация психологического климата. Мероприятия социально-бытового направления включают в себя: работу в лечебно-трудовой мастерской, гарденотерапию, художественный труд, формирование навыков самообслуживания и взаимопомощи. Оказание помощи пациентам в вопросах социальной защиты, процессе социальной адаптации, защита их прав и охраняемых законом интересов – задачи социально-правового направления. Кроме того была разработана система последовательных этапов психосоциальной терапии и реабилитации. Наибольших результатов данной программы мы достигли в работе с пациентами, находящимися в общежитии, которое было открыто в 2002г. Направление пациентов в общежитие проводилось через биопсихосоциальную комиссию, которая в дальнейшем решала вопросы целесообразности выписки пациентов в результате «успешного» прохождения всех этапов и направлений программы, с учетом клинических и социальных факторов. Всего через программу общежития прошло 141 чел. трудоспособного возраста с длительным стажем заболевания; 72% страдали шизофренией, 12% умственной отсталостью, 16% органическим поражением ЦНС, 94% являлись инвалидами по психическому заболеванию, 53% признаны недееспособными. За период с 2002 по 2012г

выписано 81 чел., восстановлена дееспособность 12 пациентам, среди которых повторные госпитализации у 6 пациентов.

Об эффективности проводимых реабилитационных мероприятий можно судить по снижению на 19 % количества пациентов с длительными сроками пребывания в стационарах. Увеличилась выписка из отделений в сообщество на 70%. Наличие восстановленных микросоциальных связей, восстановление навыков самообслуживания и адаптационных возможностей позволило поставить и решить вопрос о восстановлении дееспособности.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (СИСТЕМНЫЕ И ТРАНСГЕНЕРАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ)

Медведев С.Э., Коцюбинский А.П.

Санкт-Петербург, НИПНИ им. В. М. Бехтерева

Рассматривая психическое расстройство в рамках адаптационной концепции «уязвимость-диатез-стресс-заболевание» (Коцюбинский А.П., 2004) и учитывая феномен изоморфизма социальных организаций различных уровней (Тогунов И.А., 2007), можно говорить о приспособительном значении симптома как для самого пациента, так и для микросоциальной системы в целом.

В системе этих представлений оптимизация системного функционирования снижает уровень эмоционального напряжения в семье. В результате уменьшается вероятность регоспитализации пациентов (Bressi С., 2008; Schmidt-Kraepelin С., 2009).

Высокий уровень эффективности такой работы достигается посредством специализации и координации усилий профессионалов. Системная модель Д. Н. Оудсхоорна позволяет интегрировать их деятельность (Черников А.В., 2010).

Для создания команды, как функциональной системы, ответственность специалиста должна определяться его функциональной ролью. При наличии у специалиста более широкого спектра квалификации, он может реализовывать знания в смежных областях на всех этапах ведения случая, но только при его коллегиальном обсуждении.

Психиатрическая служба организуется для помощи пациенту. Оставаться функциональной она может при регулярном поступлении новых объектов заботы, успешно проходящих реабилитацию и сепарирующихся от системы.

J. Schweitzer (1995) различает объективные (клиент в этом нуждается) и субъективные (клиент этого хочет) потребности клиентов. По его мнению, психиатрические учреждения, организованные лишь по принципу «клиент в этом нуждается», в долгосрочной перспективе приводят больных к

зависимости от них. Автор предлагает в большей степени ориентироваться на субъективные потребности клиентов.

При отсутствии учета общих тенденций развития и закрытости внешних границ, стремление к сохранению гомеостаза приводит как семью, так и психиатрическую службу к росту внутреннего напряжения.

По данным E. Kuipers et al (2010), применение семейного вмешательства позволяет повысить эффективность комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий при шизофрении, одновременно снижая продолжительность и стоимость лечения.

Нами проведено исследование с целью определения оптимального формата семейного вмешательства в комплексной программе биопсихосоциальной реабилитации пациентов, страдающих шизофренией и шизотипическими расстройствами.

Материал: 64 семьи пациентов, страдающих параноидной шизофренией и 19 семей пациентов с шизотипическими расстройствами личности.

Методы исследования: семейная генограмма (Боуэн М., 2005), циркулярное интервью Миланской школы семейной психотерапии М. С. Палаццоли (2002) и метод включенного наблюдения в процессе психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., 2002).

Результаты. В поколении прародителей отмечено преобладание внешних факторов, прерывающих отношения супругов в репродуктивном возрасте (голод, эпидемии, война, политические репрессии), а в поколении родителей идентифицированного пациента наиболее часто отмечались разрывы диадных супружеских отношений, связанные с незавершенностью сепарационного процесса и отсутствием примера супружеских взаимодействий прародителей.

Полученные данные показывают более существенное влияние трансгенерационных (вертикальных) стрессоров на формирование декомпенсации адаптационных механизмов в период сепарации идентифицированного пациента, по сравнению с диадными нарушениями в его родительской семье. Выявлены паттерны взаимодействия, ассоциированные с травматическими событиями социальной истории. Внутри семьи преобладали отношения слияния, вертикальные коалиции, незавершенность психологической сепарации между поколениями. В контактах с внешним окружением – псевдосплоченность, тревога, закрытость границ, подозрительность.

Ликвидация эмоциональных разрывов, «расчерчивание границ» (Эйдемиллер Э. Г., 2002) между подсистемами и устранение функции симптома в системе способствовало оптимизации системного функционирования.

Выводы. Результаты исследования показывают целесообразность включения в программу реабилитации больных с шизофренией и шизоти-

пическими расстройствами семейного вмешательства, учитывающего трансгенерационные аспекты семейной истории.

РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ОСНОВЕ МЕТОДА АНАЛИЗА ИЕРАРХИЙ

**Митихин В.Г., Лиманкин О.В.,
Ястребов В.С., Митихина И.А.**

*Москва, НЦПЗ РАМН, Санкт-Петербург, Психиатрическая
больница им. П.П. Кащенко*

Целью работы является разработка современной модели психосоциальной реабилитации, в рамках которой можно реализовать следующие этапы: 1) оценка и планирование последовательности необходимых воздействий (определение цели, способов воздействия); 2) оценка степени интенсивности реабилитационных вмешательств (психосоциальные интервенции и формы помощи, для общества, например, проведение дестигматизационных кампаний и др.); 3) оценка степени достижения результата.

Основными материалами для работы являются теоретические исследования отдела организации психиатрических служб НЦПЗ РАМН, а также результаты обработки анкетных опросов участников процесса реабилитации, организованных на базе нескольких ПБ и ПНД в Санкт-Петербурге: пациентов, родственников, сотрудников службы психического здоровья, социальных работников, медицинских психологов.

Для оценки взаимодействий между всеми участниками процесса реабилитации с соответствующими каждому из выделенных этапов факторами, использовался метод анализа иерархий. Использование метода анализа иерархий обусловлено: а) иерархической структурой самих проблем психосоциальной реабилитации; б) структурой показателей оценки помощи и их составом (количественные и качественные показатели); в) необходимостью использования экспертных оценок специалистов на всех уровнях деятельности служб психосоциальной реабилитации; г) сложностью выбора оптимальных управленческих решений по организации деятельности служб.

Основные результаты: показано, что указанный подход дает возможность получать не только статические, но и динамические оценки деятельности служб психосоциальной реабилитации, как по отдельным показателям, так и в целом, с учетом весомости отдельных показателей и групп показателей. В рамках модели можно анализировать экспертные оценки компонентов моделей и программ психосоциальной реабилитации с точки зрения их согласованности и эффективности.

Выводы. Модели на основе рассматриваемого подхода могут использоваться для описания и оптимального решения проблем на основных направлениях и уровнях психосоциальной реабилитации.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОГОРТЫ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕБНО-КОНСУЛЬТАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

Моросеева Е.А.

Тверь, ГБУЗ ОКПНД

Цель исследования: анализ клинико-социальных аспектов функционирования амбулаторной психиатрической лечебно-консультативной помощи в структуре психоневрологического диспансера

Материал и методы: анализ данных архивного материала одного участка амбулатории ГБУЗ ОКПНД г. Твери с 2001 по 2011 гг. на основании изучения медицинской документации (форма №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного») и ежегодных отчетов участкового врача-психиатра.

Результаты и их обсуждение: При проведении анализа динамики численности и структуры психически больных, получающих лечебно-консультативную помощь (ЛКП), оказалось, что в целом число больных, обратившихся за помощью к врачу-психиатру в течение 11 лет, увеличилось в 1,5 раза ($p < 0,05$). При этом количество больных, обратившихся за ЛКП, возросло в 1,6 раза ($p < 0,05$), а в группе диспансерного наблюдения – в 1,4 раза. В 2011 году количество пациентов, получающих ЛКП, было в 1,3 раза больше, чем находящихся на диспансерном наблюдении.

Увеличение общего числа больных, обратившихся за помощью участкового врача-психиатра, характерно для многих регионов России и связано с тем, что растет заболеваемость психической патологией (Дмитриева Т.Б., Гурович И.Я., 2010, 2011). Кроме того, в последние годы врачи общей практики стали значительно чаще направлять пациентов на консультацию к врачу-психиатру. Число больных, которым оказывается ЛКП, в настоящее время имеет тенденцию к преобладанию над количеством пациентов, попадающих под диспансерное наблюдение (Дмитриева Т.Б., 2009).

Основную группу больных, получавших ЛКП, составили мужчины в возрасте от 21 до 40 лет – более половины обратившихся (61,3%). Второй по частоте обращения (в 3,9 раза меньше, чем группа 21-40 лет, $p < 0,01$) оказалась группа больных мужского пола в возрасте до 20 лет (15,9%). Пациенты других возрастных групп встречались значительно реже (от 0,4% до 6,1%).

Удельный вес мужчин в возрасте от 21 до 40 лет на протяжении наблюдаемого периода време-

ни практически не менялся. Отмечено уменьшение удельного веса пациентов мужского пола в возрастной группе до 20 лет в 2,5 раза (с 16,3% в 2001 году до 6,4% в 2011; $p < 0,01$). Уменьшение в абсолютном и относительном количестве молодых лиц мужского пола в группе ЛКП отчасти связано с неблагоприятной демографической ситуацией в стране. В настоящее время отмечается уменьшение численности молодежи 1990-1993 годов рождения (последствия кризиса начала 90-х) как в целом по РФ, так и в Тверском регионе.

Количество пациентов мужского и женского пола в возрасте от 41 до 60 лет на протяжении наблюдаемого периода увеличивается как в абсолютном, так и в относительном количестве в 1,9 раза (с 3,7% до 7,3%, $p < 0,01$; с 3,5% до 5,2%, $p < 0,05$ соответственно). Это может быть связано с повышением числа лиц с различными формами психической дезадаптации пограничного уровня, что ведет к более частому обращению их к психотерапевтам, работающим в системе городских поликлиник, которые в дальнейшем направляют определенную часть больных к психиатрам ОКПНД.

В целом, среди обратившихся за ЛКП преобладали пациенты мужского пола, которых было в среднем в 5,8 раза больше, чем женщин ($p < 0,001$). При этом следует отметить, что удельный вес мужчин с 2004 года к 2011 несколько уменьшился, а удельный вес женщин за этот период времени увеличился в 1,4 раза.

Анализ структуры больных по основным учетным шифрам МКБ 10 показал, что за 11 лет произошло увеличение числа пациентов практически по всему спектру психических и поведенческих расстройств, за исключением подгруппы больных с нарушением психологического развития. В 2001-2003 гг. наибольший удельный вес имела группа пациентов с расстройством зрелой личности и поведения у взрослых, которые составили в этот период 35,7% от всех обратившихся. Анализ показывает, что после 2003 года удельный вес пациентов с данной патологией уменьшался, но незначительно, и составил к 2011 году 33,2%. При этом в целом абсолютное количество больных данной группы увеличилось за изучаемые годы в 1,5 раза ($p < 0,05$).

С 2004 года в общей структуре психически больных стали преобладать пациенты, имеющие органические, включая симптоматические, психические расстройства (от 36,1% в 2004 году до 38,2% в 2011), удельный вес которых увеличился за период наблюдения в 1,4 раза.

Следует обратить внимание на увеличение числа больных с острыми транзиторными психотическими расстройствами, шизотипическими и хроническими бредовыми расстройствами в 3,2 раза (4 пациента в 2001; 19 – в 2011, $p < 0,01$), которое происходило постепенно, при этом отмечен как относительный, так и абсолютный рост числа больных

данной группы. Число больных с нарушением психологического развития уменьшилось за 11 лет в 5,3 раза (с 16 человек в 2001 (4,0%) до 3 пациентов в 2011 (0,5%), $p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, в группе ЛКП основную часть составляют пациенты трудоспособного возраста (от 18 до 40 лет), преимущественно мужского пола, имеющие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, а также органические, включая симптоматические, психические расстройства.

ПОИСК МОДЕЛЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Орлов Г.В., Митрофанов И.А.

Казань, ГОУ ВПО КГМУ

Цель: изучение, анализ работы психиатрических бригад скорой медицинской помощи и поиск моделей оптимизации их работы.

Методы исследования: статистический, клиничко-психопатологический, анкетирование.

Материал исследования: анкеты, карты вызовов психиатрической бригады СМП, которые были собраны на основании выполнения 323 вызовов психиатрической бригады скорой медицинской помощи за период с 01.12.12. по 10.06.13, изучения карт вызовов, опроса мнений сотрудников станции скорой медицинской помощи г. Казани.

Нами были получены следующие результаты: В подавляющем большинстве случаев - 72,14% психиатрические бригады вызываются на дом по месту жительства к больным, которых участковый психиатр до этого не осматривал. Лишь у 5,26 % больных, к которым направляется психбригада, имелось направление на госпитализацию в психиатрический стационар. 10,84% всех выездов выполнено в общественные места (улицы, магазины, отделения полиции и пр.), в 4,95% случаев вызывают «на себя» другие бригады СМП (линейные, бригады интенсивной терапии) для консультации психиатром больных, обслуживаемых ими.

Ввиду отсутствия во многих ЛПУ ставок психиатра-консультанта, по данным нашего исследования, 10,52% вызовов психиатрической бригады происходят в медицинские учреждения, в том числе и для плановой консультации больных, что малообоснованно, так как нарушает принципы оказания скорой психиатрической помощи. При этом из всех больных, осмотренных в соматическом стационаре 20,59% нуждались в неотложной госпитализации в психиатрический стационар в связи с суицидальной попыткой на фоне клинически выраженной депрессии, либо обострением психотической симптоматики у больных, состоящих на учете у психиатра.

У 14,71% в период лечения в стационаре развилась делириозная симптоматика на фоне алкогольной абстиненции, и они были переведены в РНД. 18,58% больных в связи с нестабильным соматическим состоянием был противопоказан перевод из профильного отделения, и были даны рекомендации по дальнейшей тактике ведения и лечению психической патологии (чаще всего депрессивный эпизод с суицидальной попыткой, либо синдром отмены алкоголя с делирием) в условиях соматического стационара. У остальных 46,12% больных непсихиатрического стационара поводом к вызову стали преходящие психические нарушения сосудистого генеза, псевдосуицидальное поведение, употребление алкоголя и других психоактивных веществ, неврологические нарушения, личностные особенности больных. При этом они в активном лечении психиатра, нарколога не нуждались.

В проведенном исследовании только 33,43% больных, к которым была направлена психиатрическая бригада, состояли на учете у психиатра, тогда как несколько выше число больных, состояние которых было связано с употреблением психоактивных веществ – 39,32%. Поводом к вызову при этом стали алкогольное опьянение (простая и измененные формы), синдром отмены ПАВ (подавляющее большинство - алкогольная абстиненция с делириозной симптоматикой), хронические металкогольные психозы, депрессивный эпизод с суицидальной попыткой на фоне длительного употребления алкоголя, использование наркотических средств.

Анализ результата вызовов в зависимости от психической патологии. Больше всего больных было госпитализировано в РКПБ с диагнозом шизофрении 76,06% больных из 71 осмотренных, 1 больной (1,4%) был госпитализирован в соматический стационар. Среди больных умственной отсталостью, к которым была направлена психиатрическая бригада 75% также были госпитализированы, в то время как среди 28 обследуемых с органическим расстройством личности подавляющее большинство, а именно 71,43% в неотложной госпитализации в психиатрический стационар не нуждались. Среди всех 35 больных, страдающей деменцией, осмотренных бригадой, 11,42% требовалось лечение в условиях соматического стационара в связи с хирургической или терапевтической патологией, и только 5,71% были доставлены в РКПБ.

Всего было госпитализировано 35,6% из всех больных, к которым направлялась психиатрическая бригада СМП. В том случае, если принималось решение о необходимости госпитализации больного, в большинстве случаев (66,08%) он доставлялся в психиатрический стационар. Значительно реже (в 18,26%) больной нуждался в лечении в республиканском наркологическом диспансере, и в 10,43% случаев госпитализации больные доставлялись непосредственно психиатрической бригадой, либо

передавались профильным бригадам СМП для доставки в непсихиатрические медицинские учреждения, такие как соматические стационары и травмпункты.

По данным исследования только в 43,03% случаев вызова психиатрической бригады СМП обоснованы, т.е. повод к вызову позволял предполагать у больного появление или обострение психического расстройства. Остальные вызова, мы считаем необоснованными. При этом больной в оказании ему скорой психиатрической помощи и неотложной госпитализации в психиатрический стационар не нуждался.

Выводы. По нашему мнению, к возросшему количеству вызовов психиатрической бригады скорой медицинской помощи и увеличению нагрузки на них, в основном, приводят три фактора: неблагоприятная наркологическая обстановка в стране, низкий общий уровень жизни (особенно нетрудоспособного населения) и недостаточно эффективная работа оперативного отдела станции скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлинического сектора. Недостатки в работе оперативного отдела по данным нашего исследования преимущественно обусловлены: отсутствием четкого алгоритма приема и обработки вызовов, недостаточным методическим обеспечением, недостаточной квалификацией сотрудников, отсутствием принципа выделения психиатрических вызовов в отдельный поток.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА В САМАРСКОМ РЕГИОНЕ

Романов Д.В.

*Самара, Самарский Государственный Медицинский
Университет*

Развитие психиатрического сообщества в Самарской губернии отражало общие тенденции и основные проблемы развития психиатрии в регионах России.

В 1875 году в Самаре при активном участии известного врача, общественного деятеля, теоретика и практика земской медицинской работы В.О.Португалова была построена Центральная земская больница. В.О.Португалов разработал принцип участковой земской медицины, был автором понятия «социальная гигиена». Он добился от земства переноса больницы за город, на современную улицу Полевую (теперь городская больница имени Пирогова). При больнице было организовано небольшое отделение для душевнобольных, которым заведовал В.Н.Хардин (впоследствии – директор Самарской психиатрической больницы). К 1880 году

в отделении, рассчитанном на сорок коек, содержалось в тяжелейших условиях до 120 пациентов. Понимая насущную необходимость организации в Самарской губернии психиатрической больницы, в 1880 году губернские власти приняли решение о строительстве больницы за городом, на территории лесной дачи Томашев колок. Проект психиатрической больницы, разработанный В.Н.Хардиным, был одобрен приехавшим в Самару профессором И.М.Балинским. В дальнейшем он был усовершенствован профессором архитектуры И.В.Штромом, и в ноябре 1888 года психиатрическая больница приняла первых пациентов. Первым директором больницы был И.Х.Акерблом.

Новый этап развития психиатрии в Самаре начался после революции, в связи с открытием в 1919 году Самарского государственного университета с медицинским факультетом в его составе. В 1922 году на медицинском факультете Самарского государственного университета профессор Юрий Вениаминович Португалов впервые начал читать лекционный курс по психиатрии. В 1924 г. под его руководством была сформирована кафедра психиатрии; сотрудники кафедры занимались изучением психического здоровья школьников и проблемами олигофрении.

Научное общество невропатологов и психиатров начало свою работу в 20-е годы XX века. Первым его председателем являлся профессор А.А.Корнилов. Считалось почетным быть членом общества, однако выдвигалось условие подготовить доклад и клиническую демонстрацию либо представить к обсуждению свои научные труды. Заседания общества вызывали необычайный интерес, присутствовало большое количество вольных слушателей. Например, обсуждалась статья Ю.В.Португалова «Психология людоедов», посвященная анализу поведения населения во время голода 20-х годов. Под руководством Португалова для врачей и студентов был инсценирован судебный процесс по делу об убийстве в состоянии аффекта, причем обвиняемым выступало подлинное лицо. Официально организация общества невропатологов и психиатров состоялась в 1932 год.

Коллектив кафедры психиатрии всегда принимал активную роль в жизни и развитии психиатрического сообщества. По инициативе профессора Н.М.Кроля была создана одна из немногих в стране институтская клиника психиатрии, на базе которой начали проводиться регулярные заседания общества. В годы Великой Отечественной войны коллектив кафедры и клиники психиатрии проводил большую работу по оказанию медицинской помощи раненым и больным солдатам и офицерам Красной армии. Сотрудники кафедры продолжали исследования психических нарушений при экстрацеребральных ранениях и психозах вынужденного бодрствования. С 1951 по 1954 годы кафедрой возглавлял уче-

ник И.П.Павлова профессор В.К.Федоров, который привнес в научные исследования кафедры огромный опыт и знания физиолога-экспериментатора. В течение последующих лет кафедрой психиатрии заведовал профессор Л.Л.Рохлин, который расширил клинику психиатрии, создал рентгенологическую и электроэнцефалографическую лаборатории.

В период с 1958 по 1971 гг. кафедру возглавлял один из известных психиатров страны профессор Петр Фаддеевич Малкин. Научные исследования коллектива были сосредоточены на изучении соматических основ психических заболеваний. «Куйбышевский» период его работы оказался очень плодотворным, было выполнено 2 докторских, 10 кандидатских диссертаций, издано 3 монографии, более 20 сборников научных трудов. Клиника психиатрии стала базой фармакологического комитета СССР по испытанию новых лекарственных препаратов. С середины 70-х годов под руководством заведующего кафедрой профессора В.Ф. Десятникова коллективом кафедры психиатрии Куйбышевского медицинского института (в настоящее время – Самарский государственный медицинский университет) была начата разработка нового научного направления – исследования патогенетических и клинических аспектов соматизированных эндогенных депрессий, новых способов терапии. В 1979 году заведующим кафедрой был избран профессор В.С.Чудновский, который привнес в научную тематику кафедры исследование расстройств самосознания при психических заболеваниях. В дальнейшем, по инициативе заведующего кафедрой профессора В.А.Мадорского, впервые в истории медицинских вузов страны был организован факультет медицинской психологии (1991). С 1994 г. по 2009 гг. кафедрой заведовал профессор Геннадий Николаевич Носачев. Под его руководством были продолжены исследования дифференциальной диагностики, патогенеза и терапии аффективных расстройств, разрабатывались вопросы методологии психотерапии и патопсихологической диагностики. С 2009 года заведующим кафедрой избран доцент Дмитрий Валентинович Романов. Научное направление кафедры дополнилось новой тематикой - изучением клиники и терапии расстройств личности. За последние десять лет сотрудниками кафедры защищено 5 кандидатских диссертаций, изданы 2 монографии и 25 учебных пособия, опубликовано более 300 научных статей.

Следует отметить вклад, который внес в развитие самарской психиатрии главный врач Самарской (Куйбышевской) психиатрической больницы Ян Абрамович Вулис. Я.А.Вулис, пользовавшийся заслуженным уважением со стороны врачей и пациентов, за годы выполнения обязанностей главного врача (1959-2001) добился существенного улучшения условий содержания больных, расширил и реконструировал больницу, организовал создание лечеб-

но-трудовых мастерских, способствовал созданию в области развитой системы оказания стационарной и амбулаторной психиатрической помощи. В 80-х годах на базу больницы была переведена кафедра психиатрии. Преемником на посту главного врача Самарской психиатрической больницы стал Михаил Соломонович Шейфер. В настоящее время Самарская психиатрическая больница представляет собой современный психиатрический стационар. На базе отделений больницы проводится внутривузовское и последиplomное обучение по психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии и клинической психологии.

С 1987 г. внебольничные психиатрические учреждения Самары были объединены в Самарский городской психоневрологический диспансер (главный врач – А.К.Богданов). Диспансер имеет 4 отделения и четыре дневных стационара с общим количеством мест – 490. По обеспеченности местами в дневных стационарах город Самара находится на третьем месте в России.

К концу 80-х годов XX века Куйбышевское общество невропатологов и психиатров насчитывало более 200 членов, из них 80 психиатров и 20 наркологов. Последним председателем объединенного общества был известный невролог и нейрохирург, основатель Самарской школы эпилептологов профессор Л.Н.Нестеров. Самарская областная психиатрическая ассоциация была образована в 1996 году, председателем Ассоциации являлся профессор Г.Н.Носачев. В настоящее время руководство Ассоциацией осуществляет доцент Д.В.Романов. На 2012 год Ассоциация насчитывала 70 членов, ведется активная деятельность, преимущественно в области проведения научных и научно-практических конференций, поддержки программ непрерывного врачебного образования, работы со средствами массовой информации и общественностью. Восстановлена практика проведения совместных заседаний с Самарским обществом неврологов и нейрохирургов (председатель – профессор И.Е.Повереннова). С 2012 года Самарская областная психиатрическая Ассоциация получила статус регионального отделения Российского общества психиатров.

МНОГОУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Семенова Н.В.

Санкт-Петербург, НИПНИ им. В.М. Бехтерева

В связи с происходящим в последние годы реформированием отечественного здравоохранения традиционные разделы психиатрической службы подвергаются значительным изменениям. Психиатрическая служба осуществляет переход от

преимущественно медицинской к биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи, развивая полипрофессиональный (бригадный) подход к ее оказанию, различные формы психосоциальной терапии и реабилитации, интеграцию с первичной медицинской сетью. В этой связи актуальным является разработка модели, направленной на внедрение современных принципов оказания психиатрической помощи городскому и сельскому населению. Предлагаемая модель состоит из пяти уровней, каждый из которых соответствует определенному этапу приближения к психиатрической помощи.

Уровень 1. Общая профилактика психических расстройств. Этот уровень представлен общей популяцией населения без психических расстройств и без специфических факторов риска их развития. Мероприятия, способствующие укреплению здоровья, должны быть нацелены на сохранение большинства населения на этом уровне, на предотвращение развития или на задержку начала психических расстройств, с использованием методов общей или первичной профилактики: формирование здорового образа жизни, психогигиена, общественная профилактика психических расстройств. Медицинские учреждения, оказывающие помощь населению на этом уровне: центры здоровья, первичная медицинская сеть, офисы врачей общей практики (семейных врачей).

Уровень 2. Пациенты с факторами риска развития психических расстройств: избирательная профилактика. На этом уровне у индивидов высока вероятность развития психического расстройства, обусловленного наличием факторов риска. Это гетерогенная группа, в которую входят лица с соматическими заболеваниями, с высокой частотой коморбидными с психическими расстройствами, с психосоматическими расстройствами, нарушениями в когнитивной сфере, лица с острыми соматическими заболеваниями и другими факторами риска развития делирия; а также индивиды, злоупотребляющие алкоголем или другими психоактивными веществами, с рекуррентным расстройством настроения или с психозом в анамнезе, но в данный момент без каких-либо симптомов. В эту же группу могут быть включены лица, подлежащие обязательной диспансеризации в соответствии с действующими нормативными актами и лица, перенесшие состояние острого стресса в недавнем времени (утрата близких, потеря работы, угроза жизни и т.п.).

Такие пациенты обычно обращаются за помощью к врачам-терапевтам или неврологам (260–315 человек на 1000 населения в год). Именуемые у этих пациентов расстройства часто не распознаются общепрактикующими врачами, и больные остаются без соответствующей помощи.

Мероприятия, осуществляемые на этом уровне (психофармакотерапия, психотерапия,

вторичная профилактика), предполагают наличие у врачей общей практики определенного уровня психиатрических знаний и навыков распознавания психической патологии, а также разработанных стандартов лечебной помощи этим категориям пациентов, включающим рекомендации по психотерапии и психофармакотерапии. Совершенствование подготовки врачей первичной медицинской сети в области диагностики и лечения психических расстройств может способствовать повышению доступности психиатрической помощи за счет получения качественной помощи в «альтернативном» (не-психиатрическом) медицинском учреждении. Медицинские учреждения, где оказывается помощь данного уровня: первичная медицинская сеть, офисы врачей общей практики (семейных врачей), психиатрические и психотерапевтические кабинеты в территориальных поликлиниках, мультидисциплинарные бригады на базе поликлиник и ЦРБ.

Уровень 3. Начальные (легкие) психические расстройства. Третий уровень отражает ту часть популяции, у которой будут зафиксированы психические симптомы, продолжающиеся по меньшей мере одну неделю в течение календарного года (185–230 человек на 1000 населения в год). Эти симптомы, как правило, носят непсихотический характер и не ограничивают жизнедеятельность человека. Особо следует отметить, что чаще иных групп населения посещают врачей общей практики с подобными жалобами пожилые люди.

Мероприятия, проводимые на этом уровне: психофармакотерапия, психотерапия, вторичная профилактика. Медицинские учреждения, оказывающие помощь: первичная медицинская сеть, офисы врачей общей практики (семейных врачей), психиатрические и психотерапевтические кабинеты в территориальных поликлиниках, мультидисциплинарные бригады на базе поликлиник и ЦРБ.

Уровень 4. Умеренно выраженные психические расстройства. Этот уровень включает тех пациентов, которым врач общей практики поставит диагноз психического расстройства (50–170 человек на 1000 населения в год) и назначит лечение психотропными средствами. Часть этой подгруппы будет направлена к специалистам в сфере психического здоровья в продолжение года (30–33 человека на 1000 населения в год), а часть обратится в учреждения специализированной психиатрической службы самостоятельно. Этому уровню соответствуют пациенты, которые получают консультативно-лечебную помощь в специализированных амбулаторных или внебольничных психиатрических учреждениях.

Такие больные нуждаются в специальных мероприятиях (в первую очередь, психофармакотерапевтических, а также им необходимы психотерапия, психосоциальная реабилитация,

трудотерапия, вторичная и третичная профилактика), которые в основном должны осуществляться по месту жительства в рамках учреждений специализированной психиатрической помощи (ПНД, дневные и ночные стационары, психотерапевтические центры).

Уровень 5. Тяжелые и осложненные психические расстройства. Пятый уровень отражает тех пациентов, которые получают специализированную психиатрическую помощь (12–14 человек на 1000 населения в год) в учреждениях психиатрической службы (психоневрологических диспансерах и кабинетах, дневных и ночных стационарах, психиатрических больницах и т.п.).

Эти пациенты нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении специализированной психиатрической службой, а при обострении состояния – лечении в специализированных психиатрических стационарах. Помимо чисто медицинских вмешательств (биологических, психофармакологических, психотерапевтических и психокоррекционных), таким больным требуются психосоциальная реабилитация, социально-психологическое сопровождение, третичная профилактика. Для осуществления этих мероприятий необходимы, помимо медицинского наблюдения, значительные усилия служб социально-психологической помощи и социального сопровождения, поскольку из-за выраженности болезненной симптоматики пациенты не способны к самостоятельному социальному функционированию. Этому уровню соответствуют также такие медико-социальные учреждения и формы работы, как общежития для психически больных, «жилье с поддержкой», психоневрологические интернаты.

Представленная многоуровневая модель организации психиатрической помощи составляет основу для комплексного планирования. Она позволяет оптимизировать нагрузку специализированной психиатрической службы за счет делегирования некоторых функций по психопрофилактике, выявлению групп населения с повышенным риском развития психических расстройств и расстройств поведения учреждениям, оказывающим населению первичную медицинскую помощь. Модель охватывает профилактику психических расстройств на уровне всей популяции населения и оказание помощи в учреждениях специализированного типа при наиболее тяжелых расстройствах, а также предусматривает постепенное наращивание интенсивности психиатрической помощи в соответствии с тяжестью расстройств.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Соболева Е.В., Хрящёв А.В., Андреев М.К.

Астрахань, ГБУЗ АО «Астраханская областная психиатрическая больница»

В 2012 г. в организации психиатрической службы в Астраханской области произошли существенные изменения: районные сельские врачи-психиатры были переданы в штат единственного в субъекте специализированного психиатрического учреждения - ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» (ГБУЗ АО «ОКПБ»). В связи с этим в структуре отдела амбулаторно-поликлинической помощи (ОАПП) учреждения было сформировано 3 диспансерных отделения: № 1 - городская участковая психиатрическая служба (более 500,0 тыс. населения), № 2 - районная сельская участковая психиатрическая служба (около 500,0 тыс. населения) и № 3 - медико-социально-психологической помощи. Следует отметить, что кабинеты сельских участковых врачей-психиатров расположены на расстоянии от 10 до 300 км от ГБУЗ АО «ОКПБ».

Процесс реформирования амбулаторной службы проходил планомерно и не вызвал перебоев в оказании психиатрической помощи на местах. Это произошло благодаря многолетней практике использования в области единой электронной базы данных больных, страдающих психическими и поведенческими расстройствами. Кроме того с 2007 г. в отделе амбулаторно-поликлинической помощи успешно функционирует локальная вычислительная сеть (ЛВС), в которую на сегодняшний день включены 42 рабочих места, из которых 17 установлены непосредственно в кабинетах участковых сельских врачей-психиатров. Помимо возможности ведения электронной истории болезни (в соответствии с ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. и ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни») у врачей имеется 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 (МТерм/NT 1.99а). Одновременно в рамках реализации программы модернизации в Астраханской области была создана закрытая ЛВС учреждений здравоохранения региона, благодаря которой все ЦРБ получили возможность взаимодействия с головными профильными областными учреждениями. Таким образом, было фактически создано единое информационное пространство психиатрической службы области.

Не секрет, что одним из существенных недостатков в организации качественной амбулаторной специализированной психиатрической помощи в сельской местности является удаленность областных специалистов, а учитывая относительно небольшую численность населения в районах Астраханской области (в основном от 20,0 до 80,0 тыс. чел.) зачастую невозможность проведения экспертной работы. Кроме того, зачастую страдает преемственность между стационарным и амбулаторным звеном психиатрической помощи.

Созданная в 2013 г. в Астраханской области инфраструктура психиатрической службы позволила решить эти проблемы. Самым существенным шагом вперед стала проведение консультации наиболее сложных пациентов областными специалистами в режиме on-line. Другими словами, удалось проводить заседания врачебных и клинико-экспертных комиссий в масштабе реального времени. Вопросы постановки (снятия) пациентов на диспансерное наблюдение (в том числе, активное диспансерное наблюдение), диагностики и лечения в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, экстренной госпитализации в стационар стали решаться в максимально короткие сроки. Единственной проблемой в этой работе остается необходимость обмена документами в бумажном виде с подписями специалистов и печатями учреждений. Техническое решение этого вопроса не представляет сложностей, но есть ещё и юридическая его составляющая.

Большое значение использование on-line режима имело для 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. Улучшилась работа по обслуживанию федеральных и региональных льготников, проживающих в сельской местности, что в предыдущие годы было существенной проблемой из-за случаев массового отказа от получения ЛС сельскими пациентами из-за сложностей в организации доставки и учета.

Таким образом, инфраструктурные преобразования и использование информационно-телекоммуникационных технологий позволили 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. Созданная в регионе инфра-

структура позволяет использовать Астраханскую область в качестве своеобразного «полигона» для внедрения новейших информационно-коммуникационных технологий.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Солохина Т.А.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Системно-ориентированная модель реабилитации должна обеспечивать эффективную и реализуемую в современных социально-экономических условиях психосоциальную и психотерапевтическую помощь всем участникам процесса ее оказания – пациентам, их родственникам, специалистам психиатрических учреждений.

Цель исследования – изучение в рамках системной модели совокупности значимых для реабилитации всех ее участников внутренних (клинических, личностных) и внешних (средовых) факторов, определение на этой основе специфических мишеней реабилитационного воздействия, разработка актуальных форм помощи.

Материал и методы. 320 больных шизофренией, 100 родственников пациентов, 45 психиатров и 257 медицинских сестер, работающих в психиатрическом стационаре. Использовали батарею тестов, которые включали клинические (CGI-S, CGI-I, PANSS, SCL-90 и др.) и социально-психологические методики (CAN, SAS, IP, копинг-стратегии и др.), специфические для каждой группы участников исследования.

Результаты. Определены клинические и социально-психологические характеристики, значимые для психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации больных шизофренией; проанализированы социально-психологические особенности родственников пациентов; выявлены социально-психологические последствия труда психиатров и медицинских сестер в психиатрической больнице; проанализированы значимые средовые факторы для реабилитации всех изученных континентов. На основании полученных данных определены мишени реабилитационного воздействия: у пациентов – личностные аномалии, самостигматизация, стрессоустойчивость, комплаенс, навыки общения, неудовлетворенные потребности; у родственников пациентов – деструктивные семейные отношения, стиль жизни, психологическая дезадаптация, стигматизация, приверженность лечению; мишени реабилитационного воздействия у персонала – стрессоустойчивость, эмоциональное состояние, компетентность в профессиональном межличностном общении и проч. Разработаны и внедрены пси-

хосоциальные вмешательства и формы помощи с учетом указанных мишеней: для пациентов – программа психиатрического просвещения, коммуникативный тренинг, тренинги по развитию навыков решения проблем, независимой жизни и проч., реабилитационный центр на базе психиатрической больницы и клуб в сообществе; для родственников пациентов – комплекс семейных вмешательств, включающих программу психиатрического просвещения, тренинги навыков, индивидуальное и семейное психологическое консультирование, групп-аналитическую психотерапию; для специалистов психиатрических учреждений – тренинги по повышению стрессоустойчивости, снижению профессионального бремени, управлению эмоциональным состоянием, балинтовская группа, групп-аналитическая супервизия. Проведена оценка эффективности указанных видов психосоциального лечения и предлагаемых форм помощи. По результатам исследований изданы методические рекомендации «Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией», «Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных», «Организация психологической помощи специалистам психиатрических учреждений».

Выводы. Результаты проведенных исследований имеют клинический, социальный и экономический эффект. Разработанные виды психосоциальных вмешательств и предлагаемые формы помощи могут быть использованы для внедрения системно-ориентированной модели психосоциальной реабилитации, они могут способствовать развитию общественно-ориентированной психиатрии.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Сучков Ю.А., Масланова Т.В., Расторгуева Н.И.,
Сизова И.С., Сорокина В.И.**

*Нижегород, ГБУЗ НО «Клиническая психиатрическая
больница № 1 г. Н. Новгорода»*

Первыми шагами развития современной психосоциальной реабилитации в ГБУЗ НО «Клиническая психиатрическая больница №1 г. Н. Новгорода» явились концептуальные и структурные изменения психиатрической службы. Уход от сугубо стационарной, «изоляционной» модели привел к развитию внестационарных форм психиатрической помощи. Введение в штат профессионалов немедицинских специальностей (психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников), обучение психиатров, психотерапевтов способствовали развитию полипрофессионального обслуживания пациентов. Постепенно сформировалась многоэтапная лечебно-реабилитационная система с диффе-

ренцированным подходом к различным категориям пациентов. Цель психосоциальной реабилитации – предоставить возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе. (ВОЗ, 2001 г.).

В соответствии с современными тенденциями развития психиатрической помощи в период 1990-2005 гг. в больнице проводилось сокращение круглосуточного коечного фонда с 425 коек в 1990 г. до 200 коек в 2005 г. За тот же период времени количество мест в дневных отделениях увеличилось с 50 мест в 1990 г. до 200 мест в 2005 г.; организовано амбулаторное психотерапевтическое отделение с кабинетами в общесоматических поликлиник и «Телефон Доверия».

Больница обслуживает население 370 тыс. населения. В настоящее время 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).

Обеспеченность круглосуточными койками составляет 5,5 на 10 тыс. населения. Обеспеченность местами дневного стационара - 5,5 на 10. тыс. населения.

За период реструктуризации вдвое сократилось число госпитализаций в стационар. На сегодняшний день, большинство пациентов получает помощь в амбулаторных условиях или в отделениях дневного пребывания.

Внестационарное обслуживание пациентов способствовало развитию новых форм психосоциальной терапии и становлению системы психосоциальной реабилитации:

Концепция – развитие общественно-ориентированной психиатрии;

Цель – максимально адаптировать пациента к независимому проживанию в сообществе, снизить уровень стигматизации;

Методы – полипрофессиональный подход с учетом биопсихосоциальной модели психических расстройств, с предпочтительным лечением во внестационарных условиях.

Комплексная лечебно-реабилитационная помощь оказывается на всех этапах (диспансер – отделения дневного пребывания – стационар) с соблюдением преемственности и включает: фармакотерапию, различные формы психосоциальной терапии и реабилитации и зависит от тяжести психических расстройств и социально-психологических факторов.

В процессе развития лечебно-реабилитационной работы выявилась необходимость дифференцированного подхода к различным группам пациентов. С этой целью в больнице разработаны программы ведения пациентов с первым психотическим эпизодом, хронической шизофренией, аффективными расстройствами, органическими расстройствами, деменциями, невротическими и связанными со стрессом расстройствами. Выделяются категория пациентов с частыми госпитализациями, категория пациентов склонных к социально опасным действиям, категория недееспособных (опекаемых). В амбулаторном звене организованы кабинеты ППЭ и АДН.

Врач-психиатр кабинета первого психотического эпизода (ППЭ) координирует ведение пациентов данной категории на всех этапах лечения: консультирует пациента на амбулаторном этапе при первичном обращении; принимает решение о направлении в клинику первого психотического эпизода (медико-реабилитационное отделение) или, в крайнем случае, стационар; осматривает пациента при выписке и осуществляет дальнейшее динамическое наблюдение в амбулаторных условиях. При этом, совместно с врачом-психиатром кабинета ППЭ работают психотерапевт, психолог и специалист по социальной работе, которые проводят индивидуальное консультирование, семейную терапию, групповые занятия и тренинги.

Кабинет активного диспансерного наблюдения создан для курации пациентов, склонных к совершению общественно опасных действий. Врач-психиатр кабинета АДН ежемесячно осматривает пациентов, при необходимости госпитализирует пациента в стационар или направляет его на лечение в отделение дневного пребывания, ведет переписку с правоохранительными и судебными органами, участвует в судебных заседаниях.

Несмотря на системную реабилитационную помощь, пациенты оставались «внутри стен» учреждения. Психиатрическая, психологическая или социальная поддержка оказывалась специалистами больницы. При снижении уровня госпитализаций в круглосуточный стационар увеличивалась повторность поступлений в дневные стационары и длительность пребывания в них. Влияние стигмы психически больного остается огромным. За пределами психиатрического учреждения пациенты по-прежнему не могут получить должной помощи и поддержки.

Решать данную проблему помогает социальная служба больницы во взаимодействии с активно работающей общественной организацией – региональным отделением ОООИ «Новые Возможности». Развивается клубная работа. Регулярно проводятся мероприятия по налаживанию взаимодействия с социальными, общественными, образовательными и государственными организациями

и СМИ. Сотрудники больницы являются постоянными участниками межведомственных круглых столов и конференций, посвященных проблемам реабилитации.

Можно говорить о том, что психосоциальная работа приобретает новое качество, когда этапы реабилитации только в психиатрическом учреждении сменяются этапом деятельности и взаимопомощи с опорой на сообщество вне стен больницы.

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В Г. КРАСНОДАРЕ

Шапошников Н.Н.

*Краснодар, ГБУЗ «Специализированная психиатрическая
больница № 7», Министерства Здравоохранения
Краснодарского края*

Социальная защита инвалидов объявлена одним из приоритетов государственной политики. Однако решение многих вопросов, связанных с реабилитацией инвалидов идёт очень медленно, поскольку этот сложный процесс требует не только серьёзных экономических затрат, но и формирования во всех сферах жизни понимания важности этой проблемы.

В комплексе реабилитационных мероприятий важное место занимает рациональное трудоустройство инвалидов. По мнению ряда авторов трети инвалидов по психическому заболеванию требуется помощь в социально-бытовой сфере, примерно половине в рациональном трудоустройстве. Однако потребности в реабилитации инвалидов удовлетворяются далеко не полно.

Целью нашего исследования был анализ сложившегося положения с трудовой реабилитацией инвалидов вследствие психических расстройств в г. Краснодаре, численность населения которого приближается к миллиону. Контингент инвалидов вследствие психических расстройств (без инвалидов с детства) составил в 2012 году 6470 человек. За пять лет (2008-2012гг) контингент инвалидов вырос на 7,5%, (за счёт инвалидов первой и третьей групп, число которых выросло примерно одинаково на 38%, а число инвалидов второй группы практически не изменилось). За этот период число инвалидов трудоспособного возраста увеличилось на 4,9%. Доля работающих инвалидов трудоспособного возраста все эти годы была близка к 33%. Понятно, что этот показатель зависит от состава инвалидов по группам инвалидности. Так, в 2012 году не было трудоустроено 4,6% инвалидов третьей группы и 26,6% второй.

Большинство инвалидов работает на «объектах» производствах (95,1%). В городе функционирует один специализированный цех по трудовой реабилитации инвалидов вследствие психических

расстройств на фабрике картонажных изделий на 30 рабочих мест и специализированные участки лечебно-трудовых мастерских (Автономной некоммерческой организации «Центр социально-трудовой реабилитации») на 37 рабочих мест. Кроме того, в специализированных цехах двух крупных предприятий города трудоустроено 30 инвалидов. Исследование возможности трудоспособности инвалидов третьей группы показало, что практически все потенциально трудоспособные инвалиды этой группы работают. Путём опроса врачей психиатров диспансерного отделения городской психиатрической больницы и экспертного изучения медицинской документации установлено, что значительная часть неработающих инвалидов второй группы могли бы работать в специализированных цехах (38,9%). Однако увеличение количества рабочих мест в таких цехах трудная задача, которая в течение ряда лет не находит решения. Роль таких учреждений чрезвычайно важна, так как здесь инвалиды не только работают под постоянным наблюдением специально обученного персонала, но и готовятся к последующей деятельности на «общих» производствах.

Анализ сложившейся ситуации в трудоустройстве инвалидов, изучение сотрудниками больницы и органов социальной защиты населения возможностей предприятий города в обеспечении условий для работы инвалидов стал основой комплексного плана мероприятий администрации г. Краснодара по психосоциальной реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗА НЕЦЕЛЕВОЕ И НЕЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ: ПРОБЛЕМЫ, ПОИСКИ, РЕШЕНИЯ

Шевченко Л.С.

*Москва, ФГБУ «Научный центр
психического здоровья» РАМН*

В связи с изменением правового статуса психиатрических учреждений (казенное или бюджетное учреждение) усиливается ответственность их руководителей за нецелевое и неэффективное использование бюджетных средств. Однако доказательная база совершения этих действий в одних законодательных документах размыта, а в других - вообще отсутствует.

Цель исследования – проанализировать соответствующую нормативную и законодательную базу, установить возможность ее реализации при проверках финансово-хозяйственной деятельности психиатрических учреждений, наметить пути решения возникающих проблем.

Методы – аналитический.

Результаты. Если определение и ответственность руководителей за нецелевое использование бюджетных средств закреплены в статье 289 Бюджетного Кодекса РФ (БК), в статье 15.14 Кодекса административных правонарушений РФ (КоАП), статье 144 Уголовного Кодекса РФ (УК), то четкое понятие неэффективного использования средств и ответственность за это руководителей учреждений в соответствующих документах отсутствует. В статье 34 БК устанавливается лишь принцип результативности и эффективности использования бюджетных средств, который означает достижение результата с наименьшим объемом средств или достижение наилучшего результата с использованием заданного объема средств. В этой формулировке установление факта неэффективного использования бюджетных ресурсов не представляет трудности у проверяющих органов и, напротив, создает их у руководителей учреждений при доказательстве правомерности совершенных действий. Выявление фактов неэффективного использования бюджетных средств может проводиться ревизорами и аудиторами необъективно, зависеть лишь от их практического опыта и не соответствовать истинным намерениям руководителей учреждений.

Выводы. По нашему мнению, для установления ответственности руководителей за неэффективное использование средств, прежде всего, следует на законодательном уровне установить понятие «неэффективное использование бюджетных средств» и ответственность за это руководителей учреждений, а также разработать ведомственную методику оценки эффективности использования бюджетных ресурсов.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Ястребов В.С.

Москва, НИЦПЗ РАМН

Цель исследования: повышение эффективности стационарной психиатрической помощи.

Материал и методы: Использованы данные официальной психиатрической статистики страны, отдельных регионов, аналитический метод, методы экспертных и прогностических оценок.

Результаты и их обсуждение. Недостатки медленной реструктуризации в здравоохранении аудиторы Счетной палаты РФ связывают с неэффективной деятельностью стационарной специализированной медицинской помощи. По нашим расчетам, стоимость стационарной психиатрической помощи на 01.01.2010 г. составила 52,0 млрд. рубл. - 88,1% от объема финансирования психиатрической службы. Не смотря на увеличение стоимос-

ти стационарной психиатрической помощи с 2005 по 2009 гг. в 2 раза, ее финансирование не увеличилось, напротив, в большинстве случаев речь шла о двойном недофинансировании здравоохранения и, как следствие, психиатрической службы и ее стационаров. Важными являются и вопросы оценки деятельности психиатрических стационаров в аспекте их структурной и локальной эффективности. В общей структуре финансирования психиатрической службы удельный вес соотношения стационарного и внебольничного ее звена составляет 90:10%%, в то время как соотношение их контингентов является обратно пропорциональным. В здравоохранении оптимальным это соотношение считается 45:55%% (к 2018 г. для стационарной службы этот показатель должен составить 50,3 %). С 2005 по 2009 гг. число больничных учреждений общесоматической сети сократилось на 33,7%, а количество высокочатратных больничных коек на 8,3 %, в то время как в психиатрии за этот же период число психиатрических стационаров уменьшилось на 11,4% (в основном, за счет стационаров ПНД), а число психиатрических коек в них - на 5%. Примечательно, что сокращение коек не сопровождается равноценным ростом альтернативных видов внебольничной помощи. Приведенные данные свидетельствуют о низкой структурной эффективности психиатрической службы. Важным внутренним резервом для реструктуризации психиатрической службы является повышение эффективности использования ее коечного фонда. Анализ интегрированного показателя использования коечного фонда в психиатрии (оборота койки) в среднем по РФ за 2005-2009 гг. показывает, что он стабилизировался на уровне 5,2-5,3. При этом показатель работы койки в году приблизился к нормативному - 331-332 дня. С учетом этого фактора дальнейшее сокращение коечного фонда должно проводиться в режиме «ручного управления» лишь в отдельных субъектах РФ, в которых работа койки является ниже нормативной (гг. Москва, Санкт-Петербург, Смоленская обл. и др.). Другим значимым фактором, обеспечивающим эффективную работу койки, является снижение длительности пребывания больного в стационаре, которая остается высокой (63-64дня). Сокращение длительности пребывания больных в стационаре может быть проведено за счет снижения числа госпитализаций по т.н. социальным показаниям, развития стационарозамещающих форм помощи, повышения мотивации медперсонала к улучшению результатов своей работы и др. [1]. Важным в реализации этих преобразований является заинтересованность и повышение ответственности руководителей, что может быть осуществлено путем включения показателей использования койки в оценку результатов их деятельности. Отдельный интерес представляет анализ соотношения ресурсной обеспеченности стационарной службы и эффективности оказываемой

ей помощи. Прогностические оценки, полученные на основе многофакторных моделей влияния медико-демографических и социально-экономических факторов на показатели психического здоровья населения [2], установили, что основной вклад в уровень заболеваемости вносит фактор численности занятых должностей специалистов. В 2010 г. наблюдалось более резкое уменьшение занятых должностей специалистов - на 7,3% по сравнению с 2005 г. За этот период отмечена явная тенденция уменьшения числа коек и численности стационарных больных. При этом показатель средней длительности пребывания больных в стационаре имел неравномерную динамику. Согласно другой многофакторной модели оценки показателя средней длительности госпитализации (Дг) [3], уменьшение величины этого показателя объясняется в основном за счет сдвига структуры психических расстройств в сторону непсихотических расстройств (с 43,8% в 1992 г. до 51,5% в 2011 г.), что совпадало с показателями психиатрической статистики (около 40 дней). Известно, что показатели длительности госпитализации зависят не только от диагностической структуры психической патологии, возраста и тяжести состояния пациентов, но и от ресурсной обеспеченности службы и эффективности ее использования. Согласно утвержденным в 2001 г. нормативным материалам Программы федеральных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, величина нормативной длительности госпитализации для психически больных (ДГн) в регионе с возрастной структурой населения взрослых -78% и детей -22%, должна составлять 54 дня. В условиях депопуляции и старения населения России, этот показатель требует корректировки. Проведение сравнительной оценки значений Дг и Дгн выявило, что наибольшие расхождения значений этих показателей приходятся на кризисные периоды социально-экономической ситуации в России (дефолт конца 90-х годов, предкризисные годы, финансовый кризис 2008 г.) - полученные данные демонстрируют периоды дисбаланса между ресурсными данными психиатрических стационаров и реальными показателями деятельности и, вместе с тем, они свидетельствуют о несовершенстве методики расчета значений Дгн и соответствующем недостатке обеспечения должной нормативной базой стационарной службы. В связи с этим, в дополнение к существующим, нами предложен дополнительный показатель - относительная средняя продолжительность госпитализации больного в психиатрическом стационаре (ОДг), использование которого позволяет повысить эффективность моделей для оценки значений длительности госпитализаций, а также через нормативную величину длительности госпитализации учитывать материальные ресурсы психиатрической помощи и возрастную структуру населения.

Заключение. Ресурсы стационарного звена психиатрической помощи занимают значительное место в общей её системе, однако используются они не достаточно эффективно. Более низкие темпы реструктуризации в психиатрической службе, по сравнению с общеотраслевыми показателями, отсутствие эффекта от оптимизации коечного фонда указывают на низкую структурную эффективность психиатрической службы в целом. Для решения существующих проблем необходимо: наряду с оценкой клинической и социальной эффективности деятельности стационарной службы, введение экономических и финансовых механизмов регулирования деятельности психиатрических служб; ликвидация жесткой нормативной зависимости категориальной принадлежности психиатрических стационаров от числа коек в них; передача на места принятия решений в отношении структурных изменений в психиатрической службе; более активное развитие альтернативных форм помощи; более широкое развитие инфраструктуры внебольничных психиатрических служб для ресоциализации психически больных; совершенствование системы психиатрической статистики и отчетности, которая должна включать более объективные показатели эффективности психиатрических учреждений.

РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Ерошина О.С.

Тамбов, ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая
клиническая больница»

Анализируя судьбы пациентов, выписанных из стационара, мы приходим к выводу, что важнейшую роль в психосоциальной реабилитации больных с психическими заболеваниями вне стен лечебного учреждения играет семья.

Для врача родственники являются ценным источником информации о состоянии больного. Семья выполняет роль связующего звена между больным и системой оказания психиатрической помощи.

Важнейшей функцией близких является уход за больным человеком. Родственники должны знать и строго придерживаться в доме определенного порядка, правил и постоянных обязанностей для каждого члена семьи. Нужно постараться установить режим, соответствующий сохранению и развитию того потенциала возможностей больного, который был приобретен им за время пребывания в стационаре. Родственники должны помогать больным в привитии навыков личной гигиены, аккуратного одевания, регулярного и аккуратного приема пищи, а также в правильном приеме лекарственных препара-

тов, контроле побочных эффектов медикаментов. Со временем сам пациент пожелает и сможет выполнять несложные работы по дому (мытьё посуды, уборка квартиры, уход за цветами, за домашними животными и др.) и вне дома (покупки в магазине, посещение прачечной, химчистки и др.), что позволит укрепить его положение в семье и в обществе.

Участие семьи в программах психиатрического просвещения - еще один ее важный вклад в психосоциальную реабилитацию пациента - родственника. Знание основ психологии: определение внутреннего микроклимата, который включает личное пространство самого пациента, и внешнего – общение с ближайшим окружением дают родственникам возможность научить пациента жить в равновесии с самим собой и с окружающими.

Родственники должны действовать совместно, организованно: создавать группы поддержки и организации потребителей психиатрической помощи. Они помогают другим семьям, в жизнь которых вторглось психическое заболевание, советом, делятся собственным опытом решения проблем. Все это позволяет говорить о том, что родственники больных являются и учителями, и просветителями для других семей и даже профессионалов. Все вышеперечисленное поможет в борьбе со стигмой и дискриминацией не только пациента, но самой семьи, а также в совершенствовании законодательства в отношении психически больных людей и членов их семей.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Ястребов В.С., Солохина Т.А.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Цель – разработка методических и организационных основ комплексной психосоциальной помощи в стационаре пациентам разных возрастов и членам их семей. **Материал и методы.** Пациенты, страдающие шизофренией, пограничными психическими расстройствами, деменцией, болезнью Альцгеймера, дети и подростки с психической патологией, родственники пациентов. На первом этапе были изучены клинические и социально-психологические характеристики указанных контингентов. На втором – с учетом особенностей каждой группы пациентов, их родственников разработаны методические подходы проведения следующих видов вмешательств: психиатрического просвещения, тренингов общения, независимой жизни, когнитивных навыков, арттерапии, групп-аналитической психотерапии, танцевально-двигательной терапии. Третий этап был посвящен освоению профессиона-

лами этих видов помощи, их внедрению в практику, оценке качества и эффективности психосоциального лечения. Всего в реабилитационной программе и исследовании по ее эффективности приняли участие более 160 пациентов, 47 пациентов составили контрольную группу, участвовали 100 родственников больных. Использовали батарею клинических (CGI-S, CGI-I, PANSS) и социально-психологических шкал и тестов (SAS, IP, шкалы осознания болезни, отношения к лекарственным препаратам, самооценки, опросники копинговых стратегий, удовлетворенности от участия в программе).

Результаты. Анализ полученных данных выявил достоверное улучшение ряда клинических и социально-психологических показателей в группах пациентов, участвующих в тренингах и программе психообразования по сравнению с контрольной группой. Получены значимые различия по шкалам CGI-S, CGI-I, PANSS, опросникам копинг-стратегий, оценке уровня знаний, ряду других тестов. Выявлена тенденция к улучшению социально-психологических характеристик членов семей пациентов после прохождения ими психообразовательных программ. Показана зависимость полученных результатов от клинических и социально-психологических характеристик участников.

Выводы. Необходимо дальнейшее проведение исследований в этой области, расширение спектра психосоциальных вмешательств, освоение профессионалами новых методов работы, внедрение их в практику.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ, ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И ПСИХОТЕРАПИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ (НА ПРИМЕРЕ ДЕПРЕССИЙ)

Дубицкая Е.А.

Самара, ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»

Риск развития расстройств депрессивного спектра по данным отечественных и зарубежных исследователей в течение жизни человека составляет 15-20% (Аведисова А.С., 2004; Изнак А.Ф., 2011; Wittchen U. et al., 2011). Минимум в 60% случаев наблюдаются повторные эпизоды депрессии, а в 30% случаев течение приобретает рецидивирующий или хронический характер (Мосолов С.Н. 2007; Краснов В.Н., 2007; Angst J. et al., 1997; Merikangas K. et al., 1994). К 2030 году депрессия угрожает стать основной болезнью, снижающей качество жизни жителей всех развитых стран, которая чаще связана с инвалидностью, чем некоторые хронические соматические заболевания (Brundtland G.H., 2000; Ormel J. et al., 2008). Этот факт создал в отечественной психиатрической помощи две основных организационных

тенденции: с одной стороны, передача части ранней диагностики и начала психофармакотерапии депрессий врачам общей медицины сети (Краснов В.Н., 2000-2012), а с другой – в случаях развития умеренных и тяжелых депрессивных эпизодов с рекуррентным течением - обеспечение и развитие полипрофессиональной (бригадной) амбулаторной помощи с использованием не только психофармакотерапии, но и с широким внедрением принципов и методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации (Гурович И.Я., 1979, 2007) в диспансере, в частности в дневном стационаре.

Проблемы социальной адаптации и особенностями когнитивно-перцептивного функционирования, стигматизации и самостигматизации депрессивных больных, поступающих в дневной стационар, указывают на необходимость проведения широкого круга психотерапевтических и психокоррекционных вмешательств, включая психообразование пациентов и родственников, наряду с психофармакотерапией и социальной поддержкой.

Цель исследования – разработка и обобщение результатов организованной системы психологических воздействий (психотерапия, психокоррекция) в комплексной работе с депрессивными пациентами, направленными на изменение определенных особенностей (свойств, процессов, состояний, черт личности, стигматизации и самостигматизации) психики, играющих важную роль в проявлении депрессивных состояний (эпизодов), в их влиянии на патогенез, снижающих вероятность рецидивов и обострений болезни, а также влияющих на инвалидизацию и социально-трудовую адаптацию пациентов.

Комплексная работа с депрессивными больными, включает в себя четыре основных блока:

1. Диагностический. Цель: установление контакта, клинко-психопатологическая диагностика (синдромальная и нозологическая) особенностей депрессивного развития личности, включая вопросы стигматизации и самостигматизации, выявление факторов риска депрессивного реагирования, анализ и обсуждение полученных диагностических результатов и обсуждение фармакотерапии. Клинико-психологическая диагностика, включая психологическое тестирование, тяжесть уровня депрессии каждого больного (по шкале А. Бека или Гамильтона). При необходимости - выявление особенности восприятия межличностных взаимодействий (комплекс проективных психодиагностических методик Д.Н. Хломова (1984)) и неадаптивные когнитивные стили личности (методик Дж. Струпа (1935), Дж. Кагана (1965) и Р. Гарднера (1959)). Перечисленные методы давали возможность составить общее представление о нарушении психосоциального функционирования каждого пациента, включая стигматизацию и возможную дискриминацию.

2. Мотивационный. Цель: знакомство пациентов с программой и правилами успешной фармакотерапии, присоединение психотерапии (психокоррекции), адаптации и реабилитации, побуждение желая взаимодействовать с членами полифункциональной бригады, снятие тревожности, повышение уверенности пациента в себе, формирование желая что-либо изменить в своей жизни.

Для эффективности проведения психотерапии необходимо наличие предварительной мотивации пациента на психотерапевтическую работу (информирование врачом пациента о целях, задачах психотерапии (коррекции) и т.п.). Заключение с пациентом терапевтического договора на участие в индивидуальной и групповой психообразовании и психотерапии (коррекции).

3. Психотерапевтический (коррекционный). Психотерапевтический (коррекционный) блок разделен на четыре уровня в порядке возрастания сложности решаемых задач и соответствующих им по терапевтическим возможностям методам групповой психотерапии. Цель: гармонизация личностного развития пациента, преодоление стигматизации и самостигматизации, переход от патологических и дискриминационных форм реагирования к нормативным, овладение оптимальными способами совладания и взаимодействия с миром и самим собой.

Уровень 1. Психообразование. Задачи: достижение пациентами более правильного представления о болезни, о фармако- и психотерапии, о психиатрии как науке, о нарушениях своего поведения, коррекция дезадаптивных установок по отношению к лечению, оптимизация отношений с врачом и другими членами лечебно-реабилитационной бригады. В первом уровне целесообразно привлечение ближайших родственников, с которыми проживают пациенты или которые являются для них неформальным лидером.

Уровень 2. Релаксационный тренинг. Задачи: функциональная тренировка поведения для повышения уверенности в себе, разрешение психоэмоциональных проблем в дневном стационаре, в семье и рабочем коллективе.

Уровень 3. Сказкотерапия. Задачи: эмоциональная стимуляция, активация общения, установление между пациентами эмоционально-насыщенных связей, расширение диапазона адекватных способов поведения в трудных ситуациях, разбор причин самостигматизации, выбор копинг-стратегии.

Уровень 4. Тренинг социально-перцептивной компетентности. Задачи: актуализация знаний о социально-перцептивных феноменах, осознание способов и путей адекватного восприятия и понимания себя и других людей, функциональная тренировка оптимальных способов эмоционально-личностного реагирования при межличностном взаимодействии в дневном стационаре, в семье и коллективе.

4. Блок оценки эффективности психокоррекционных воздействий. Цель: измерение результата воздействия психофармако- и психотерапии на депрессивный эпизод, психопатологического и психологического содержания и динамики депрессивных реакций, способствование появлению позитивных поведенческих реакций и переживаний, стабилизация позитивной самооценки, преодоление стигматизации и самостигматизации.

По окончании курса комплексной терапии должно проводиться повторное тестирование больных пато- и психометрическими методами, которые применялись до начала лечения, путем сопоставления результатов оцениваются изменения и общая эффективность проведенной работы. Также составляются рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

Удельный вес психотерапевтических методов, участвующих в индивидуальной реабилитационной программе больного, различен и определяется на совещаниях полипрофессиональной бригады специалистов с учётом чёткой синдромально-нозологической оценки и тяжести психического состояния, особенностях личностной дезадаптации и декомпенсации. В постоянный состав стационарной полипрофессиональной бригады входят: врач-психиатр, медицинский психолог и психотерапевт, к сожалению, специалист по социальной работе в штате отсутствует. Бригадная система организации помощи депрессивным больным является достаточно гибкой и динамичной, что позволяет практически для любого достаточно сохранного депрессивного больного определить индивидуальный оптимум его социального функционирования и провести адаптацию в рамках этого диапазона и последующей вторичной профилактики.

БОЛЬНЫЕ ШИЗОФРЕНИЕЙ - МАТЕРИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

Демешева Е.А.

*Москва, Филиал ГКВЗ Психиатрическая клиническая
больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ,
Психоневрологический диспансер № 5*

Цели исследования: изучить социально-демографические и клинические характеристики больных шизофренией, матерей несовершеннолетних детей.

Материалы и методы. На 1,5-ставочном участке ПНД Северного АО Москвы сплошным образом выделены и изучены 12 женщин-больных шизофренией, имеющих несовершеннолетних детей.

Результат и их обсуждение. Доля матерей составила 2,9% наблюдаемых на участке больных шизофренией. Средний возраст матерей 39,4±8,4 лет, у каждой 1,4±0,8 несовершеннолетних детей. Матери, имеющие неполное среднее, среднее образование

– 41,6%; высшее – 58,3%. Половина матерей замужем, в разводе – 16,7%, вдовы и одиночки по 16,7%. Служащие – 33,3%; рабочие – 16,7%; безработные – 16,7%; инвалиды по психическому заболеванию – 50%. Половина женщин работают по специальности, у трети неполный рабочий день. Уровень дохода на члена семьи 11,1±6,6 тысяч рублей, что вчетверо ниже среднедушевого дохода по Москве. Все женщины имели собственное жильё. Четверть женщин не могла правильно распределять семейный бюджет: тратили деньги на спиртное, имели долги по оплате коммунальных услуг. Большая часть (75%) женщин страдали параноидной шизофренией; длительность расстройства – 10,8±7,9 лет. Треть женщин злоупотребляют психоактивными веществами. Доля недобровольно госпитализированных пациенток за 2 года наблюдения составила 25%, среднее число госпитализаций – 1,2±1,2. Две пациентки провели в психиатрических стационарах более года. Меньшая часть (41,6%) больных соблюдала амбулаторный лекарственный режим: 16,7% избирательно принимали лишь бензодиазепины. У 41,6% женщин отмечены суицидальные мысли и намерения. 16,7% обследуемых совершили общественно опасные деяния (уклонение от уплаты алиментов на ребенка и незаконное хранение наркотических веществ). Эпизоды физической и вербальной агрессии в отношении детей совершила треть женщин. Доля лишенных родительских прав и передавших детей социальным службам составила 8,3%.

Выводы. Женщины, больные шизофренией, матери несовершеннолетних детей представляют относительно небольшую, но показательную группу пациентов с сочетанными клиническими и социальными проблемами, требующими разработки целевого биопсихосоциального подхода. Обращают внимание риск суицидального и агрессивного поведения больных на фоне уклонения от поддерживающего лечения и сочетанного злоупотребления психоактивными веществами и социальной несостоятельности.

ПСИХОДИАГНОСТИКА МОТИВАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ

Семенова Н.Д., Миняйчева М.В.

Москва, ФГБУ «Московский НИИ психиатрии»

Мотивация занимает ведущее место в структуре личности и является одним из ключевых понятий, используемых для объяснения движущих сил поведения и деятельности человека. У больных шизофренией вследствие сужения круга мотивов, разрыва их смыслообразующей и побудительной функций происходит формирование «аномальной

личности» (Коченов и Николаева 1978). Регуляция психической деятельности нарушается здесь в ее ключевом, потребностно-мотивационном компоненте (Поляков с соавт. 1991).

Процесс теоретического осмысления мотивационных явлений при шизофрении, а также мотивационных явлений как объекта психодиагностики еще далек от своего завершения. Оценить уровень актуальной мотивации пациента, а также эффективность психосоциальных вмешательств по данному параметру чрезвычайно сложно: валидность диагностики мотива складывается из валидности методики и валидности собственно диагностической ситуации.

Цель исследования. Разработать и апробировать комплекс методик психологической диагностики, позволяющий оценить мотивацию пациента в контексте психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, с учетом количественных и качественных ее характеристик.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проводится на базе ФГБУ «Московский НИИ психиатрии «Минздравсоцразвития, ГКПБ № 4 им. Ганнушкина г. Москвы и охватывает больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, задействованных в программах психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

Анализ литературы по психодиагностике мотивации при шизофрении, оценке эффективности психосоциальных воздействий при шизофрении, анализ соответствующих инструментов – был проведен нами с опорой на ‘Fitzpatrick’ критерии качества опросника: 1) уместность, 2) надежность, 3) валидность, 4) чувствительность, 5) точность, 6) интерпретируемость, 7) приемлемость и 8) осуществимость (Fitzpatrick et al., 1998).

Предварительные результаты и их обсуждение. Имеется целый ряд индикаторов, опосредующих процессов или критериев, с помощью которых выносятся суждения о качественных или количественных характеристиках мотивации здоровых лиц: «когнитивная репрезентация», «влияние мотивов на когнитивные оценки», «выявление зоны целей, релевантных мотиву», «избирательность внимания испытуемого к аспектам ситуации, релевантным мотивам», «настойчивость испытуемого при столкновении с преградой», «оценка эффективности выполнения деятельности», «наблюдение за поведением других и самонаблюдение», «монографический метод», «характер и интенсивность эмоциональных реакций, определяемых актуальной мотивацией» и др. В настоящее время нет удовлетворяющего инструмента для измерения внутренней мотивации при шизофрении. В исследованиях она оценивается либо как сумма релевантных элементов из шкалы качества жизни, либо по ряду качественных показателей (напр., «добровольность»,

«частота», «регулярность» посещения пациентами занятий по психосоциальной реабилитации и др.) (Nakagami et al. 2008, Medalia & Choi 2010).

Нами выделены индикаторы мотивации, могущие быть основой для формирования инструментария оценки эффективности психосоциальных воздействий при шизофрении по параметру «мотивация». Выделено 9 детерминантов мотивации – разделенных нами по сферам психической деятельности (эмоциональная, когнитивная, поведенческая). Ни один из предварительно отобранных нами инструментов пока не отвечает всецело всем критериям качества опросника по Fitzpatrick. Одним из наиболее подходящих инструментов может служить Опросник внутренней мотивации, Intrinsic Motivation Inventory for Schizophrenia Research (IMI-SR). Возможность использования данной шкалы в отечественной клинической практике и исследовательской деятельности нам представляется полезной.

Выводы. С помощью отдельных экспериментально-психологических методик можно описать изменения в мотивационно-волевой сфере на разных стадиях болезни в связи с теми или иными клиническими проявлениями, изучить мотивационные факторы, способствующие или препятствующие психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных. Выявлен набор индикаторов, с помощью которых можно судить о качественных и количественных характеристиках мотивации больных шизофренией в контексте психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ МОТИВИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ

Семёнова Н.Д.

Москва, ФГБУ «Московский НИИ психиатрии»

Сдвиг фокуса системы психиатрической помощи в направлении гесcovery или личностно-социального восстановления (Slade 2009), особое значение внебольничных форм терапии, сберегающе-превентивная реабилитация, позволяющая максимально приспособить больного к проживанию в открытом обществе (Гурович 2007), все это так или иначе отражает существенные изменения, происходящие в современной психиатрии.

Пациент получил возможность в большей мере определять свою жизнь, вместе с тем – пациент как никогда остро нуждается в своего рода «психотехнических орудиях», которые позволили бы ему стать действительно самостоятельным и приспособленным к проживанию в обществе. Такими орудия-

ми или «психотехническими средствами» пациента обеспечивают в ходе психосоциальной терапии и реабилитации. Эти средства пациент впоследствии может использовать для побудительного воздействия на самого себя в стремлении преодолеть последствия болезни, противостоять ослаблению и угасанию мотивации к социальному восстановлению, в своем «стремлении вернуться к полноценной жизни как главной и наиболее высокой реабилитационной цели» (Гурович 2007).

Результат любого психосоциального вмешательства опосредуется рядом психологических факторов, среди которых в качестве ключевого образования выдвигают мотивацию и ее производные (Medalia & Richardson 2005). Эффективность психосоциальной терапии стала оцениваться в терминах «мотивации к выздоровлению (recovery)» (Fiszdon et al. 2005). Мотивации отводят роль ключевого посредника между нейрокогницией и психосоциальным функционированием (Green et al. 2004).

Проблема оптимизации лечения в плане воздействия на мотивацию пациента выходит за рамки собственно психиатрической проблематики и связана с широким кругом психологических детерминант и механизмов.

Истожающиеся в результате болезни ресурсы личности (когнитивные, эмоциональные, поведенческие), дефицит мотивации, – все это может служить объектом разного рода воздействий. Собственно мотивирующие воздействия – от теоретических моделей до конкретных методик – еще требуют своей разработки.

Цель исследования. Разработка теоретико-методологических оснований мотивирующих вмешательств в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении.

Материал и методы исследования. Теоретико-методологический анализ концептуальных схем исследования мотивации при шизофрении, моделей мотивирующих вмешательств при шизофрении, анализ и систематизация имеющихся эмпирических исследований мотивации и мотивирующих вмешательств при шизофрении.

Результаты и их обсуждение. В формате группы и в индивидуальной работе с пациентом осуществляется мотивирование, складывающееся из побудительных воздействий на пациента (внешних или интериоризированных), а также мотивационных взаимодействий разного рода (эмоциональное заражение и увлечение, мотивационный диалог и др.). При этом мотивационные процессы пациента опосредствуют: «психотехнические средства» и терапевтическая среда. Используя психотехнические средства в целях воздействия на себя и значимых других, пациент выступает источником активности. Терапевтическая среда, в которой находится пациент (группа психосоциальной реабилитации,

отделение и т.п.), выступает в качестве побудительной системы, мотивирующей пациента. Показателем эффективности мотивационного воздействия (мотивирующей терапии) является возникновение у пациента новых (отличных от потребностных) устойчивых мотивационных образований и процессов побуждения. Выявлены и проанализированы основные ступени (стадии) развития мотивации пациента в ходе специально организованного мотивационного психосоциального вмешательства.

Выводы. Проведен теоретический анализ состояния проблемы мотивации и мотивирующих вмешательств при шизофрении, проанализированы и систематизированы имеющиеся эмпирические исследования мотивации и мотивирующих вмешательств при шизофрении. Сформулированы основные принципы, задачи и этапы мотивирующих вмешательств при шизофрении – с опорой на данные теоретико-методологического анализа и эмпирического исследования. Разработаны методологические основания интеграции методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации на предмет «мотивирующих» составляющих.

КОРРЕКЦИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОДХОД

Спикина А.А., Софронов А.Г.

Санкт Петербург, Северо-Западный Государственный
Медицинский Университет им. И.И. Мечникова

В настоящее время нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией является одной из важнейших медико-социальных проблем современной психиатрии. Медико-социальная значимость проблемы заключается в том, что среди больных шизофренией значительный удельный вес составляют лица трудоспособного возраста, а также достаточно высокий процент их инвалидизации.

Цель работы: изучение влияния нейрокогнитивных тренингов на высшие корковые функции у больных шизофренией, а также оценка их эффективности в комплексной терапии шизофрении.

Материал и методы. Для исследования были сформированы группы пациентов с диагнозом шизофрения параноидная, проходящими курс лечения в отделении реабилитации и в дневном стационаре ПНД №1. Все пациенты получали адекватную психофармакотерапию нейрорептиками 2 поколения. Пациенты основной группы (102 пациента) дополнительно участвовали в тренингах когнитивного дефицита. Пациенты, вошедшие в группу сравнения (48 пациентов) получали только психофармакотерапию.

Методы исследования: клинический (расширенноеклинико-психопатологическое интервью),

параклинический (психологическое исследование нейрокогнитивного дефицита с помощью батареи стандартных тестов, исследование социального функционирования больных – шкала PSP).

Результаты. В результате тренировки когнитивных процессов у больных шизофренией были получены показатели увеличения темпа деятельности, улучшения концентрации внимания, повышение адекватности мышления и объема долговременной памяти; были выявлены тенденции к увеличению объема оперативной кратковременной памяти. по данным обследования отмечается увеличение всех показателей (разница с контрольной группой составила от 3% до 26%), максимальное улучшение приходится на зрительную память и минимальное на функции внимания.

Вывод. Нейрокогнитивные тренинги показали себя как эффективный метод коррекции когнитивного дефицита. Включение данных занятий в реабилитационные программы способствует сокращению сроков нахождения пациентов на отделении и скорейшей интеграции в общество.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Ершов Е.Е.

Санкт-Петербург, Санкт-Петербургское ГБУЗ
«Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»

Одной из новых форм оказания помощи в рамках развития лечебно-реабилитационного направления в психиатрии стали отделения первого психотического эпизода (ОППЭ), получившие распространение уже более чем в 30 регионах РФ.

В Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П. П. Кащенко первое ОППЭ (женское) было открыто в 2006 г., второе (мужское) – в 2008 г. Зона их обслуживания включает южные районы города; общая коечная мощность составляет 80 коек. В отделения направляются пациенты, страдающие шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с давностью заболевания не более 5-ти лет и перенесших не более 3-х приступов болезни. Оказание помощи в ОППЭ строится по принципу полипрофессионального бригадного обслуживания (врач-психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, трудотерапевт) при сохранении лидерской функции за врачом психиатром. Используется принцип раннего присоединения психосоциальных вмешательств, сразу после купирования острых проявлений психоза – психообразование больных, тренинг когнитивных и социальных навыков, психообразование родственников, интегративная психотерапия групповая и индивидуальная.

Активно применяются низкоспецифичные методы психотерапии (музыкотерапия, культтерапия, ТДТ, арт-терапия).

Около 80% пациентов проходят все программы, многие их них – повторно; исключение составляют больные как с неблагоприятным течением заболевания (кататонно-гебефренная форма шизофрении и пропфшизофрения) так и, наоборот, пациенты с достаточно благоприятным прогнозом, когда задержка выписки может обусловить потерю работы, учебы и т.д. (в этих случаях программа разрабатывается индивидуально). С родственниками пациентов проводятся индивидуальные психообразовательные занятия, при выписке больных они получают необходимую методическую литературу. До 80-90% пациентов получают атипичные антипсихотики; широко используются нормотимики и антидепрессанты последних поколений.

За последние три года лечение в ОППЭ прошел 1231 пациент. В 60% удалось добиться качественных ремиссий (частота регоспитализаций - 8%). Сохраняют трудовую адаптацию, источники доходов после выписки свыше половины пациентов (52%). Изначально неблагоприятный прогноз заболевания определяется у 11% пациентов (случаи ранней инвалидизации и выраженной социальной дезадаптации). Проблемной является группа пациентов без грубых дефицитарных расстройств, но нетрудоустроенных в силу причин социального порядка и требующих продолжения реабилитационных мероприятий после выписки (37%).

Нерешенным вопросом остается организация преемственности в работе, поскольку до настоящего времени во внебольничном звене не открыты амбулаторные ОППЭ, что не позволяет в полной мере обеспечить непрерывность и последовательность лечебных и реабилитационных мероприятий.

ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

**Бабин С.М., Случевская С.Ф., Зотова А.В.,
Лиманкин О.В.**

*Санкт Петербург, ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Минздрава России, Санкт-Петербургская городская
психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко*

Начало преподавания психотерапии в Ленинградском государственном институте для усовершенствования врачей им. С.М. Кирова (ГИДУВе – СПб МАПО – СЗГМУ Университет им. И.И. Мечникова) относится к 1975 г., когда на кафедре терапии № 2 (зав. кафедрой профессор Губачев Ю.М.) был организован курс психотерапии (с 1975 г. по 1982 г.), которым руководил д.м.н., профессор Сергей Сергеевич Либих (1932-2007) – известный российский врач-психиатр, психотерапевт, сексолог. У истоков преподавания психотерапии вместе с С.С. Либихом стояла Нина Александровна Михайлова (1931–1996), доцент курса психотерапии и кафедры сексологии, к.м.н., врач-психиатр-психотерапевт.

В 1982 г. в Ленинградском ГИДУВе курс психотерапии был преобразован в самостоятельную кафедру. Её первым заведующим стал главный психотерапевт Министерства здравоохранения СССР и России, первый президент Российской Психотерапевтической Ассоциации (1994-2003), признанный лидер российской психотерапии д.м.н., профессор Борис Дмитриевич Карвасарский, который руководил кафедрой с 1982 по 1993 гг. Им и его учениками были сформированы основы современной системы оказания психотерапевтической помощи в нашей стране.

В последующие годы кафедрой руководили д.м.н., профессора Виктор Анатольевич Ташлыков (1993-2001 гг.) и Владимир Иванович Курпатов (2001-2012 гг.). С сентября 2012 года кафедру психотерапии возглавил Сергей Михайлович Бабин – д.м.н., вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации, представитель Санкт-Петербургской (Ленинградской) научной школы психотерапии, ученик Б.Д. Карвасарского, главный психотерапевт Оренбургской области.

За годы своего существования кафедра провела свыше 300 циклов, подготовила более 6 тыс. врачей-слушателей и более 500 клинических ординаторов. В настоящее время кафедра переживает новый период своего развития. Существенно обновился профессорско-преподавательский состав. На кафедру вернулись как опытные сотрудники, образующие «золотой фонд» отечественной психотерапии, так появились и новые специалисты, организаторы здравоохранения, на практике реализующие конкретные современные направления психотерапии, психиатрии и реабилитации.

Наряду с традиционными учебными курсами нами реорганизовуются старые и вводятся новые программы подготовки. Так существенно обновлен цикл тематического усовершенствования «Личнос-

тно-ориентированная психотерапия» (144 часа). Сотрудники кафедры продолжают традиции Санкт-Петербургской школы и развивают это оригинальное направление отечественной психотерапии. Впервые проведен цикл тематического усовершенствования «Теория и практика арт-терапии» (216 часов). Слушатели получили возможность ознакомиться с современными подходами к арт-терапии и экспрессивным методам психотерапии. Программа цикла разработана под руководством ведущего арт-терапевта страны д.м.н. Копытина А.И.

Новым направлением в работе кафедры стали циклы подготовки по психотерапии и психосоциальной реабилитации в психиатрии. Это проблема весьма актуальна, однако в рамках последипломного образования фактически отсутствуют программы регулярной подготовки по данному направлению, интегрирующие не только зарубежный, но и имеющийся российский опыт работы. Под руководством С.М. Бабина сотрудниками кафедры, включая С.Ф. Случевскую, В.В. Зайцева, А.Н. Еричева разработана программа тематического усовершенствования «Психотерапия, клиническая психология психосоциальная работа и реабилитация в психиатрии» (144 часа) (для врачей психиатрического профиля, психологов, специалистов по социальной работе). В формировании программы цикла и его практического осуществления большую роль сыграла новая клиническая база кафедры – Санкт-Петербургская городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко, возглавляемая к.м.н., доцентом кафедры психотерапии О.В. Лиманкиным, одно из ведущих учреждений страны, в котором реализуется комплексная программа психосоциальной реабилитации.

Наряду с циклом для специалистов на кафедре психотерапии разработана оригинальная программа тематического усовершенствования «Психотерапия, клиническая психология и психосоциальная работа в психиатрии и общей медицине» (144 часа) (для медицинских сестер, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников). В программу включены следующие блоки: понятие и конкретные формы психосоциальной работы и психотерапии в психиатрии, групповые методы работы, терапия средой и терапевтическое сообщество, новые формы организации помощи, понятие «стигмы» и пути ее преодоления, психообразовательные группы, тренинг социальных навыков, «защищенное жильё» и «защищенное трудоустройство», роль общественных организаций и др. Уникальность данного усовершенствования в том, что оно рассчитано на подготовку именно среднего медицинского и иного персонала психиатрических ЛПУ. Обучение может проводиться непосредственно на базе лечебного учреждения, что облегчает направление на него слушателей.

На кафедре после некоторого перерыва были возобновлены выездные циклы усовершенствования, так проведено обучение специалистов в Но-

восибирске, Оренбурге и Калининграде. Мы и в дальнейшем планируем активно развивать это направление работы.

Сотрудниками кафедры проводятся циклы усовершенствования по когнитивно-поведенческой психотерапии (Федоров А.П., Еричев А.Н. и др.), а в наших планах развитие такого направления как экзистенциальная психотерапия и консультирование (Бабин С.М., Случевская С.Ф., Зайцев В.В., Зотова А.В., Подсадный С.А. и др.).

Наряду с определенными успехами целый ряд проблем последипломной подготовки требует своего решения. Существующие требования к длительности циклов усовершенствования для специалистов (108, 144, 216 и максимум 504 часа) вступает в противоречие с современной тенденцией обучения, ориентирующийся на длительные, фактически многолетние образовательные программы. Например, требования к претендентам на получение Европейского сертификата психотерапевта включают в себя не менее 3200 часов обучения психотерапии, 350 часов личной терапии, 250 часов супервизии. Таким образом, государственное образовательное учреждение проигрывает существующим частным структурам в плане специализированной и углубленной подготовки.

На кафедре психотерапии обучаются врачи и психологи преимущественно из бюджетных лечебных учреждений, в связи с чем, построение модульных многоступенчатых программ затруднительно, т.к. администрация ЛПУ в настоящее время не заинтересована в подобном обучении и довольствуется минимальными требованиями усовершенствования «не реже одного раза в пять лет», а «бальная» система непрерывного профессионального образования до сих пор официально не введена.

Циклы продолжительность один-два месяца фактически не позволяют проводить в их рамках личную терапию, что является обязательным требованием к подготовке врача-психотерапевта. На кафедре в 2012-2013 учебном году в рамках первичного усовершенствования по психотерапии (2,5 месяца) возобновлена практика краткосрочной групповой психотерапии, которая дополняет теоретические и практические занятия со слушателями.

Сотрудники любой даже самой большой кафедры не могут быть профессионалами во всех современных методах и техниках психотерапии. Мы неизбежно должны прийти к той или иной мере к какой-то области специализации. С другой стороны первичная подготовка врача-психотерапевта требует его знакомства с основными направлениями психотерапии. При этом если негосударственное образовательное учреждение обычно специализируется именно в определенной области психотерапии (психоанализ, гештальт-терапия и т.п.), то представляется проблематичным, что государственная структура может декларировать приверженность

исключительно одному, пусть и весьма уважаемому направлению работы.

В настоящее время у нас нет четких ответов на эти вопросы, и авторы будут благодарны читателям за возможную дискуссию.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД: РОЛЬ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

**Баранов В.С., Романов Д.В., Стрельник С.Н.,
Носачев И.Г., Смирнова Д.А., Романов А.Д.**

*Самара, Самарский Государственный
Медицинский Университет*

Клинико-психопатологический метод сохраняет приоритетное положение в иерархии исследовательских методов клинической психиатрии. Интенсивное внедрение формализованных инструментов оценки психических расстройств стимулировало обсуждение роли и влияния клинико-психопатологического метода на современном этапе развития психиатрии. В историческом аспекте формирование клинико-психопатологического метода тесно связано с основными этапами становления психиатрии. Существенный вклад в формирование представлений о клиническом методе внесли такие европейские психиатры, как К.Ясперс, отечественные ученые П.Б.Ганнушкин и А.В.Снежневский. Клинико-психопатологический метод оказал существенное влияние на формирование методологии психиатрического диагноза и понятийный аппарат общей психиатрии.

Общая медицина относит расспрос и наблюдение к традиционным методам исследования. Степень зрелости медицинской науки может, в частности, характеризоваться уровнем развития инструментальных исследовательских методов, позволяющих эффективно распознавать проявления ключевых звеньев патогенеза. По мере совершенствования научного знания и появления более совершенных исследовательских инструментов традиционные методы исследования, во многом опирающиеся на клинический опыт и интуицию врача, теряют свое значение. Однако, в силу ряда обстоятельств, в психиатрии эти процедуры сохраняют свою ценность.

Проявления психических расстройств представляют собой, в первую очередь, переживание, которое может сопровождаться (или не сопровождаться) соответствующими формами поведения. Основная задача клинико-психопатологического метода - трансформировать субъективный опыт пациента в объективное знание о его личности и болезни. Особое положение психических расстройств среди других видов патологии обусловлено чрезвычайной сложностью и недостаточной исследованностью от-

ношений между нарушениями функционирования субстрата – головного мозга, и собственно психическими/поведенческими нарушениями. Указанные особенности существенно ограничивают возможности использования инструментальных методов исследования в психиатрии. В связи с этим психиатрия сохраняет статус единственной медицинской специальности, в которой расспрос и наблюдение имеют существенный приоритет над другими диагностическими процедурами.

В основе профессионального использования клиничко-психопатологического метода лежит не только хорошее знание основных разделов психиатрии, но и сформированное умение построения беседы с психически больным в конкретном случае, характеризующемся уникальным сочетанием личностных особенностей больного, проявлений его психической патологии в конкретных условиях среды. В этом смысле клиничко-психопатологическое исследование всегда носит персонифицированный характер. Формирование навыков эффективного применения клиничко-психопатологического метода требует существенно большего времени, чем это определено действующими программами послевузовской подготовки по психиатрии.

Следует отметить типичные трудности, с которыми сталкивается врач в процессе освоения клиничко-психопатологического метода. Предшествующая внутривузовская подготовка формирует установку, необходимую для распознавания соматических болезней, ориентирующая врача на поиск «объективных» знаков патологии. Интерну проще использовать «объективные», поведенческие эквиваленты психического расстройства, чем использовать коммуникацию с пациентом для диагностических целей. Отсутствие клинического опыта распознавания психического расстройства и связанная с этим неуверенность в трактовке психического статуса часто приводит обучающегося к выбору в качестве ключевых второстепенных аспектов патологии и неверной интерпретации полученных данных.

Начальные уровни освоения врачом клиничко-психопатологического метода также характеризуются попытками обучающегося чрезмерно структурировать диалог с больным, излишне часто задавать закрытые вопросы, проявлять директивность, «подталкивать» пациента к правильному ответу. Как правило, это приводит к быстрому прекращению диалога, редукции диагностического поиска и формированию неадекватных представлений о клинической картине расстройства. С другой стороны, несформированность внутренних «образцов» типичных реакций здоровых лиц на ситуацию исследования приводит к рационализации и преуменьшению степени дефекта психических функций при исследовании больных эндогенными психозами. Существенные затруднения вызывает клиническое исследование личности и оценка личностного склада пациента.

В связи с указанными обстоятельствами исключительно важное значение в освоении клиничко-психопатологического метода приобретает практика проведения беседы обучающегося врача с пациентом в группе врачей-интернов с последующим разбором преподавателем выявленных затруднений и ошибок. Групповое обсуждение и анализ проведения беседы обеспечивают обучающемуся обратную связь, способствующую развитию профессиональной рефлексии и укреплению профессиональных навыков. Применение клиничко-психопатологического метода опытными психиатрами демонстрируется на клинических разборах сложных случаев и научно-практических конференциях, знакомстве врачей с блестящими образцами клинических разборов видных отечественных психиатров, представленных в учебной литературе по психиатрии.

Клиничко-психопатологическое исследование, выступающее в качестве стержневой диагностической процедуры в психиатрии, является также и основой построения психиатрического диагноза. Знание основ синдромогенеза и синдромокинеза, использование иерархических шкал продуктивных и дефицитарных расстройств позволяет обучающимся сформировать навыки идентификации психопатологического синдрома и понимания его динамики. При этом владение психиатрической семиотикой и способности психопатологического анализа переживаний больного закрепляются и совершенствуются при описании психического статуса. Представляется, что навык написания и квалификации психического статуса должен выступать в качестве ведущего умения врача-психиатра, освоенного в процессе подготовки в ординатуре и интернатуре. Все указанные выше навыки и умения оцениваются комиссией специалистов при проведении квалификационного экзамена по специальности.

Клиничко-психопатологический метод, оставаясь ведущим исследовательским методом психиатрии, выступает также в качестве основного звена, объединяющего различные аспекты профессиональной подготовки специалиста; обеспечивает, наряду с другими профессиональными познаниями, формирование базовых навыков, позволяющих самостоятельно осуществлять практическую работу психиатра.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ

Бобров А.Е.

Москва, Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Реорганизация профессионального образования – давно назревшая, но трудно разрешимая проблема отечественного здравоохранения. От нее в большой степени зависит уровень и качество ме-

дицинской помощи, развитие медицинской науки, а также содержание и смысл работы врачей. Для психиатрии, которая в силу ряда субъективных факторов оказалась оттесненной на периферию медицинской помощи, реформа профессионального образования – это реальный шанс получить адекватное признание, как со стороны населения, так и структур, ответственных за реализацию социальной политики нашего государства.

Важнейшим условием улучшения подготовки кадров для психиатрии является скоординированный пересмотр существующих профессиональных требований и образовательных стандартов. Иными словами, первичная последипломная подготовка по психиатрии должна быть четко увязана с профессиональным «портретом» специальности и допуском к работе.

В качестве исходного пункта здесь выступает определение предмета и методов психиатрии, описание смежных областей, разграничение и кооперация психиатрии с другими профессиональными сферами, в первую очередь, с неврологией, медицинской психологией и общей терапией. Очевидно, что дефиниция психиатрии, как специальности, и вытекающие из этого профессиональные требования к специалистам должны исходить из био-психосоциального видения ее предмета и включать совокупность специфических методов.

Большое значение для осуществления профессиональной переподготовки и повышения квалификации врачей имеет пересмотр существующего на сегодняшний день перечня психиатрических субспециальностей, а также определение списка основных и дополнительных компетенций, входящих в каждую из этих субспециальностей. Важно отметить, что выделение субспециальностей целесообразно осуществлять не по предметной области (например, невротические либо психотические больные) или применяемым методам (например, фармакотерапия либо психотерапия), а на основе фундаментальных медико-социальных стратегий лечебно-профилактической помощи и организации психиатрической службы (например, общая психиатрия, пограничная психиатрия, психосоматика, судебная психиатрия). Что касается профессиональных компетенций, то они должны быть более четко определены и по возможности разделены на компетенции ведения (лечения) больных, организации помощи, а также компетенции, связанные с нозографическими и социально-правовыми особенностями контингентов больных.

Сложнейшей задачей, которая поставлена сегодня перед профессиональным образованием, является разработка и внедрение системы непрерывного повышения квалификации, ключевым элементом которой является усиление мотивации врачей к самообразованию. Создание доступных для специалистов электронных баз знаний, специализированных библиотек, расширение участия психиатров в образовательных инициативах общества,

международных проектах, а также внедрение иных методов тематического усовершенствования будет способствовать изменению не только содержательно-дидактических форм преподавания, но может привести и к существенной трансформации всей системы последипломного образования.

В этой связи остро стоят вопросы об усилении практической направленности обучения, проблемном и симуляционном преподавании, освоении межпрофессиональных форм образования. Особенно актуальной потребностью на сегодняшний день является разработка методических и организационных аспектов дистанционного образования. Понятно, что внедрение перечисленных инновационных методов последипломного обучения невозможно без совершенствования системы финансирования, аккредитации и надлежащей защиты авторских прав преподавателей. Взаимосвязана с этим вопросом проблема разработки психиатрических технологий как объектов интеллектуальной собственности.

Особую актуальность на сегодняшний день приобрела проблема оценки знаний и умений врачей, которая должна быть более тесно сопряжена с профессиональной аттестацией медицинских кадров. Немаловажной частью этой проблемы является аттестация педагогических и научных кадров. Организация и ведение учета аттестации специалистов порождает массу методических, этических, финансовых, организационных и межличностных проблем. Их решение предполагает последовательные шаги по преодолению бюрократизации образования, его демократизации и повышению прозрачности работы аттестационных комиссий. Не вызывает сомнения, что этот вопрос должен постоянно находиться в фокусе внимания работы нашего врачебного сообщества.

Еще одной проблемой профессионального образования, важность которой для психиатрии трудно переоценить, является формирование профессиональной идентичности специалистов, усвоение профессионального этикета и норм взаимоотношения с пациентами, коллегами, администрацией, представителями правосудия, а также социальными группами, поддерживающими и противостоящими психиатрии.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В САМАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Ковшова О.С.

Самара, Самарский государственный медицинский университет

Самарский государственный медицинский университет в 90-е годы XX века явился одним из

первых Российских медицинских университетов в разработке инновационной концепции подготовки и использования клинического психолога в широкой сети здравоохранения. Клинический психолог сегодня востребован не только в психиатрии и наркологии, но и в соматической и экстремальной медицине, онкологии, трансплантологии в акушерстве и гинекологии, педиатрии и других.

В 2013 году мы отмечаем двадцать второй юбилей создания факультета медицинской психологии, организованного в 1991 году. Большим достижением всех этих лет является то, что наш выпускник разносторонне подготовлен к работе, многие из них работают в больницах общесоматического, психиатрического, наркологического профиля, в МСЭК, в специализированных образовательных учреждениях и обычных школах, детских садах, в социальной сфере и негосударственных структурах, других учреждениях и организациях.

Особенностью подготовки клинического психолога в нашем Университете является наличие в Университете уникальной лечебной базы – Клиники СамГМУ. Будущий специалист – клинический психолог получает практику работы с больными разного профиля под руководством опытных преподавателей и лечащего врача, он занимается психодиагностикой, психокоррекционной работой, психопрофилактикой, получая большой практический опыт работы в одном из лучших лечебных учреждений.

В настоящее время интеграция клинико-психологической помощи в здравоохранение ставит задачи разработки основных принципов и методов подготовки и повышения квалификации в области клинической психологии. Важнейшей задачей сегодня является создание и реализация последовательной системы преемственных и взаимосвязанных учебных программ, позволяющих осуществлять додипломную и последипломную подготовку клинических психологов.

Особенностью обучения на нашем факультете медицинской психологии является и то, что преподавание основных дисциплин строится на основе ФГОС - стандарта 3-го поколения по специальности «Клиническая психология» - 030401 (Приказ Министерства Образования и Науки РФ от 24 декабря 2010г.) в профессиональной специализации №1 – Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях», что соответствует современной концепции организации медико-психологической помощи в здравоохранении и для службы МЧС, ГУФСИН и других.

Важнейшим элементом и особенностью подготовки в области клинической психологии является супервизия – способ качественной профессиональной подготовки клинического психолога на завершающем этапе обучения, который затрагивает два основных аспекта работы: супервизию при

проведении психодиагностики и супервизию при применении психокоррекционных методов. Также разработан и проводится курс Супервизии и на последипломном этапе обучения.

В ряде случаев полезным оказывается использование аудио-видеозаписи, анализ которой позволяет прояснить некоторые стороны психокоррекционного процесса. Супервизия в ходе психотерапевтической подготовки клинических психологов осуществляется в три этапа, и в соответствии с образовательным стандартом (Приказ Минздрава России от 26.11.96. г. № 391), ей отводится не менее 150 час. Из них примерно 50 час отводится на супервизию психодиагностической работы и около 100 час – психокоррекционной деятельности. Супервизия психотерапевтической работы проводится в три этапа.

Дополнительная подготовка клинического психолога требуется при его работе в профильных кризисных учреждениях, отделениях паллиативной медицины, к числу таких учреждений относятся активно развивающиеся в настоящее время хосписы и отделения паллиативной терапии онкологических диспансеров, центров СПИД. В клинике восстановительной терапии и нейрореабилитации он должен иметь дополнительную подготовку по клинической нейропсихологии, восстановительному обучению и коррекционной педагогике. Кроме того, в его практические умения и навыки входит экспериментально-патопсихологическое исследование при проведении экспертизы - судебно-психиатрической, трудовой, военной и другое.

В медицинских учреждениях общесоматического профиля клинический психолог должен быть хорошо осведомлен и иметь опыт работы по изучению и коррекции внутренней картины болезни и отношения к болезни. Он должен уметь анализировать роль психологического фактора в этиопатогенезе психосоматических и соматических расстройств, применять психологические и психокоррекционные методы при работе.

В связи с высокой эффективностью использования психологических и психотерапевтических методов при проведении первичной профилактики применительно к здоровым людям клинический психолог ведет работу со средствами массовой информации по пропаганде здорового образа жизни и достижений психотерапии и клинической психологии, участвует в формировании современного имиджа лечебных учреждений; проводит встречи клинических психологов и специалистов по социальной работе с населением, читает лекции и беседы на предприятиях и в медицинских учреждениях, позволяющие своевременно выявлять больных с пограничными психическими расстройствами, которые обращаются в общесоматические поликлиники.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ НА ИНТЕРНЕТ-САЙТЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

Мартынихин И.А.

Санкт-Петербург, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Электронные образовательные материалы, размещенные в сети Интернет, могут иметь значительные преимущества перед традиционными печатными (бумажными) учебными пособиями. Электронные материалы обладают такими качествами, как доступность (доступны любому пользователю, имеющему доступ в Интернет), современность (за счет возможности легкого внесения изменений авторами и выпуска обновлений), наглядность (за счет возможности использования разнообразных мультимедийных средств), интерактивность (за счет возможности получения обратной связи от пользователей), мобильность (возможность использования в смартфонах, интернет-планшетах и пр.), относительная дешевизна создания и легкость распространения. Кроме того, при интеграции таких образовательных материалов с интернет-сайтами, имеющими элементы систем менеджмента обучения, появляется возможность учета активности пользователей, что можно использовать, например, для начисления баллов («кредитов») в системе непрерывного медицинского образования, повышение заинтересованности специалистов за счет выдачи персональных «сертификатов» о пройденном обучении и т.д.

Международный опыт говорит о том, что электронные образовательные материалы и интернет-обучение (e-learning) широко применяются в качестве одной из форм обучения в непрерывном профессиональном образовании врачей, используются в подготовке студентов-медиков и распространении медицинских знаний среди неспециалистов. Наша страна имеет высокие темпы роста интернет-аудитории, однако специализированных сайтов на русском языке, имеющих качественные образовательные материалы, предназначенные для врачей-психиатров, пока явно недостаточно.

На сайте Российского Общества Психиатров (РОП) psychiatr.ru весной 2013 года был проведен опрос пользователей на тему «Информационные технологии и будущее психиатрии». В опросе приняло участие 235 специалистов (средний возраст 37,1 год) из различных регионов России (доля пользователей из Москвы и Санкт-Петербурга составила 40%). Среди респондентов 31% врачей стационаров, 20% врачей амбулаторной службы, 18% преподавателей ВУЗов, 18% научных работников, 9% администраторов. По результатам опроса среди образовательных материалов, размещенных в сети Интернет, респонденты наиболее часто используют обычные электронные версии книг (98,3% респондентов), вероятно, в связи с тем, что электронные версии мно-

гих книг в настоящее время доступнее их печатных версий, кроме того, поиск по ним более быстр и удобен. Реже используются мультимедийные пособия (отметили 78,7% респондентов), еще реже пользователи принимают участие в вебинарах (45,1%). При этом в «полноценных» дистанционных обучающих занятиях (т.е. помимо образовательных материалов, включающих индивидуальный учет слушателей и тесты на усвоение материалов после прохождения тем) регулярно принимали участие только 5% респондентов, 65% респондентов никогда не участвовало в подобных занятиях, 30% участвовали один или несколько раз. Полученные данные не вызывают удивления, ведь на русском языке в нашей специальности таких образовательных ресурсов до настоящего времени не было и пользователи вынуждены использовать англоязычные ресурсы.

В соответствии с решением заседания Президиума Правления РОП от февраля 2011 года и во исполнение уставных целей Общества летом 2011 года началось создание нового интернет-сайта Общества, который должен был включить все возможности для непрерывного образования членов общества и поиска ими справочной информации. Летом 2013 года завершился второй этап создания сайта РОП, в ходе которого закончены все работы по подготовке технической части образовательного раздела. В настоящее время специалисты и студенты медицинских ВУЗов уже могут знакомиться с образовательными материалами на сайте (причем эти материалы могут иметь самые разные форматы - традиционные текстовые варианты, мультимедийные презентации, видеозаписи лекции и пр.), проходить тесты на знание изученных тем, получать баллы за успешно сданные темы и сертификаты с информацией о накопленных баллах. Реализация подобных возможностей на сайте РОП, при условии наполнения сайта качественными образовательными материалами, потенциально может стать одним из важных элементов давно ожидаемой системы непрерывного медицинского образования в нашей специальности и в целом способствовать повышению качества подготовки врачей-психиатров.

О ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ УЧАСТИЕ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ И СУППОРТИВНЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ

Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Осипова В.А.

Санкт-Петербург, ФГБУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Сложность и многофакторность этиологии и патогенеза психических расстройств, возника-

ющих в пожилом и старческом возрасте, не вызывает сомнений, что обуславливает необходимость применения методов психосоциальной коррекции и реабилитации при оказании помощи лицам старших возрастных групп. Внедрение психотерапевтических подходов предъявляет новые требования к уровню и специфике подготовки специалистов, взаимодействующих с данной когортой пациентов на всех этапах лечения, с целью изучения которых сотрудниками отделения гериатрической психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева была разработана анкета, посвященная вопросам психотерапии и социально-психологической реабилитации в геронтопсихиатрической практике, а именно: определению показаний к применению методов групповой психотерапии, дифференциации мишеней разных форм помощи, общим принципам групповой психотерапии, видам и формам психотерапевтической помощи в применении к контингенту пожилых больных с психическими расстройствами. Кроме того, участники оценивали уровень собственной подготовки в данной области и существующую в нашей стране систему подготовки специалистов в области психотерапии позднего возраста в целом.

Анкетирование осуществлялось сплошным методом (в нем принимали участие все специалисты, занимающиеся оказанием помощи пожилым больным с психическими нарушениями) на анонимной основе. Выбор учреждений для исследования проводился таким образом, что в состав опрашиваемых были включены специалисты с высшим образованием всего спектра медицинских заведений, как стационарного, так и амбулаторного звена оказания психиатрической помощи людям пожилого и старческого возраста, страдающим психическими нарушениями.

В анкетировании приняли участие специалисты двух городских психиатрических больниц, одной психиатрической больницы, двух клинических психиатрических больниц и двух психоневрологических диспансеров Северо-Западного и Южного федерального округов. Всего в исследовании приняли участие 95 специалистов, из них врачи-психиатры составили 77%, медицинские психологи – 18%, специалисты по социальной работе – 3% обследованных. При этом 60% участников указали, что они сами участвуют в оказании психотерапевтической помощи.

Установлено, что 46% опрошенных оценили собственный уровень знаний в данной области как неудовлетворительный, 34% – как удовлетворительный, 13% – как хороший. Высокий уровень подготовки в области геронтопсихотерапии отметили только 2% участников анкетирования. Эти данные согласуются с результатами опроса, касающимися прохождения дополнительных образовательных курсов в области психологии старости и психотерапии пожилых пациентов. Так, по данным нашего

анкетирования, только 7% слушателей проходили переподготовку в данной области. В целом, участники оценивают систему подготовки кадров в области психотерапии пожилого и старческого возраста в нашей стране как недостаточно эффективную (20% опрошенных оценили ее как неудовлетворительную и 52% – как удовлетворительную).

Анализ полученных данных продемонстрировал преобладание среди участников анкетирования представлений о старости как о дефицитарном процессе, протекающем с формированием инволюционных нарушений вследствие соматических и нервно-психических заболеваний. Только 23% опрошенных отмечали существенный вклад личностных реакций больного на обстоятельства внешнего и внутреннего мира, особенностей самовосприятия и социальной перцепции пациентов в этиопатогенез психических заболеваний в позднем возрасте. С таким результатом согласуются данные о том, что 66% специалистов не считают необходимым рекомендовать пациентам прохождение курса индивидуальной или групповой психотерапии. Несмотря на признание биопсихосоциальной модели функционирования человека официальной парадигмой современной медицины, среди опрошенных специалистов преобладает представление, что психотерапевтические методы лечения эффективны только для весьма узкого круга психических расстройств в позднем возрасте. Так, из десяти нозологических единиц, которые были названы участниками в качестве показаний к применению психотерапевтических методов, только две имеют достаточно высокий процент встречаемости в ответах: рекуррентное депрессивное расстройство (56%) и заболевания психосоматического спектра (40%). Вместе с тем, значительная доля участников (32%) рассматривает когнитивно-поведенческую и рациональную (20%) индивидуальную психотерапию в качестве наиболее эффективных для пожилых больных методов, а арт-терапию (32%) и суппортивные методы психотерапии (17%) рассматривает как основные рекомендуемые групповые подходы. В то же время, более 70% респондентов затруднились ответить на вопрос о задачах и базовых принципах арт-терапии и, несмотря на то, что 23% участников в качестве основного механизма лечебного воздействия в рамках суппортивных методов психотерапии отметили эмоциональную поддержку, оставшиеся 77% опрошенных не обнаружили сформированных представлений о теоретических основаниях и целях поддерживающих форм групповой психотерапии. Только 10% респондентов рассматривают организацию социотерапевтической среды и средовых групп в рамках стационарных и амбулаторных геронтопсихиатрических отделений в качестве существенного элемента комплексной психотерапевтической помощи. 90% участников опроса не имеют доста-

точной информации о теоретических основаниях и целях терапии средой, почти треть участников (29%) воспринимает терапию средой как создание на базе лечебного подразделения комфортной среды и доброжелательной атмосферы усилиями персонала. Несмотря на формальное признание необходимости и значимости психотерапевтической помощи лицам старших возрастных групп, участники опроса обнаружили низкий уровень осведомленности в области целей и терапевтических механизмов групповой психотерапии у пожилых. Так, менее четверти опрошенных отметили в качестве основных задач и механизмов действия социотерапевтической среды такие факторы как повышение степени ответственности пациентов (6%), научение по моделям (6%), повышение самооценки посредством успешной совместной с другими пациентами деятельности (7%). Достаточно слабо дифференцированы представления участников опроса в области основных механизмов лечебного влияния групповой психотерапии (адекватное представление о разнице между групповой психотерапией и психотерапией в группе продемонстрировали только 20% анкетированных).

Формирование индивидуального лечебно-реабилитационного плана, выбор формы и метода психотерапевтической помощи конкретному пациенту в значительной степени определяется представлениями специалистов, осуществляющих разные виды помощи, о возможных мишенях психосоциальных интервенций. Среди участников опроса 36% отметили в качестве мишеней групповых форм вспомогательных и суппортивных методов психотерапии личностные особенности пациентов, 22% - нарушение социальной адаптации, 3% - ухудшение качества жизни. Однако четверть опрошенных в качестве единственной точки приложения данных методов видит симптомы психических заболеваний, а около 30% респондентов не видят разницы между мишенями психотерапевтического и реабилитационного уровней, что может служить причиной неэффективного планирования процесса психотерапевтического лечения.

Таким образом, следует констатировать факт достаточно низкий уровень представлений специалистов первичной медицинской сети о теоретических и методологических аспектах применения общетерапевтических и суппортивных методов психотерапии в лечении пожилых больных с психическими расстройствами, что, очевидно, служит значительным препятствием для организации эффективной помощи в условиях геронтопсихиатрических учреждений и требует разработки и внедрения специальных образовательных программ, способствующих повышению профессиональной компетентности специалистов.

ПРЕДМЕТ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ И ЭКСПЕРТНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ: ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЭКСПЕРТА В СВЕТЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ РЕФОРМ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ткаченко А.А.

Москва, ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Основной предмет судебно-психиатрической экспертизы – юридически релевантные психические расстройства – диктует компетенции судебно-психиатрического эксперта, включающие теорию и методологию общей экспертологии, специфику предметных видов психиатрических экспертиз в уголовном и гражданском процессах, методы экспертного исследования, организационно-правовые и этические основы производства экспертиз и т.д.

Поручение Президента РФ от 03.02.2012 № Пр-267 предусматривает подготовку предложений о внесении в законодательство Российской Федерации изменений, «устанавливающих профессиональные и квалификационные требования к лицам, осуществляющим производство судебной экспертизы вне государственных судебно-экспертных учреждений, а также меры государственного контроля (надзора) за деятельностью указанных лиц». Законодательная реализация данного поручения подразумевает вступление в силу в ближайшее время новой редакции ФЗ «Об экспертной деятельности в РФ».

Проект данного закона устанавливает обязательное прохождение каждые пять лет сертификации компетентности судебного эксперта, т.е. «установления соответствия компетентности лица требованиям, предъявляемым при проведении определенного вида судебно-экспертных исследований, и определения уровня его квалификации для осуществления надлежащим образом конкретных действий при производстве судебной экспертизы». Это подразумевает создание федеральными органами исполнительной власти экспертно-квалификационных комиссий, а также разработку порядка проведения сертификации, причем порядок сертификации негосударственных экспертов устанавливается Правительством РФ.

Предполагаемая в будущем разработка ФЗ «О судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизе в РФ» должна учитывать возможность создания экспертно-квалификационных комиссий для сертификации психиатров и медицинских психологов, участвующих в судебно-экспертной деятельности, Российским обществом психиатров.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЯХ

Алфимова М.В., Мельникова Т.С.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН,
Московский НИИ психиатрии Минздрава России

У депрессивных больных наряду с особенностями переработки эмоциональной информации выявлены нарушения базовых когнитивных процессов. В большинстве работ указывают на замедление у них психической скорости, снижение эпизодической вербальной памяти и аномалии управляющих функций, включая регуляцию внимания, рабочую память и планирование. Однако пока нет консенсуса относительно нейрокогнитивного профиля депрессивного синдрома и статуса его отдельных компонентов как проявлений предрасположенности к болезни или состояния. Выявление биологических маркеров когнитивных нарушений при депрессиях может внести вклад в понимание их происхождения и причин гетерогенности.

Известно, что особенности ЭЭГ покоя и ее реактивные изменения могут служить предикторами успешности выполнения человеком различного рода когнитивных задач. Так, корреляционные исследования, проведенные в разных когортах испытуемых, выявляют позитивную связь интеллектуальных способностей с мощностью альфа- и бета-ритмов ЭЭГ покоя и отрицательную с мощностью медленных ритмов и когерентностью колебаний во фронтальных отделах (Kanda et al. 2009). Хорошо известны нейрофизиологические маркеры эндогенных депрессивных состояний, отражающиеся в ЭЭГ покоя. К ним относятся левая фронтальная гипоактивация в виде повышения в этом регионе мощности альфа-ритма, возрастание мощности бета и гамма-волн, наиболее выраженное в передних отделах, высокая представленность медленных ритмов в задних регионах правого полушария. Кроме того, для депрессивных больных характерно снижение числа и силы меж- и внутриполушарных когерентных связей практически во всех частотных диапазонах, наиболее выраженное в лобных зонах. Однако связаны ли эти особенности ЭЭГ больных с их когнитивными нарушениями - еще предстоит установить. Во время когнитивной деятельности различия между нормой и депрессивными состояниями по указанным параметрам ЭЭГ могут как уменьшаться, так и возрастать. Так, при арифметической нагрузке у депрессивных больных выявлено увеличение количества зон с повышенной мощностью гамма-активности относительно покоя (Стрелец и др. 2006). Вместе с тем, подобная нагрузка ведет к росту количества когерентных связей в быстроволновом диапазоне, уменьшая тем самым отличия больных от здоровых испытуемых (Стрелец и др. 2006, Sun et al. 2008).

Потенциальными нейрофизиологическими маркерами депрессий могут быть некоторые характеристики потенциалов, связанных с событиями (ССП). Среди них у больных наиболее изучен классический компонент P300 в слуховой парадигме oddball, который, согласно одной из интерпретаций, может отражать поддержание процесса переработки информации о значимом стимуле. Результаты исследований противоречивы, но в целом указывают, что у больных депрессией, как и при ряде других психических расстройств, имеет место снижение амплитуды P300. Единичные исследования показателей ССП, отражающих особенности регуляции когнитивной деятельности со стороны медиальных лобных отделов, - негативности, связанной с ошибкой (ERN), и антериоризации P300 в ситуации «стой» в парадигме «Иди-Стой» (NGA) - пока не выявили однозначного паттерна их изменений при депрессивных расстройствах (Mossner et al. 2007).

Новыми и пока немногочисленными являются молекулярно-генетические исследования когнитивных процессов у депрессивных больных. В таких исследованиях используют гены, ассоциированные с заболеванием в целом. Нужно отметить, что масштабные широкогеномные исследования депрессивных расстройств с привлечением тысяч испытуемых и от полумиллиона до нескольких миллионов генетических маркеров не привели к обнаружению генов предрасположения со средними и большими эффектами. Тем не менее, на их основе предложены вероятные гены-кандидаты для депрессии, среди которых называют GAL, ADCY3, CACNA1C, ATP6V1B2, SP4, GRM7 и др. Исследование одного из таких генов – PCLO - не выявило его связи с управляющими функциями (Woudstra et al. 2012). Кроме этого, существуют гены-кандидаты для депрессий, выдвинутые на основе представлений о нейробиологии депрессивного синдрома. Среди них наибольшее внимание привлечено к генам, вовлеченным в нейротрансмиссию серотонина, включая ген транспортер серотонина, а также к генам нейротрофических факторов, в частности BDNF. Результаты их изучения в качестве маркеров когнитивных нарушений при депрессиях обнадеживают. Так, обнаружена ассоциация полиморфизма STin2 гена транспортера серотонина с нарушением широкого спектра когнитивных функций при большой депрессии (Sarosi 2013), а также связь полиморфизма Val66Met BDNF с управляющими функциями при биполярном расстройстве (Rybakowski et al. 2006).

В целом нейрофизиологические и молекулярно-генетические показатели являются потенциальными маркерами когнитивных нарушений при депрессиях. Однако они пока изучены недостаточно и, как правило, демонстрируют тесную связь с демографическими и клиническими особенностями исследуемых больных.

**МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА
И ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ
В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

**Ахмерова И.Ю., Валинуров Р.Г.,
Хуснутдинова Э.К., Зайнуллина А.Г.**

*Уфа, ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая
больница № 1 МЗ РБ, ФГБУ «Институт биохимии и генетики»
Уфимского научного центра РАН*

Несмотря на значительные успехи нейробиологии и фармакологии, способствовавших формированию новых концепций патогенеза, диагностики, лечения и профилактики шизофрении, данное заболевание по своим многообразным последствиям является одним из самых тяжелых и по-прежнему представляет серьезную социально-экономическую проблему, что связано с хроническим характером болезни и четко выраженной тенденцией к углублению расстройств психики и инвалидизации больных.

В настоящее время показана многофакторная природа шизофрении, причем, особый интерес уделяется изучению генетических предпосылок заболевания. Благодаря достижениям молекулярной биологии и генетики, технологическим разработкам и открытиям, сделанным в ходе выполнения международных программ по изучению шизофрении, выявлены некоторые гены предрасположенности к шизофрении, исследованы их мутации и полиморфные локусы, изучена экспрессия некоторых генов, установлены причинно-следственные связи между вариантами повышенного риска и фенотипическими проявлениями.

Проблема повышения эффективности терапии психических заболеваний также является одной из наиболее актуальных в современной клинической психиатрии, поскольку в условиях применения значительного количества самых разнообразных препаратов выявляются выраженные индивидуальные различия терапевтического эффекта.

В результате фармакогенетических исследований по изучению роли полиморфных участков генов в формировании ответа на антипсихотические препараты и развитии побочных эффектов, вызванных этими препаратами у больных шизофренией, рядом зарубежных ученых идентифицированы некоторые маркеры эффективности, переносимости и развития побочных эффектов при приеме нейролептиков. Однако требуется и дальнейшее изучение роли данных генов, а также поиск новых, что в перспективе даст возможность создания генетических предикторов ответа на нейролептики, а также повысить эффективность терапии и минимизировать побочные эффекты, что в конечном итоге улучшит качество жизни больных шизофренией. Кроме того, результаты успешной работы будут способствовать улучшению понимания механизмов действия ней-

ролептиков, и, безусловно, приведут к созданию новых препаратов.

В 2006–2010 годах на базе Республиканской психиатрической больницы №1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан было проведено исследование с целью изучения эпидемиологии, генетических маркеров риска развития и эффективности терапии шизофрении.

В рамках исследования изучена заболеваемость шизофренией в Республике Башкортостан за 2006–2010 гг., проведен социодемографический и клинический анализ исследованной группы больных с первым эпизодом шизофрении из Республики Башкортостан. Проведен анализ по изучению роли полиморфных локусов rs1800497 и rs6275 в гене DRD2 (в гене D2 рецептора дофамина), rs4680 и rs4818 в гене катехол-О-метилтрансферазы (COMT), rs5443 в гене GNB3 (в3-субъединицы G-белка) в формировании ответа на типичные нейролептики и развитии побочных эффектов, вызванных этими препаратами у больных с первым эпизодом шизофрении. С целью выявления генетических маркеров риска развития шизофрении проведен анализ ассоциаций полиморфных локусов rs3918342 и rs2391191 в гене активатора оксидазы D-аминокислот (G72), rs1341402 в гене антисмысловой РНК 1 активатора оксидазы D-аминокислот (G30), rs3737597 в гене белка нарушенного при шизофрении 1 (DISC1), rs6710165 в гене нейрексина 1 (NRXN1), rs13219354 в гене протеазы серина 16 (PRSS16) с параноидной шизофренией.

В результате исследования было установлено, что:

1) Показатель заболеваемости шизофренией (на 100 тыс. населения) в Республике Башкортостан за 2006 – 2010 г.г. снизился на 10,9% и составил в среднем 7,8 на 100 тыс. населения.

2) Больные с первым эпизодом шизофрении в Республике Башкортостан представлены в основном лицами среднего возраста, не состоящими в браке, не имеющими детей и постоянного места работы, с отягощенной наследственностью, с особенностями личности и социальной адаптации в преморбидном периоде.

3) Обнаружен клинический положительный эффект у больных шизофренией при применении типичных нейролептиков с высоким риском возникновения экстрапирамидных явлений. Генетическим маркером повышенного риска развития экстрапирамидного синдрома у больных шизофренией при приеме типичных нейролептиков является генотип DRD2*A1/*A2 по полиморфному локусу rs1800497 гена DRD2.

4) Основным генетическим маркером эффективности терапии шизофрении типичными нейролептиками является генотип COMT*G/*G по полиморфному локусу rs4818 гена COMT.

5) Показана эффективность терапии типичными нейролептиками в отношении позитивной симптоматики у больных шизофренией, несущих генотип DRD2*А1/*А1 по полиморфному локусу rs1800497 гена DRD2 и генотип COMT*Н/*Н по полиморфному локусу rs4680 гена COMT.

6) Генетическими маркерами низкой эффективности терапии шизофрении типичными нейролептиками являются генотип COMT*L/*L и аллель COMT*L по полиморфному локусу rs4680 гена COMT.

7) Установлено, что генетическими маркерами повышенного риска параноидной шизофрении являются аллель G72*С полиморфного локуса rs3918342 гена G72, генотип PRSS16*T/*T и аллель PRSS16*T полиморфного локуса rs13219354 гена PRSS16.

Результаты настоящего исследования подтверждают существующие литературные данные о снижении регистрируемой заболеваемости шизофренией как в России в целом, так в Республике Башкортостан.

Оценка социального статуса больных шизофренией подтверждает пагубные последствия данного заболевания, которые проявляются в нарушении семейных и социальных взаимоотношений у данной категории, способствует возрастанию количества неработающих и инвалидизированных пациентов.

В исследовании подтверждена эффективность и способность типичных нейролептиков уменьшать выраженность психопатологической симптоматики при лечении шизофрении. При этом развивающиеся экстрапирамидные расстройства не представляли опасности для здоровья, но субъективно тяжело переносились больными, ухудшая комплаенс.

Таким образом, результаты настоящего исследования раскрывают некоторые патогенетические аспекты шизофрении и вносят вклад в общее представление о молекулярно-генетических основах развития данного заболевания, что в будущем будет иметь огромное значение для ранней диагностики шизофрении, разработки новых лекарственных средств для её лечения, улучшению долгосрочного прогноза, минимизации негативных социальных последствий, как для пациента, так и его окружения, а также для общества в целом. Перспектива индивидуализации терапии шизофрении, основанная на генетической информации, повысит интерес ученых и даст большой оптимизм относительно коммерческого использования результатов исследования этой проблемы. Обоснованный выбор клинически и экономически эффективной рациональной лекарственной терапии данного заболевания позволит не только снизить прямые затраты на лечение шизофрении, но и улучшить в конечном счете социальные показатели и показатели здравоохранения.

ЧАСТОТНЫЕ И ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭЭГ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОДУКТИВНОЙ И НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ

Бочкарев В.К., Новотоцкий-Власов В.Ю., Самылкин Д.В., Ткаченко А.А.

Москва, ФБГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Минздрава России

Известна неоднозначность и неспецифичность наблюдаемых при шизофрении изменений электрической активности мозга. Анализ базисных клинических характеристик заболевания таких, как общая выраженность продуктивных и негативных расстройств, может оказаться более информативным подходом в поисках нейрофизиологической дисфункции, характерной для этого заболевания.

Цель исследования: выявить различия спектральных характеристик многоканальной ЭЭГ у больных шизофренией с разной выраженностью позитивных и негативных расстройств.

Материал и методы. Изучены характеристики спектра ЭЭГ у больных параноидной шизофренией с преобладанием в клинической картине галлюцинаторно-бредовых расстройств (21 человек) или негативных симптомов (17 человек). Данные сопоставляли с группой здоровых испытуемых (19 человек). Все испытуемые были мужчинами в возрасте от 20 до 50 лет. При оценке выраженности клинических симптомов использовалась шкала позитивных и негативных синдромов PANSS. Исследовали спектральную мощность ЭЭГ от 19 корковых зон в диапазоне 1-60 Гц. Для получения спектральных характеристик применялся адаптивный метод определения частотных границ ритмов ЭЭГ (Новотоцкий-Власов и др., 2012), в результате которого были получены 12 частотных диапазонов, отражающих адекватное исследуемой выборке деление спектра ЭЭГ на независимые показатели. Анализ данных проводился с использованием одномерного дисперсионного анализа и с применением непараметрического корреляционного анализа.

Результаты. Выраженность продуктивной симптоматики, негативной симптоматики и композитного индекса, полученная по данным PANSS, высоко достоверно ($p \leq 0.01$) отличалась в исследуемых группах больных, отражая закономерные клинические различия между ними – реципрокные соотношения выраженности продуктивных и негативных расстройств. В группе с преобладанием позитивных расстройств средний показатель продуктивных симптомов составил 23.6 ± 0.9 , негативных – 20.1 ± 0.7 , композитный индекс – 3.5 ± 1.6 . В группе с преобладанием негативных расстройств эти показатели составили 14.1 ± 0.9 , 24.7 ± 1.6 , 10.7 ± 1.9 , соответственно.

По сравнению со здоровыми испытуемыми группу больных с преобладанием позитивных рас-

стройств характеризовала, редукция частот альфа диапазона (8.1-13.0 Гц) в теменных и затылочных областях мозга. Больных с преобладанием негативных расстройств отличало, преимущественно, диффузное повышение мощности дельта (1.1-4.1 Гц) и бета, гамма диапазонов (20.0-57.7 Гц). Сравнение групп больных между собой выявило различия по мощности дельта диапазона (1.1-4.1 Гц) в лобно-височно-затылочных отделах левого полушария, бета 2 диапазона (15.6-20.0 Гц) - в лобно-височных отделах билатерально и диффузные различия по мощности бета 3 (20.0-24.4 Гц) и бета 4 (24.4-30.7 Гц) диапазонов. У больных с преобладанием негативных симптомов спектральная мощность этих диапазонов была выражена больше, чем у больных с преобладанием позитивных расстройств.

Установлено, что наиболее выраженные и многочисленные отличия ЭЭГ по сравнению со здоровыми испытуемыми соответствуют группе больных с преобладанием негативных симптомов.

Корреляционный анализ суммарных показателей шкалы PANSS и спектральных характеристик ЭЭГ больных выявил отрицательную связь показателя выраженности продуктивных симптомов с мощностью дельта диапазона и мощностью частотных диапазонов в полосе 20.0-57.7 Гц, и менее значимую отрицательную связь этих диапазонов с показателем выраженности негативных расстройств. Характер полученных корреляций свидетельствовал о том, что нарастанию продуктивной симптоматики соответствует, в основном, диффузное снижение мощности дельта диапазона и высокочастотных составляющих ЭЭГ, а негативной симптоматики – противоположные изменения.

Выводы. Фактор общей выраженности продуктивных и негативных расстройств у больных параноидной шизофренией существенно определяет характер изменений ЭЭГ. Различия спектральных характеристик ЭЭГ, связанные с продуктивной и негативной симптоматикой, находят отражение в характере и соотношении региональных и диффузных (общемозговых) изменений. Региональные изменения в виде снижения мощности альфа диапазона относительно группы нормы характеризуют больных с преобладанием позитивных расстройств. Общемозговые изменения больше представлены у больных с доминированием негативной симптоматики. Для этих больных характерно также расширение частотных границ изменений за счет увеличения мощности ЭЭГ в низкочастотных (дельта диапазон) и высокочастотных (бета и гамма диапазоны) полосах спектра.

ПОИСК НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Бохан Н.А., Иванова С.А.

Томск, Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения РАМН

В области транзляционной психиатрии основные направления исследований связаны с поиском биомаркеров, которые могут быть использованы для диагностики психических расстройств, а в перспективе являться молекулярными мишенями для терапевтического воздействия и разработкой фармакогенетических подходов к персонализированной терапии. Биомаркеры – это субстанции, объективно измеряемые и оцениваемые, которые могут служить индикаторами нормальных и патофизиологических процессов или фармакологических ответов организма на терапевтическую интервенцию [2]. Биомаркеры позволяют проверять предполагаемый механизм возникновения и развития патологических состояний. Поиск и оценка биомаркеров психических расстройств является важной задачей для ранней диагностики и подбору адекватной терапии. Результаты исследований, посвященных аффективной патологии, весьма неоднозначны; имеется множество теорий развития аффективной патологии, которые предусматривают участие психологических, социальных, эндокринных, иммунологических, биохимических и генетических факторов [1,3,4].

Целью настоящей работы явилось изучение нейрогуморальных факторов в качестве возможных биомаркеров у пациентов с психическими расстройствами на модели депрессивных и аффективных расстройств.

Материалы и методы. Исследование было проведено в группе пациентов с текущим депрессивным эпизодом в рамках F31-F33, МКБ-10 (94 человека) и психически и соматически здоровых людей (134 человек), соответствующих по полу и возрасту обследуемой группе больных. Для комплексной оценки нейрогуморальных факторов были исследованы показатели серотонинергической системы (концентрация серотонина, полиморфизм Cys23Ser гена рецептора серотонина HTR2C), нейротрофической системы (концентрация мозгового нейротрофического фактора BDNF и полиморфизм гена BDNF), нейростероидной системы (дегидроэпиандростерон ДГЭА и его сульфатированная форма ДГЭА-сульфат), стероидной системы (кортизол). Определение концентрации нейрогуморальных факторов в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа в соответствии с инструкциями по применению наборов реактивов для иммуноферментного определения исследуемых метаболитов (фирмы ЗАО «Алкор Био», «Diagnostics Biochem», «IBL HAMBURG» и «Chemicon

International»). Конечные результаты выражали в единицах, рекомендованных фирмами-изготовителями. Генотипирование проводили с применением наборов реагентов TaqMan® SNP Genotyping Assay на ДНК амплификаторе в режиме реального времени «StepOnePlus» фирмы Applied Biosystems (США). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS, версия 15,0.

Результаты и их обсуждение. Комплексное исследование нейрогуморальных факторов у больных с аффективными расстройствами выявило дисфункцию различных звеньев гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Для пациентов с текущим депрессивным эпизодом характерно статистически значимое ($p=0,018$) повышение содержания кортизола на фоне сниженных концентраций дегидроэпиандростерона сульфата и значительного снижения содержания сывороточного серотонина, а также повышения концентрации мозгового нейротрофического фактора.

Выявлены ассоциации полиморфизмов гена рецептора 2С серотонина (HTR2C) и гена мозгового нейротрофического фактора (BDNF) с депрессивной симптоматикой. Для женщин с текущим депрессивным эпизодом характерна высокая частота генотипа CC гена HTR2C по сравнению с психически и соматически здоровыми женщинами ($p=0,016$). Гендерные отличия в распределении частот аллелей и генотипов обусловлены локализацией гена рецептора 2С серотонина на X-хромосоме. При анализе функциональной активности полиморфизмов, выявлено, что статистически достоверное снижение концентрации серотонина наблюдалась у пациентов с генотипом CC гена рецептора 2С серотонина HTR2C и составила 71 (58-85) нг/мл, а самая высокая концентрация серотонина отмечена при генотипе GG и составила 174 (92-232) нг/мл. Имеется тенденция к снижению частоты аллеля Met и гомозиготного генотипа Met/Met гена BDNF среди пациентов с текущим депрессивным эпизодом по сравнению с группой психически и соматически здоровых людей.

Изменения нейрогуморальных факторов связаны с вариантом аффективной патологии. Отличительной особенностью нейрогуморального спектра у пациентов с биполярным аффективным расстройством является повышение ($p=0,08$) концентрации кортизола на фоне статистически значимого ($p=0,03$) повышения содержания таких нейропротекторных факторов, как ДГЭА и BDNF. Для пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством характерны изменения в содержании сывороточных метаболитов, что проявляется в высоких значениях кортизола на фоне сниженного содержания ДГЭАС и BDNF. Единственный депрессивный эпизод формируется в условиях тенденции к снижению уровня кортизола, концентрации серотонина сыворотки крови и повышения содержания ДГЭАС по сравне-

нию с соответствующими показателями в случае рекуррентного депрессивного расстройства и биполярного аффективного расстройства.

Тяжесть текущего депрессивного эпизода расстройства, наличие атипичной депрессивной симптоматики ассоциированы с нейрогуморальными факторами. Наиболее значимая положительная корреляционная связь тяжести текущего депрессивного эпизода выявлена с уровнем содержания кортизола ($rs=0,35$, $p<0,05$).

Выводы. Проведенные исследования показали, что эндокринные факторы, серотонинергическая система и нейротрофическая система мозга, находясь в реципрокных отношениях, играют важную роль в формировании симптомов депрессивных расстройств. Нейрогуморальные факторы взаимосвязаны с нозологической формой аффективной патологии, степенью выраженности текущего депрессивного эпизода и наличием атипичной депрессивной симптоматики. Определение комплекса нейрогуморальных факторов в сыворотке крови, связанных с различными системами, участвующими в патогенезе депрессивных и аффективных расстройств позволяет рассматривать их в качестве биомаркеров и использовать для дифференциальной диагностики нозологических категорий и оценки тяжести течения психического расстройства.

Работа выполнена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект № 11-36-00213)

«Серотониновая система в модуляции агрессивного и депрессивного поведения: разработка новых подходов к прогнозированию, диагностике и лечению психических расстройств».

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ, ОЦЕНИВАЮЩИХ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ВЫХОДА ИЗ ПРИСТУПА И ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ

Брусов О.С., Злобина Г.П.

Москва, ФГБУ «Научный Центр
Психического Здоровья» РАМН

Установка понятия ремиссии очень важна для больного шизофренией как трудная, но достижимая цель. Важно при этом иметь стандартизированные критерии ремиссии. В настоящее время оценку клинического статуса больного проводят по шкалам PANSS, BPRS и другим; при этом используют полуколичественную ординарную шкалу баллов для оценки степени выраженности симптомов больного. Такой подход в отличие от количественных методов не исключает субъективности врача и является менее точным.

В нашей предыдущей работе показано, что в процессе изменения тяжести состояния больного при формировании ремиссии имеет место активация тромбоцитов хронически больных шизофренией, выявляемая при пропускании центрифугированных клеток через колонку с сефарозой CL-2B. Степень активации оценивали по количеству клеток на выходе из колонки: чем больше активация клеток, тем меньше количество клеток, элюировавших с колонки; т.е. этот количественный способ может явиться инструментом, способным выявлять разную степень активации тромбоцитов в процессе формирования ремиссии. Такой подход при дальнейшей разработке может явиться инновационным способом количественной оценки качества ремиссии.

Целью исследования являлось сравнение изменений клинических параметров позитивных и негативных симптомов PANSS при выходе хронически больных шизофренией из приступа и формирования ремиссии и количественного параметра, оценивающего степень активации тромбоцитов этих больных при гель-фильтрации через сефарозу CL-2B по количеству тромбоцитов, элюировавших с колонки.

Материал и методы. В экспериментах использовали тромбоциты 39 больных шизофренией мужчин с выраженными когнитивными нарушениями и 24 здоровых мужчин. Отбор пациентов, диагностика и клиническая оценка больных проводились сотрудниками лаборатории психофармакологии НЦПЗ РАМН (Зав. лабораторией - д. м. н. Морозова М. А.).

Возраст больных: 35 ± 10 , здоровых доноров: 29 ± 11 лет. Длительность болезни: $10,8 \pm 8,1$ лет.

В момент включения в исследование всем больным был выставлен диагноз параноидной шизофрении с эпизодическим течением и нарастающим дефектом или эпизодическим течением со стабильным дефектом (рубрики по МКБ-10 F 20.01 или F 20.02).

Все пациенты были стационарированы в психиатрическую больницу в связи с развившимся психотическим приступом. У них в клинической картине имелись проявления галлюцинаторно-параноидного или параноидного синдрома.

До начала исследования все пациенты получали антипсихотическую терапию для купирования приступа, преимущественно типичными нейролептиками. Исследование проводили с момента перевода на монотерапию рisperолептом до формирования ремиссии у больных. Дизайн исследования включал исследование тромбоцитов: до лечения рisperолептом в качестве единственного антипсихотика в терапевтической схеме (визит 1 - на высоте приступа); через 1 месяц, в течение которого проводили лечение рisperолептом (визит 2 - этап значительного улучшения состояния больного и начало формирования ремиссии) и через 3 месяца лечения рisperолептом, на этапе

сформированной лекарственной ремиссии (визит 3) Для оценки степени тяжести хронически больных шизофренией в процессе выхода из приступа и формирования ремиссии использовали шкалу оценки позитивных и негативных симптомов PANSS. Оценивали субшкалы PANSS: позитивный (PANSS POS), негативный (PANSSNEG), психопатологический (PANSSPSYCH), суммарный (PANSSTOT).

Кровь брали из локтевой вены утром натощак в пластмассовые флаконы, содержащие цитратный антикоагулянт (1:10). Обогащенную тромбоцитами плазму (ОТП) получали стандартным способом, путем центрифугирования крови при 280g в течение 15 мин при комнатной температуре. Суспензию тромбоцитов получали гель-фильтрацией с использованием сефарозы CL-2B. Подсчет клеток проводили на световом микроскопе фирмы Leitz (Германия) при увеличении в 400 раз.

Результаты и их обсуждение. Оценивали синдромы PANSS: PANSS POS, PANSSNEG, PANSSPSYCH, PANSSTOT в 1, 2, 3 визитах. Посчитаны значения медиан для всех синдромов и значения рангов в нижнем и верхнем квартилях. Показано последовательное уменьшение медианных значений PANSS для всех синдромов от 1 к 3 визиту. Наиболее значительное уменьшение значений PANSS имеет место для PANSS POS: в 1 визите сумма баллов составляет 19,5; во 2 визите - 15; в 3 визите - 11. Можно видеть, что сумма баллов в 3 визите составляет 56,4% от значения в 1 визите, т.е. уменьшается на 43,6%. Самое незначительное уменьшение значений PANSS имеет место для PANSSNEG: сумма баллов в 3 визите уменьшается на 12,5%. Уменьшения значений PANSSPSYCH и PANSSTOT составляют соответственно: 28% и 24,8% от 1 к 3 визиту.

Параллельно с клиническим анализом формирующейся ремиссии изучали состояние тромбоцитов крови. Для этого наносили 500 мкл ОТП на колонку с сефарозой CL-2B и оценивали степень активации тромбоцитов по количеству клеток на выходе из колонки в 1, 2, 3 визитах. В 1 визите количество элюировавших с колонки клеток составляет $2,724 \times 10^7$ - 100%. Во 2 визите - $1,967 \times 10^7$ - эта величина составляет 71,5% от значения в 1 визите. В 3 визите количество клеток на выходе из колонки - $9,807 \times 10^6$. Эта величина составляет 36% от количества клеток, элюировавших с колонки в 1 визите. Можно видеть, что уменьшение количества тромбоцитов на выходе из колонки более значительно (на 64%), чем уменьшение значений PANSS POS (на 43,6%), при выходе больных из приступа и формировании ремиссии от 1 к 3 визиту.

Далее мы оценивали корреляцию количества гель-фильтрованных тромбоцитов с количеством суммарных баллов для синдромов PANSS: PANSSpos, PANSSNEG, PANSSPSYCH, PANSSTOT в 1,2,3 визитах. Показана положительная ранговая корреляция для PANSSPSYCH и количес-

твом тромбоцитов, элюированных с колонки: $r = 0,493 (n=23, p < 0,02)$, в 1 визите. Во 2 и 3 визитах не выявлено достоверных корреляций между клиническими показателями и количеством гель-фильтрованных тромбоцитов.

Результаты настоящего исследования указывают на то, что в процессе формирования ремиссии, мы наблюдали возрастание активации тромбоцитов, и этот эффект при проведении дополнительных исследований может быть использован как параметр, вносящий вклад в оценку качества ремиссии.

Выводы. Сопоставление объективных количественных биологических тестов, характеризующих активацию тромбоцитов больных и клинических тестов, определяющих степень выраженности резидуальных симптомов больного в ремиссии, может позволить разработать стандарты для определения качества ремиссии у больного. Настоящая работа является начальным этапом работы в этом направлении.

АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТАРНЫХ ФЕРМЕНТОВ НЕЙРОМЕДИАТОРНОГО И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ПРИСТУПОМ

Бурбаева Г.Ш., Бокша И.С., Савушкина О.К.,
Каледа В.Г., Омельченко М.А., Терешкина Е.Б.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Цель исследования – найти биохимические предикторы эффективности антипсихотической терапии у пациентов с первым психотическим приступом.

Материал и методы. Пациентам с первым приступом (диагнозы – шизофрения – ШИЗ и шизоаффективный психоз – ШАП, 13 и 8 пациентов, соответственно) проведен курс антипсихотической терапии атипичными нейролептиками. Составлена база данных, содержащая результаты определения активности тромбоцитарных ферментов у этих пациентов и результаты их психометрического тестирования по PANSS. Выполнен поиск корреляций балльных оценок по PANSS и данных об активности тромбоцитарных ферментов (цитохром с-оксидазы – ЦО, глутаматдегидрогеназы – ГДГ и ГАМК-трансаминазы – ГАМК-т), полученных до и после курса лечения. Данные анализировали с помощью программы Statistica 6.0 (Statsoft), модуль непараметрический анализ.

Результаты. В ходе исследования было установлено, что до лечения активность ЦО связана достоверной отрицательной корреляцией с баллами PANSS (как общей «шкалы», так и ее «подшкалы» PANSSneg: коэффициент Спирмена $R = -0,57$,

$p = 0,002$). После лечения появилась также достоверная отрицательная корреляция ГАМК-т с баллами PANSS ($R = -0,60, p = 0,003$). Для предсказания эффективности антипсихотического лечения важны достоверные связи биохимических показателей до лечения и результатов психометрических тестов после лечения. Так, активности ЦО, ГАМК-т, определенные до лечения, оказались связанными достоверными отрицательными корреляционными связями с баллами PANSS после курса лечения ($R = -0,59, p = 0,003$ и $R = -0,46, p = 0,03$, соответственно), а ГДГ – с PANSSpos ($R = -0,45, p = 0,03$). Т.о., чем выше значения этих биохимических показателей до лечения, тем меньше выраженность соответствующих расстройств после лечения (по оценкам PANSS). Кроме того, как и в наших предыдущих исследованиях, при сравнении – до лечения – пациентов с диагнозами ШАП и ШИЗ у первых активность ЦО оказалась достоверно выше, чем у вторых ($p = 0,02$, U-тест Манна-Уитни). То, что у пациентов с ШАП активность ЦО выше, чем у пациентов с ШИЗ, свидетельствует о более благоприятном прогнозе для пациентов с ШАП в отношении эффективности антипсихотического лечения. Достоверными были и различия активности ЦО в случае, когда всю группу пациентов разделили на 3 подгруппы по синдромам – депрессивно-бредовой, маниакально-бредовой, галлюцинаторно-бредовой ($p = 0,02$, критерий χ^2).

Выводы. Относительно более высокие показатели активности тромбоцитарных ферментов – ЦО и ГАМК-т – могут претендовать на роль биохимических предикторов большей эффективности антипсихотического лечения пациентов с первым психотическим приступом атипичными нейролептиками. Активность ЦО до лечения у пациентов с ШАП выше, чем у пациентов с ШИЗ, что может свидетельствовать о большей эффективности лечения атипичными нейролептиками пациентов с ШАП.

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ДИСФУНКЦИИ (НЭД) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИКАМИ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Буланов В.С., Горобец Л.Н., Василенко Л.М.

Москва, ФГБУ «МНИИП» Минздрава России

Цель исследования: Исследование влияния пролонгированных нейролептиков 1 и 2 поколения на нейроэндокринный статус пациенток с психическими заболеваниями в процессе противорецидивной терапии.

Материал и методы исследования. Первую группу составили 27 пациенток, средний возраст

32,1±1,8 года с диагнозами по МКБ-10 параноидная шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма (F 20.1) – 17 чел. (62,9%); шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F 25.2) – 10 чел. (37%). Средняя длительность заболевания составляла 7,4±1,5 лет. Пациентки 1 группы получали противорецидивную терапию инъекциями пролонгированного рisperидона (АВП) в средней дозе 31,9±1,8 мг 1 раз в 2 недели, длительность терапии составляла 8,4±1 мес. Вторую группу составили 22 пациентки, средний возраст – 32,0±1,9 года, с диагнозами параноидная шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма (F 20.1) – 14 чел. (63,6%); шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F 25.2) – 8 (36,4%). Средняя длительность заболевания – 4,7±1,2 лет. Противорецидивная терапия проводилась инъекционными пролонгированными антипсихотиком 1-го поколения (АПП) зуклопентиксом-депо 200 мг 1 раз в 4 недели (15 чел.) и флуфеназином по 25 мг 1 раз в 4 недели (7 чел.). Длительность терапии составляла 12,2±2,9 мес. У всех исследуемых было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Методы исследования: клинический, антропометрический, биохимический, статистический.

Результаты. В 1 группе у всех пациенток была выявлена гиперпролактинемия (1688±146,2 мМЕ/л), сопровождающаяся клиническими симптомами в виде опсоменореи (33,3%), олигоменореи (22,2%), снижения либидо (33,3%), галактореи (25,9%). Кроме этого отмечалось повышение массы тела у 77,7% пациенток. Среднее повышение массы тела за период терапии составило 8,8±1,6 кг. Средние показатели ИМТ также увеличились с 27,4±2,2 до 29,03±1,3. Во 2 группе, так же во всех случаях, была выявлена гиперпролактинемия (1288±159 мМЕ/л), которая сопровождалась опсоменореей (28%), олигоменореей (17%), снижением либидо (17%), галактореей (17%). Повышение массы тела отмечалось у 68,1% пациенток. Среднее повышение массы тела за период лечения составило 7,1±1,2 кг. ИМТ увеличился 26,9±1,1 до 29,6±1,4. Статистический анализ данных выявил достоверное ($p<0,05$) различие в 1 и 2 группе по уровню пролактина. При изучении частоты встречаемости клинических проявлений ГП и прибавки массы тела у больных обеих групп достоверных различий выявлено не было.

Обсуждение и выводы: данные проведенного исследования продемонстрировали, что терапия пролонгированными инъекционными антипсихотиками как АВП, так и АПП, сопровождается формированием нейроэндокринных дисфункций (НЭД) в виде синдрома НГП и повышения массы тела. Кроме того в процессе терапии АВП отмечались более высокие показатели уровня пролактина у больных. Полученные результаты находятся в некотором противоречии с данными научной литературы. Для уточнения влияния пролонгированных форм анти-

психотиков на формирование НЭД требуются дальнейшие исследования.

ИММУНОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Ветлугина Т.П., Никитина В.Б.,
Стоянова И.Я., Семке В.Я.

Томск, ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН

Проблема психической адаптации человека к окружающей среде является актуальной в современных условиях быстрых технологических, социально-экономических преобразований, нарастания социальной напряженности в обществе, в значительной степени превышающих адаптационные возможности индивида. Известно, что пути реализации психоэмоционального стресса определяются реактивностью организма, в частности иммунной реактивностью и стереотипами личностного реагирования на стресс. Различные стрессовые ситуации и экстремальные воздействия ведут с одной стороны, к нейроиммуноэндокринной дисрегуляции, с другой – к дестабилизации психических функций организма, которые проявляются на донозологическом уровне в неспецифических экстранозологических реакциях психической адаптации/дезадаптации. Важное значение для предупреждения трансформации психоэмоционального стресса в патогенный фактор и профилактики формирования пограничной психической патологии приобретает разработка критериев прогнозирования развития психической адаптации к меняющимся условиям, в частности к новым условиям жизнедеятельности.

Целью настоящего исследования является разработка иммунопсихологических критериев возможного прогнозирования развития психической дезадаптации на раннем донозологическом этапе.

Материалы и методы. Обследовано 148 практически здоровых молодых людей, оказавшихся в проблемной ситуации в первый временной период адаптации (2-3 месяца) к новым условиям жизнедеятельности, которые включали смену местожительства и климата, проживание в общежитии, новые межличностные взаимоотношения, новые условия учебы и труда. Для оценки иммунного статуса использовали комплекс стандартных иммунологических тестов с фенотипированием иммунокомпетентных клеток, определением факторов гуморального иммунитета. Экспериментально-психологическое обследование проводили с использованием теста «Нервно-психическая адаптация» (НПА) (Гурвич И.Н., 1992), опросника «Индекс жизненного стиля» (перевод и адаптация Е.Б. Клубовой, 1998), «Шкалы самооценки» Спилберга-Ханина.

Результаты исследования. По тесту НПА и на основании клинко-динамической концепции формирования пограничных психических расстройств (Семке В.Я., 1999) все обследованные распределились на следующие группы. Группу практически здоровых лиц без патологических дезадаптивных проявлений составили 76 человек (51,4%). Во вторую группу вошли 41 обследованный (27,7%) с непатологической психической адаптацией без признаков истощения адаптационных механизмов, которую квалифицировали как психоадаптационное состояние (ПАС). В группу с неблагоприятными прогностическими признаками, снижением адаптивных возможностей, наличием признаков психического истощения и вероятной предпатологией отнесены 31 человек (20,9%), уровень адаптации которых квалифицировали как психодезадаптационное состояние (ПДАС).

При анализе полученных данных установлено, что параметры системы иммунитета 1-й и 2-й групп были практически сопоставимы, в группе лиц с ПДАС выявлены самые низкие значения факторов гуморального иммунитета. Психологическое тестирование выявило постепенное нарастание от «здоровья» к ПАС и ПДАС напряженности общей психологической защиты и ее отдельных механизмов (вытеснение, регрессия, компенсация, реактивные образования), а также личностной тревожности. Из всего объема исследуемых показателей (более 30) с использованием рангового дисперсионного метода Краскела-Уоллиса выделена группа переменных, вносящих наибольший вклад в формирование психодезадаптационного состояния: снижение содержания В-лимфоцитов CD72+ фенотипа, лимфоцитов с маркерами поздней активации HLADR, концентрации сывороточного IgA, высокие баллы личностной тревожности, усиление напряженности общей психологической защиты, механизмов регрессии, компенсации.

Таким образом, проведенные исследования, выполненные в рамках разрабатываемой нами концепции иммунопсихологического защитно-адаптивного комплекса, выявили комплекс критериев, позволяющих прогнозировать развитие психодезадаптационного состояния на начальном этапе психической адаптации к новым условиям жизнедеятельности и проводить различные мероприятия, направленные на повышение адаптационных возможностей индивида, превенцию формирования нозологических форм невротических, связанных со стрессом расстройств.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФНФ в рамках научно-исследовательского проекта «Разработка патодинамической модели психической дезадаптации на основе иммунобиологических и психологических критериев», проект № 12-06-00752.

ПОЛИМОРФИЗМ VAL158MET COMT И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Вильянов В.Б., Орлов И.Ю., Кудряшов А.В.,
Кобозев Г.Н., Ременник А.Ю.

Москва, ФГБУ МНИИП Минздрава России ГБУ ДЗ Москвы
«Центр патологии речи и нейрореабилитации»

Цель исследования. Дисфункция дофаминергических систем может лежать в основе когнитивных нарушений у больных с цереброваскулярной патологией. [Cools, R., Robbins, T.W., 2004; Левин О.С., 2012]. В этой связи изучение молекулярно-генетической предрасположенности регуляции дофаминовой нейротрансмиттерной системы у больных с указанной патологией имеет большое научное и практическое значение. Катехол-орто-метилтрансфераза (COMT) является одним из основных регуляторов биотрансформации дофамина. Активность COMT определяется функциональным полиморфизмом Val158Met в третьем экзоне гена COMT, который заключается в замене гуанина на аденин, приводящим к включению в 158 кодон аминокислоты метионин (Met) вместо валина (Val) в структуру белка. У носителей генотипа MetMet активность фермента снижена на 40% по сравнению с носителями генотипа ValVal [Анохина И.П., с соавт., 2008].

Исследования влияния полиморфизма Val158Met COMT на показатели когнитивного функционирования как здоровых лиц, так и с различными вариантами психических нарушений, и с использованием разнообразных тестов (MMSE, WCST, WISC, CPT), дали неоднозначные результаты, хотя в большинстве работ отмечено преимущество испытуемые с генотипом MetMet [Ozan E et al., 2010; Egan, M.F., Goldberg, T.E., et al., 2010; V. Pieramico, R. Esposito et al., 2012].

Материалы и методы. Обследовано 184 больных (41 женщина и 143 мужчины) с последствиями ишемического и геморрагического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии. Преобладали лица, перенесшие ишемический инсульт (148 человек, 80,4%). Средний возраст в общей выборке испытуемых составлял 55,1 ± 2,2 лет, в группе пациентов с последствиями ишемического инсульта - 59,2 ± 1,5 лет, геморрагического - 46,9 ± 2,1. Материалом для генетического исследования являлась кровь пациентов, взятая из кубитальной вены. Аллельный полиморфизм определялся с помощью метода полимеразной цепной реакции. Распознавание аллелей полиморфизма Val158Met COMT осуществлялось с помощью праймеров TaqMan производства Applied Biosystems. 5-GGAGCTGGGGGCCTACTGTG-3'' и 5'' - GGCCCTTTTCCAGGTCTGACA - 3'', с выделением аллелей Val и Met, генотипов ValVal, ValMet и MetMet.

Когнитивные способности больных были исследованы с помощью сокращенного варианта теста Равена (30 матриц). Тестирование было произведено однократно в течение первых дней пребывания испытуемых в стационаре. Полученные результаты (количество набранных баллов) суммировались в одной из выделенных групп сравнения, с подсчетом средних значений для каждой группы.

Оценка достоверности различий между частотами генотипов в сравниваемых группах производилась по критерию χ^2 . Достоверность различий средних значений по тесту Равена в группах оценивалась по критерию Стьюдента.

Результаты. В результате генотипирования было выделено три варианта генотипа гена COMT Val158Met- ValVal (n=47, 25,5%), ValMet (n=97, 52,7%), MetMet (n=40, 21,7%). Соотношение аллелей Val и Met 51,9% и 48,1% соответственно. Распределение частот генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга ($p > 0,05$). В качестве группы контроля использованы данные P.Karling et al., [2010] по генотипированию выборки здоровых испытуемых европейской популяции (n=867) с соотношением генотипов ValVal (20%), ValMet (49%), MetMet (31%). Соотношение аллелей Val и Met 44,5% и 55,5% соответственно. Сравнение частот генотипов выделенных в исследовании не выявило отличий от группы контроля по критерию χ^2 .

Средние значения по результатам тестирования с использованием матриц Равена распределились следующим образом: ValVal - $81,5 \pm 3,8$ балла; ValMet - $72,7 \pm 4,0$ балла; MetMet - $73,8 \pm 3,9$ баллов. Статистический анализ не выявил достоверные отличия между группами.

Обсуждение полученных данных. По сравнению с контрольной группой, среди испытуемых соотношение аллелей Val и Met несколько отличалось в сторону снижения количества аллелей Met, также меньшим было число больных с генотипом MetMet, хотя эти отличия не достигало уровня статистически значимого. Следует отметить, что распределение генотипов данного варианта полиморфизма довольно вариабельно даже при сравнении результатов исследования в европейской популяции. Можно предположить, что полиморфизм Val158Met COMT не оказывает выраженное влияние на выживаемость больных после инсульта, в противном случае наблюдалось бы отчетливое преобладание какого-либо варианта генотипа у данной категории лиц. Отсутствие статистически достоверных отличий в группах с генотипами ValVal, ValMet и MetMet по среднему баллу теста Равена, полученные в общей выборке больных, без учета длительности их заболевания, возраста и преморбидных особенностей, не позволяют сделать окончательный вывод о влиянии полиморфизма гена COMT Val158Met на когнитивные функции перенесших инсульт. Вместе с тем, следует отметить относительно более высокий

средний балл в группе ValVal, что отличает наши данные от большинства исследований.

Полученные результаты свидетельствуют о возможном влиянии полиморфизма COMT Val158Met COMT на процессы регуляции когнитивных функций больных с последствиями инсульта и обосновывают целесообразность продолжения данного исследования.

РОЛЬ ОЛИГОДЕНДРОГЛИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ШИЗОФРЕНИИ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Востриков В.М., Орловская Д.Д.,
Уранова Н.А.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Введение. Нарушение передачи сигналов между структурами и областями мозга рассматривается как центральное звено в патогенезе шизофрении - гипотеза «нарушенных связей». Нарушения функциональной взаимосвязи между лобной, височной и теменной долями были выявлены не только при шизофрении, но и при аффективных расстройствах. Соответствующие доказательства были получены благодаря внедрению в исследовательскую практику диффузионно-тензорной магнитно-резонансной томографии. Установленное этим методом снижение фракциональной анизотропии в ассоциативных волокнах, соединяющих эти доли может свидетельствовать о наличии структурных изменений в миелиновых оболочках нервных волокон и в клетках, формирующих эти оболочки - олигодендроцитах. Известно, что олигодендроциты в сером веществе коры прилегают к телам нейронов, являясь перинейрональными сателлитами. В белом веществе они образуют миелиновые оболочки аксонов, обеспечивая оптимальное проведение нервных импульсов. Также имеется популяция перикапиллярных олигодендроцитов, которая участвует в транспорте веществ между нейронами и кровью. Сказанное выше делает актуальным изучение роли олигодендроцитов и миелиновых оболочек нервных волокон в аутопсийном мозгу при шизофрении и аффективных расстройствах для выяснения их роли в патогенезе этих заболеваний.

Цель исследования состояла в выявлении по морфологическим критериям (стереологическая морфометрия и электронная микроскопия) особенностей состояния олигодендроцитов в префронтальной коре при шизофрении, биполярном аффективном расстройстве (БАР) и монополярной депрессии (МД) с учетом морфо-функциональных связей этих клеток с телом нейронов, миелинизированными аксонами и капиллярами.

Материал и методы исследования. Изучение олигодендроцитов проведено на 124 образцах

аутопсийного мозга человека, из 2 коллекций. Коллекция лаборатории клинической нейроморфологии НЦПЗ РАМН представлена образцами поля 10 от 64 случаев: 32 случаев без психической патологии (контроль) и 32 случаев шизофрении. Коллекция института Стенли (США) представлена образцами поля 9 от 60-ти случаев (15 случаев нормального контроля, 15 – шизофрении, 15 – БАР и 15 – МД). Для минимизации влияния демографических и клинических факторов диагностические группы в обеих коллекциях были подобраны по возрасту, по полу, по длительности посмертного интервала, времени фиксации ткани в формалине.

В работе использовали метод световой микроскопии и окраски по Ниссию, лаксолевым синим, метод электронной микроскопии, морфометрический стереологический метод оптического диссектора.

Статистический анализ (однофакторная ANOVA) проводили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 ($p < 0.05$).

Результаты и обсуждение. Достоверное снижение численной плотности олигодендроцитов в префронтальной коре при шизофрении выявлено на двух коллекциях аутопсийного мозга. В поле 10 уменьшение составило 25%, в поле 9 – 23%.

Статистически значимое снижение численной плотности олигодендроцитов в слое VI поля 9 выявлено также при аффективных расстройствах. При БАР оно составило 29%, при МД – 19%.

Снижение численной плотности олигодендроцитов выявлено также в подлежащем белом веществе. При шизофрении в поле 10 оно составило 12%, и было статистически значимым. В поле 9 уменьшение составило 6%, но не достигало уровня статистической значимости. При БАР снижение составило 4%, при МД – 8%, но также не достигало уровня статистической значимости. Таким образом, шизофрения и аффективные расстройства характеризуются выраженным снижением численной плотности олигодендроцитов в префронтальной коре.

Взаимоотношения олигодендроцитов с нейронами оценивались по числу перинейрональных олигодендроцитов. Выраженное снижение числа перинейрональных олигодендроцитов в слое III поля 9 на 43% обнаружено в группе БАР, в группе шизофрении снижение составляло 27%, а в группе МД 16%.

Взаимоотношения между олигодендроцитами и капиллярами оценивались по параметру численной плотности перикапиллярных олигодендроцитов. Снижение численной плотности перикапиллярных олигодендроцитов в слое V поля 10 при шизофрении составило 21% по сравнению с контролем.

Таким образом, дефицит перинейрональных, интерфасцикулярных и перикапиллярных олигодендроцитов в префронтальной коре при ши-

зофрении и аффективных расстройствах отражает нарушение их взаимоотношений с нейронами, миелинизированными аксонами и капиллярами и указывает на вовлеченность в патофизиологические процессы.

При шизофрении мы обнаружили ультраструктурные признаки дистрофических и деструктивных изменений перинейрональных, перикапиллярных и интерфасцикулярных олигодендроцитов на фоне относительной сохранности нейронов, астроцитов и микроглиальных клеток. Деструктивные изменения имели признаки апоптоза. В результате электронно-микроскопического исследования показано, что олигодендроциты являются наиболее измененным типом клеток. Деструктивные изменения и гибель олигодендроцитов были выявлены как у молодых, так и у старых больных шизофренией. Ультраструктурные повреждения, по нашему мнению, не являются результатом посмертных аутолитических изменений, так как поврежденные олигодендроциты встречались среди клеток с нормальной ультраструктурой. Наличие деструктивных изменений этих клеток в коре головного мозга у больных шизофренией свидетельствует о том, что их гибель может происходить постоянно в течение заболевания.

Дальнейшее изучение олигодендроцитов при эндогенных психических заболеваниях открывает новые пути к пониманию звеньев патогенеза этих заболеваний, при этом мозг следует рассматривать как глио-нейрональную систему, в которой особую роль играют взаимоотношения олигодендроцитов с нейронами.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS1132816 ГЕНА PIP5K2A С РАЗВИТИЕМ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Вялова Н.М., Лосенков И.С., Федоренко О.Ю.,
Симуткин Г.Г., Иванова С.А.

Томск, ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН

Целью исследования явилось изучение ассоциации полиморфного варианта rs 1132816 гена PIP5K2A с депрессивными расстройствами в русской популяции Сибирского региона.

Проведено обследование 229 больных депрессивными расстройствами, проходивших лечение в отделении аффективных состояний клиник ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. Группу контроля составили 92 психически и соматически здоровых донора. Генотипирование по rs1132816 полиморфизму гена PIP5K2A проводили методом ПЦР в реальном времени с помощью флуоресцентных Taq-man зондов с использованием наборов фирмы Applied Biosystems. Амплификацию и анализ результатов осуществ-

вляли с помощью прибора StepOnePlus («Applied Biosystems», США). Статистическая обработка данных была проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS 20.0. Распределение частот генотипов по исследованным полиморфным локусам проверяли на соответствие равновесию Харди-Вайнберга с помощью критерия χ^2 . Сравнение частот генотипов и аллелей в исследуемых группах проводили по критерию χ^2 . Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Сравнение частот генотипов полиморфного варианта rs1132816 гена PIP5K2A выявило следующее распределение частот генотипов: AA (52,8% и 55,4%), AG (42,8% и 40,2%), GG (4,4% и 4,3%) у больных депрессивными расстройствами и здоровых лиц соответственно. Достоверных различий не выявлено ($P=0,911061$).

Таким образом, нами показано отсутствие ассоциации полиморфного варианта rs1132816 гена PIP5K2A с депрессивными расстройствами в русской популяции Сибирского региона.

Исследование выполнено в рамках государственного контракта № 2012-1.2.1-12-000-1014-1009 Федеральной целевой программы «Разработка комплекса маркеров основных социально значимых психических расстройств на основе изучения молекулярно-генетических механизмов дисрегуляции нейрональных протеинкиназных сигнальных путей» и гранта РФФИ11-04-01102-а «Изучение ассоциации полиморфизма гена PIP5K2A киназы с социально значимыми психическими и поведенческими расстройствами», 2011-2013.

РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ АЛИМЕНТАРНО СПРОВОЦИРОВАННОЙ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В РАННЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ГОМОЦИСТЕИН-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЛАБОРАТОРНЫХ МЫШЕЙ

Жиляева Т.В., Проданец Н.Н., Тихобразова О.П., Касимова Л.Н., Мухина И.В.

Нижегород, Нижегородская государственная медицинская академия

Актуальность. В ряде исследований показано, что у больных эндогенными психическими расстройствами чаще, чем в общей популяции, выявляется гипергомоцистеинемия [Bottiglieri T. et al., 2000]. Согласно Brown A.S. (2007) гипергомоцистеинемия в пренатальном периоде может повышать риск развития шизофрении у потомства в 2,4 раза. Однако результаты, полученные в натуралистических исследованиях, требуют репликации в эксперименте с целью уточнения механизмов развития поведенческих нарушений. Гипергомоцистеинемия

в пренатальном периоде может вызывать нарушения развития головного мозга сама по себе вследствие токсичности гомоцистеина, но поведенческие нарушения могут также возникать из-за дефицита метилирования, так как гипергомоцистеинемия обычно ассоциирована с дефицитом метионина. Кроме того, гипергомоцистеинемия может быть артефактом других биохимических нарушений при эндогенной психической патологии.

Эксперименты на лабораторных животных, подтверждающие влияние гомоцистеина на развитие поведенческих нарушений, проводились на взрослых мышах, при этом данных о влиянии гомоцистеина на развитие головного мозга животных в раннем онтогенезе в литературе не встречается. Не определен минимальный уровень гомоцистеина, способный вызвать поведенческие нарушения у животных. Кроме того, остается неизученным временной интервал в онтогенезе, во время которого гипергомоцистеинемия является наиболее критичной в отношении развития поведенческих нарушений.

В связи с этим **целью работы** явилась разработка модели алиментарно спровоцированной гипергомоцистеинемии у лабораторных мышей в раннем онтогенезе для дальнейшего изучения у них поведенческих нарушений, обусловленных гипергомоцистеинемией без дефицита метилирования. Задачи исследования включали подбор низкофолатной, обогащенной метионином диеты, способной вызвать повышение уровня гомоцистеина у лабораторных мышей, подбор оптимального временного окна для назначения данной диеты, а также оценка поведенческих нарушений у животных, получавших соответствующую диету в раннем онтогенезе.

Материалы и методы. Произведено 5 серий экспериментов с вариациями в составе диеты и процедур исследования. Беременным самкам белых беспородных мышей опытных групп ($n=18$) назначалась специальная диета с вариациями по фолатам, метионину, антагонистам фолатов и времени начала диеты. Контрольной группе ($n=10$) давался тот же корм, но с нормальным уровнем фолатов, метионина и без антагонистов фолатов. Уровень гомоцистеина у самок оценивался методом ИФА через 2 недели от начала диеты. Поведенческие нарушения у потомства оценивались в тесте «открытое поле».

Результаты и их обсуждение. Уровень гомоцистеина был выше нормы через 2 недели от начала диеты во всех опытных группах, кроме 2-й, которая испытывала наименьшую метиониновую нагрузку в диете (от 9,74 до 10,33 мкмоль/л при норме для мышей 2-6 мкмоль/л). При этом рождаемость и выживаемость потомства была значимо снижена во всех группах, где отмечалась гипергомоцистеинемия.

В 1-й серии в опытной группе (гипергомоцистеинемия 9,74 мкмоль/л) было получено потомство (8 особей), которое отличалось значительно сниженной двигательной активностью и слабым со-

сательным рефлексом по сравнению с потомством в группе контроля. К 5 суткам все особи погибли, вероятно, в связи с несовместимыми с жизнью отклонениями в развитии. Предположительно, гибель потомства была вызвана назначением антагонистов фолатов (сульфаниламиды 36 мг/кг массы тела), в связи с чем, в дальнейших сериях эти препараты не использовались.

Во второй серии, которая испытывала меньшую алиментарную нагрузку, чем другие опытные серии, уровень гомоцистеина оставался в границах нормы (4,5 мкмоль/л), рождаемость и выживаемость потомства также оставалась в пределах нормы. При этом у потомства через 2 месяца после рождения в поведенческом тесте «открытое поле» отмечались умеренные поведенческие отклонения (гиподинамия).

В 3 и 4 сериях при увеличении метиониновой нагрузки в диете беременных мышей был полностью нарушен процесс эмбриогенеза.

В 5-й серии, учитывая отрицательные результаты 3 и 4 серий, подсаживание самцов осуществлялось на наиболее длительное время (11 суток), а начало диеты приходилось на 8-11 дни беременности. При этом 2 из 4-х самок погибли через 10 дней от начала диеты, что можно объяснить внутриутробной гибелью плодов на поздних сроках беременности, что оказалось несовместимым с жизнью самки.

Уровень гомоцистеина у самок контрольной группы через 2 недели от начала диеты был в норме, рождаемость была сравнима с популяционной нормой, все рожденные особи выжили. Это говорит о том, что другие неучтенные компоненты диеты (кроме метионина, фолатов и гомоцистеина) не могли спровоцировать снижение рождаемости, выживаемости потомства и поведенческие нарушения в опытных группах.

Таким образом, получить потомство от самок, которые непосредственно во время беременности испытывали гипергомоцистеинемию, представляется невозможным независимо от срока начала диеты, что, вероятно, ассоциировано с развитием тяжелых нарушений развития плода (и/или плацентации), которые несовместимы с дальнейшей жизнью потомства. Назначение диеты на ранних сроках беременности приводит к прерыванию беременности без последствий для жизни самки, назначение такой же диеты на более поздних сроках беременности несет угрозу для жизни самки.

Даже при скомпенсированном уровне гомоцистеина и дефиците фолатов в диете у потомства появляются поведенческие нарушения, которые можно выявить в стандартных поведенческих тестах.

Выводы. Учитывая, что экспериментальные группы с повышенным уровнем гомоцистеина не испытывали дефицит метионина (и соответствен-

но метильных групп), можно предположить, что гипергомоцистеинемия (дефицит фолатов) в пренатальном периоде является независимым от дефицита метилирования патогенетическим фактором, вызывающим тяжелые отклонения в развитии потомства, не совместимые с жизнью.

Учитывая невозможность получить потомство от беременности у мышей, протекающей на фоне гипергомоцистеинемии, для подтверждения влияния гомоцистеина (дефицита фолатов) на формирование поведенческих нарушений, требуется повторение результатов в эксперименте с назначением диеты в другое временное окно - непосредственно после рождения особей, когда формирование грубых врожденных дефектов и нарушение плацентации исключено, а развитие мозга продолжается.

Учитывая полученные в эксперименте результаты, важно обследовать беременных женщин с патологией беременности на гипергомоцистеинемию и проводить ее коррекцию на любом сроке гестации не только с целью лечения акушерских осложнений, но и для профилактики развития тяжелых нарушений развития у потомства.

УЧАСТИЕ ИММУННЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОИДИТОМ ХАШИМОТО

Иванова Г.П., Горобец Л.Н.

Москва, ФГБУ «МНИИП» Минздрава России

Цель исследования: изучение сопряженности иммунологических дисфункций с психопатологическими нарушениями у больных аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) на стадии эутиреоза.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-психологический, иммунологический, эндокринологический, статистический.

Материалы исследования: 319 больных с гипертрофической формой аутоиммунного тиреоидита в фазе эутиреоза. Из общего числа пациентов: 242 женщины репродуктивного возраста и 77 мужчин. Средний возраст - 31,8±0,5 лет. Предполагаемая длительность заболевания от 5 до 8 лет.

Результаты. Клиническая оценка психического состояния больных с АИТ выявила наличие психопатологических расстройств непсихотического уровня, представленных двумя основными синдромами: астеническим и депрессивным. В соответствии с МКБ-10 установленные психические нарушения квалифицировались в двух диагностических рубриках: F48 - Другие невротические расстройства – 163 случаев, соответствующие собственным проявлениям симптомов неврастения, и F32.8 - Другие депрессивные эпизоды - у 156 пациентов, куда включались эпизоды, которые не от-

вечали описанию депрессивных эпизодов в F32.0 – F32.3, но по основным признакам соответствовали критериям депрессии. Анализ дифференцированной оценки астенических проявлений по пяти субшкалам шкалы MFI-20 показал, 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». Аффективные расстройства у больных АИТ проявлялись в виде трех вариантов депрессивного синдрома: тревожно-депрессивного (83 пациента), астено-депрессивного (48 пациентов) и депрессивно-ипохондрического (25 пациентов).

Исходя из существующих представлений о том, что психические расстройства при заболеваниях иммунного происхождения могут являться результатом каскада изменений в системе цитокинов, был проведен анализ профилей цитокинов с учетом выявленных вариантов психических нарушений у больных АИТ. Так, в ходе исследования определены статистически значимые расхождения среднего уровня цитокинов со средними в популяции, с повышением значений их показателей для IL-1, IL-2, а-TNF, а-INF ($p < 0,01$) у субъектов с астеническими проявлениями; для IL-1, IL-2, IL-3, IL-6, а-TNF, а-INF ($p < 0,01$) – с аффективными расстройствами. Результаты сопоставления иммунных показателей с учетом нозологической принадлежности продемонстрировали, что астенические и аффективные расстройства различаются не только по психопатологической структуре, 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, а-TNF); изменение уровня интерферона-а в большей степени выражено у пациентов с аффективной патологией.

Статистический анализ оценки взаимосвязи психопатологических явлений и биологических параметров выявил положительную корреляционную связь между уровнем астении (шкала MFI-20) и цитокинами IL-1 ($r_s = 0,50$, $p < 0,01$), IL-2 ($r_s = 0,49$, $p < 0,01$) и б-INF ($r_s = 0,52$, $p < 0,001$); показателем тревоги, определяемой по трем шкалам и значением уровня IL-2 (шкала HAMА: $r_s = 0,507$, $p < 0,005$; SCL ANX: $r_s = 0,492$, $p < 0,005$ и шкала STAI-I: $r_s = 0,527$, $p < 0,005$); между показателями депрессии по двум шкалам и значением уровня IL-6 (шкала HAMD: $r_s = 0,517$, $p < 0,01$; шкала SCL DEPR: $r_s = 0,627$, $p < 0,005$), а также, отрицательную корреляцию между а-TNF и тяжестью депрессивной симптоматики (шкала HAMD: $r_s = -0,447$; $p < 0,05$; SCL DEPR: $r_s = -0,396$; $p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, по результатам анализа данных можно заключить, что у больных

АИТ еще на стадии сохранной гормонопродуцирующей функции щитовидной железы формируются психические расстройства непсихотического уровня, соответствующие расстройствам, как астенического, так и депрессивного спектра, протекающим с аффектом тревоги. Выявленные психические расстройства на стадии эутиреоза не достигают нозологической завершенности, а проявляются на синдромальном уровне, которые, очевидно, следует трактовать как проявление психической дезадаптации в рамках нарушения функционального барьера системы адаптации на фоне хронического иммунного стресса, опосредованные изменением показателей иммунной системы и носящие неспецифический характер, что, собственно, соответствует представлениям Манфреда Блейлера о психоэндокринном синдроме, обозначающем психические нарушения, формирующиеся в структуре легких форм иммунноэндокринной патологии. Подтверждением тому служит установленная взаимосвязь между такими психопатологическими симптомами, как: астения, тревога и депрессия и отдельными показателями цитокинового профиля, так и выявленная сопряженность изменения состояния активности иммунной системы в виде нарастания уровня показателей провоспалительных цитокинов и усложнением клинической картины психических нарушений, что может отражать патогенетический механизм их формирования.

Проведенное исследование позволяет не только значительно восполнить дефицит представлений о механизмах формирования и клинических особенностях психических расстройств в эутиредную фазу течения АИТ, но также дает основание для разработки патогенетически обоснованных методов терапии выявленных нарушений с использованием комплексной схемы лечения иммуотропными и психотропными препаратами.

ОЦЕНКА АНТИОКСИДАНТНЫХ ФУНКЦИЙ АЛЬБУМИНА И СОСТОЯНИЕ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ МОНОАМИНОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ

Калинина В.В., Грызунов Ю.А.,
Смолина Н.В., Узбеков М.Г., Мисюнжик Э.Ю.,
Шихов С.Н., Добрецов Г.Е.

Москва, ФГБУ Московский НИИ психиатрии
Минздрава России,
ФГУ НИИ физико-химической медицины ФМБА РФ

Введение. В настоящее время значительное внимание уделяется ранней диагностике и своевременной помощи больным с впервые возникшим психотическим заболеванием. Целесообразность раннего вмешательства при первом эпизоде шизофрении обосновывается возможностью ускорения

наступления ремиссии, уменьшения социальных потерь, улучшению качества их жизни. Показано, что у пациентов с шизофренией еще до начала терапии изменяется активность многих важных ферментов, участвующих в метаболизме нейромедиаторных моноаминов. Как следствие, в организме накапливаются токсичные продукты обмена, запускающие процессы свободнорадикального окисления. Немалый интерес представляет состояние систем защиты против возникающей интоксикации и развивающегося окислительного стресса. При изучении этой проблемы обычно измеряются уровень аскорбиновой кислоты, активность антиоксидантных ферментов (СОД) и др. Концентрация и реакционная способность тиоловых групп альбумина в сыворотке крови при психических заболеваниях ранее никем не определялись. Однако нарушение его антиоксидантных функций, возможно, играет роль в развитии метаболических нарушений, которые были определены нами ранее как синдром эндогенной интоксикации.

Целью исследования было изучение окислительно-восстановительных функций альбумина и некоторых биохимических показателей, отражающих состояние нейромедиаторных моноаминов, в организме при первом эпизоде шизофрении и сопоставление полученных данных со шкалой тяжести состояния больных PANSS.

Материалы и методы. Были обследованы 26 человек (средний возраст 28 ± 9), все пациенты поступили в Московский НИИ психиатрии и были обследованы в период первого приступа шизофрении, до лечения. Тяжесть расстройств до лечения составляла 75 ± 2 балла по шкале PANSS, что соответствует умеренной выраженности расстройств. Концентрацию и реакционную способность SH-групп альбумина определяли в альбуминовой фракции сыворотки крови. Концентрацию SH-групп определяли в классической реакции Элмана тиолдисульфидного обмена с тиол-специфичным реагентом – дитионитробензойной кислотой (ДТНБ), в присутствии детергента. Реакционную способность SH-групп альбумина оценивали с помощью модификации реакции Элмана – в отсутствие детергента. Активности моноаминоксидазы (MAO) тромбоцитов и семикарбазид-чувствительной аминоксидазы (CAO) сыворотки крови определяли по методам О.Н.Волошиной, 1985 г. и А.И.Балаклеевского, 1976 г., соответственно. Концентрацию молекул средней массы (МСМ) в плазме крови определяли по методу В.В.Николайчик, 1991 г. Концентрацию малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови определяли с использованием тиобарбитуровой кислоты по методу А.И.Карпищенко, 1999 г.

Результаты. Больные характеризовались достоверным повышением активности моноаминоксидазы тромбоцитов (на 107%; $p < 0,01$) и снижением активности аминоксидазы сыворотки

крови (на 29%; $p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой (10 доноров). У больных наблюдалась корреляция концентрации малонового диальдегида, измеренного в сыворотке крови, и баллов негативной симптоматики по шкале PANSS ($r = -0,55$; $p < 0,01$). Исследование реакционной способности SH-групп, оставшихся неокисленными в реакции с тиол-специфичным реагентом дитионитробензойной кислотой, показало снижение константы скорости реакции (K_v) (на 24%; $p < 0,05$) по сравнению с контролем. Кроме того, больные с первым эпизодом шизофрении разделились на две группы – с высокой и низкой константой скорости K_v . В группе с низкой K_v возникла отрицательная корреляционная связь между активностью моноаминоксидазы тромбоцитов и концентрацией молекул средней массы в сыворотке крови ($r = 0,78$; $p < 0,01$).

Заключение. Полученные данные подтверждают предположение о том, что у больных с ПЭШ еще до начала лечения имеются значительные нарушения моноаминергического нейромедиаторного обмена и свойств тиоловых групп альбумина. Так как альбумин составляет около половины массы всех белков сыворотки крови, участвует в транспорте многих соединений, а также участвует в защите от свободнорадикального окисления, то изменение его функций может оказывать значительное влияние на окислительно-восстановительные процессы в организме. Снижение реакционной способности тиоловых групп альбумина говорит об изменении их «доступности» для взаимодействия с окислителями, а значит и об изменении конформационного состояния всей молекулы. Альбумин является главным транспортным белком, переносящем лекарственные средства, в том числе и психотропные препараты, назначаемые при первом эпизоде шизофрении. Изменение конформационного состояния альбумина может отражаться и на его транспортной функции и приводить к изменению ответа на проводимую терапию.

ОВЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КОМПЛЕМЕНТА

Карпова Н.С., Брусов О.С., Фактор М.И.,
Черемных Е.Г.

Москва

Цель исследования. Иммунная и нервная системы человека связаны между собой. Поэтому возможно использование иммунологических параметров для оптимизации лечения психических заболеваний. Одним из таких параметров является функциональная активность системы комплемента. Нами было показано, что в дебюте психопатологий активность системы комплемента падает по срав-

нению со здоровыми людьми. Далее при лечении больных активность комплемента меняется. При правильно подобранном лечении эта активность начинает увеличиваться. Повышение активности комплемента у пациента помогает определить оптимальную схему лечения. Известный способ оценки активности комплемента по лизису эритроцитов имеет существенные недостатки и, поэтому на практике не используется. Также можно измерять активность системы комплемента методом ИФА. Однако, стоимость такого анализа высока. Нами был разработан метод оценки активности системы комплемента с помощью прибора БиоЛаТ (Россия), предназначенного для подсчета живых подвижных микроорганизмов, таких как инфузории *Tetrahymena pyriformis*.

Материалы и методы. Объекты исследования: сыворотка крови детей с заболеваниями аутистического спектра, находящихся на лечении в стационаре НЦПЗ РАМН.

Оценку активности комплемента проводили (диэтилбарбитуровая кислота), 3,0 г мединала (барбитал натрия), 85 г NaCl, добавляли 5 мл 1 М раствора MgCl₂ и 1,5 мл 1 М раствора CaCl₂, доводили общий объем до 2 л дистиллированной водой; pH приводили к значению 7,4.

Инфузорий *Tetrahymena pyriformis*, штамм WH14 из коллекции Всероссийского НИИ Ветеринарной санитарии и экологии (проф. Долгов В.А.), стерильно культивировали на среде (СК), приготовленной на дистиллированной воде и содержащей 0,5% панкреатического гидролизата казеина (ТУ 9385-002-00479327-94), 0,5% глюкозы (ХЧ), 0,1% дрожжевого экстракта (Springer Германия) и 0,1% NaCl (ХЧ). Для опытов использовали культуру инфузорий через 72 часа после пересадки петлей над горелкой.

Метод автоматического подсчета подвижных объектов, а, как правило, живые инфузории, непрерывно находятся в движении, основан на захвате изображения лунки с рабочим раствором и тест-организмами и программной обработке этого изображения. Это реализовано в приборе БиоЛаТ-3 за счет применения видеокамеры, отцифровки изображения внешним устройством и последовательного перемещения лунок планшета под объектив видеокамеры устройством позиционирования.

В лунки планшета прибора вводили 200 – 300 мкл среды с инфузориями и сыворотку крови – от 10 до 50 мкл. Всего на планшете может быть до 40 лунок, т.е. одновременно можно оценивать до 40 проб.

Для динамического подсчета количества живых инфузорий использовали режим «Экспрессный». В этом режиме программа циклически считает живые клетки в заданных лунках, результаты в режиме реального времени отражаются на экране в виде графиков зависимости количества подвижных

инфузорий от времени экспозиции их в пробах. По окончании опыта вся информация сохраняется в файле формата Excel.

Результаты и обсуждения. Для определения активности комплемента мы использовали веронал-мединаловый буфер, содержащий Ca²⁺ и Mg²⁺, pH 7,4. Исследуемые образцы находились в данном буфере, в нем же разводили и инфузории. К пробам добавляли стандартное количество сыворотки крови больных и здоровых людей (40 мкл). Затем с помощью прибора БиоЛаТ измеряли количество живых инфузорий. В качестве контроля использовали образцы, не содержащие сыворотки. Как показатель активности комплемента определяли время полужизни инфузорий. При этом активность системы комплемента пациентов с психопатологией была ниже, чем у здоровых. В настоящее время нами был разработан новый буфер с триэтаноломином, содержащий Ca²⁺ и Mg²⁺, pH 7,4. Результаты измерения активности комплемента в двух буферах были одинаковые.

Выводы. Разработанный метод может быть широко использован для подбора лечения больных с разными типами психопатологии.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФУНКЦИИ СЕНСОРНОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И ПРОИЗВОЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ПОВЕДЕНИЯ

Киренская А.В., Ткаченко А.А., Самылкин Д.В.,
Ковалева М.Е., Новотоцкий-Власов В.Ю.

Москва, ФБГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии
им. В.П. Сербского» Минздрава России

Проблема своевременной диагностики эндогенных психических расстройств является одной из приоритетных в современной психиатрии. Сложность распознавания шизофрении обуславливает необходимость выделения нейробиологических предикторов эндогенных расстройств. Перспективным подходом к ранней диагностике шизофрении может явиться применение нейрофизиологических эндофенотипов, которые проявляются как дефицит в реализации определенных нейрофизиологических тестов у больных шизофренией и отражают действие генов, предопределяющих риск развития заболевания (Turetsky et al., 2007). Феномен торможения вызванной волны P50 и антисаккады (АС) относятся к наиболее валидным кандидатам в эндофенотипы шизофрении (Braff, et al., 2007). Торможение P50 отражает эффективность процессов сенсорной фильтрации на стадии предвнимания. Характеристики АС позволяют оценить сохранность процессов, связанных с произвольным вниманием и контролем поведения.

Цель работы – изучить влияние длительности заболевания шизофренией на выраженность нарушений показателя торможения P50 и характеристик АС, а также оценить информативность этих методов для ранней диагностики шизофрении.

Методика. В исследовании участвовали 30 больных параноидной шизофренией (F20.0 по МКБ-10) и 21 психически здоровый испытуемый-доброволец. Больных разделили на две группы: в группу 1 вошли 15 больных с первым психотическим эпизодом, а в группу 2 – 15 больных с давностью заболевания более 5 лет. Клиническая симптоматика больных оценивалась количественно с помощью методики PANSS.

Вызванную волну P50 получали в ответ на парные стимулы (85 дБ, 1мс, межстимульный интервал в паре – 500 мс, всего – 100 пар) и анализировали в зоне вертекса (Cz). Торможение P50 вычисляли (%) как подавление амплитуды потенциала P50 на второй стимул в паре по сравнению с первым.

В тесте с антисаккадами для зрительной стимуляции использовали светодиоды, один из которых был расположен в центре, а два других – в 10° справа и слева от него (периферические стимулы-мишени – ПС). Испытуемые совершали саккады в точку, расположенную симметрично ПС в противоположном зрительном поле. Регистрировали ЭЭГ от 19 отведений и электроокулограмму. Оценивали характеристики саккад и амплитуду медленных негативных потенциалов, развивающихся в период ожидания ПС (аналог условно-негативной волны – УНВ). Среднюю амплитуду потенциалов вычисляли в интервале 1000 мс до ПС. Как известно, медленное негативное отклонение, предшествующее целевому стимулу, отражает активацию коры головного мозга, связанную с процессами внимания и подготовки саккады в соответствии с требованиями задачи и текущей мотивацией (Иванова, 1991).

Взаимосвязь нейрофизиологических показателей и шкал PANSS анализировали с помощью корреляционного анализа (по Спирмену). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы SPSS 11.0.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ обнаружил высоко достоверное снижение торможения P50 в обеих группах больных шизофренией по сравнению с нормой. При этом в группе нормы торможение P50 составило 62,9±5,3 %, в группе 1 – 13,3±19,8 % (p<0,01), в группе 2 – 1,4±30,6 % (p<0,01). По данным литературы, снижение торможения P50 отражает дефицит сенсорной фильтрации и сопровождается нарушениями внимания, сенсорной перегруженностью и развитием психотической симптоматики (Potter et al., 2006). Согласно данным клинико-психопатологического обследования подобные нарушения наблюдались у больных как группы 1, так и группы 2.

Тест с антисаккадами больные шизофренией выполняли значительно хуже, чем здоровые испытуемые. Процент ошибочных ответов в группе нормы составил 4,8±0,7 %, в группе 1 – 16,5±4,3 % (p<0,05), в группе 2 – 16,8±3,0 % (p<0,01). Также была значительно увеличена латентность саккад, которая составила в группе нормы 274,7±8,4 мс, в группе 1 – 347,6±21,9 мс (p<0,01), а в группе 2 – 435,6±29,2 мс (p<0,001 при сравнении с нормой и p<0,05 при сравнении с группой 1).

В группе нормы выделен комплекс медленных негативных потенциалов, описанный ранее в аналогичных условиях предъявления зрительных стимулов (Kirenskaya et al., 2011). При этом динамическое картирование амплитуды УНВ показало наличие двух фаз: на ранней фазе (в интервале 1000–800 мс до ПС) зона негативности локализовалась в лобно-центрально-теменной области с максимумом в медиальной лобной области (Fz: -1,30±0,22 мкВ), а в поздней фазе (200 мс до ПС) наблюдалось формирование второго максимума в теменно-затылочной области.

В группе больных шизофренией с первым психотическим эпизодом амплитуда и топография медленных негативных потенциалов ЭЭГ были близки к наблюдавшимся в группе нормы. Выраженные отличия от нормы по характеристикам УНВ обнаружены у больных с длительностью заболевания более 5 лет. Характерной особенностью этой группы больных было отсутствие лобного фокуса УНВ в течение всего периода анализа наряду с общим снижением амплитуды негативности. Зона негативности низкой амплитуды локализовалась в центрально-теменной области с максимумом в зоне вертекса (Cz: -0,78±0,30 мкВ). Статистический анализ межгрупповых различий по амплитуде потенциалов показал, что характеристики группы 2 достоверно отличались как от группы нормы, так и от группы 1. В обоих случаях обнаружена значимость факторов «Группа» и «Группа x Область» (p<0,05), а также достоверно сниженная у больных группы 2 амплитуда негативных потенциалов в отведениях Fz, F3 и F4 (p<0,05).

Как показал анализ корреляций между шкалами PANSS и характеристиками АС, количество и структура статистически значимых корреляций в двух группах больных существенно различались. В группе больных с первым психотическим эпизодом обнаружено лишь 13 значимых корреляций, из которых 7 относились к корреляциям с характеристиками саккад и 6 – с амплитудой потенциалов. В группе больных с давностью заболевания более 5 лет обнаружена 31 значимая корреляция, из которых 30 относились к амплитуде потенциалов ЭЭГ, главным образом, в лобных и центральных отведениях.

Корректное выполнение АС предъявляет высокие требования к функциональному состоянию лобной коры, т.к. включает такие когнитивные

процессы как планирование поведения на основе внутренних представлений (инструкции), рабочую память, торможение рефлекторных саккад к ПС. Качество выполнения теста, которое оценивается по количеству ошибок и латентности саккад, оказалось значительно сниженным у больных как группы 1, так и группы 2. Вместе с тем, уровень лобной активации при подготовке АС у больных с первым психотическим эпизодом не отличался от здоровых испытуемых, хотя высокий процент ошибочных ответов свидетельствует о снижении эффективности контроля поведения со стороны лобной коры. У больных с длительностью заболевания более 5 лет дисфункция лобной коры проявилась более отчетливо. Прежде всего, обращает внимание дефицит лобной активации, обусловленный, по-видимому, глубокими нарушениями функциональном состоянии лобной коры (метаболическими, микроструктурными и пр.). На важную роль дисфункции префронтальной коры в патогенезе шизофрении указывают и многочисленные корреляции между шкалами PANSS и амплитудой потенциалов ЭЭГ в передних отделах коры, обнаруженные во второй группе больных. Увеличение латентности АС, особенно выраженной у больных группы 2, также рассматривают как проявление нарушений в функционировании нервных контуров префронтальной коры, отвечающих за программирование АС. Можно предположить, что при увеличении длительности заболевания нарастание лобной дисфункции определяет развитие дефицитарной симптоматики, которая в нашем исследовании наблюдалась преимущественно у больных группы 2.

Выводы. Проведенные исследования выявили отчетливые нарушения показателя торможения P50 и характеристик антисаккад у больных шизофренией как с первым психотическим эпизодом, так и при длительности заболевания более 5 лет. Таким образом, данные показатели могут служить в качестве нейробиологических критериев для ранней диагностики шизофрении.

Работа поддержана грантом РГНФ №12-06-00809

«РАСКАЧКА» ИЛИ «КАЧЕЛИ» В МОДЕЛИРОВАНИИ ПРОГРЕДИЕНТНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЯ НА ЭТАПАХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ?

Козловский В.Л.

*Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский
научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева*

Поиск препаратов нового поколения, обладающих психотропной активностью является актуальной частью современной биологической

психиатрии. Несмотря на успехи и современные подходы к разработке способов моделирования психических нарушений, до настоящего времени в психофармакологии неизвестно адекватных приемов оценки предполагаемой психотропной активности испытуемого препарата. Особенность моделирования психической патологии определяется сложностью организации и пластическими процессами, включенными в функционирование систем мозга не только при патологии, но и в нормальных условиях.

Молекулярные подходы к изучению действия новых психотропных препаратов эксплуатируют самые совершенные на сегодняшний день приемы (компьютерное моделирование, фармакогенетические методы, методы радиолигандного связывания меченых препаратов и прижизненную оценку фиксации формирующихся нейрохимических изменений). Несмотря на это за последние десятилетия «принципиально» новых психотропных препаратов не появилось в практической медицине, а те, что применяются в практике, были созданы на основе концепций, сформировавшихся в середине 20в.

При этом в лабораторной практике наряду с современными приемами скрининга новых препаратов, нейрофизиологические методы оценки поведения животных занимают не последнее место. Оценка и изменение форм поведения животных в определенных экспериментальных условиях зачастую дает довольно значительное количество информации, позволяющей экстраполировать, регистрируемые показатели на потенциальные клинические эффекты.

Основная трудность моделирования психических заболеваний на животных состоит в разработке моделей прогрессивного формирования психического нарушения, потому что психическое заболевание имеет отчетливые тенденции к усугублению начавшихся патологических нейрохимических нарушений, без учета которых адекватность предлагаемых методов весьма сомнительна и не дает возможности оценки действия препарата на всем протяжении течения заболевания. Вышеупомянутые методики (острого опыта) позволяют детально оценивать соответствующие изменения только на отдельном конкретном этапе развития психической патологии.

В то же время, в лабораторной практике применяются и хронические модели нарушений ЦНС, которые в той или иной мере учитывают этот параметр. Среди таких примеров наиболее известен феномен «kindling» (раскачка, разжигание), применяемый для оценки эффективности действия противоэпилептических препаратов и тимостабилизаторов. Суть метода состоит в том, что длительно наносимое однотипное раздражение со временем определяет развитие соответствующих патологических знаков, возникающих уже и спонтанно. Их

регистрация позволяет проследить во времени характер действия испытуемых агентов.

С другой стороны, периодически наносимое повреждение постепенно сенсibiliзирует суб-старт-мишень, вызывая, в конечном счете, спонтанное формирование патологических изменений. Однако, подобный подход не учитывает (или только односторонне учитывает) однонаправленный характер патологического воздействия. При этом сложность организации функциональной деятельности мозга, помимо положительных связей активации предполагает также включение компенсаторных механизмов (сдерживания/противодействия) патологической импульсации за счет вовлечения механизмов отрицательной обратной связи, восстанавливающих status quo.

Учитывая сказанное, на наш взгляд, значительные перспективы могут иметь методы моделирования психических расстройств, также учитывающие прогрессивность течения патологии, но включающие при этом еще элемент компенсаторной функции в виде патологического воздействия с обратным знаком действия по отношению к первичному повреждающему агенту.

Если первый подход, условно можно обозначить как «раскачку» (однотипное воздействие длительное время), то второй, как «качели» (поочередные разнонаправленные влияния) на патогенетические звенья, формирующие «систему болезни» (с патологическим фактором и системами компенсации).

В качестве примера первого подхода моделирования известна модель раскачки (kindling), упомянутая выше (подобное направление разрабатывается также в исследованиях по биологической наркологии), в качестве второго – нами предложена модель прогрессивного психотического состояния, формируемая поочередным введением агонистов/антагонистов дофаминергической передачи, принудительно включающая компенсаторные механизмы, что, в конечном счете, приводит к нарушению поведения животных, эквиваленты которых могут рассматриваться как корреляты поведения пациентов страдающих шизофренией.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ КОГНИЦИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Коровайцева Г.И., Алфимова М.В.,
Голиббет В.И., Абрамова Л.И.,
Омельченко М.А., Калета В.Г.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Одним из важных объектов трансляционных исследований в психиатрии является когнитивный дефицит больных шизофренией. Так, в США ему

посвящена специальная программа трансляционных исследований – Cognitive Neuroscience Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia Initiative (CNTRICS). Когнитивный дефицит при шизофрении состоит из нарушения базовых (внимания, рабочей памяти и пр.) и социальных когниций. Последние включают в себя несколько способностей, среди которых наибольшее внимание исследователей шизофрении привлечено к распознаванию мимической экспрессии эмоций (РЭ) и способности понимать мысли, чувства и намерения других людей (theory of mind, TOM). Трансляционные исследования социальных когниций представляют собой более сложную проблему по сравнению с изучением базовых, в частности, ввиду отсутствия адекватных животных моделей. В этой связи возрастает роль молекулярно-генетических подходов к анализу социальных когниций при шизофрении.

Мы проанализировали ассоциации РЭ и TOM с полиморфными маркерами в генах дофаминергической (Val158Met COMT, Taq1A DRD2/ANKK1, VNTR-3 DRD4) и серотонинергической (5-HTTLPR SLC6A4, A-1438G 5-HTR2A) систем. Для этого у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством (n=299) и здоровых (n=232) оценивали распознавание эмоций, изображенных актерами на фотографиях, и TOM. Для измерения TOM применяли задачи на ложные убеждения второго порядка и задачи на выявление оплошностей. Для того чтобы проконтролировать возможные источники ассоциаций между генами и социальными когнициями, мы также оценивали остроту симптоматики у больных и мотивационные компоненты общения, выраженность черт тревожно-депрессивного ряда и нейрокогнитивные функции у больных и здоровых, для чего использовали различные шкалы и тесты (PANSS, MMPI, EPI, STAI, RAVLT, TMT-B и др.). В исследовании участвовали больные, находившиеся на стационарном лечении, состояние которых допускало проведение нейропсихологического обследования. Критериями исключения являлись неврологические и тяжелые соматические заболевания, образование менее 9 классов, не европейское происхождение. В контрольную группу, кроме того, не включали лиц с расстройствами шизофренического и аффективного спектра или имеющих отягощенную наследственность по этим заболеваниям. Все испытуемые были информированы о целях и процедуре исследования и дали письменное согласие на участие в нем. Выделение ДНК проводили из образцов крови или смывов из ротовой полости фенол-хлороформным методом. Для определения генотипов использовали стандартные, опубликованные методики.

Больные продемонстрировали статистически значимые нарушения РЭ и TOM. Эти нарушения коррелировали с симптоматикой, нейрокогнитивным дефицитом и тревожностью, но не мотивационными

асpekтами общения. Выраженность нарушений РЭ в группе больных была ассоциирована с полиморфизмом 5-HTTLPR гена транспортера серотонина. Более значительные нарушения РЭ наблюдались в случае присутствия в генотипе аллеля S 5-HTTLPR, ведущего к снижению экспрессии гена. Не было обнаружено модифицирующего влияния клинических и психологических особенностей больных на эту ассоциацию. Кроме того, у больных (n=209) выявлен значимый эффект взаимодействия маркера Val158Met COMT с полом на решение ТОМ-задач на ложные убеждения второго порядка (понимание мыслей другого человека о мыслях третьего). Анализ этого эффекта показал, что среди больных женщин оценки ТОМ были ниже у обладательниц аллеля Met, ведущего к замедлению метаболизма дофамина в лобной коре, по сравнению с генотипом ValVal. Фактором, модифицирующим эту ассоциацию, оказалась выраженность общих психопатологических симптомов. Их учет приводил к исчезновению статистической значимости ассоциации полиморфизма Val158Met COMT с ТОМ. В контрольной группе не выявлено связи РЭ и ТОМ с изученными генетическими маркерами.

В целом результаты изучения ассоциации РЭ с полиморфизмом 5-HTTLPR, указывающие на роль аллеля S в формировании дефицита распознавания эмоций больными шизофренией, согласуются с данными о влиянии гена транспортера серотонина на активацию миндалины при восприятии разгневанных и испуганных лиц и распознавание этих эмоций в норме. Они позволяют говорить о существовании самостоятельных генетических механизмов нарушения РЭ при шизофрении, не сводимых к механизмам, лежащим в основе формирования симптомов или общего когнитивного дефицита. Не выявлено непосредственного влияния полиморфизма изученных генов серотонинергического и дофаминергического обмена на формирование нарушений ТОМ. Однако характер связей между маркером Val158Met COMT и ТОМ дает возможность предположить, что у страдающих шизофренией женщин генетический полиморфизм катехол-О-метилтрансферазы может влиять на социальные когниции через модуляцию стрессовой реакции больных на остроту своего состояния.

Исследование выполнено при частичной поддержке грантом РФФИ № 12-06-00040-а.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ VAL66MET BDNF И VAL158MET COMT НА РАЗВИТИЕ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РЕЗУЛЬТАТЕ ИНСУЛЬТА

Кудряшов А.В., Вильянов В.Б., Кобозев Г.Н., Орлов И.Ю., Ременник А.Ю.

Москва, ФГБУ МНИИП Минздрава РФ, ГБУ ДЗ Москвы «Центр патологии речи и нейрореабилитации»

Цель исследования. Определение роли указанных вариантов полиморфизма на развитие аффективных нарушений в структуре психоорганического синдрома в результате инсульта.

Материалы и методы. Обследовано 184 больных (41 женщина и 143 мужчины) с последствиями ишемического или геморрагического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии. Преобладали лица, перенесшие ишемический инсульт (148 человек, 80,4%). Средний возраст в общей выборке испытуемых составлял 55,1 ± 2,2 лет, в группе пациентов с последствиями ишемического инсульта - 59,2 ± 1,5 лет, геморрагического - 46,9 ± 2,1. Материалом для генетического исследования являлась кровь пациентов, взятая из кубитальной вены. Аллельный полиморфизм определялся с помощью метода ПЦР. Для определения полиморфизма Val66Met гена BDNF были использованы олигонуклеотидные праймеры TaqMan производства Applied Biosystems: 5'-GAGGCTTGACATCATTTGGCT-3' и 5'-CGTGACAAGTCTGCGTCCT-3', соответственно, выделены генотипы ValVal, ValMet и MetMet. Для определения полиморфизма Val158Met COMT использованы праймеры 5'-GGAGCTGGGGGCTACTGTG-3' и 5'-GGCCCTTTTCCAGGTCTGACA-3', с выделением генотипов ValVal, ValMet и MetMet. Обследование больных проводилось в течение первых трех дней пребывания испытуемых в стационаре. Оценка ассоциированности вариантов генотипа с рассматриваемыми группами больных осуществлялась по критерию хи-квадрат (χ²).

Результаты. Были выделены группы больных с различными вариантами аффективных нарушений: 1) Гипертимные – характеризовались стеничностью в поведении, оптимистичной оценкой ситуации, высокой мотивированностью на участие в нейрореабилитационных мероприятиях; 2) Эутичные – лица со стабильно ровным эмоциональным фоном, при этом продуктивные на занятиях по нейрореабилитации; 3) Тревожные – с тревожным аффектом, нередко в сочетании с ипохондрическими и обсессивно-фобическими проявлениями; 4) Тоскливые – со стойким снижением настроения, тоскливым аффектом, брадипсихией и низкой мотивацией на реабилитацию; 5) Эксплозивные – с дисфорическими реакциями, импульсивностью, конфликтностью; 6) Эйфорические – с повышенным настроением, благодушием, беспечностью, снижением критики к своему состо-

янию; 7) Апатические – равнодушные к результатам проводимых лечебных мероприятий, аспонтанные в поведении.

В соответствии с полученными вариантами генотипа Val66Met BDNF, больные были разделены на 2 группы: носители генотипа Met – (ValVal) BDNF и Met + (ValMet и MetMet) BDNF. Статистический анализ выявил значимое влияние указанных генотипов на распределение больных с выделенными вариантами аффективных нарушений ($\chi^2=18,3$; $df=6$; $p<0,01$). В группе с генотипом Met- отмечалось преобладание гипертимных больных (25,6%) В то же время в группе Met+ BDNF отмечалось значительное преобладание тревожных (30,9%) и тоскливых (23,6) больных по сравнению с группой Met- BDNF (17,6% и 13,6% соответственно. Эйфорических больных было больше в группе Met+ BDNF (18,2).

Статистический анализ выявил значимое влияние генотипов полиморфизма Val158Met COMT на распределение больных с выделенными вариантами аффективных нарушений ($\chi^2=21,8$; $df=12$; $p<0,05$). В группе с генотипом MetMet, по сравнению с группой ValVal, преобладали тревожные больные (35,6%). В то же время тоскливые больные значительно преобладали в группе ValVal COMT (25%) по сравнению с группой MetMet COMT (13,3%). В группе ValVal COMT отмечалось преобладание гипертимных (25%) и эйфорических (20,8%) больных по сравнению с группой MetMet COMT (15,6% и 13,3% соответственно). Эксплозивные больные преобладали в группе гетерозигот ValMet (16,1%) по сравнению с группами гомозигот ValVal (2,1%) и MetMet (6,7%). Полученные данные указывают на дифференцированное влияние исследуемых вариантов генотипа на характер аффективных нарушений в структуре психоорганического синдрома больных с последствиями инсульта.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С КЛИНИЧЕСКИМИ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА

Лапин И.А., Мельникова Т.С.

Москва, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России

Цель исследования: выявить взаимосвязи мнестико-интеллектуальных нарушений с клиническими и электроэнцефалографическими характеристиками депрессивного симптомокомплекса.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологически, патопсихологически и электроэнцефалографически обследовано 202 правши (83 мужчин и 119 женщин) с рекуррентным депрессивным расстройством легкой и уме-

ренной тяжести (F 33.0 и F33.1 по МКБ 10; 8-18 и 19-26 баллов по HDRS, соответственно) в возрасте 19-40 лет (средний возраст 32+4,4). В зависимости от преобладающего аффекта выделены 3 группы: в 1 вошли депрессивные пациенты с доминирующим тревожным аффектом (n 92); 2 - тоскливым (n 69); 3 - апатическим (n 41); группу контроля составили 52 здоровых испытуемых. Группы сравнения были сопоставимы по полу, возрасту, социальному положению. Из исследования исключались беременные и кормящие женщины, лица с острыми и декомпенсированными хроническими соматическими заболеваниями, органическим поражением головного мозга любой этиологии. Для оценки когнитивных нарушений использовались следующие показатели: непосредственная память, научение, интерференция, отсроченное воспроизведение, забывание, точность воспроизведения, узнавание верное, узнавание неверное, эффективность извлечения, узнавание в целом, точность в целом, общий индекс слухоречевой памяти, шифровка, вербальная беглость, числовые ряды, отсчитывание, общий индекс психической скорости, общий индекс внимания, общий индекс рабочей памяти, общий когнитивный индекс. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась при помощи программы Statistica 6.0. ЭЭГ регистрировали с помощью аппаратно-программного комплекса «НЕЙРО-КМ» (Россия) с частотой дискретизации 200 Гц и полосой пропускания от 0 до 45 Гц. Запись осуществляли монополярно по схеме «10-20». Референтным электродом служил объединенный ушной электрод. Математический анализ ЭЭГ осуществляли при помощи системы «Brainsys» (автор и разработчик А.А. Митрофанов) Оценивались показатели спектральной мощности и когерентности. Взаимосвязи нарушений когнитивного функционирования с ЭЭГ-параметрами оценивались при помощи корреляционного анализа по методу Пирсона, после приведения показателей ЭЭГ к нормальному распределению, для этого данные спектрального анализа логарифмировались, а показатели когерентного анализа рассчитывались по формуле $(\ln(\text{Coh I}/(1-\text{Coh I}))$.

Результаты. Анализ полученных данных выявил достаточно большой разброс выраженности когнитивных нарушений от их отсутствия, до достаточно резкого когнитивного дефицита. Что позволило сформировать две группы сравнения. В первую вошли лица без значимых нарушений памяти, внимания, психической скорости и истощаемости, во вторую пациенты с достаточно выраженными нарушениями когнитивных функций. Данное разделение подтверждалось результатами кластерного анализа по методу К-средних, при помощи которых, прослежена клиническая неоднородность выборки. Сопоставление результатов когнитивного тестирования с клиническими данными позволило сделать вывод об относительной «доброкачественности»

легких тревожных депрессий. Пациенты с легкой тревогой отличались отсутствием значимых когнитивных нарушений, а в единичных случаях показали результаты тестирования, превосходящие нормативные данные. Выраженная и умеренная тревога, тоска и апатия наоборот приводили к серьезному ухудшению мнестико-интеллектуальной деятельности.

Факторный анализ по методу главных компонент с применением (Варимакс) вращения данных клинических шкал (HDRS и HARS - депрессии и тревоги Гамильтона) пациентов с выраженными нарушениями когнитивного функционирования позволил выделить 3 фактора. Первый фактор отмечен высокими нагрузками (более 0,7) на переменные связанные с соматизированной депрессией с нарушениями сна (HARS 4 - инсомния, HARS 11 - гастроинтестинальные симптомы, HDRS 5 - средняя бессонница, HDRS 6 - поздняя бессонница, HDRS 16 - потеря в весе), второй тревожной ажитированной депрессией (HARS 1 - тревожное настроение, HARS 14 - поведение при осмотре, HDRS 9 - агитация, HDRS 10 - психическая тревога), а третий тоскливой депрессией с заторможенностью и ипохондрией (HARS 6 - депрессивное настроение, HDRS 1 - депрессивное настроение, HDRS 7 - снижение работоспособности и активности, HDRS 8 - заторможенность, HDRS 12 - желудочнокишечные соматические симптомы, HDRS 14 - генитальные симптомы, HDRS 15 - ипохондрия), в то время как, у пациентов с незначительными когнитивными нарушениями подобным образом классифицировать переменные не представлялось возможным.

Корреляционный анализ взаимосвязей нарушений мнестических функций (по интегральному показателю «воспроизведение в целом») со спектральными характеристиками ЭЭГ показал, что память у пациентов тем лучше, чем более сохранен основной ритм, больше мощность гамма в левой префронтальной и правых задней, средней височной и теменной коре (положительная корреляция). Наоборот, мощность тета в передних отделах и бета-2 в теменно-центральных слева связаны с низкими показателями памяти (отрицательная корреляция). Когерентный анализ ЭЭГ показал себя как более чувствительный и специфичный метод для оценки возможного субстрата когнитивных нарушений (по сравнению со спектральным анализом). При этом, с мнестическими нарушениями ассоциирована более высокая когерентность по гамма-ритму передних корковых зон с задними корковыми зонами как ипси-, так и контрлатерального полушария, высокие значения когерентности длинных внутри- и межполушарных связей по бета-2, тета и дельта ритмам (отрицательная корреляция, $p < 0,05$). Пациенты с большей напряженностью коротких и средних межполушарных и внутриволновых взаимодействий передних корковых зон по альфа и тета ритмам,

наоборот отличались более высокими показателями по индексу слухоречевой памяти (положительная корреляция, $p < 0,05$). Определенный интерес представляет тот факт, что мощность гамма ритма положительно коррелирует с результатами тестирования памяти, в то время как когерентность - отрицательно, полученные данные, с этим уточнением, подтверждают взгляды ученых на гамма-ритм, как ритм когнитивного функционирования. Но представления о связи гамма-когерентности с более высокой интеллектуальной и мнестической продуктивностью, возможно, нуждаются в корректировке.

Выводы. 1. Тяжесть депрессии и ведущий аффект существенно влияют выраженность когнитивных нарушений. Пациенты с легкой тревогой отличались отсутствием значимых когнитивных нарушений, а выраженная и умеренная тревога, тоска и апатия наоборот приводили к серьезному ухудшению мнестико-интеллектуальной деятельности.

2. С выраженными нарушениями когнитивного функционирования связаны 3 депрессивных симптомокомплекса: соматизированной депрессии с нарушениями сна, тревожной ажитированной депрессии, тоскливой депрессии с заторможенностью и ипохондрией.

3. Мнестические нарушения у депрессивных пациентов тем меньше, чем более сохранен основной ритм, больше мощность гамма в левой префронтальной и правых задней, средней височной и теменной коре. Наоборот, мощность тета в передних отделах и бета-2 в теменно-центральных слева связаны с низкими показателями памяти.

4. С мнестическими нарушениями ассоциирована более высокая когерентность по гамма-ритму передних корковых зон с задними корковыми зонами как ипси-, так и контрлатерального полушария, высокие значения когерентности длинных внутри- и межполушарных связей по бета-2, тета и дельта ритмам. Пациенты с большей напряженностью коротких и средних межполушарных и внутриволновых взаимодействий передних корковых зон по альфа- и тета-ритмам, наоборот показали более высокие показатели по индексу слухоречевой памяти.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СВЕТЕ «ТРАНСЛЯЦИОННОЙ» ПСИХИАТРИИ

Лебедева И.С., Каледва В.Г.,
Семенова Н.А., Ахадов Т.А.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, НИИИДХиТ ДЗ г. Москвы

Накопленные к настоящему времени данные уже не оставляют сомнений в том, что структурно-функциональная патология ЦНС является одним из ключевых элементов патогенеза психи-

ческих заболеваний, в том числе так называемого «эндогенного» характера. Особую роль в этой связи приобретают высокотехнологичные методы оценки состояния головного мозга человека – методы нейровизуализации, хотя следует сказать, что весь диапазон их возможностей в психиатрии пока еще до конца не определен.

Исследование в этом направлении, ставящее целью определение взаимосвязей между аномалиями головного мозга и клиническими особенностями различных психических заболеваний, проводится уже несколько лет в «НЦПЗ» РАМН совместно с НИИНДХиТ ДЗ г.Москвы. Настоящее сообщение оценивает потенциал ряда методов нейровизуализации на примере исследования больных юношеской приступообразной шизофренией.

Материалы и методы. В первой фазе исследования объектом анализа являлись 30 больных мужчин юношеской приступообразной шизофренией (16-27 лет), которые обследовались на этапе становления ремиссии после первого или второго эпизода заболевания. Контрольная группа включала 27 подобранных по возрасту психически здоровых мужчин.

Обследование проводили на 3T Phillips Achieva томографе (Phillips, Голландия), оснащенном градиентной системой Dual Quasar, 8-канальной приемной радиочастотной катушкой для головы и приставкой Eloquence (In-Vivo- Phillips, Голландия). Протоколы обследования включали т.н. структурную MPT (T1W_3D_TFE, TR 8.2 мс, TE 3.7 мс, FA 8 град (средний), FOV 240) с последующей морфометрией - определением объемов серого и белого вещества головного мозга (SPM8, Friston et al., 2007; www.fil.ion.ucl.ac.uk/spm) и т.н. функциональную MPT (T2 EPI (FE_EPI SENSE), TR 2000 мс, TE 30 мс, EPI Factor 69, FOV 240, Thk 4 мм; 150 динамик, 30 срезов, парадигма oddball) – позволяющую оценить активацию отделов мозга во время задачи на избирательное внимание. Также проводили обследование методом ИМР-спектроскопии (PRESS, TE=35 мс, TR=2000 мс), воксель (20x15x10 мм³) помещали в области средней лобной и надкраевой извилин левого и правого полушарий, колена и валика мозолистого тела, что позволяло определить концентрацию ряда мозговых метаболитов в этих структурах. Проводили также диффузионно-тензорную MPT (протокол DTI high iso, TE 70 ms, TR - 6589 ms, FOV 240), результатом которой являлись характеристики проводящих путей головного мозга.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование указало на высокую информативность использованных методов, позволило выделить профиль нейроанатомических и функциональных аномалий головного мозга при исследуемом заболевании в виде редукции объема серого вещества в зонах верхней височной извилины и островка; отсутствии статистически значимых межгрупповых

различий по объему белого вещества за исключением области в валике мозолистого тела, отсутствию различий по уровню основных метаболитов в средних лобных и надкраевых извилинах, снижении показателя фракционной анизотропии в колене мозолистого тела, более низкой активации медиальной лобной извилины правого полушария и надкраевых извилин во время выполнения задачи на избирательное внимание. В целом, на ранних этапах юношеской приступообразной шизофрении максимальная патология головного мозга была выявлена в височных отделах, а также для ряда проводящих путей (включая мозолистое тело), что, вместе с данными других нейронаук, может быть использовано для создания новых прогностических и диагностических маркеров в психиатрической клинике.

Работа поддержана грантом РФФИ 12-06-00284а

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА СЕРТОНИНА 2С (HTR2C) В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Левчук Л.А., Вялова Н.М., Лосенков И.С.,
Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Иванова С.А.

Томск, ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН

Причины и механизм развития депрессивных расстройств в настоящее время полностью не раскрыты, однако, большинство исследователей полагают, что ключевые патогенетические механизмы депрессивных расстройств связаны с нарушениями нейрохимических процессов (обмена нейромедиаторов, таких как серотонин, норадреналин, ацетилхолин и др.). Депрессивные расстройства сопровождаются снижением активности серотонинергической системы, а также взаимодействиями полиморфных локусов генов серотонинового обмена, определяющими предрасположенность к развитию аффективных расстройств. Известно, что полиморфизм гена рецептора серотонина 2С (HTR2C) ассоциирован с активацией гипоталамо-гипофизарной оси, длительная активация и нарушение которой приводит к возникновению тревожной и депрессивной симптоматики (Brummett V.H. et al., 2012). Полагают, что изменения серотонинергической системы могут представлять собой биологическую основу компонента черт личности, предрасполагающего к депрессивным расстройствам, и депрессивное поведение является процессом, разворачивающимся при взаимодействии факторов, влияющих на черты личности, и факторов, влияющих на состояние личности (Van Heeringen K., 2003).

Целью настоящей работы явилось изучение полиморфизма гена рецептора 2С серотонина (HTR2C) у пациентов с аффективными расстройствами и психически здоровых людей.

Материалы и методы. Исследование было проведено в группе пациентов с текущим депрессивным эпизодом в рамках F31-F33, МКБ-10 (94 человека) и психически и соматически здоровых людей (91 человек), соответствующих по полу и возрасту обследуемой группе больных. Генотипирование по локусу rs6318 (Cys23Ser) гена HTR2C проводили с применением набора реагентов TaqMan® SNP Genotyping Assay и Real-Time ДНК амплификатора «StepOnePlus» фирмы Applied Biosystems (США). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS, версия 15,0. Ген рецептора 2С серотонина HTR2C локализован на Х хромосоме, в связи с чем анализ распределения частот генотипов и аллелей проводили с учетом полового признака.

Результаты и их обсуждение. Исследование распределения частот генотипов HTR2C в обследованных группах показало преобладание гомозиготного генотипа GG как в группе женщин, так и в группе мужчин. Частота данного генотипа в группе женщин с текущим депрессивным эпизодом составила 73,3%, в группе здоровых женщин – 85,7%, в группе мужчин с текущим депрессивным эпизодом генотип GG встречается в 78,9% случаев, в группе контрольных мужчин – в 82,1% случаев. Вторым по частоте встречаемости у женщин был гетерозиготный генотип GC, частота его составила 14,7% и 14,3% в группе больных и здоровых женщин. Обращает на себя внимание различие в распределении генотипов в группах мужчин, так, в группе мужчин с текущим депрессивным эпизодом вторым по частоте встречаемости был генотип GC (15,8% случаев), менее всего представлен гомозиготный генотип CC (5,3% больных мужчин), в то время как в группе здоровых мужчин вторым по частоте встречаемости был генотип CC (14,9% случаев), реже всего встречался генотип GC (3,5% здоровых мужчин). В группе женщин наиболее редким был гомозиготный генотип CC, этот генотип обнаружен у 12% пациенток, в группе здоровых лиц его обнаружено не было.

По частоте встречаемости аллелей в исследуемых группах преобладал аллель G, так, в группе женщин с текущим депрессивным эпизодом частота этого аллеля составила 81%, в выборке здоровых женщин - 93%. В группе мужчин с текущим депрессивным эпизодом аллель G встречается у 87% пациентов, в группе здоровых мужчин частота этого аллеля снижается до 76%.

Генотипирование по локусу Cys23Ser гена HTR2C выявило статистические различия между распределением генотипа CC у пациенток с текущим депрессивным эпизодом по сравнению с психически и соматически здоровыми женщинами ($X^2=8,2$; $p=0,016$). При анализе данного полиморфного локуса гена рецептора серотонина 2С в группе мужчин обеих групп не было выявлено статистических различий ($X^2=2,86$; $p=0,239$). Ана-

лиз распределения аллелей полиморфного варианта Cys23Ser гена HTR2C показал, что частота аллеля С среди пациенток с текущим депрессивным эпизодом статистически значимо выше, чем у женщин контрольной группы ($X^2=7,57$; $p=0,006$). Статистически значимых различий в распределении аллелей изучаемого полиморфного локуса гена HTR2C в группе мужчин двух изучаемых выборок обнаружено не было ($X^2=0,009$; $p=0,92$).

Нами также было проведено исследование содержания серотонина в сыворотке крови пациентов с текущим депрессивным эпизодом. Выявлено, что самая низкая концентрация серотонина наблюдалась у пациенток с генотипом CC гена рецептора 2С серотонина HTR2C и составила 71 (58-85) нг/мл, а самая высокая концентрация серотонина отмечена при генотипе GG и составила 174 (92-232) нг/мл.

Таким образом, при исследовании полиморфизма гена рецептора 2С серотонина (HTR2C) выявлено значимое повышение частоты встречаемости гомозиготного генотипа CC и минорного аллеля С среди женщин с текущим депрессивным эпизодом. Известно, что экспрессия гена HTR2C с аллелем С в локусе Cys23Ser приводит к образованию белка, имеющего в 2 раза более низкую аффинность к серотонину, т.е. продукты каждого из аллелей отличаются способностью связывать серотонин. Белок, кодируемый аллелем С, связывается с молекулами модулятора с силой в два раза меньшей, чем вариант молекулы, получаемый от аллеля G, что, вероятно, объясняет снижение содержания сывороточного серотонина у пациенток с генотипом CC. Исследование К. Iwamoto et al. (2005) показало, что полиморфизм гена HTR2C участвует в патогенезе депрессии и действию антидепрессантов, показана ассоциация аллеля С с большим депрессивным и биполярным расстройством. В исследовании Н.М. Fentress (2005) выявлена связь присутствия минорного аллеля С со сниженным уровнем бессонницы и наличием психосоматических заболеваний у пациентов с депрессивными расстройствами.

Выводы. В результате нашего исследования выявлено значимое повышение частоты встречаемости гомозиготного генотипа CC и минорного аллеля С гена рецептора 2С серотонина (HTR2C) и сопутствующее снижение содержания сывороточного серотонина у женщин с текущим депрессивным эпизодом по сравнению с психически здоровыми женщинами. Полученные результаты согласуются с данными современных исследований и подтверждают участие полиморфизма гена рецептора серотонина 2С в патогенезе аффективных расстройств.

Работа выполнена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект № 11-36-00213) «Серотониновая система в модуляции агрессивного и депрессивного поведения: разработка новых подходов к прогнозированию, диагностике и лечению психических расстройств».

ГЕНЫ, СВЯЗАННЫЕ С АЛЬТЕРНАТИВНЫМ МЕТАБОЛИЗМОМ ТРИПТОФАНА, КАК БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ШИЗОФРЕНИИ

Лежейко Т.В., Олейчик И.В., Столяров С.А.,
Кондратьев Н.В., Габаева М.В., Голиббет В.Е.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Целью исследования является поиск ассоциации полиморфизмов в гене кинуренин-3-монооксигеназы (КМО) с шизофренией. КМО принимает участие в биохимическом пути альтернативного метаболизма триптофана. Известно, что триптофан и его метаболиты участвуют в различных процессах, регулирующих функции большинства клеток, при этом характер регуляции во многом зависит от особенностей обмена триптофана, определяемых конкуренцией между разными путями его деградации. Одним из путей метаболизма триптофана в организме является кинурен-кинурениновый путь, который ведет к образованию токсических продуктов, в том числе и в головном мозгу. Нейротоксические эффекты могут быть причиной развития шизофрении, это предположение явилось основой «кинуренин-кинуреновой», или «кинуреновой», гипотезы происхождения шизофрении. В поддержку гипотезы свидетельствует тот факт, что в спинномозговой жидкости больных шизофренией выявляется повышенный по сравнению с контролем уровень кинуреновой кислоты (KYNU). Образование KYNU зависит от активности фермента КМО, который превращает KYNU в 3-гидроксикинуренин. Ген КМО находится на хромосомном участке 1q42-44, для которого ранее было обнаружено сцепление с шизофренией. В гене описано более десятка вариаций (полиморфизмов), которые использовали для поиска ассоциации с шизофренией в популяциях из Японии и стран Скандинавии (Aoyama et al. 2006; Holtze et al. 2011, 2012). В этих исследованиях сообщалось об ассоциации между полиморфизмами rs2275163 (C/T) и rs1053230 (A/G) и шизофренией. В настоящей работе мы продолжили изучение указанных полиморфизмов у больных шизофренией из русской популяции.

Материалы и методы. В исследование был включен 331 больной (143 женщины и 188 мужчин, средний возраст 39.27±13.9 лет, средний возраст к началу заболевания 25.02±9.6 лет) с диагнозом шизофрения (рубрика F20 по МКБ-10). Помимо клинико-психопатологического обследования больного, проводили психометрическую оценку выраженности симптомов шизофрении с помощью шкалы PANSS. Контрольная группа включала в себя 361 человека без психических заболеваний (202 женщины и 159 мужчин, средний возраст 33.4±12.9 лет). Генотипирование по полиморфизмам rs2275163 (C/T) и rs1053230(A/G) проводили методом ПЦР. Подбор праймеров и рестриктаз осуществлен совместно с ИМБ РАН (к.б.н. Д.С. Карпов). Генотипы

для rs2275163 были получены для всей выборки, а для rs1053230 - для 288 больных шизофренией (167 женщин и 121 мужчина) и 205 человек контрольной группы (110 женщин и 95 мужчин). Статистическая обработка включала в себя построение таблиц сопряженности с использованием критерия X² для оценки значимости различий и однофакторный дисперсионный анализа.

Результаты и их обсуждение. Генотипы по полиморфизму rs2275163 (C/T) в группе больных были распределены следующим образом: CC – 41.4% (137 человек), CT – 47.7% (158) и TT – 10.9% (36). В контрольной группе их частота составляла, соответственно, 40.2% (145 человек), 48.5% (175) и 11.3% (41). Значимых различий между группами обнаружено не было. Также не было обнаружено значимых различий между группами мужчин и женщин. В то же время в группе носителей генотипа CC была отмечена тенденция к большей выраженности негативных симптомов ($p=0.10$) и значимое повышение выраженности общих патологических симптомов по шкале PANSS по сравнению с носителями генотипа TT (28 vs 26 баллов и 51.7 vs 47.0 баллов, соответственно). Полученный результат согласуется с данными работы Wonodi et al. (2011), в которой также не было обнаружено ассоциации полиморфизма rs2275163 с шизофренией, но оказалось, что генотип CC связан с худшим выполнением нейрокогнитивных тестов, а также с пониженной экспрессией РНК в образцах мозга, взятых посмертно у больных шизофренией. Распределение генотипов по полиморфизму rs1053230(A/G) было следующим: AA- 11.8% (34 человека), GA – 41% (118), GG - 47.2% (136); а в группе контроля – AA – 14.1% (29 человек), GA – 40.4% (103), GG – 35.6% (73). В частоте генотипов в группах больных и здоровых обнаружены статистически значимые различия ($X^2=6.6$; $df=2$, $p=0.036$). Эти различия были обусловлены повышенной частотой генотипа GG, и, соответственно пониженной частотой аллеля А в группе больных по сравнению с контролем. Сравнение частоты этого генотипа с генотипами, содержащими аллель (GA и AA), позволило рассчитать величину отношения шансов, которая составила 1.62 при 95%-ном доверительном интервале 1.12-2.33 ($X^2=6.6$, $df=2$, $p=0.01$). Ранее сообщалось об ассоциации полиморфизма rs1053230 с депрессией, причем у больных по сравнению с контролем также было обнаружено снижение частоты аллеля А (Claes et al. 2011).

Выводы. Изучение связи между полиморфизмами гена КМО и шизофренией показало, что 1) генотип CC полиморфизма rs2275163 связан с клиническими особенностями заболевания; 2) аллель G полиморфизма rs1053230 ассоциирован с самим заболеванием, что позволяет рассматривать его в качестве потенциального маркера для оценки предрасположенности к шизофрении.

Работа выполнена при частичной поддержке грантом РФФИ № 12-04-00108-а

ГЕНЫ, СВЯЗАННЫЕ С АЛЬТЕРНАТИВНЫМ МЕТАБОЛИЗМОМ ТРИПТОФАНА, КАК БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ШИЗОФРЕНИИ

Лежейко Т.В.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Целью исследования является поиск ассоциации полиморфизмов в гене кинуренин-3-монооксигеназы (КМО) с шизофренией. КМО принимает участие в биохимическом пути альтернативного метаболизма триптофана. Известно, что триптофан и его метаболиты участвуют в различных процессах, регулирующих функции большинства клеток, при этом характер регуляции во многом зависит от особенностей обмена триптофана, определяемых конкуренцией между разными путями его деградации. Одним из путей метаболизма триптофана в организме является кинурен-кинурениновый путь, который ведет к образованию токсических продуктов, в том числе и в головном мозгу. Нейротоксические эффекты могут быть причиной развития шизофрении, это предположение явилось основой «кинуренин-кинуреновой», или «кинуреновой», гипотезы происхождения шизофрении. В поддержку гипотезы свидетельствует тот факт, что в спинномозговой жидкости больных шизофренией выявляется повышенный по сравнению с контролем уровень кинуреновой кислоты (KYNU). Образование KYNU зависит от активности фермента КМО, который превращает KYNU в 3-гидроксикинуренин. Ген КМО находится на хромосомном участке 1q42-44, для которого ранее было обнаружено сцепление с шизофренией. В гене описано более десятка вариаций (полиморфизмов), которые использовали для поиска ассоциации с шизофренией в популяциях из Японии и стран Скандинавии (Aoyama et al. 2006; Holtze et al. 2011, 2012). В этих исследованиях сообщалось об ассоциации между полиморфизмами rs2275163 (C/T) и rs1053230 (A/G) и шизофренией. В настоящей работе мы продолжили изучение указанных полиморфизмов у больных шизофренией из русской популяции.

Материалы и методы. В исследование был включен 331 больной (143 женщины и 188 мужчин, средний возраст 39.27±13.9 лет, средний возраст к началу заболевания 25.02±9.6 лет) с диагнозом шизофрения (рубрика F20 по МКБ-10). Помимо клинико-психопатологического обследования больного, проводили психометрическую оценку выраженности симптомов шизофрении с помощью шкалы PANSS. Контрольная группа включала в себя 361 человека без психических заболеваний (202 женщины и 159 мужчин, средний возраст 33.4±12.9 лет). Генотипирование по полиморфизмам rs2275163 (C/T) и rs1053230(A/G) проводили методом ПЦР. Подбор праймеров и рестриктаз осуществлен совместно с ИМБ РАН (к.б.н. Д.С. Карпов). Генотипы для rs2275163 были получены для всей выборки, а

для rs1053230 - для 288 больных шизофренией (167 женщин и 121 мужчина) и 205 человек контрольной группы (110 женщин и 95 мужчин). Статистическая обработка включала в себя построение таблиц сопряженности с использованием критерия Х² для оценки значимости различий и однофакторный дисперсионный анализа.

Результаты и их обсуждение. Генотипы по полиморфизму rs2275163 (C/T) в группе больных были распределены следующим образом: СС – 41.4% (137 человек), СТ – 47.7% (158) и ТТ – 10.9% (36). В контрольной группе их частота составляла, соответственно, 40.2% (145 человек), 48.5% (175) и 11.3% (41). Значимых различий между группами обнаружено не было. Также не было обнаружено значимых различий между группами мужчин и женщин. В то же время в группе носителей генотипа СС была отмечена тенденция к большей выраженности негативных симптомов (p=0.10) и значимое повышение выраженности общих патологических симптомов по шкале PANSS по сравнению с носителями генотипа ТТ (28 vs 26 баллов и 51.7 vs 47.0 баллов, соответственно). Полученный результат согласуется с данными работы Wonodi et al. (2011), в которой также не было обнаружено ассоциации полиморфизма rs2275163 с шизофренией, но оказалось, что генотип СС связан с худшим выполнением нейрокогнитивных тестов, а также с пониженной экспрессией РНК в образцах мозга, взятых посмертно у больных шизофренией. Распределение генотипов по полиморфизму rs1053230(A/G) было следующим: АА- 11.8% (34 человека), GА – 41% (118), GГ - 47.2% (136); а в группе контроля – АА – 14.1% (29 человек), GА – 40.4% (103), GГ – 35.6% (73). В частоте генотипов в группах больных и здоровых обнаружены статистически значимые различия (Х²=6.6; df=2, p=0.036). Эти различия были обусловлены повышенной частотой генотипа GГ, и, соответственно пониженной частотой аллеля А в группе больных по сравнению с контролем. Сравнение частоты этого генотипа с генотипами, содержащими аллель (GА и АА), позволило рассчитать величину отношения шансов, которая составила 1.62 при 95%-ном доверительном интервале 1.12-2.33 (Х²=6.6, df=2, p=0.01). Ранее сообщалось об ассоциации полиморфизма rs1053230 с депрессией, причем у больных по сравнению с контролем также было обнаружено снижение частоты аллеля А (Claes et al. 2011).

Выводы. Изучение связи между полиморфизмами гена КМО и шизофренией показало, что 1) генотип СС полиморфизма rs2275163 связан с клиническими особенностями заболевания; 2) аллель G полиморфизма rs1053230 ассоциирован с самим заболеванием, что позволяет рассматривать его в качестве потенциального маркера для оценки предрасположенности к шизофрении.

Работа выполнена при частичной поддержке грантом РФФИ № 12-04-00108-а

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА GSK3B У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ РЕГИОНА СИБИРИ

Лосенков И.С., Вялова Н.М., Левчук Л.А.,
Симуткин Г.Г., Иванова С.А.

Томск, Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»
ТНЦ СО РАМН

Цель исследования. Целью исследования явилось выявление ассоциации однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) rs334558 и rs645582 гена GSK3B, кодирующим киназу гликогенсинтазы 3в, с развитием депрессивного расстройства.

Материалы и методы. Были обследованы образцы ДНК пациентов, проходивших лечение в отделении аффективных состояний клиник ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. Пациенты имели клинически верифицированные диагнозы по Международной классификации болезней, версия 10 (МКБ-10) «депрессивный эпизод» (F32) и «рекуррентное депрессивное расстройство» (F33). Было обследовано 152 пациента русской популяции Сибирского региона (Томск и Томская область) (39 мужчин и 113 женщин в возрасте от 20 до 60 лет). Группу контроля составили 154 психически и соматически здоровых донора русской популяции Сибирского региона (Томск и Томская область), из них 66 женщин и 88 мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Тотальную ДНК выделяли из венозной крови сорбентным методом. Венозную кровь брали из локтевой вены в период с 8.00 до 9.00 натощак в пробирки фирмы BD Vacutainer с антикоагулянтom ЭДТА.

Генотипирование по SNP rs334558 и rs645582 проводили методом real-time PCR с использованием наборов фирмы Applied Biosystems на приборе StepOne Plus (Applied Biosystems). Статистическая обработка данных была проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS 20.0. Соответствие частот генотипов равновесию Харди–Вайнберга оценивали с использованием критерия Хи-квадрат. Сравнение частот генотипов и аллелей в исследуемых группах проводили по критерию Хи-квадрат. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,01$.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования не было обнаружено отклонения частот генотипов SNP rs334558 и rs645582 гена GSK3B от равновесия Харди–Вайнберга ($p < 0,01$). Статистически достоверных различий между частотами генотипов и аллелей SNP rs334558 в сравниваемых группах выявлено не было ($p > 0,01$). Частоты гомозигот ТТ в группе здоровых и больных депрессивными расстройствами составили 26,0% и 27,0% соответственно. Встречаемость гетерозигот СТ в группе здоровых была 48,0%, в группе больных – 52,0%. Частоты гомозигот СС в группе здоровых и больных депрессивными расстройствами составили

26,0% и 21,1% соответственно. Частота встречаемости аллеля Т в группе здоровых доноров была 50%, в группе больных – 53%. Частоты встречаемости аллеля С в группе здоровых и больных составили 50% и 47% соответственно.

Изучение частот генотипов и аллелей SNP rs645582 не выявило различий в исследуемых группах ($p > 0,01$). Встречаемость гомозигот АА в группе здоровых и больных депрессивными расстройствами составила 29,5% и 23,7% соответственно. Частота гетерозигот АG в группе здоровых была 42,9%, в группе больных – 52,0%. Частоты гомозигот GG в группе здоровых и больных депрессивными расстройствами составили 27,7% и 23,7% соответственно. Частота встречаемости аллеля А в группе здоровых доноров была 51%, в группе больных – 50%. Частоты встречаемости аллеля G в группе здоровых и больных составили 49% и 50% соответственно.

Последние десять лет активно изучается роль внутриклеточного белка киназы гликогенсинтазы 3в (GSK-3в), принимающим участие в процессах синаптической пластичности, формирования нейрональной поляриности, синаптической передачи, роста и гибели нейронов в патогенезе аффективных расстройств. Большинство работ посвящено поиску ассоциаций полиморфизмов гена данного белка с биполярным аффективным расстройством и его связь развитием с депрессивными расстройствами практически не изучена. Результаты, полученные в нашем исследовании, согласуются с немногочисленными данными литературы. Так, в работе Saus et al. (2010), выполненной на выборке размером 256 человек европейской популяции, было проанализировано 11 SNP гена GSK3B (в том числе rs334558), однако не было показано наличие ассоциации с развитием большого депрессивного расстройства. В тоже время авторы продемонстрировали, что генотип СС по SNP rs334558 связан с более ранней манифестацией депрессии. В исследовании Yoon et al. (2010) (выборка в 317 человек, корейская популяция) также не было обнаружено ассоциации SNP rs334558 с развитием большого депрессивного расстройства и со склонностью к суициду. По-видимому, SNP rs334558 не обуславливает формирование восприимчивости к развитию депрессивных расстройств. Данные о связи SNP rs645582 с депрессивными расстройствами в настоящий момент отсутствуют. В нашей работе впервые показано, что данный полиморфизм не ассоциирован с данной патологией. Необходимы дальнейшие исследования для изучения роли гена киназы гликогенсинтазы 3в в развитии депрессии, направленные на поиск связи его SNP с клиническим полиморфизмом депрессивных расстройств.

Выводы. Таким образом, по данным нашего исследования не было выявлено ассоциации SNP rs334558 и rs645582 гена GSK3B с развитием депрессивных расстройств.

Исследование выполнено в рамках государственного контракта № 2012-1.2.1-12-000-1014-1009 Федеральной целевой программы «Разработка комплекса маркеров основных социально значимых психических расстройств на основе изучения молекулярно-генетических механизмов дисрегуляции нейрональных протеинкиназных сигнальных путей» и гранта РФФИ №12-04-31268 МОЛ_А_2012 «Роль киназы гликогенсинтазы 3 бета в патогенезе депрессивных и биполярных аффективных расстройств» (2012-2013).

ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ КИНАЗЫ ГЛИКОГЕНСИНТАЗЫ 3В У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лосенков И.С., Вялова Н.М., Левчук Л.А.,
Симуткин Г.Г., Иванова С.А.

Томск, Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»
ТНЦ СО РАМН

Цель исследования. Целью исследования явилось определение общего уровня киназы гликогенсинтазы 3в (GSK-3в) и уровня ее фосфорилированной по серину-9 формы в мононуклеарах крови больных аффективными расстройствами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 36 больных аффективными расстройствами, проходивших лечение в отделении аффективных состояний клиник ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. Пациенты имели следующие клинически верифицированные диагнозы по Международной классификации болезней, версия 10 (МКБ-10): биполярное аффективное расстройство (БАР), (F31) – 10 человек, депрессивное расстройство – 26 человек, из них 14 с диагнозом депрессивный эпизод (F32), и 12 с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство (F33). Критерием исключения для группы пациентов с БАР явился прием препаратов лития. Группу контроля составили 19 психически и соматически здоровых доноров.

Венозную кровь брали из локтевой вены в период с 8.00 до 9.00 натошак в пробирки фирмы BD Vacutainer с антикоагулянтом ЭДТА до начала медикаментозной терапии. Мононуклеары крови были выделены из венозной крови на градиенте фикола. Содержание GSK-3в общей и ее формы, фосфорилированной по серину-9, определяли методом иммуноблоттинга с хроматографической детекцией. Относительный уровень исследуемого белка в пробе вычислялся по рефересному сигналу в-актина. Относительный уровень фосфорформы GSK-3в рассчитывался по отношению к содержанию ее общей фракции.

Статистическая обработка данных была проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS 20.0. Проверка нормальности рас-

пределения количественных показателей проводилась по критерию Колмогорова-Смирнова. Для каждой выборки вычисляли медиану, первый и третий квартили. Сравнение изучаемых показателей проводили с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни для двух независимых групп и непараметрического критерия Краскела-Уоллиса для нескольких независимых групп. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования уровень общей GSK-3в в группах пациентов с депрессивными и биполярным расстройствами составил 0,73 (0,60 – 0,84) и 0,74 (0,69 – 0,97) соответственно, что значимо превышало значение данного показателя у здоровых доноров (0,62 (0,48 – 0,66)) ($p < 0,01$). Показано, что внутриклеточное содержание исследуемого белка у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (0,80 (0,67 – 0,95)) было выше по сравнению с группой больных с диагнозом депрессивный эпизод (0,66 (0,57 – 0,78)) ($p < 0,05$). В ходе исследования не было обнаружено различий в относительном уровне фосфорформы GSK-3в в изучаемых группах ($p < 0,01$). Данный показатель составил 0,53 (0,48 – 0,66) в группе контроля, 0,56 (0,53 – 0,66) в группе больных депрессивными расстройствами и 0,51 (0,45 – 0,54) в группе больных БАР. Также не было обнаружено различий у больных с депрессивным эпизодом (0,56 (0,53 – 0,66)) и больных с рекуррентным депрессивным расстройством (0,55 (0,52 – 0,65)) ($p < 0,01$).

В 1996 году в работе Klein et al. было показано, что нормотимик литий способен эффективно блокировать активность внутриклеточного белка киназы гликогенсинтазы 3в (GSK-3в), принимающим участие в процессах синаптической пластичности, формирования нейрональной полярности, синаптической передачи, роста и гибели нейронов. Более поздние исследования доказали, что нормотимический эффект лития связан с ингибированием этого фермента, что положило начало изучению роли GSK-3в в патогенезе аффективных расстройств. В настоящее время показано, что мононуклеары крови могут служить достоверной моделью для отображения процессов, происходящих в нейронах, поэтому актуально изучение внутриклеточных белков мононуклеаров, как биомаркеров психических расстройств. В нашей работе впервые выявлена связь GSK-3в с клиническим полиморфизмом депрессивных расстройств. Впервые показано повышение общей GSK-3в у больных рекуррентным депрессивным расстройством. Также было показан повышенный уровень данного белка у больных с биполярным расстройством (БАР), что согласуется с ранее выполненными работами (Pandey G., 2010, Li X., 2007). Вероятно, что повышение GSK-3в может играть роль в прогрессировании патологии и обуславливать рецидивирующее течение рекуррентной депрессии и БАР. Известно, что фосфорилирование

по серину-9 ингибирует функцию GSK-3 β и, предполагается, что ее активность связана с развитием депрессивной симптоматики. Наше исследование не выявило различий в содержании фосфорилированной по серину-9 GSK-3 β , что не вполне согласуется с ранее полученными данными. В ряде работ показан низкий уровень данной фосфоформы GSK-3 β у пациентов с БАП (Polter A., 2010, Li X., 2007). Однако данные этих исследований могут быть связаны с тем, что пациенты принимали литий, который, как известно, блокирует фосфорилирование GSK-3 β по серину-9. Критерием исключения в нашей работе для пациентов с БАП был прием препаратов лития. Однако сложно сказать, отражают ли полученные нами данные действительный уровень фосфоформы GSK-3 β , либо являются следствием длительного приема иных нормотимиков. Diniz et al. (2011) продемонстрировали снижение фосфоформы GSK-3 β у больных депрессивными расстройствами, однако данная работа была выполнена на тромбоцитах, поэтому ее результаты не могут быть сопоставимы с нашим исследованием. Причина в отсутствии различий в содержании фосфоформы GSK-3 β остается пока не ясной. Вероятно, это результат недостатка дофамина, играющего роль в развитии депрессивной симптоматики. Активность GSK-3 β также зависит от фосфорилирования по серину-398 и триозину-216 и, вероятно, этот процесс может быть более важен для патогенеза депрессии.

Выводы. Таким образом, в ходе исследования обнаружен повышенный уровень общей GSK-3 β в мононуклеарах крови у больных аффективными расстройствами. Также выявлено более высокое содержание данного белка у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством по сравнению с остальными группами больных. Различий в содержании GSK-3 β фосфорилированной по серину-9 между исследуемыми группами выявлено не было.

Исследование выполнено в рамках государственного контракта № 2012-1.2.1-12-000-1014-1009 Федеральной целевой программы «Разработка комплекса маркеров основных социально значимых психических расстройств на основе изучения молекулярно-генетических механизмов дисрегуляции нейрональных протеинкиназных сигнальных путей» и гранта РФФИ №12-04-31268 МОЛ_А_2012 «Роль киназы гликогенсинтазы 3 бета в патогенезе депрессивных и биполярных аффективных расстройств» (2012-2013).

КОГЕРЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Мельникова Т.С., Ковалев А.В., Малин Д.И.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава России

Депрессивные расстройства у больных алкоголизмом часто сохраняются после купирования абстинентного синдрома, что является одним из факторов усугубляющих течение болезни и ведущих к возобновлению употребления алкоголя. Клинические проявления депрессивных расстройств у больных алкоголизмом характеризуются полиморфизмом, что указывает на сложность и неоднотипность патофизиологических механизмов этих состояний.

Цель работы состояла в определении когерентных (КОГ) характеристик ЭЭГ у больных алкоголизмом после купирования абстиненции при сохраняющейся депрессивной симптоматике.

Материал и методы. Обследовано 88 больных (53 мужчин и 35 женщин, средний возраст - 31,7±3,5) с депрессивными расстройствами средней степени тяжести (19-23 баллов по HDRS), сохранившихся после купирования вегетативных проявлений абстинентного синдрома. По модальности доминирующего аффекта депрессии относились преимущественно к тоскливому типу, но обычно в сочетании с тревогой. ЭЭГ регистрировали с помощью аппаратно-программного комплекса для топографического картирования электрической активности мозга «НЕЙРО-КМ» (Россия) с полосой пропускания от 0,5 до 40Гц. Запись осуществляли монополярно по схеме 10-20%. Референтным электродом служили объединенные ушные клипсы. Контрольная группа – психически здоровые лица (n= 42). Анализировали когерентность (КОГ) между парами корковых зон, а также вычисляли показатель средней КОГ (СрКОГ) – усредненное значение КОГ данной корковой области со всеми остальными зонами как параметр функциональной активности этой области коры.

Результаты. По сравнению с контрольной группой испытуемых у больных наибольшее снижение СрКОГ в диапазоне альфа-полосы выявлено во фронтальных и височных областях коры. Значительно (p<0,01) снижено значение КОГ лобных с передневисочными зонами обеих гемисфер с небольшим левосторонним акцентом, а также – с центральными областями. Снижение КОГ средневисочных зон в альфа-диапазоне отмечено с фронтальными, центральными и теменными областями. Наблюдалось снижение межполушарных взаимосвязей между симметричными фронтальными, центральными, передневисочными, средневисочными и задневисочными корковыми зонами. При этом показатель СрКОГ по альфа-ритму в затылочных и теменных областях был выше, чем в контрольной группе испытуемых. СрКОГ по дельта-диапазону у

больных во всех областях была выше «нормы», особенно в затылочных зонах. Перестройка в тета- и бета-полосах у больных была во многом аналогична тем изменениям, которые отмечались при анализе альфа-диапазона.

Заключение. Проведенное исследование показало, что когерентный анализ ЭЭГ может быть использован для объективной оценки функциональной активности областей головного мозга у больных алкоголизмом после купирования абстинентных явлений на фоне сохраняющихся расстройств депрессивного спектра.

**РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДЕПРЕССИИ,
ВЫЗВАННОЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ
СИТУАЦИЕЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ
НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ
(ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ
СЕРТОНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ
И ПОВЕДЕНИЯ)**

Морозова А.Ю., Зубков Е.А., Чехонин В.П.

*Москва, ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава
России*

Введение. Центральная роль серотонинергической системы мозга при депрессивных расстройствах подтверждена большим числом клинических и экспериментальных исследований. Однако, несмотря на это, основные механизмы нарушений функциональной активности этой системы при депрессии до сих пор не ясны. Так, по одной гипотезе депрессию связывают с гипофункцией серотонинергической системы, а по другой – с повышением её активности. Учитывая многоуровневость строения и сложный характер взаимодействия структур серотонинергической системы, нарушение на любом из уровней в ее регуляции может играть роль в патогенезе аффективных расстройств. Одним из предполагаемых механизмов возникновения такого рода расстройств является нарушение импульсной передачи в центральных 5-НТ синапсах, причинами чего может являться как снижение синтеза нейромедиатора, так и нарушение экспрессии пре- и постсинаптических рецепторов. Так как при аффективных расстройствах нарушаются адаптивные механизмы, а экспрессия генов, кодирующих серотониновые рецепторы, играет важную роль в процессах адаптации, то исследование экспрессии генов серотонинергической системы на транскрипционном уровне в эмоциогенных структурах ЦНС до сих пор является актуальной задачей, которую можно решить используя адекватные животные модели аффективных расстройств.

Поэтому целью нашего исследования явилась разработка адекватной модели экспериментальной

депрессии, посредством создания ситуации хронической информационной неопределенности, достигаемой длительным воздействием ультразвуковых волн переменной частоты, а также характеристика данной модели: исследование поведения, эффективности различных групп антидепрессантов и количественная оценка экспрессии генов серотониновых рецепторов в эмоциогенных структурах мозга, а именно: 5HT1A, 5HT2A, 5HT1B, 5HT2B, транспортера серотонина (SERT) и основного нейротрофического фактора головного мозга (BDNF) в префронтальной коре, гиппокампе и среднем мозге.

Материалы и методы. Животные были разделены на следующие экспериментальные группы: (1) крысы, находившиеся при обычных условиях и получавшие NaCl 0,9% (общий контроль); (2) крысы, находившиеся в условиях экспозиции ультразвуковых волн частотой 20-45 кГц и получавшие NaCl 0,9%; (3) крысы, находившиеся в условиях экспозиции ультразвуковых волн частотой 20-45 кГц, и получавшие флуоксетин; (4) крысы, находившиеся в условиях экспозиции ультразвуковых волн частотой 20-45 кГц, и получавшие бупропион; (5) крысы, находившиеся в условиях экспозиции ультразвуковых волн частотой 20-45 кГц, и получавшие тианептин. В группах препаратов тианептина и бупропиона было по 6 животных, в остальных по 12 животных.

Экспериментальное воздействие.

Воздействие ультразвуком в течение 21 суток на группы с 2 по 5 производили с помощью УЗ-генератора со следующими техническими характеристиками: питание - от сети 220В через адаптер, входящий в комплект прибора, потребляемая мощность - 0,3 Вт., при диапазоне излучаемых частот: 20 - 45 кГц, при уровне звукового давления на расстоянии 0,5 м - 118 дБ, прибор располагался на расстоянии 1м. над клетками с животными.

Препараты. Введение каждого препарата осуществлялось ежедневно, по превентивной схеме - с первого по последний день эксперимента, внутривентрикулярно.

Флуоксетин, селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС) (Алси-Фарма) в дозе 10 мг/кг ежедневно.

Тианептин, активатор обратного захвата серотонина (Les Laboratoires Servier) в дозе 15 мг/кг ежедневно.

Бупропион, селективный ингибитор обратного захвата норадреналина и дофамина (СИОЗНиД) (Genpharma) в дозе 30 мг/кг ежедневно.

Использовали следующие поведенческие тесты: тест «Социального интереса», тест «Принудительное плавание», тест на выявление ангедонии (Kudryavtseva et al. 2008).

Поведение животных во всех тестах регистрировали с помощью цифровой видеокамеры и анализировали, используя компьютерную программу Any-maze (Stoelting Co.).

Данные по измерению показателей поведения выражали как $M \pm SEM$. При статистической обработке использовали непараметрический метод Манна-Уитни. Достоверными считались различия при $p < 0.05$.

ПЦР в реальном времени. ПЦР в реальном времени проводили при помощи амплификатора Step One Plus (Applied Biosystems) с использованием технологии TaqMan зондов. При постановке эксперимента, референсным геном был выбран ген - GAPDH. Исследуемые гены – 5HT1A, 5HT2A, 5HT1B, 5HT2B, SERT, BDNF. Относительный уровень экспрессии целевых генов рассчитывали по следующей формуле $2^{-\Delta\Delta Ct} \pm 2 \pm SEM$ (ΔCt для каждой группы) (Livak & Schmittgen, 2001).

Результаты. Воздействие ультразвуковых волн переменной частоты привело к выраженному снижению социальной активности в тесте «Социальный интерес» в группе (2) ($107,43 \pm 9,78$) по сравнению с группой контроля (1) – $215,74 \pm 30,5$ ($p < 0,001$). В группах 3 и 5, препараты флуоксетин и тианептин, применяемые по превентивной схеме оказали эффект, выражающийся в восстановлении социальной активности до уровня нормы $228,4 \pm 21,4$ и $235,95 \pm 40,57$ соответственно. В группе 4, введение бупропиона, не оказало эффекта на социальную активность - $142,7 \pm 30,49$.

В тесте принудительного плавания в группе 2 время неподвижности было достоверно выше $213,5 \pm 15,6$, по сравнению с группой (1) контроля – $83,2 \pm 16,3$ ($p < 0,001$). В группах 3, 4, 5, введение флуоксетина ($128,6 \pm 22,5$), бупропиона ($70,34 \pm 16,78$) и тианептина ($58,53 \pm 16,97$) соответственно снизило время неподвижности до показателей нормы.

При исследовании развития ангедонии выявлено достоверное снижение индекса предпочтения раствора сахарозы на 14 сутки у группы 2 ($10,6 \pm 18$) по сравнению с контрольной группой 1 - $65,7 \pm 8,5$.

Анализ экспрессии генов выявил наличие дисрегуляции генов серотонергической системы в эмоциогенных структурах мозга крыс. Так, в гиппокампе экспериментальных животных выявлялось повышение экспрессии гена 5HT1A рецепторов в 3,2 раза, по сравнению с интактными животными. Одновременно, в среднем мозге наблюдалось повышение (в 5,1 раз) экспрессии 5HT1B рецепторов, расположенных на синаптических окончаниях аксонов и непосредственно контролирующих высвобождение серотонина. 5-HT2 рецепторы, представленные в основном в пирамидных нейронах лобной коры, и в меньшей степени – в гиппокампе и среднем мозге, являются звеном системы подкрепления, с низкой активностью которой связано возникновение ангедонии. Снижение экспрессии 5HT2A рецепторов в префронтальной коре и среднем мозге (в 3,4 и 3,8 раз) по сравнению с интактными, повышение более чем в 12 раз экспрессии 5HT2B рецепторов в среднем мозге, а также значительное увеличение экспрес-

сии рецепторов обоих подтипов в гиппокампе крыс после воздействия ультразвука свидетельствует о дискоординации механизмов адаптации при моделируемой нами патологии. Во всех исследованных структурах отмечалось повышение экспрессии гена переносчика серотонина (SERT): префронтальная кора – в 2 раза, гиппокамп – в 12 раз, средний мозг – в 3 раза. Кроме того, в гиппокампе крыс, подвергнутых стрессорному воздействию наблюдалось снижение экспрессии BDNF более чем в 2 раза, что свидетельствует о стрессиндуцированном нарушении нейрональной пластичности, снижении нейронального синаптогенеза.

Таким образом, разработанная модель, в которой стрессорное воздействие потока разнаправленной информации сочетается с невозможностью ее избежать и даже идентифицировать источник ее возникновения, близка в конструктивном плане к модели выученной беспомощности Селигмана. Однако, в предлагаемой нами модели исключается непосредственное воздействие болевого компонента, что повышает уровень ее конструктивной валидности, приближая к обстановке существования человека в современном мире и возможно объясняет, что статистический рост заболеваний тревожно-депрессивного спектра и суицидов возникает из-за массивного объема информации, которую каждый человек неизбежно получает каждый день. Модель охарактеризована и может использоваться в доклинических исследованиях эффективности и безопасности новых антидепрессантов.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Насырова Р.Ф., Незнанов Н.Г., Иванов М.В.,
Сосин Д.Н., Зубов Д.С.

Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский
научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева

Ведущая роль в адаптивном поведении организма принадлежит вегетативной нервной системе (ВНС). При истощении резервных возможностей появляются дисрегуляторные вегетативные нарушения надсегментарного церебрального и сегментарного (спинально-периферического) уровней, что является патогенетическим фактором формирования психических нарушений, и, как следствие, приводит к ухудшению качества жизни. Перспективность исследований функционального состояния систем адаптации, в частности ВНС, при психических расстройствах, представляет несомненную практическую значимость, что и обусловило актуальность настоящего исследования. После получения информированного согласия было обследовано

50 пациентов (в возрасте от 18 до 55 лет, средний возраст составил $39,4 \pm 1,2$ года). Основную группу составили пациенты, имеющие в актуальном состоянии психические нарушения аффективного спектра. У них были диагностированы в соответствии с МКБ-10 следующие нозологии: депрессивный эпизод (F32.0, F32.1), рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0, F33.1). Психометрическая оценка проводилась с использованием шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц с сопоставимыми характеристиками по полу и возрасту. Оценка состояния вегетативной нервной системы проводилась в соответствии с рекомендациями Центра патологии вегетативной нервной системы (Вейн А.М., 1998). Изучение структуры и выраженности вегетативных нарушений проводили с помощью анкеты, предложенной Центром вегетативной патологии (Вейн А.М., 1991): «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений» и «Схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений». Изучение модулирующего влияния вегетативной и центральной нервной системы, ряда гуморальных и рефлекторных воздействий на ритм сердца проводили в состоянии покоя и при выполнении экспериментально-клинических проб на основании спектрального и временного анализа variability сердечного ритма с помощью компьютерной программы «Поли-Спектр-Ритм», соответствующей «Международным стандартам» в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов и Северо-Американского общества по электростимуляции и электрофизиологии (1996), на аппарате «ВНС-Микро» (Нейрософт, г. Иваново). Оценивали показатели временного и спектрального анализа: высокочастотные колебания (HF – high frequency), отражающие активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы; низкочастотные колебания (LF – low frequency), отражающие активность симпатического отдела вегетативной нервной системы; очень низкочастотные колебания (VLF – very low frequency), отражающие влияние на сердечный ритм самой медленной системы регуляции кровообращения – гуморально-метаболической, а также церебральные эрготропные влияния; LF/HF – показатель, отражающий соотношение симпатических и парасимпатических влияний; общую мощность спектра или полный спектр частот (TP – Total power), отражающую суммарную активность вегетативного воздействия на сердечный ритм. При исследовании наиболее объективными параметрами состояния вегетативной нервной системы явились следующие показатели variability ритма сердца: среднеквадратичное отклонение последовательных интервалов RR (SDNN), стандартное (среднеквадратичное) отклонение разности последовательных интервалов RR (RMSSD), коэффициент вариации (CV). Оценку вегетативной реак-

тивности и обеспечения физической деятельности проводили с помощью активной ортостатической пробы. О вегетативной реактивности судили по коэффициенту K 30/15 (отношение минимального значения R-R-интервала, в районе 15-го удара от начала вставания к самому длинному R-R-интервалу, около 30-го удара). Результаты исследования обрабатывали с использованием стандартного пакета программ Statistica (версия 8.0). Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Синдром вегетативной дистонии диагностирован с помощью вопросника Вейна А.М. (2003) у 92% обследуемых. Симпатический отдел ВНС – это система мобилизации резервов, генерализованного и быстрого вовлечения в реакцию и мобилизацию многих органов и систем. В отличие от этого парасимпатический отдел – это система текущей регуляции физиологических процессов. Многие симпатические и парасимпатические эфферентные волокна находятся в состоянии непрерывного возбуждения, получившего название тонус. В физиологических условиях между тонусом симпатической и парасимпатической нервной системой имеет место «относительное равновесие» и в большинстве случаев являются синергичными. Тонкая координация деятельности отделов вегетативной нервной системы осуществляется надсегментарными центрами с участием коры головного мозга. Интегральным объективным показателем состояния психовегетативной адаптации является variability ритма сердца. Анализ variability ритма сердца продемонстрировал, что общая мощность спектра ритма у обследованных значимо ($p < 0,05$) уменьшается по сравнению с группой контроля, что говорит об ухудшении у них функционального состояния сердечно-сосудистой системы – маркера адаптационных возможностей организма. Происходит перераспределение соотношений влияния в сторону увеличения гуморально-метаболических (VLF) и, в меньшей степени, симпатических влияний (LF). Состояние нейрогуморальной регуляции в модуляции сердечного ритма характеризуется низким уровнем вагальных и умеренными симпатическими и гуморально-метаболическими (церебральными эрготропными) влияниями, что демонстрирует усиление активации центрального контура и рост симпатической регуляции при депрессивных расстройствах. Отмеченные признаки доминирования симпатического отдела ВНС свидетельствуют о значительном напряжении регуляторных систем и критическом состоянии адаптационных механизмов. Результаты вегетативного теста в активной ортостатической пробе продемонстрировали снижения коэффициента K30/15 с уровнем статистической значимости $p < 0,05$ у изучаемого контингента, что отражает сниженный адаптационный потенциал пациентов. Симпатико-парасимпатическое соотношение LF/HF у обследованного контингента ($p < 0,05$) увеличивалось за счет

уменьшения HF-волн, так и за счет увеличения симпатических влияний. Изменение высокочастотного и низкочастотного компонентов вариабельности ритма сердца свидетельствует о комбинированном нарушении процессов регуляции ВНС в основной группе. Выявлено, что значения SDNN были значительно ниже у пациентов с депрессивными нарушениями по сравнению со здоровыми лицами. В основной группе выявлена обратная корреляционная связь между выраженностью депрессивных нарушений по HDRS и SDNN ($r=-0,46$; $p<0,05$). Полученные по итогам проведенного исследования данные представляют определенный интерес в плане раскрытия патогенеза и с точки зрения прогнозирования клинического течения депрессивных нарушений. Результаты исследования позволили выявить отчетливую зависимость между психопатологическими проявлениями и вегетативными нарушениями при изучаемой патологии. Таким образом, исследование вариабельности ритма сердца продемонстрировало снижение текущего функционального состояния, избыточную активацию симпатико-адреналовой системы и уменьшение активности парасимпатической системы регуляции. Данные изменения являются патогенетической основой развития реакций дезадаптации, которые клинически проявляются у обследованных вегетативной дисрегуляцией. Комплексное исследование статуса ВНС позволяет оценить текущее функциональное состояние организма и его адаптационные резервы, дать прогноз заболевания, выработать рекомендации по подбору оптимальной терапии, учитывая фон нейрогуморальной регуляции, а также осуществить последующий контроль за проводимым лечением.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЛЬФАКТОМЕТРИИ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Невидимова Т.И., Батухтина Е.И.,
Ветлугина Т.П., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А.

Томск

Между психическим здоровьем и функционированием обонятельной системы человека существуют сложные неоднозначные связи. При депрессии наблюдается как anosmia, так и повышенная чувствительность к запахам. Нарушение распознавания запахов может предшествовать когнитивным расстройствам при болезни Альцгеймера, что предлагается использовать для ранней диагностики этого заболевания, равно как и шизофрении. При аддитивных расстройствах отмечается важность условнорефлекторных реакций с ольфакторным подкреплением. Перспективность данного направления подтверждена нами при изучении однонуклеотидного полиморфизма rs61729907 гена

обонятельного рецептора OR7D4 и при анализе перспективных одорантов методом лазерной оптико-акустической спектроскопии (1). Отдельную проблему, выходящую за рамки настоящего сообщения, представляет общая для обоняния и иммунитета функция распознавания.

Цель: оценить прогностическую информативность ольфактометрии при аффективных и аддитивных расстройствах, в части случаев сочетающихся с сексуальными отклонениями.

Материалы и методы. Клинико-анамнестическим и психофизиологическим методами обследовано 355 пациентов с депрессивными, сексуальными и аддитивными расстройствами и условно здоровых контрольных лиц. Использованы ольфактометрические тесты – AST (Alcohol Sniff Test для оценки пороговой обонятельной чувствительности), стандартная качественная оценка с помощью тест-веществ и UPSIT (University of Pennsylvania smell identification test) с использованием наборов производства Sensonics, Inc (США). Эмоциональную реакцию на одоранты оценивали с помощью визуально-аналоговой шкалы. Статистическую обработку проводили с использованием критериев Манна-Уитни и χ^2 .

Результаты и обсуждение. Высокоэффективное лечение при депрессии сопряжено с изначально сохранными обонятельными функциями, измеренными в тестах пороговой чувствительности и распознавания запахов. Среди 40 образцов пенсильванского теста можно выделить маркерные запахи, изначально низкий уровень распознавания которых чаще всего ассоциируется с менее эффективным лечением. Реакция на андростенон связана с особенностями полового поведения и уровнем тревожности и является более стабильной характеристикой, чем чувствительность к другим запахам. При обследовании пациентов с коморбидными сексуальными, депрессивными и аддитивными расстройствами в процессе заместительной терапии установлено, что, несмотря на существенный рост уровня тестостерона, обонятельная реакция на андростенон не меняется на протяжении 3 недель лечения. Наибольший интерес представляет младшая (19 лет) возрастная группа лиц мужского пола. Аверсивная реакция на мужской феромон наблюдается у 36,5% контрольных юношей, у 77,8% юношей с расстройством сексуальных отношений, у 83,3% юношей с наркологическим диагнозом.

Мы установили, что уровень риска формирования аддитивного поведения повышается у юношей с подчеркнутой маскулинностью в психометрическом тесте на фоне инфантильно высокого уровня чувствительности к андростенону. Эту особенность обоняния мы считаем перспективной для диагностики предрасположенности к формированию аддитивного поведения наряду с другими необычными проявлениями восприятия запахов.

Нами описано отсутствие у многих аддиктов аверсивной реакции на некоторые летучие органические вещества – углеводороды, спирты, кетоны, альдегиды, эфиры, терпеноиды, запахи которых традиционно считаются неприятными, а также вскрыт один из механизмов пристрастия к таким запахам. Возрастной анализ показал, что наибольшее прогностическое значение имеет наличие обонятельных нарушений в раннем детстве (2-4).

При непосредственном тестировании обонятельной чувствительности были обнаружены различия в оценке запаха смеси спиртов лицами сравниваемых групп. Лица с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ демонстрировали значимо большую толерантность к запаху: лишь 5% аддиктов оценили его как отвратительный (в контроле 42%, $p < 0,05$). Чтобы использовать этот признак как прогностический, важно было оценить его в группе риска у лиц, эпизодически употребляющих психоактивные вещества. Оказалось, что выраженность аверсивных реакций снижена уже на донологическом этапе развития патологии.

Опираясь на ранее полученные данные, можно заметить, что во всех трех исследованных группах (контроль, группа риска, аддикты) отсутствие аверсии на смесь спиртов сопровождается лабораторными и/или клиническими признаками иммунологической недостаточности. При этом лица из группы риска и контрольной группы без аверсии на смесь спиртов характеризуются повышенным уровнем тревожности, потребности в поиске ощущений, сенсорной стимуляции. В связи с этим можно предположить, что признаки недостаточности ольфакторных и иммунологических защитных реакций в комплексе с психологическими и поведенческими особенностями могут являться факторами риска формирования аддиктивных расстройств.

Выводы.

1. Выявлены ольфакторные стимулы, наиболее информативные для оценки развития аффективных и аддиктивных расстройств и их сочетаний с сексуальными отклонениями.

2. Одоранты полярны с точки зрения атрактивности, принадлежат к разным химическим группам, различаются по механизмам участия в патологической афферентации, что повышает надежность их использования при решении прогностических задач в биологической психиатрии и наркологии.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА COMT VAL158MET ДЛЯ ДИНАМИКИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ВСЛЕДСТВИЕ ИНСУЛЬТА

**Орлов И.Ю., Вильянов В.Б., Кобозев Г.Н.,
Кудряшов А.В., Ременник А.Ю.**

*Москва, ФГБУ МНИИИМ Минздрава РФ, ГБУ ДЗ Москвы
«Центр патологии речи и нейрореабилитации»*

Цель исследования. Оценка влияния аллельного полиморфизма гена COMT Val158Met на динамику показателей когнитивного функционирования больных с психоорганическим синдромом, развившимся в результате ишемического или геморрагического инсульта. В основе когнитивного снижения при цереброваскулярной патологии может лежать дисфункция дофаминергических систем. Дофамин может участвовать в регуляции внимания, оперативной памяти, планировании и мотивационном подкреплении когнитивной деятельности. В этой связи особый научный интерес представляет ген, контролирующий фермент катехол-орто-метил-трансферазу (COMT), являющийся участником биотрансформации дофамина. Активность гена COMT определяется функциональным полиморфизмом Val158Met в экзоне 3 гена COMT, приводящим к замене аминокислоты в структуре белка. Известно, что аллель Met (аминокислота метионин) связан со сниженной активностью фермента, аллель Val (аминокислота валин) обеспечивает высокую активность фермента. Проведенные исследования на различных выборках по оценке значения полиморфизма COMT для когнитивных функций с использованием разнообразных тестов (MMSE, WCST, WISC, CPT) не дают однозначного представления о роли этого гена, хотя в большинстве работ лучшие результаты демонстрируют испытуемые с генотипом MetMet.

Материалы и методы. Обследовано 184 больных (41 женщина и 143 мужчины) с последствиями ишемического и геморрагического инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии. Преобладали лица, перенесшие ишемический инсульт (148 человек, 80,4%). Средний возраст в общей выборке испытуемых составлял $55,1 \pm 2,2$ лет, в группе пациентов с последствиями ишемического инсульта - $59,2 \pm 1,5$ лет, геморрагического - $46,9 \pm 2,1$. Все больные ежегодно проходили курсы нейрореабилитации. В связи с характерной для психоорганического синдрома динамикой выраженности когнитивных нарушений, в зависимости от длительности заболевания, роль полиморфизма оценивалась в нескольких временных интервалах от начала заболевания (до 1 года, от 1 года до 2 лет, от 2 лет до 4 лет и более 4 лет).

Материалом для генетического исследования являлась кровь пациентов, взятая из кубитальной вены. Аллельный полиморфизм

определялся с помощью метода полимеразной цепной реакции. Распознавание аллелей осуществлялось с помощью праймера TaqMan производства Applied Biosystems. Для определения полиморфизма Val158Met COMT праймеры 5-GGAGCTGGGGGCCTACTGTG-3' и 5'-GGCCCTTTTCCAGGTCTGACA - 3', с выделением аллелей Val и Met, генотипов ValVal, ValMet и MetMet. Исследование когнитивных функций больных осуществлялось с помощью сокращенного варианта теста Равена (30 матриц). Тестирование было произведено однократно в течение первых дней пребывания испытуемых в стационаре. Полученные результаты (количество набранных баллов) суммировались в одной из выделенных групп сравнения, с подсчетом средних значений для каждой группы. Преимущества в выборе теста Равена для оценки когнитивного уровня больных обуславливался минимизацией вербально контакта и возможностью интегральной оценки.

Достоверность различий средних значений по тесту Равена в группах оценивалась по критерию Стьюдента.

Результаты. В результате генотипирования было выделено три варианта генотипа гена COMT Val158Met- ValVal (n=47, 25,5%), ValMet (n=97, 52,7%), MetMet (n=40, 21,7%). В зависимости от выделенных генотипов были сформированы три группы: ValVal, ValMet, MetMet, которые в свою очередь разделены на 4 подгруппы в зависимости от длительности заболевания: до 1 года, от 1 года до 2 лет, от 2 лет до 4 лет, 4 года и более лет. Средние значения по тесту Равена в подгруппе до 1 года ValVal=68,3; ValMet=74,8; MetMet=69,8. В подгруппе от 1 года до 2 лет ValVal=103,3; ValMet=70,9; MetMet=78,4. В подгруппе от 2 лет до 4 лет ValVal=93; ValMet=71,2; MetMet=73,4. В подгруппе от 4 лет ValVal=67,4; ValMet=75,3; MetMet=83,3.

Статистический анализ выявил достоверно лучшие показатели когнитивных функций по тесту Равена в группе с генотипом ValVal, по сравнению с пациентами, носителями генотипов ValMet и MetMet, в периоды продолжительности заболевания «от 1 года до 2 лет» и «от 2 лет до 4 лет» (p<0,05). В других группах достоверных отличий выявлено не было.

Обсуждение. Выявленные различия в группах указывают на влияние полиморфизма гена COMT Val158Met на когнитивные функции больных с психоорганическим синдромом, перенесших инсульт. При этом больные с генотипом ValVal демонстрируют лучшие показатели по тесту Равена в период от 1 года до 4 лет времени течения органического заболевания головного мозга. Таким образом, преимущества для лучшего когнитивного функционирования получают больные с высокой активностью фермента COMT. Полученные данные не согласуются с большинством исследований,

где высокий уровень дофамина, вследствие низкой активности фермента COMT определял лучшие когнитивные показатели. Полученные нами результаты могут быть связаны с нарушением дофаминовой нейротрансмиттерной системы, в результате дефекта мозговых структур.

ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОДЕРЖАНИЕ КОРТИКОСТЕРОНА В КРОВИ И УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ У ПОЛОВОЗРЕЛОГО ПОТОМСТВА

Проскуракова Т.В., Шоханова В.А.

Москва

Многочисленными исследованиями доказано негативное влияние употребления алкоголя во время беременности на плод. Установлено, что алкоголь индуцирует в плаценте окислительный стресс, в результате чего алкоголь, вероятно, в полном объеме проникает через плаценту и нарушает у плода обмен веществ и изменяет гормональный фон. Исходя из этого, цель настоящего исследования заключалась в изучение вопроса, каким образом употребление алкоголя во время беременности влияет на уровень кортикостерона в крови потомства и его поведение в экспериментальной модели тревоги. Работа выполнена на крысах породы Вистар с начальной массой тела 160-180 г. Самки 1-ой группы во время беременности употребляли 10% раствор этанола, а самки 2-ой группы – воду. Согласно полученным результатам, у потомства 1-ой группы не было выявлено различий в уровне тревоги между самцами и самками, тогда как у потомства 2-ой группы уровень тревоги у самок был выше, чем у самцов. При этом уровень тревоги у самок из потомства 1-ой группы был значительно ниже, чем у самок из потомства 2-ой группы. Наиболее высокие показатели уровня кортикостерона были выявлены у самок из потомства 1-ой группы, у которых уровень тревоги был самым низким. Тестирование в любой экспериментальной модели тревоги является для животных стрессом, при котором происходит активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси, начальным этапом которой является секреция кортикотропин-релизинг фактора (КРФ), а заключительным - секреция из коркового вещества надпочечников глюкокортикоидов. Именно глюкокортикоиды обеспечивают быструю адаптацию организма к условиям стресса. Таким образом, употребление алкоголя самками в период беременности проявляется у самок первого поколения при стрессе повышенным содержанием кортикостерона в крови и пониженным уровнем тревоги, что способствует формированию поведения риска.

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ДИСПЕРСИОННЫХ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Росман С.В., Волков В.П.

Тверь, ГКУЗ ОКПБ № 1

Введение. Проблема развития нейропсихиатрии неотделима от поиска новых подходов к диагностике психических заболеваний, хотя мы не исчерпали ещё всех возможностей старых, апробированных методов. Нужно только взглянуть на них с другого ракурса.

Одной из возможностей реализации данного подхода является применение дисперсионных технологий в изучении головного мозга и сердечно-сосудистой системы. Особенно ценным является то, что эти методики позволяют осуществить комплексный подход к диагностике заболеваний и контролю осложнений, возникающих в процессе фармакотерапии, открывают новые перспективы углублённого изучения вегетативного звена нервной системы.

Дисперсионные методики обладают одним весьма ценным качеством: высоким прогностическим потенциалом, то есть они способны даже при малом количестве исследований предсказывать тенденцию патологического процесса. Вместе с тем при этих исследованиях даже минимальные отклонения могут иметь диагностическую ценность, если найденный параметр, например, имеет высокую ранговую значимость.

Такие методы приобретают всё большее признание, например, в кардиологии – это метод дисперсии QT, дисперсионного картирования ЭКГ, альтернации P и R. Однако в электроэнцефалографии до последнего времени подобные методики были мало применимы в силу значительных индивидуальных колебаний параметров ЭЭГ, которые сводили на нет все попытки регистрации флюктуации каких-либо параметров ЭЭГ.

В настоящее время, в силу экономических причин, получение результатов обследования носят разрозненный характер – на разных аппаратах. Однако вполне достижимо создание комбинированных приборов, позволяющих «за один заход» получить информацию о патологических изменениях головного мозга, состояния сердечной мышцы и наличия вегетативных изменений по данным кардиоинтервалографии.

Цель исследования. С целью интегральной оценки состояния головного мозга, сердца и адаптационного потенциала организма в ООО «МКС» (г.Зеленоград) на базе существующего прибора «Кардиовизор-6С», уже позволяющего одновременно осуществлять дисперсионное картирование и кардиоинтервалографию, создаётся новый прибор, включающий нейрофизиологический модуль,

реализующий инновационную методику – дисперсионное картирование альфа-ритма электроэнцефалограммы. Если о дисперсионном картировании сердца и кардиоинтервалографии достаточно широко известно, то дисперсионное картирование альфа-ритма неизвестно клиницистам.

Материал и методы исследования. На большом клиническом материале (2235 исследований больных, 115 контрольных условно здоровых пациентов) было показано, что по данным вычисления дисперсионных показателей ЭЭГ даже в затылочных отведениях можно отдифференцировать нормальное состояние головного мозга от органической патологии, установить степень тяжести по разработанной авторской методике определения коэффициентов дисперсии – отношения мощности модальной частоты альфа-ритма к суммарной его мощности (КДб1) и отношения мощности альфа-ритма в интервале «частота модальной мощности $\pm 0,5$ Гц» к суммарной мощности (КДб2) (патентная заявка от 15.11.2012 г., регистрационный №012148423).

Дальнейшее развитие этого метода привело к созданию методики дисперсионного картирования альфа-ритма. Дисперсионная картограмма представляет собой эквивалентности равных значений КДб1 по отведениям ЭЭГ и частотам альфа-ритма. Методика проверена на примере большого клинического материала (1089 больных, 142 контрольных условно здоровых) при разнообразной психопатологии.

Результаты и обсуждение. Установлено, что конфигурация зон распределения КДб1 по скальпной поверхности имеет чёткие, статистически подтверждённые корреляционные связи с органическими заболеваниями головного мозга, степенью их клинической выраженности, позволяют осуществлять раннюю диагностику этих процессов. Кроме того, это – попытка перейти от описательных визуальных методик к математически обоснованным критериям поражения головного мозга. Матрица, лежащая в основе построения картограммы, может быть подвергнута математическому анализу в сравнении с другими матрицами – нормальными и патологическими – что позволяет отнести её к тому или другому патологическому пулу с установлением статистической вероятности той или иной нозологической единицы.

Немаловажным является простота вычислений и наглядность представляемых результатов. Теоретическое обоснование методики не содержит сложных отвлечённых понятий, а сводится к утверждению факта прямой корреляционной связи степени тяжести органической патологии с относительным количеством клеток, функционирующих в едином нейрофизиологическом режиме ко всем функционирующим клеткам.

Также легко решается проблема аппаратной несовместимости электроэнцефалографов различных фирм, поскольку основой для картирования яв-

ляется обезличенная таблица мощностей спектров, которую предоставляет любая ЭЭГ-программа.

С помощью прибора «Кардиовизор-6С» в режиме «Здоровье-Экспресс» (с кардиоинтервалографом) обследовались больные, находящиеся на стационарном лечении и нуждающиеся в приёме нейролептиков.

Использованы заложенные в конструкции прибора высокоинформативные и чувствительные методы дисперсионного картирования и кардиоинтервалографии. Первый рассчитывает результирующий показатель «Миокард» (МК), отражающий изменения в деятельности сердечной мышцы. Второй оценивает уровень адаптационного потенциала организма, определяя так называемый «показатель активности регуляторных систем» (ПАРС).

Было установлено, что как МК, так и ПАРС, в целом, мало зависят от возраста пациентов. Длительная нейролептическая терапия, приводящая к значительным нарушениям структуры миокарда, сопровождается заметным и статистически достоверным увеличением показателя МК, достигающего градации невыраженной патологии. Напротив, динамика ПАРС показывает активацию общих адаптационных реакций организма по мере удлинения срока приёма нейролептиков. Увеличение числа назначаемых больным антипсихотических препаратов существенно ухудшает изученные показатели.

Выводы. Использование в клинической психиатрической практике прибора «Кардиовизор-6С» производства ООО «МКС» (г. Зеленоград), особенно в его модифицированном варианте, включающем нейрофизиологический модуль, позволяет комплексно оценить состояние жизненно важных органов и систем целостного организма, таких, как головной мозг и сердце, а также уровень его адаптационного потенциала.

КЛИНИКО- ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Самылкин Д.В., Бочкарев В.К.,
Новотоцкий-Власов В.Ю., Ткаченко А.А.,
Киренская А.В.

Москва, ФГБУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского

Исследование электрической активности мозга больных шизофренией на начальных этапах заболевания предоставляет возможность исключить из анализа влияние множества факторов, определяющих развитие и дальнейшее течение психопатологического процесса, и сосредоточить внимание на первичной дисфункции мозга, непосредственно связанной с шизофреническим процессом.

Цель исследования – установить особенности ЭЭГ больных шизофренией с первым психотическим эпизодом в сравнении со здоровыми испытуемыми и больными на последующих этапах заболевания.

Материал и методы. В группу больных с первым психотическим эпизодом (20 человек) входили больные параноидной шизофренией (F20.0, 17 чел.), с шизотипическим (F21, 1 чел.) и острым полиморфным психотическим расстройством (F23.1, 2 чел.). Группу на последующих этапах заболевания (22 человека) представляли больные с давностью болезни более 5 лет и диагнозами параноидная шизофрения (16 чел.), остаточная (F20.5, 1 чел.), недифференцированная (F20.3, 2 чел.), неврозоподобная шизофрения (F21.3, 1 чел.), шизофрения простой тип (F20.1, 1 чел.), шизотипическое расстройство (1 чел.). Клиническая картина в группе больных с первым психотическим эпизодом характеризовалась преобладанием продуктивной психопатологической симптоматики: психических автоматизмов, бреда воздействия, преследования, слуховых псевдогаллюцинаций. В группе больных с давностью заболевания более 5 лет преобладали негативные расстройства, при этом у больных с параноидной и остаточной шизофренией дефицитарная симптоматика затрагивала преимущественно эмоционально-волевую сферу, а у больных с шизотипическим расстройством и недифференцированной шизофренией дефицитарность проявлялась в личностной сфере. Фармакотерапию, а также другие виды терапии больные не получали. Контрольная группа здоровых испытуемых состояла из 19 человек.

Исследовались зарегистрированные от 19 областей мозга показатели спектральной мощности ЭЭГ по 12 частотным диапазонам: дельта (1.1-4.1 Гц), тета1 (4,1-6,1 Гц), тета2 (6.1-8.1 Гц), альфа1 (8.1-9.8 Гц), альфа2 (9.8-11.4 Гц), альфа3 (11.4-13.0 Гц), бета1 (13.0-15.6 Гц), бета2 (15.6-20.0 Гц), бета3 (20.0-24.4 Гц), бета4 (24.4-30.7 Гц), гамма1 (30.7-48.8 Гц) и гамма2 (51.0-57.7 Гц). Частотные границы диапазонов ЭЭГ были определены с помощью специально разработанного адаптивного метода (Новотоцкий-Власов и др., 2012). Для анализа данных использовали дисперсионный анализ с повторными измерениями, позволяющий определять главные групповые эффекты и эффекты взаимодействия клинических параметров с региональными спектральными характеристиками ЭЭГ.

Результаты. В группах больных выявлены однонаправленные изменения ЭЭГ по сравнению со здоровыми испытуемыми. Наиболее четко эти изменения проявлялись на уровне главных групповых эффектов, характеризующих генерализованное повышение мощности бета3, бета4 и гамма1 диапазонов.

Особенности ЭЭГ групп больных с разной длительностью заболевания проявлялись в вы-

раженности и пространственной конфигурации паттернов изменений относительно здоровых испытуемых. Больных с первым психотическим эпизодом характеризовало повышение мощности дельта диапазона в затылочных и лобных отделах, снижение мощности альфа2 и альфа3 диапазонов в центрально-теменно-затылочных областях и латерализованное в левом полушарии усиление бета4 и гамма1 диапазонов. У больных с давностью заболевания более 5 лет выявлено повышение мощности бета2, бета3 и бета4 диапазонов, латерализованное в правом полушарии, и гамма2 диапазона – в левом.

Выводы. По данным проведенного анализа начальный этап шизофрении (первый психотический эпизод) и ее более отдаленные этапы принципиально не отличаются характером изменений спектра ЭЭГ. В наибольшей степени сходство изменений свойственно высокочастотной части спектра от 20 до 49 Гц, проявляясь повышением мощности этих частот. С первым психотическим эпизодом связано преимущественное повышение мощности дельта диапазона, снижение спектральной мощности в частотной полосе альфа диапазона, а также повышение в левом полушарии мощности бета и гамма диапазонов. Как известно, выраженность альфа-диапазона отражает уровень активации коры, а снижение его мощности свидетельствует, прежде всего, о повышении активации мозга. Усиление бета и гамма активности также рассматривают как проявление активации. Таким образом, выявленные у больных с первым психотическим эпизодом особенности ЭЭГ свидетельствуют об усилении активационных процессов, особенно в левом полушарии, что, по современным представлениям (Gruzelier, 2003), соотносится с преобладанием продуктивной психопатологической симптоматики.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ (МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ)

Симашкова Н.В., Ключник Т.П.,
Якупова Л.П., Коваль-Зайцев А.А.

Москва, ФГБУ НЦПЗ РАМН

Необходимость изучения проблемы расстройств аутистического спектра (РАС) специалистами разных направлений продиктована не только ростом распространенности аутистических расстройств во всем мире (в среднем 1% в детской популяции), но и трудностями диагностики, недостаточным уровнем знаний в этой области психиатрии, что порождает неправильное представление о детях больных аутизмом, вызывает негативное отношение к фармакотерапии. Биологические методы исследования привлекаются прежде всего для

решения сложных вопросов диагностики разных видов аутистических расстройств. Дифференциальный диагноз детского психоза (F84.02), атипичного детского психоза (F84.11), детской шизофрении (F20.8xx3), по-прежнему, актуален во всем мире.

Цель работы. С использованием мультидисциплинарного клинико-биологического подхода дифференцировать психотические формы РАС, обосновать необходимость проведения дифференцированной терапии.

Материалы и методы. Клинико-динамическим, патопсихологическим, иммунологическим и нейрофизиологическим методами обследовано 130 больных с детским психозом (ДП) и 52 больных с атипичным детским психозом эндогенным (АДП) в возрасте от 3 до 14 лет, проходивших лечение в отделе по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма НЦПЗ РАМН в 2003–2013 гг. В МКБ-10 (1994) детская шизофрения (ДШ) не выделена.

Результаты. Сходные по дезинтегративному диссоциированному дизонтогенезу, наличию неспецифических кататонических нарушений в приступах, ДП и АДП различаются не столько по времени манифестации болезни, сколько по присутствию регресса, продолжительности приступов и исходам. Кататонический синдром при ДП занимает основное место в структуре приступа, заменяется нажитым гиперкинетическим – в ремиссии. Кататонические нарушения при АДП в манифестных приступах сочетаются с регрессивными и проходят сквозным синдромом на протяжении болезни в форме протопатических двигательных стереотипий. Для ДП характерна положительная динамика течения заболевания, благоприятный исход в 84% («практическое выздоровление» - в 6%; «высокофункциональный аутизм» - в 50%; регрессиентное течение - в 28%). Для АДП эндогенного характерно прогрессиентное течение болезни в 80% случаев с ранним формированием когнитивного дефицита, схизиса, ангедонии, алекситимии, что позволяет ставить диагноз детской шизофрении. По фенотипической картине АДП эндогенный и ДШ близки. Диагноз АДП ставится в мире и с деонтологических позиций - с целью расширения возможностей социализации.

Возможность разделения ДП и АДП находит подтверждение в существенных различиях биологических параметров. При этом выявлены взаимосвязи между клиническими, иммунологическими, нейрофизиологическими и патопсихологическими показателями пациентов в группах описанных психозов. Вскрыта корреляционная связь между высокой активностью ЛЭ (маркера воспаления) и клинической оценкой остроты состояния в психозе.

При ДП имеет место преимущественно активация врожденного воспалительного иммунитета (увеличение активности ЛЭ и повышение

уровня острофазных белков). В то же время активация приобретенного иммунитета (аутоантитела к нейроантигенам) отмечена исключительно при тяжелом поражении психической деятельности при АДП эндогенном (шизофрении), и является аргументом в пользу аутоиммунного происхождения шизофрении.

Значительно различаются при этих заболеваниях и функциональные характеристики ЦНС, оцениваемые по нейрофизиологическим параметрам. Здесь также наблюдается корреляция тяжести клинической картины и степени нарушения ЭЭГ. В клинической ЭЭГ отрицательным воздействием на биоэлектрическую активность мозга считается уменьшение мощности альфа-ритма и увеличение мощности медленных ритмов тета-дельта диапазонов. И то, и другое имеет место в период регрессивных приступов при АДП, причем такой паттерн, как доминирование ритмической тета-активности, у здоровых детей не встречается. Зато этот ритм является ведущим при тяжелых заболеваниях с распадом высших психических функций. Это позволяет считать тета-ритм маркером состояния регресса при АДП (ДШ). Наблюдается также корреляция между количественной мерой ритма и клиническим проявлением регресса – при улучшении состояния его выраженность уменьшается. У больных данной группы тета-ритм, как правило, сохраняется длительное время, что позволяет говорить о неблагоприятном прогнозе.

При детском психозе отсутствие тета-ритма и присутствие регулярного альфа-ритма в приступе является благоприятным прогностическим признаком. В качестве дополнительного маркера этого заболевания может выступать выраженный сенсомоторный ритм, который появляется в период ремиссии, когда кататонические расстройства замещаются нажитым гиперкинетическим синдромом.

По данным патопсихологических исследований, ДП и АДП имеют разные исходы когнитивных нарушений: сохранение стабильного когнитивного дефицита при АДП эндогенном и нивелировку когнитивных нарушений на фоне абилитации при ДП.

Биологические показатели значительно улучшаются в ходе абилитации при ДП и остаются нарушенными при АДП эндогенном (ДШ), что лишнее раз подтверждает их разную нозологическую принадлежность. ДП отмечается преимущественно при детском аутизме. АДП эндогенного генеза соотнесен нами с ДШ, которая занимает в спектре аутистических расстройств не более 12%.

Выделенные биологические маркеры (молекулярные и нейрофизиологические), сопоставленные с психопатологической картиной расстройства, помогают в ранней диагностике, уточнении прогноза, доказывают нозологическую гетерогенность РАС, подтверждают обоснованность назначения дифференцированной фармакотерапии на определенных

этапах болезни и замену ее преимущественно немедикаментозной коррекцией при благоприятном исходе.

Активно исследуемые в последние годы новые патогенетические механизмы РАС, в первую очередь воспалительные реакции в генезе психических форм РАС, способствуют созданию инновационных стратегий терапии – сочетанному применению малых доз нейролептиков с противовоспалительными и иммуномодулирующими препаратами при ДП, и в ремиссии при АДП.

Разработанное комплексное инновационное клиничко-биологическое направление в диагностике, дифференциации и терапии РАС может быть использовано в качестве модели для оказания помощи больным с различными формами нарушений психического развития в детстве.

АССОЦИИРОВАННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА VAL158MET COMT С ТЯЖЕЛЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Соловьева Н.В., Креницкая С.А., Кичук И.В.,
Урняева С.И., Вильянов В.Б.

Москва, НДЦ клинической психиатрии

Под наблюдением находились 21 пациент (15 мальчиков и 6 девочек) в возрасте от 4 до 12 лет, средний возраст 6,8 лет, получавших амбулаторное лечение по поводу ранней детской шизофрении. Психопатологическая симптоматика у испытуемых характеризовалась различной степенью выраженности поведенческого разлада, аутичности, негативизма, паратимии, амбивалентности и амбитенденности, снижения продуктивности поведения и нарушения навыков самообслуживания. Были выделены группы с тяжелыми, умеренными и легкими проявлениями заболевания. К тяжелым (10 пациентов, 47,6%) были отнесены больные с невозможностью установления с ними продуктивного контакта и нуждающиеся в постоянном уходе и надзоре. К умеренным (3 больных, 14,2 %) – доступные продуктивному контакту, сохраняющие основные навыки самообслуживания, но неспособные к обучению. С легкими проявлениями (8 испытуемых, 38,1%) были признаны пациенты, посещавшие школу или получавших образование по специальной программе в домашних условиях, способные к самостоятельной деятельности, общению со сверстниками.

Материалом для генетического исследования являлась кровь пациентов, взятая из кубитальной вены. Аллельный полиморфизм определялся с помощью метода полимеразной цепной реакции. Распознавание аллелей осуществлялось с помощью праймеров TaqMan производства Applied Biosystems.

Для определения полиморфизма Val158Met COMT праймеры 5'- GGAGCTGGGGGCCTACTGTG-3' и 5' - GGCCCTTTTTCAGGTCTGACA - 3', с выделением аллелей Val и Met, генотипов ValVal, ValMet и MetMet.

Генотип ValVal был получен у 6 пациентов (28,6%), ValMet – 17 (33,3%), MetMet – у 8 (38,1). Несмотря на малочисленность группы испытуемых, следует отметить, что распределение генотипов существенно отличается от данных, полученных при изучении здоровых испытуемых и больных с другими нозологиями. Можно выделить два наиболее существенных отличия: значительное сокращение числа лиц с гетерозиготным генотипом, характерным для других категорий обследованных, а также численное преобладание больных с генотипом MetMet.

Распределение испытуемых по степени тяжести с учетом генотипа показало, что 5 пациентов с тяжелыми проявлениями заболевания оказались носителями генотипа ValVal, а 5 - ValMet. Все больные с умеренными проявлениями процесса были с генотипом MetMet. 5 человек с легкими нарушениями были с генотипом MetMet, 2 - ValMet и 1 – ValVal. Расчет показателя сопряженности по критерию χ^2 показал статистическую значимость связи генотипов с характером клинических проявлений ($\chi^2=14,02$ $df=4$ $P<0,05$). Полученные данные указывают на связь исследуемого полиморфизма с развитием ранней детской шизофрении.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПАТТЕРН НАРУШЕНИЙ СЕНСОМОТОРНОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ИНФОРМАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЛИЦ С ИМПУЛЬСИВНОЙ АГРЕССИВНОСТЬЮ.

Сторожева З.И.

Москва, ФГБУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского

Введение. Экспериментальная модель предстимульной модификации акустической стартл-реакции позволяет оценить механизмы фильтрации сенсорной информации и внимания. Акустическая стартл-реакция (АСР) – генерализованная реакция организма на внезапный звук высокой интенсивности. Установлено, что ее параметры (амплитуда и латентный период) могут изменяться в условиях, когда с небольшим (до нескольких секунд) опережающим интервалом (ОИ) перед основным звуковым стимулом предъявляют предстимул – звуковой сигнал меньшей интенсивности, не вызывающий АСР. Снижение амплитуды АСР при ОИ от 50 до 500 мс (предстимульное торможение – ПСТ) характеризует процесс фильтрации сенсорной информации на стадии раннего ненаправленного внимания. Повышение амплитуды АСР при ОИ

предстимула более 1с – предстимульная фасилитация (ПСФ) является показателем устойчивости внимания к индифферентному стимулу. Результаты многочисленных (в основном, зарубежных) исследований свидетельствуют, что у больных шизофренией уровень ПСТ снижен по сравнению со здоровыми испытуемыми при ОИ, равном 60 мс – пограничном между осознаваемым и неосознанным восприятием. Показан высокий уровень наследуемости ПСТ, и его считают валидным психофизиологическим маркером предрасположенности к заболеванию. Имеются также немногочисленные сведения о том, что нарушение ПСТ характерно для агрессивных лиц с антисоциальным поведением (Kumari et al., 2005). Значительно менее исследованы особенности ПСФ при шизофрении, а ассоциация нарушений этого показателя с агрессивным поведением до настоящего времени не изучалась. Предстимульная модификация АСР зависит от активности мозговых структур, вовлеченных в когнитивные и эмоциональные процессы, таких как лобная и лимбическая кора, гиппокамп, амигдала, прилежащее ядро. В связи с этим, сравнение паттерна нарушений предстимульной модификации АСР при различных психопатологических состояниях представляет существенный интерес в плане изучения их патогенеза и совершенствования инструментальных методов исследования.

Цель работы: изучение особенностей предстимульной модификации АСР у больных шизофренией и лиц с импульсивным агрессивным поведением.

Методы. В исследовании принимали участие лица мужского пола 25-50 лет: 27 агрессивных (группа АГ) испытуемых, 35 больных шизофренией (Ш), проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в ГНЦ «ССП им ВП Сербского» и 53 психически здоровых испытуемых (группа К). Из анализа были исключены лица с опытом употребления психоактивных соединений.

За основу был принят протокол, рекомендованный Международным Консорциумом по изучению генетики шизофрении. Для возбуждения АСР использовали широкополосные звуковые импульсы (основные стимулы) длительностью 40 мс и интенсивностью - 105 дБ, подаваемые через наушники бинаурально с интервалом 15-22 с. Длительность предстимула составляла 20 мс, а интенсивность - 75 дБ. Исследование состояло из четырех серий, разделенных 2-минутными интервалами. В первой и четвертой сериях подавалось по 5 основных стимулов без предстимулов. Во второй и третьей сериях в случайном порядке подавались по 8 стимулов четырех типов: а) основной стимул без предстимула, б) основной стимул в сочетании с предстимулом при ИО= 60 мс, в) основной стимул в сочетании с предстимулом при ИО= 120 мс и г) основной стимул в сочетании с предстимулом при ИО=2500 мс.

Величину АСР оценивали по электромиограмме круговых мышц обоих глаз испытуемого с помощью Нейромиографа-01-МБН (МБН, Россия). Исходные параметры АСР определяли как средние величины амплитуды и латентного периода реакций в течение первой серии. а величину предстимульной модификации - по изменению (в процентах) средней амплитуды АСР в пробах, включающих предстимул, относительно соответствующих показателей в пробах без предстимула. Вычисления проводили отдельно для предстимулов с различными величинами ИО.

Результаты. В группе Ш относительно контрольного уровня выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение ПСТ при ОИ=60мс с правого и с левого глаза (на 20 и 25% соответственно). Кроме того, в этой группе имело место выраженное снижение ПСФ по сравнению с группой К ($1,74 \pm 4,8\%$ и $18,7 \pm 5,6\%$ соответственно, $p < 0,01$).

В группе АГ выявлено следующие статистически значимые отличия от группы К: снижение показателя ПСТ при ОИ=60 мс с обоих глаз (на 40%, $p < 0,01$) снижение ПСТ при ОИ=120 мс – также билатерально (на 47% $p < 0,01$); возрастание ПСФ с левого глаза на 90% ($p < 0,05$).

В группе АГ обнаружены отрицательные корреляции между показателями ПСТ как при ОИ=60, так и при ОИ=120 с показателями теста Басс-Дарки – вербальной агрессивностью и суммарным индексом агрессивности.

В группе Ш уровень ПСТ демонстрировал отрицательную корреляцию со шкалой N5 ПАНСС – нарушение абстрактного мышления и парадоксальную положительную корреляцию со шкалой P3 – галлюцинации.

Обсуждение результатов. Полученные данные свидетельствуют, что у больных шизофренией, и у лиц с импульсивной агрессивностью нарушены процессы фильтрации сенсомоторной информации на ранней, близкой к неосознанной, стадии направленного внимания. Вместе с тем, у агрессивных испытуемых нарушения ПСТ при ОИ=60 мс более выражены, чем у больных шизофренией. Кроме того, у лиц с импульсивной агрессивностью наблюдался дефицит сенсомоторной фильтрации при ОИ=120 мс – на более поздней, близкой к осознанной, стадии внимания. Можно предположить, что сенсорная перегрузка, обусловленная нарушениями селекции информации приводит к изменению реакции на обстановочные стимулы на стадии афферентного синтеза, повышенной раздражительности и агрессивности.

Уровень ПСФ, отражающий устойчивость внимания к индифферентным стимулам на стадии принятия решений (Kumgu et al., 2006) снижен относительно нормы у больных шизофренией и повышен у лиц с импульсивной агрессивностью. Эти нарушения, связанные, в частности, с изменениями

активности амигдаларного комплекса (Koch & Ebert, 2003) могут быть индикаторами предрасположенности к развитию соответствующих психопатологических расстройств.

Выводы. Выявленный дифференциальный паттерн предстимульной модификации акустической стартл-реакции может являться основой для разработки системы психофизиологических маркеров предрасположенности к развитию различных психопатологических состояний, в частности расстройств шизофренического спектра и импульсивной агрессивности.

ВКЛАД ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS10828317 ГЕНА PIP5K2A В КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ШИЗОФРЕНИИ

Федоренко О.Ю., Боярко Е.Г., Рудиков Е.В.,
Искалиева Д.Р., Семке А.В., Сорокина В.А.,
Иванова С.А.

Томск, ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН

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. et al, 2005; Schwab S.G. et al, 2006). Изначально ассоциация полиморфного варианта rs10828317 гена PIP5K2A с шизофренией была показана в немецкой и голландской популяциях (Schwab S.G. et al., 2006; Bakker S.C. et al., 2007). По мнению L. Saggars-Gray et al. (2008) вклад ранее заявленного полиморфного варианта rs10828317 гена PIP5K2A в развитии шизофрении в индонезийской популяции является несущественным (Saggars-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). Целью нашего исследования стало изучение ассоциации полиморфного варианта rs10828317 гена PIP5K2A как с шизофренией, так и с клиническим полиморфизмом заболевания у пациентов в русской популяции Сибирского региона.

Материал и методы: проведено комплексное клинико-биологическое обследование 366 пациентов, проходивших курс стационарного лечения в отделении эндогенных расстройств ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН и в Кемеровской областной психиатрической больнице. Состояние пациентов на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении по Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10; Раздел F20). Группу контроля составили 110 психически и соматически здоровых лиц без наследственной отягощенности по шизофрении

и соответствующих по полу и возрасту обследуемым больным. У всех исследованных лиц было получено информированное согласие на проведение генетического исследования. Исследование проведено с соблюдением протокола, утвержденного локальным этическим комитетом ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН и в соответствии с Хельсинской Декларацией для экспериментов, включающих людей. ДНК выделяли из венозной крови с ЭДТА сорбентным методом, с использованием набора фирмы «Медиген», согласно протоколу производителя. Генотипирование rs10828317 проводили методом ПЦР в реальном времени с помощью набора фирмы «Applied Biosystems» на приборе «StepOne Plus» (Applied Biosystems, USA). Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием критериев χ^2 Пирсона и Крускала-Уоллиса с помощью пакета программ SPSS 17.0 for Windows. Связь полиморфизма с заболеванием также оценивали с помощью расчета отношения шансов.

Результаты и обсуждение. Распределение частот генотипов полиморфизма rs10828317 гена PIP5K2A соответствовало равновесию Харди-Вайнберга в группе контроля ($\chi^2=0,32$; $p=0,648$), но не в группе больных шизофренией ($\chi^2=14,13$; $p=0,0023$). По данным проекта НарМар частота С аллеля в европейской популяции составляет 0,38 (The International NarMap Consortium, 2007). Выявленная в данной работе частота С аллеля близка к частотам в различных европейских популяциях и в целом соответствует данным литературы. Сравнение частот генотипов в группах больных шизофренией и контроля выявило существенное повышение частоты встречаемости генотипа СС и аллеля С у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами (20,4% и 9,0%, соответственно, $p=0,028$). Отношение шансов для аллеля С равно 1,40 ($p=0,49$; 95% CI=1,00-1,95), для генотипа СС равно 2,60 ($p=0,03$; 95% CI=1,25-5,40) (Федоренко О.Ю. и соавт., 2013).

Известно, что генетические детерминанты могут вносить существенный вклад в развитие заболевания, определяя ранний возраст начала и тяжесть симптомов. Анализ взаимосвязи rs10828317 полиморфизма с возрастом начала заболевания не выявил статистических различий среди носителей различных генотипов. В ходе исследования мы разделили группу больных шизофренией на 2 подгруппы: с преобладанием позитивной или негативной симптоматики. В результате анализа распределения частот генотипа rs10828317 в этих подгруппах были получены достоверные. Группа больных шизофренией с преобладанием позитивной симптоматики характеризуется выраженным повышением частоты аллеля С по сравнению с пациентами с преобладанием негативной симптоматики (34,8% и 17,6%, соответственно, $p=0,003$). Отношение шансов для аллеля С равно 1,91 ($p=0,0002$; 95% CI=1,36-2,70), для генотипа СС равно 2,51 ($p=0,003$; 95% CI=1,43-4,38).

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 (Schwab S.G. et al., 2006). Патологическим объяснением этой ассоциации может являться нарушение функциональной активности мутантной (N251S)-PIP5K2A киназы в отношении фосфатидилинозитол-4,5-бифосфат-активируемых белков, в том числе нейрональных KCNQ каналов и глутаматных EAAT3 транспортеров (Fedorenko O. et al., 2008; Fedorenko O. et al., 2009), что приводит к дофаминергическому, глутаматергическому дисбалансу у пациентов носителей этой мутации.

Выводы. Частоты генотипов и аллелей полиморфного варианта rs10828317 гена PIP5K2A в русской популяции Сибирского региона соответствуют аналогичным показателям в европеоидных популяциях. Выявленная ассоциация полиморфного варианта rs10828317 гена PIP5K2A подтверждает вовлеченность данного полиморфизма в патологические изменения при шизофрении, в том числе в формирование ведущей симптоматики заболевания.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ 11-04-01102-а «Изучение ассоциации полиморфизма гена PIP5K2A киназы с социально значимыми психическими и поведенческими расстройствами» и гранта ФЦП (Соглашение №8140) «Разработка комплекса маркеров основных социально значимых психических расстройств на основе изучения молекулярно-генетических механизмов дисрегуляции нейрональных протеинкиназных сигнальных путей»

ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА РИСКИ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Шманева Т.М., Мазо Г.Э.

Санкт-Петербург, Научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Метаболический синдром в настоящее время является одной из наиболее приоритетных и социально значимых проблем медицины и привлекает внимание широкого круга специалистов в научном и в практическом плане. Актуальность данного симптомокомплекса связана с широкой распространенностью обменных нарушений у пациентов с аффективными расстройствами. Метаболический синдром (МС) среди людей, страдающих депрессией, регистрируется существенно выше, чем в общей

популяции (36% против 13-15%). Анализ доступных публикаций позволяет предположить, что частое сочетание депрессии с компонентами МС не случайность, обусловленная высокой распространенностью двух медицинских проблем, а имеет биологическую основу, где предполагается роль гормонов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, тиреоидной оси и оси половых гормонов, а также пролактина (Краснов В.Н., 1987; Holsboer F., 1999; Wolkowitz O.M., 2001).

Цель исследования: выделение факторов риска развития МС у пациентов с депрессивными расстройствами.

Материалы и метод исследования: обследование 89 пациентов, направленное на изучение факторов риска, способствующих развитию метаболического синдрома. Обследование пациентов проводилось дважды - при включении в обследование и через 6 недель тимоаналептической терапии.

Результаты исследования. В изучаемой выборке МС был зарегистрирован у 45% пациентов с аффективными расстройствами. К окончанию терапии 58% были выявлены проявления МС. Проведен

анализ клинических характеристик, отражающих психопатологическую структуру и течение аффективного расстройства, на риск развития МС. Анализ гормональных показателей показал снижение в процессе терапии функции тиреоидной системы (увеличение уровня ТТГ ($p>0,05$) без существенного влияния на уровень периферических гормонов) у пациентов с МС. Выявлено повышение уровня пролактина, которое наиболее четко контурируется у пациентов с МС и достигает достоверного увеличения в процессе краткосрочного периода фармакотерапии. Были зафиксированы также достоверно высокие показатели уровней инсулина ($p>0,05$) и лептина ($p>0,05$) у больных с МС как до лечения, так и после периода фармакотерапии.

Таким образом, полученные данные позволили выделить пациентов, составляющих группу риска по развитию МС. Выявлены предикторы развития МС, которые должны приниматься во внимание при составлении терапевтических программ и мониторинга лабораторных показателей в процессе лечения у пациентов с аффективным расстройством.

ИСТОРИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ АНТИДЕПРЕССАНТОВ СУИЦИДАЛЬНОСТЬЮ

Аведисова А.С.

Москва, ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского

История стигматизации антидепрессантов суицидальностью является наглядным примером вмешательства политических структур, средств массовой информации и общественного мнения в область научных знаний.

Данные о повышении риска суицидального поведения у детей и подростков, принимающих антидепрессанты (особенно СИОЗС), были получены в начале 1990-ых в результате ретроспективного анализа историй болезней пациентов, совершивших суициды. FDA не расценил эти результаты как заключительные и потребовал получение данных от независимых исследователей (Колумбийского Университета), требуя точно определить как часто встречается суицидальное поведение при терапии антидепрессантами и имеется ли связь между приемом препарата и суицидом. Мета-анализ 24 РКИ продолжительностью 4-16 недель (N=4582) терапии антидепрессантами детей и подростков с большим депрессивным эпизодом, обсессивно-компульсивным, генерализованным тревожным расстройством, социофобией и синдромом гиперактивности с дефицитом внимания показал повышение 1,95 раза по сравнению с плацебо риска суицидальных мыслей и поведения по всем нозологиям и по всем препаратам (случаев завершенных суицидов выявлено не было). При этом обращалось внимание на несопоставимость дизайна исследования, его длительности, популяции пациентов, а также на тот факт, что результат исследовательского интереса (суицидальность) является также результатом психического расстройства (депрессия), при котором этот препарат применяется. На слушаниях в FDA Tarek A. Hamad заявил: «Из 100 пациентов, проходящих терапию антидепрессантами, мы можем ожидать, что только 2-3 пациента будут иметь некоторый суицидальный риск вследствие кратковременной терапии, что не является риском по сравнению с тем, который встречается при терапии депрессии». 22 марта 2004 г. FDA выпустил пресс-релиз, где сообщал, что «при тщательном изучении суицидальной активности остается не ясным – связано ли самоповреждающее поведение с суицидом, а суицид с антидепрессантом». Однако уже в июне 2004 г. Генеральный прокурор штата Нью-Йорк Eliot Spitzer начал судебный процесс против одной из крупнейших фармацевтических компаний, заявив о вероятности подобных процессов против других компаний. «Эта область, которая нам интересна и, я думаю, мы выявим другие аналогичные случаи» - заявил он. Вслед за этим BBC в новостях сообщила, что антидепрессанты вызывают агрессию и гомоцидное по-

ведение. Конгресс США вынужден был назначить публичные слушания по этому делу, на котором присутствовали не только члены FDA, фармацевтических компаний, психиатры и психологи, но и родственники пациентов, совершивших суицид, а также их адвокаты. На слушаниях обнаружилось отсутствие консенсуса на принятую в исследованиях терминологию при оценке суицида, различия мнений относительно интерпретации результатов, полученных при РКИ. FDA ясно требовала статистического обоснования для принятия своего хоть какого-нибудь решения, но «после того как родители детей, покончивших жизнь самоубийством, на слайдах описывали последние дни из их жизни заключительный результат не вызывал сомнения». В сентябре 2004 г. группа экспертов FDA утвердила голосованием 18 против 5 человек требование к изготовителям всех антидепрессантов добавить предупредительные черные рамки («Black Box») на наклейки к упаковкам их продуктов, предупреждающие о возможном повышении суицидального риска у пациентов детского и подросткового возраста. Все эти события происходили на фоне массовой «истерии» в обществе. В средствах массовой информации стали звучать грозные заявления о том, что «FDA «экранирует» фарминдустрию», президент союза защиты потребителей, различные неправительственные организации требовали, чтобы родители предупреждали своих детей об опасности применения антидепрессантов, в интернете появилось множество юридических сайтов с просьбой заполнить форму для оповещения общественности о нежелательных последствиях их применения. В условиях дилетантского представления в обществе о депрессии и антидепрессантах, а также настороженного отношения к психиатрии подобные события спровоцировали многочисленные антипсихиатрические митинги, которые проходили во всем мире, в том числе и у нас в стране, требующие приравнять психиатрию к «индустрии убийств» и т.п. Это повлекло за собой в 1975 г. включение предупреждающей маркировки в инструкции по медицинскому применению всех антидепрессантов во всех возрастных группах и при всех показаниях.

- Только после описанных событий психиатры различных стран сконцентрировали свой исследовательский интерес на изучении проблемы суицидов и суицидальности при депрессивных расстройствах, в том числе в процессе фармакотерапии. В 2006 г. Американская психиатрическая ассоциация и Американская Академия детской и подростковой психиатрии при консультации с Национальной коалицией Родителей, поставщиков и профессиональных ассоциаций опубликовала отчет, в котором заявила об «отсутствии доказательств, что антидепрессанты увеличивают риск суицида при наличии очевидных доказательств, что депрессия значительно повышает суицидальный риск у детей

и подростков». Директор Американской медицинской ассоциации Dr. Larry S. Goldman провел конференцию, посвященную различным механизмам, объясняющим появление суицидальности в начале терапии антидепрессантами. К числу их были отнесены: феномен отката «Roll back» (повышение активности до улучшения настроения), парадоксальное ухудшение состояния в начале терапии, акатизия, индукция тревоги и панических атак, стадия «перехода» «shifts» (от депрессии к смешанному состоянию, как «скрытая» биполярность), инсомния.

Какие проблемы подняла маркировка «Black Box» для антидепрессантов?

1. Методологические проблемы анализа влияния антидепрессантов на суицидальность.
2. Отсутствие в исследованиях общепринятой терминологии в определении суицидальности и классификации суицидальных событий.
3. Отсутствие адекватных методов оценки суицидальности
4. Недостаточность диагностики пациентов с предполагаемыми депрессивными расстройствами, особенно врачами общей практики
5. Необходимость привлечения данных других исследований, например социологических, фармакоэпидемиологических, к изучению влияния антидепрессантов на суицидальность.
6. Необходимость проведения натуралистических исследований по оценке суицидальности при применении антидепрессантов

ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА РИСКИ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Шманева Т.М., Мазо Г.Э.

*Санкт-Петербург, Научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева*

Метаболический синдром в настоящее время является одной из наиболее приоритетных и социально значимых проблем медицины и привлекает внимание широкого круга специалистов в научном и в практическом плане. Актуальность данного симптомокомплекса связана с широкой распространенностью обменных нарушений у пациентов с аффективными расстройствами. Метаболический синдром (МС) среди людей, страдающих депрессией, регистрируется существенно выше, чем в общей популяции (36% против 13-15%). Анализ доступных публикаций позволяет предположить, что частое сочетание депрессии с компонентами МС не случайность, обусловленная высокой рас-

пространенностью двух медицинских проблем, а имеет биологическую основу, где предполагается роль гормонов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, тиреоидной оси и оси половых гормонов, а также пролактина (Краснов В.Н., 1987; Holsboer F., 1999; Wolkowitz O.M., 2001).

Цель исследования: выделение факторов риска развития МС у пациентов с депрессивными расстройствами.

Материалы и метод исследования: обследование 89 пациентов, направленное на изучение факторов риска, способствующих развитию метаболического синдрома. Обследование пациентов проводилось дважды - при включении в обследование и через 6 недель тимоаналептической терапии.

Результаты исследования: В изучаемой выборке МС был зарегистрирован у 45% пациентов с аффективными расстройствами. К окончанию терапии 58% были выявлены проявления МС. Проведен анализ клинических характеристик, отражающих психопатологическую структуру и течение аффективного расстройства, на риск развития МС. Анализ гормональных показателей показал снижение в процессе терапии функции тиреоидной системы (увеличение уровня ТТГ ($p > 0,05$) без существенного влияния на уровень периферических гормонов) у пациентов с МС. Выявлено повышение уровня пролактина, которое наиболее четко контурируется у пациентов с МС и достигает достоверного увеличения в процессе краткосрочного периода фармакотерапии. Были зафиксированы также достоверно высокие показатели уровней инсулина ($p > 0,05$) и лептина ($p > 0,05$) у больных с МС как до лечения, так и после периода фармакотерапии.

Таким образом, полученные данные позволили выделить пациентов, составляющих группу риска по развитию МС. Выявлены предикторы развития МС, которые должны приниматься во внимание при составлении терапевтических программ и мониторинга лабораторных показателей в процессе лечения у пациентов с аффективным расстройством.

КЛИНИКО-ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Семке А.В.,
Мальцева Ю.Л., Меньянцева Т.А.**

Томск, ФБГУ «НИИПЗ» СО РАМН

Разработка методов оценки прогноза эффективности терапии больных шизофренией с целью повышения качества оказания специализированной медицинской помощи при данной патологии является приоритетным направлением в психиатрии.

Как правило, диагностика психического состояния и его динамика в процессе терапии, оценка качества лечения в психиатрических стационарах осуществляется лечащим врачом на основе субъективного наблюдения динамики психопатологической симптоматики и субъективной оценки пациентами своего состояния с применением различных оценочных шкал. Однако полиморфизм клинических проявлений шизофрении, в частности лекарственный патоморфоз, рост числа стертых форм, увеличение количества больных, резистентных к психофармакологическим препаратам нередко затрудняет правильную постановку диагноза, своевременное назначение адекватной терапии и оценку ее эффективности. В клинической практике оценка эффективности терапии основана на динамическом наблюдении за выраженностью психопатологических симптомов в среднем через 4-6 недель после начала терапии, когда действие антипсихотиков достигает своего плато, и при незначительном улучшении состояния пациента лечащий врач меняет терапевтическую тактику. Такой подход приводит к удлинению сроков редукции психопатологической симптоматики и пребывания пациента в стационаре.

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 клинко-биологических (в том числе клинко-иммунологических) стереотипов развития болезни. Нарушения функции иммунитета, психо-нейроиммунного взаимодействия, метаболических процессов утяжеляют клиническую картину заболевания, способствуют формированию терапевтической резистентности, нежелательных побочных явлений психотропной терапии, снижают эффективность лечения пациентов.

Использование иммунологических критериев для прогноза эффективности лечения больных шизофренией отражены в единичных сообщениях и в основном при изучении иммунотропных эффектов антипсихотических препаратов.

Цель исследования. Определение клинко-иммунобиологических параметров как дополнительных параклинических критериев прогноза эффективности лечения больных шизофренией при поступлении в стационар.

Материал и методы. Обследовано 388 больных шизофренией в возрасте от 18 до 64 лет, диагноз по МКБ-10 F20.00, F20.01, F20.02, F20.06, F21. Динамику психопатологической симптоматики регистрировали с использованием «Шкалы общего клинического впечатления» CGI в двух точках – до начала терапии и через 6 недель адекватного психическому состоянию лечения. По результатам клинической динамики пациенты были разделены

на 2 группы: 1-я группа (197 пациентов; 50,8%) – со значительным и существенным улучшением психического состояния; 2-я группа (191 человек, 49,2%) – с относительно неблагоприятной динамикой психического состояния (с незначительным улучшением психического состояния или отсутствием эффекта). При клиническом обследовании использовались следующие клинические параметры: пол, возраст, форма и тип течения заболевания, возраст манифестации процесса, наличие или отсутствие резистентности к психофармакотерапии в анамнезе по данным предыдущих госпитализаций, наличие или отсутствие сопутствующей соматической патологии, класс используемых нейролептиков (типичные, атипичные).

Комплексное иммунологическое обследование проводилось в динамике терапии (1 точка до начала терапии, 2-я через 6 недель лечения) и включало определение фенотипов поверхностных рецепторов иммунокомпетентных клеток, концентрации сывороточных иммуноглобулинов IgM, IgG, IgA, уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Спонтанную и митогениндуцированную продукцию IFN- γ , IL-4, TNF β мононуклеарами больных шизофренией определяли с помощью иммуноферментного анализа. Также исследовали концентрацию кортизола и аминотрансфераз в сыворотке крови.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных комплексного иммунологического обследования показал, что при поступлении в стационар у больных шизофренией во всех группах установлено достоверное по сравнению со здоровыми лицами снижение общего пула Т-лимфоцитов (CD2+), общего количества зрелых Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов-индукторов (CD4+), цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+), натуральных клеток-киллеров (CD16+), В-лимфоцитов (CD20+); лимфоцитов с маркерами поздней активации HLADR, клеток с Fas-рецепторами готовности к апоптозу CD95. Выявлены отклонения в иммуноглобулиновом спектре: у большинства пациентов в обеих группах отмечается достоверное повышение концентрации IgM и IgA в сыворотке крови. Установлены изменения в системе неспецифической резистентности организма, в основном за счет повышения активации внутриклеточных антибактериальных систем (спонтанный тест с НСТ).

Установлено, что до начала терапии 1-я группа обследованных (со значительным улучшением психопатологической симптоматики в процессе лечения) по сравнению со 2-й группой обследованных (с отсутствием терапевтического эффекта) характеризовалась более высокими значениями общего количества лимфоцитов, Т-хелперов-индукторов (CD4+, $p=0,0001$), цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+, $p=0,0001$), митогениндуцированной продукции IFN- γ ($p=0,0001$), более низкими значени-

ями митогениндуцированной продукции TNF- β ($p=0,0001$).

Проведен пошаговый логистический регрессионный анализ клинических и иммунобиологических показателей обследованных пациентов. Из всего объема анализируемых данных выделены наиболее информативные иммунологические (лимфоциты с маркерами поздней активации HLADR, клетки с Fas-рецепторами готовности к апоптозу CD95, концентрация IgA и кортизола в сыворотке крови) и клинические (наличие или отсутствие резистентности к психофармакологическим препаратам в анамнезе по данным предыдущих госпитализаций, наличие или отсутствие сопутствующей соматической патологии), которые могут использоваться для прогноза эффективности психофармакотерапии для конкретного больного шизофренией при его поступлении в стационар.

Выводы. Таким образом, на основе анализа особенностей психонейроиммуномодуляции в динамике терапии в группах пациентов с различной эффективностью лечения, определяемой по шкале CGI, установлен комплекс иммунологических показателей, которые могут быть использованы в качестве дополнительных к клиническим предикторов прогноза эффективности психофармакотерапии при поступлении пациента в стационар.

Предложенный комплекс информативных клинических и иммунобиологических критериев, отражающих состояние регуляторных систем организма, позволяет оптимизировать выбор дифференцированной терапевтической тактики и, в конечном итоге, сократить срок пребывания пациента в стационаре и повысить качество оказания специализированной медицинской помощи больным шизофренией.

ВЛИЯНИЕ ГЕНОТИПА CYP2D6 НА БЕЗОПАСНОСТЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Курылев А.А., Вилюм И.А., Андреев Б.В.

*Санкт-Петербург, СПбГБУЗ «Психиатрическая больница № 1
им. П.П. Кащенко»*

Хорошо известно, что наличие генетически детерминированных дефектов в системе цитохрома P-450, определяющих метаболизм многих групп лекарственных средств, оказывает существенное значение на эффективность и безопасность их применения. Вместе с тем клиническая значимость подобных вариаций изофермента CYP2D6, участвующего в биотрансформации большинства

классических и ряда атипичных нейролептиков, для прогнозирования безопасности применения антипсихотических средств остается предметом постоянных научных обсуждений. Особенности фармакокинетики психотропных средств оказывают влияние на безопасность их применения. Около 70% психотропных препаратов метаболизируются ферментами, принадлежащими семейству цитохрома P450. Изофермент CYP 2D6 участвует в первой фазе метаболизма большинства типичных и некоторых атипичных антипсихотиков.

Цель исследования. Оценить влияние генетических полиморфизмов изофермента CYP2D6 на безопасность применения антипсихотиков и определить возможные экономические последствия внедрения метода генотипирования в повседневную клиническую практику.

Материалы и методы. в исследовании приняли участие 198 пациентов, находящихся на лечении в СПб ГУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кащенко», получавших терапию антипсихотиками и корректорами ЭПН по показаниям. Критерии включения: возраст 18-45 лет, диагноз шизофрении (F 20.0), длительность текущей госпитализации более месяца, стаж болезни не более 5 лет; критерии исключения: хронические заболевания печени, нахождение в стационаре по социальным показаниям, сопутствующий прием карбамазепина, производных бензодиазепина (кроме феназепам). Все пациенты подписали информированное согласие. У 166 пациентов проводили определение генетических полиморфизмов CYP2D6 (*3, *4, *5, *6, *1XN), оценивали применяемые антипсихотики, корректоры экстрапирамидных нарушений (ЭПН) и другую сопутствующую терапию, дозы, путь введения, длительность терапии, частоту ЭПН, выраженность побочных эффектов (шкалы PANSS и AIMS).

Результаты. В результате генотипирования пациенты были разделены на группы (группы сравнения): с 0, 1 и 2 функционально полноценными аллелями в геноме. Частота встречаемости слабых инактиваторов составила 5,4%, что соответствует данным для европейской популяции режима терапии. С целью возможности сравнения среднесуточных доз в каждом случае проводили пересчет дозы применяемого антипсихотика в аминазиновые эквиваленты. Для оценки различий среднесуточных доз антипсихотиков, у пациентов с разным числом функциональных аллелей CYP2D6, была построена модель, которая включала дополнительные факторы: количество аллелей CYP2D6, возраст, длительность госпитализации. Для оценки различий применяли метод ковариационного анализа. Средняя длительность госпитализации в группе пациентов с 0 функциональных аллелей CYP 2D6 (слабые инактиваторы) и в группе с 1 и 2 аллелями (быстрые инактиваторы) составила 74,46 (58,47-90,46), 55,48 (51,97-58,99) дней, соответственно (разницей

- 18,99 (2,60-35,37) дней, ($p=0,02$). Различия средних суточных доз, выраженных в аминазиновых эквивалентах, в группах с 0, 1 и 2 функционально полноценными аллелями достигли статистической значимости: 256,70 (125,97-387,43); 397,79 (352,10-443,51); 456,74 (410,97-502,50) аминаз. экв., соответственно. Частота ЭПН составила 71,43% у медленных инактиваторов и 16,33% у пациентов с двумя функциональными аллелями ($p<0,01$).

Фармакоэкономическая оценка: средняя стоимость 1 аминазинового эквивалента с учетом частоты назначения различных антипсихотиков составляла 0,2154 руб. При расчете суммарных затрат исходили из того, что в случае применения генотипирования длительность терапии в группах быстрых и медленных инактиваторов считали равной. Суммарные затраты для группы из 100 пациентов при генотипировании составили 8 402 860,60 руб. (84 028,60 руб./пац.), без генотипирования – 8 503 306,48 руб. (85 033,06 руб./пац.). Генотипирование является более выгодной с экономической точки зрения стратегией, т.к. позволяет сократить затраты на одного пациента на 1%. Анализ чувствительности показал, что порог стоимости генотипирования, при котором затраты в обеих стратегиях уравниваются, составляет – 1505,40 руб. (300% от исходного значения). Порог разницы длительности госпитализации между группами составляет – 6,52 дня, т.е. при разнице в длительности госпитализации медленных и быстрых инактиваторов не менее чем 6,52 дня, использование генотипирования остается экономически более выгодной стратегией.

Выводы. Длительность пребывания в стационаре и частота нежелательных реакций у пациентов с отсутствием в геноме аллелей CYP2D6 выше по сравнению с быстрыми инактиваторами. Генотипирование полиморфизмов цитохрома P450 изофермента 2D6 перед началом психофармакотерапии является экономически обоснованной стратегией, т.к. не увеличивает среднюю стоимость госпитализации при отклонениях входных параметров до 300%. Необходимо исследование большей группы пациентов для более точной оценки разницы между слабыми и быстрыми инактиваторами, а также для выработки критериев при наличии которых у пациента проведение генотипирования окажется максимально полезным, как с клинической, так и с экономической точек зрения.

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2D6 И MDR1 НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Псарева Н.А., Сычев Д.А., Казаков Р.Е., Иванец Н.Н., Кукес В.Г.

Москва, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, ФГБУ НЦЭСМП Минздрава России

Цель исследования – оценить ассоциации генетических полиморфизмов CYP2D6 и MDR1 с параметрами эффективности и безопасности антидепрессантов у пациентов с депрессивными расстройствами в условиях психиатрического стационара.

Материалы и методы. В работе использованы данные, полученные при лечении больных, госпитализированных в 2012 г. в клинику психиатрии им. С.С. Корсакова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова по поводу депрессивных расстройств. Выборка включает 34 пациента: 7 мужчин (20,6 %) и 27 женщин (79,4 %), средний возраст составил $39,5 \pm 21,5$ лет.

При отборе больных использовали диагностические критерии МКБ-10 под рубриками F 31. Биполярное расстройство – 5 пациентов (14,7%), F 32. Депрессивный эпизод – 3 пациента (8,8%), F 33 Рекуррентное депрессивное расстройство – 24 пациента (70,59%), F 43 Реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации – 2 пациента (5,9%). Критериями включения пациентов в исследование были: возраст - от 18 до 65 лет; соответствие клинической картины наблюдаемого расстройства депрессии тяжелой и средней тяжести; подписание информированное согласие на участие в исследовании.

В качестве критериев исключения рассматривали: состояния, не позволяющие выполнить психопатологическое обследование в необходимом объеме: манифестные психозы (органические/эндогенные); деменцию; зависимость от психоактивных веществ, хронические заболевания печени, другие тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации.

В исследуемой группе пациентов применялись следующие антидепрессанты: амитриптилин (12 пациентов, 35,29%); кломипрамин (1 пациент, 2,94%); имипрамин (2 пациента, 5,88%); флувоксамин (8 пациентов, 23,54%); миртазапин (6 пациентов, 17,65%); венлафаксин (2 пациента, 5,88%); пароксетин (3 пациента, 8,82%).

Наряду с клиническим методом для оценки выраженности депрессивного состояния и его динамики в процессе терапии использовали объективный психометрический инструментальный метод: шкалу Монтгомери-Асберг (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) для оценки тяжести депрессии и ее динамики в результате проводимой терапии

[11]. Для оценки переносимости лекарств использовали шкалу Udvald for Kliniske Undersogelser Scale (UKU) [12]. Для настоящего исследования шкала была модифицирована, были удалены графы, не значимые для исследования антидепрессантов. Наличие и выраженность симптомов оценивалась в баллах от 0 до 3.

Исследование проводили на 0, 7, 14, 21, 28, 35, 42 и 49 сутки пребывания пациентов в клинике по шкале MARDS и по шкале UKU в те же сроки, начиная с 7 суток. Сравнивали изменения показателей шкалы MARDS в начале и в конце исследования и абсолютные показатели шкалы UKU каждые 7 дней, начиная с 7-го дня терапии.

Взятие крови для фармакогенетического исследования осуществляли из кубитальной вены в количестве 5 мл в пробирки с EDTA. ДНК выделяли из цельной крови с помощью наборов Fermentas. Праймеры были подобраны с помощью компьютерной программы «PrimerSelect» версия 4.05 © DNASTar Inc. Подбор проводился на матрице из банка данных NCBI, содержащей полную последовательность гена MDR1, CYP2D6, включая все экзоны и интроны, референтный номер NT_007933.

Результаты. Оценка распределения пациентов по частоте встречаемости исследуемых аллелей продемонстрировала, что три четверти пациентов (76,5 %) имели генотип CYP2D6*1/*1, у 20,6 % обследуемых больных с депрессией был выявлен генотип CYP2D6*1/*4, только у одного пациента (2,9 %) был выявлен генотип CYP2D6*4/4.

Изучение распределения больных по частоте встречаемости генотипов по полиморфному маркеру C3435T гена MDR1 дало следующие результаты: генотип CC обнаружен у 10 (29,4%) пациентов, генотип CT – у 19 (55,9%) пациентов, генотип TT обнаружен в 5 случаях (14,7 %). Сравнение показателей шкалы UKU в различные сроки исследования показало различия этого показателя во все сроки исследования у больных депрессией в зависимости от генотипа по CYP2D6. Так, значения этого показателя на 1-3 неделях терапии у пациентов с генотипами CYP2D6*1/*4 и CYP2D6*4/*4 колебалось в диапазоне 9,1-9,6 балла, что во все сроки исследования было достоверно ($p < 0,05$) выше соответствующих значения в группе больных с генотипом CYP2D6*1/*1, у которых значения шкалы UKU колебались в диапазоне 3,8-4,4 балла. Аналогичными были различия этого показателя в зависимости от генотипа по CYP2D6 и в последующие сроки (4-7 недели), 10,3±5,1 балла и 3,7±3,1 балла соответственно.

Сравнение динамики показателя шкалы UKU в зависимости от распределения больных депрессией по полиморфному маркеру C3435T гена MDR1 показало, что во все сроки исследования (от 0 до 6 недели) его значения были в 1,5-1,9 раза ниже в группе больных с генотипом CC по сравнению с пациентами с генотипами CT и TT (рис.3). Одна-

ко, значимых межгрупповых отличий выявлено не было, что обусловлено, на наш взгляд, малым размером выборки.

Обсуждение. Несмотря на достижения фармакогенетики как науки на сегодняшний день имеются лишь единичные попытки использования этих знаний в регламентах, стандартах и рекомендациях по оказанию медицинской помощи больным с психическими расстройствами. Отсутствие должного понимания функциональной вариабельности ферментных систем метаболизма лекарственных средств и подход «одна доза для всех» остаются недостатками оказания психиатрической помощи [5, 13, 14]. В ряде исследований было показано, что «медленные» метаболизаторы по CYP2D6 являются носителями функционально дефектных аллельных вариантов гена CYP2D6- это пациенты с генотипами CYP2D6*1/*4 и CYP2D6*4/*4 [5, 8-10, 15]. Rau и et al. (2004) выявили, что частота аллельного варианта CYP2D6*4 среди пациентов, у которых наблюдались нежелательные лекарственные реакции при приеме трициклических антидепрессантов (гипотензия, седативный эффект, тремор, кардиотоксичность), была почти в 3 раза выше (20 %) по сравнению с пациентами, у которых терапия этими препаратами протекала без осложнений (7 %) [15].

Эти данные согласуются с полученными нами результатами: у больных с генотипом CYP2D6*1/*1 уровни показателя шкалы UKU были значимо ниже в течение всего курса терапии (это значит, что фармакотерапия была более безопасна), чем у пациентов с генотипами CYP2D6*1/*4 и CYP2D6*4/*4. При сравнении динамики показателя шкалы MARDS в зависимости от генотипа по полиморфному маркеру C3425T гена MDR1, более выраженные изменения были установлены у пациентов с аллелем CC, но это было лишь тенденцией, статистически значимых различий между пациентами с различными генотипами по MDR1 не отмечалось. Вероятно, отсутствие значимых различий между значениями в группах больных может быть объяснено малым размером выборки.

Выводы. Полученные результаты согласуются с вышеприведенными данными ряда авторов [3-7] и свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований в этом направлении с включением большего количества пациентов и использованием широкого набора методов и показателей, включая «расширение линейки» генов-кандидатов (например, в нашей работе мы не проводили генотипирования по CYP2C19). Можно предполагать, что в перспективе полученные данные будут способствовать снижению длительности индивидуального подбора антидепрессанта, что в свою очередь снизит частоту НПР, сократит количество койко-дней и соответственно повысит экономическую эффективность лечения больных с депрессией.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОМАРКЕРОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Говорин Н.В., Васильева А.И.

Чита, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава РФ

Давно установлено, что в развитии шизофрении лежат процессы нейродеструкции, связанные с активацией аутоиммунных механизмов болезни и повышением проницаемости гематоэнцефалического барьера, что ведет к появлению в крови специфических маркеров повреждения нервной ткани. Единственными соединениями, которые обладают способностью противостоять механизмам нейродеструкции, считают нейротрофические факторы (Muresanu D., 2008, Philipp V. et al., 2011). Накопленные параклинические и клинические данные указывают, что дисфункция синтеза фактора роста нерва (NGF), мозгового нейротрофического фактора (BDNF), и нейротрофина-3 (NT-3) может способствовать мозговому развитию с ослабленной нейропластичностью, приводящей к возникновению шизофрении (Jeanneteau F. et al., 2010; Wu S.Y. et al., 2011). Кроме того, за последние годы накопилось немало данных, свидетельствующих о нейроиммунологических сдвигах у больных шизофренией, в той или иной мере взаимосвязанных с клиникой болезни (Говорин Н.В., 2003, Ключник Т.П. и др., 2009, Ветлугина Т.П., 2010).

Высокая социальная значимость шизофрении обуславливает актуальность научного поиска формализованных оценочных средств и биологических предикторов болезни, которые позволят прогнозировать течение, контролировать эффективность психофармакотерапии (Ветлугина Т.П., 2008). При этом данные современных исследований указывают на прямую зависимость тяжести клинического состояния, качества ремиссии от содержания в крови больных шизофренией нейромаркеров, отражающих процессы нейродеструкции и нейрорепарации (Ключник Т.П., 2009; Jeanneteau F., 2010; Wu S.Y., 2011).

Цель исследования. Изучить динамику ряда показателей нейродеструкции, нейрорепарации в процессе становления клинической ремиссии у больных острой шизофренией и определить прогностическую роль некоторых нейромаркеров в оценке эффективности терапии у больных острой шизофренией.

Материалы и методы. В исследование было включено 23 больных с диагнозом «параноидная шизофрения, период наблюдения менее года» (шифр по МКБ-10 F20.09). Включались пациенты с первым психотическим эпизодом без предшествующей нейролептической терапии. Разделение на группы осуществлялось на основании разработанного способа оценки эффективности лечения больных шизофренией (Говорин Н.В., Панина А.Н.,

2008). В первую группу вошли больные с улучшением показателей нейрокогнитивных функций в процессе становления ремиссии, терапия которых считалась эффективной, вторую группу составили пациенты с ухудшением когнитивных показателей. Наряду с клинико-психологическим обследованием с использованием психометрических шкал и когнитивных тестов, исследовали изменение уровня нейромаркеров. До лечения и спустя 8 недель терапии в плазме венозной крови определяли глиальный фибриллярный кислый протеин (GFAP), антитела к NR2 субъединице NMDA рецепторов глутамата (A-NR2), мозговой нейротрофический фактор (BDNF).

Результаты и обсуждение. Результаты биохимического обследования показали, что в момент острого психотического состояния повышается уровень всех определяемых нейромаркеров. В остром состоянии уровень GFAP почти в 26 раз превышал показатели контрольной группы. Поскольку GFAP является главным иммуноцитохимическим маркером повреждения астроцитов, его высокая концентрация в крови у больных шизофренией может указывать на патологический астроглиоз (Montgomery B.L., 1994). Спустя 8 недель уровень GFAP снижался, однако не достигал нормальных значений и продолжал превышать показатель контроля в 19 раз. Вероятно, по мере становления ремиссии происходит лишь стабилизация процессов нейродеструкции, полного же купирования процесса деструкции астроцитов не происходит.

Аналогичные изменения были выявлены при определении уровня антител к NR2 субъединице рецепторов NMDA. В период острого состояния содержание антител в крови превышало значения контрольной группы в 2,5 раза. По мере выхода пациентов из психоза показатель снижался, но продолжал превышать контрольные значения в 1,5 раза. Выявленные нарушения подтверждают вовлечение глутаматергической системы мозга в патогенез манифестации шизофрении и отражают активное участие этой системы в аутоиммунных процессах.

Описанные изменения у больных острой шизофренией одновременно сопровождалось ростом уровня нейротрофического фактора BDNF, который при поступлении больных в стационар в острый психотический период почти в 60 раз был выше, чем в контрольной группе. По мере стабилизации состояния и выхода пациентов из психоза концентрация BDNF продолжала увеличиваться, превышая контрольные значения уже в 78 раз. По всей видимости, высокий уровень нейротрофического фактора у больных с шизофренией не только в периоде острого психотического состояния, но и при становлении клинической ремиссии играет важную нейротрофическую роль, направленную на защиту головного мозга от механизмов нейродеструкции.

При этом уровень GFAP уже до начала психофармакотерапии был почти в 1,5 раза ниже ($p < 0,05$)

в группе больных, терапия которых, в дальнейшем, считалась эффективной. По мере купирования острого психотического состояния содержание GFAP и A-NR2 уменьшалось, а уровень фактора нейрорепа- рации продолжал расти. Однако оказалось, что чем больше снижается уровень GFAP и чем ближе его значение к показателю нормы, тем значительнее улучшение когнитивных функций ($r=0,437$, $p=0,038$). Кроме того, чем больше возрастает уровень BDNF по сравнению со значением его в острый период, тем менее выражены изменения показателей когни- тивных функций по сравнению с исходным уровнем ($r=0,437$, $p=0,038$). Определенные закономерности характерны и для изменения уровня антител к NR2 субъединице NMDA: чем меньше уровень антител, тем лучше прогноз эффективности терапии ($r=0,424$, $p=0,05$).

В целом, полученные данные свидетель- ствуют о значительной нейродеструкции у боль- ных при манифестации шизофрении, в том числе о вовлечении глутаматергической системы мозга в патологический процесс. При этом высокий уро- вень нейротрофического фактора у больных в ост- ром психотическом состоянии указывает на раннее включение компенсаторно-защитных (нейропро- текторных) механизмов головного мозга. По мере становления ремиссии не все изучаемые параметры претерпевают положительную динамику: снижа- ется уровень маркеров нейродеструкции, однако ак- тивация процессов нейрорепа- рации сохраняется.

Выводы. У больных с острой шизофренией без динамики показателей нейрокогнитивного де- фицита в процессе терапии уже до начала лечения определяются более высокие уровни показателей нейродеструкции, а по мере становления ремиссии происходит более выраженная активация процес- сов нейрорепа- рации. Особенности динамики уров- ня GFAP могут быть использованы как показатели эффективности проводимой психофармакотерапии: чем выше изначальный уровень GFAP относитель- но нормальных значений, тем хуже прогноз восста- новления нейрокогнитивных функций.

ВОПРОСЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ

Шамрей В.К., Курасов Е.С., Чепракова В.А.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия

Анализ медицинской литературы последних десятилетий в области психиатрии свидетельству- ет о значительном увеличении количества научных работ. При этом, если проведение международных многоцентровых рандомизированных клинических исследований проводится со строгим соблюдением требований биомедицинской этики, то выполнение

большинства локальных психиатрических научных работ (диссертационных, инициативных и т.д.) не учитывает этические, правовые и административ- ные требования к проведению исследований с учас- тием человека.

Цель исследования: проанализировать совре- менные биомедицинские этические подходы при проведении научных исследований в психиатрии.

Результаты и их обсуждение. Проведение этической экспертизы любых научных работ в медицине регламентировано целым рядом между- народных и российских законодательных актов. Среди них основными являются Хельсинкская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциа- ции; Рекомендации для врачей, участвующих в биомедицинских исследованиях на людях; Меж- дународные рекомендации (этический кодекс) по проведению медико-биологических исследований с использованием животных; Руководство ICN GCP (Good Clinical Practice – Качественная Кли- ническая Практика) по проведению клинических исследований; Правила доклинической оценки безо- пасности фармакологических средств; Федераль- ный Закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»; ГОСТ Р 52379-2005 от 27.09.2005 г. «Надлежащая клиническая практи- ка»; ГОСТ 14155-1-2008 от 2009 г. «Руководство по проведению клинических испытаний медицин- ских изделий»; Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.08.2010 г. № 708н «Об утверждении правил лабораторной практики».

Единый Национальный стандарт этической экспертизы «Надлежащая клиническая практика», представляющий собой адаптированную русскую версию международного ICN GCP, устанавливает этический и научный стандарт качества пла- нирования и проведения исследований, а также документального оформления их хода проведения и результатов. Следует отметить, что равные требова- ния предъявляются к клиническим исследованиям любого уровня (спонсированным мультицентровым, апробациям, инициативным, либо проводимым в рамках диссертационных работ), то есть ко всем, «которые могут оказать влияние на безопасность и благополучие человека в качестве субъекта». Соб- лодение правил стандарта служит гарантией досто- верности результатов клинических исследований, безопасности, охраны прав и здоровья испытуемых в соответствии с основополагающими принципами Хельсинкской декларации.

Решение вопросов этического характера и проведение этической экспертизы при проведении исследований с участием человека проводится ло- кальными этическими комитетами лечебных уч- реждений, которые создаются как консультативные группы. Их основная задача – обсуждение слож- ных этических проблем, возникших в клинической практике, и формулировка рекомендаций о решении

этих проблем. Смысл существования комитетов по этике и этических консультаций в том, чтобы не доводить проблемную ситуацию до суда, а попытаться решить на межличностном уровне, путем разумного соглашения. Этические комитеты формируются из независимых лиц, компетентных в вопросах биоэтики, которые могут оценить медицинскую сторону дела и дать советы не только практикующим врачам, но и пациентам. Основными целями работы этических комитетов являются: защита прав и интересов вовлеченных в исследование испытуемых, а также защита прав и интересов исследователей.

Особого внимания заслуживает тот факт, что действующее законодательство Российской Федерации приводит жесткие ограничения в отношении исследований с привлечением в качестве субъектов исследований так называемых «уязвимых контингентов», к которым относятся и больные с психическими расстройствами. При этом, этическим комитетам предписано запрещение проведения исследований, если имеется вероятность нарушения законодательства и ущемления прав граждан, относящихся к этой категории.

Соблюдение этических принципов при проведении клинических исследований с участием человека в психиатрии требует обязательного получения письменного информированного согласия испытуемого, либо его законного представителя. При получении согласия на исследование пациенту должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования, о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов, влияющих на его здоровье и об условиях его страхования. Формы информации для пациента и информированного согласия рассматриваются этическим комитетом в обязательном порядке до начала исследования.

Форма информированного согласия должна составляться от лица пациента, в которой он заявляет, что понял смысл документа, получил ответы на все необходимые вопросы и согласен участвовать в исследовании. Необходимо следить за тем, чтобы информация для пациента и форма информированного согласия были доступно написаны, исключали сложные термины, а если они необходимы, то требуется их объяснение. Процесс получения информированного согласия заканчивается подписанием и датированием пациентом и лицом, ответственным за проведение клинического исследования. Этический комитет должен не только ознакомиться с формой информированного согласия и информацией для пациента, но и оценить предполагаемый процесс получения согласия. Рекомендуется выдавать информацию для пациента и форму информированного согласия пациенту заранее, чтобы он мог принять решение обдуманно, в спокойной обстановке, посоветовавшись с родными.

Как указывалось ранее, все научные исследования с участием человека а психиатрии должны проводиться в соответствии с этическими нормами ICH GCP. Результаты проведенной научной работы, а также возникающие при ее выполнении неблагоприятные явления также рассматриваются локальным этическим комитетом.

Выводы: в последние десятилетия стремительно увеличивается количество научных исследований, проводимых в психиатрии. При этом, зачастую, соблюдение норм биомедицинской этики выполняется в ходе крупных многоцентровых исследований, а рассмотрение этических вопросов планируемых диссертационных и инициативных научно-исследовательских работ остается за их автором. Существующая в нашей стране нормативно-правовая база требует особого внимания при проведении научных исследований среди больных с психическими расстройствами. В связи с этим, при выполнении научных исследований с участием человека в психиатрии необходимо постоянное взаимодействие исследователя с локальным этическим комитетом и соблюдение международных биомедицинских этических норм.

ИНТЕГРАТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Иванов М.В., Ананьева Н.И.,
Вассерман Л.И., Незнанов Н.Г.

Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева

Общее направление развития психиатрии за последние десятилетия определяется растущим вниманием к проблеме отграничения органического и функционального при аффективных расстройствах. Для этого используются интегральные оценки включающие результаты клинических и внеклинических (психологических, нейровизуализационных, нейрохимических и т.д.) методов диагностики. Одновременно массив данных, полученный в работах прежних лет и установленных за последние годы, свидетельствует, что аффективные нарушения при наличии органического поражения церебрального субстрата - хуже поддаются терапевтическим воздействиям. Поэтому актуальной задачей является использование результатов инновационных методов диагностики при разработке комплексных программ лечения этого контингента больных.

Цель исследования: определение сравнительных характеристик познавательной деятельности, эмоционально-аффективной сферы и личности больных с эндоморфной и экзоморфной депрессиями. Изучению подлежали когнитивно-аффективные

соотношения у больных обозначенного контингента и структурно-функциональные взаимосвязи при патологии головного мозга. Методы исследования. Был использован комплекс патопсихологических, нейропсихологических, а также психометрических методик и техник, позволяющих всесторонне оценить состояние когнитивных функций изучаемых больных. Нейровизуализационное обследование выполнялось на МР-томографе Atlas Exelart Vantage XGV (Toshiba, Япония) с индукцией магнитного поля 1.5 Тесла. Материал исследования включал данные о 194 обследованных субъектах (возрастной диапазон 18 - 54 лет), из них: 101 здоровых добровольцев без неврологических и психических симптомов; 65 пациентов с височной эпилепсией, в том числе 25 пациентов без аффективных симптомов, и 40 пациентов с наличием депрессии и тревоги; 29 пациентов с аффективными расстройствами. Модель фокальной эпилепсии (височной и лобной-долевая форма) была выбрана на основе данных литературы о роли лимбической коры и орбитофронтальных - в механизмах памяти и других когнитивных процессов функционального систем, а также обеспечение эмоциональной и познавательной деятельности поведения. Изученные группы были сопоставимы по основным социально-демографическим характеристикам.

В исследовании получены следующие результаты. Наиболее выраженные нейрокогнитивные нарушения среди изученных групп больных депрессией обнаруживали больные эпилепсией, что, очевидно, связано с вовлечением в патологический процесс обширных корковых областей больших полушарий (теменно-затылочные и височные доли). Однако при выполнении заданий на оценку динамического праксиса больные эпилепсией обнаруживали явное преимущество, что указывает на большую заинтересованность лобных, орбито-фронтальных корковых областей при эндогенных и органических аффективных расстройствах. Различия между пациентами с эндогенными и органическими аффективными расстройствами были выражены незначительно и определялись, главным образом, более выраженными мнестическими и пространственно-конструктивными нарушениями у пациентов с органическими расстройствами. Наибольшей диагностической информативностью при разграничении двух видов депрессии обладали показатели, отражающие объем зрительно-пространственной и зрительно-моторной непосредственной памяти, зрительно-моторной координации и конструктивного праксиса. У пациентов как с эндогенными, так и органическими депрессиями определялось снижение функций активного внимания, повышенная его истощаемость. Для пациентов с эндогенными аффективными расстройствами более типичны нарушения, указывающие на дефицитарность исполнительских функций, функций планирования

и организации познавательной деятельности. Это свидетельствует о возможной дисфункции взаимосвязанных структур левой и правой височных долей с различными отделами префронтальной и орбитофронтальной коры. По результатам нейровизуализационной МРТ-диагностики между группами исследованными группами больных и здоровых добровольцев установлены достоверные различия по размерам ряда подкорковых структур. Так у пациентов с аффективными расстройствами объемы боковых и третьего желудочков, а также прилежащего ядра, были достоверно большими, чем у пациентов с височной эпилепсией и здоровых добровольцев.

Опираясь на полученные результаты, можно сделать вывод о значительном вовлечении не только подкорковых, но и корковых структур (префронтальные, орбито-фронтальные корковые области) в патогенез депрессивного синдрома при эндогенных аффективных расстройствах. Обращает также на себя внимание сходство особенностей когнитивного профиля у пациентов с эндо- и экзогенными депрессиями, что может указывать на сходные механизмы патогенеза депрессивного синдрома при данных нозологиях. На основании полученных данных была констатирована важная закономерность. Она состоит в том, что если нейроморфологические аномалии в исследованных случаях отражали в первую очередь изменения подкорковых структур, а корковых во вторую очередь, – то течение психозов в большей или меньшей степени включало проявления дискретности. Одновременно, при нарастании удельного веса корковых изменений в общей массе аномалий, – проявления дискретности в динамике прогрессивно снижались. С использованием комплексной диагностики были разработаны варианты терапии с выделением показателей их эффективности и безопасности при наличии и отсутствии проявлений резидуально-органических изменений головного мозга. Полученные результаты дифференцированных терапевтических воздействий способствовали повышению качества лечебного процесса в стационарных условиях и в системе вторичной профилактике аффективных расстройств.

Таким образом, установленные данные свидетельствуют о наличии значимых структурных изменений головного мозга при аффективных расстройствах. Более того результаты работы указывают на перспективность предпринятого разграничения аффективных расстройств. Следует подчеркнуть, что такое разделение должно строиться на основе учёта всей совокупности клинико-психопатологических, внеклинических и терапевтических данных. Несомненно, требуются дальнейшие исследования в этой сфере, которые улучшат наше понимание природы аффективной патологии и будут способствовать разработке патогенетически-ориентированной терапии этой формы психических нарушений.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Горобец Л.Н.

Москва, ФГБУ «МНИИП» Минздрава России

Изучение различных аспектов патологической гиперпролактинемии (ГП) является весьма актуальным в психиатрии. В психиатрической практике наиболее часто встречается медикаментозная гиперпролактинемия (МГП), учет которой имеет важное значение для предотвращения и минимизации соматических дисфункций у больных. При проведении терапии антипсихотиками ГП встречается у женщин репродуктивного возраста в 48-93% случаев. У мужчин частота встречаемости ГП варьирует от 42 до 47%. Литературные данные указывают на возможность повышения уровня пролактина и при использовании трициклических антидепрессантов, вместе с тем, достоверные эпидемиологические результаты исследования данной проблемы отсутствуют.

Риск развития ГП у больных с психическими расстройствами в процессе психофармакотерапии (ПФТ) связан с различными факторами, к которым относятся фармакогенной, возрастной, гендерный, нозологический и др.

В последние годы в научной литературе используется термин «нейролептическая гиперпролактинемия» (НГП), которая представляет серьезную проблему в связи с высокой распространенностью и отсутствием стандартизованных методов профилактики. Подавляющее большинство современных антипсихотиков являются антагонистами D2-рецепторов. В результате их действия в тубероинфудибулярной области происходит снижение уровня гипоталамического дофамина, что является причиной повышения уровня пролактина. При этом необходимо учитывать, что НГП является дозозависимым побочным эффектом.

Помимо указанных выше факторов следует указать, что риск развития НГП значительно выше у женщин репродуктивного возраста, а также у детей и подростков. И в том и в другом случае это связано с особой чувствительностью (особенности состояния ГГГ-оси и ряда других гормонов) к пролактинстимулирующей способности антипсихотических препаратов.

Другие факторы, которые могут определять риски развития ГП при проведении антипсихотической терапии, связаны с изначально существующими эндокринными дисфункциями у пациента, которые могут усугубляться при применении фармакопрепаратов. К ним относятся: аденома гипофиза, онкологические заболевания половой сферы, ожирение, остеопороз и др.

Таким образом, вопросы диагностики, профилактики и коррекции патологической ГП у больных с психическими расстройствами требуют дальнейшей разработки и пристального внимания со стороны психиатров и эндокринологов, являясь междисциплинарной проблемой.

ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АРИПИПРАЗОЛА

Бобров А.Е., Мутных Е.М.,
Краснослободцева Л.А.

Москва, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России

Цель исследования. Цель настоящей работы состояла в оценке влияния Арипипразола на когнитивные функции у больных ШАР и изучении связи прокогнитивного действия этого препарата с его общей терапевтической эффективностью.

Методы и материалы. Для проведения данной работы был отобран 41 пациент с диагнозом шизоаффективного расстройства (в соответствии критериям МКБ-10 и DSM-IV). Были исключены пациенты, имеющие органические психические расстройства, а также злоупотребляющие психоактивными веществами. Все пациенты получали Арипипразол в дозах 15-30 мг (в среднем 20 мг/сут).

Оценка когнитивных функций в процессе ведения больных проводилась три раза: до получения антипсихотической терапии Арипипразолом, через 3 и через 6 недель терапии. В процессе исследования использовались следующие методики: Модифицированная Адденбрукская Когнитивная Шкала - ACE-R (Mioshi E. et al. 2006), батарея лобной дисфункции - FAB (Dubois M. et al., 2000), а также методика словесно-цветовой интерференции для диагностики когнитивного стиля – тест Струпа (Stroop J. R., 1935).

Клиническая симптоматика пациентов оценивалась с помощью Шкалы положительных и негативных симптомов – PANSS (Kay S.R. et al., 1987).

Результаты. Клинически действие Арипипразола проявлялось характерным для эффекта антипсихотиков уменьшением выраженности психотических симптомов (бредовых, галлюцинаторных) и аффективных расстройств (депрессивных, маниакальных, смешанных).

Анализ динамики психометрических показателей на фоне терапии позволяет более детально рассмотреть некоторые особенности действия указанного препарата. Перед началом терапии усредненный показатель общего балла по шкале PANSS составлял 90,2. При этом соотношение между под-

шкалами данной методики было следующим: сумма баллов по подшкале позитивных синдромов составляла 29,4%, по подшкале негативных синдромов – 25,5%, по подшкале общих психопатологических синдромов – 45,1% от общей суммы по PANSS.

Начало действия Арипипразола, фиксируемое по снижению общего балла психометрической оценочной шкалы PANSS, отмечалось уже на втором визите – в конце 2 недели терапии. Аналогичная динамика наблюдалась и при анализе изменений величины среднего балла по подшкалам PANSS. К моменту завершения исследования у обследованных больных в среднем отмечалось снижение выраженности позитивной симптоматики на 59,7%, негативной симптоматики на 21,8% и общих психопатологических симптомов на 22,3%.

При оценке когнитивных функций на первом обследовании у пациентов были обнаружены нарушения внимания, исполнительных функций, зрительной и слухоречевой памяти, а также снижение ассоциативной продуктивности и запаса семантической памяти.

При выполнении теста Струпа и теста FAB (батарея лобной дисфункции) у пациентов, принимавших Арипипразол, были зафиксированы тенденции к улучшению уже на втором визите.

Обсуждение. Результаты настоящей работы согласуются с другими исследованиями, свидетельствующими о том, что в течение первого месяца терапии когнитивный дефицит у пациентов с ШАР уменьшается мало (Chaikelson J.S. et al., 1983; Russell A.J. et al., 1997; Woods B.T. 1998). Однако с течением времени он начинает постепенно редуцироваться. Улучшение памяти и внимания в ходе лечения имеет большое значение для социальной адаптации пациентов и, как показывают материалы выполненной работы, Арипипразол в этом отношении обладает благоприятным спектром прокогнитивной активности.

Наряду с этим полученные данные позволяют сделать некоторые заключения, касающиеся взаимосвязи между динамикой бредовых расстройств и нейрокогнитивных процессов. Анализ полученного материала показывает, что существенное улучшение когнитивных функций начинает происходить не одновременно, а вслед за редукцией бредовой симптоматики.

Выполненная работа продемонстрировала также, что редукция и других клинических проявлений ШАР, таких как тревога, нарушения мышления, дезорганизация психической деятельности и нарушения коммуникации, сопряжена с улучшением нейрокогнитивных процессов. Однако при этом отмечается определенная избирательность связи между клиническими и нейрокогнитивными параметрами. Так, редукция тревоги и нарушений мышления в процессе лечения коррелирует с восстановлением памяти и внимания/ориентировки.

Исчезновение дезориентации почти исключительно связано с нормализацией по домену внимания/ориентировки, а повышение общительности – с улучшением речевых процессов.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о сложной структуре психопатологических проявлений ШАР, что имеет немаловажное значение не только для теории психопатологии, но и для терапевтической практики. Дело в том, что выявляемая взаимосвязь между клинико-психопатологическими, личностными и нейрокогнитивными характеристиками позволяет обозначить важные направления транслирования клинико-описательных проявлений психотических расстройств в функциональные мишени терапии. Этот момент представляется исключительно важным для разработки комплексных и индивидуализированных подходов к лечению больных рассматриваемой категории.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА И НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Волков В.П.

Тверь, ГКУЗ «Областная клиническая психиатрическая
больница № 1 им. М.П. Литвинова»

Введение. Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) – сравнительно редкое витально опасное критическое расстройство, обусловленное приемом психотропных препаратов, в первую очередь, антипсихотических средств. Особенно опасен ЗНС больным с уже имеющейся сердечной патологией, в частности, с нейролептической кардиомиопатией (НКМП), вызванной побочным кардиотоксическим действием, присущим в различной степени всем препаратам класса антипсихотиков. В этом случае может наступить быстрая декомпенсация сердца, ремоделированного в ходе морфогенеза НКМП. При этом большое значение имеет состояние адаптационного потенциала организма (АПО), определяющего уровень неспецифической резистентности последнего (НРО). Объективным методом изучения НРО является анализ интегральных лейкоцитарных индексов (ИЛИ), отражающих состояние нейрогуморального гомеостаза в организме и уровень иммунологической реактивности у больных разного возраста и при поражении различных органов.

Вместе с тем, использование показателей ИЛИ в психиатрической практике до настоящего времени встречается редко. Следует заметить, что состояние АПО при психических заболеваниях изучено далеко неполно, а при развитии у таких пациентов НКМП и ЗНС вообще не рассматривалось.

Неисследованными остаются указанные вопросы и в случаях коморбидности ЗНС и НКМП.

Цель исследования. Сравнительный анализ проявлений ЗНС и состояния НРО у психически больных в зависимости от наличия или отсутствия у них НКМП

Материал и методы. Изучены истории болезни 57 психически больных с ЗНС (мужчин – 25, женщин – 32; средний возраст – 37,6±2,0 лет). Из них у 26 (мужчин – 7, женщин – 19; средний возраст – 33,2±3,0 года) не было кардиальной патологии (группа 1); 31 пациент (мужчин – 18, женщин – 13; средний возраст – 41,4±2,6 года) страдал НКМП (группа 2).

Между указанными группами проведено сравнение гендерных и возрастных показателей, а также некоторых общих характеристик ЗНС, таких, как: длительность фебрильного приступа, тяжесть течения, уровень смертности, причина смерти. В сравнительном плане рассмотрены также вегето-соматические проявления ЗНС: выраженность лихорадки, частота пульса и дыхания, уровень систолического и диастолического артериального давления.

Кроме того, проанализированы данные анализов крови 44 психически больных из обеих групп (мужчин – 17, женщин – 27; средний возраст – 35,1±2,4 лет). К 1-й группе наблюдений принадлежали 24 больных (мужчин – 6, женщин – 18; средний возраст – 30,3±2,4 лет). Из группы 2 были 20 пациентов (мужчин – 11, женщин – 9; средний возраст – 40,3±3,7 лет).

Уровень НРО оценивался по характеристике лейкоцитограммы периферической крови и показателям скорости оседания эритроцитов (СОЭ) путём расчёта различных ИЛИ. Также изучены реакции адаптации (РА) и уровня реактивности (УР) организма по критериям Л. Х. Гаркави с соавторами (1998). При этом среди РА выделяли: реакцию тренировки (РТ), реакцию спокойной активации (РСА), реакцию повышенной активации (РПА), реакцию стресса (РС). Показатель УР имел следующие градации: высокий (ВУР), средний (СУР), низкий (НУР), очень низкий (ОНУР).

Результаты исследования обработаны статистически (компьютерная программа «Statistica 6,0») с уровнем значимости различий 95% и более ($p \leq 0,05$).

Результаты и обсуждение. Выявлены статистически значимые гендерные групповые различия: мужчин среди больных с НКМП значительно больше, чем среди пациентов без кардиальной патологии.

В каждой из групп соотношение больных молодого и более старшего возраста различно. В группе 1 достоверно преобладают лица моложе 40 лет, а в группе 2 этого не наблюдается, что сказывается на величине среднего возраста больных в группах,

который существенно больше в группе 2. Это закономерно, так как для развития НКМП необходим определённый, достаточно продолжительный срок приёма нейролептиков.

По длительности фебрильного приступа ЗНС существенных различий между группами не обнаружено. Вместе с тем, число молниеносных приступов (длительностью менее 1 недели) статистически значимо выше среди больных с НКМП, чем без таковой (41,9% против 11,5% соответственно).

В группе 1 тяжёлому варианту течения приступа ЗНС соответствует 50% случаев, а в группе 2 примерно столько же (51,6%) приходится на среднетяжёлый вариант и лишь 3,2% на тяжёлый. Однако если смертность среди пациентов без кардиальной патологии составила 69,2%, то летальный исход наступил у всех больных (100%) с НКМП.

Таким образом, больные группы 1, включающей большинство лиц молодого возраста и женского пола, более тяжело реагируют на побочное действие антипсихотиков, ведущее к развитию ЗНС. Но, в то же время, они оказываются более устойчивыми к заболеванию, и почти треть из них выздоравливают. Напротив, пациенты группы 2, имеющие серьёзное поражение сердца, плохо переносят новое, лекарственно обусловленное критическое состояние, отражением чего служит его фатальный финал во всех случаях.

Характер непосредственных причин смерти при ЗНС во многом различен у больных изученных групп. Так, от сердечной недостаточности в группе 1 умерли всего лишь 16,7% пациентов, в то время, как в группе 2 смерть при ЗНС обусловлена кардиальными причинами в 64,5% случаев. При этом 35,5% больных умерли от прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН) миокардиального генеза, имевшейся у них вследствие НКМП ещё до развития ЗНС.

Вегето-соматические проявления ЗНС в обеих группах практически одинаковы.

Изучение УР и состояния АПО, определяющего общую НРО, у пациентов без кардиальной патологии и с наличием НКМП выявила при ЗНС определённые закономерности. Так, суммарно по всем наблюдениям 66,7% всех ИЛИ статистически достоверно отличаются от нормы. При ЗНС у пациентов 1-й группы патологические изменения выявляются у 86,7% ИЛИ, а при развитии ЗНС на фоне НКМП – в 73,3%. У всех психически больных с НКМП по сравнению с пациентами без патологии сердца имеются различия по 66,7% ИЛИ.

Анализ параметров, характеризующих РА и УР организма психически больных при развитии у них ЗНС, в том числе, на фоне НКМП, показал отсутствие каких-либо различий изученных показателей в обеих группах. Причём почти все они, кроме РТ, статистически значимо отличаются от нормы. При этом в 86,4% выявлен НУР, что свидетельс-

твует о напряженности РА и о функциональном дисбалансе регуляторных систем организма, обеспечивающих гомеостаз

Выводы. 1). Пациенты без кардиальной патологии, хотя и более тяжело переносят ЗНС, оказываются сравнительно устойчивыми к заболеванию, и почти треть из них выздоравливают. На фоне НКМП, напротив, ЗНС протекает относительно легко, но всегда с летальным исходом.

2). Смерть таких больных при ЗНС в 64,5% связана с прогрессированием ХСН миокардиального генеза, имевшейся у них вследствие НКМП ещё до развития ЗНС.

3). Результаты изучения УР и АПО свидетельствуют об имеющихся нарушениях НРО у пациентов напротив, при развитии ЗНС, особенно ярко проявляющихся при наличии у них НКМП. Анализ параметров, характеризующих РА и УР организма психически больных обеих групп, выявил выраженные признаки напряженности РА, что отражает состояние заметного функционального дисбаланса регуляторных систем организма, обеспечивающих гомеостаз.

СИОЗС И ГЕМОСТАЗ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Выборных Д.Э., Урнова Е.С.

*Москва, ФГБУ «Гематологический научный центр»
Минздрава России*

Существуют публикации, свидетельствующие о том, что в некоторых случаях антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) вызывают кровотечения из различных органов, в частности, желудочно-кишечного тракта (Andrade et al., 2010). Не было обнаружено информации о влиянии СИОЗС на гемостаз у онкогематологических пациентов.

Материалы и методы. Для изучения нарушений гемостаза мы исследовали 163 пациента с онкогематологическими заболеваниями (множественная миелома, лейкозы, лимфомы), проходивших лечение в клиниках ФГБУ «Гематологический научный центр» Минздрава России в период с 2006 по 2013 гг (медиана возраста - 51 г), у которых были выявлены депрессивные состояния различного содержания. Этим пациентам были назначены следующие препараты: сертралин – 67 пациентов, пароксетин – 53 пациента, имипрамин – 43 пациента. Средние показатели гемостаза до исследования были: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) 37 ± 6 сек, протромбиновый индекс (ПИ) - $96 \pm 15\%$, фибриноген (Ф) $3,7 \pm 1,6$ г/л.

Результаты: При общей положительной динамике симптомов депрессии, 37 пациентов были исключены из нашего исследования (30 – в под-

группе имипрамина (сонливость, усиление астении, нарушение перистальтики, индивидуальная непереносимость), из которых один пациент нарушения показателей гемостаза (АЧТВ – 56 сек, ПИ – 70%, Ф - 3.2 ± 1.6 г/л), пять пациентов из группы пароксетина и два – из группы сертралина (манифестация или усиление тошноты, рвоты или умеренная диарея). За время наблюдения (медиана – 5 мес) не было зафиксировано случаев кровотечений из желудочно-кишечного тракта или иной локализации во время приема препаратов. Средние показатели гемостаза к концу исследования были: АЧТВ - 36 ± 5 сек, ПИ - $93 \pm 12\%$, Ф - 3.0 ± 1.2 г/л.

Выводы: СИОЗС являются достаточно безопасными, с точки зрения влияния на гемостаз, препаратами, при использовании их у пациентов с онкогематологическими заболеваниями.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Григорьева Е.А., Дьяконов А.Л., Певзнер А.А.

*Ярославль, Ярославская государственная
медицинская академия*

При депрессивных расстройствах в головном мозге возникают патологические нейронные связи, которые являются основой для формирования патологически устойчивого состояния. Попыток расширить его существует множество: электросудорожная терапия, бинауральная технология синхронизации полушарий мозга, «цифровые наркотики», транскраниальная магнитная стимуляция, «музыка мозга», электростимуляция определенных структур мозга при помощи вживленных электродов и пр.

Цель работы: воздействие на биопотенциалы мозга больных депрессиями гармоническими звуковыми сигналами индивидуально значимой частоты, чтобы, расшатывая патологически устойчивые связи, добиться ослабления или устранения депрессии.

Обследовано 86 здоровых и 38 больных с рекуррентным депрессивным расстройством. Регистрировалась фоновая ЭЭГ, ЭЭГ во время звучания и после него. В дальнейшем по программе «Brainlog» проводился спектральный анализ, в результате которого выделялись экстремумы максимум (превышающие по амплитуде соседние частоты – гармоники) и экстремумы минимум (уступающие по амплитуде соседним частотам – гармоникам). Для каждого индивидуума характерен свой спектр ЭЭГ, свои экстремумы в данный период времени. Следовательно, подаваемый гармонический звук был индивидуальным, имел свой диапазон звучания. Кратность звучания использовалась в диапазоне от 200 до 1500 Гц. Количество звучаний за один сеанс от 4 до 6. После каждого звучания фоновая ЭЭГ перестраивалась, в

результате изменялась частота экстремумов, и, как следствие этого, частота подаваемого звука (клиническое состояние оценивалось согласно субъективным переживаниям, пунктам шкалы НАМ – D).

В ходе исследования была установлена общая для здоровых и больных закономерность реакции мозга: синхронизация/десинхронизация возникают или усиливаются не только при воздействии гармоническим звуком на частоте, соответствующей экстремумам максимум/минимум, но и при воздействии гармоническим звуком с частотой, кратной экстремумам максимум/минимум с коэффициентом кратности 2n. В результате происходит существенная перестройка биоэлектрической активности мозга, которая влияет на клиническую картину депрессии, не вызывая каких – либо нежелательных явлений ни в норме, ни в патологии. Ослабление депрессии после каждого сеанса наступало сроком от 10 – 30 мин до недели, но на каком-то из сеансов наблюдался более продолжительный выход. Улучшение отмечали и сами больные, и оно подтверждалось опросом по шкале НАМ-D. Количество сеансов – до 15. Повторные сеансы проводились на следующий день после возврата депрессии. В 4 случаях (10,5%) антидепрессивный эффект не был продолжительным. Депрессия через несколько минут – дней возвращалась на прежний уровень. После улучшения возврат депрессии пациенты переживали более тяжело, и после 15 сеанса работа с ними была прекращена.

Следовательно, на основании установленной закономерности, гармоническим звуком осуществлялась перестройка биоэлектрической активности мозга, способная ослаблять, а в ряде случаев, устранять депрессивное расстройство.

ПСИХОЗЫ СВЕРХЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КАК ВАРИАНТ ПОЗДНЕЙ ДИСКИНЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Дьяконов А.Л., Григорьева Е.А.

*Ярославль, Ярославская Государственная
Медицинская Академия*

Проблема нежелательных явлений в процессе нейролептической терапии особенно актуальна в связи с необходимостью длительного приема препаратов.

Целью данного исследования явилось изучение «психозов сверхчувствительности» у пациентов параноидной формой непрерывной шизофрении в процессе лечения классическими нейролептиками пролонгированного действия.

Обследовано 11 пациентов в возрасте $31 \pm 2,4$ лет с галлюцинаторно-бредовым этапом (синдром Кандинского-Клерамбо) параноидной шизофрении

(9 мужчин, 2 женщины). Нейролептики пролонгированного действия принимались в течение 6-8 лет (модитен депо – 100-150 мг на 3 недели – 4 пациента, галоперидол-деканоат 100-200 мг на 3 недели – 7 пациентов). В качестве корректора использовался циклодол.

Анализ клинических случаев позволил выявить ряд общих черт. У всех пациентов на фоне длительной нейролептической терапии и ранее наблюдались обострения психопатологической симптоматики, исчезавшие после увеличения дозы нейролептика. После купирования обострения доза нейролептика снижалась. Последнему обострению предшествовали неглубокие терапевтические ремиссии сроком от 1 до 3 лет. Изучаемое обострение, возникшее без каких-либо неблагоприятных внешних моментов, проявлялось обострением галлюцинаторно-бредовой симптоматики, расширения фабулы бреда. Кроме того, общей чертой для всех пациентов в момент последнего обострения было наличие выраженной готовности к раздражительности, гневливости, агрессии, направленных на окружающих, а также психомоторное возбуждение меньшей или большей степени выраженности и продолжительности. Следующей общей чертой психической картины расстройства, характерной для всех пациентов, было ослабление памяти, в основном запоминания, зарегистрированное при психологическом обследовании психологом до развития «психоза сверхчувствительности». Сравнительно молодой возраст, отсутствие дополнительных вредностей, соматическое благополучие позволили связать нарушения памяти с длительной нейролептической терапией. Из дополнительной симптоматики имели место тремор рук при выполнении работы, требующей точности, тонкой координации, сосредоточения внимания (11 человек); маскообразность, пастозность лица (8), редкое мигание (7), скованность движений (4), нестойкий и не резко выраженный симптом «зубчатого колеса» (2). У двух больных отмечалась выраженная назойливость. Усиление галлюцинаторно-бредовой симптоматики вначале было расценено как обострение психоза, возникшее из-за адаптации к прежней дозе препаратов. Однако увеличение привычной нейролептической терапии и циклодола не дало положительного результата. Напротив, у 6 больных наблюдалось дальнейшее утяжеление психоза. В дальнейшем больные переведены на атипичный антипсихотик рisperлепт в дозе 6 мг/сутки в сочетании с антиоксидантом мексидолом (циклодол некоторое время сохранялся в прежней дозе). После достижения терапевтической ремиссии осуществлялся перевод на рisperлепт-конста.

Таким образом, «психозы сверхчувствительности» развиваются у больных с параноидной формой шизофрении при длительном приеме классических нейролептиков. Они могут расцениваться

как атипичный, диссоциированный вариант поздней дискенезии, где на первый план выступают психические нарушения на фоне других весьма умеренных проявлений нейролептического синдрома.

КВЕТИАПИН (КЕТИЛЕПТ) В ТЕРАПИИ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Иванова Л.А., Рожкова М.Ю.

Иркутск, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности атипичного антипсихотика кветиапина (кетилепт) у больных с шизоаффективным расстройством (ШАР) и параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения.

Материал и методы. Изучена группа больных с ШАР и параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения (количество пациентов составило 24 человека, из них женщин – 18 (75%), мужчин – 6 (25%). В соответствии с МКБ-10 (1994) больные распределились следующим образом: ШАР (F25) – 15 (62,5%) человек, параноидная шизофрения с эпизодическим течением (F20.x1) – 9 (37,5%). Среди пациентов с ШАР диагностированы: депрессивный тип (F25.1) – 10 (66,7%) человек, смешанный тип (F 25.2) – 4 (26,7%), маниакальный тип (F25.1) – 1 (6,7%). По порядковому номеру приступа больные с ШАР распределились следующим образом: манифестный приступ – 46,8%, 2-й – 33,3%, 3-й – 13,3%, более 3-х – 6,6%. У больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением первый порядковый номер приступа – 88,9%, в единичном наблюдении – 2-й приступ (11,1%).

Длительность терапии кветиапином у пациентов с ШАР и параноидной шизофренией с эпизодическим течением колебалась от 32 дней до 56 дней, доза кветиапина варьировала от 300 до 900 мг/сут. Монотерапия кветиапином применялась у 7 больных (29,2%); комбинированная терапия (антидепрессанты, нормотимики) – 17 (70,8%).

Результаты и их обсуждение. Число респондеров в результате терапии кветиапином больных ШАР и параноидной шизофренией с эпизодическим течением составило 18 человек (75%) (редукция общего суммарного балла по шкале PANSS >20% от до-лечебного уровня). В соответствии со шкалой CGI в группе респондеров значительное улучшение выявлено у 15 больных (83,3%), выраженное улучшение – 3 больных (16,7%). К нонреспондерам с редукцией общего суммарного балла по шкале PANSS <20% от до-лечебного уровня отнесены больные с параноидной шизофренией в количестве 6 человек (25%). Среди нежелательных явлений в соответствии со

шкалой UKU у больных обеих клинических групп отмечены: сонливость/седация – 62,5%, увеличение продолжительности сна – 58,3%, сухость во рту – 45,8%, повышение аппетита – 20,8%, ортостатические головокружение и задержка стула – соответственно по 12,5%, заложенность носовых ходов – 4,2%.

Приведем этапы положительной синдромальной динамики под влиянием терапии кветиапином больных с различными типами ШАР. На первой неделе терапии отмечено улучшение сна с быстрым засыпанием с вечера и сновидениями положительного содержания; редукция идеаторного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо. Возможен быстрый выход из острого бредового приступа с фабулой преследования, а также купирование психоза с редукцией депрессивно-галлюцинаторного синдрома. У части больных отмечалась редукция вербального псевдогаллюциноза в виде звучания мыслей потусторонней силы или уменьшение его интенсивности. Выявлена возможность временного возникновения смешанного аффективного расстройства без продуктивной симптоматики у больных со смешанным типом ШАР к концу первой недели терапии. Смешанная аффективная симптоматика была представлена альтернирующим вариантом (в утренние часы и днем настроение приподнятое – «хочется петь песни, помогать людям», «хочется летать, у меня выросли крылья», вечером – депрессия).

На второй неделе приема кветиапина у больных ШАР выявлена редукция либо уменьшение интенсивности истинного вербального галлюциноза со сменой содержания «голосов» («тихая, бессвязная речь, раньше ругали»), редукция бреда особых способностей (к примеру, возможность лечить людей своей энергией); возможность трансформации вербального псевдогаллюциноза во «внутренний голос интуиции», с которым больная продолжает советоваться. Улучшается настроение, аппетит; восстанавливается интерес к общению. Ряд больных обнаруживают инициативу в уборке палат, высказывают конкретные планы на ближайшее будущее. Выявляются элементы критичности к острому болезненному состоянию; готовность к дальнейшему приему препаратов во избежание возможного ухудшения состояния в будущем, адекватная озабоченность в отношении будущего трудоустройства, с тем, чтобы помочь семье материально. В двух наблюдениях со смешанным ШАР по биполярному типу на этапе редукции приступа сохраняется «позитивное, отличное» настроение с дисфорическим оттенком в виде злобности, раздражительности, нецензурной брани в ответ на попытку коррекции поведения. Актуальными остаются проявления инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо («по глазам читаю мысли людей, определяю – добрый человек или злой») у больной с маниакальным типом ШАР.

На третьей неделе терапии выявлена трансформация вербального псевдогаллюциноза в истинный; преимущественное его возникновение в вечернее время, но при сохранении собственно депрессивного аффекта. Увеличивается физическая активность, появляется интерес к чтению художественной литературы, разгадыванию кроссвордов, посещению тренажерного зала. Восстанавливается бытовая активность в дни лечебного отпуска. Отмечается редукция идеаторного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо. Фон настроения становился ровным, нормализовался ночной сон. На этапе редукции продуктивной симптоматики в одном наблюдении ШАР депрессивного типа к концу 3 недели терапии отмечена возможность перемежающейся смены депрессивного аффекта на гипоманиакальный при отсутствии продуктивной симптоматики. В одном наблюдении (ШАР смешанный тип с биполярными нарушениями) на выходе из приступа сохранялась смена настроения в течение дня от приподнятого с эпизодами гневливости, раздражительности до подавленности с ощущением тяжести за грудиной, отсутствием желания к общению и патологическими телесными ощущениями с локализацией в поясничной области («как будто забили кол в поясницу»).

На пятой - восьмой неделе терапии больные переводятся на режим дневного пребывания, в период лечебного отпуска возобновляют выполнение бытовых обязанностей (уборка в квартире, приготовление пищи, работа на приусадебном участке), возвращаются со слов родственников «в обычное свое состояние». В единичных наблюдениях у больных со смешанным ШАР в ближайшее время после выхода из приступа сохранялись жалобы на утомляемость, медлительность, необходимость отдыха в течение 2-3 часов (быстро устаю, слабость, немощь какая-то»).

К респондерам под влиянием терапии кветиапином отнесены больные шизофренией с депрессивно-галлюцинаторно-бредовой структурой приступа. К концу 3-4 недели терапии выявлялось уменьшение аффективной окраски бредовых идей, редукция вербального галлюциноза. Больные возобновили уход за внешним видом, общение с пациентами по палате, участие в трудовой деятельности отделения.

Выводы. Предикторами эффективности терапии кветиапином явились: ШАР депрессивного, смешанного и маниакального типов с конгруэнтностью (соответствием) фабулы продуктивных расстройств (истинный и псевдогаллюцинаторный варианты вербального галлюциноза, интравертированный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо, интеллектуальный бред воображения) доминирующему аффекту. Среди больных параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения эффективной оказалась терапия кветиапином в случае депрессив-

но-галлюцинаторно-бредовой структуры приступа с оскорбляющим и угрожающим содержанием «голосов», патологическими телесными ощущениями (сенестопатии) с элементами ипохондрического бреда и эпизодами наглядно-образного бреда воображения.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ПАТОГЕНЕЗЕ ПОЗДНЕЙ ДИСКИНЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**Иванова С.А., Федоренко О.Ю.,
Рудиков Е.В., Семке А.В.**

Томск, ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН

Основным способом лечения шизофрении является длительная антипсихотическая терапия, которая улучшает долгосрочный прогноз заболевания и способствует его переходу в состояние ремиссии. Кроме основного антипсихотического действия, нейролептики обладают спектром побочных эффектов. В России проблема побочных эффектов нейролептиков имеет повышенную социальную значимость в связи с тем, что около 70-80 % больных шизофренией получают терапию традиционными нейролептиками, которые зачастую приводят к развитию двигательных расстройств (Краснов В.Н. с соавт., 2007). Разработка методов, позволяющих индивидуализировать психофармакотерапию, является одной из важнейших задач фундаментальной медицины на современном этапе (Иванова С.А. с соавт., 2013). Генетические особенности являются причиной от 20 до 95 % всех неблагоприятных реакций организма человека на лекарственные соединения (Середенин С.Б., 2004).

По результатам фармакогенетических исследований наибольшее клиническое значение имеет полиморфизм генов, контролирующих синтез и работу ферментов биотрансформации лекарственных средств. Экспрессия различных аллельных вариантов генов, кодирующих изоферменты системы цитохромов P450, приводит к синтезу форм с измененной активностью, что в свою очередь, может быть причиной как замедления, так и ускорения метаболизма лекарственных соединений.

Целью настоящей работы являлось выяснение роли полиморфных вариантов генов системы детоксикации ксенобиотиков первой и второй фазы в патогенезе развития лекарственно-индуцированных двигательных расстройств у больных с эндогенными психическими расстройствами.

Материалы и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 219 больных шизофренией. Исследование проведено с соблюдением протокола, утвержденного комитетом по

биомедицинской этике ФГБУ НИИПЗ СО РАМН и в соответствии с Хельсинской Декларацией. Основными критериями включения являлись клинически верифицированные диагнозы шизофрении согласно МКБ-10, принадлежность к европеоидной расе, отсутствие органических или неврологических расстройств. Степень выраженности поздней (тардивной) лискинезии (ТД) определялась по шкале патологических непреднамеренных движений AIMS. Выборка пациентов была разделена на две группы: в группу с ТД вошли 90 больных шизофренией (38 женщин и 52 мужчины, средний возраст $44,0 \pm 7,3$ года), группу без ТД составили 135 больных шизофренией (65 женщин и 70 мужчин, средний возраст $40,5 \pm 10,1$ лет). Для постановки диагноза тардивной дискинезии использовался международный критерий Schooler and Kane. Молекулярно-генетические исследования проводились на базе лаборатории молекулярной генетики и биохимии ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (г. Томск) и лаборатории фармакогеномики Института химической биологии и фундаментальной медицины (г. Новосибирск). Выделение геномной ДНК проводилось из ядродержащих клеток венозной крови сорбентным методом с использованием стандартных наборов. Определение аллельных вариантов гена CYP2D6 проводили методом полимеразной цепной реакции с использованием ДНК-амплификатора «Master cycler» («Eppendorf», США) с последующей рестрикцией продуктов амплификации; определение полиморфных вариантов гена GSTP1 проводили с применением наборов реагентов TaqMan® SNP Genotyping Assay и Real-Time ДНК амплификатора «StepOnePlus» фирмы Applied Biosystems (США). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS, версия 15,0.

Результаты и их обсуждение. Нами были исследованы полиморфные варианты гена CYP2D6 системы микросомального окисления ксенобиотиков, относящегося к семейству цитохромов P450, отвечающих за биотрансформацию нейролептических лекарственных соединений. Ген CYP2D6 системы цитохрома P450, кодирующий дебрисохин-4-гидроксилазу, изучался по трем точечным полиморфным вариантам. Глутатионтрансфераза является основным ферментом второй фазы метаболизма ксенобиотиков. Ген глутатион – S – трансферазы рi GSTP1 изучался по полиморфному варианту A/G приводящему к замене изолейцина на валин в 105 положении полипептидной последовательности.

Частоты встречаемости генотипа AA для полиморфного варианта CYP2D6*3, делеция A в 2549 rs35742686 в основной группе пациентов с ТД и в группе без ТД составили 87,0 %. Для аллельного варианта CYP2D6*3 частота встречаемости генотипа Adel у больных шизофренией с двигательными нарушениями в 8, 9 раз выше (OR= 10,154, CI 95 %, $p=0,00042$) по сравнению с пациентами, страдающими

ми шизофренией без двигательных нарушений на фоне приема нейролептиков. При суммарном сравнении всех генотипов, имеющих делецию CYP2D6*3, выявлено статистически значимое ($p=0,00137$) преобладание этих генотипов в группе пациентов с ТД по отношению к группе пациентов без ТД.

При сравнении частот встречаемости аллеля del гена CYP2D6*3 нами выявлено статистически значимое различие (OR=4,75, CI 95 %, $p=0,00834$). Аллель del встречается у пациентов с ТД в 3,6 раза чаще по отношению к группе пациентов без ТД, 10 (6.6%) и 5 (1.8%) случаев соответственно. Аллель A в группе больных шизофренией с двигательными нарушениями встречается в 140 (93.3%) случаях, а в группе больных шизофренией без двигательных нарушений на фоне приема нейролептиков в 266 (98.2%) случаях.

Другим полиморфным вариантом гена CYP2D6 системы цитохрома P450 является rs3892097 замена аденина в 1846 позиции нуклеотидной последовательности на гуанин CYP2D6*4. При анализе распределения частот встречаемости аллельного варианта CYP2D6*4 1846 G было обнаружено увеличение частот аллеля G и генотипа GG в группе пациентов с ТД по отношению к группе пациентов без ТД при отсутствии статистической значимости.

Анализ исследуемых групп на наличие полиморфизма rs5030655 делеция T в 1707 CYP2D6*6 гена не выявил статистических различий по частотам встречаемости генотипа TT между больными, имеющими двигательные нарушения и пациентами, страдающими шизофренией без двигательных нарушений на фоне приема нейролептиков. Генотип T/del был выявлен только в группе пациентов без ТД с частотой 0,9 %, а del/del встречался исключительно у больных шизофренией, имеющих двигательные расстройства и составлял 1,5 %.

Выявлено снижение частот встречаемости генотипов GA (27,3%) и GG (6,1%) гена GSTP в группе пациентов с ТД по сравнению с группой пациентов, получающих нейролептики но не имеющих двигательных нарушений (GA 41,7%, GG 8,3%) ($p \leq 0,05$).

Выводы. Таким образом, в результате проведенных исследований выявлена ассоциация аллеля 2549del CYP2D6*3 и генотипа A/del гена CYP2D6, ответственного за синтез дебрисохин-4-гидроксилазы с развитием двигательных расстройств у больных шизофренией, принимающих нейролептическую терапию. Необходимость дальнейших исследований в области нежелательных реакций на прием лекарственных препаратов не вызывает сомнения, поскольку полученные результаты позволяют не только приблизиться к пониманию молекулярно-генетических основ подверженности к ним, но и в дальнейшем открывают перспективы прогнозирования и профилактики развития лекарственных осложнений.

Исследование выполнено в рамках проектов РФФИ №12-04-33072 «Патогенез двигательных нарушений у больных эндогенными психическими расстройствами на фоне антипсихотической терапии: роль фармакогенетических факторов» и ФЦП 2012-1.3.2-12-000-1002-2614 «Роль полиморфных вариантов генов системы детоксикации ксенобиотиков в патогенезе лекарственно-индуцированных двигательных нарушений у больных эндогенными психическими расстройствами».

ТЭС КАК МЕТОД ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Иващенко Д.М., Бобкова Е.Н.

Тула, ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет»,
«Тульская областная КПП № 1 им. Н.П. Каменева»

Чувство тревоги знакомо каждому человеку. Она возникает при стрессе, сопровождает трудные жизненные ситуации. Появление тревоги является нормальной реакцией организма человека на неблагоприятные жизненные факторы. Но если тревога становится патологическим состоянием, то она возникает либо без видимой причины, либо, при возникновении ее в качестве реакции на какое-то событие, она по своей длительности и выраженности намного превосходит реальную значимость события и приводит к снижению качества жизни больного. По данным официальной статистики, тревожными расстройствами той или иной выраженности страдает 30% населения РФ [1].

Говоря о тревоге, нельзя не сказать о депрессии. Это связано с тем, что очень редко тревожные расстройства протекают в чистом виде, то есть изолированно. Точно так же редко бывают изолированными и депрессии. У 70% пациентов тревожное расстройство сопровождается симптомами депрессии, и наоборот. В этом случае речь идет о тревожно-депрессивном расстройстве.

В последние годы в фармакотерапии тревожных расстройств наметилась определенная ниша, заполняемая широким и порой неконтролируемым применением бензодиазепиновых транквилизаторов и препаратов, содержащих барбитураты (корвалол, валокордин и др.). Несомненно, что препараты этих групп обладают быстрым положительным эффектом при тревоге различной интенсивности, однако очевидно, что бензодиазепиновые транквилизаторы противопоказаны для длительного применения, особенно в пожилом возрасте, поскольку вызывают миорелаксацию, когнитивные нарушения, прежде всего нарушение концентрации внимания и снижение краткосрочной памяти, могут способствовать развитию депрессии [2].

Особая распространенность тревожно-депрессивных расстройств, приводящих к существ-

венному снижению качества жизни и выраженной социально-психологической дезадаптации, а также отсутствие безопасных анксиолитиков для длительной терапии тревоги объясняют чрезвычайную актуальность разработки и широкого внедрения во врачебную практику новых методов не медикаментозного лечения.

Особое место среди них занимает метод транскраниальной электростимуляции эндорфинергических структур (ТЭС) мозга, разработанная в институте физиологии им. И.П. Павлова РАН под руководством В.П. Лебедева.

Выяснение механизмов развития стимуляционной анальгезии привело к обнаружению сначала опиоидных рецепторов, а затем и вырабатываемых собственным организмом эндогенных опиоидных пептидов (молекул белка имеющих подобие с опиатами), важнейшим из которых является в-эндорфин. К настоящему времени экспериментально и клинически установлено, что кроме мощного обезболивающего эффекта, эндорфины являются стресс-лимитирующими гормонами, регулируют память, поведение и эмоции, ускоряют заживление при любых повреждениях и многое другое [3].

Целью научной работы являлось изучение эффективности и переносимости ТЭС-терапии при лечении тревожно-депрессивных расстройств в психиатрической практике.

Исследование проходило в течение 2012 года. В нем приняло участие 30 пациентов (24 женщины и 6 мужчин), находящихся на стационарном лечении в Тульской областной клинической психиатрической больнице №1 им. Н.П. Каменева. В процесс включали исследуемых в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст составил $48,22 \pm 2,47$ лет) с невротическими, тревожными и стрессовыми расстройствами в соответствии с критериями МКБ-10. Критериями исключения являлись диагнозы: шизофрения, рекуррентное депрессивное расстройство, эпилепсия, паническое расстройство с частыми приступами, выраженные обсессивно-компульсивные и ипохондрические расстройства, наличие соматических заболеваний в острых стадиях.

Методика ТЭС-терапии осуществлялась с использованием аппарата Трансаир-05 (полипрограммный) с различными видами тока (импульсный монополярный, импульсный биполярный с возможностью включения частотной модуляции, постоянный в сочетании с импульсным монополярным, постоянный). Применялось 4 головных накожных электрода с толстыми прокладками, смоченными теплой водой. Первая пара размещалась в области лба, вторая – в области сосцевидных отростков. Импульсное электрическое воздействие проводилось по разработанной схеме.

Курс терапии включал в себя 1 сеанс (20 мин), а остальные 9 сеансов длительностью 30 минут. 2 пациента выбыло из исследования по причи-

не возникновения побочных эффектов (появление интенсивной головной боли и «разбитости» после сеанса), 1 пациентка из-за заболевания, не связанного с процедурой. Остальные пациенты прошли полный курс лечения.

Разработка схемы ТЭС-терапии продолжалась в течение 2х первых недель, по результатам тестирования (шкалы Тейлора и Бэка), описания психического статуса и общего состояния пациента до и после 10 процедур. Так же изучалась реакция больных на течение самой процедуры, и состояние (как физическое так и эмоциональное) в короткие по времени периоды после каждого сеанса. Было выявлено, до каких значений импульсного тока (биполярного, монополярного), можно добиться наиболее благоприятного действия. С какой процедуры необходимо подключать модуляцию, для достижения наилучшего результата.

Так же был разработан бланк с характеристиками, в который заносились № процедуры, ее длительность, величина импульсного тока, измерение АД, проба Ромберга, пальценосовая и результаты тестирования (определение уровня тревожности по Тейлору и степень тяжести депрессии по Бэку) до начала процедур и после окончания курса. Сформирована база данных исследуемых пациентов, включающая половые, возрастные, антропометрические критерии; нозологию и продолжительность заболевания; общее число и продолжительность данной госпитализации.

До начала терапии 45% пациентов оценивали свое состояние как «плохое». Большинство предъявляли жалобы на частые головные боли, ощущение слабости и упадка сил, нарушения сна, снижение интереса к привычным занятиям, снижение удовольствия от ранее приятного, чувство беспокойства напряженности.

Средний балл по шкале тревоги до начала лечения составил ($35,7 \pm 0,4$), что соответствует высокому уровню тревоги, а по шкале депрессии ($19,5 \pm 0,8$) – умеренная депрессия. При этом достоверно чаще, пациентов беспокоило тревожное настроение, напряжение и сердечно-сосудистые симптомы (сердцебиение, одышка, колющие боли в области сердца). Анализируя данные шкалы депрессии, можно сделать вывод, что доминирующими являются такие жалобы как подавленное настроение, сниженная работоспособность, психическая тревога и ипохондрические мысли. Корреляционный анализ показал, что чем хуже пациенты оценивали свое состояния до начала терапии, тем меньше клиническая эффективность метода ($r=0,58, p<0,05$), что подтверждает влияние изначальной психологической установки пациентов.

После проведенной ТЭС-терапии, методом сравнения средних величин было достоверно доказано снижение суммарного балла по шкале тревоги (с $35,7 \pm 0,4$ до $21,6 \pm 0,3$) и по шкале депрессии (с

$19,5 \pm 0,8$ до $8,5 \pm 0,5$). Значительно снизились такие показатели как тревога, напряжение, соматические и сенсорные симптомы (меньшая динамика отмечена в отношении сердечно-сосудистой системы). У 14 пациентов из 17 улучшилось качество сна; у 12 – улучшилось настроение и появился интерес к привычным занятиям; 6 пациентов отметило улучшение памяти и внимания.

НОВЫЕ КЛИНИКО- ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ И ПРЕДИКЦИИ КАЧЕСТВА РЕМИССИЙ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ

Клюшник Т.П., Зозуля С.А., Олейчик И.В.,
Пантелеева Г.П., Абрамова Л.И.,
Борисова О.А., Столяров С.А.

Москва, ФГБУ НЦПЗ РАМН

Несмотря на значительные успехи в области фармакотерапии эндогенных психозов (ЭП), вопрос изучения ремиссий и их качества по-прежнему сохраняет свою **Актуальность**. Перспективным является поиск дополнительных критериев, в т.ч. биологических, для мониторинга состояния пациентов, предикции качества и степени полноты ремиссий с целью предотвращения возможности рецидива психоза.

Ранее при исследовании роли иммунной системы в развитии ЭП нами был выявлен ряд иммунологических параметров сыворотки крови, коррелирующих со специфическими клиническими характеристиками. Так, показано, что лейкоцитарная эластаза (ЛЭ) - протеолитический фермент, вовлеченный в воспаление, тесно взаимосвязан с остротой болезненного процесса, а уровень аутоантител (аАТ) к нейроантигенам – с его тяжестью. Выявление значимых клинико-биологических корреляций дает основание для потенциального использования биологических показателей для мониторинга состояния пациентов, а также для предикции возможной экзакербации патологического процесса.

Цель исследования. Сопоставление клинических и иммунологических показателей в динамике ЭП в ходе терапии психотических приступов для анализа возможности использования этих иммунологических показателей для определения степени активности процесса и прогноза качества и полноты ремиссий.

Обследованные группы. Обследовано 65 больных женщин в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст $32 \pm 8,6$ лет) с диагнозом приступообразного эндогенного психоза с разной степенью

прогредиентности (по МКБ-10 F20.0(0-3); F31(2,5); F33.3). Состояние больных в приступе квалифицировалось как галлюцинаторно-бредовое,

депрессивно-бредовое и маниакально-бредовое. Психическое состояние больных в динамике оценивалось методом клинического наблюдения, а также психометрически по шкале PANSS. Пациенты обследовались в процессе курсовой терапии в разные периоды динамики психотических приступов в трех точках: 1-я точка - при поступлении в стационар в стадии острого психоза; 2-я точка - перед выпиской из стационара при выраженном улучшении психического состояния; 3-я точка - при амбулаторном обследовании, проводимом через 1-2 месяца после выписки.

Контрольную группу составили 27 соматически и психически здоровых женщин соответствующего возраста.

Результаты. 1. Подтверждена активация врожденного и приобретенного иммунитета в острой стадии развития заболевания, а также наличие взаимосвязи между иммунологическими показателями (активностью ЛЭ, а1-ПИ, уровнем аАТ) и клинической оценкой состояния пациентов по шкале PANSS.

2. У всех пациентов наблюдалось улучшение клинического состояния после проведенной терапии, что сопровождалось достоверным снижением общего суммарного балла PANSS ($p < 0,05$), однако выявлена различная динамика иммунологических показателей. У пациентов с повышенными иммунологическими показателями/отсутствием изменений при выписке, вероятно, речь может идти лишь о терапевтической ремиссии, а не о затухании патологического процесса.

3. При амбулаторном обследовании пациентов через 1-2 месяца после выписки из стационара выявлена различная динамика психопатологических расстройств: у 50% пациентов – стабильное состояние (ремиссия), у 50% - умеренное/существенное ухудшение психопатологической симптоматики. Ухудшение клинической симптоматики в 3-й точке сопровождалось повышением активности/уровня иммунологических показателей и наблюдалось преимущественно у пациентов с повышенными значениями иммунологических показателей во 2-й точке ($r = 0,57$; $p = 0,012$).

4. Изменение показателей активности ЛЭ и уровня аАТ в крови пациентов опережает изменение психического состояния больных и эти показатели могут использоваться для мониторинга пациентов и предикции качества и степени полноты ремиссии ($\chi^2 = 15,6$; $p < 0,001$).

ОЦЕНКА ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТ)

Куликов А.Н., Любов Е.Б., Боев О.И.,
Гринченко О.Н., Дроздов Я.А., Калькэ А.Р.,
Кутовой А.В., Папсуев О.О., Цупрун В.Е.,
Швыдка С.В.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава России,
Клиническая ПБ № 4,
Нижевартовск, ОПНД,
Тула, Областная психиатрическая больница №2,
Ставрополь, Краевая клиническая психиатрическая
больница № 1

Цель исследования. Изучение безопасности и эффективности ЭСТ с позиции пациентов.

Материалы и методы. По оригинальному структурированному опроснику, разработанному МНИИП и московским отделением ООИИ «Новые возможности», сплошным образом анонимно опрошены 302 больничных пациентов (71% женщин; 78% респондентов 30-45 лет; 83% больны шизофренией, 17% - аффективными расстройствами; длительность расстройства у 75% респондентов >10 лет; >66% инвалиды).

Результаты и их обсуждение. Ответы в группах пациентов отделений разных городов сопоставимы. Большая часть (57%) «ничего не знает» об ЭСТ. Среди «информированных» у 73% личный опыт лечения (обычно 4-7 сеансов; треть получала ЭСТ повторно), но 64% из них отметила, что процедура детально не была объяснена врачами: «подписали согласие не глядя». Половина леченых не знала о праве на отказ от ЭСТ при добровольной госпитализации, но для 36% пациентов важнее было доверие врачу, «которому виднее». Облегчение состояния (улучшение настроения, уменьшение суицидальных мыслей) отметили 71% респондентов. Саму процедуру 82% описывают как «сон», но 74% респондентов в течение последующих 3-5 дней отметили головные боли и пугающее, но обратимое ухудшение памяти «на прошлое». Большинство (72%) заметило, что перенесли бы побочные действия лечения легче, если их осведомили об их преходящем характере. Сходная доля леченых ЭСТ (68%) сообщила, что посоветовала бы такое лечение знакомому при «плохом настроении»; 76% готовы повторить ЭСТ по необходимости (доверяя выбору врача). Однако 31% полагают, что ЭСТ при этом «опасна для жизни», «более психотропных лекарств», и им «просто повезло». Изменили мнение об ЭСТ после личного опыта 83% респондентов, из коих большинство (76%) черпали сведения о процедуре из телефильмов, где натуралистично изображены судороги больного, получающего лечение как наказание злокозненного психиатра.

Выводы. Эффективная (как при лечении депрессивных расстройств), проверенная десятилетиями опыта, гуманизированная и модифицированная

в настоящее время процедура эмпирически высоко оценена пациентами (баланс побочных действия/эффективность). Необходимо совершенствование процесса информирования пациентов.

ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ПСИХОЗАМИ НА КОМПЛИАЕНС

Лутова Н.Б.

Санкт-Петербург, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Цель исследования: изучение влияния наличия наследственной отягощенности психическими расстройствами на уровень и структуру комплаенса больных психозами.

Материалы и методы исследования. Обследовано 426 больных, проходивших стационарное лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Возраст больных от 18 до 70 лет. Из них 36,4% составили мужчины и 63,6% – женщины. Средняя длительность заболевания 90,19 месяцев, $y=95,98$ месяцев. Количество декомпенсаций: среднее значение равно 3,82, $y=3,39$. Согласно диагностическим критериям МКБ-10 обследованные больные относились к рубрикам: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2) – 320 человек и аффективные расстройства (F3) – 106 человек. Это наиболее типичное нозологическое представительство больных эндогенными расстройствами, которое и являлось предметом изучения. Комплаентность больных оценивалась при помощи Шкалы медикаментозного комплаенса (ШМК), разработанной в НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Результаты исследования. Изучение взаимосвязей между характеристикой «наличие наследственной отягощенности» и ШМК обнаружило статистическую значимость коэффициентов корреляции Пирсона ($p<0,05$) с пунктами шкалы: «наличие опасений, связанных с психотропным действием вообще или возможностью появления побочных эффектов» и «психологически обусловленное саботирование медикации».

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что больные с патологической наследственностью, сталкиваясь в течение своего преморбидного жизненного пути с проявлениями нежелательных побочных эффектов психотропных препаратов у родственников, с большей остороженностью и предубеждением относятся к необходимости приема назначаемого уже им психофармакологического лечения.

При этом наличие наследственной отягощенности положительно коррелирует с отсутствием психологического саботирования медикации, сни-

жая недоверие к врачу, страх стигматизации и искажение картины болезни.

Выводы. Поскольку наличие наследственной отягощенности оказывает негативное влияние на отношение больного к медикации за счет опасений, связанных с действием лекарств, не снижая доверие к врачу, ведущее место в подходах, направленных на улучшение комплаенса этой категории больных, должно занимать психообразование с тщательными разъяснениями возможных побочных эффектов препаратов с акцентом на преимущества, которые достигаются при соблюдении режима предписанных лекарственных назначений.

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ НЕФАРМАКОГЕННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ

Носачев Г.Н., Стрельник С.Н.,
Пудиков И.В., Романов Д.В.

Самара, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава»

Вторую половину XX века можно охарактеризовать как период увеличения числа депрессий среди других психических расстройств. Именно это факт стал основным в поисках новых способов лечения депрессий: с одной стороны – психофармакотерапия, в частности появления первых антидепрессантов, а с другой – поиск немедикаментозных методик, включая депривацию ночного сна (ДНС) и фототерапию (ФТ). Одна из методик используется и до настоящего времени, в частности упоминается в национальном руководстве «Психиатрия» (2009) – фототерапия, вторая – практически уже «забыта» психиатрами, хотя в 80-е годы XX века был защищен целый ряд диссертационных работ по депривации ночного сна при ряде психических расстройств.

Цель – анализ почти сорокалетнего опыта исследования и применения хронобиологической нефармакогенной терапии (депривации ночного сна и фототерапии) депрессивных состояний.

Теоретической основой применения указанных методов лечения являлась гипотеза о периодическом, аутохтонном возникновении части депрессивных расстройств у пациентов, которые позже стали характеризоваться как рецидивирующие и сезонные депрессии. В основе анализа использованы хронобиологические исследования по изменению клинической картины депрессий в зависимости от ритмических и сезонных изменений динамики (фаз, ремиссий, эпизодов) болезни. Базовым клиническим материалом были различные эпизоды эндогенных депрессий в сопоставлении с органическими и психогенными депрессиями с параллельным изучением микро-, а позже и макроритмов. С

помощью клинико-психопатологического, клинико-динамического, клинико-катамнестического и ретроанамнестического методов было выявлено, что хронобиологические изменения характерны для ряда эндогенных депрессий (депрессивным эпизодам разной глубины, по МКБ-10 F32- F33).

Приведём некоторые итоги проведённых теоретических и практических результатов лечения депривацией ночного сна и фототерапией.

Использовались два варианта ДНС: полная депривация и частичная. Наиболее эффективным оказалось полное лишение ночного сна в течение 36 часов с последующим сном. Следующий сеанс ДНС проводился через два дня на третий. Клиническая эффективность наблюдалась после 12-15 сеансов ДНС (т.е. в течение 1,5 месяцев лечения). Наибольшая эффективность терапии отмечена при умеренном депрессивном эпизоде с картиной тоскливой депрессии (70-80%), значительно реже - при апатической депрессии (35-40%) (Носачев Г.Н., 1984-2012).

При лёгком депрессивном эпизоде ДНС оказалось малоэффективной, но не по результатам первого сеанса (после бессонной ночи практически у всех пациентов уменьшалась депрессия и даже возникала утренняя в течение от 1 до 3 часов гипомания), а в связи с возвращением депрессивного состояния, личностными особенностями пациентов, организационными трудностями осуществления самого сеанса, что приводило к срыву сеанса (засыпание, отсутствие контроля персонала), это в итоге приводило к отказу от последующих сеансов.

ДНС комбинировалась со всеми антидепрессантами и другими психотропными препаратами. Побочных эффектов и осложнений отмечено не было. Отказ от терапии ДНС был обусловлен появлением, во-первых, новых антидепрессантов, во-вторых – лечением пациентов амбулаторно или в дневном стационаре, в третьих – планированием так и не созданных ночных профилакториев. Отдельные пациенты до сих пор продолжают проведение серий ДНС при возникновении нового эпизода.

Фототерапия (светолечение) наиболее эффективна при лечении депрессивных состояний в двух технических вариантах: в варианте «оптического излучения» и в варианте сочетанного оптического и длинноволнового ультрафиолетового излучения (в процессе исследования проводились эксперименты с разными частотами оптического излучения).

Одним из наиболее активно обсуждаемых методологических вопросов является применение ФТ спектрального состава светового потока. По мнению большинства авторов, естественный дневной свет эффективнее искусственного, так как синхронизирует биологическую ритмику. Если в вопросах использования частоты, кратности сеансов ФТ, дозы и интенсивности светового потока было достигнуто определенное единство мнений, то решение важно-

го вопроса о спектральном составе искусственного света остаётся далёким от разрешения. Нами была предложена методика ФТ с обогащением светового потока длинноволновым ультрафиолетом (УФ-А) (патент № 2134127 Пудиков И.В., 1999).

Фототерапия успешно применяется при лёгких и умеренных депрессивных состояниях, но наиболее эффективна ФТ при сезонных депрессивных расстройствах.

Использование ФТ как ведущего способа лечебного воздействия эффективно при сезонных расстройствах настроения (отрицательные эмоции) у беременных и кормящих женщин, у амбулаторных пациентов, у лиц с индивидуальными реакциями и непереносимостью медикаментозной терапии.

Основными терапевтическими результатами ФТ (редукция клинической симптоматики) достигается в первые четыре недели лечения применения, как в режиме оптического диапазона, так и в режиме сочетанного излучения.

Сравнение глубины и скорости обратного развития симптоматики сезонных депрессий показало большую эффективность УФ-А ФТ в сопоставлении с ФТ в оптическом диапазоне.

Можно выделить побочные эффекты ФТ, вызванные физическими факторами (слезотечение, дискомфорт, «мелькание мушек», легкое головокружение, снижение АД, брадикардия) и вызванные хронобиологическими факторами (трудности засыпания, бессонница, сокращение времени сна, ночные пробуждения). Но побочные эффекты ФТ не превышают частоту таковых при медикаментозной антидепрессивной терапии, быстро купируются, не вызывая у пациентов негативного отношения к лечению.

Низкая стоимость позволяет широко использовать ФТ как эффективную замену лекарственных препаратов при терапии лёгких и умеренных депрессивных эпизодов, особенно при сезонных депрессиях, а также успешно совмещать лекарственную и физиотерапию (что параллельно снижает стигматизацию и дискриминацию пациентов).

Параллельно с практической значимостью хронобиологической немедикаментозной терапии, в частности ФТ и ДНС, получены определенные теоретические данные по хронобиологии депрессий. Аффективные, в частности депрессивные, расстройства сопровождаются десинхронизмом «малых» и «больших» биологических ритмов.

Хронопатология рецидивов депрессивных эпизодов представлена многоуровневой иерархической временной организацией процесса рецидивирования расстройств, в которой участвуют механизмы десинхронизации и патологической синхронизации макроритмов.

Клинико-хронобиологический анализ рецидивов эндогенных депрессий позволяет классифицировать макроритмы с учётом длительности их

периодов, роли в рецидивировании и преимущественной обусловленности (эндогенные, экзогенные) на следующие диапазоны: 1) макроритмы с периодами 15 – 32 года (диапазон I) – преимущественно эндогенные (клинико-онтогенетические); 2) макроритмы с периодами 1 – 11 лет (диапазон II) – экзогенные (экологические), в частности обусловленные ритмами солнечной активности; 3) макроритмы с периодами 2 – 12 месяцев (диапазон III) – обусловленные взаимосвязанными эндогенными («индивидуальный год» больного) и экзогенными (сезонность) факторами.

Сравнительный анализ моно- и биполярных типов течения показал, что при биполярных аффективных расстройствах обнаруживается различная макроритмическая организация депрессивных и маниакальных рецидивов, что в целом определяет отличие динамики биполярных расстройств от рекуррентного депрессивного расстройства, в частности, с тенденцией к большей частоте рецидивов при биполярном (Стрельник С.Н., 2006).

Планирование лечебно-профилактическими учреждениями терапии аффективных расстройств как психофармакологическими средствами, в частности антидепрессантами, так и нефармакологическими должно учитывать неравномерное распределение количества рецидивов депрессий как в течение года (сезонность), так и в многолетних отрезках времени.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА (ТЛМ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЙ ШИЗОФРЕНИИ В РУТИННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Потанин С.С., Мирошниченко И.И.,
Бурминский Д.С., Бондаренко Е.В.,
Платова А.И., Морозова М.А.**

Москва, Химки, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, ЦВТ ХИМРАР

Цель исследования: В настоящее время терапия обострений шизофрении представляет собой сложную проблему. По различным данным, до 40 процентов пациентов в процессе лечения не достигают достаточного уровня ремиссии психотических симптомов, что приводит к удлинению времени госпитализации, необходимости назначения нескольких антипсихотиков одновременно, использованию высоких доз лекарственных препаратов и другим негативным последствиям. **Целью данного исследования** является попытка оптимизации подбора антипсихотической терапии обострений шизофрении с помощью ТЛМ.

Материал и методы: в исследование включаются пациенты мужского и женского пола от 18 до 65 лет, страдающие шизофренией, поступившие

в стационар в связи с обострением, которым были назначены в качестве антипсихотической терапии арипипразол, палиперидон, галоперидол, зуклопентиксол, клозапин, рисперидон, кветиапин или оланзапин. Клиническая оценка состояния осуществляется с помощью рейтингования по психометрическим шкалам (PANSS, NSA, CGI-S, CGI-I) и по шкале выраженности побочных эффектов UKU. За время исследования 3 раза производится забор крови для оценки фармакокинетических показателей (на 7, 28 и 49 дни (± 3 дня для каждого забора) от момента назначения терапии), 2 раза (на 28 и 49 дни) производится забор крови для оценки уровня глюкозы крови и пролактина (оценка побочных эффектов терапии). В случае обнаружения отклонений концентрации антипсихотиков в плазме крови от оптимального уровня в сочетании с недостаточным эффектом или выраженными побочными эффектами, на 28 день лечения терапия может быть изменена (результаты изменения терапии оцениваются на 49 день лечения).

Анализируемые вещества извлекали из матрикса после путем твердофазной экстракции с применением патронов SOLA RP. Разделение нейрореплетитков и их активных метаболитов (норклозапина, дигидроарипипразола) осуществляли на колонке Zorbax Eclipse XDB-C18 В качестве подвижной фазы использовали градиент водного раствора 0,1% муравьиной кислоты в ацетонитриле при скорости потока 1 мл/мин. Соединения ионизировали путем электрораспыления, разделяли по массам на тандемном квадрупольном анализаторе Agilent 6410-2K Triple Quad LC-M и измеряли их содержание в режиме детектирования заданных масс (MRM). Предел обнаружения веществ в пробах составил не менее 1 нг/мл.

Результаты: в настоящее время в исследование были включены 29 пациентов из запланированных 60, на данный момент представляется возможным осветить лишь некоторые предварительные результаты. В 46 % процентах проб были обнаружены отклонения фармакокинетических показателей от оптимальных значений (ниже оптимального уровня в 21 % наблюдений, выше - в 25 %). В части случаев это позволило изменить схему терапии пациентов с учётом этих данных, что привело к улучшению клинического состояния больных.

Обсуждение: Результаты показывают, что в значительном проценте случаев отмечаются отклонения фармакокинетических параметров от оптимального уровня. С одной стороны, это говорит о высокой вариабельности фармакокинетических показателей в популяции (что подтверждается данными многих фармакокинетических исследований). С другой, это отражает сложность адекватного дозирования антипсихотиков без опоры на объективные данные- результаты ТЛМ. В рамках текущего исследования врачи могли строить терапевтическую

стратегию основываясь на предоставляемой им информации о концентрации лекарственных веществ в плазме крови пациентов, что в части случаев позволило улучшить клинический ответ на лечение.

Выводы: применение ТЛМ для оптимизации подбора терапии обострения шизофрении может найти своё место в рутинной практике в связи с возможностью индивидуального подбора схемы лечения для каждого пациента.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ (ТМС) В ТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНОГО ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА (ПИЛОТНЫЙ ЭТАП ИССЛЕДОВАНИЯ)

Потапов И.В.

Москва, ФГБУ «МНИИП» Минздрава России

Актуальность исследования. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) за последние два десятилетия получила широкое распространение в лечении психических расстройств. Все больше и больше исследований сосредотачивается на возможном применении ТМС в лечении шизофрении. Большое число научных публикаций, включая несколько мета-анализов, посвящено применению низкочастотной ТМС при резистентном вербальном галлюцинациозе (Slotema A et al., 2010, 2012).

Результаты этих исследований свидетельствуют, что ТМС является эффективным методом лечения у этой группы пациентов.

Задача исследования на пилотном этапе. Отработка методики применения циклической ТМС при резистентной шизофрении с преобладанием в структуре психотической симптоматики слуховых галлюцинаций.

Материалы и методы. В исследование включались резистентные больные параноидной шизофренией с превалированием в клинической картине вербальных галлюцинаций по типу «носителей голосов». Тяжесть симптомов при включении удовлетворяла оценке по шкале позитивных симптомов PANSS в пункте ПЗ (Галлюцинации) не менее 4 баллов; по шкале CGI-S не менее 4 баллов; шкале AHRs не менее 15 баллов. Для регистрации симптоматики использовались шкалы PANSS, CGI, AHRs (Рейтинговая шкала слуховых галлюцинаций Gillian Haddock, 1994), CDSS. Оценка психопатологической симптоматики в группах проводилась четырежды: перед началом курса, в конце каждой недели терапии (3 недели с перерывом на выходные дни) и через три недели после окончания курса терапии. Курс ТМС составлял 15 сеансов, проводимых ежедневно, с перерывом на выходные дни. Для лечения слуховых галлюцинаций использовалась методика низкочастотной циклической ТМС левой области

височно-теменной доли коры головного мозга (проекция области сенсорного центра речи Вернике). Критерием эффективности являлась 30 % редукция по шкале AHRs. В исследование включались пациенты, у которых отсутствовала значимая редукция галлюцинаторной симптоматики после проведения минимум двух 4 6 недельных курсов терапии антипсихотиками 2 разных химических классов в дозах, эквивалентных ≥ 400 мг/сут хлорпромазина. Во время исследования сохранялась базовая антипсихотическая терапия, которая оставалась неизменной на фоне всего курса терапии и на протяжении трех последующих недель до катamnестической оценки. В исследовании не включались пациенты принимающие клозапин.

Результаты и обсуждения. В пилотный этап исследования было включено 7 пациентов. У трех пациентов (42,9%) был зарегистрирован терапевтический эффект. Клинический эффект как правило развивался к концу второй (1 пациент) - третьей недели (2 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 катamnестической 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 «ПЗ 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 результаты соотносятся с данными мировой литературы, свидетельствующими, что низкочастотная ТМС влияет изолированно лишь на вербальный галлюциноз, в то время как остальные позитивные симптомы остаются интактными к проводимой терапии.

Выводы. Исходя из поставленных задач, в результате проведенного исследования удалось отработать методику применения низкочастотной, циклической ТМС для лечения больных с вербальным галлюцинозом. Кроме того, полученные предварительные данные свидетельствуют о том, что применение низкочастотной ТМС в лечении резистентных больных шизофренией с преобладанием в структуре психоза слуховых галлюцинаций может

быть эффективным методом, но для получения статистически достоверного результата необходимо проведение дальнейшего исследования с включением большей выборки пациентов.

СИНДРОМ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ

Работа Т.Н., Заика В.Г., Залевская Т.В.

Ростов-на-Дону

Актуальность. По данным отечественных и зарубежных исследований атипичные антипсихотики, благодаря иному спектру действия на дофаминовые и серотониновые рецепторы, быстро и эффективно воздействуют как на негативную так и на продуктивную симптоматику, а кроме того улучшают когнитивные функции, не вызывают экстрапирамидных побочных эффектов и сохраняют терапевтический эффект в течение длительного периода. Однако, обладая полирецепторной активностью, эта группа препаратов вызывает ряд нейроэндокринных нарушений. Наиболее часто встречаются исследования синдрома гиперпролактинемии. Негативные последствия продолжительного наличия повышенного уровня пролактина в крови приводят к репродуктивным дисфункциям, возрастанию риска онкозаболеваний, остеопороза. Учитывая вышесказанное, проблема диагностики и коррекции этого побочного действия атипичных антипсихотиков является крайне актуальной.

Цель работы: выявление особенностей клинических проявлений синдрома гиперпролактинемии у женщин с шизофренией и шизоаффективным расстройством в процессе курсовой терапии различными атипичными антипсихотиками (рисперидон, амисульприд, оланзапин, арипипразол), установление взаимосвязи уровня пролактина с клиническими нарушениями.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 44 женщины с диагнозом параноидная шизофрения F20 и шизоаффективное расстройство F 25 в возрасте от 18 до 43 лет. Все обследованные были разделены на 4 группы, группирующий признак - монотерапия одним из следующих атипичных антипсихотиков: 1 - рисперидон (13 человек), 2 - амисульприд (9 человек), 3 - оланзапин (12 человек), 4 - арипипразол (10 человек). Все больные были сопоставимы по психопатологической структуре заболевания. В исследование не включались пациентки с острыми соматическими заболеваниями, беременные и кормящие. Использовались следующие **Методы:** психометрический (шкала PANSS), клиническое наблюдение, биохимический. Исследование продолжалось в течение

10 недель. Уровень пролактина определяли в начале исследования (фоновые показатели), в конце четвертой, восьмой и десятой недели.

Результаты и обсуждения. Были выявлены следующие клинические проявления синдрома гиперпролактинемии: нарушение менструального цикла в виде аменореи, опсоменореи, олигоменореи, гипоменареи, нагрубание и болезненность молочных желёз,

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГРЕССИОННОГО МЕТОДА ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АМИСУЛЬПРИДА (СОЛИАН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Симонов А.Н., Абрамова Л.И.

*Москва, ФГБУ «Научный центр
психического здоровья» РАМН*

Цель исследования. Оценить возможность применения метода регрессионного анализа для оценки эффективности использования антипсихотического препарата Амисульприда (солиана) при лечении больных шизофренией с учетом динамики среднего суммарного балла (ССБ) по шкале PANSS.

Материалы и методы. 46 больных приступообразной (27 б-ных) (1 подгруппа) и непрерывно текущей параноидной (19 б-ных) (2 подгруппа) шизофренией (F20.00, F20.11, F20.12, F31, F32 по МКБ-10), находящихся в остром психотическом состоянии, получали Амисульприд в течение 56 дней в среднесуточной дозе 756,5 мг. По группе в целом средний возраст больных к началу заболевания составил 21,6 года, к первым манифестным проявлениям заболевания – 23,1 года. Общая длительность заболевания - $7,4 \pm 6,6$ лет. Психическое состояние пациентов оценивалось в динамике, еженедельно в течение 56 дней терапии (7,14,21,28,35,42,29,56 дни) с использованием клинического, клинкопсихопатологического и психометрического методов – шкалы PANSS. К началу терапии ССБ PANSS у больных 1-й подгруппы составлял $93,7 \pm 14,56$, у 2-й – несколько выше - $99,5 \pm 9,25$ баллов, к 56 дню – $58,91 \pm 6,19$ бал. и $73,2 \pm 10,23$, соответственно. Для оценки динамики изменения ССБ PANSS в подгруппах больных применялся метод линейной регрессии. Последняя оценивает динамику ССБ шкалы PANSS в соответствии с последовательностью визитов и характеризуется двумя основными параметрами: наклоном, отражающим скорость изменения ССБ PANSS и отрезком (сдвигом), соответствующим начальному значению ССБ PANSS. Чтобы сделать корректные статистические выводы для всех этих параметров, строились 95%-е доверительные интервалы (ДИ) двумя различными методами: методом наименьших квадратов (МНК) и методом бутстреп.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что динамика изменения ССБ PANSS на последовательности визитов у больных с непрерывным параноидным и приступообразным течением адекватно описывается прямыми регрессионными линиями. Коэффициенты детерминации (RI), характеризующие близость экспериментальных точек к линии регрессии, оказались равными 0,99 для приступообразной и 0,98 для параноидной подгрупп, соответственно. В случае, когда все точки лежат на регрессионной линии $RI=1$.

Для приступообразной подгруппы было получено значение коэффициента наклона равно -0.696 с ДИ по МНК (-0.764 ; -0.627) и ДИ по методу бутстреп (-0.755 ; -0.622), а для параноидной подгруппы получено значение коэффициента наклона -0.491 с ДИ по МНК (-0.557 ; -0.425) и ДИ по методу бутстреп (-0.579 ; -0.403), соответственно.

Величина отрезка для приступообразной подгруппы составила 96.04 с ДИ по МНК (93.76 ; 98.33) и ДИ по методу бутстреп (91.72 ; 97.67), а для параноидной подгруппы 98.67 с ДИ по МНК (96.47 ; 100.88) и ДИ по методу бутстреп (94.7 ; 100.1), соответственно.

Из полученных данных видно, что скорость изменения ССБ PANSS в подгруппе больных приступообразной шизофренией равна $-0,696$, а в параноидной - $-0,491$. При этом соответствующие доверительные интервалы для этих коэффициентов не перекрываются, что указывает на статистически значимые различия коэффициентов наклона регрессионных линий сравниваемых подгрупп. Отрицательное значение этих коэффициентов указывает на уменьшение ССБ PANSS на последовательности визитов от исходного значения. При этом скорость снижения величины ССБ PANSS для подгруппы больных с приступообразной шизофренией превалирует над исследуемым параметром у подгруппы больных с параноидной шизофренией, так как абсолютное значение коэффициента наклона для подгруппы больных с приступообразной шизофренией (-0.696) больше, чем для подгруппы больных с параноидной шизофренией (-0.491).

95%-е ДИ для отрезков регрессионных линий больных обеих подгрупп перекрываются, что указывает на статистически не различимые исходные значения ССБ PANSS.

Полученные данные соответствовали динамике психического состояния больных исследуемых подгрупп.

Выводы. Результаты данного исследования показали, что регрессионный метод (метод регрессионного анализа) можно эффективно использовать для анализа динамики ССБ PANSS у больных шизофренией в ходе антипсихотической терапии (на примере применения Амисульприда). В проведенном исследовании установлено, что скорость сни-

жения ССБ PANSS на последовательности визитов, оцениваемая по наклону регрессионных линий двух подгрупп больных шизофренией с разным типом течения, статистически значимо отличается, что дает возможность судить об эффективности проводимого лечения.

СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Сумарокова М.А.

Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

В настоящее время акцент терапии психических больных сместился на внестационарную помощь. Одной из основных целей оказания медицинской помощи является повышение качества жизни больных. Поэтому кроме своевременного и эффективного лечения обострения заболевания важно поддержание качественной ремиссии. В связи с этим необходимо провести исследование влияния различных лекарственных препаратов на качество ремиссии у больных с шизоаффективным расстройством.

Целью настоящей работы улучшение качества ремиссий при шизоаффективных психозах. В соответствии с поставленной целью решаются следующие задачи:

1. Оценить динамику изменения ремиссий у больных с шизоаффективными расстройствами за последние 20 лет

2. Определить какие препараты использовались в качестве поддерживающей терапии за этот период и оценить их эффективность

3. Провести сравнение эффективности типичными и атипичными нейролептиками при профилактике рецидивов шизоаффективных психозов.

Обследована группа из 54 амбулаторных больных с диагнозом шизоаффективное расстройство (F25), выявленных на пяти территориальных участках специализированного диспансерного наблюдения г. Москвы. Критериями исключения являлись наличие органической, тяжелой соматической патологии, зависимость от психоактивных веществ. В группе было 25 мужчин (46%) и 29 женщин (54%) в возрасте от 25 до 49 лет, средний возраст 36 лет $\pm 8,6$.

Результаты исследования. Произведена оценка средней длительности ремиссии после выписки из стационара за последние 20 лет. Начиная с 1999 года по настоящее время средняя продолжительность ремиссий имеет отчетливую тенденцию к уменьшению. Проводилось исследование средних продолжительностей ремиссий при терапии

различными группами нейролептиков и их сочетаниями. В случае сочетаний атипичного нейролептика с азалептином и атипичного нейролептика с типичным число наблюдений недостаточное для получения статистически достоверного результата. Рассматривая эффективность типичных и атипичных нейролептиков, а также азалептина и его сочетания с типичным нейролептиком необходимо отметить, что, несмотря на видимую разницу в продолжительности ремиссии они статистически не различаются при учете статистической ошибки. Было проведено исследование длительности ремиссии и при рассмотрении вариационного ряда длительности ремиссии видно, что наиболее часто встречаются ремиссии длительностью до 1 года. Первый год ремиссии был рассмотрен более детально, проведен анализ длительности ремиссии с интервалом в 1 месяц. В результате анализа были получены следующие результаты. Длительность ремиссии равномерно распределена на протяжении всего первого года, с максимальным числом наблюдений до 60 дней. Полученные данные были соотнесены с результатами анкетирования и было выяснено, что после перенесённого аффективно-бредового приступа часто больные и их родственники опасаются его повторения, вследствие чего поддерживающая терапия придумается и нередко контроль осуществляется родственниками. Отмечено 2 периода: 6 месяцев и 12 месяцев, когда больные начинают считать, что «окончательно здоровы» и не нуждаются в дальнейшем приеме поддерживающей терапии. Был проведен анализ регулярности приема поддерживающей терапии в зависимости от вида назначенного антипсихотического препарата. При анализе связи между видом нейролептиков в предшествующей поддерживающей терапии и длительностью последующей госпитализаций статистически значимых различий выявлено не было.

Выводы. За последние 20 лет длительность ремиссии у больных с шизоаффективными расстройствами сократилась, что можно объяснить изменением формы оказания психиатрической помощи, отсутствием четкого контроля за проводимым лечением, и как следствие прекращением приема поддерживающей терапии. В период статистически достоверной наибольшей продолжительности ремиссии 1998-2002 гг. наиболее распространенной терапией было сочетание азалептина с типичным нейролептиком (трифтазином или галоперидолом). Статистически достоверной разницы в профилактическом эффекте между профилактическим эффектом терапии типичными и атипичными нейролептиками не выявлено

Заключение: Одним из основных факторов, влияющих на качество ремиссии является регулярный прием адекватной поддерживающей терапии.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Усов Г.М., Халикова А.Р., Усова А.А.

Омск, Омская государственная медицинская академия

Цель исследования – выявление зависимости между показателями массы тела, количеством госпитализаций и частотой побочных эффектов антипсихотиков у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом.

Материалы и методы. В отделении первого психотического эпизода Омской областной психиатрической больницы в 2011-2012 годах было обследовано 164 больных шизофренией. Критериям первого психотического эпизода соответствовали длительность заболевания не более 5-ти лет и не более трёх госпитализаций в анамнезе. В соответствии с поставленной задачей пациенты были разделены на 2 клинические группы: первую группу составили 104 пациента с первой госпитализацией в психиатрический стационар, вторую – 60 пациентов со второй и третьей госпитализациями. Основными методами исследования были клиничко-психопатологический, клиничко-лабораторные и функциональные методы исследования, статистический. Индекс массы тела (масса, кг / рост, см²) оценивался при поступлении пациентов в стационар, побочные эффекты психофармакотерапии – при выписке из стационара.

Результаты и их обсуждение. Индекс массы тела у пациентов первой группы ($Me_1=21,2$ кг/см²) был статистически значимо ниже, чем у пациентов второй группы ($Me_2=23,0$ кг/см²), вероятность ошибки (p)=0,025. Данный факт косвенно свидетельствует о существенной прибавке в весе пациентов после начала лечения. Представляет интерес большое количество впервые госпитализированных пациентов с дефицитом массы тела (16%), при повторной госпитализации доля таких больных составляла 10%, среди пациентов с третьей госпитализацией дефицита массы тела выявлено не было. Все обследованные пациенты получали антипсихотическую терапию: 86 чел. (52%) – типичными антипсихотиками, 34 чел. (21%) – атипичными и 44 чел. (27%) – сочетанием типичных и атипичных антипсихотиков (без существенных различий между группами). В группе пациентов со второй и третьей госпитализациями побочные эффекты антипсихотиков наблюдались статистически значимо чаще (62%), чем у впервые госпитализированных больных (30%), $p=0,000$. Наибольшие различия между группами были выявлены по увеличению массы тела ($p=0,000$) и экстрапирамидным расстройствам ($p=0,002$). Анализ побочных эффектов антипсихотической терапии в зависимости от индекса массы тела пациентов при поступлении в стационар дал следующие результаты: нежелательные реакции

статистически значимо чаще встречались при отклонениях от нормальной массы тела ($p=0,016$), при дефиците массы чаще развивалась чрезмерная седация и повышение уровня трансаминаз, а при ожирении и избыточной массе тела – ещё большее увеличение веса. Таким образом, отклонения от нормальной массы тела можно рассматривать как предиктор высокого риска развития побочных эффектов антипсихотиков.

Выводы. Антипсихотическая терапия приводит к существенному увеличению массы тела больных шизофренией. При повторных госпитализациях значительно увеличивается риск развития побочных эффектов психофармакотерапии, особенно увеличения массы тела и экстрапирамидных расстройств. Встречаемость нежелательных реакций на антипсихотики выше у пациентов с отклонениями от массы тела: при дефиците массы тела – выше вероятность развития чрезмерной седации и повышения уровня трансаминаз, а при ожирении и избыточной массе тела – ещё большего увеличения веса. Таким образом, при назначении антипсихотиков необходимо учитывать показатели массы тела пациентов до начала лечения.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СПб ГКУЗ ГОРОДСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3 ИМ. И.И. СКВОРЦОВА- СТЕПАНОВА В ЛЕЧЕНИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

**Фаддеев Д.В., Петрова Н.Н., Червинский А.Ю.,
Скворцов В.Ю., Речкин А.Н., Гончаров В.Н.**

*Санкт-Петербург, СПб ГКУЗ Городская психиатрическая
больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова*

Новые возможности в терапии неотложных состояний (фебрильная шизофрения и злокачественный нейролептический синдром) появились благодаря созданию отделений, специализирующиеся на оказании помощи данному контингенту больных. К ним относятся: отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и кабинет трансфузиологии с проведением плазмафереза и гемосорбции (его создание в 2011 году было продиктовано увеличением резистентных к психофармакотерапии психозов и необходимостью внедрения нелекарственных методов терапии психически больных).

Всего за период с 2008 по 2012 г. случаи фебрильной шизофрении фиксировались 18 раз; злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС) - 25 раз. Диагностика данных состояний являлась показанием для перевода в ОРИТ.

Целью внедрения новых методов экстракорпоральной гемокоррекции (ЭГ) являлось более эффективное купирование urgentных состояний и уменьшение риска летальных исходов.

Теоретическое обоснование: в основе применения методов экстракорпоральной гемокоррекции лежит теория т.н. «эндогенной интоксикации»: у больных шизофренией выявлены неспецифические биохимические и иммунные нарушения, имеющие тесную связь с особенностями течения заболевания и подлежащие экстракорпоральной гемокоррекции:

А) Биохимические показатели: диспротеинемия, увеличение уровня СРБ, свободных радикалов, калликреина и прекаликреина, лейкоцитарной эластазы, фактора Виллебранда,

Б) Иммунный статус: усиление гуморального и снижение клеточного иммунитета, увеличение антител к фактору роста нервов и общему белку миелина, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации

В ГПБ №3 экстракорпоральная гемокоррекция включала комплекс следующих методов:

1. Инфузионная терапия с применением гипохлорида натрия, антиоксидантов и мочегонных до 7 дней с целью нормализации водно-электролитного баланса

2. Применение иммуномодуляторов - стимуляция клеточного иммунитета (Т-лимфоцитов)

3. Фотомодификация крови - 10-12 процедур (лазер или красный цвет). Под действием лазера молекулы альбумина изменяют свою конформацию, что увеличивает детоксикационные и транспортные свойства

4. Плазмаферез (ПФ) (до 3 процедур). Основной эффект – улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции.

5. Гемосорбция (ГС) - метод внепочечного очищения крови от токсических веществ путём адсорбции токсинов и метаболитов на поверхности сорбента. Предполагалось, что перечисленные методы усиливают действие друг друга и оказывают мощный терапевтический эффект.

Материал. В ГПБ №3 за 2012 год в кабинете трансфузиологии методом ЭГ пролечено 14 больных. Мотивы направления на ПФ и ГС в ГПБ №3: преодоление резистентности к психофармакотерапии - 7 чел.; нейролептический синдром - 6 чел.; (из них у 3-х диагностирован злокачественный нейролептический синдром). У 4-х чел. - выраженные нейролептические побочные эффекты и осложнения сочетались с резистентной продуктивной психотической симптоматикой. У одной пациентки возникли и до конца не разрешились диагностические сложности: дифференциальный диагноз проводился между Злокачественным нейролептическим синдромом и «фебрильной шизофренией».

Нозологический состав больных, направленных на ПФ и ГС: шизофрения - 8 чел.; шизоаффективный психоз - 1 чел.; эпилептический психоз - 2 чел.; органический психоз - 2 чел. Синдромальная характеристика больных, направленных на ГС и ПФ: у 5 больных ведущим синдромом являлся хрониче-

ческий вербальный галлюциноз. Мотивом направления таких пациентов на ПФ и ГС являлись такие его особенности, как мучительный, императивный, оскорбляющий характер; сопровождался кататоническими включениями и бредовым поведением, агрессивными или аутоагрессивными действиями. У 6 пациентов наблюдались выраженные явления акинетико-ригидного синдрома, у 3-х больных психические нарушения осложнились тяжёлой полиорганной соматической патологией. Перед операцией производилась, по возможности, отмена нейролептиков и антидепрессантов.

Предоперационное исследование включало: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови: фракции, АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочевины, коагулограмма (протромбин, фибриноген), ЭЭГ до и после процедуры. Проводилось от 1 до 3 сеансов ЭГ. Комплекс процедур включал: гемосорбцию, плазмообмен, плазмаферез, плазмосорбцию, гемоксигенацию, лазерное облучение крови и комбинацию операций ЭГ.

Вариант выбора эфферентного лечения у больных зависел от особенностей психического состояния с учетом ведущего психопатологического синдрома

У 1-й больной экстракорпоральные методы сочетались с ЭСТ

Результаты: у больных с диагнозом ЗНС и «фебрильная шизофрения» летальных исходов не отмечалось, при том, что российская статистика выживаемости при ЗНС свидетельствует о смертности 11-80% по разным данным. Все больные были впоследствии выписаны. Анализ медицинских карт показал следующие закономерности течения заболевания при применении ЭГ: в течение первой недели после сеансов ПФ и ГС соматическое и неврологическое состояние больных стабилизировалось, приостанавливалось прогрессирование экстрапирамидной симптоматики, снижалась температура, доходя до незначительного субфебрилитета. Но быстрой редукции симптоматики не происходило. Лишь через 5-7 дней состояние больных улучшалось более быстрыми темпами: нормализовалась температура, устранялись экстрапирамидные проявления, оживлялась мимика, моторика, редуцировались вегетативные

расстройства. В среднем через 8-9 дней больные переводились из отделения реанимации в соматопсихиатрические, и в дальнейшем - в общие отделения стационара. Т. о. динамику состояния больных можно охарактеризовать как литическое улучшение. У больных с преобладанием продуктивной симптоматики, а большинство больных, как было указано выше, с хроническим галлюцинозом, только у 1 не отмечалось положительного эффекта (но уменьшились нейролептические побочные эффекты). У остальных - галлюциноз ослаб по своей интенсивности; перестали возникать императивные галлюцинации. Галлюциноз сохранялся, но переносился не столь мучительно. Оживлялась мимика, улучшалось настроение. Кроме того, удавалось снизить дозы нейролептиков в среднем на 30-60 %, «уйти» от полипрагмазии, произвести замену нейролептика или антидепрессанта на терапию препаратами с узким спектром побочных эффектов.

Осложнений при проведении процедуры не отмечалось.

Помимо динамики психического состояния оценивалась и динамика лабораторных показателей. После проведения ПФ и ГС отмечалось снижение концентрации билирубина, креатинина, ЩФ, АлАТ. В общеклинических анализах крови были нормализованы показатели скорости оседания эритроцитов (СОЭ), лейкоцитов и тромбоцитов, КОС.

Выводы: 1. Антипсихотическое воздействие ЭГ достигается благодаря детоксикационному, иммунокорректирующему и гемореокорректирующему эффектам

2. Применение операций экстракорпоральной гемокоррекции у больных шизофренией позволяет устранить неотложное и преодолеть фармакорезистентное состояние

3. Сочетание экстракорпоральной гемокоррекции в комплексе с психофармакотерапией позволяет достичь у больных шизофренией лучшего качества ремиссии, сокращения расходов на лечение в стационарных условиях,

4. Выбор операции экстракорпоральной гемокоррекции у больных шизофренией зависит от особенностей неотложного и фармакорезистентного состояния, ведущего психопатологического синдрома, типа течения и длительности болезни.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Тареева Ю.С., Горкина М.Г.

Тамбов, ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая
больница»

Одними из наиболее частых психических расстройств у данного контингента пациентов являются расстройства адаптации (37,5% от общего числа военнослужащих). Это обусловлено не только внешними психотравмирующими факторами, но и особенностями той личности, которая оказывается в стрессовых условиях.

Целью нашего исследования явилось изучение личностных особенностей военнослужащих срочной службы с расстройствами адаптации. Исследование проводилось в психиатрическом отделении Тамбовской клинической психиатрической больницы г. Тамбова за период 2012-2013 гг. Группу обследуемых составили 21 человек – военнослужащие по призыву, мужчины, возрастные границы 18-22 лет, с диагнозами «расстройство адаптации» и «ситуационно обусловленные психогенные реакции в рамках дезадаптации». Были использованы следующие экспериментально-психологические методики: Минесотский многофакторный личностный ММРП; методика диагностики ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина, тест фрустрационной толерантности Розенцвейга; методика оценка уровня интеллекта Векслера, опросник Келлермана-Плутчика.

Изучение индивидуально-личностных особенностей испытуемых показал, что среди общего числа обследуемых военнослужащих достаточно часто имеет место невысокий интеллектуально-образовательный уровень (63,6%), у 42,8% военнослужащих с расстройствами адаптации выявлялись тревожно-депрессивные тенденции, у 23,9% обследуемых отмечалась недостаточная зрелость личностной позиции и демонстративность поведения, среди 33,3% обследуемых преобладали сенситивные черты, у 47,6% обследуемых отмечалась сниженная способность к фрустрации с низким показателем групповой конформности, у 23,8% отмечались неадаптивные механизмы психологической защиты, среди которых преобладали регрессия, отрицание, проекция.

К индивидуально-личностным особенностям военнослужащих срочной службы с расстройствами адаптации можно отнести низкий уровень интеллектуальных способностей, тревожно-депрессивные тенденции, демонстративность, сенситивные черты, сниженная способность к фрустрации с низким показателем групповой конформности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ СРЕДНЕ- СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

Говорин Н.В., Тарасова О.А., Сахаров А.В.

Чита, ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская
академия» Минздрава РФ

Высокая распространенность пограничных психических расстройств является одной из актуальных медицинских и социальных проблем современного общества. При этом в структуре пограничной психической патологии невротические расстройства составляют, по данным разных авторов, от 12,9 до 69,9% (Александровский Ю.А., 2000).

В последние годы большое внимание уделяется состоянию психического здоровья молодого поколения, в том числе студенческой молодежи. Учебная нагрузка, взаимоотношения в новом коллективе являются одними из факторов, способствующих возникновению невротических расстройств у студентов. При этом своевременное выявление невротических расстройств позволит в дальнейшем определить основные направления лечебных и профилактических мероприятий.

Цель работы: оценить распространенность невротических расстройств у студентов средне-специального учебного заведения.

Материалы и методы. Сплошным методом в 2013 году было проведено анкетирование и психологическое обследование студентов 1 и 2 курсов Забайкальского горного колледжа имени М.И. Агашкова. Всего в исследование были включены 342 человека в возрасте от 15 до 23 лет. Средний возраст составил $17,4 \pm 0,06$ лет. Юношей среди обследованных было 60,4%, девушек – 39,6%.

Распространенность невротических расстройств у студентов определялась с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. При помощи данного опросника определялись коэффициенты по шести клиническим шкалам. Сумма коэффициентов меньше «-1,28» указывала на болезненный характер выявляемых расстройств по отдельной шкале. Выявление депрессивных расстройств проводилось с помощью шкалы «Цунга».

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. По опроснику К.К. Яхина и Д.М. Менделевича болезненные изменения по шкале тревоги выявлены у 17,5% студентов; по шкале невротической депрессии – у 13,5%; по шкале астении – у 9,6%; по шкале истерического типа реагиро-

вания – у 13,8 %; по шкале обсессивно-фобических нарушений – у 18,7 % по шкале вегетативных нарушений – у 10,8 %.

При интерпретации данных выявлены более высокие показатели распространенности невротических нарушений по всем шкалам опросника среди женского контингента, в сравнении с мужским.

Так, тревожные расстройства встречались у девушек в 24,2 % случаев, у юношей – в 12,1 % ($p < 0,01$). По шкале невротической депрессии болезненные расстройства были выявлены у 19,1 % девушек и 9,7 % юношей ($p < 0,02$). Существенными были также отличия по шкале астении: болезненный характер выявляемых расстройств отмечался у 15,4 % женского контингента и у 5,3 % мужского ($p < 0,01$). Конверсионные нарушения обнаружены у 19,1 % девушек и 0,97 % юношей ($p < 0,001$). Показатели по шкале обсессивно-фобических нарушений были среди женской части также выше, чем среди мужской (26,4 % и 12,6 % соответственно; $p < 0,01$). Вегетативные нарушения отмечались у 13,9 % девушек и у 8,8 % юношей.

По шкале «Цунга» легкая депрессия определялась у 22 % обследованных; умеренная – у 0,3 %; тяжелая – у 0,3 %. При анализе показателей по данной шкале установлено, что легкая депрессия выявлена у 19,9 % обследованных юношей и 26,5 % девушек. Умеренная депрессия регистрировалась у 0,5 % обследованных юношей; тяжелая депрессия отмечалась у 0,8 % девушек. Показатели по шкале «Цунга» в пределах нормы были у 77,4 % обследованных.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о довольно высокой распространенности невротических расстройств среди студентов средне-специального учебного заведения. При этом невротическая депрессия, истерические, тревожные и обсессивно-фобические нарушения значимо чаще встречаются у девушек. Полученные результаты свидетельствуют как о необходимости своевременной психотерапевтической коррекции указанных нарушений, так и требуют осуществления профилактических мероприятий в студенческой среде с целью предупреждения возникновения невротических нарушений.

ТИПОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ОБЛУЧЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО УРАЛА

Колмогорова В.В., Полецкий В.М.

Челябинск, Челябинская область, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Введение. Разрушительные последствия радиационных аварий обусловлены не только воздействием ионизирующего излучения, но и

влиянием стрессогенных факторов, обязательно сопутствующих таким авариям. Отсутствие официальной информации, проведение активных защитных мероприятий (таких как переселение, введение санитарно-охранного режима и др.) становится реальным источником хронического психологического стресса для жителей радиоактивно загрязненных территорий.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты комплексного клинико-психологического и инструментального обследования 110 пациентов, подвергшихся хроническому облучению в результате радиационных инцидентов на ПО «Маяк». Группу сравнения составили 80 человек, проживающие на радиоактивно не загрязненных территориях Челябинской области. При обследовании пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале в наше поле зрения попали жители НП Р. Теча, Н. Петропавловское, Муслимово на р.Теча и некоторые другие жители переселенных НП по р.Теча.

Результаты и обсуждение. Наблюдение на базе клинического отделения ФГУН УНПЦ РМ пациентов (110 чел.) в течение 2010 - 2012 гг., позволило выявить дезадаптационные состояния клинического уровня, которые проявлялись: снижением социального приспособления стойким изменением направленности внимания от проблем внешних к внутренним, связанным со здоровьем, заменой реальных проблем социально-психологического плана на чрезмерную заботу о своем здоровье – «уход в болезнь»; усилением субъективного восприятия соматического дискомфорта, слабости, потребности в отдыхе; заострением преморбидных черт личности, появлением новых патохарактерологических качеств (утратой «пластичности общения», конфликтности, цинизма, склонности к антисоциальным действиям).

Типологически психозадаптационные состояния представлены следующими вариантами: астеническим с преобладанием физической или психической слабости, дистимическим и психовегетативным. Астенический вариант психической дезадаптации характеризуется ощущением разбитости, слабости, вялости, многократно возникающими эпизодами физической слабости, выраженным, а впоследствии постоянным «обессиливанием». Психовегетативный вариант наблюдали в виде вегетативных кризов или перманентных дисфункций вегетативной нервной системы. Они проявлялись цефалгиями, вялостью, ощущением «внутренней дрожи», «спазмами» в эпигастральной области, сопровождались тревожными, ипохондрическими, диссомническими расстройствами, неустойчивостью эмоционального фона. Дистимический вариант проявлялся неопределенной тревогой, ощущением дискомфорта и неудовлетворенности. Появлялись легкие дисфорические эпизоды с недовольством и

озлобленностью. Подобное реагирование значительно осложняет адаптацию индивида к среде и служит почвой для возникновения психогенизации с формированием невротических реакций.

Таким образом, наличие психической дезадаптации у населения, проживающего на РЗТ не вызывает сомнений и требует, наряду с улучшением социально-экономических условий проживания, систематических усилий по оказанию психопрофилактической помощи и лечебно-реабилитационных мероприятий для данного контингента.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАЩИХСЯ ВОЕННЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Краснов А.А., Синенченко А.Г.,
Гончаренко А.Ю.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова

При решении задач профессионального отбора и проведения массовых психопрофилактических обследований военнослужащих представляется особенно актуальной проблема выявления предвестников психических расстройств и прогноза психического состояния в доболезненный (преморбидный) период. Вместе с тем, при психопрофилактических обследованиях наиболее сложной является проблема прогноза психического состояния. К настоящему времени в литературе описаны масштабные и многолетние исследования, охватывающие популяцию целых поселений (до 35000 человек), с участием педагогов, священников, семейных врачей, в рамках которых выявлялись предболезненные нарушения и определялась их дальнейшая клиническая значимость (Larsen T.K. et al., 1998; Cornblatt B., 2000). Однако такого рода исследования остаются единичными в силу высокой стоимости и трудоемкости. Таким образом, представляется актуальным проведение дальнейших исследований, имеющих целью изучение объективных показателей преморбидного периода психических расстройств.

Цель исследования: изучить функциональные показатели когнитивной сферы и структуры личности военнослужащих в преморбидный период невротических расстройств (НР) и определить их прогностическую значимость.

Материал и методы. С 1986 по 2011 г.г. обследовано 284 военнослужащих по контракту в возрасте от 18 до 26 лет ($20,5 \pm 0,5$ года). Все обследованные были распределены в две группы: первая - лица, госпитализированные в психиатрический стационар с НР в различные периоды службы, вторая - психически здоровые военнослужащие. Результаты обследования и лечения сопоставлялись

с архивными данными освидетельствования ВВК и профессионального психологического отбора этих же военнослужащих, проводившегося при поступлении в военное учебное заведение. Данные включали результаты оценки когнитивного теста (КР - 3 - 85) и квантифицированного метода исследования личности (СМИЛ). Для военнослужащих первой группы архивные данные концептуально рассматривались как показатели углубленного психолого-психиатрического обследования в доболезненный период. Временной интервал от момента проведения обследования до манифестации НР составил от 6 месяцев до 6 лет в среднем $2,3 \pm 0,35$ лет.

На основе обработки полученных результатов была разработана математическая модель прогноза развития НР на доболезненном этапе. В качестве адекватного методологического подхода использовалась логистическая регрессия с бинарным откликом и вычислением коэффициентов методом Хука-Дживиса. Полученное уравнение имело вид:

$$Y = \exp(7,23 + 0,115 AnE + 0,04 ZpE + 0,03 OmE + 0,06 VpE + 0,09 YzE - 0,02 K - 0,06L - 0,006 D - 0,04 Pd - 0,05 Mf - 0,05 Pa + 0,007 Sc) / \{1 + \exp(7 + 0,0001 AnЭ + 0,04 ЗпЭ + 0,03 ОмЭ + 0,06 ВпЭ + 0,09 УзЭ - 0,02 К - 0,06 L - 0,006 D - 0,04 Pd - 0,05 Mf - 0,05 Pa + 0,007 Sc)\}$$

где: Y - коэффициент риска развития НР; AnE - эффективность выполнения теста «аналогии»; ZpE - эффективность выполнения теста «зрительная память»; OmE - эффективность выполнения теста «образное мышление»; VpE - эффективность выполнения теста «вербальная память»; YzE - эффективность выполнения теста «установление закономерностей»; K - коэффициент скорости обработки когнитивного теста в целом; L - показатели шкалы «ложь» теста СМИЛ; D - показатели шкалы «депрессия» теста СМИЛ; Pd - показатели шкалы «импульсивность» теста СМИЛ; Mf - показатели шкалы «женственность/мужественность» теста СМИЛ; Pa - показатели шкалы «ригидность» теста СМИЛ; Sc - показатели шкалы «шизоидность» теста СМИЛ

Общая надежность прогноза созданной методики составила 83 %, при этом доля правильно классифицируемых экспертных заключений для категории «благоприятный прогноз» составила 97 %, доля правильно классифицируемых экспертных заключений для категории «риск развития НР» составила 35 %. Неравнозначная точность экспертных заключений, по нашему мнению, возникала, во-первых, в связи с тем, что в исследование были включены лица уже прошедшие предварительный отбор, при котором лица с наиболее явными предболезненными проявлениями были исключены из выборки, во вторых, в исследование включались лица с различным временным интервалом от момента проведения обследования до манифестации НР, что существенно влияло на точность прогноза. Вместе

с тем предлагаемый способ позволяет выявить около трети военнослужащих с потенциальным риском развития НР, без потери точности прогноза в отношении лиц с высоким уровнем психического здоровья, что делает перспективным его использование в комплексе психопрофилактических мероприятий.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Шамрей В.К., Гончаренко А.Ю.

*Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова*

Проблема психического здоровья военнослужащих рассматривается как один из основных факторов национальной безопасности государства и боевой готовности Вооруженных Сил. Психическое здоровье военнослужащих является отражением здоровья нации, социально-экономического и духовно-нравственного состояния общества. Среди населения страны продолжается неуклонный рост пограничной психической патологии (соматоформных и невротических расстройств), поведенческих нарушений, алкоголизма, наркоманий, нехимических видов зависимости. Аналогичные тенденции наблюдаются и в Вооруженных Силах, где сохраняются высокие показатели заболеваемости и увольняемости военнослужащих в связи с психическими расстройствами. Поэтому повышение качества комплектования войск, совершенствование системы психиатрической помощи и психопрофилактической работы относятся к числу важнейших общегосударственных задач, особенно с учетом перехода на новый облик Вооруженных Сил. Не менее важной проблемой является создание общегосударственной системы медико-психологической реабилитации участников локальных боевых действий и лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. Вышеперечисленные проблемы могут быть решены лишь при тесном взаимодействии различных министерств и ведомств, а также целого ряда научно-исследовательских учреждений. При этом, ведущее значение приобретают мероприятия профилактической направленности.

В целом, совершенствование системы психопрофилактической работы в Вооруженных Силах Российской Федерации проводится по следующим направлениям:

- совершенствования нормативно-правовой базы по вопросам оказания психиатрической помощи в Вооруженных Силах;
- профилактики психических расстройств у лиц призывного возраста и совершенствование системы отбора призывников и контрактников

(«барьерные функции» мероприятий по качественному комплектованию личным составом);

- оптимизации системы психопрофилактики в войсковом звене, (модернизация массовых психодиагностических обследований в ходе мониторинга психического здоровья военнослужащих);

- оптимизации организационно-штатной структуры психиатрических отделений центральных лечебных учреждений, окружных (флотских) госпиталей, поликлиник и совершенствования методов диагностики, лечения и реабилитации психических расстройств у военнослужащих;

- расширение перечня узкоспециализированных видов помощи (медико-психологической, психотерапевтической, наркологической, суицидологической) и внедрение стационарзамещающих технологий;

- совершенствования системы подготовки специалистов по вопросам охраны психического здоровья военнослужащих;

- научной разработки проблем психического здоровья.

Одной из наиболее актуальных задач психиатрической службы является модернизация технологий массовых психопрофилактических обследований и мониторинга психического здоровья военнослужащих. Из ряда разрабатываемых в Вооруженных Силах методов психопрофилактики, перспективным можно отнести систему многомерного скрининга психического здоровья с использованием телемедицинских и трансляционных технологий, а также осуществление индивидуальной дистанционной экспресс-оценки и коррекции психического состояния отдельных категорий военнослужащих.

Программно-аппаратный комплекс системы многомерного скрининга психического здоровья военнослужащих, основанный на принципе многоосевой оценки, в отличие от используемых в настоящее время психологических тестов, основанных преимущественно на субъективных ответах испытуемого, намного проще и надежнее за счет применения модуля объективной оценки особенностей адаптации военнослужащего к военной службе. При этом, телемедицинские технологии позволяют осуществлять мониторинг психического здоровья военнослужащих в удаленных гарнизонах. Специалисты кабинетов медико-психологической коррекции, дислоцирующиеся при окружных госпиталях, могут проводить централизованную оценку получаемых ими по телекоммуникационным каналам данных обследования и вырабатывать конкретные индивидуальные рекомендации для всех лиц «группы риска», включая дистанционное проведение психокоррекционных мероприятий.

Опыт ведения боевых действий, в т.ч. и армиями стран НАТО, показывает эффективность технологий индивидуальной дистанционной экспресс-оценки и коррекции психического состоя-

ния военнослужащих, в первую очередь в условиях боевого стресса (боевого перенапряжения). В упрощенном виде данная технология представляет собой программное приложение, устанавливаемое на мобильный телефон (либо иной другой прибор индивидуальной коммуникации), которое имеет связь с соответствующим «облачным сервисом». Это «облачное» приложение позволяет военнослужащему самостоятельно произвести оценку выраженности симптомов боевого стресса и получить индивидуальные рекомендации по коррекции своего состояния. Также, при наличии показаний такое мобильное приложение позволяет использовать модуль экспресс-коррекции на основе технологий обратной связи и методик синхронизации ритмов головного мозга с элементами гетеросуггестии.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВОЙСКАХ

Шамрей В.К., Синенченко А.Г.,
Пастушенков А.В.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова

Противодействие злоупотреблению наркотическими средствами и психотропными веществами (НПВ) и их незаконному обороту в Вооруженных силах РФ является одной из актуальных проблем в деле сохранения и укрепления здоровья военнослужащих, повышения боеспособности и боеготовности войск. Внедрение системы профилактики наркоманий в войсках позволило значительно изменить существующую наркологическую ситуацию в ВС РФ, однако полностью решить данную проблему в армейской среде не удалось. Комплексный ее характер требует неотложных мер на разных уровнях и в различных сферах с учетом реальных условий жизни и деятельности военнослужащих. Первостепенными задачами, при этом, являются: качественное комплектование воинских частей постоянной готовности и учреждений (подразделений) военного образования; создание условий для культивирования в воинских коллективах здорового образа жизни и принципа несовместимости употребления НПВ с ценностями военной службы; недопущение проникновения в военную среду НПВ; раннее выявление военнослужащих, склонных к употреблению НПВ.

Наиболее актуальными, при этом, для медицинской службы являются первая и четвертая задачи. Решение первой из них требует качественного обследования молодого пополнения с учетом анализа результатов ранее проведенного профессионального отбора (медицинского и психологического) для выделения группы динамического наблюдения («группы риска»). Решение последней основывается

на систематических плановых и внезапных обследованиях военнослужащих на предмет употребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ в течение всего периода прохождения ими военной службы. В этих целях необходимо проводить: скрининговое медико-психологическое обследование с помощью программно-аппаратных методов для выявления лиц, склонных к употреблению НПВ; определение НПВ в биологических средах (на основе использования тест-систем); верификацию факта употребления НПВ у лиц с положительными пробами (по результатам использования тест-систем) в лицензированных токсикологических лабораториях; осмотр психиатром-наркологом при верифицированном случае употребления НПВ с последующим военно-врачебным освидетельствованием для определения годности к военной службе. Наряду с этим, раннее выявление военнослужащих, употребляющих НПВ, достигается проведением полноценного медицинского контроля за состоянием здоровья военнослужащих, включающего медицинские осмотры в ходе: ежедневного медицинского наблюдения за личным составом подразделений во время боевой подготовки, несения службы в карауле, суточном наряде и в быту; углубленных медицинских обследований военнослужащих; внезапных (выборочных) контрольных обследований.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ РАБОТНИКОВ НЕФТЕХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Балашов П.П., Букацик Н.И.

Томск, СибГМУ

Несмотря на различные методические и организационные подходы, вопросы диагностики психических расстройств в условиях профилактических осмотров, недостаточно изучены. Актуальность настоящей работы заключается в разработке этапного скринингового обследования, включающего клиническое анкетирование работников по методике предварительной оценки состояния психического здоровья (ПОСПЗ, Балашов П.П. и соавт. 1993г.); результаты которого, позволят более объективно оценить психическое здоровье персонала комбината, с последующей оптимизацией процедуры периодического осмотра.

Цель исследования: посредством скрининга изучить и систематизировать данные о состоянии психического здоровья работников нефтехимического производства и на этой основе предложить систему поэтапной диагностики психических расстройств при проведении периодических осмотров.

Материалы и методы исследования: Клинико-психопатологический - включающий выявление симптомов, синдромов и состояний на момент периодического осмотра. Анкета содержит идентификационные данные, сведения о семейном положении, образовании, виде трудовой деятельности, а также 26 вопросов, касающихся оценки состояния психического здоровья. На каждое предлагаемое утверждение предлагается четыре варианта ответа: «да», «пожалуй, да», «скорее нет», «нет». В рамках данного метода, используя анкету предварительной оценки состояния психического здоровья (ПОСПЗ), обследованы работники нефтехимического производства, включая работающих на взрыво- и пожароопасных объектах. Обследуемые сотрудники нефтехимического производства ранее не состояли на психиатрическом «Д» учете. Проанализировано 100 анкет, при этом внимание обращалось на утвердительные ответы респондентов (ответы «да» и «пожалуй да»).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что наиболее часто встречались жалобы ипохондрического и вегетативного характера (90% и 35% обследуемых, соответственно). Следующими по частоте утвердительных ответов, следовали жалобы, касающиеся эмоциональной сферы: дисфория – 22% опрошенных, эмоциональная лабильность – 16%, апатия – 15%, аутизм – 15%, эмоциональная слабость – 15%, гипотимия – 5%, тревога – 3%, страх – 1% респондентов. Также, достаточно часто, встречаются жалобы, характерные для астенической симптоматики: цефалгия – 9%, гиперестезия – 7%, расстройства сна – 7%. Единичные жалобы, касающиеся нарушения сферы мышления, в виде сверхценных идей и навязчивых мыслей, встречаются в 9% и 8% случаев, соответственно. Практически не наблюдались ответы респондентов, входящие в структуру психоорганического синдрома (нарушения внимания – 1%, нарушения памяти – 7%). Единичными оказались жалобы на слуховые и зрительные обманы восприятия – 0% и 1%, соответственно, открытость мыслей – 2% и расстройства влечений - 0% утверждений «да» и «пожалуй да», пароксизмальные расстройства - 0%.

Клинический анализ, основанный на результатах скрининга и объективизации выявленных жалоб, показал, что, на первый план выходят жалобы астенического характера: цефалгия, расстройства сна, нарушения внимания; вегетативные расстройства. Слуховые и зрительные обманы восприятия, а также расстройства, касающиеся нарушения сферы мышления обнаружены не были вовсе.

Выводы. Таким образом, выявленные психопатологические симптомы у данной группы лиц являются основой для оптимизации и модернизации дальнейшей диагностики психических расстройств в системе ежегодных профилактических осмотров.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БРИГАД В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Гурьянова Т.В., Зиганшин Ф.Г.

Казань, ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева Минздрава Республики Татарстан»

В 2011 году в результате катастрофы речного теплохода «Булгария» силами и средствами Республики Татарстан организована медицинская помощь пострадавшим, в числе которой оказывалась психолого-психиатрическая помощь.

Тогда Минздравом РТ оперативно были привлечены бригады из специалистов РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева: медицинские психологи, врачи-психиатры и врачи-психотерапевты, усилена работа телефона Доверия.

Координацию психологической работы по сопровождению пострадавших и родственников погибших в первые дни осуществляли: и. о. руководителя ФГУ «ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России – профессор З.И. Кекелидзе и руководитель ГУ «Центр экстренной психологической помощи МЧС России» кандидат психологических работ Ю.С. Шойгу.

Для оказания экстренной психологической помощи были привлечены 84 специалиста различных ведомств.

Работа осуществлялась по нескольким направлениям.

Во-первых, сопровождение пострадавших в чрезвычайной ситуации (далее - ЧС) с целью психологической поддержки при наличии у них острой реакции на стресс, психологическое консультирование;

- сопровождение пострадавших и родственников погибших при участии в уголовно-процессуальных мероприятиях, а также опознании;

- сопровождение массовых мероприятий в целях снижения риска возникновения массовых негативных реакций;

- организация взаимодействия со службами, осуществляющими работу по ликвидации последствий ЧС и оказанию помощи пострадавшим.

Во-вторых, проведение судебно-психиатрической экспертизы врачами-судебно-психиатрическими экспертами для определения степени причиненного вреда здоровью для выплаты денежных компенсаций.

В-третьих, психологическое сопровождение специалистов различных ведомств (особенно спасателей), непосредственно принимающих участие в ликвидации ЧС.

Одновременно осуществлялось обучение методикам экстренной и пролонгированной психологической помощи людям, пострадавшим в ЧС, профессиональным «выгоранием», а также вопро-

сам организации психологической работы в условиях ЧС.

После окончания этапа экстренной психологической помощи продолжено обучение сотрудников больницы специалистами ФГУ «ГНЦ СиСП им.В.П.Сербского», департамента по ЧС Российского Красного Креста принципам оказания долгосрочной психосоциальной поддержки пострадавших для преодоления отдалённых последствий стресса.

Актуальными становились вопросы экспертизы психологических методов, применяемых специалистами различных ведомств, предлагающих помощь пострадавшим. А также профилактика вовлечения пострадавших в деструктивные секты, мошенничество в отношении полученных пострадавшими денежных компенсаций. Эта программа являлась долгосрочной (более года) после ликвидации последствий ЧС и ложилась на плечи психологов Министерства труда, занятости и социальной защиты и Министерства здравоохранения РТ.

Наряду с этим, психологическая работа в условиях пролонгированной ЧС (более 3-х недель) требовала большого психофизического напряжения от сотрудников. Росло напряжение, нарушалось эмоциональное равновесие, рассеивалось внимание, снижалась волевая готовность самих специалистов. Необходима была их дальнейшая психолого-соматическая реабилитация.

Одним из сложных вопросов оставался вопрос межведомственного взаимодействия. Каждое ведомство имело свои нормативные документы, положения о работе служб в ЧС.

Так, Минздрав России приказом от 24.10. 2002 г. №325 «О психологической и психиатрической помощи в ЧС» утвердил Положение об организации психологической и психиатрической помощи пострадавшим в ЧС, а также Программу одноимённого тематического усовершенствования и методические рекомендации.

Функции руководителя-координатора психологической и психиатрической помощи пострадавшим в период ЧС рекомендуется возлагать на врача-психиатра, а организацию помощи осуществлять с использованием действующих отделений «Телефон доверия», кабинетов социально-психологической помощи, отделений кризисных состояний (приказ МЗ РФ от 06.05.1998г. № 148), а также врачебных и фельдшерских бригад скорой психиатрической помощи. Минздравом РТ 01.03.2004г. издан одноименный приказ № 362.

Идёт время, в преддверии XXVII Всемирной летней Универсиады в г. Казани ведётся масштабная работа по подготовке медицинских и психологических служб РТ и их готовности для работы с большим количеством участников и гостей.

Всероссийский Центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России совместно с Министерством здравоохранения РТ, Министерством по

ГО и ЧС РТ и МВД РТ в течение 2012-2013гг. пять раз проводят учения со службами для отработки их межведомственного взаимодействия в условиях ЧС. Легендами учений были: взрыв в метро, обрушение кровли стадиона (дважды), распыление химических веществ и пожар в многопрофильном лечебном учреждении, особо опасная инфекция на борту международного лайнера.

Во всех учениях принимали участие психолого-психиатрические бригады РКПБ им. В.М.Бехтерева, подготовленные для работы в условиях ЧС. Наблюдателями приглашались сотрудники ГНЦСиСП им.В.П.Сербского МЗ РФ и ФМБА МЗ РФ, а также психологи МЧС РФ.

Наряду с этим, психолого-психиатрические бригады дважды в течение 2013г. участвовали в реальных событиях.

Таким образом, в РКПБ им. акад. В.М.Бехтерева МЗ РТ сформировано 6 психолого-психиатрических бригад. В каждой бригаде имеется: врач-психиатр, врач-психотерапевт и 2 медицинских психолога. Специалисты имеют спецодежду с опознавательными надписями «Медико-психологическая служба «Сердэш 129», бригады оснащены медицинскими укладками, имеют средствами индивидуальной защиты. Разработаны схемы оповещения.

Психологическая работа проводится вне очага, с гражданами, имеющими легкие поражения и родственниками пострадавших и погибших. Госпитализация в психиатрическое учреждение пострадавших с острой реакцией на стресс, требующей стационарного лечения, осуществляется психиатрическими бригадами Станции скорой медицинской помощи г.Казани.

Для потерпевших и их родственников подготовлены Памятки пострадавшему в ЧС, в которых указаны виды медико-психологической помощи (по телефону, ON-LINE на сайте «Сердэш 129», на дому, в амбулаторных условиях, в стационарных условиях) телефоны, адреса служб, оказывающих психологическую помощь.

Используются Памятки и рекомендации, подготовленные нашими специалистами и департаментом ЧС Российского Красного Креста: Переживая травму; Психологическая помощь детям, пережившим утрату; Руководство для взрослых как помочь ребёнку преодолеть горе и др.

Длительное время актуальным оставался вопрос: кто же является координатором психолого-психиатрической работы при ЧС?

19.12.2012 г. Правительственная комиссия по предупреждению и ликвидации ЧС и обеспечению пожарной безопасности Протоколом №9 утверждает Межведомственную инструкцию «О Порядке оказания экстренной психологической помощи пострадавшему населению в зонах ЧС и при пожарах».

Инструкция разработана с целью упорядочения системы взаимодействия федеральных органов

исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ и определяет его порядок.

Ответственность за организацию и проведение мероприятий по оказанию экстренной психологической помощи пострадавшему населению в ЧС возлагается на психологическую службу МЧС России и субъекта. В настоящее время сигнал о необходимости участия психолого-психиатрических бригад в ЧС поступает из психологической службы МЧС России по РТ с указанием места, времени прибытия, количества специалистов, их расстановки, задачах.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ОТБОР СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Мягких Н.И., Богдасаров Ю.В.

*Москва, ФКУЗ «Центральная медико-санитарная часть
МВД России»*

Профессиональный психологический отбор в системе МВД России представляет собой комплекс научно-методических, организационных и практических мероприятий, направленных на социально-психологическое и медико-психологическое изучение личности, активное выявление и оценку индивидуальных особенностей психического и физического развития. Его цель – обеспечение качественного комплектования органов внутренних дел, профилактика преждевременной утраты здоровья и отклоняющихся форм поведения у личного состава под влиянием различных факторов профессиональной вредности.

В этом году исполняется 40 лет с момента создания Центральной психонаркологической лаборатории МВД СССР. Впоследствии структура отбора стала многоуровневой и сейчас включает в себя центры психофизиологической диагностики медико-санитарных частей (ЦПД), подразделения психологического обеспечения учебно-воспитательного процесса образовательных учреждений и психологов подразделений органов внутренних дел.

В отечественной и мировой практике комплектования правоохранительных органов можно выделить 2 направления, как правило, представляющих последовательные ступени отбора:

1. Выявление и отсев кандидатов, имеющих неблагоприятные индивидуальные социально-психологические, медико-психологические, психофизиологические особенности («группа риска»).

2. Выявление и отбор на службу и учебу кандидатов, как можно более соответствующих модельным требованиям по профессионально важным качествам, а также их оптимальное распределение по

должностям и подразделениям в соответствии с индивидуальными личностными характеристиками.

Особенностями профессионального отбора в правоохранительные органы западных стран является высокий конкурс не только при приеме на службу, но и при дальнейшем обучении и продвижении по «карьерной лестнице». Это позволяет на каждом из этих этапов отбора реализовать оба вышеуказанных направления.

Современные неблагоприятные демографические тенденции, низкий уровень здоровья населения, снижение качества образования, рост различных форм асоциального поведения среди молодежи, длительная неадекватность условий службы и ее оплаты привели к дефициту качественного пополнения. Среди кандидатов на службу увеличилась доля плохо адаптированных к изменяющимся социально-экономическим условиям граждан, нередко имеющих неопределенную мотивацию, явный или скрытый корыстно-утилитарный интерес, связи с криминальной средой. Медицинское освидетельствование и социально-правовой отбор оказались не в состоянии предупредить эти негативные явления.

В этих условиях первоочередными стали задачи по выявлению и отсеvu «группы риска» - категории лиц, у которых наследственные факторы, условия развития и воспитания, личностные и функциональные особенности определяют повышенную вероятность возникновения психических и поведенческих расстройств (состояний дезадаптации, аддиктивного и делинквентного поведения, аутоагрессии, психосоматических заболеваний), приводящих к снижению эффективности и надежности служебной деятельности.

Концепция диагностики «группы риска» совершенствовалась на протяжении последних 15 лет. В настоящее время в ее основе лежит выявление и оценка степени выраженности маркеров – факторов и обстоятельств, влияющих на состояние здоровья и соответствующих некоторым рубрикам класса XXI Международной классификации болезней 10 пересмотра. Совокупность маркеров, характеризующих каждое конкретное «слабое звено» в биологических, психологических и социальных механизмах и ограничивающее адаптационные возможности обследуемого, составляет один из более 20 факторов «группы риска». Степень выраженности маркера оценивается от 1 до 3 баллов и устанавливается в ходе экспертной оценки получаемой информации.

Определение профессиональной пригодности предполагает исследование антропометрических, физических, физиологических, психофизиологических, психологических, социально-психологических, социальных и профессиональных качеств. ЦПД органов внутренних дел проводят 3 вида обследований: патопсихологическое, психофизиологическое и специальное психофизиологическое. Для изучения психологических качеств используются следующие

основные **Методы:** краткий ориентировочный тест, ММИЛ или СМИЛ, тест Люшера. Психофизиологическое обследование включает в себя изучение функционального состояния и профессионально важных психофизиологических качеств (физического развития, функционального состояния сердечно-сосудистой системы в покое и при физической нагрузке, функциональных резервов центральной нервной системы и уровня развития памяти и внимания). Специальное психофизиологическое обследование проводится по показаниям – при подозрении на аддиктивное поведение, асоциальные установки, и включает в себя исследование с применением биомедицинского прибора для непрерывной регистрации комплекса физиологических показателей функционирования организма (так называемого «полиграфного устройства» или «полиграфа») и электропунктурный вегетативный резонансный тест.

После обследований проводится беседа с медицинским психологом и, по показаниям, психиатрическое освидетельствование врачом-психиатром, которые проводят выявление маркеров «группы риска» и дают комплексную оценку проведенных исследований с вынесением заключения о степени профессиональной пригодности обследуемого.

Таким образом, объективные обстоятельства обусловили превалирование первого (медико-психологического) направления при отборе кандидатов на службу, которое частично комбинируется с элементами второго (профессионально-психологического) направления.

Такой акцент не бесспорен с позиции содержания понятия «профессиональный отбор». Действительно, классический отбор кандидатов, как можно более соответствующих профессионально важным качествам, заменен на отсев лиц с высокой вероятностью возникновения и развития негативных социальных, психологических, медицинских явлений.

Однако, он объективно обусловлен современными реальными условиями и тенденциями, а результативность действующей в МВД России модели профессионального отбора подтверждается многолетней динамикой ряда показателей.

Так, уровень суицидов в течении 15 лет постепенно снижался и сейчас стабильно удерживается на уровне в 2 раза меньшем, чем среди населения России. Увольняемость на 1-м году службы снизилась с 13-14 тыс. человек в год до 3-4 тысяч. Увольняемость по отрицательным мотивам снизилась в 4 раза. Количество заболевших психическими расстройствами в первые 3 года службы уменьшилось в 10 раз, а общая заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами снизилась с 18% до 12% в год.

Представленные данные показывают, что профессиональный отбор в системе МВД России

позволяет противостоять неблагоприятным социально-демографическим и социально-психологическим тенденциям в обществе и обеспечивает позитивную динамику медико-социальных характеристик личного состава. Профилактическая направленность этой деятельности, реализуемая в соответствии с приоритетами государственной политики в сфере охраны здоровья населения Российской Федерации, способствует решению задач по охране психического здоровья (первичной профилактики) и обеспечению профессионального долголетия личного состава органов внутренних дел.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Простяков А.И., Кузнецова-Морева Е.А.

*Новосибирск, Новосибирская областная психиатрическая
больница №6 спец. типа,
Москва, Московский научно-исследовательский
институт психиатрии*

Цель исследования. На основе литературных данных, материалов собственных изысканий сформулировать некоторые принципы и подходы в изучении синдрома выгорания у специалистов в области психического здоровья с целью проведения соответствующего исследования в рамках Совета молодых ученых РОП.

Материал и методы. Проведен анализ научно-практических публикаций по теме синдрома выгорания за последние 5 лет с использованием библиографического и аналитико-статистического методов.

Результаты и их обсуждение. В последнее время отмечается усиление публикационной активности по теме эмоционального выгорания как в общей среде специалистов, вовлеченных в заботу о людях, так и среди психиатров и психотерапевтов в частности. Данный интерес и направленность изысканий связан с целым рядом экономических, технологических и социо-культуральных преобразований, в том числе и в медицине, которые повлияли на условия труда и создали предпосылки к большей уязвимости к стрессу. Кроме того, общеизвестным фактом является то, что работа специалистов именно в области психического здоровья сопряжена с рядом особенностей и сложностей: частое и длительное соприкосновение с проблемами других людей, повышенная ответственность за принятие решений, которые могут отразиться на качестве жизни пациентов, длительное и устойчивое эмоциональное напряжение. В таком ракурсе оценка душевного состояния специалистов, задейс-

тованных в сфере психического здоровья, а также его сохранение может оказаться приоритетным направлением в работе тех же самых психотерапевтов, психологов и даже психиатров.

Однако, несмотря на проявляемый к тематике профессионального выгорания интерес, целый ряд вопросов этого направления остается нераскрытым. В первую очередь, это связано с опусканием некоторых параметров выгорания. Не секрет, что данное состояние не относится к группе нозологических единиц, в то же время данное положение дел является спорным. Некоторые проспективные исследования указывают на то, что проявления очерченного профессионального выгорания могут указывать на динамику вероятного невротического или иного пограничного расстройства или являться звеном этой поступательной цепочки психопатологических инициаций. С другой стороны, выгорание может изначально таковым не являться, а его критерии коллизийно не трактуются в рамках уже известной клинической патологии раздела F4 и F5 классификатора ICD-10. То, что синдром выгорания рассматривается многими авторами только в канве донозологического уровня, может восприниматься как нонсенс и демаркирование проблемы. Даже такие явные проявления душевной дестабилизации, как депрессия, аддиктивная реализация и явная или косвенная суицидальная направленность деятельности, могут упускаться вовсе или просто перечисляться через запятую при описании вероятного усугубления первичных проявлений профессионального выгорания. При этом хорошо известно, что склонность к суицидам у людей, занимающихся психопатологией, достаточно высока.

Помимо этого зачастую в проведенных исследованиях упускался тот факт, что по своей структуре, а иногда и развитию, синдром выгорания становится конгруэнтным расстройству адаптации, который возникает на фоне определенного психосоциального стресса, имеющего лонгитудинальную экспозицию. Здесь важно отметить парадоксальный момент – если расстройство адаптации имеет возможность длиться в своем клиническом репертуаре не более двух лет, то для состояния выгорания длинна протекания не задан вовсе. Такое восприятие проблемы позволяет сделать вывод, что выгорание – это растянутое во времени нарушение адаптации с вероятно неблагоприятной динамикой разрешения. Однако данный момент также находится за рамками научных изысканий.

Нам удалось отследить, что в настоящее время практически отсутствуют исследования, выполненные в ракурсе комплексного преморбидного, ситуационного, динамического и катамнестического анализа. Так же крайне мало работ, в которых бы состояние выгорания рассматривалось не только в исключительном ключе профессионального поля деятельности человека, но и в свете его общих адап-

тационных возможностей и способностей. Все это нуждается в восполнении в последующих предметных исследованиях.

Следующим этапом нашего исследования явилось изучение собственно дизайна уже проведенных изысканий с оценкой выбранного в них методологического инструментария. Многие из рассмотренных нами исследований объединял ряд схожих моментов. Чаще всего в фокусе внимания оказывались социально-демографические и профессиональные составляющие синдрома. Изучение психопатологических проявлений ограничивалось непосредственно оценкой симптомов выгорания (Бойко или MBI), депрессии, астении и устойчивости к стрессу. Такие параметры, как оценка суицидального риска, аддиктивного поведения, изучались намного реже, и зачастую воспринимались как переменные, не требующие дополнительного анализа и, соответственно, доказательства.

Как уже указывалось, целый ряд адаптационных характеристик исследуется достаточно косвенно, например, через оценку общего состояния здоровья (GHQ) и качества жизни (SF-36). Как правило, совсем не учитываются такие базовые характеристики личности, как верование, одиночество, социальная или личностная востребованность, которые играют неотъемлемую роль в механизме приспособления и преодоления дезадаптациогенеза. Игнорирование этих составляющих может повлечь смещение восприятия синдрома выгорания с холистического в сугубо конкретный, профессиональный, что не вполне соответствует этиопатогенетической и преморбидной действительности рассматриваемого явления.

В то же время именно последняя – преморбидная и личностная составляющая конструкта синдрома выгорания – и вовсе выходит за границы понимания его особенностей и предметного разбора. Немногие специалисты предлагали своим испытуемым личностно ориентированные инструменты. Безусловно, можно исходить из тех же позиций, что и некоторые зарубежные авторы, говоря о изначально «интактной личности» врача-психиатра или иного специалиста в области психического здоровья, но отечественные реалии этому утверждению не вполне соответствуют. Нам представляется невозможным подходить к изучению синдрома выгорания вне персонифицированного контекста. В связи с чем исследование индивидуальных особенностей, в том числе преморбидных, необходимо ввести в программу подобных изысканий.

Хотелось бы упомянуть и об одном из возможных наиболее вероятном препятствии, которое может возникнуть при проведении исследований такой направленности, о котором практически нигде не упоминается. Речь идет об осознанном или неосознанном сопротивлении при обследовании специалистов в области психического здоровья, что

может вызываться опасениями вероятной стигматизации, тем более при наличии клинически выраженных симптомов выгорания.

Необходимо также отметить, что большинство проведенных российских и зарубежных исследований являлись одномоментными, а не динамическими, что не позволяет составить полную картину о структуре, особенностях течения и вероятностных исходах состояния, что в свою очередь затрудняет разработку дифференцированных профилактических, терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Выводы. Разработка методологии исследования синдрома выгорания представляется сложным и многокомпонентным процессом, который должен охватывать целый ряд специфических моментов, необходимых для более полного понимания рассматриваемого явления. Упущение ряда конструктивных параметров синдрома и его предтеч может неприемлемо упростить картину синдрома или деформировать его понимание, а также усилить сопротивление специалистов процедуре предметного обследования.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ РАБОТАЮЩИХ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

Хритинин Д.Ф., Назаров А.А.

Москва, ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова

Цель. Выявить синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у группы врачей работающих с ВИЧ-инфицированными пациентами. Определить фазу СЭВ и ее выраженность.

Материалы и методы. Было обследовано 14 врачей инфекционного стационара из них 9 женщин (64,3%) и 5 мужчин (35,7%). Средний возраст 34+/- 2,9 года. Средний стаж работы составлял 10 +/- 1,2 года. Обследование проводилось при помощи «методики диагностики уровня эмоционального выгорания» (В.В.Бойко 1999 г.) с изменением авторской редакции (Ю.А.Россинский, Н.В.Асланбекова, Е.Б.Байкенов 2008 г.)

Результаты: При анализе проведенного анкетирования удалось отметить, что у 11 (8 (57,1%) женщин и 3 (21,4%) мужчины) врачей наблюдалась как минимум одна сформировавшаяся фаза СЭВ. 6 обследуемых (4(28,6%) женщины и 2(14,3%) мужчины) находились на стадии «напряжения», с преобладанием «тревоги и депрессии» и «неудовлетворенностью собой». У 3 (2(14,3%) женщины и 1(7,1%) мужчина) врачей наблюдалась сформированная стадия «резистентности» с преобладанием «неадекватного избирательного эмоционального

реагирования». Полностью сформированная стадия «истощения» наблюдалась лишь у 2(14,3%) женщин с преобладанием «эмоциональной отстраненности» и «психосоматических и психовегетативных нарушений». Лишь у 3(21,4%) врачей не удалось выявить ни одной из сформировавшихся фаз. Вывод: Данное исследование показало, что наличие СЭВ на разных стадиях его формирования в группе врачей работающих с ВИЧ-инфицированными больными достаточно велико – 78,6%. Проявления СЭВ у врачей работающих с данной категорией больных напрямую связано со снижением трудоспособности и влечет за собой социально-экономические потери. Таким образом, дальнейшее изучение особенностей возникновения СЭВ у врачей работающих с ВИЧ инфицированной категорией пациентов требует тщательного изучения, особенно на ранних этапах его формирования, с целью создания условий для профилактики осложненных форм СЭВ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ В АМБУЛАТОРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ ПРАКТИКЕ

Агибалова Т.В., Козин В.А.

Москва, ФГБУ Национальный научный
центр наркологии Минздрава России

Введение. Важной задачей является изучение особенностей профессиональной деятельности врачей наркологов, влияние личностных факторов способствующих и препятствующих возникновению и развитию синдрома «эмоционального выгорания», а также проведение успешной профилактики и коррекции для гармонизации личностной структуры врача и поддержание ее на достаточно высоком уровне, адекватном успешной профессиональной деятельности. Изучение синдрома «эмоционального выгорания» и его влияние на профессиональную деятельность врача психиатра-нарколога особенно актуально в период проведения реформ в системе здравоохранения, которые приводят к интенсификации работы врача.

Цель исследования: изучить синдром «эмоционального выгорания» у врачей психиатров-наркологов в амбулаторной практике, и выявить особенности его формирования и развития в сравнении с врачами психиатрами-наркологами, работающими в наркологических стационарах.

Материал исследования. Проведено тестирование 120 врачей психиатров-наркологов ФГБУ «ННЦ Наркологии» Минздрава России и ГКУЗ «МНПЦ Наркологии» ДЗ. г. Москвы.

Методы исследования: 1. Теоретические методы (анализ научной, философской, психоло-

го-педагогической литературы с целью обобщения отечественного и зарубежного опыта по исследованию синдрома «эмоционального выгорания»);

2. Метод наблюдения и беседы с коллективом;

3. Эмпирические методы (анкетирование, тестирование)

3.1. Тест «Эмоциональное выгорание» по Бойко В.В.

3.2. Тест «Профессиональное выгорание».

3.3. Тест «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП).

3.4. Тест «Стратегия преодоления» по шкале SACS Хобфолла.

4. Статистический метод обработки данных;

5. Методы знаково-символического представления результатов (графики, таблицы, диаграммы).

Результаты:

1. Определение СЭВ.

Синдром «эмоционального выгорания» (СЭВ) – это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, характеризующийся нарушением механизмов адаптации.

2. Фазы СЭВ у врачей психиатров-наркологов по Бойко В.В.

У врачей психиатров-наркологов амбулаторной практики фаза «НАПРЯЖЕНИЯ» сформирована у 11,1%, фаза «РЕЗИСТЕНЦИИ» у 50%, фаза «ИСТОЩЕНИЯ» у 27,8% респондентов. У врачей психиатров-наркологов, работающих в стационаре выраженность фаз 8,3%, 41,7% и 16,7% респондентов соответственно.

3. Симптомы СЭВ по тесту «Профессиональное выгорание».

У врачей психиатров-наркологов амбулаторной практики наблюдался высокий уровень показателей по следующим параметрам:

- «эмоциональное истощение» 44,4% респондентов;

- «деперсонализация» 44,4% респондентов;

- «редукция профессиональных достижений» 11,1% респондентов.

У врачей психиатров-наркологов, работающих в стационаре, отмечался высокий уровень показателей по следующим параметрам:

- «эмоциональное истощение» 8,3% респондентов;

- «деперсонализация» 66,7% респондентов;

- «редукция профессиональных достижений» 41,6% респондентов.

4. Уровень невротизации и психопатизации по шкале УНП.

У врачей психиатров-наркологов амбулаторной практики выявлен высокий уровень невротизации у 11,1% респондентов, высокий уровень психопатизации выявлен у 38,9% респондентов. У

врачей психиатров-наркологов, работающих в стационаре, респондентов с высоким уровнем невротизации нет, а высокий уровень психопатизации выявлен у 25% респондентов.

5. Стратегии преодоления по шкале SACS Хобфолла.

Врачи психиатры-наркологи, амбулаторной практики, мужчины, более чем в 75 % случаев используют пассивную стратегию (избегание) преодоления стрессовых ситуаций. Врачи психиатры-наркологи, амбулаторной практики, женщины, более чем в 60% используют просоциальную (поиск социальной поддержки) и асоциальную (агрессивные действия) стратегии преодоления стрессовых ситуаций.

Врачи психиатры-наркологи, работающие в стационаре, мужчины, более чем в 50% случаев используют просоциальную стратегию (вступление в социальный контакт) преодоления стрессовых ситуаций. Врачи психиатры-наркологи, работающие в стационаре, женщины, более чем в 50% используют активную стратегию (ассертивные действия) преодоления стрессовых ситуаций.

Выводы. В целом более благоприятная ситуация в связи с синдромом «эмоционального выгорания» у врачей стационарной практики. У врачей психиатров-наркологов амбулаторной практики достоверно чаще встречается фаза «истощения», «эмоционального истощения» синдрома «эмоционального выгорания», гораздо выше уровень невротизации и психопатизации.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СОТРУДНИКОВ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Кишка Т.Н.

Санкт-Петербург, Санкт-Петербургское ГБУЗ
«Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко»

Целью исследования было изучение уровня выраженности синдрома профессионального выгорания у медицинских сотрудников первичной медицинской сети, а также влияние процессуальной мотивации на степень выраженности данного синдрома.

Группа исследования включала 45 медицинских работников городских поликлиник Санкт-Петербурга. Все респонденты женщины; средний возраст 36 лет (от 22 до 56 лет); средний стаж профессиональной деятельности составил 14,3 года. Выборка была разделена на две примерно равные группы: в первую вошли врачи – 21 чел. (46,6%); вторую группу составили представители среднего медицинского персонала (медицинские сестры) – 24 чел. (53,4%).

В исследовании использовались следующие психодиагностические методики: опросник В. А. Винокура «Отношение к работе и профессиональное выгорание» (ОРПВ), опросник Р. Хакмана и Г. Олдхема, адаптированный И. Н. Бондаренко «Диагностика процессуальной мотивации трудовой деятельности».

Результаты исследования показали, что уровень выраженности синдрома профессионального выгорания у медицинских работников, в целом, можно оценить как средний. Отдельные шкалы опросника ОРПВ также имеют средние значения, однако интерпретация шкал с максимальными средними значениями оказалась более информативной.

Максимально высокий показатель по шкале «здоровье и общая адаптация» свидетельствует о том, что врачи и средний медицинский персонал не только обеспокоены своим состоянием здоровья, но и тем, что им не всегда удается приложить необходимые усилия для поддержания его на желаемом уровне. Одной из причин этого, по мнению респондентов, является специфика их профессиональной деятельности.

«Напряженность и эмоциональное истощение», по данным нашего исследования, связаны с большими эмоциональными нагрузками, которые испытывают врачи и медицинские сестры, а также с продлением рабочего дня при работе по совместительству. Высокий показатель по шкале «профессиональный перфекционизм», связанный с фиксацией медицинских сотрудников на неудачах и ошибках, подразумевает и наличие иррациональных установок.

При исследовании влияния процессуальной мотивации на степень выраженности профессионального выгорания, была установлена обратная корреляция показателя выраженности синдрома профессионального выгорания и показателя процессуальной мотивации: изменчивость общего уровня выгорания на 57% была обусловлена такими предикторами, как удовлетворенность защищенностью от потери работы, обратная связь от других, осознаваемый смысл работы, социальная удовлетворенность, обратная связь от работы. Ведущим фактором, предупреждающим развитие синдрома профессионального выгорания, оказался фактор удовлетворенности защищенностью от потери работы

Результаты нашего исследования подтверждают актуальность проблемы профессионального выгорания среди работников первичной медицинской сети. Следует однако, заметить, что до настоящего времени не уделяется достаточного внимания мероприятиям, направленным на профилактику этого явления (Балинтовские группы, супервизии, индивидуальное консультирование), в первую очередь, по причине недостаточного запроса со стороны учреждений.

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Башмакова О.В., Семенihin Д.Г.

Казань, ГБОУ ДПО Казанская государственная
медицинская академия Минздрава России

Информация об условиях возникновения реакции на психическую травму, симптомах реактивного/невротического расстройства являются условием выработки адаптивного поведения и мощным саногенным фактором. Врачи-психиатры обладают знаниями в данной области, а также высоко развитыми навыками самоконтроля и индивидуального интерпсихического анализа, развивающегося в рамках профессиональной деятельности.

Цель исследования – проследить саногенный потенциал профессиональных знаний в области психиатрии в отношении невротогенеза.

Материал и методы. Проведено клинко-социо-психопатологическое исследование 240 врачей, разделенных на две группы в соответствии с профессиональной принадлежностью: 120 врачей-психиатров и 120 врачей общей медицинской сети. Средний возраст респондентов – $38,83 \pm 10,8$ лет, средний стаж работы – $17,27 \pm 5,31$ лет, мужчин – 25,42%, женщин – 74,58%.

Результаты. Синдромально очерченные невротические расстройства выявлены у 45% врачей общей медицинской сети и 8% психиатров. В их структуре у психиатров доминировали астенические нарушения, у врачей общей медицинской сети – в $86 \pm 4,7\%$ случаев вегетативные нарушения, в $72 \pm 6,1\%$ – невротическая депрессия, в $60 \pm 6,6\%$ – истерические и астенические нарушения, в $51,6 \pm 6,8\%$ – тревожные расстройства, в $38 \pm 6,6\%$ – обсессивно-фобические нарушения.

Проанализированы методы снятия психоэмоционального напряжения и его отдельных проявлений. В группе психиатров 67,5% респондентов придерживалось позиции о девальвации психотравмы, 45% – о когнитивной переработке и снижении активности психотравмы (и выходе из условия ее формирования), 32,5% отмечало сравнение проявлений, возникающих аббераций межличностного общения с клиническими проявлениями психической патологии и выработку форм совладающего поведения (в том числе, употребления антидепрессантов).

В группе врачей общей медицинской сети 43,3% респондентов поддерживало мнение о волевом контроле психоэмоционального напряжения, 35,83% – об эффективности транквилизаторов и алкоголя для снятия проявлений стресса, 22,5% – о переключении внимания на сферы жизни, не связанные с профессией.

Выводы. 1. В группе психиатров диагностирована достоверно более низкая частота синдромально очерченных невротических расстройств по сравнению с врачами общей медицинской сети.

2. В группе врачей общемедицинской сети прослеживалась реализация менее эффективных паттернов инактивации стрессовых воздействий.

3. Информационная составляющая профессиональной деятельности психиатров формирует адаптивные формы поведения в условиях нарастающего действия психотравмирующих ситуаций разного рода.

ДИСТАНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СО СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бедина И.А., Баева А.С.

Москва, ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского»

В течение последних десятилетий отмечается неуклонное возрастание числа различных чрезвычайных ситуаций. Являясь мощным стрессогенным фактором, они приводят к резкому росту количества обращений лиц в состоянии субъективного дистресса и эмоционального расстройства за экстренной медико-психологической помощью. Это, в свою очередь, диктует необходимость внедрения новых форм и методов работы служб, оказывающих такую помощь.

Цель исследования. Сравнительный анализ распространенности на территории Российской Федерации (РФ) дистанционных методов медико-психологического консультирования (интернет-консультирование и телефонное консультирование) лиц со стрессовыми расстройствами.

Материалы исследования. Были получены и обработаны данные о численности служб на территории РФ, оказывающих дистанционную специализированную помощь лицам со стрессовыми расстройствами. Изучены их структурная принадлежность и кадровый состав.

Информация поступила из 82 субъектов РФ (исключение составил Приморский край).

Результаты исследования. Анализ представленных материалов показал, что на территории РФ существуют две основные модели дистанционных служб оказания экстренной медико-психологической помощи:

- а) телефонное консультирование (так называемые «горячие линии» или «телефон доверия»);
- б) интернет-консультирование.

Телефонное консультирование лиц со стрессовыми расстройствами осуществляется в 60-ти субъектах РФ (75%). На территории данных регионов функционируют 118 указанных служб; из них максимальное количество представлено в Республики Башкортостан - 13 (11%). В то же время интернет-консультирование лиц со стрессовыми

расстройствами проводится учреждениями здравоохранения лишь в 4 субъектах РФ (5%). Всего на территории данных регионов действует 5 интернет-служб.

Службы телефонного консультирования функционируют на базе:

- государственных специализированных медицинских учреждений – 107 служб (90,7%);
- учреждений социального обслуживания населения – 11 служб (9,3%).

Служба интернет-консультирования лиц со стрессовыми расстройствами в 4 случаях является структурным подразделением службы «Телефон доверия» и функционирует в психиатрических стационарах; в 1 случае данный вид помощи реализуется в «Круглосуточной медицинской службе», входящей в структуру психиатрической больницы.

Кадровый состав служб телефонного и интернет-консультирования представлен психологами (310 шт.ед. - 58,8%; 32,25 шт.ед. - 78,6% соответственно), врачами-психиатрами (179 шт.ед. - 33,9%; 8 шт.ед. - 19,5% соответственно), социальными работниками (38 шт.ед. - 7,21%; 1 шт.ед. - 2,3% соответственно). Сотрудники указанных служб оказывают преимущественно медико-психологическую и консультативную помощь. В большинстве случаев консультирование осуществляется в круглосуточном режиме. Интернет-консультирование лицам со стрессовыми расстройствами проводится по системе «Интернет» через сайт посредством «чат-общения».

Заключение. Проведенный сравнительный анализ показал, что в настоящее время инновационные технологии оказания медико-психологической помощи лицам со стрессовыми расстройствами не используются учреждениями здравоохранения в достаточном объеме. Количество служб телефонного консультирования более чем в 20 раз превышает количество служб интернет-консультирования. Таким образом, на территории РФ основным дистанционным методом медико-психологической помощи остается телефонное консультирование, которое, вероятно, является для населения доступным и более привычным.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ «ОРГАНИЧЕСКОЙ КОМБАТАНТНОЙ ЛИЧНОСТИ»

Шадрина И.В., Бенько Л.А., Пирогова М.Ю.

Челябинск, ГБУЗ ВПО Южно-Уральский государственный
медицинский университет

Доказано, что при формировании психических расстройств у комбатантов необходимо учитывать «причинность» и «предрасположенность» (Литвинцев С.В., 1994; Котов С.А., 2010). Наши ис-

следования показали, что боевая психическая травма способствует «разрыхлению» компенсированной резидуально-органической «почвы», обуславливая развитие острого ПТСР. При условии воздействия дополнительных неблагоприятных факторов боевой обстановки, особенно ЧМТ и контузий (нелеченных или недостаточно пролеченных), начинает формироваться органическое расстройство, симптоматика которого до определенного времени латентна. Формирующееся органическое расстройство закрепляет симптоматику ПТСР, обуславливая переход его в хроническое течение и обуславливая социальную дезадаптацию комбатантов. На фоне новых неблагоприятных факторов воздействия на ЦНС (злоупотребление ПАВ, ЧМТ) формируются разнообразные органические расстройства периода отдаленных последствий боевой психической травмы (органические – тревожные, астенические, аффективные, чаще депрессивные, диссоциальные; органический психосиндром). Таким образом, «комбатантная личность» трансформируется в «органическую комбатантную личность» с широким диапазоном эмоционально-личностных проблем, обуславливающих ее социально-психологическую дезадаптацию в мирное время. При этом дезинтегративному действию смешанной органической церебральной и функциональной патологии противостоит биопсихосоциальный подход в виде комплекса мер, обеспечивающих 1. психотерапевтическое воздействие, направленное на восстановление функциональной активности и компенсаторных возможностей головного мозга: ноотропы (кортексин, церебрамин); нормотимики; средства, улучшающие мозговое кровообращение; антидепрессанты; анксиолитики; биостимулирующие средства; 2. психотерапевтическое, психокоррекционное воздействие, направленное на адаптацию личности в мирных условиях; 3. физиотерапевтическое воздействие, имеющее иммуномодулирующее воздействие; 4. социальное сопровождение, направленное на улучшение качества жизни комбатантов. Комбинация указанных мероприятий зависит от ведущего клинического синдрома и периода боевой психической травмы пациента.

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Синенченко А.Г., Краснов А.А.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова

Актуальность изучения психических расстройств у военнослужащих, участвовавших в боевых действиях в настоящее время не вызывает сомнения.

Цель настоящей работы состояла в оценке структуры психических расстройств у военнослужащих по контракту, принимавших участие в боевых действиях на территории СКВО. Основным методом изучения психического здоровья военнослужащих был историко-архивный метод, наряду с которым также использовался статистический метод обработки информации. Нами было проведено изучение 110 историй болезни военнослужащих по контракту, принимавших участие в боевых действиях на Северном Кавказе и поступивших на лечение в военные госпитали за период с 2001 по 2003 гг. Средний возраст военнослужащих по контракту на момент обследования составил 24.7 ± 3.5 лет. Средний срок службы в ВС РФ составил – 5.9 ± 3.2 лет. В структуре психических расстройств у военнослужащих, поступивших на этап эвакуации, в большинстве случаев наблюдались невротические реакции, причем у офицеров и прапорщиков данные психические расстройства встречались чаще (63.64%), чем у рядовых и сержантов контрактной службы (50.00%). Невротические реакции характеризовались острым (ситуационно-обусловленным) развитием, кратковременностью и парциальностью болезненных проявлений. При этом проявлялись, как правило, аффектом страха, либо тревожно-депрессивным (тревожно-тоскливым) аффектом, развивающимся на фоне выраженной астении (с вялостью, угнетенностью, пассивностью, ограничением круга представлений, снижением продуктивности, гипомимией, адинамией, апрозексией и гиперестезией). Типичным являлись упорная бессонница, навязчивые кошмарные сновидения, содержащие образы боевой обстановки, многочисленные психовегетативные дисфункции (с приступами «озноба», «удушья»), специфического «жжения» и болей).

В структуре расстройств психотического уровня, наблюдались острые и транзиторные психотические расстройства, чаще у рядовых и сержантов контрактной службы (20.45%). Клиническая картина, как правило, была представлена немотивированной тревогой, беспокойством, острым (фрагментарным) чувственным бредом, развивающимся на фоне спутанного сознания и аллопсихической дезориентировки, в сочетании с иллюзорно-галлюцинаторными расстройствами и психомоторным возбуждением.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя у обеих категорий военнослужащих встречались практически в равных соотношениях (31.82% и 29.55%). Необходимо подчеркнуть, что наряду с аддиктивными расстройствами в клинической картине таких больных наблюдались сопутствующие невротические и тревожно-депрессивные расстройства с фиксацией на психотравмирующих событиях боевой обстановки.

Таким образом, в структуре заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих

по контракту, принимавших участие в боевых действиях на территории СКВО преобладали невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства. На втором месте по частоте встречаемости у военнослужащих контрактной службы наблюдались психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. При этом у военнослужащих злоупотребление алкоголем возникало, в большинстве случаев, как вторичный синдром по отношению к невротическим и аффективным (тревожно-депрессивным) расстройствам.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ МВД РФ – ОСНОВА СОХРАНЕНИЯ ИХ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ

Соколов Е.Ю.

Москва, ФГБУ «МНИИП» Минздрава России

Актуальность. Особенности службы сотрудников спецподразделений МВД – повышенные эмоциональные, интеллектуальные, физические нагрузки, требующие активизации жизненных ресурсов в чрезвычайных, экстремальных условиях, связанных с риском для жизни. Сохранение психического равновесия как важнейшее условие сохранения боевой готовности и диктует необходимость психотерапевтической профилактики постстрессовых психических расстройств военнослужащих, различных по глубине, содержанию, структуре.

Цель работы. Изучить позитивное влияние психотерапевтических методов на реактивность военнослужащих в постстрессовом периоде при активном использовании ими в боевых условиях и в мирное время профилактических психотерапевтических и релаксационных мероприятий для предотвращения развития посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР).

Материалы и методы. Обследованы 53 сотрудника МВД с нарушениями в аффективной, идеаторной, моторной сферах и негативной реакцией на обучение методам саморегуляции, жизнестойкости. Основные методы исследования: анамнестический, клинико-психопатологический, структурированный опрос. Использованы методы тестирования на выявление синдрома эмоционального выгорания, миссисипская шкала – военный вариант Н.В. Тарабриной [1]. Для предотвращения или уменьшения выраженности ПТСР использованы психотерапевтические **Методы:** прогрессирующая релаксация, «релаксационный водопад», дыхательные упражнения с релаксационным или активирующим эффектом, использование самоприказов, упражнение «я-камень», самогипноз, варианты аутогенной тренировки, индивидуальные и групповые психотренинги. Большое значение имеет сочетанное

использование вышеуказанных и других психотерапевтических методик.

Результаты и их обсуждение. Релаксационный эффект отмечен у всех 53 исследованных в виде телесных и душевных ощущений комфорта. Улучшение состояния во время психотерапевтических сеансов характеризуется, со слов обследуемых, ощущениями спокойствия, мышечной расслабленности, чувством легкости, тепла. Обследуемые (19 человек) сообщили, что в их характере появились положительные черты (способность уходить от конфликтов, толерантность, оправданный оптимизм). Отмечена большая мотивация освоения методов саморегуляции, признанных сотрудниками МВД действенными.

Заключение. Сочетанное использование методик релаксационно-суггестивного характера (выполнение их с участием психотерапевта и самостоятельно) помогает за счет снижения мышечного тонуса добиться снятия эмоционального напряжения и достижения лучшего результата при пребывании сотрудника МВД в стрессовом и постстрессовом периодах. Освоение методов саморегуляции и их практическое использование дадут возможность сотруднику увереннее и быстрее найти рациональный выход в сложной, чрезвычайной ситуации.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА АСПЕРГЕРА У ВЗРОСЛЫХ

Сомова В.М.

Москва, Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Ключевой симптоматикой для синдрома Аспергера (СА) является нарушение коммуникации, снижение эмпатии, специфические интенсивные интересы и стереотипии, а патогенез этого расстройства связан с дефицитарностью социальных когний и нарушениями интеграции восприятия в систему субъективных значений. Предполагается, что указанные нарушения могут сохраняться на протяжении всей жизни и создавать условия для возникновения вторичных психопатологических состояний.

Цель исследования: клиническая оценка психического состояния лиц в возрасте ранней взрослости, которые с детства страдали СА, а также изучение взаимосвязи с особенностями психопатологических проявлений синдрома в детском возрасте.

Материал и методы: В амбулаторных условиях обследовано 110 пациентов от 18 до 37 лет (91 мужчина, 19 женщин), с детства страдающих СА. Использовались анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический

методы исследования, а также опросники для диагностики синдрома Аспергера – ASDI и ASDASQ.

Результаты. В ходе статистической обработки материала было выделено 5 групп, отражающих варианты синдрома Аспергера.

I вариант СА: группа интегрированных, включала 18 пациентов (16 мужчин, 2 женщины), средний возраст на момент обследования - 22,6 лет. В детстве у многих из них отмечалась асинхрония формирования когнитивных функций. Это проявлялось в неравномерности и избирательности развития интеллектуальных способностей (15 пациентов - 83%), опережающем становлении фразовой речи (13 пациентов-72%), а также раннем появлении интенсивных интересов (9 пациентов – 50%). У восьми пациентов (44%) этой группы на протяжении изученного периода жизни возникло биполярное аффективное расстройство (БАР), у пяти (28%) обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), у четырех (22%) отмечались психотические эпизоды с преходящей аффективно-параноидной симптоматикой. 78% обследованных из данной группы на момент обследования находились в состоянии компенсации психических расстройств.

II вариант СА: группа тормозимых, куда вошло 26 пациентов (19 мужчин, 7 женщин), средний возраст - 21,4 лет. Особенности развития этих больных определялись торможением активности, что сопровождалось избеганием взаимодействия со сверстниками (24 пациента - 92%), высокой частотой стереотипий, навязчивостей и ритуалов (16 пациентов – 61%), а также нарушением произношения звуков (22 пациента – 85%).

У 18 (69%) больных данной группы в анамнезе отмечалась дистимия, у семи (27%) – выраженные депрессивные эпизоды. ОКР возникало у десяти (38%) пациентов, различные варианты тревожных расстройств - у 18 (69%). У троих больных (13%) в прошлом отмечались психотические симптомы бредоподобного характера. Только у троих (11%) пациентов данной группы на момент их включения в исследование практически отсутствовала психопатологическая симптоматика.

III вариант СА: группа эксцентричных, состояла из 21 пациента (20 мужчин, 1 женщина), средний возраст - 23,2 лет. Особенности психического развития у них определялись несогласованным становлением ряда психических сфер, среди которых выделялись нарушения интеграции сенсорной и интеллектуальной деятельности. Это проявлялось в повышенной или пониженной чувствительности к телесным прикосновениям (17 пациентов - 81%), а также непереносимостью изменений в окружающей обстановке (16 пациентов - 76%). 19 (90%) - имели специфические сверхценные интересы, причем у 9 (43%) из них отмечалось стереотипное стремление к играм с воспроизведением сцен насилия и/или разрушения.

У 11 (52%) пациентов в анамнезе отмечались симптомы дистимии, и у 11 (52%) же - тревожно-фобические расстройства. У восьми (40%) больных имели место конфликты с родственниками и возникали психопатоподобные реакции. Два (9%) пациента перенесли тяжёлые депрессивные состояния с психотическими симптомами. Психическое состояние девяти (43%) обследованных при последнем осмотре было компенсированным.

IV вариант СА: группа пограничных включала 27 пациентов (22 мужчины, 5 женщин), средний возраст 21,6 лет. Психическое развитие этих больных определялось повышенной эмоциональностью, недостаточностью самоконтроля и самоосознания. Это выражалось в появлении чрезмерно экспрессивной речи (речь «взахлеб») у 23 (85%) больных, навязчивой общительности – у 18 (67%) и чрезмерной агрессивности у 11 (41%). 19 (70%) пациентов обнаруживали тенденцию к компенсаторному копированию поведения сверстников и гротескно-ригидному воспроизведению «социальных ролей», отождествляемых с уверенностью, превосходством и пренебрежением.

Наиболее часто в данной группе возникало БАР (20 пациентов- 74%). У 15 пациентов (55%) обнаруживались суицидальные тенденции и склонность к самоповреждениям, у 11 (41%) - аддиктивное поведение (различные формы злоупотребления и поведенческие зависимости). У 14 пациентов (52%) в анамнезе отмечалось дереализационно-деперсонализационное расстройство, у 5 (18%) - психотические состояния с преобладанием шизоаффективных депрессивных фаз. Четверо (17%) оценивались как практически здоровые и в течение нескольких лет не нуждались в психиатрической помощи.

V вариант СА: группа гипернормативных, в которую вошло 18 пациентов (14 мужчин, 4 женщины), средний возраст 23,8 лет. Развитие этих больных определялось психомоторными нарушениями и ограниченным освоением форм социального поведения. Для 15 (83%) из них были характерны медлительность, неуклюжесть, замедленное обучение навыкам самообслуживания; у 13 (72%) отмечалась неровность поведения с чередованием периодов возбуждения и крайней пассивности. Жесткая приверженность ограниченному числу социальных ролей наблюдалась у 13 (72%).

К наиболее частым психопатологическим состояниям у этих больных относились соматоформные расстройства, которые встречались у 12 (67%) больных. 7 (39%) пациентов страдали навязчивостями. Тревожные расстройства дополняли клиническую картину в 11 (61%) случаях. В данной группе отмечалось наибольшее количество психотических эпизодов в анамнезе – у 7 (39%) пациентов. Психозы, как правило, характеризовались редуцированной депрессивно- бредовой симптоматикой и носили транзиторный характер. В клинической картине пре-

обладали элементы сенесто-ипохондрического бреда, бреда инсценировки. У девяти пациентов (50%) отмечалось состояние психической компенсации.

Обсуждение. Анамнестические и клинические данные указывают на определенные различия в динамике указанных вариантов СА, что связано с задержками и асинхрониями в становлении различных психофизиологических функций и систем.

Так, интегрированный вариант сопряжен с асинхронным и опережающим развитием когнитивной сферы и речевых способностей. Особенностью индивидуального развития пациентов с тормозимым вариантом СА являлась общая блокада дифференциации сферы витальных побуждений и эмоций. Искажения в психическом развитии больных из группы эксцентричных, как свидетельствуют данные анамнеза, очевидно, отражают недостаточную согласованность между развитием сенсорной и интеллектуальной сфер психики. Психическое развитие пациентов с пограничным вариантом СА определялось повышенной аффективностью, затрудняющей социальное научение, рефлексивность и способность к самоконтролю. При гипернормативном варианте СА ведущую роль играла недостаточная дифференциация психомоторных и психосоциальных аспектов поведения.

Выводы. Полученные в ходе настоящего исследования данные о зависимости между динамикой СА и его клиническими проявлениями у взрослых могут оказаться полезными для построения прогноза и терапевтических мероприятий у таких пациентов, особенно, в условиях амбулаторного звена психиатрической службы.

ДИАГНОСТИКА ГОТОВНОСТИ К РИСКУ РАБОТНИКОВ СМП

Ивашиненко Д.М., Бобкова Е.Н.

Тула, ФГБОУ «Тульский государственный университет»

Основными задачами службы скорой медицинской помощи на современном этапе являются: оказание больным и пострадавшим доврачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма; доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Ежегодно за скорой медицинской помощью обращается каждый третий житель страны.

Оказание неотложной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях в полном объеме и в кратчайшие сроки, является зачастую, решающим фактором для спасения жизни людей и обуславливает необходимость постоянной мобильной готовности всей службы. Необходимо подчеркнуть, что профессия медицинского работника

скорой помощи обладает огромной социальной направленностью, так как на него ложится большая ответственность за здоровье пациентов в самых критических ситуациях. В связи с этим все возрастающие требования выдвигаются со стороны общества не только к качеству оказываемой им медицинской помощи, но и к личности, здоровью медицинского работника скорой медицинской помощи.

Цель исследования - оценить составляющую медико-социальной характеристики здоровья работников скорой медицинской помощи.

Методика исследования. Временные рамки охватывают последний квартал 2012 года. Исследование проводилось на базе многопрофильного медицинского центра «Консультант», где проводился медицинский осмотр, в том числе и врачами-психиатрами. Объектом исследования стали работники скорой медицинской помощи города Тулы. Типичная выборка составила 291 человек.

Для оценки особенности поведенческих реакций человека в ситуациях, сопряженных с неопределенностью и опасностью для жизни, использовалась методика диагностики степени готовности к риску А.М. Шуберта. Результат анкетирования определялся согласно набранным баллам, на основании которых выносятся заключение о склонности человека к рискованному поведению. Так же был предложен опросник Хека – Хесса. Методика дает предварительный и обобщенную информацию о наличии у индивида предпосылок к неврозу. Возрастные и половые критерии совокупности были собраны из стандартных учетных карточек. Данные были сгруппированы и проанализированы с помощью статистической программы SPSS Statistics 17.0.

Разработка данных. Для наглядности (вычисления распределения переменной) применим описательные статистики для каждого критерия выборочной совокупности. Половой признак респондентов по частоте распределился на 187 женский и 104 мужской; по процентному соотношению – 64,3% и 35,7% соответственно. Среднее значение возраста исследуемых 40,53. Наиболее часто встречающийся возраст 28 лет. Самому молодому респонденту 22 года, самому пожилому 72. Для удобства обработки и наглядности, за основу были взяты три периода из возрастной периодика. Распределение данных: зрелый возраст (1 период), от 22 до 35 лет – 132 человека, зрелый возраст (2 период) от 36 до 60 лет – 138 и, преклонный возраст от 61 до 74 года – 21 респондент. По частоте показатель распределился на 45,4; 47,4 и 7,2 процента, соответственно. Меньшую часть выборки составили респонденты преклонного возраста, а другие периоды встречаются с одинаковой частотой.

Результат по сводной таблице пол/возрастная периодика: меньшую часть совокупности составляют работники преклонного возраста обоих полов, в равной степени.

Диагностики степени готовности к риску А.М. Шуберта. Методика позволяет оценить особенности поведенческих реакций человека в ситуациях, сопряжённых с неопределённостью для жизни, требующих нарушения установленных норм, правил. Рекомендуются при подборе лиц, пригодных для работы в условиях, связанных с риском. После ответа на вопросы, была подсчитана общая сумма баллов в соответствии с инструкцией. Меньше -30 баллов: слишком осторожны; от -10 до +10 баллов: средние значения; свыше +20 баллов: склонны к риску. Среднее значение показателя методики - 17,27. Наиболее часто встречающийся результат - 26. Самое меньшее значение - 50, самое высокое 22. Из всей выборочной совокупности (291 человек) – слишком осторожными оказались 210 человек, а склонны к риску всего 12. Риск понимается как действие наудачу в надежде на счастливый исход или как возможная опасность, как действие, совершаемое в условиях неопределённости. Высокая готовность к риску сопровождается низкой мотивацией к избеганию неудач (защитой). Среднее значение определено у 69 респондентов. Делаем вывод, что весомое большинство работников скорой помощи работает по «стандартам».

Опросник Хека-Хесса. Методика даёт лишь предварительную и обобщённую информацию. Окончательные выводы можно делать лишь после подробного изучения личности. В процессе обработки подсчитывались утвердительные ответы и делали вывод. Среднее значение показателя методики 6,54. Наиболее часто встречающийся результат 1. Самое меньшее значение 0, самое высокое 29. Из 291 респондентов с низкой невротизацией 290, и лишь у 1 испытуемого в итоге - высокая вероятность невроза. Работа с этой диагностикой не дала ожидаемых результатов.

Затем выявим зависимость между количественной переменной «диагностика по Шуберту» и номинальной переменной «пол». Результаты дисперсионного анализа. $\text{Sig}=0,0001$, следовательно наблюдается высокая статистическая значимость различий. Делаем вывод, что есть связь между полом респондента и результатом методики. У женщин готовность к риску реализуется при более определенных условиях, чем у мужчин. Далее вычислим, есть ли зависимость между исследуемыми статистическими критериями, с помощью корреляционного анализа (для количественных переменных). Коэффициент Пирсона составил 0,127 с p – уровнем менее 0,03, что означает, между переменными «возраст респондента» и «показатель TAS», имеется линейная положительная функциональная связь, выявлена статистическая достоверность корреляции. Делаем вывод, что при увеличении возраста респондентов, результат методики имеет тенденции к возрастанию.

Выводы. Весомое большинство работников скорой помощи работают по «стандартам», и не склонны к риску. Опросник Хека – Хесса не дал ожидаемых результатов. По диагностике степени готовности к риску А.М. Шуберта у женщин готовность к риску реализуется при более определенных условиях, чем у мужчин; при увеличении возраста респондентов, результат методики имеет тенденции к возрастанию.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Шпорт С.В., Бедина И.А.

Москва, ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Серёбского»

Опыт оказания медико-психологической помощи пострадавшим при различных чрезвычайных ситуациях (ЧС) показывает, что эффективность терапии психических расстройств в значительной степени зависит от соблюдения психиатрами и психологами следующих принципов:

1. Доступность:

- медико-психологическая помощь оказывается безвозмездно;
- на этапе острой реакции на стресс (ОРС) пункт оказания специализированной помощи находится в непосредственной близости от места пребывания основного количества пострадавших;
- на этапе формирования посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) – в медицинских учреждениях и инстанциях (поликлиника, центры социальной помощи, центры распределения денежных компенсаций);
- круглосуточный режим работы специалистов – в ночное время врачи-психиатры и психологи осуществляют амбулаторный прием, оказывают помощь по телефону «горячая линия», а в составе выездной бригады - специализированную помощь на дому.

2. Анонимность.

Как показывает практика, в регионах, где, в силу культуральных особенностей, обращение пострадавшего к психиатру может вызвать неодобрение со стороны социума («обращаться к психиатру стыдно»), некоторые пострадавшие в течение первой недели после разрешения ЧС предпочитают обращаться за психолого-психиатрической помощью ночью (стараясь остаться незамеченными). В дальнейшем, по мере того, как в положительную сторону меняется отношение общественности к психиатрам, пострадавшие начинают свободно посещают психиатра в дневное время.

3. Оптимальность:

а). Предоставляемая медико-психологическая помощь должна соответствовать этапам проявления клинических расстройств, обусловленных чрезвычайной ситуацией:

- на этапе клинических проявлений ОРС помощь пострадавшим оказывается в основном амбулаторно. Зачастую, лица, не имеющие тяжелых физических повреждений, отказываются от госпитализации; с одной стороны, недостаточно критично оценивая свое психическое состояние и отрицая наличие у них каких-либо психических нарушений, с другой, полагая, что домашняя обстановка позволит им чувствовать себя в безопасности;

- на этапе формирования и клинических проявлений ПТСР увеличивается вероятность появления у пострадавших психосоматических расстройств, в связи с чем, именно в этот период необходимо открывать психосоматическое отделение.

б). При выборе тактики ведения пациентов в первую очередь учитываются характер, степень выраженности имеющихся психопатологических расстройств и соматическое состояние пострадавшего, а также объем помощи, который был оказан ему ранее (в период фазы «изоляции» и фазы «спасения»).

4. Комплексность: лечение пострадавших основывается на взаимодействии фармакотерапии, психотерапии и общебиологических методов.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ РЕГИСТР – НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ

Зотов П.Б., Родяшин Е.В.

Тюмень, Тюменская областная клиническая
психиатрическая больница

Система учёта суицидов в России не позволяет адекватно оценить уровень суицидальной активности населения. Анализ обезличенных данных дает примерные представления о мерах профилактики. Уточненную информацию содержат показатели частоты суицидальных попыток и характеристики суицидентов.

Цель исследования: описание оригинального Суицидологического регистра в регионе.

Результаты и их обсуждение. В 2010-2012 гг. соавторами разработана и внедрена на базе Тюменской областной психиатрической больницы модель Центра суицидальной превенции, ведущим элементом которой является Суицидологический регистр (tokrb72.ru). Основной целью регистра является учет суицидальных действий в регионе. Функционирование системы основано на двухталонной системе. «Талон первичной регистрации суицидальной попытки» оформляется любым медицинским работником, впервые выявившим суицидальную попытку: бригадой ССП, врачом приемного отделения дежурной больницы. Первичный талон включает минимум необходимой информации: ФИО, адрес, телефон суицидента, время, место и способ суицида, наличие опьянения и ФИО заполнившего талон. После заполнения талона он высылается в Суицидологический регистр, где информация вносится в электронную базу данных. Специально разработанная программа автоматически переносит введенную информацию в «Талон уточненной регистрации (Часть 1)», который передается участковому психиатру. Получив талон, психиатр выявляет по базе данных больных психиатрического профиля, наблюдался ли данный человек ранее. В обязанности психиатра входят посещение суицидента, осмотр, консультация, предложения по оказанию помощи и рекомендации по направлению к психотерапевту. Затем данные вносятся психиатром в Часть 2 талона. После заполнения талон возвращается в Суицидологический регистр для дальнейшего анализа. Заполняемый психиатром «Талон уточненной регистрации» содержит более полную информацию о суициденте и суицидальной попытке. На этапе разработки модели талона мы старались, с одной стороны, выделить минимальный объем оцениваемых категорий с целью снижения нагрузки на психиатра, с другой, привлечь показатели, необходимые для оценки суицидального случая. Важными являлись элементы структурирования опроса и определения дальнейшей судьбы пациента, эффективности помощи.

Выводы. Внедрение данной системы учета в Тюмени и юге области в 2012 г. показало эффективность и позволило объективно оценить уровень суицидальной активности населения региона. Данные используются для оценки контингента и расчёта необходимой помощи.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В ТЮМЕНИ И ЮГЕ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012 Г.: ОПЫТ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО РЕГИСТРА

Зотов П.Б., Родяшин Е.В.

Тюмень, Тюменская областная клиническая
психиатрическая больница

Цель исследования: оценить частоту и характер суицидальных действий в Тюмени по сравнению с рядом районов области.

Материалы и методы. данные оригинального Суицидологического регистра.

Результаты и их обсуждение. За 10 первых месяцев работы (01.03 – 31.12. 2012 г.) в регистр поступила информация о 1145 суицидальных попытках. Из них в Тюмени – 777 (67,9%), в южных районах (далее Юг) Тюменской области (без Тюмени) при относительно равном населении – вдвое меньше – 368 (32,1%). Соотношение: Тюмень : Юг=2,1 : 1. Среди горожан женщины составили – 55,1%, (соотношение с мужчинами 1 : 0,82). По Югу: женщины – 53,8% (соотношение с мужчинами 1 : 0,86). Наибольшее число суицидентов пришлось на лиц 18-39 лет: Тюмень – 69,1%; Юг – 58,7%. В Тюмени и на Юге доминировали самоотравления (Тюмень – 59,2%; Юг – 54,9%). На втором месте – самопорезы. Большинство женщин предпочитали самоотравление (Тюмень – 75%; Юг – 70,7%). На втором месте самопорезы (Тюмень – 20,3%; Юг – 16,7%). На первом месте у мужчин-горожан самопорезы (47,3%), достоверно превышая таковые на Юге (25,3%), где большинство (36,5%) выбирали самоотравление и / или самоповешение (22,9%). Горожане совершали самоповешение в 4,5 раза реже (4,9%). Частота суицидальных попыток на 100 000 населения Тюмени составила 143,4, Юга – 67,0, в среднем – 104,9. Соотношение суицид : попытки суицида в Тюмени – 1 : 8,5. На Юге – 1 : 1,3, в среднем 1 : 3,1.

Выводы. Суицидологический регистр указывает объективные статистические данные о суицидальных действиях в Тюмени и юге Тюменской области, что свидетельствует об эффективности организационной модели, рекомендованной для распространения.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА НЕЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В ЧУВАШИИ

Макарова М.Н., Овечкина Л.А., Николаев Е.Л.

*Чебоксары, Чувашская Республика, Республиканская
психиатрическая больница*

Для профилактики суицидов населения Чувашской Республики (ЧР) с середины 2012 г. медицинскими организациями проводится мониторинг незавершенных суицидов.

Цель исследования: предварительный анализ социально-демографических данных суицидентов

Материалы и методы. Данные о 548 лицах с суицидальным поведением в поле зрения медицинских организаций за 11 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Большинство суицидентов – женщины (54,8%), чаще обращающиеся за медицинской помощью. 450 (82,2%) женщин совершили суицидальные попытки, 6% высказывали мысли о нежелании жить, 2,8% подготавливали самоубийство. Большинство (80,7%) лиц с суицидальным поведением трудоспособного возраста. Доля детей – 4,4%, подростков – 7,3%. Среди пенсионеров суициды чаще в 61-70 лет (3,8%). Доля холостых и незамужних составила 33,4%, разведенных и вдовых – 8,4% и 6,7% соответственно, состоящих в браке и не оформивших семейные отношения – 30,8% и 11,5%. Более половины (61,1%) лиц с суицидальными попытками имеют среднее и среднее специальное образование, с высшим и незаконченным высшим образованием (16,4%). Каждый четвертый с суицидальным поведением – безработный. По сфере профессиональной деятельности суициденты распределились следующим образом: работники торговли – 14,2%, промышленности – 8,8%, социально-образовательной сферы – 3,1%, сельского хозяйства – 3,1%, индивидуальные предприниматели – 1,6%, учащиеся – 12,4%, домохозяйки – 2,6%. Структура этнической принадлежности лиц с суицидальным поведением соответствует национальному составу ЧР: чуваша – 70,8%, русские – 23%, татары – 2,4%, мари – 0,4%, другие национальности – 3,5%. Поводами суицидального поведения в четверти случаев (24,2%) были внутрисемейные конфликты, конфликты с родителями – 10,9%, со сверстниками – 3,8%, шантаж – 3,8%. Психическое расстройство отмечено у 17,3%, злоупотребление алкоголем – 12%. В содержании суицидального поведения большая склонность к демонстративно-шантажным целям (39,2%), но потеря смысла жизни – у каждого четвертого (24,3%), призыв о помощи или протест – у 12,4% и 1,3% соответственно, самонаказание (4,9%). Каждый пятый (22,8%) в прошлом совершал суицидальную попытку, чаще самоотравления. Каждый второй (48%) в момент суицидальной попытки находился в алкогольном опьянении. Наблюдались у психиатра 24,3%, у психотерапев-

та – 1,6%, нарколога – 1,3%. После консультации специалистом у 52,2% суицидентов установлены следующие диагнозы: F43 (30,4%), F20 (21,3%), F23 (1,8%), F6 (14%), F70-73 (15,3%), F92 (4,5%). Большим оказана амбулаторная или стационарная помощь.

Выводы: предварительный анализ мониторинга незавершенных суицидов в ЧР показал, что при большем риске суицидального поведения трудоспособного населения, он высок среди детей и подростков. Этническая или гендерная специфичность суицидального поведения четко не определяется. К числу значимых факторов суицидального поведения относятся следующие: низкий образовательный уровень, безработица, употребление алкоголя, в анамнезе суицидальная попытка. Суицидальное поведение часто средство решения межличностных (внутрисемейных) проблем, связано с социально-психологической дезадаптацией на фоне психического или поведенческого расстройства.

ДИНАМИКА СУИЦИДОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 1992-2003 ГГ. С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА

Лазебник А.И.

*Ижевск, Удмуртская Республика,
Республиканская клиническая психиатрическая больница*

Удмуртская Республика (УР) – регион РФ с высоким уровнем суицидов населения.

Цель исследования: динамическое изучение частоты самоубийств мужчин и женщин УР в переходный период адаптации общества к рыночной экономике.

Материалы и методы. эпидемиологический анализ на основе официальной статистики суицидальной смертности мужчин и женщин УР за 12 лет (1992-2003 гг.). Период разделен на три различающихся в социально-экономическом плане этапа.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе – радикальных социально-экономических реформ (1992-1995 гг.) у мужчин и женщин отмечен резкий подъем частоты самоубийств. Прирост показателя за весь переходный период наиболее высок: среди мужчин (+ 21,5%) и женщин (+ 16,3%). Уровень частоты самоубийств мужчин в 5,2 раза выше, чем у женщин (соответственно 116,5 и 22,6 на 100 000; $p < 0,001$). На втором этапе – социально-экономической нестабильности (1996-1999 гг.) суицидальная ситуация в УР изменилась к лучшему. С 1996 г. показатель самоубийств лиц обоего пола постепенно снижается, к 1998 г. уменьшился у мужчин с 127,5 до 107,5 у женщин с 22,8 до 20,6. Тенденция к снижению частоты суицидов нестойкая, и в 1999 г. уровень суицидов вновь вырос. Особенностью второго этапа было то, что впервые за переходный период средние темпы прироста частоты суицидов мужчин

и женщин стали отрицательными (соответственно -2,5% и -0,7%). Уровень самоубийств сохранился на таковом предыдущего этапа. У мужчин он был в 5,1 раз выше (соответственно 118,9 и 23,2; $p < 0,001$). Однако наиболее существенные различия в динамике суицидов между лицами обоего пола обнаружены на третьем этапе – социально-экономической стабилизации (2000-2000 гг.). Так, если среди женщин сохранилась тенденция снижения частоты самоубийств, то среди мужчин показатель увеличился, достигнув в 2002 г. 131,8. За 2000-2003 гг. уровень самоубийств женщин составил 20,2. По сравнению с предыдущим этапом показатель снизился на 13,3%. У мужчин, наоборот, уровень самоубийств увеличился на 6,6%, составив 127,3, превысив аналогичный показатель женщин в 6,3 раза ($p < 0,001$). По сравнению с предыдущими этапами, еще более вырос разрыв показателей между мужчинами и женщинами. Ежегодные показатели частоты самоубийств женщин пошел на убыль (-24,4%), но у мужчин составили +2,7%, что объяснимо их большей уязвимостью к стрессам переходного периода.

Выводы: женщины более стрессоустойчивы в новых социально-экономических условиях. Скорее всего, предпосылками различий были поведенческие стереотипы мужчин и женщин. Гендерные различия в динамике частоты самоубийств отражают социально-экономические изменения и адаптивность к ним на разных этапах переходного периода в УР. Результаты могут служить основанием разработки дифференцированных мероприятий по превенции суицидов с учетом гендерного фактора.

ДИАЛЕКТИКА ПОИСКА ПРЕДИКТОРОВ САМОУБИЙСТВА

Букин С.И., Жукевич А.И.

Гродно, Республика Беларусь, Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Гродненский государственный университет им. Янки Купалы

В настоящее время отсутствует системный подход изучения причин самоубийства. Факторы риска суицида (ФРС) изучаются, но связь между ними и суицидом определяется, как опосредованная. Обусловленность самоубийства одним или несколькими ФРС указывает на выраженность последних в пресуицидальном периоде. Для решения вопроса о причинах суицида не существует единого алгоритма, который бы давал достоверный ответ после конечного числа шагов. Поиск формальных причин самоубийства опирается на ретроспективный анализ в связи с чем мероприятия по профилактике самоубийств, основанные на традиционных подходах к поиску ФРС, устранение которых снизит частоту самоубийств, в практическом отношении малоэффективны. Построение организационной модели профилактических мероприятий на основе логико-

методологических исследований экспертной системы позволят создать условия, при которых можно воздействовать на самоубийство как на социальное явление до определения его причин.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Николаев Е.Л.

*Чебоксары, Чувашская Республика,
Чувашский государственный университет*

Для организации эффективной системы профилактики суицидального поведения на государственном уровне суицид следует рассматривать как комплекс психологических, социальных, биологических, культурных и экономических факторов. При формировании целенаправленной политики предотвращения самоубийств часто приходится сталкиваться с некоторыми проблемами, имеющими глубокую социокультурную специфику. Первой является определенное табу на обсуждение темы суицида в обществе. Причем оно разделяется не столько общественным мнением, сколько органами власти. Истоки отношения могут восходить к временам, когда в России и в некоторых других странах самоубийц не хоронили на кладбище, так как они совершали по христианским понятиям «непростительный грех», суть которого состоит в подверженности отчаянию и отказу от веры в Бога и Божью благодать. Другой причиной табу на тему самоубийства является распространенное мнение о том, что его публичное обсуждение может вызвать появление новых самоубийств («эффект Вертера»). Отмечено увеличение числа суицидальных попыток после информации в СМИ о самоубийстве известных людей или детальное описание и обсуждение суицидальных фактов. Еще одной социокультурной особенностью отношения к суициду является уверенность в том, что суицид – медицинская проблема, и все совершающие самоубийства обязательно психически больны. Вот почему проблемы самоубийства, как правило, обсуждаются сугубо в медицинском сообществе, и его профилактика считается деятельностью здравоохранения. Проблема самоубийства может рассматриваться и с позиций двойных стандартов. Так, в разных культурах существуют особые ситуации, когда жертвовање человеком собственной жизнью социально санкционируется. Это может быть смерть в защиту религиозных взглядов или патриота – на поле боя. Не до конца изучен вклад этнического фактора в склонность к суицидальному поведению. Высокий уровень самоубийств северо-западной части Чувашии связывается исследователями с близостью населения к финно-угорским истокам, что может отражаться не только в генетической предрасполо-

женности к аффективным нарушениям, но и в межпоколенной трансляции дезадаптивных стратегий совладания со стрессовыми ситуациями, толерантностью к суицидальному поведению окружающих, восприятию самоубийства как особой социально одобряемой формы протеста в «безвыходной» ситуации. Другая социокультурная проблема связана с высоким риском самоубийств по причине злоупотребления алкоголем мужчинами и женщинами. Так, взаимосвязи между потреблением алкоголя и самоубийствами прослежены в Белоруссии, где риск самоубийств связан с острой алкогольной интоксикацией, а лица в опьянении чаще совершают попытки самоубийства с использованием более смертельных методов. По нашим ранним исследованиям, каждый третий зарегистрированный случай самоотравления предпринимается в алкогольном опьянении, 6% зависимы от алкоголя. Низкий социально-экономический статус – еще один фактор высокого риска самоубийств. Сельские жители республики, имеющие более низкие доходы и образование, совершают самоубийства чаще горожан.

Выводы. Вклад социокультурных факторов в суицидальное поведение неоднозначен, но существенен: может быть различен в различных регионах страны и группах населения. С течением времени одни факторы приходят на смену другим или остаются стабильными.

АНТИВИТАЛЬНЫЕ НАСТРОЕНИЯ КАК ПРЕДИСПОЗИЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Банников Г.С.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ

Цель исследования: изучение распространенности антивитальных переживаний подростков.

Материалы и методы. 500 подростков 12-18 лет (в среднем 15,1 лет) из различных регионов страны, отдыхающих в летних лагерях обследовано клинико-психопатологическим методом («шкала безнадежности» Бека, «опросник депрессии» М. Kovacs, опросник одиночества UCLA Д. Рассела, М. Фергюсона, опросники «способы преодоления негативных ситуаций», «суицидального риска» А.Г.Шмелева).

Результаты и их обсуждение. Средний показатель шкалы Бека 3,5 баллов (0- 20). Умеренная и высокая степень безнадежности выявлена у каждого пятого (21%) подростка. При обследовании 150 подростков Москвы средний показатель шкалы 4,7 балла. Средняя и высокая степень безнадежности выявлялась почти в трети (31%) наблюдений, по шкале одиночества в четверти (25%) случаев, а их сочетание у каждого десятого. Высокая степень безнадежности и одиночества коррелировала (р

<0,01) с пиками «социального пессимизма», «максимализма», «временной перспективы» (р <0,01), «несостоятельности» (р <0,05), «аффективности» (р <0,001) «Опросника суицидального риска», но при со специалистом только у 3% подростков выявлены актуальные суицидальные тенденции. Остальные респонденты демонстрировали устойчивые мировоззренческие характеристики негативного взгляда на мир и себя, не связанные с расстройствами депрессивного спектра. Копинг-стратегии «самообвинение» и «анализ проблемы» связаны с уровнем и наличием суицидальных мыслей (р <0,01). Стратегия «самообвинение» коррелирует с общим баллом социальной тревожности и шкалами социального дистресса и избегания. Стратегия «поиск виновных» коррелирует с общим показателем социальной тревожности (р <0,05) и шкалой социального дистресса (р <0,01).

Выводы: перспективным и необходимым условием создания программ диагностики и профилактики суицидов является консолидация усилий по теоретическому обоснованию развития суицидального поведения подростков и молодежи с учетом макросоциальных (идеология, экономика), микросоциальных (семья, школа, ближайшее окружение) и личностных факторов (навыки преодоления жизненных трудностей); подготовка концепции системы раннего выявления и профилактики суицидального поведения несовершеннолетних в образовательной среде; разработка программы единых скрининговых популяционных исследований в учреждениях образования для выявления групп риска.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ, ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА ЛИЧНОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ В НОРМЕ И ПОСЛЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ

Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н.

*Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ,
НЦПЗ РАМН.*

Цель исследования: изучить возможную связь конструкта жизнестойкости с переменными позитивной наполненности жизнью и со шкалами, содержащими негативный аффект, степенью суицидальной идеации и числом суицидальных попыток.

Материал и методы: контрольная группа включила 156 студентов, экспериментальная – 185 пациентов отделений острой токсикологии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, разделенная на три подвыборки: отрицание попытки («случайно», «по ошибке», «хотел/а поугасть», вне зависимости от тяжести последствий) – 43 человека, признание одной (актуальной) попытки – 105 человек, и несколько попыток – 37 человек. В батарею тестов вошлестест жизнестойкости С. Мадди (адаптация Д.А. Леон-

тьева, Е.И. Рассказовой), методика Ф. Зимбардо по временной перспективе личности (адаптация А. Сырцовой, О.В. Митиной), опросник депрессии А. Бека, адаптированные нами опросники «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» и оригинальная анкета «Опыт смерти».

Результаты и их обсуждение. Самые высокие показатели жизнестойкости в группе нормы, и они значимо отличны от экспериментальных выборок по всем шкалам (по непараметрическому критерию Манна-Уитни). Сравнительный анализ группы с отказом от попытки и группы с одной попыткой показал значимые различия по шкале «Контроль» и близкие к значимым – по сводной шкале «Жизнестойкости». Между группами с одной попыткой и несколькими попытками значимые различия обнаружены по шкалам «Принятие риска» и «Жизнестойкость». Группа с отказом от попытки значимо отличалась от группы с несколькими попытками по всем шкалам теста жизнестойкости. В норме и в остром постсуициде (во всех группах) жизнестойкость отрицательно связана с принятием смерти как бегства. В выборке нормы жизнестойкость отрицательно коррелировала с общим страхом смерти и страхом быть забытым после смерти. У пациентов с отрицанием попытки суицида жизнестойкость отрицательно коррелировала со страхом забвения и с нейтральным принятием смерти, то есть данная категория суицидентов оценивала смерть сугубо негативно и отторгала даже ее биологическую неизбежность. У пациентов с одной попыткой суицида жизнестойкость отрицательно связана со страхом забвения и депрессией, а шкала «принятие риска» – со страхом последствий смерти для тела. В первых двух экспериментальных группах жизнестойкость суицидентов ниже, чем в выборке нормы, так же как и принятие смерти как бегства, то есть пациенты со сниженной стрессоустойчивостью стремились отстраниться от выбора смерти. В подгруппе суицидентов с несколькими попытками самоубийства баллы инвертированы: при сохранившейся отрицательной корреляции жизнестойкости и принятия смерти как бегства жизнестойкость пациентов крайне низка, а принятие смерти – выше, чем в норме. С жизнестойкостью положительно связаны страх последствий смерти для личности, для тела и стремлений, и отрицательно – число суицидальных попыток (по данным анкеты «Опыт смерти»). Что касается временной перспективы личности, в норме все параметры жизнестойкости отрицательно связаны с негативной временной перспективой (негативное прошлое и фаталистическое настоящее) и положительно – с позитивной (ориентация на будущее, гедонистическое настоящее и позитивное прошлое). При отрицании попытки сохранялась лишь отрицательная корреляция с негативным прошлым и положительная – с будущим. Фаталистическое настоящее отрицательно коррелировало лишь со

шкалой «принятие риска». В подвыборке с одной попыткой самоубийства все показатели жизнестойкости вновь отрицательно коррелировали с негативным прошлым и фаталистическим настоящим и положительно – с будущим и позитивным прошлым (связей с гедонистическим настоящим выявлено не было). В группе с несколькими попытками суицида наиболее сильны корреляции между жизнестойкостью и ориентацией на будущее (положительные), отрицательна связь между принятием риска, негативным прошлым и фаталистическим настоящим, между вовлеченностью, контролем, жизнестойкостью, с одной стороны, и гедонистическим настоящим – с другой.

Выводы. Паттерн взаимодействий свидетельствует о том, что жизнестойкость является сильным антисуицидальным фактором, удерживающим людей от повторных суицидальных действий. Низкий показатель жизнестойкости – маркер психологического неблагополучия человека. В норме человеку чужды позитивное принятие смерти (избавление от страданий жизни) и страх перед смертью. В кризисных ситуациях страх последствий смерти играет роль защитного фактора и выступает «заодно» с жизнестойкостью. Размыкается отрицательная связь между негативной временной перспективой и жизнестойкостью, но усиливается положительная корреляция со шкалой будущего, возможно, вследствие того, что человек начинает жить фаталистическим настоящим и негативным прошлым, одновременно у него снижается планирование. Тот факт, что гедонистическое настоящее формирует отрицательную связь с наиболее конструктивными измерениями жизнестойкости, говорит о том, что данный конструкт превращается из наслаждения жизнью в относительно холостой поиск ощущений. Таким образом, жизнестойкость является информативным показателем суицидального риска и раскрывает особенности кризисного реагирования.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Самохин Д.В., Мажаева О.В., Назаров А.А.

Москва, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, клиника психиатрии им. С.С. Корсакова

Цель исследования: суицидальное поведение и его причины у студентов старших курсов медицинского ВУЗа.

Материал и методы: на добровольной основе опрошены 54 студентов 4-6 года обучения (соотношение женщин и мужчин 2:1) 22±3 лет. Применен клинично-anamnestический метод с использованием Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS).

Результаты и их обсуждение: суицидальные тенденции за период обучения возникали у 11,1 %, из них 16,6 % совершили суицидальные попытки, 33,3 % совершали самоповреждающие действия. У остальных 48,9 % – суицидальные мысли и размышления о способе самоубийства без разработки конкретного плана. Среди причин переживаний на первое место (57,4%) выходят неблагоприятная семейная обстановка, конфликты с родителями и сверстниками, второе место (24,1%) занимает «любовные конфликты», разрыв отношений, потеря партнера. На последнем месте (18,5%) текущая неуспеваемость, избыточная учебная нагрузка, страх не оправдать надежд родных, быть отчисленным, неясность перспектив.

Выводы: риск суицидальной активности зависит в большей мере от семейного и социального благополучия, самореализации и широты адаптивных способностей личности. Несмотря на начало обучения в ВУЗе и увеличении интеллектуальной и эмоциональной нагрузки, основная часть суицидальных тенденций обусловлена по большей части обстановкой в семье и ближайшим окружением, менее связана с процессом обучения. В ВУЗе своевременный скрининг учащихся позволит выявить риск суицидальных намерений и незамедлительно принять меры для предотвращения их реализации.

ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Панченко Е.А.

Москва, ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, НОКЦ Психическое здоровье

Цель исследования: изучение суицидального поведения студентов, подготовка и внедрение программы дифференцированной профилактики на основе определения факторов суицидального риска.

Материалы и методы. данные опроса 123 студентов пятого-шестого курсов Московского медицинского университета.

Результаты исследования и их обсуждение: выделены специфические для студенческой среды факторы суицидального риска. Опрошенные выделяли следующие факторы, влияющие на актуализацию форм суицидального поведения, в том числе суицидальных мыслей и замыслов. 1. Асоциальная или неполная родительская семья, патологическое воспитание в семье. Наибольшей суицидогенной опасностью обладают авторитарный, безнадзорный, «кумир семьи», перфекционистский типы патологического воспитания. Более 90% молодых людей с различными формами суицидального по-

ведения получали патологическое воспитание в родительских семьях. Учитывая вышесказанное, становится понятным, почему ведущей сферой суицидогенных конфликтов является семейная - 47% случаев. 2. Перенапряжение: напряженный темп жизни и учебы предъявляет повышенные требования к компенсаторным механизмам психики, срыв которых приводит к стрессу, психологическим и социальным конфликтам. Причинами неуспеваемости в учебной деятельности являются, во-первых, слабая учебная и познавательная мотивация. Она может быть следствием проблем в профессиональном самоопределении, влияния конкурирующей деятельности или конкретной ситуации, при которой проблемы в другой сфере выходят на первый план. Во-вторых, причинами неуспеваемости может быть слабая академическая подготовка, недостаточные способности. В-третьих, причиной может быть слабое здоровье (хронические заболевания, инвалидность). 3. Конфликты со сверстниками, включая любовные, составляют 27% суицидогенных конфликтов. 4. Влияние макросоциальных факторов. Значительное количество студентов высказывали опасения относительно будущего трудоустройства, престижа профессии в обществе, были озабочены будущим финансовым благосостоянием. 5. Индуцирование суицидального поведения. СМИ информируют о самоубийствах недопустимыми методами. Журналисты стремятся придать сенсационный характер, смаковать подробности ухода из жизни сверстников подростков или их кумиров, описывать методы самоубийств, самому факту суициду придается оттенок романтичности. Учитывая существующий в юношеском возрасте мощный эффект подражания, это может провоцировать суицидальное поведение и самоубийства, зачастую групповые. Подобное влияние на сознание оказывают «популярные» молодёжные субкультуры («эмо», «готы», и т.п.), идеализирующие суицидальное поведение. 6. Отсутствие отвечающей современным требованиям системы профилактики суицидального поведения студентов. Подавляющее большинство опрошенных заявляли, что не знают, какие структуры занимаются решением проблем суицида. Поэтому в случае суицидальных переживаний они предпочли бы обратиться к близким, друзьям или решать свои проблемы самостоятельно.

Выводы: необходима оптимизация мероприятий по профилактике суицидального поведения студентов, в том числе в рамках воспитательной работы.

САМОУБИЙСТВА ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ ПОСМЕРТНЫХ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ)

Ваулин С.В., Алексеева М.В.

Смоленск

Цель исследования: изучение социально-демографических характеристик и особенностей суицидогенеза подростков, жертв самоубийств.

Материалы и методы. по данным посмертных судебно-психиатрических экспертиз проведен анализ восьми самоубийств шести девочек и двух мальчиков 12-16 лет в 2011-2012 гг. в городах Смоленской области.

Результаты и их обсуждение. Все дети воспитаны в неполных семьях. Материальное положение семей было достаточным. Ранее суициденты за психиатрической помощью не обращались, большую часть досуга проводили на улице, на сайтах социальных сетей, пытались компенсировать недостаток общения с взрослыми. Семейные отношения носили формальный характер, родительское внимание в основном было обращено на поддержание внешнего благополучия: своевременное возвращение подростка домой, питание, материальный достаток. Доверительные, партнерские отношения подростков с взрослыми отсутствовали. Родители не контролировали употребление алкоголя детей и не замечали у них снижение настроения. Длительность суицидального конфликта подростков составляла до шести месяцев (лишь в одном случае - несколько часов), который, как правило, носил интерперсональный или смешанный характер. Мотивы самоубийств, как правило, носили сочетанный характер, что затрудняло диагностику выраженности суицидального риска. Типичными комбинациями мотивов являлись избегание-призыв и протест-призыв; нехарактерны мотивы отказа от жизни (присущи взрослым) и самонаказания. В пресуицидальном периоде отмечены вербальные и невербальные знаки нарастающих суицидальных намерений (дарение лично значимых вещей, прощальные записки, рисунки, сообщения в социальных сетях, «последние» звонки, поиск способа и места самоубийства). Погибшие девочки пытались вовлечь в суицидальный акт близких друзей, отказавшихся в последний момент. Способами суицида явились падение с высоты, повешение и отравление. Выбор способа суицида осуществлялся, как правило, с использованием информации Интернета. Треть (30%) суицидов совершено в алкогольном опьянении. Три подростка незадолго до суицида совершили намеренные самоповреждения, чему родители, учителя и школьные психологи не придали значения. Распространение информации о суициде подростка вызывало эффект «аутоагрессивной неконтролируемой цепной реакции». Так, после случаев падения с высоты девочек из одного города с интервалом в два месяца

дети стали выкладывать в социальной сети свои фотографии на крышах. Обычно подражавшие суицидентам подростки не были с ними знакомы, но знавший погибших подросток создал в сети группу «Печалька». Посещения группы с положительными отзывами о суициде были столь многочисленны, что модератор ликвидировал ее.

Выводы: школьные психологи не имеют достаточных знаний в суицидологии, не могут оценить риск суицида, не имеют навыков коррекции кризисных состояний. У всех подростков имелись аффективные расстройства легкой и умеренной степени выраженности, позволявшие до момента совершения суицида выполнять повседневные обязанности. Популярное у молодежи общение в социальных сетях, касаясь совершенных самоубийств, порождало феномены запечатления или «подражания», которые заключались в непрогнозируемом росте суицидальных актов и переживаний. Для разработки эффективной суицидологической помощи, дифференцированного подхода к профилактике и коррекции психических расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, необходим учет возрастных и гендерных особенностей суицидогенеза. Одним из важных профилактических направлений в детской и подростковой суицидологии видится предупреждение некорректного отражения темы самоубийств в СМИ, включая Интернет, повышение суицидологической грамотности населения и специалистов.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ПОСЛЕ САМООТРАВЛЕНИЯ

Прокопович Г.А., Пашковский В.Э.,
Софронов А.Г.

Санкт-Петербург, Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Цель исследования: выявить психосоциальные, психопатологические характеристики лиц, совершивших суицидальную попытку отравления и проходивших лечение в НИИ СП, для выбора оптимальных программ лечения.

Материалы и методы. ретроспективно изучены 970 историй болезней. Наиболее часты самоотравления лекарственными средствами (845 чел., или 87,1%). Сформирована фокус-группа с диагнозом «суицидальная попытка отравления (СПО)»: первая группа из 102 чел. Критериями включения в группу была верифицированная СПО в соответствии с определением ВОЗ, исключения: возраст < 18 лет, невозможность продуктивного контакта с пациентом. В контрольную (вторую) группу вошли 35 пациентов с

суицидальными попытками повреждением острыми предметами. Исследование осуществлялось клинико-психопатологическим, клинико-архивным методами с помощью формализованной карты пациента с суицидальным поведением из 268 пунктов, включающей психопатологический, клинико-динамический и социально-демографический модули. Диагностика согласно МКБ-10. Статистическая обработка проведена с помощью пакета STATISTICA6.

Результаты и обсуждение. Наибольшее количество суицидальных попыток совершали пациенты 18-27 лет. В первой группе преобладали женщины (71,6 против 28,4%), а во второй – мужчины (62 против 37,1%). Статистически значимы межгрупповые различия по семейному положению. Во второй группе более холостых и незамужних (57,1 против 33,3%, $p = 0,0132$). Количество потерявших супругов в первой группе 15 (14,7%). Во второй с данным показателем никого не было. Уровень образования в первой группе выше: высшее образование имели 25 (24,6%), во второй – со средним 16 (45,7%). Постоянную работу имели 32 (31,3%), жили случайным заработком – 22 (21,6%), иждивенцы 23 (22,6%). В группе 22 (21,6%) неработающих и 6 (5,9%) работающих пенсионеров. Наибольший удельный вес составили пограничные психические расстройства. В первой и во второй группах соответственно 50 и 42,8%, доля F20.0, F20.4, F21 - 4,9 и 5,7%; F32, F33 - 5,9% и 2,9%. Психические расстройства, связанные с употреблением ПАВ, значимы (62,9% против 37,2%, и 22,7% против 8,8%). Оценка пациентом суицидального действия как способа уйти из жизни выше в первой группе (41,2% против 20,0%). В первой группе демонстрация проявлялась приемом препаратов в неопасных дозах, во второй – нанесением неглубоких резаных ран. Частота суицидальных демонстраций была выше во второй группе (51,4% против 30,4%). Предпочтением демонстративного способа, возможно, объясняется увеличение доли повторных попыток пациентов второй группы. По результатам психиатрического лечения, включающего краткосрочную рациональную психотерапию, транквилизаторы и антидепрессанты по показаниям, 68 (66,7%) пациентов с СПО выписаны домой, 24 (23,6%) – под наблюдение психиатра по месту жительства, 10 (9,7%) переведены в психиатрический стационар.

Выводы: большинство суицидентов – трудоспособного возраста, не состоящие в браке, не работающие или имеющие случайный заработок. Основная нагрузка в многопрофильном стационаре ложится на токсикологическое отделение, так как высока доля самоотравлений, злоупотреблений ПАВ. Совершенствование суицидологической помощи в преимуществах работы скорой помощи, многопрофильного стационара, психиатрических, наркологических и психотерапевтических служб, их непосредственном взаимодействии и использовании инновационных технологий.

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ИРКУТСКА ПОСЛЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ

Ворсина О.П., Дианова С.В.

Иркутск, Областная клиническая психиатрическая больница №1, Медицинская академия последипломного образования

Цель исследования: социо-демографический и клинический анализ группы пациентов, госпитализированных в психиатрическую больницу №1 в 2010-2012гг. после суицидальной попытки.

Материал и методы. Выборка включила 303 пациента 11- 81 лет (мужчины 56,7%). Соотношение мужчины : женщины 1,3:1 отличается от такового среди парасуицидентов в общей популяции (1: 4-6).

Результаты и их обсуждение. Максимальное (81,5%) количество суицидальных попыток пришлось на трудоспособный возраст 20-59 лет, достигая « пика » у мужчин и женщин в 20-29 лет (34,8% и 29,7% соответственно). Однако 82,6% пациентов не работали (иждивенцы, безработные, инвалиды, пенсионеры). По уровню образования пациенты распределились следующим образом: 43,8% имели начальное, незаконченное или законченное среднее, 25,4% - среднее специальное, 19,8% - незаконченное или законченное высшее образование. Учащиеся школ составили 9,2%, причем количество суицидальных попыток девочек было втрое больше, чем у мальчиков (21 и 7 случаев соответственно). Большинство совершивших суицидальные попытки дезадаптированы в семейном плане: 27,7% состояли в браке, остальные разведены, овдовели или никогда не вступали в брак. Впервые пытались покончить с собой 50,8% пациентов, равное количество совершали это повторно или неоднократно. Наиболее часты расстройства личности (F60-69), органические психические расстройства (F00-F09), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29): 21,7%, 21,1% и 20,4% соответственно, расстройства настроения (F30-39): 14,1% и расстройства адаптации и острые реакции на стресс (12,8%). Далее следовали группы парасуицидентов с умственной отсталостью (F70-79) – 6,2% – и психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19) – 3,3%. Анализ способов суицидальной попытки выявил преобладание нанесения телесных повреждений в виде колото-резаных ран (шея, грудь, живот, конечности) – 35,6%, реже самоотравление – 29,0% и самоповешение – 14,1%. В единичных случаях (9%): падение под транспорт, с высоты, утопление. Комбинировали способы парасуицидов 12,2% пациентов, мужчины втрое чаще (9,2% против 2,9% соответственно). Чаще при суицидальных попытках женщин самоотравление лекарственными препаратами - 45,0%, у мужчин – нанесение колото-резаных ран (43%). Таким обра-

зом, мужчинами выбирались более травматические способы совершения суицидов, а большинство суицидальных попыток носило демонстративно-шантажный характер и не угрожало жизни пациентов.

Выводы. Результаты необходимо учитывать при формировании и проведении программ по превенции суицидального поведения населения.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Петрова Н.Н., Вишневская О.А.

Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить особенности суицидального поведения ремитированных больных шизофренией в зависимости от наличия депрессии.

Материалы и методы. Обследованы 75 амбулаторных больных на этапе ремиссии параноидной шизофрении.

Результаты и их обсуждение. Депрессия выявлена у 58,7% больных (44,23±1,75 года, давность заболевания 15,77±1,02 лет, выраженность депрессии - 10,48±0,43 балла шкалы Калгари) и в 25% случаев носила психогенный характер. Суицидальное поведение представлено антивитальными переживаниями (размышления об отсутствии ценности жизни: «жить не стоит», «не живёшь, а существуешь»), без чётких представлений о смерти; пассивными суицидальными мыслями («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»). Суицидальные мысли у 27,3% больных с депрессией. В зависимости от структуры депрессии выделены эндогенные типичные и атипичные варианты депрессии (соответственно 36,4% и 63,6%, $p=0,005$). В первой группе внутренние формы суицидального поведения наблюдались в 68,8% случаев. Пассивные суицидальные мысли у большинства пациентов с тревожной депрессией (58,3% больных с суицидальным поведением в первой группе), не превышающей лёгкой и средней степени выраженности, согласно МКБ-10 (11,67±0,93 балла по шкале Калгари). У пациентов первой группы с меланхолической депрессией средней степени (15,0±2,0 балла) пассивные суицидальные мысли в 25% случаев. У пациентов первой группы с апато-адинамической депрессией, не превышавшей лёгкой степени (11,33±2,33 балла), наблюдались антивитальные переживания (8,3%). У больных с атипичными вариантами депрессии пассивные суицидальные мысли выявлены в 3,6% случаев в рамках истеро-депрессивного синдрома (8,0±0,10 балла шкалы Калгари). В этих наблюдениях суицидальное поведение носило манипулятивный, демонстративный характер. Психотравмирующие факторы в развитии депрессии больных с суицидальным

поведением имели место в трети случаев. Преобладало сочетание конфликтов в различных сферах (неудачи в работе, сложности взаимоотношений в коллективе, материальное неблагополучие, семейные проблемы), реже изолированные конфликты в личностно-семейной сфере (соответственно 82% и 18%, $p=0,001$).

Выводы. В процессе психосоциальной реабилитации больных шизофренией необходимо акцентировать внимание на улучшении их социального функционирования и профилактике суицидального поведения.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Втюрина М.В., Касимова Л.Н., Святогор М.В.

Нижегород, ГМА Минздрава России

Цель исследования: изучение факторов суицидального риска у больных шизофренией.

Материалы и методы. Обследованы 181 пациентов (мужчин – 112, женщин – 69, 40,1±13,2 лет) с симптомами обострения (рецидива) шизофрении (МКБ-10): страдали параноидной шизофренией 155 (85,6%), кататонической – 6 (2,9%), гебефренической – 7 (3,4%), простой – 5 (2,4%), недифференцированной – 8 (3,9%); малая часть – 7,2% (13 человек) состояла в браке, 115 (63,5%) пациентов холосты, разведены 26% (47 человек), шестеро (3,3%) – вдовье. У 35,4% пациентов отягощена наследственность (шизофрения, аффективные расстройства, алкоголизм), суициды в семье. Психозадаптационные эпизоды в детстве (страхи, депрессивные реакции, возбудимость) отмечены у трети (33,2%). Психодиагностическое исследование пациентов проведено с помощью «Шкалы причин для жизни» (RFL 48), выявляющей потенциальные защитные факторы у лиц с суицидальными намерениями. Пациенты отнесены к группам высокого (18-26 баллов), среднего и низкого суицидального риска согласно суммарной оценке по шкале оценки суицидального риска (TARS), базирующейся на общем клиническом впечатлении исследователя. Шкала суицидальных мыслей Бека (BSS) оценила непосредственную интенсивность намерений, поведения и планирования суицида у обследованных пациентов. Учтены активные суицидальные намерения, пассивное суицидальное поведение и приготовление к самоубийству. Статистическая обработка с применением пакета статистического анализа данных STATISTICA (StatSoft, USA).

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов (125, или 69,1%) никогда не совершали попытки самоубийства, 34 пациента (18,8%) не испытывали суицидальных мыслей. Суицидальные попытки в анамнезе у 23,8% пациентов, перед дан-

ной госпитализацией – у 10,5%. Не допускали возможности самоубийства 68,5%, одобряли суицид как выход из неразрешимой ситуации 12,7% пациентов, допускали возможность суицидальной попытки 16,0%. В группе госпитализированных после суицидальной попытки больше не-работающих – 47,4% ($p=0,004$), холосты – 36,8% ($p=0,03$) или вдовы – 15,8% ($p=0,001$), одобряют суицид как форму выхода из неразрешимой ситуации – 36,8% ($p=0,0009$). Высокий риск суицида отмечен у 2,8% пациентов, средний – у 31,5%, низкий – у 65,7%. Для пациентов с высоким суицидальным риском (шкала TARS) характерна принадлежность к возрастной группе 50-59 лет ($p=0,01$), разведенным ($p=0,03$) или вдовым ($p=0,04$), имеют слабую социальную поддержку и одиноки ($p=0,04$). Суицидальные мысли во время интервью высказывали 75 больных (41,4%). Низкий риск суицида по шкале Бека выявлен у 30,4% пациентов, средний – у 34,2%, высокий в 16,6% случаев. Пациенты с высокими показателями по шкале Бека чаще представлены возрастными группами 50-59 и 20-29 лет ($p=0,01$ и $p=0,02$, соответственно), были вдовы. Высокий суицидальный риск по шкале BSS у лиц, допускающих возможность суицида ($p=0,02$) и у подтвердивших суицидальные мысли. Данные по шкале Бека коррелировали со средними и высокими показателями шкалы TARS ($r=0,34$, $p<0,05$). Больные, у которых выявлены суицидальные мысли, чаще безработные 25,3% ($p=0,007$), вдовы 6,7% ($p=0,03$), совершили ранее суицидальную попытку (40%) или госпитализированы (21,3%) в связи с попыткой самоубийства в настоящее время ($p=0,001$ и $p=0,03$ соответственно). В этой группе средние (9-17 баллов) и высокие (18-26 баллов) значения шкалы TARS ($p=0,007$) и высокий (>26 баллов) показатель по шкале Бека ($p=0,00005$). Среди этих пациентов преобладали больные параноидной формой шизофрении с аффективно-бредовыми (14,7% больных) и депрессивно-параноидными (22,7%) приступами ($p=0,02$ и $p=0,0007$ соответственно). Приоритетные ценности для большинства (66,9%) пациентов – семья и материальные ценности (70,6%). Определен низкий общий балл по шкале RFL у 7,2% пациентов, средний – у 74,6%, и высокий в 18,2% случаев. В группу с низкими показателями шкалы RFL чаще входили пациенты 60-69 лет ($p=0,04$) и реже 20-29 лет ($p=0,02$), одинокие ($p=0,02$), допускающие возможность самоубийства ($p=0,02$), также у них высоки показатели шкалы Бека ($p=0,03$). Для больных шизофренией более значимы такие причины для жизни как вера в способность выжить, ответственность перед семьей, беспокойство о детях ($p=0,0002$).

Выводы. Факторами риска суицида пациентов с обострением шизофрении являлись отсутствие или утрата семьи (холостые и вдовы), возрастная группа 20-29 и 50-59 лет, социальная изоляция и отсутствие работы. Повышало вероятность суици-

да аффективные расстройства в структуре настоящего приступа. Высокий риск самоубийства больных, совершивших суицидальную попытку в прошлом и у одобряющих или допускающих возможность ее совершения в будущем.

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Макашева В.А., Слободская Е.Р.

Новосибирск, Новосибирский областной детский клинический
психоневрологический диспансер, Научно-исследовательский
институт физиологии и фундаментальной медицины
Сибирского отделения РАН

Подростковые суициды являются второй ведущей причиной смерти в этой возрастной группе (Hawton et al., 2012); в России их частота остается одной из самых высоких в мире (ЮНИСЕФ, 2011). Во многих странах мира действуют комплексные программы предотвращения суицида несовершеннолетних; появились данные об их эффективности (Gould et al., 2003; Isaac et al., 2009; Robinson et al., 2011; Wasserman et al., 2012). К результативным профилактическим программам относят формирование стратегий психосоциальной адаптации, выработку навыков и социальную поддержку учащихся, скрининг, обучение врачей общей практики, образование через средства массовой информации и ограничение доступа к летальным средствам. Доказательную базу имеют такие терапевтические подходы, как диалектическая поведенческая и когнитивно-поведенческая виды психотерапии, медикаментозное лечение антидепрессантами (Gould et al., 2003; Greydanus, Shek, 2009; Robinson et al., 2011). В системе здравоохранения Новосибирской области с 2007 г. действует мультимодальная программа предотвращения суицида несовершеннолетних, созданная на основе современных представлений о факторах и механизмах суицидального поведения детей и подростков.

Цель работы – представить комплекс мероприятий, включающий мониторинг суицидального поведения и групп риска, систему антикризисной помощи и информационную кампанию, и оценить их эффективность в контексте данных международных отчетов (Hawton et al., 2012; Isaac et al., 2009; Spirito, Esposito-Smythers, 2006; Wasserman et al., 2012).

Мониторинг суицидального поведения и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, ведется на всей территории; формируется база данных. Региональный межведомственный приказ регламентирует порядок информирования главного детского психиатра о факте суицида или парасуицида и алгоритм выявления детей с суицидальными намерениями и поведением. В 2007 – 2012 гг. заре-

гистрирован 641 случай суицидального поведения несовершеннолетних, из них 110 завершённых суицидов. Несмотря на общее снижение распространённости суицидов, регистрируется рост в возрастной группе до 14 лет и в структуре способов совершения – увеличение брутальных через самоповешение. Эти негативные тенденции серьёзно настораживают.

В регионе сформирована трехуровневая система психиатрической помощи детям с суицидальным поведением. Первичную помощь оказывают специалисты антикризисных (медико-психологических) кабинетов городских и сельских районов, участковых психиатрических кабинетов, дневного стационара, стационара на дому. На втором уровне действуют межрайонные детские психиатрические кабинеты. Психиатрическую помощь третьего уровня оказывают службы областного детского диспансера – мобильные бригады, психотерапевтический центр, реабилитационное подразделение и др. Все дети с суицидальным поведением наблюдаются психиатром по месту жительства, группа активного динамического наблюдения составляет около 35%. В структуре психиатрической помощи – коррекционная психологическая, психотерапевтическая и медикаментозная, социально-правовая. Кризисная психотерапия нацелена на коррекцию неадаптивных установок, тренинг способов разрешения суицидогенного конфликта (Старшенбаум, 2005).

Таким образом, в систему антикризисной помощи региона внедрены высокоструктурированная амбулаторная семейная программа и семейного вмешательства на дому, когнитивно-поведенческой и диалектико-поведенческой групповые формы психотерапии, мультисистемная семейная психотерапия – с установленной эффективностью (Hawton et al., 2012; Spirito, Esposito-Smythers, 2006).

В контексте профилактики суицидального поведения среди информационно-образовательных программ на территории проводятся мероприятия по диагностике и предотвращению суицидоопасных состояний для врачей, преподавателей и работников детских домов, как значимая составляющая эффективных профилактических стратегий (Isaac et al., 2009).

Доказательную базу имеют скрининг в школах, первичной медико-санитарной сети и отделениях неотложной помощи – для предотвращения самоповреждения (Greydanus et al., 2009; Horowitz et al., 2009); а также система раннего выявления детей с высоким риском суицидального поведения (Hawton et al., 2012). Нами переведены и адаптированы опросники Columbia DISC Depression Scale для подростков старше 11 лет, родителей и преподавателей (Shaffer et al., 2000). Нет сведений об эффективности прямых профилактических программ, включающих обсуждение и информирование детей по этой теме; более того, такие программы могут нанести вред подросткам из группы риска, особенно если не пре-

доставляют непосредственного доступа к помощи (Van der Feltz-Cornelis et al., 2011). Наилучшей доказательной базой обладает программа «Признаки суицида»; она включает скрининг и образовательный компонент, повышающий осознание депрессии и суицида как психиатрической проблемы (Spirito, Esposito-Smythers, 2006).

Программы профилактики суицидов у детей и подростков широко применяют в Европе, Австралии и Северной Америке (Page et al., 2011; Spirito, Overholser, 2003; Van der Feltz-Cornelis et al., 2011); результаты систематической оценки их эффективности неоднозначны. Имеются сведения об эффективности медикаментозных, психотерапевтических и поведенческих воздействий, а также тренинги родителей и персонала. Координированная работа многих учреждений – один из критериев эффективной профилактики (Hawton, James, 2005; Van der Feltz-Cornelis et al., 2011); в анализируемом регионе причины и обстоятельства суицидального поведения несовершеннолетних расследует межведомственная комиссия. Для своевременного выявления жестокого обращения и насилия в отношении несовершеннолетних проводятся комплексные проверки исполнения законодательства в отношении несовершеннолетних.

Подводя итог оценки программы предотвращения суицида несовершеннолетних в Новосибирской области, следует отметить ряд проблем: 1) доступность самих высоко летальных средств, а также сведений о способах совершения суицидов, недостаток информации об обстоятельствах суицидального поведения; 2) недостаточная консолидация ведомств при профилактической работе, в т.ч. помощи детям, пережившим жестокое обращение и насилие; 3) отсутствие стандартизованного расследования случаев; 4) несвоевременное оказание помощи; 5) недостаток специалистов. Решение этих проблем, включение компонентов с международно доказанной эффективностью и учет специфических региональных факторов дают основания для обнадеживающих результатов.

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ

Цупрун В.Е.

Москва, Московский НИИ психиатрии

Суицидальный риск больных в первом психотическом эпизоде (БППЭ) выше, чем в популяции хронически больных, но факторы риска суицидального поведения больных в дебюте психического расстройства изучены недостаточно.

Цель исследования: изучение факторов риска суицидального поведения БППЭ.

Материалы и методы. невыборочно изучены все бППЭ с суицидальными попытками, госпитализированные в два отделения (мужское и женское) психиатрической клинической больницы №4 им. Ганнушкина за 6 месяцев 2013г, суммарно 20 больных: 12 мужчин 19- 34 лет и 8 женщин 19-57 лет. Большая часть (75%) мужчин страдала эпизодической формой параноидной шизофрении, тогда как 90 %женщин – аффективными расстройствами с психотическими чертами (МКБ-10). Длительность не леченого психоза варьировала в широких пределах 2 недели-2 года. Длительность не леченой болезни 1-10 лет. Пациенты обследованы клинико-психопатологически и с помощью оригинальных опросников.

Результаты и их обсуждение. У всех женщин и трети мужчин в анамнезе немотивированные циклотимоподобные колебания настроения. У половины мужчин и у всех женщин ранее отмечены суицидальные переживания. Суицидальные попытки в анамнезе у всех женщин (чаще самоотравления) и трети мужчин (чаще самопорезы) обычно на пиках депрессивных или смешанных фаз. Мотивация суицидального поведения мужчин и женщин обусловлена психопатологическими переживаниями (депрессивные самообвинения); причем лишь в единичных случаях - императивными галлюцинациями. Суицидальная попытка, повлекшая госпитализацию, как правило, самая тяжелая по медицинским последствиям (65% больных переведены в психиатрический стационар из реанимационных и хирургических отделений).

Выводы: суицидальные попытки при ППЭ – результат несвоевременного выявления психических расстройств и указывают на тяжесть психических переживаний. Необходима разработка комплекса лечебно-профилактических мероприятий для данного контингента больных

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ, ПРОХОДИВШИХ АМБУЛАТОРНУЮ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

Царьков А.А.

*Москва, Психиатрическая клиническая больница
№ 1 им. Н.А. Алексеева*

Цель исследования: анализ социально-демографических и клинико-психопатологических особенностей лиц, проходивших амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу (АСПЭ), с целью прогнозирования и профилактики суицидального поведения.

Материал и методы: обследованы 35 лиц старше 18 лет с суицидальным поведением в анамнезе, проходившие АСПЭ во второй половине 2012 г. в ПКБ №1. Используются клинико-психопатоло-

гический (анамнез, клиническое наблюдение, клиническая беседа) и статистический методы.

Результаты и их обсуждение. мужчины составили 77,1%. Средний возраст обследованных 28,1±6,4 лет. У подэкспертных низкий образовательный уровень: неполное среднее образование у 57,1%, среднее и средне-специальное – 40%, высшее – только у 2,9%. Происходили они преимущественно из неблагополучных семей (один или оба родителя злоупотребляли алкоголем), воспитывались в условиях безнадзорности или отрицательного микросоциального окружения. С ранних лет у них отмечалось делинквентное поведение. Более половины привлекались к уголовной ответственности, приговаривались к условным срокам или отбывали наказание в местах лишения свободы. Для подэкспертных характерен низкий уровень социального функционирования: 42,9% не работали (находились на иждивении у родственников или не указывали источники дохода), 57,1% были заняты неквалифицированным трудом (курьеры, грузчики, продавцы) или имели неустойчивую трудовую занятость. Преступления были направлены в основном (71,4%) против личности (причинение вреда здоровью различной степени тяжести, угроза убийством), преступления против общественной безопасности и общественного порядка (хулиганство, незаконное приобретение, хранение или сбыт наркотических средств) составили 14,3%, имущественные (кража, грабёж) – 11,4%, против порядка управления – 2,9%. Подэкспертные с расстройствами личности (F60-F61) составили – 54,3% (подавляющее большинство – с эмоционально-неустойчивым расстройством личности), с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20-F25) – 20,0%, с органическими расстройствами (F06-F07) – 27,7%. Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) обнаружили 17,4% обследованных, в том числе зависимость от алкоголя – 8,8%, от опиоидов – 2,9%, от нескольких ПАВ (каннабиноиды, психостимуляторы, опиоиды) – 5,7%. Более половины подэкспертных (58,4%) предпринимали две и более суицидальные попытки, 41,6% – однократно. Преобладал демонстративно-шантажный вариант суицида: 97,1% – путём самопорезов предплечья (реже – живота), 2,9% – путём приёма токсических доз бензодиазепинов. При неоднократных суицидальных попытках способы суицидальных действий совпадали. Мотивом суицидальных попыток был конфликт в семье, с близкими. Конфликтные ситуации активно провоцированы самими подэкспертными. Суицидальные попытки непосредственно связаны с внешними психотравмирующими факторами, не планировались заранее, отмечались преимущественно во время психопатических реакций, характеризовались импульсивностью. Преобладали психопатические реакции при расстройствах личности и психопатоподобный синдром в структуре расстройств шизофренического спектра и органических расстройств. При этом 48,6%

суицидальных попыток совершены в алкогольном опьянении, 5,7% – в наркотическом опьянении.

Выводы: суицидальное поведение более характерно для лиц молодого и среднего возраста с эмоционально-неустойчивым расстройством личности или с ведущим психопатоподобным синдромом в структуре шизофрении и расстройств шизофренического спектра, органических расстройств. Преобладал демонстративно-шантажный вид суицида. Суициденты воспитывались, как правило, в неблагополучных семьях, в условиях отрицательного микросоциального окружения, безнадзорности. Для них характерно наличие криминального опыта, злоупотребление ПАВ, отсутствие или неустойчивая трудовая занятость и низкий уровень социального функционирования.

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ АНТИКРИЗИНОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РАСПОЗНАВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ТАКТИКИ ИХ ВЕДЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ В ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Корнетов Н.А.

*Томск, Сибирский государственный
медицинский университет*

К концу 80-х гг. прошлого столетия появились яркие проявления изменения общественного сознания. Эти изменения вызвали аффективную поляризацию в различных группах населения, и общий популяционный стресс. Следствием социального пролонгированного кризиса в Российском обществе явилось то, что потребление алкоголя с вредными последствиями в стране заняло первое место, а суициды к концу 90-х гг. – второе, к 2006 г. – третье место в мире.

Цель исследования: построение системы антикризисных суицидологических служб (АСС) в системе центров социальной защиты и образовательной программы по распознаванию, тактике ведения и терапии депрессивных расстройств (ДР) в первичной медицинской сети с целью превенции суицидов. Общие положения цели диктовались тем, что при анализе динамики численности суицидов, распространенности депрессий и пролонгированных кризисных состояний было показано их сопряженная тенденция к возрастанию, в том числе и в связи с ростом социально-психологической напряженности у населения

Материал и методы включали на первом этапе организационное создание трехзвеневой системы неотложной АСС в социальной службе Томска. Основные принципы организации основывались на

ряде положений: 1) лица, совершающие суицидальные действия, имеют разный уровень психических расстройств, а непатологические ситуационные реакции и акцентированные характерологические реакции отражают общие психологические и патопсихологические механизмы формирования дистресса и социально-психологической дезадаптации; 2) депрессии и суицид генетически связаны, поэтому выявление в населении, диагностика и терапия ДР является профилактикой суицидального поведения. Эту профилактику должны осуществлять социально-обученные психиатры и психотерапевты с базовым психиатрическим медицинским образованием; 3) экстремуральность внедиспансерной психиатрической помощи должна быть максимально приближена к населению с тем, чтобы образовать межведомственные уровни структурных звеньев этой помощи в системе подразделений социальной защиты; 4) кризисные стационары или койки «кризисной интервенции» в зависимости от региональных условий могут существовать самостоятельно или быть выделены при токсикологических отделениях крупных областных больниц, отделениях невротических расстройств психиатрических больниц, оптимально – в отделениях аффективных состояний, которые необходимо открыть в системе стационарной психиатрической помощи.

Результаты и обсуждение. В дальнейшем осуществлена организация «сельской» суицидологии в Томской области. Возможности организации сельских АСС с превенцией суицидов опиралась на работающих в районе психологов и социальных работников. АСС также осуществляла мониторинг коэффициентов смертности от самоубийств по данным статистической отчетности РФ, Сибирского ФО и Томской области. Одним из основных методов распознавания ДР и превенция суицидов определялась проведением трех ежегодных тематических образовательных программ обучения врачей первичной медицинской сети, общемедицинской практики и других специализаций по ДР. Российская версия программы адаптирована на основе сделанных нашей научной группой переводов четырех модулей Всемирной психиатрической ассоциации и Международного комитета по профилактике и терапии ДР, созданной лучшими мировыми экспертами по данной проблеме. Обсуждение реализации комплексных мер по снижению суицидов в Томской области и в Томске. на серии специальных симпозиумов и передвижных семинаров, а также эмпирического опыта врачей показало необходимость раннего распознавания клинических признаков ДР. Это диктуется тем, что современными эффективными и безопасными методами лечения ДР в ранний период их выявления особенно успешны. Поэтому данная образовательная программа, помимо врачей первичной медицинской сети и специалистов, работающих в различных разделах медицины, ад-

ресуется также к психотерапевтам, клиническим психологам, социальным работникам и медицинским сестрам. Это необходимо для расширения возможности людей с ДР обращаться за помощью не только в специализированные службы охраны психического здоровья, но и при желании лечиться у своего терапевта, владеющего навыками диагностики и терапии ДР. Практика показывает, что принципиально важно на первых занятиях определить современное понятие депрессивного эпизода/большой депрессии. Исторически внедрение программы под названием РАДЕП (РАспознавание ДЕПрессий) в Восточном регионе России начато в 1998 г. при поддержке и участии членов Всемирной психиатрической ассоциации профессоров Н. Сарториуса, Д. Купера, А. Янча, Л. Гаск. Программа одобрена на заседаниях СО РАМН в Томске (1998); Новосибирске (2005). Обучение состояло из организации и проведении Всероссийских и региональных симпозиумов и мобильных семинаров «Депрессивные расстройства в общемедицинской практике: страдать или управлять?»; образовательных сессий в поликлиниках, соматических стационарах и специализированных диспансерах (кардиологическом, онкологическом, психоневрологическом и др.). Проводился первичный скрининг знаний в области депрессии среди обучающихся врачей. До начала проведения программы около 20% респондентов из 964 врачей, заполнивших анкету, правильно оценивали распространенность ДР в дифференцированных популяциях, диагностические и терапевтические проблемы имели 95,5%, применяли антидепрессанты - 33,9%. Подавляющее большинство (97,3%) врачей оценили программу РАДЕП как «очень важную» и «важную» для их деятельности.

Заключение. Итоги анализа комплексных мер профилактики суицидов показали следующее. В Томской области с населением около 1 млн. человек с 2002 к 2012 г. коэффициент смертности от самоубийств снизился за счет повышения, качества и мотивации врачей к образовательным программам по распознаванию и терапии депрессивных расстройств и остального описанного комплекса превенции суицидов: 48,0; 41,1; 42,0; 38,7; 35,3; 28,1; 26,3; 20,6; 18,6; 16,9; 17,5/100000 ($P < 0,0001$). В Томске и Северске длительная непрерывная программа обучения всех врачей распознаванию и лечению ДР по программе РАДЕП доказала свою эффективность низкими показателями коэффициентов суицидальности в течение 4 лет от 7,2 до 1,7/100000. Эти данные невозможно объяснить смягчением социальных, факторов, наблюдающиеся в большинстве регионах страны. Рекомендация ВОЗ относительно обучения распознавания и терапии ДР стратегически доказательна. Необходимо расширение додипломного и постдипломного образования по основным психиатрическим специальностям.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ

Князева Л.В., Бакланов В.В.

Сыктывкар, Республика Коми, Республиканская психиатрическая больница

Республика Коми ряд лет имеет более высокий по сравнению с соседними регионами уровень суицидов.

Цель исследования: изучить эффективность аспектов работы территориальной суицидологической службы с 2007 г. (год организации).

Материалы и методы. анализ эффективности службы по снижению числа суицидов.

Результаты и их обсуждение. Эффективными мероприятиями признаны следующие: 1) организация единого организационно-методического центра; 2) организация единого «Телефона доверия»; 3) обучение педиатров, терапевтов, ВОП, фельдшеров выявлению и лечению депрессии, основам оказания медицинской помощи лицам с кризисными состояниями; 4) семинары с медицинскими и педагогическими работниками по выявлению поведенческих и лингвистических маркёров суицидального поведения; 5) разработка и утверждение органом управления здравоохранения порядков и алгоритмов оказания медицинской помощи лицам в кризисном состоянии и после суицидальной попытки; 6) медицинское освидетельствование психиатром в кратчайшие сроки всех лиц после суицидальной попытки с целью выявления психических расстройств, требующих наблюдения и лечения психиатрического стационара, оценки суицидального риска пациента; 7) разработка и утверждение руководителем администрации муниципального образования межведомственного плана мероприятий по сохранению психического здоровья населения, снижению смертности от суицидов; 8) организация кабинетов социально-психологической помощи для оказания профилактической, консультативно-диагностической и лечебной помощи лицам с кризисными состояниями.

СТРУКТУРА ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В 2010-2012 ГГ. (ПО ДАННЫМ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ)

Шеллер А.Д., Белебеха Е.А., Мурина И.Н.

Омская область, БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодниковой

Одной из наиболее острых проблем российского общества является высокая смертность населения. Особенную тревогу вызывает высокая доля смертности от внешних (неестественных) причин, в число которых входят самоубийства. Российская Федерация продолжает находиться в группе стран с высоким уровнем самоубийств, что является важ-

нейшим социально-демографическим показателем, обобщающим многие факторы общественной жизни.

В Российской Федерации и в Сибирском ФО наблюдаются тенденции, заключающиеся в снижении уровня самоубийств. Так в РФ интенсивность суицидов на 100 тыс. населения с 2006 по 2011 гг. составляла 30,1 - 21,4. А в Сибирском ФО с 2006 по 2011 гг. этот показатель выше и составляет 44,4 - 34,1. Региональный показатель выше, чем в среднем по стране и ниже, чем в Сибирском ФО, составляет с 2006 по 2011 гг. 33,2 - 24,0.

Изучены количественные показатели завершенных суицидов на территории Омской области за 2010-2012 гг. по способу, с учетом различий по полу, возрасту, месту проживания, дате инцидента.

Так по данным суицидологической службы Омской области за 2010 год завершенных суицидов – 450, а за 2011 год – 415, за 2012 год – 440. Самым распространенным методом завершеного суицида является повешение (в 2010 г. - 86, 2%, в 2011 г. - 80,0%, в 2012 г. – 85,80%). Частыми методами являются – медикаменты, укус, падение с высоты. Самыми редкими являются – электротравма, утопление.

Завершенные суициды чаще наблюдаются среди городского населения (52-56%). Мужчины значительно чаще совершают самоубийства, чем женщины. Интенсивность самоубийств среди мужчин в 2010 г.-78,0% , в 2011 - 75,9%, в 2012 - 80%.

Эта особенность была отмечена еще классиками суицидологии. Дюркгейм отметил, что на одну лишнюю себя жизни женщину приходится в среднем четверо мужчин. А.Г. Амбрумова и Л.И. Постовалова также утверждали, что «из каждых четырех самоубийц трое – мужчины». Например, Э. Дюркгейм объяснял это тем, что мужчины чаще включаются в социальные контакты и, соответственно, испытывают больше психологических проблем, связанных с социумом (потеря работы, неприятности на работе, банкротство и т.д.). Чувство ущербности в среде работоспособного мужского населения является достаточной мотивацией к совершению самоубийства. Кроме того, в силу особенностей своего мышления и видения мира мужчины действуют более радикально: к примеру, если они решают покончить с собой, то делают это наверняка, избирая такие способы, как самоповешение, самострел или падение с высоты. Этим объясняется значительно более высокий уровень самоубийств среди лиц мужского пола и превалирование суицидальных попыток среди женщин. Существенным фактором является то, что мужчины неохотно обращаются за психологической и психотерапевтической помощью. Завершенные суициды совершаются в основном в возрасте 31-55 лет. Также высокие цифры наблюдаются в группах 19-30 и 56 и старше лет.

Нами рассмотрено также распределение частоты завершенных суицидов в зависимости от месяца и даты инцидента за 2010-2012 гг. В литературе работы на эту тему крайне редки и малочисленны. Данные медицинской статистики суицидологической службы Омской области за три обследованных нами года (2010-2012 годы) свидетельствуют о существовании явно выраженных сезонных колебаний в распределении самоубийств. Временные вариации завершенных самоубийств (2010-2012 годы) выглядят так в %: январь - 88,9; 95;83,1; февраль - 95; 91,4;88,3; март - 91,3; 99,1;80,3; апрель - 90,8 ; 97;105,9; май - 90,4; 103,7;114,7; июнь - 75,8; 88,3;75,1; июль - 89,9 ; 91,4;95,8; август - 83,3; 64,2;74; сентябрь - 69,6; 67,8;68,8; октябрь - 92,2 ; 72,9;79,1; ноябрь - 83,8; 66,2;79,1; декабрь - 68,7. 63,1;52,2; Т.о. чаще всего суициды совершаются в мае, апреле, июле, феврале, октябре. Наименьшее количество суицидов приходится на декабрь. Согласно полученных нами данных, по временам года суициды распределились следующим образом : на весенние месяцы пришлось 29% случаев; лето -24,5%; зима - 24%; осень 22,5%.

Встречаются исследования, где прослеживают определенную зависимость частоты совершения суицидов от дня недели. Нами рассмотрены дни недели инцидента, пик завершенных суицидов приходится на понедельник, четверг. Можно предположить, что наибольшее количество завершенных суицидов в понедельник связано с увеличением в этот день абстинентных состояний алкогольного происхождения. Определенное влияние оказывает напряжение и срыв адаптационных механизмов. Возможно, это позволит интерпретировать полученные результаты.

Так, по данным Г.И.Девятковой, С.Няюхя, проанализировавших случаи самоубийств на территории Финляндии в течении последних 100 лет, максимум случаев приходился на понедельник.

Нами также проанализирована частота завершенных суицидов в зависимости от даты инцидента за 2010-2012 гг. и пик завершенных суицидов приходится на 1,9 и 14 число каждого месяца, тем самым превышая другие даты в 2-3 раза. Наименьшее число завершенных суицидов, по нашим данным, приходится на 21,31 число. Зависимость завершенных суицидов от средовых факторов (сезонное распределение, по датам и дням недели и др.) остается мало изученной областью психиатрии.

Анализируя эпидемиологические данные, полученные отечественными и зарубежными авторами можно констатировать наличие выявленной достоверной статистической зависимости в основном от сезонности, которая является одним из наиболее значимых факторов среды, влияющим на жизнедеятельность человека и, в частности на ритмику обострения психических заболеваний. Эмиль Дюркгейм в своем известном труде «Самоубийство.

Социологический этюд» (1997), придавая ведущее значение в генезе суицидов социальным факторам, тем не менее, указывал на роль воздействия «природы окружающей среды» на количество самоубийств и а priori относил ее к одному из двух родов внесоциальных причин, наряду с психоорганическим предрасположением. Немецкий ученый К.Ясперс (1913) считал, что смена времени суток и года, погоды, климата постоянно влияет на все биологические процессы человеческого организма.

Таким образом, исходя из более, чем 10^м – летних статистических данных работы суицидологической службы в Омской области, можно представить «среднестатистического» суицидента: это мужчина в возрасте от 31 до 55 лет, житель г. Омска. Опираясь на литературные данные можно добавить, что чаще это лица с низким социальным и образовательным уровнем, занятые низкооплачиваемым трудом, с недостаточным уровнем социальной интеграции, разведённые, со склонностью к алкоголизации.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (НА ОПЫТЕ РАБОТЫ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ)

Чеперин А.И., Шеллер А.Д.,
Белебеха Е.А., Мурина И.Н.

Омская область, БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодников

Одной из наиболее острых проблем общества является высокая смертность населения от внешних (неестественных) причин, в число которых входят самоубийства. К 2011 г. в России достигнуто снижение уровня суицидов в 1,8 раза: 21,4 на 100 тыс. населения (в 1995 г. – 42,5 соответственно). Несмотря на улучшение суицидальной ситуации, уровень самоубийств в России в 1,5 раза превышает общемировой показатель 14 на 100 тыс. населения, при этом «критический уровень», установленный ВОЗ, равен 20 на 100 тыс. населения.

По данным Росстата, уровень самоубийств в Омской области в 2010–2011 гг. на 100 тыс. населения составил соответственно 25,6; 24,0, что, требует принятия дополнительных мер по многим направлениям. Особую тревогу вызывает суицидальная ситуация среди несовершеннолетних. В Омской области за последние 5 лет покончили с собой 70 детей, 908 – совершили суицидальные попытки.

Суицидологическая служба БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н.Солодников» была создана в 1991 году для оказания специализированной комплексной кризисной (психиатрической, психотерапевтической, психологической) помощи лицам в кризисном состоянии и с суицидальным поведением. Служба осуществляет психогигиеническую и психопрофи-

лактическую помощь населению г. Омска и Омской области, а также занимается сбором и анализом статистической информации по суицидальным попыткам и завершённым суицидам. С целью оптимизации и повышения доступности специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в 2009 году произведена реорганизация суицидологического отделения. В настоящее время служба представлена:

- круглосуточным телефоном экстренной медико-психологической помощи «Телефон доверия», оказание помощи осуществляется полипрофессионально с участием психиатра, психотерапевта, психиатра-нарколога и клинического психолога. С 2009 года выделены бесплатные трафики основными сотовыми операторами, что привело к значительному увеличению количества обращений, появились звонки из отдаленных районов области, других городов и даже из зарубежья.

- дневным психологическим «Телефоном доверия», где проводят консультирование психологи.

- 2 кабинетами амбулаторной психотерапевтической (кризисной) помощи, расположенными в разных районах города.

В осуществлении экстренной медико - психологической помощи ведущее значение принадлежит «Телефону доверия» («ТД»). Количество обращений на ТД постепенно растет, что объясняется преимуществами помощи, а также постоянной популяризацией ТД в СМИ. Среднее число обращений на ТД 8-13 тысяч в год. В сутки поступает 25-45 обращений.

Мы отмечаем сохранение за 2008-2012 гг. процентного соотношения категорий -проблемные, непрофильные и немые обращения на ТД; первое место по количеству обращений занимают проблемные, требующие непосредственно психологической помощи (79%-95%), далее идут непрофильные, наименьшее количество – «немые» обращения. В группе проблемных обращений, как и в предыдущие годы, на первом месте остаются обращения по поводу здоровья (38%), на втором месте – семейно-супружеские и проблемы зависимостей (11%), на третьем месте – экзистенциальные переживания и детско-родительские проблемы (9%). Отметим увеличение количества телефонных обращений от лиц, находящихся в кризисных состояниях и проживающих за границей РФ, как правило – бывших соотечественников, привыкших доверять российским психотерапевтам. Чаще всего звонят из Германии, также были обращения из Израиля, Италии, Португалии, США, Канады.

Наибольшее число звонков приходится на зрелый возраст 36-50 лет с актуальными для возрастных этапов психологическими трудностями: приоритетны вопросы семейных и супружеских взаимоотношений, разводов, зависимостей близких. Преобладают (75-78% общего количества обращений) абоненты-женщины. Высокая доля (40-47%) обращений приходится на работающих лиц. Посте-

пенно снижается доля обращаемости пенсионеров, и повышается - инвалидов. Число первичных обращений преобладает над повторными (70%).

В Омской области создана Межведомственная комиссия по взаимодействию в целях предупреждения социально-стрессовых расстройств, кризисных состояний и суицидального поведения населения Омской области. В состав группы вошли представители Министерства здравоохранения, Министерства труда и социального развития, Министерства культуры, Министерства образования, Министерства по делам молодежи, физической культуре и спорту. На расширенных заседаниях Межведомственной рабочей группы обсуждаются вопросы алгоритма действия консультантов ТД в сложных кризисных и суицидоопасных состояниях с привлечением служб экстренного реагирования МЧС и полиции, взаимодействия консультантов различных служб при оказании помощи, обучение специалистов, оказывающих кризисную помощь; идет разработка единого кодификатора обращений на ТД, создание единой базы и системы учета суицидов и суицидальных попыток. Результатом работы группы стал единый Паспорт служб, оказывающих кризисную помощь населению Омска и Омской области.

Одной из задач суицидологической службы является сбор и обработка статистической информации о суицидальных попытках и суицидах. Долгое время информация была неполной: сведения поступали только со станции скорой помощи, токсикологического отделения БСМП и детской областной больницы, бюро судебно-медицинской экспертизы и из некоторых ЛПУ города. В 2009 г. организована работа «защищенного» рабочего места VIPNet, куда ежемесячно стекается вся информация по суицидам из ЛПУ города и районов области. За последний год поступление сведений из 32-х районов области происходит регулярно и своевременно. Создана подпрограмма (по форме 2150) в отделе медицинской информатики больницы для подсчета числа больных под диспансерным наблюдением или получавших лечебно-консультативную помощь, но совершивших суицидальные попытки.

Ведется учет суицидов по полу, возрасту и способу совершения, учитывается повторность суицидальной попытки, введена рубрика «Алкогольное опьянение», поскольку количество суицидальных попыток в алкогольном опьянении, значительно и продолжает расти.

Большое внимание в деятельности службы уделяется профилактической работе, направленной на расширение общей, в том числе социальной превенции. Стоит отметить, что в этой работе задействованы не только врачи и психологи нашей службы, но и специалисты всей больницы.

Это активная работа со СМИ, радио, телевидением, проведение круглых столов, лекций, бесед,

горячих линий на «Телефоне доверия». Ежемесячно выходят публикации в различных региональных газетах и журналах. Нами максимально используются любые возможности и доступные формы социальной рекламы, в рамках которой разработан и размещен ролик в городских автобусах и маршрутных такси. Активно используется реклама службы в лифтах жилых домов. Силами сотрудников отделения разработаны, тиражированы и регулярно распространяются листовки «Антикризисная помощь».

Подводя итог вышесказанному, следует сказать, что оказание кризисной помощи является одной из приоритетных задач суицидологической службы. Ведется активная работа по повышению доступности оказания кризисной помощи населению Омской области.

Для оказания более качественной профессиональной помощи необходимо обучение специалистов по кризисной психиатрической и психологической помощи, подростковой психологии, детской суицидологии.

В ближайших планах суицидологической службы КПБ им. Н.Н. Солодникова открытие кризисного стационара (КС) как важнейшего звена в системе экстренной и неотложной помощи лицам в психологическом кризисе. Учитывая неблагоприятную суицидальную ситуацию среди детей и подростков, планируется открытие КС для детского и подросткового населения Омской области. Вопрос об организации КС находится на контроле у Министерства Здравоохранения Омской области.

Важной задачей для нас является оснащение службы современным оборудованием, что повысило бы качество оказания помощи. При работе с молодежью и подростками необходимо широкое использование Интернет ресурсов с открытием новых сайтов, возможностью выхода в социальные сети, виртуального консультирования.

Мы надеемся, что дальнейшая оптимизация работы антикризисной суицидологической службы, межведомственное взаимодействие позволит оказывать своевременную разностороннюю социомедико-психологическую помощь и, как следствие, приведет к снижению суицидальной активности среди населения Омской области.

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ПО ПРОБЛЕМАМ ЗАВИСИМОСТЕЙ НА «ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ» ЗА 2008-2012 ГГ. (ПО ДАННЫМ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ)

Шеллер А.Д., Белебеха Е.А., Мурина И.Н.

Омская область, БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодникова

В Омской области в 1991 году создана суицидологическая служба с Телефоном Доверия, как

структурное подразделение Омской областной клинической психиатрической больницы, для работы с лицами, находящимися в кризисных и суицидоопасных состояниях.

В осуществлении экстренной медико - психологической помощи ведущее значение принадлежит «Телефону доверия» («ТД»).

С целью повышения доступности специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, возможности оказания помощи по телефону расширены - с 2010 года стал многоканальным «Телефон доверия», выделены бесплатные трафики основными сотовыми операторами Омской области (МТС, Билайн, TELE 2, Мегафон), открыт дневной психологический «Телефон доверия».

По своей доступности помощь по «ТД» превосходит другие виды психотерапии: помощь можно получить анонимно, круглосуточно, бесплатно, конфиденциально. Во многих случаях психотерапевтическая помощь по телефону представляет собой единственный необходимый вид интервенции пациентам, переживающих кризисные и суицидоопасные состояния. Оказание помощи осуществляется полипрофессионально с участием психиатра, психотерапевта, психиатра-нарколога и клинического психолога.

Количество обращений на «ТД» постепенно растет, что объясняется вышеперечисленными преимуществами телефонной помощи, а также постоянной популяризацией «ТД» в средствах массовой информации. Среднее число обращений на «ТД» суицидологической службы Омской области колеблется от 8 до 13 тысяч в год. В сутки на «ТД» поступает от 25 до 45 обращений.

По тематике обращений звонки подразделяются на проблемные, информационные, «немые». Отмечается тенденция к увеличению числа проблемных звонков, но в целом процентное соотношение категорий сохраняется - первое место по количеству обращений занимают профильные звонки, требующие непосредственно психологической помощи (69%-95% от общего числа обращений), далее идут непрофильные обращения, и наименьшее количество звонков – это «немые» обращения.

Анализ проблематики телефонных обращений показал, что в 2008-2012 гг. наиболее актуальной проблемой, с которой обращаются на «Телефон доверия», остается проблемы здоровья (такие звонки составляют 37-38% от всех профильных обращений). Одной из причин, объясняющих приоритетность обращений по вопросам здоровья, является присутствие на телефоне абонентов, запрашивающих медико-психологическую помощь.

Среди проблемных обращений мы выделяем специальный раздел – обращения в связи с зависимостями (на втором месте по количеству обращений). На протяжении последних 5 лет эти обра-

щения демонстрируют тенденцию к росту, от 1081 (в 2008 г.) до 1281 (в 2012 г.), что составляет от 10,4% до 15,9% от общего числа проблемных.

Среди обратившихся различают личные обращения, связанные непосредственно с употреблением ПАВ (от 47 до 60%). Чаще встречаются личные обращения по поводу алкогольной зависимости. Так в период с 2008 по 2012 гг. они составляли от 40 до 50,5 % от обращений по поводу зависимостей. Уровень обращений по поводу других видов зависимости ниже. Так по поводу наркотической зависимости – от 5,2 до 9 %, по поводу компьютерной и интернет зависимости – от 0,6 до 4%, по поводу никотиновой зависимости до 1% от всех обращений по поводу зависимостей.

Зависимость от ПАВ - семейное заболевание. Любая зависимость – будь то алкоголизм, наркомания или игромания, разрушают не только личность самого человека. На фоне ежедневного стресса от пребывания рядом с зависимой личностью, у его близких развивается такое состояние как созависимость. Созависимость является распространенным состоянием и ведет к проблемам на всех уровнях: физическом, эмоциональном, поведенческом, социальном и духовном.

Поэтому большой процент обращений по проблемам зависимостей – это ближайшие родственники, друзья, чьи обращения составляют от 40 до 53% от обращений по поводу зависимостей. Много обращений по поводу конфликтов между родителями и детьми, употребляющими ПАВ.

Созависимость с течением времени усугубляется. Длительный стресс негативно сказывается на душевном равновесии, появляется переживания беспомощности, отчаяния и на фоне постоянной тревоги, страхов, связанных с ожиданием неприятных «сюрпризов», возникают психосоматические расстройства, нарушения сна, навязчивые состояния. Возрастает суицидальная готовность.

Мы отмечаем, что увеличиваются обращения лиц в кризисных состояниях и с суицидальными тенденциями при наличии в семье химически зависимого человека.

Любой обратившийся за экстренной помощью на «Телефон доверия» и нуждающийся в дальнейшем наблюдении и, возможно, лечении, приглашается на консультацию к психиатру, психотерапевту, наркологу, ему проводится психодиагностическое исследование, при тяжелом психическом состоянии возможно направление в психиатрический либо наркологический стационар, решение социальных проблем.

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Бойко Е.О., Васянина Ю.Ш., Ворона Ю.А.

Краснодар, Клиническая психиатрическая больница №1

В структуре смертности от внешних причин смертность детей и подростков Краснодарского края от суицидов ежегодно составляет до 10%, занимая третье-четвертое место после транспортных травм, случайных отравлений и утоплений. В соответствии с приказом департамента здравоохранения Краснодарского края от 26.08.2004г. №442 «О мерах по улучшению психиатрической и психотерапевтической помощи детскому населению Краснодарского края», с 01.09.2004г. на базе диспансерного отделения клинической психиатрической больницы №1 организован кабинет психиатрической и психотерапевтической помощи детям с посттравматическими стрессовыми расстройствами и суицидальным поведением; ведётся мониторинг суицидальных попыток; утверждён порядок взаимодействия специалистов при оказании экстренной и плановой специализированной помощи детям-суицидентам.

Цели исследования: изучить динамически (2008-2012гг.) суицидальное поведение детей и подростков края и меры его профилактики.

Материалы и методы. Медико-статистическая информация о суицидальном поведении возрастной субпопуляции (до 18 лет).

Результаты и их обсуждение. За пять лет в крае зарегистрировано 98 суицидов и 829 суицидальных попыток детей и подростков. В результате профилактической работы снижено число суицидальных попыток (2008 г. – 188; 2012 г. – 125), и суицидов (2008 г. – 27, 2012 г. – 15), или с 2,7 в 2008 г. до 1,5 (на 100 тысяч возрастной группы) в 2012 г. Преобладают (70%) суицидальные попытки и суициды подростков 15-17 лет; чаще совершают суицидальные попытки девушки, суициды – юноши; при истинных суицидальных намерениях чаще самоповешения, падения с высоты, использование огнестрельного оружия; с целью привлечения внимания к себе и своим проблемам – чаще медикаментозные отравления. Отсутствует связь суицидальных попыток с религиозными мотивами, с принадлежностью к подростковым субкультурам; преобладают суицидальные попытки у горожан, а суициды – у селян, в осенне-зимний период; не более 5% освидетельствованных детей с суицидальным поведением получали помощь в психиатрических стационарах края, остальные – в амбулаторных условиях. Главными причинами суицидальных попыток большинство пациентов назвали конфликты в семье (67%): жесткие авторитарные методы воспитания с физическим и психологическим насилием, либо, напротив, отвержение родителями и избегание эмоциональной близости с детьми; на втором месте -

отвержение в значимой группе сверстников (18%), проблемы успеваемости в школе, в том числе связанные с ЕГЭ и ГИА (9,7%); «неудачи» в любовных и сексуальных отношениях (5,3%). Специалистами детско-подростковой психиатрической службы края осуществляется трёхуровневый принцип профилактики суицидов. В рамках общей профилактики силами специалистов повышается компетентность психиатров, психотерапевтов, неврологов, интернистов, оказывающих помощь детям, педагогов, психологов, социальных работников системы образования в распознавании маркеров депрессии и суицидального риска детей (межрайонные и краевые семинары; лекции на циклах усовершенствования; изданы методические рекомендации). Важна роль образовательных программ для родителей (выступления в СМИ, практические пособия). В целях целевой профилактики суицидов службы оказывают психиатрическую и психотерапевтическую помощь детям из групп суицидального риска. Вторичная профилактика детей и подростков после попытки самоубийства специалистами психиатрических служб и краевого кабинета включает подбор адекватного лечения и реабилитации для адаптации к стрессовым ситуациям и повышения толерантности к психотравмирующим факторам в сочетании с дифференцированной психотерапевтической помощью суициденту и его близким (третичная профилактика).

Выводы. Медико-социальная проблема суицидов детей и подростков носит межведомственный, междисциплинарный характер. Психиатрические организации готовы стать координаторами и соисполнителями программы, но основные мероприятия должны проводиться учреждениями образования и науки, совместно с учреждениями культуры, спорта, учреждениями министерства труда и социальной защиты населения, что позволит достичь долгосрочных позитивных результатов.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С КРИЗИСНЫМ СОСТОЯНИЕМ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Струкова Е.Ю., Климова В.Н.

Тамбов

Суицидальная ситуация среди пациентов с психическими расстройствами носит неоднозначный характер. Это связано с организацией учета и диспансерного наблюдения пациентов с психическими расстройствами; с тем, что факт установления психиатрического диагноза влечет за собой целый ряд социальных ограничений для пациента и является стигмой в общественном мнении. Проблема

кризисных состояний является одной из актуальных проблем современности, что обусловливается непосредственной связью состояний психологического кризиса с феноменом самоубийства. В связи с этим приобретает большое значение деятельность различных звеньев кризисной службы, что определяет задачи психопрофилактических мероприятий для предотвращения суицидных действий.

В Тамбовской области суицидологическая служба до недавнего времени (с 1998 года) была представлена только отделением «Телефоном доверия». В 2012 году в Тамбовской области на базе соматической поликлиники был открыт кабинет медико-социально-психологической помощи, где ведут прием врач-психотерапевт, медицинский психолог и социальный работник. Кабинет психологической помощи предназначен для оказания профилактической и консультативно-лечебной помощи лицам, добровольно обратившимся в связи с кризисными, суицидоопасным состоянием. Задачи кабинета: восстановление психосоматического здоровья; открытие внутренних ресурсов личности, гармонизация личности пациентов; работа с острым горем; выход из острой травмирующей ситуации; работа с пациентами при тяжёлых соматических патологиях. За первые полгода работы в кабинет обратились 168 человек (женщины – 104; мужчины – 44; подростки – 20). Была оказана следующая помощь: 88 – оказание экстренной психологической помощи; 72 – курс психологического консультирования, включающий в себя методы психотерапевтической коррекции (2 и более встречи); 100 – консультации врача-психиатра. Основные причины обращения: психосоматические и невротические расстройства (34%); проблемы пубертатного периода (детско-родительские отношения, проблемы взаимоотношения со сверстниками (46,5%); проблемы зависимости и созависимости (4,2%); состояние, связанное с разрывом партнерских отношений (8,3%); состояние острого горя (потеря мужа, утрата отца и т.д.), (3,5%); чувство внутреннего одиночества, ситуационно и внешне обусловлено (3,5%).

Современная суицидологическая служба – это, прежде всего, социально-психиатрическая и психолого-психотерапевтическая профессиональная организация, работающая в рамках биопсихосоциальных представлений о человеке.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА В МОСКВЕ

Стельмах И.А., Кожекин И.Г.

Москва, Психиатрическая больница № 14

Суицидологическая служба ПНД работает с 2009 г., с введением ставки психиатра-суицидолога.

С февраля 2013 г. функционирует кабинет социально-психологической помощи при кризисных состояниях (КСПП).

Цель исследования: определение факторов, влияющих на эффективность работы по выявлению, курации и превенции суицидоопасных состояний.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-социальных характеристик всех больных ПНД №10 ЮАО Москвы, выявленных участковыми психиатрами, с наличием суицидальных мыслей или намерений, совершивших суицидальные попытки в данном году, в течение последнего года и/или имеющих суицидальные эпизоды в анамнезе; использовались годовые отчеты (форма №36) «Контингента психических больных»; проводился анализ списков лиц с суицидоопасными проявлениями, находившихся на лечении в ПБ района прикрепления по данным ПБ, а также суицидоопасных проявлений по ответам ОВД ЮАО Москвы. Использованы клинические, клинико-психопатологические (уровень суицидального риска, шкал суицидального риска Г.Б.Старшенбаума, оценки угрозы суицида Ромен, патопсихологические предикты суицидальности как депрессия (HDRS), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Безнадежность (шкала Бека), Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS), Posner K. Brent D.), проективные рисуночные тесты.

Результаты и их обсуждение. За 2009-2012 г. выявляемость суицидентов возросла в 8,5 раз (с 34 до 288 человек) как результат активной работы суицидологов с участковыми психиатрами, ПБ и ОВД района обслуживания. Зарегистрировано 218 суицидальных попыток, из них 144 (66%) – на «Д», 74 случая (34%) – на «К» наблюдении; «группу риска» составили 69 больных (24%), 49 (71%) из них на «Д», 20 (29%) – на «К» наблюдении. Организация преемственности в работе с ПБ территориального прикрепления обеспечила информацию о 69 больных с суицидоопасными проявлениями за 2009-2012 гг. 44 из них (63,8%) под наблюдением ПНД: 25 больных (56,8%) – на «Д», 19 (43,2%) – на «К» наблюдении. Больные взяты под наблюдение суицидологом КСПП, при этом 29 (42%) больных к психиатрам и суицидологам не обращались, лечебно-реабилитационные мероприятия превентивного плана не проводились. По результатам взаимодействия с органами ОВД составлен список из 158 суицидентов, 113 (71,5%) из них относятся к району обслуживания ПНД. Только 29 (25,3%) наблюдаются в ПНД (9 на «Д», 20 на «К») Э, но 81 (71,7%) суицидентов в ПНД не обращались. Отсутствие законодательной базы межведомственного и внутриведомственного взаимодействия препятствует организации преемственности на должном уровне. Так, на 62 запроса в ОВД получено только 25 ответов (40,3%). За весь период работы суицидологической службы ни один суицидент не был направлен городским Телефоном

Доверия (ТД) в КСПП. Отсутствие ТД в структуре КСПП как начального звена трехзвенной суицидологической службы, значительно затрудняет и снижает выявляемость суицидентов, «удлиняет» их путь к получению специализированной помощи. Возрождение единой диспетчерской службы, возобновление отправки в ПНД «экстренных извещений о суицидальной попытке» Скорой помощью (приложение № 1 к Приказу ДЗМ № 44 от 06.03.1995г.), направление выписных эпикризов суицидентов не только в ПБ, но и в ПНД при переводе больных из НИИ СП могло бы обеспечить своевременность выявления и оказания комплексной специализированной помощи суицидентам. Реализация современных тенденций организации психиатрической помощи лицам с суицидоопасными проявлениями в должной мере возможно с использованием полипрофессиональных форм обслуживания пациентов. Отсутствие психолога и социального работника в нашем КСПП ощутимо в организации практической работы. Суицидолог-психиатр, суицидолог-психотерапевт, медицинский психолог, социальный работник – состав междисциплинарной бригады, базирующейся на свободном взаимодействии и обмене знаниями и опытом между специалистами разных, но связанных дисциплин, и подчиненных общей клиент-обусловленной цели, в деятельности которой входит ведение индивидуального случая. Именно такая форма работы может обеспечить эффективную адресную лечебно-профилактическую работу по профилактике суицидов, а также широкое внедрение психосоциальных вмешательств, психообразование больных и родственников больных. Существующая система статистического учета федерального уровня (форма №6) ограничивается регистрацией общего числа суицидов, из них завершённых/незавершённых с указанием осуществления динамического или консультативного наблюдения. Необходимо достоверное отражение в отчетах всего многообразия «суицидального поведения» (E.Stanley, J.Barter), т.е. суицидальных мыслей, намерений, высказываний, угроз, суицидальных попыток, завершённых суицидов, а также данных о возрастных, гендерных особенностях, мотивах и способах суицидов, патохарактерологической картины, особенностях личности, т.е. всего перечня ключевых моментов, характеризующих суицидальное поведение. Отсутствие достоверной статистической информации затрудняет организацию и анализ проведенной работы.

Выводы: организация суицидологической службы в ПНД требует дальнейшего развития, совершенствования, инновационного подхода во внутриведомственном, межведомственном взаимодействии и в статистической отчетности.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ В СТОЛИЧНОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Магурдумова Л.Г., Холодова Е.М.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ,
филиал № 2 ПБ № 3 им. В.А. Гиляровского

Цель исследования: изучить особенности суицидального поведения позднего возраста.

Материалы и методы. выборка непсихотических суицидентов >55 лет филиала №2 ПБ №3

Результаты и их обсуждение. В 55-65 лет кризисные ситуации с суицидальным риском формируются по типу амбивалентного поведения. На фоне затянувшегося психотравмирующего события, семейных конфликтов с утратой понимания поколений, разводов, изменения стереотипа жизни с падением социально-трудового престижа, снижением физической и сексуальной активности, возможностей и желаний в сочетании с начальными когнитивными расстройствами появляется непреодолимая, навязчивая потребность изменить угнетающе тоскливое настроение, но «силы ограничены», «связи потеряны», одолевают пессимистические переживания с мыслями о смерти, но нет активного желания окончить жизнь самоубийством. Напротив, пациенты постоянно обращаются за помощью, но при этом способны неожиданно, порою из-за грубого слова, совершить суицидальную попытку любым доступным способом. В 65 лет и старше суицидальное поведение формируется на фоне возрастного угасания, психологической ригидности, «отождествления» естественной смерти с самоубийством – «смертью без её ожидания» - на фоне коморбидной депрессии с доминированием пессимистической оценки повседневной жизни, часто в одиночестве, забвении с наплывом воспоминаний «хорошего, светлого» прошлого и ожидания «ужасного» будущего. В 85 лет и старше у социально изолированных, беспомощных с сочетанной сомато-неврологической патологией, хроническим болевым синдромом, резким ограничением возможностей общения, самообслуживания формируется суицидальное поведение типа «отвращения к жизни». Суицидальные попытки позднего возраста отличаются особо brutальными методами, нацеленными на смерть (прыжки с высоких этажей, мостов, под поезд, под автобус, уход в глухие места, на мороз).

Выводы: кризисные состояния позднего возраста сопряжены с высоким суицидальным риском. Пожилые суициденты нуждаются в комплексной помощи кабинетов социально-психологической помощи. Межпрофессиональные и межведомственные программы профилактики следует развивать с учетом особенностей возрастного этапа, в котором формируется суицидальная опасность на фоне кризисных ситуаций.

КАЧЕСТВО ОСВЕЩЕНИЯ ГАЗЕТОЙ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Гладышева А.Г., Любов Е.Б.

Москва, Московский научно-исследовательский институт
психиатрии Минздрава РФ

Печатные и электронные СМИ, возможно, повышают риск подражательного суицидального поведения уязвимых лиц; межведомственная разработка рекомендаций для профессионалов СМИ с целью повышения качества сообщений служат интегральным элементом типовых местных и государственной программ предупреждения суицидов.

Цель исследования. Оценка сообщений о суицидальном поведении в печатных СМИ на примере популярной газеты по ранжиру критериев качества ВОЗ (Е.Б.Любов, 2012).

Материалы и методы. Изучены выпуски в течение года (1,04.2012-01.04. 2013 г.) ежедневной газеты «Комсомольская правда», распространяемой по всем регионам РФ тиражом 655 000 экземпляров и представленной и Интернет версией, ориентированной на молодежного читателя.

Результаты и их обсуждение. Опубликовано 17 развернутых сообщений с фотографиями и видео-роликами (Интернет-версия) и 3 заметки (не более 13 строк) о самоубийствах. Две – повествуют о двойном самоубийстве (суицидальном договоре) девочек-подружек и молодой пары супругов; 8 сообщений (40%) посвящено самоубийствам подростков (5 девочек и 3 мальчика); по 2 – о самоубийствах призывников на военную службу и молодых сотрудников (мужчина и женщина) следственных органов, одно самоубийство молодой женщины (без указания возраста); в пяти жертвы: три мужчины 35-40 лет, по одному 57 и 80 лет. Две статьи повествуют о суицидах актера и политика. В большинстве (90%) статей приведены фотографии жертв, домов, в которых произошла трагедия, включая ракурс из окна, из которого совершено падение, мест падения, похорон. Во всех сообщениях подробно описаны способы суицида: в 11 случаев из 20 – падение с высоты, шесть самоповешений, по одному отравлению и посредством огнестрельного оружия. В половине статей приведены интервью «по свежим следам» с близкими погибших, включая несовершеннолетних приятелей. Авторы романтизируют и упрощают причины самоубийства: девушки кончают с собой из-за несчастной любви, мужчин доводят до самоубийства «травля» окружающих, скандалы в семье (косвенно обвиняются в доведении до самоубийства отдельные лица). Косвенно проводится мысль, что каждый при неблагоприятных жизненных обстоятельствах может в самоубийстве найти выход из тяжелой жизненной ситуации. Только в одном сообщении указаны психические проблемы жертвы (девушка страдала депрессией), в трех статьях самозванные эксперты-психологи безапелляционно указывающими мотивы суицида («после этого –

значит, из-за этого») без каких-либо рекомендаций, как можно избежать беды.

Выводы. Содержание сообщений суицидальной тематики в популярной российской газете мало внимания уделяют группам риска и мишеням профилактической антикризисной помощи: мужчины среднего возраста, злоупотребляющие психоактивными веществами, часто как средство самолечения не выявленного вовремя депрессивного расстройства или личностных расстройств, а также одиноким, отягощенным соматическими расстройствами, пожилым. Вместе с тем резонанс вызывают суициды подростков и статистически нетипичные формы суицидального поведения. Не указаны ресурсы антикризисной помощи. Необходимо изучение качества сообщений печатных и электронных СМИ и разработка рекомендаций для ответственного освещения темы как типового элемента многоуровневой антисуицидальной программы.

ПРОСУИЦИДНЫЕ И АНТИСУИЦИДАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ИНТЕРНЕТА

Кабизулов В.С.

Москва, Медицинский институт
усовершенствования врачей

Цель. Анализ просуицидных и антисуицидальных факторов Интернета и оценка возможностей совершенствования программы предотвращения самоубийств посредством электронных СМИ.

Материалы и методы. Изучено в течение шести месяцев содержимое интернет-страниц просуицидной и антисуицидальной направленности отдельных сайтов и форумов, молодежных и подростковых групп социальных сетей, тематических чатов и дневников.

Результаты и их обсуждение. Выявлено пять страниц с прямыми призывами к суициду, 11 – с пропагандой суицида и косвенными к нему призывами, 215 страниц с описанием способов самоубийства, 112 сообщений о поиске партнёра для группового самоубийства, 3 сообщения о поиске партнёра для суицида, два сообщения с предложением услуг активной эвтаназии, одно сообщение о поиске наблюдателя суицида. Найдены десятки интернет-магазинов и сетевых торговцев, способствующих повышению доступности средств самоубийства и суицидальных попыток. На поиск данной информации требуется минимальное время, и это малая часть просуицидного интернет-контента. Составлен список интернет-ресурсов, содействующих предотвращению самоубийств.

Выводы. Просуицидные и антисуицидальные факторы Интернета систематизированы. В связи с многомиллионной аудиторией Интернета в

России, необходимо развитие суицидологической службы и деятельности в отечественном интернет-сегменте при взаимодействии профессионалов (врачей, психологов, педагогов, специалистов в сфере информационных технологий и СМИ). Проведена работа по пресечению распространения суицидальных идей и инструкций по способам самоубийства при помощи системы «Единый реестр доменных имён, указателей страниц сайтов в Интернете и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты, содержащие информацию, запрещенной в РФ».

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ВИРТУАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ В ПРАКТИКЕ КБТ

Харитонов С.В.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава России

Возможности дистанционного консультирования велики, чему содействует широкое распространение Интернет-технологий. К интернету часто обращаются больные в поисках медицинской помощи и интересуются возможностями online консультирования. Наиболее популярны следующие инструменты online консультирования: Skype, ISQ и электронная почта, доступные пользователям интернетом. Однако возможности программ и их ограничения не установлены.

Цель исследования: определить востребованность пациентами и врачами популярных способов виртуального общения для консультирования когнитивно-поведенческими методами.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 124 пациента, получавшие разные формы online консультирования в процессе долгосрочной (около 1 года) когнитивно-поведенческой терапии. Во вторую группу респондентов включены 12 практикующих психотерапевтов, применяющих методы когнитивно-поведенческой психотерапии и имеющие опыт online консультирования. Оценки удобства и полезности тех или иных программ оценена группами пациентов и специалистов по 10-бальной визуально-аналоговой шкале. Всем участникам исследования предложено указать наиболее предпочитаемую программу: Skype, ISQ и аналоги, электронная почта.

Результаты исследования. Наиболее популярно, по оценкам пациентов и психотерапевтов, online консультирование – электронная почта. Полезность и удобство почты пациенты оценивают несколько ниже, чем психотерапевты. Часть пациентов считает ISQ очень полезной программой и готовы обсуждать проблемы в таком режиме, по крайней мере, частные вопросы по следам прошедших сессий. Многие специалисты пренебрегают данной формой online консультирования и не счита-

ют ее актуальной. Относительно программы Skype мнения пациентов и специалистов о возможности применения данного online консультирования совпали, когда речь шла о невозможности очного консультирования. Однако пациенты считают, что эта программа должна применяться в случаях экстренного консультирования чаще, в отличие от специалистов из которых только трое посчитали такое консультирование целесообразным. Вероятно, большинству специалистов трудно постоянно присутствовать в online, в этой связи Skype и ISQ оказались популярнее у пациентов, чем у психотерапевтов.

Обсуждение. Результаты свидетельствуют с одной стороны, о ряде достоинств методов виртуального консультирования. С другой стороны, существенны недостатки каждого метода, что ограничивает возможности их практического применения. Таким образом, наиболее перспективным направлением можно считать поиск путей синтеза и включения виртуальных методов терапии в программу лечения.

СУИЦИДОЛОГИЯ НА СТРАНИЦАХ СЕТЕВОГО ИЗДАНИЯ «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В РОССИИ» -WWW.MPRJ.RU

Урываев В.А.

Ярославль, Ярославская государственная медицинская академия.

Электронный научный журнал представляет с 2009 г. виртуальную площадку для обсуждения актуальных проблем медицинской психологии. У сетевого издания ряд преимуществ: неограниченные «тираж» объем публикаций, выразительность изложения (цветные фото, видео- и аудиоматериалы, мультимедийное оформление текста), экономичность, оперативность и гибкость работы. Возрастает значение свободного доступа к сетевым СМИ через мобильные средства коммуникации (айфоны, айпады, смартфоны). Журнал работает и как часть информационного портала «Медицинская психология» (медпси.рф). Портал за пять лет ответил на более 1 млн. запросов пользователей из 50 стран мира. Только за последний год материалы журнала запрошены более 230 000 раз. Проблемы суицидологии подняты в журнале (№2(13) 2012) А.Б. Холмогоровой и С.В. Воликовой, изучившими факторы суицидального риска подростков на основе психосоциальной модели расстройств аффективного спектра. Интерес к работе отражен в запросах читателей: >3 200 за год. В 2013 г. № 2 (19) стал тематическим, посвященным теме суицидологии и приуроченным к 100-летию рождения профессора Московского НИИ психиатрии А.Г.Амбрумовой. Закономерно номер открыт статьей Е.Б. Любова и В.Е. Цупруна «Век, время и место профессора А.Г. Амбрумовой

в отечественной суицидологии». Остальные материалы номера также востребованы читателями: за неполный месяц номер набрал более 2000 заявок на чтение публикаций. Перечислим статьи: Н. Агазаде (Баку). Первая психологическая помощь в доклинической практике; И.В. Борисов, Е.Б. Любов (Москва). Диагностика и экзистенциальная психотерапия суицидального поведения; А.Н. Корнетов (Томск) Межведомственная антикризисная суицидологическая помощь в системе социального обслуживания населения Томской области; Н.И. Распопова (Алматы). Основные тенденции распространенности суицидов в Республике Казахстан; Р.В. Бисалиев, Л.Ф. Фурси (Астрахань). Особенности патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом с суицидальным поведением; Г.С.Банников, К.А.Кошкин (Москва). Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи); А.В.Меринов, О.Ю.Сомкина (Рязань). Влияние развода на суицидологические и личностно-психологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью; Б.С.Положий, Е.А.Панченко (Москва). Профилактика повторных суицидальных действий у лиц, совершивших покушение на самоубийство; А.Б. Холмогорова (Москва) Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития; Е.Ю.Соколов, А.Н.Паршин (Москва). Психические расстройства при боевом стрессе и их профилактика; К.А.Чистопольская, С.Н.Ениколопов (Москва). Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки; С.В.Харитонов, В.Е.Цупрун, А.Н.Паршин (Москва). Программа включения родственников в превенцию суицидов у больных с личностными расстройствами; П.Б. Зотов (Тюмень). Типы внутренней картины болезни и суицидальная активность больных злокачественными новообразованиями; И.Е.Куприянова, И.С.Карауш, Б.А. Дашиева (Томск). Особенности суицидального поведения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья; Н.М.Попова, Е.Д.Счастный, Ю.Н.Горбачевич (Томск) Клинические особенности суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте; Е.Б.Любов, М.В. Морев, О.И.Фалаева (Вологда). Суициды: социоэкономическое бремя в России; О.П.Ворсина (Иркутск). Клинические, социально-демографические и этнокультуральные особенности суицидального поведения населения Усть-Ордынского Бурятского округа; А.И.Чеперин, О.Н. Степанова, Е.А. Белебева, И.Н. Мурина, В.Е. Чиряков (Омск). Новые подходы к организации кризисной помощи: опыт суицидологической службы города Омска. Таким образом, специалисты получили в свое распоряжение срез научных исследований, проводимых в различных центрах РФ и в странах СНГ. В рамках портала «Медицинская психология» главный редак-

тор журнала «Суицидология» П.Б.Зотов ответил на множество вопросов специалистов, интересующихся проблемами суицидологии. Продолжением темы стала публикация в №3(20) 2013 статьи Н.Агазаде (Азербайджан) «Психологическое притеснение (харассмент) на рабочем месте и психологические проблемы, сопровождающиеся суицидальными тенденциями».

Итак, сетевое издание обеспечивает открытый бесплатный доступ широкому кругу специалистов к широкому ряду тематических материалов и ресурс интерактивного общения. Намечены несколько направлений работы: 1) оперативные сообщения ведущих специалистов в области суицидологии; 2) монографии, статьи и журналы из библиотеки Информационного портала; 3) личные контакты с специалистами; 4) фото- и мультимедиа- иллюстрации для занятий по профилактике суицидального поведения; 5) планируемый порталом форум (форумов) по профилактике суицидального поведения и проблемам антикризисной терапии.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРАКТИКА РЕГИОНАЛЬНЫХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ: ТИПОВЫЕ БАРЬЕРЫ И РЕЗЕРВЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Любов Е.Б.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ.

Цель исследования. Изучение структуры и функции региональных суицидологических служб РФ.

Материал и методы. Опрос в 2011-2012 гг. всех главных психиатров субъектов РФ по оригинальному структурированному опроснику.

Результаты и их обсуждение. Получены данные из 53 (из 83) субъектов РФ: Бурятия. Владимирская область, Иркутская область, Кировская область, Липецкая область, Марий Эл, Москва, Пермская область, Омская область, Оренбургская область, Рязанская область, Ставропольский край, Тамбовская область, Тульская область и другие. Общие (типовые) проблемы служб следующие. Несистематический (нестандартизованный) статистический анализ суицидального поведения населения. Полноценные службы (типовая трехчленная модель А.Г.Амбрумовой: телефон доверия с выделенными линиями для детей и подростков, кабинет социально-психологической помощи, кризисный стационар) функционируют в единичных регионах страны. В ряде регионов нет звеньев суицидологической службы. Функциональная и структурная разорванность звеньев службы. Сложность преемственности помощи и контроля суицидентов. Малая доступность помощи сельскому населению. Отсутствие целевого подхода оказания антикризисной помо-

щи (выделение возрастных, профессиональных и клинических групп населения с наиболее высоким риском суицидального поведения). Опора служб на психиатрические учреждения. Незаботанные функциональные обязанности (нормативы нагрузки) работников. Зачаточное состояние бригадного (полипрофессионального) подхода. Отсутствие критериев оценки эффективности и качества звеньев суицидологической службы. Дефицит специально подготовленных кадров службы, а также врачей первичного звена. Малое привлечение ресурсов общества: добровольцев, религиозных и благотворительных организаций, общественных организаций. Отсутствие рекомендаций для ответственного освещения темы суицидов СМИ и недостаточное их привлечение в деле профилактики суицидального поведения.

Выводы. Происходят разнонаправленные процессы становления и распада звеньев суицидологической службы вне связи с актуальной ситуацией с суицидальным поведением населения региона. Необходима разработка многоуровневых межпрофессиональных и межведомственных региональных программ антикризисной помощи населению с опорой на научно доказательный подход. Объективизация социально-экономического бремени суицидального поведения в отдельных группах высокого риска и на региональном уровне служит обоснованием развития стратегий предупреждения принципиально обратимой смертности и болезненность населения.

АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ И БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОДУХОВНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ РАЗДЕЛОВ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНЫ

Носачев Г.Н.

Самара, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава»

Ни XX век, ни начало XXI века не сформировали общей, комплексной науки о человеке. Есть большое число конкретных, социальных наук, изучающих человека в определенной проекции, создающих идеальные модели отдельных сторон многогранного феномена человека. Но эти модели и знания о человеке существуют сами по себе, не пересекаясь и не соединяясь. Особенно отчетливо это видно в медицине и психологии. Это приводит В.М.Дильмана (1987) к выводу о необходимости создания интегральной медицины, Ю.П.Лисицына (2001) – созданию психологической медицины. В современных условиях существует практическая необходимость в интеграции наук о человеке в единую комплексную дисциплину - человековедение, или антропологию. Общая антропология сегодня исследует проблемы становления человека и развития его как биосоциального существа. В настоящее время выделяют целый ряд частных антропологий: от педагогической Ушинского до социальной (культурной) антропологии. Правильнее говорить об антропологическом подходе в конкретных науках. На обобщающий методологический подход претендует философская антропология, исследующая вопросы о природе, смысле существования человека, отличие от других форм жизни. Главный вопрос антропологического принципа (подхода) в конкретных науках - это вопрос о сущности человека, путях, средствах и сфере её становления и умирания. Такой важнейшей сферой человеческого бытия является медицина - система научных знаний и практической деятельности, целью которых является укрепление и сохранение физического и психического здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека. Как и любая другая сфера общественной жизни и сознания (экономика, политика, право, образование и др.), медицина предполагает научное обоснование, то есть рефлексию условий, особенностей, устройства, закономерностей и тенденций функционирования и изменений в норме и патологии, здоровья и болезни, основных проявлений соматических, неврологических и психических заболеваний. Научное обеспечение медицины реализуется комплексом биологических и клинических дисциплин. Клинические дисциплины в медицине всё больше дифференцируются, и, хотя все они касаются человека, его органов и систем, в то же время всё дальше и дальше уходят от человека и феноменов человеческого бытия в целом. Главное место в новой системе

антропологически ориентированных наук, включая медицину, в частности психиатрию, и образование врачей, должно основываться на антропологической философии и психологии и принадлежать биопсихосоциальнодуховной модели человека. Родившись в недрах социальной службы и сформированный для целей работы и отношений с клиентом (поведение, индивидуальность), теоретически обоснованный Х.Перлманом, биопсихосоциальный подход в отечественной психиатрии вырос до биопсихосоциальной модели (В.Н.Краснов, Н.Г.Незванов и др.). К сожалению, данные парадигмы, разрабатываемые в российской психиатрии, особенно в психотерапии (Б.Д.Карвасарский, Г.Н.Носачев), остаются малоизвестными в соматической медицине. Основу концепции гуманизации высшего медицинского образования и этиологии врача должна составлять философско-этически-экологически ориентированная социально-психологическая теория личности современного врача при биопсихосоциальнодуховной парадигме человека в норме и патологии, в здоровье и болезни, адаптации и дезадаптации, компенсации и декомпенсации. Биопсихосоциальная концепция (модель) человека в норме и патологии, отдельные религиозные духовные практики достаточно широко вошли в современную отечественную психотерапию. Однако вопрос «духовности», «духа» в психологии, а особенно в психотерапии, тем более – в психиатрии и медицине в целом далеки от разрешения. Личность предстаёт в осознании и самосознании как виртуальный объект, образуемый собственным мышлением путём проекции некоторых («лично значимых и оцениваемых») особенностей своего поведения и переживаний на себя как на субъекта. Личность складывается из проекции свойств комплекса «Я» на внутренний и внешний мир индивида: первое – умственной (когнитивной) деятельности в себе, 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». Болезнь соматическая, неврологическая, психическая, наблюдаемая у индивида, отличается индивидуальностью, вовлекает личность, а нередко и меняет её (психозы, неврозы, расстройства личности), нарушая функционирование личности с нестабильной саморефлексией, невысоким и неустойчивым уровнем самооценки и обилием внутренних и внешних противоречий. В процессе общения в системе «врач-пациент» происходит представление двух потоков информации и происходит работа с личностью и надличностной структурой, к которой следует относить духовную составляющую. По мере становления и развития, адаптации или восстановления внутреннего мира человек приобретает всё большую возможность проектировать его на внешний мир, проявляя активность и возможность при-

способливать его под свои запросы и потребности (адаптация и реабилитация пациента). Следовательно, в процессе жизнедеятельности человека (удовлетворения своих потребностей) 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. Духовность включает активность (движение и подвижность), содержательность, отражение и отражённость, а также информативность и информированность. Таким образом, духовность через содержательность, в первую очередь, сводится к информации и её познанию. Выделяют три родственных понятия: «информационность», «информированность», «информативность». «Информационность» является базовым свойством живой и неживой материи, включающей информативность объекта и информированность индивида. «Информативность» - это мера информации, которая содержится в любом носителе, в частности, в пациенте: рассказ (интервью), осмотр, текст и 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 потоке информации в социальном мире. Стратегия использования антропологического и биопсихосоциально-духовного подхода - в осмыслении его как интер- и трансдисциплинарного целого в науке о человеке и соотносительности их друг с другом. Разработка всех трёх уровней научной психиатрии: объективной (биологической, трансляционной), ментальной и языковой, их соотносительность друг с другом постепенно приведёт к отказу от метафизических интерпретаций и позволит соотнести психиатрию не только в качестве самостоятельной дисциплины, но и интегрирует её в другие медицинские дисциплины (как это происходит с неврологией) в качестве прагматического метода (клинико-психопатологического, этологического, психотерапевтического, реабилитационного) с концепцией истины и этической ответственности, как в медицине, так и психологии. Тактика использования этих концепций в клинической и социальной психиатрии включает в себя место и роль их видов и методик в системном планировании превентивно-предиктивной, лечебно-профилактической, реабилитационной и медико-социальной деятельности при тех или иных психических и поведенческих расстройствах (заболеваниях, синдромах, реакциях и расстройствах

поведения и личности) с последующей коррекцией индивидуальной тактики на разных этапах медицинской реабилитации в отношении конкретного пациента, клиента, субъекта деятельности, личности в микро- и макросоциуме и гражданина в правовом и гражданском обществе.

РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ОНКОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ НОЗОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ)

Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К., Скалон А.Д.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Введение. Актуальность исследования коморбидности расстройств шизофренического спектра (РШС) и злокачественных новообразований обусловлена не только высокой распространенностью РШС у онкобольных (4.1%, что в несколько раз превышает популяционный уровень), но и значительным влиянием на процессы диагностики, лечения, а также прогноз онкозаболеваний: больные с РШС часто обращаются за медицинской помощью несвоевременно, приводит к существенному сокращению сроков выживания. Кроме того, пациенты с РШС нередко игнорируют выявленное онкозаболевание, отказываясь выполнять рекомендации онкологов (либо, наоборот, проявляют повышенную тревожность, требуя медицински необоснованных дополнительных обследований и лечения), нарушают режим противоопухолевой терапии, обнаруживают другие аномальные формы поведения в условиях онкостационара.

Цель исследования: изучение нозогенных реакций, формирующихся в ответ на развитие онкопатологии у пациентов с РШС и разработка клинической типологии изучаемых нозогений.

Материалы и методы. 55 (38 женщин и 17 мужчин) онкологических пациентов с РШС, наблюдающихся в РОНЦ им. Н.Н. Блохина и давших добровольное согласие на участие в исследовании. Основной метод – клинический. Диагностическая процедура осуществлялась на основе непосредственного обследования больных и включала анализ психического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений, а также медицинской документации.

Средний возраст на момент обследования составил 49.7 ± 11.6 лет (диапазон от 26 до 75 лет), на момент развития реакции 46.4 ± 13.9 лет. Все пациенты в период участия в исследовании проходили очередной курс химио-/ лучевой терапии или находились в пред-/ послеоперационном периоде хирургического лечения злокачественных новообразований. В зависимости от локализации злокачественных новообразований пациенты распределялись следующим

образом: j пациентов (14 из 55, 25%) страдали раком молочной железы, по 10% и более приходится на рак толстой кишки, соединительной ткани, легких и на гемобластозы.

Психиатрические диагнозы в изученной выборке включают приступообразно-прогредиентную шизофрению (в стадии ремиссии) – 11 больных, малопрогредиентную шизофрению (12 больных), шизоидное (4 больных), паранойальное (8 больных) или шизотипическое РЛ (20 больных).

Следует подчеркнуть, что до развития рака у психиатров наблюдались 13 из 55 больных, в то время как после развития рака по экспертной оценке в психофармакотерапии нуждались (помимо 13 уже получавших лечение) ещё 28 пациентов, никогда до этого не лечившихся (всего – 75%); состояние 14 пациентов психофармакологической коррекции не требовало.

Результаты. Среди обследованных 55 больных шизофренией/РШС у большинства (n=50, 90%) не зафиксировано обострения течения эндогенного процесса в ответ на развитие онкологического заболевания – диагностированы нозогенные реакции, сопровождающиеся некорректными представлениями о заболевании, его лечении и прогнозе, а также нарушениями комплаентности и медицинского поведения, выраженными в различной степени [Смулевич А.Б. и соавт., 2003], в то время как у 5 больных (10%) констатирована экзацербация вялотекущей/латентной шизофрении.

Выделенные типы нозогений у пациентов изученной выборки, реализующиеся в рамках психопатических реакций на болезнь, нозогенных реакций со «сдвигом почвы» (эндоформных), аффективно-бредовых нозогений и нозогенно провоцированной экзацербации шизофрении могут быть представлены в виде континуума, отражающего как регистр психопатологии (от психопатических реакций до тяжелых форм реагирования), так и уровень (степень) соучастия эндогенно-процессуальных и конституциональных факторов в формировании реакций.

Максимальный вклад эндогенно-процессуальных факторов наблюдается при нозогенных экзацербациях малопрогредиентной паранойальной шизофрении в ответ на развитие рака, затем тяжесть регистра психопатологии снижается до уровня аффективно-бредовых психозов (по типу паранойи желаний – Wunschparanoja) и аффективных эндоформных нозогений, далее – до личностной патологии (истеро-гиперэстетические нозогенные реакции («реакции нормального горя») и реакции с явлениями аберрантной ипохондрии, в генезе которых преобладают конституциональные факторы).

Выводы: нозогенные реакции у онкобольных с РШС отличаются гетерогенностью и могут быть представлены в рамках континуума, отражающего параллельное нарастание тяжести психопатологи-

ческих нарушений, связанных с ними аномалий поведения, прежде всего в контексте комплаентности терапии онкологического заболевания, и доли участия шизофрении и РШС в клинической картине и закономерностях динамики нозогений. Выделенные варианты клинической динамики РШС и шизофрении под влиянием обстоятельств, связанных с онкопатологией, требуют дифференцированного подхода к выбору методов лечения с учетом синдромальной структуры, особенностей аномального поведения в болезни и закономерностей формирования нозогений.

АФФЕКТИВНЫЕ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СОМАТОТРОПИНОМАМИ ГИПОФИЗА

Александрова М.М., Бобров А.Е.,
Старостина Е.Г.

Москва, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова;
ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России;
ГБУЗ МО МОНИКИ им. Владимирского

Соматотропинома - аденома передней доли гипофиза, продуцирующая соматотропный гормон (СТГ), что у лиц с завершённым ростом приводит к развитию акромегалии. Вопрос о влиянии тропных гормонов гипофиза на психическое состояние мало изучен. Есть разрозненные данные о повышенной частоте аффективных расстройств при различных гормон-продуцирующих опухолях гипофиза.

Цель: выявление и анализ встречаемости аффективных и тревожных расстройств при соматотропиномах гипофиза.

Методы: одномоментное когортное исследование больных АМ в отд. эндокринологии МОНИКИ. Диагноз аденомы гипофиза верифицировался с помощью МРТ головного мозга (с контрастированием), гормонального обследования. Диагнозы психических расстройств ставили по критериям МКБ-10 с помощью клинико-психопатологического метода, также применялся краткий международный нейропсихиатрический опросник MINI и опросник HCL-32 в качестве скрининга на гипоманиакальные эпизоды в анамнезе.

Результаты. Обследовано 118 больных АМ (97 Ж, 21 М) в возрасте 55,5+-13,1 [21-80] лет. Расстройства настроения наблюдались у 38/118 (32,2%) больных, из них: биполярное аффективное расстройство у 18 (15,3%), рекуррентная депрессия у 11 (9,3%), циклотимия у 6 (5,1%), дистимия у 4 (3,4%). По HCL-32 44/118 (37,3%) имели результат выше 14, что позволяет предположить наличие гипоманиакального эпизода в анамнезе, по результатам клинической беседы подтвердился у 29/118 (24,6%). Из пациентов с выявленными гипоманиакальными эпизодами в анамнезе имели кроме того депрессивный эпизод в анамнезе – 7 чел., текущий депрессивный

эпизод либо текущий гипоманиакальный эпизод – по 3 чел., текущий диагноз смешанный эпизод либо дистимия – по 2 чел.; у 12 не было др. аффективных расстройств. Только у 6 чел. с текущим депрессивным эпизодом/дистимией не было в анамнезе гипоманиакальных эпизодов. Тревожные расстройства выявлены у 12/118 (10,2%) пациентов, причем генерализованное тревожное расстройство – у 6 (4,3%), органическое тревожное расстройство и фобии – по 3 (2,6%). Расстройство адаптации выявлено у 3/118 (2,6%) больных.

Выводы. 1. Частота встречаемости аффективных расстройств, в особенности БАР, при соматотропиномах превышает популяционную (для БАР - 3-6%), а также превышает распространенность аффективных расстройств у больных тяжелой соматической патологией, что можно объяснить влиянием СТГ на функциональные системы, участвующие в регуляции эмоций и настроения.

2. Высокая частота БАР и гипоманиакальных эпизодов в анамнезе может быть связана с психоактивирующим, стимулирующим действием СТГ.

ИНТЕРФЕРОНИНДУЦИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ

Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А.,
Тихонова Ю.Г.

Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Хронический гепатит С (ХГС) является одной из наиболее важных проблем современной клинической медицины. Высокий эпидемический потенциал (по данным ВОЗ вирусом гепатита С инфицировано около 2% населения мира), риск развития заболевания преимущественно у лиц молодого и среднего, т.е. трудоспособного, возраста обуславливает выраженную социальную значимость проблемы. Противовирусная терапия (ПВТ) хронического гепатита С препаратами интерферона в настоящее время является единственным методом лечения с доказанной эффективностью. ПВТ имеет ряд выраженных побочных эффектов, среди которых значительное место занимает развивающаяся при применении интерферона депрессия.

Целью исследования являлось комплексное клиничко-психопатологическое изучение психических нарушений у больных ХГС, получающих противовирусное лечение, определение факторов, влияющих на развитие и структуру психопатологических нарушений, сравнительная оценка психотерапии различными антидепрессантами и разработка дифференцированных рекомендаций по терапии данной категории больных.

Методы: проведено проспективное исследование больных ХГС старше 18 лет, получавших ле-

чение препаратами интерферона. Из исследования были исключены больные шизофренией и шизоаффективным расстройством; с тяжелой соматической патологией, приводящей к появлению дополнительной психопатологической симптоматики; больные, злоупотреблявшие психоактивными веществами (ПАВ), включая алкоголь, в течение 6 месяцев до начала ПВТ.

Для оценки состояния больных использовались клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический методы; применялись стандартизированные психометрические шкалы: шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессий (MADRS), шкала Бека для самооценки тяжести депрессии (BDI), шкалы оценки патологического влечения к алкоголю и к наркотикам (ПВА и ПВН).

Для лечения депрессий у больных ХГС применялись антидепрессанты (АДП), различные по механизму действия и по спектру психофармакологической активности: мirtазапин; тианептин; миансерин; пароксетин; флувоксамин; эсциталопрам; пирлиндол; amitриптилин; кломипрамин. Терапия АДП оценивалась как эффективная, если отмечалось отчетливое клиническое улучшение состояния, и редукция симптомов по шкале MADRS составляла более 50%. Оценивалась скорость уменьшения выраженности психопатологической симптоматики, отмечался факт достижения ремиссии (клинически и по психометрическим шкалам).

Анализ результатов исследования проводился с использованием методов статистической обработки, включая описательную статистику, непараметрические методы статистического анализа, в т.ч. медианный тест, критерий хи-квадрат, методы Мак-Нимара, Манна-Уитни, Вилкоксона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена и двусторонний критерий Фишера. Для получения объективной информации о значимости исследованных показателей применялся кластерный и дисперсионный анализ. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты: обследовано 278 больных ХГС. После начала противовирусной терапии у 169 (60,8%) больных ХГС наблюдалась депрессивная симптоматика различной степени выраженности. Манифестация клинически очерченного депрессивного эпизода приходилась преимущественно на 3-12 неделю ПВТ. При клиничко-психопатологической оценке преобладали пациенты с тяжелой и умеренной депрессией – 27 (31,8%) и 25 (29,4%) соответственно. Средний суммарный балл выраженности депрессивной симптоматики по шкале MADRS составлял $28,3 \pm 5,1$. Синдромальная оценка выявленных депрессий показала преобладание тревожных (49,4%), и дисфорических (24,8%) форм. Реже встречались апатическая (10,4%), адинамическая (9,1%) и тоскливая депрессии (6,3%).

Выявлено, что наиболее значимым предиктором развития депрессии при ПВТ ХГС является

наличие аффективной патологии в анамнезе (до начала проведения интерферонотерапии). У больных с аффективными расстройствами в анамнезе депрессия при ПВТ ХГС развивалась достоверно чаще, чем в группе больных без депрессии в анамнезе (93,4% против 48,5%). Риск развития депрессии при проведении ПВТ ХГС также выше у больных с сопутствующей психоорганической патологией, расстройствами личности и отягощенной психопатологически наследственностью. Важным прогностическим признаком развития депрессии являлся генотип вируса: у больных ХГС с генотипом 3а чаще развивалась депрессия при ПВТ, чем у больных с генотипами 1b и 2a.

Несмотря на тяжесть развивавшихся при ПВТ ХГС депрессивных расстройств, отмечена высокая эффективность антидепрессивной терапии. У всех больных, получавших антидепрессанты, клинически отмечено улучшение психического состояния. Доля больных с 50% редукцией депрессивной симптоматики после 12 недель терапии антидепрессантами составила 78,5%.

Выявлена неоднородность депрессий, развивающихся при ПВТ ХГС. В результате исследования схем группирования объектов наблюдения с помощью статистических методов (кластерный анализ) разработана классификационная модель. Выполненная с помощью иерархических методов процедура кластеризации позволила разбить совокупность всех объектов исследования (больных ХГС, получавших ПВТ, с депрессией) на 3 группы, достоверно отличающиеся друг от друга по набору признаков. Были выявлены значимые отличия между кластерами и проведен анализ распределения клинических характеристик хронического гепатита С, психопатологической симптоматики и особенностей проводимой антидепрессивной терапии в отдельных кластерах (дисперсионный анализ).

На основе полученных данных выделено несколько типов депрессий, развивающихся при ПВТ ХГС, достоверно отличающихся друг от друга по набору признаков:

- впервые развившиеся депрессии, индуцированные применением интерферона, - для них характерна большая тяжесть депрессивных переживаний, частые жалобы на тревогу и раздражительность, высокая эффективность антидепрессантов в малых и средних дозах;

- депрессивные фазы, индуцированные интерфероном, – умеренные и тяжелые депрессии с тревожным аффектом, что отличает их от депрессивных эпизодов в анамнезе, протекавших с превалированием меланхолического аффекта. Эффективна терапия антидепрессантами седативного действия в средних и высоких дозах;

- депрессии, развившиеся при ПВТ ХГС у больных с зависимостью от ПАВ, - аффективные расстройства являются проявлением

аффективного компонента патологического влечения, обострение которого провоцирует ПВТ. Психотерапия таких расстройств эффективна при сочетании антидепрессантов с седативным компонентом действия с антипсихотиками и антиконвульсантами-нормотимиками.

Выводы. 1. Противовирусная терапия хронического гепатита С более чем у половины больных сопровождается развитием депрессий. Преобладают депрессии умеренной и тяжелой степени выраженности с тревожной и дисфорической симптоматикой. Манифестация клинически очерченного депрессивного эпизода происходит на 3-12 неделе терапии противовирусными препаратами.

2. Факторы, влияющие на частоту и психопатологическую структуру интерферониндуцированных депрессий: сопутствующая психическая патология (аффективная патология в анамнезе, болезнь зависимости, психоорганический синдром, расстройства личности), генотип вируса гепатита С.

3. Психотерапия интерферониндуцированных депрессий успешна более чем у 3/4 больных.

4. Рекуррентное депрессивное расстройство и болезнь зависимости в анамнезе не являются противопоказанием для назначения ПВТ больным ХГС. Своевременная диагностика и адекватное дифференцированное лечение психических расстройств, развивающихся при ПВТ ХГС, позволяет эффективно проводить терапию основного заболевания, в полном объеме применять противовирусное лечение.

ДЕПРЕССИИ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г.

Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Хронический гепатит С (ХГС) является одной из наиболее важных проблем современной клинической медицины. Высокий эпидемический потенциал (по данным ВОЗ вирусом гепатита С инфицировано около 2% населения мира), риск развития заболевания преимущественно у лиц молодого и среднего, и соответственно трудоспособного, возраста обуславливает выраженную социальную значимость проблемы. Терапия хронического гепатита С препаратами интерферона на данный момент является единственным методом лечения с доказанной эффективностью. Противовирусная терапия (ПВТ) имеет ряд выраженных побочных эффектов, среди которых значительное место занимает развивающаяся на фоне проведения интерферонотерапии депрессия.

Целью исследования являлось комплексное клинико-психопатологическое изучение психических нарушений у больных ХГС, получающих противовирусное лечение, определение факторов, влияющих на развитие и структуру психопатологических нарушений, сравнительная оценка психофармакотерапии различными антидепрессантами и разработка дифференцированных рекомендаций по терапии данной категории больных.

Методы: проведено проспективное исследование больных ХГС старше 18 лет, получавших лечение препаратами интерферона. Из исследования были исключены больные с шизофренией и шизоаффективным расстройством; с тяжелой соматической патологией, приводящей к появлению дополнительной психопатологической симптоматики; больные, злоупотреблявшие психоактивными веществами (ПАВ), включая алкоголь, в течение 6 месяцев до начала ПВТ.

Для оценки состояния больных использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы; применялись стандартизированные психометрические шкалы: шкала Монтомгери-Асберга для оценки депрессий (MADRS), шкала Бека для самооценки тяжести депрессии (BDI), шкалы оценки патологического влечения к алкоголю и к наркотикам (ПВА и ПВН).

Для лечения депрессий у больных ХГС применялись антидепрессанты (АДП), различные по механизму действия и по спектру психофармакологической активности: мirtазапин; тианептин; миансерин; пароксетин; флувоксамин; эсциталопрам; пирлиндол; амитриптилин; кломипрамин. Терапия АДП оценивалась как эффективная, если отмечалось отчетливое клиническое улучшение состояния, и редукция симптомов по шкале MADRS составляла более 50%. Оценивалась скорость уменьшения выраженности психопатологической симптоматики, отмечался факт достижения ремиссии (клинически и по психометрическим шкалам).

Анализ результатов исследования проводился с использованием методов статистической обработки, включая описательную статистику, непараметрические методы статистического анализа, в т.ч. медианный тест, критерий хи-квадрат, методы Мак-Нимара, Манна-Уитни, Вилкоксона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена и двусторонний критерий Фишера. Для получения объективной информации о значимости исследованных показателей использовался кластерный и дисперсионный анализ. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты. Было обследовано 278 больных ХГС. После начала противовирусной терапии у 169 (60,8%) больных ХГС наблюдалась депрессивная симптоматика различной степени выраженности. Манифестация клинически очерченного депрессивного эпизода приходилась преимущественно на 3-

12 неделю ПВТ. При клинико-психопатологической оценке преобладали пациенты с тяжелой и умеренной депрессией – 27 (31,8%) и 25 (29,4%) соответственно. Средний суммарный балл выраженности депрессивной симптоматики по шкале MADRS составлял $28,3 \pm 5,1$. Синдромальная оценка выявленных депрессий показала преобладание тревожных (49,4%), и дисфорических (24,8%) форм. Реже встречались апатическая (10,4%), адинамическая (9,1%) и тоскливая депрессии (6,3%).

Выявлено, что наиболее значимым предиктором развития депрессии при ПВТ ХГС является наличие аффективной патологии в анамнезе (до начала проведения интерферонотерапии). У больных с аффективными расстройствами в анамнезе депрессия при ПВТ ХГС развивалась значительно чаще, чем в группе больных без депрессии в анамнезе (93,4% против 48,5%). Риск развития депрессии при проведении ПВТ ХГС также был выше у больных с сопутствующей психоорганической патологией, расстройствами личности и отягощенной психопатологически наследственностью. Важным прогностическим признаком развития депрессии являлся генотип вируса: у больных ХГС с генотипом 3a чаще развивалась депрессия при ПВТ, чем у больных с генотипами 1b и 2a.

Несмотря на тяжесть депрессивных расстройств у больных ХГС, получавших противовирусное лечение, отмечена высокая эффективность антидепрессивной терапии. У всех больных, получавших антидепрессанты, клинически отмечено улучшение психического состояния. Доля больных с 50% редукцией депрессивной симптоматики после 12 недель терапии антидепрессантами составила 78,5%.

Выявлена неоднородность депрессий, развивающихся при ПВТ ХГС. В результате исследования схем группирования объектов наблюдения с помощью статистических методов (кластерный анализ) разработана классификационная модель. Выполненная с помощью иерархических методов процедура кластеризации позволила разбить совокупность всех объектов исследования (больных ХГС, получавших ПВТ, с депрессией) на 3 группы, достоверно отличающиеся друг от друга по набору признаков. Были выявлены значимые отличия между кластерами и проведен анализ распределения клинических характеристик хронического гепатита С, психопатологической симптоматики и особенностей проводимой антидепрессивной терапии в отдельных кластерах (дисперсионный анализ).

На основе полученных данных выделено несколько типов депрессий, развивающихся при ПВТ ХГС, достоверно отличающихся друг от друга по набору признаков:

- впервые развившиеся депрессии, индуцированные применением интерферона, - для них характерна большая тяжесть депрессивных пережи-

ваний, частые жалобы на тревогу и раздражительность, высокая эффективность антидепрессантов в малых и средних дозах;

- депрессивные фазы, индуцированные интерфероном, – умеренные и тяжелые депрессии с тревожным аффектом, что отличает их от депрессивных эпизодов в анамнезе, которые протекали с превалированием меланхолического аффекта. Эффективна терапия антидепрессантами седативного действия в средних и высоких дозах;

- депрессии, развившиеся при ПВТ ХГС у больных с зависимостью от ПАВ, - аффективные расстройства являются проявлением аффективного компонента патологического влечения, обострение которого провоцирует ПВТ. Психотерапия таких расстройств эффективна при сочетании антидепрессантов с седативным компонентом действия с антипсихотиками и антиконвульсантами-нормотимиками.

Выводы. 1. Противовирусная терапия хронического гепатита С более чем у половины больных сопровождается развитием депрессий. Преобладают депрессии умеренной и тяжелой степени выраженности тревожной и дисфорической симптоматикой. Манифестация клинически очерченного депрессивного эпизода происходит на 3-12 неделе терапии противовирусными препаратами.

2. Факторы, влияющие на частоту и психопатологическую структуру интерферон-индуцированных депрессий: сопутствующая психическая патология (аффективная патология в анамнезе, болезнь зависимости, психоорганический синдром, расстройства личности), генотип вируса гепатита С.

3. Психотерапия интерферон-индуцированных депрессий успешна более чем у 3/4 больных.

4. Рекуррентное депрессивное расстройство и болезнь зависимости не являются противопоказанием для назначения ПВТ больным ХГС. Своевременная диагностика и адекватное дифференцированное лечение психических расстройств, развивающихся при ПВТ ХГС, позволяет эффективно проводить терапию основного заболевания, в полном объеме применять противовирусное лечение.

АКЦЕНТУАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КОМОРБИДНОЙ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Куташов В.А., Куташова Л.А.

Воронеж, ВГМА им. Н.Н. Бурденко

Цель исследования: определить личностную акцентуацию у пациентов с ишемической

болезнью сердца, в эпидемиологически значимых группах, как с аффективными расстройствами, так и без них.

Материалы и методы. Исследования, посвященные изучению акцентуации характера при аффективных расстройствах у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), в частности стенокардии напряжения, как одного из наиболее часто встречающихся «классических» психосоматических заболеваний до сегодняшнего дня остаются скудными и не всегда достоверными в силу небольшой выборки пациентов. Хотя, знание предикторов возникновения аффективных расстройств, таких как личностная акцентуация, могли бы стать важным звеном в полноценной помощи пациентам с аффективными расстройствами в раках ИБС.

Нами было проведено исследование 1800 больных с ИБС: стабильной стенокардией напряжения. До этого времени исследования подобного рода ограничивались выборкой максимум в 500 человек. Нами исследованы больные мужчины и женщины в возрасте $54,9 \pm 8,7$ лет. Среди них 738 пациентов с верифицированными аффективными расстройствами. Они обращались в поликлиники г. Воронежа №2, №3, №4, №7, №12 и в Воронежскую региональную организацию медико-социально-психологической реабилитации. Исследование проводилось в течение 4-х лет с 2008 г. по 2012г. Средний возраст болезни $2,1 \pm 0,5$. Диагноз: ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК 1. Клинико-психологическое изучение акцентуации пациентов проводилось при помощи опросника Г.Смишека (1970г).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования оказалось, что при ИБС независимо от наличия или отсутствия аффективных расстройств доминировал дистимический тип личности. Так, в частности выяснилось, что 34,68% обследованных, т.е. большинство из этих лиц представляли собой группу личностей дистимического типа (в подгруппе с аффективными расстройствами таких больных было 32,92%, в подгруппе без аффективных расстройств - 35,47% соответственно) ($p < 0,05$). Демонстративный тип личности был обнаружен у 19,55% обследуемых пациентов (в подгруппе с аффективными расстройствами - 22,24%, в подгруппе без аффективной патологии - 18,34%). Педантичный тип акцентуации отмечался у 6,24% обследуемых (в подгруппе с аффективной патологией у 10,45%, в подгруппе без аффективной патологии у 4,61%) Часть больных обладала гипертимным типом характера, который был определен у 11,54% обследуемых (в подгруппе с аффективной патологией у 11,15%, в подгруппе без аффективной патологии у 11,01%) ($p < 0,01$). 8,44% пациентов с язвенной болезнью имели в преморбиде возбудимый тип акцентуации (12,59% из подгруппы с аффективной патологией, 6,61% из подгруппы без аффективных расстройств) ($p < 0,05$). Эмотивный тип личности

был зарегистрирован в 9,14% случаев, среди них все лица из подгруппы без аффективных расстройств. Несколько реже отмечался тревожный тип акцентуации в 5,28% случаев (с заметным преобладанием в подгруппе с аффективной патологией 16,67%, среди больных без аффективной патологии - 1,43%), застревающий тип был зарегистрирован в 5,84% случаев (в подгруппе с аффективной патологией у 4,44% и 6,47% - в подгруппе без аффективной патологии). Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют об отсутствии единого типа личности, который был бы свойственен больным со стабильной стенокардией напряжения, хотя отмечалось некоторое преобладание дистимической, педантичной, демонстративной, тревожной акцентуации личности ($p < 0,05$), неуверенностью в себе, неумением отстаивать свою точку зрения, потребностью в физической и психологической защите, мнительностью. В контрольной группе больных результаты характерологического анализа показали наличие дистимического типа у 30,45% больных, лица педантичного типа - 20,67%, люди с тревожным типом акцентуации - 15,45%, с застревающим типом - 4,36%, экзальтированного типа - 6,55%, возбудимого типа личности - 6,76%, циклотимического типа личности - 7,55% ($p < 0,05$). Нами также была рассмотрена зависимость типа акцентуации от выявленной клинической типологии аффективных расстройств. У пациентов с ИБС и проявлениями тревожно-депрессивного синдрома в преморбиде чаще преобладали черты педантичности и тревожности. Реже встречались лица с дистимическими и гипертимными чертами характера ($p < 0,01$). Для тревожной депрессии с дисфорическими включениями, в преморбиде характерны дистимические, гипертимные, застревающие, тревожные черты характера в преморбиде ($p < 0,05$).

Депрессивные состояния с преобладанием чувства тоски чаще развивались у лиц с преобладанием дистимических, демонстративных черт в преморбиде. Адинамическая депрессия в сочетании с астенией чаще встречалась у лиц с гипертимными, возбудимыми, тревожными преморбидными чертами ($p < 0,01$). Адинамическая депрессия с дисфорическими включениями и маскированные гиперкомпенсаторной гипертимной реакцией личности (смешанные состояния) развивались у лиц с демонстративными чертами в преморбиде у пациентов с ИБС.

Выводы. 1. При ИБС: стабильной стенокардии напряжения независимо от наличия или отсутствия аффективных расстройств доминирует дистимический тип акцентуации личности.

2. У пациентов с проявлениями тревожно-депрессивного синдрома в преморбиде преобладают черты педантичности. Депрессивные состояния с преобладанием чувства тоски чаще развиваются у лиц с преобладанием дистимических, де-

монстративных черт в преморбиде. Адинамическая депрессия чаще встречается у лиц с гипертимными, возбудимыми, тревожными преморбидными чертами.

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ С ОТЯГОЩЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Моисейчева О.В., Степанов И.Л.

Москва, ФГБУ Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России

Многими авторами признается, что депрессивные расстройства сопровождаются значительными нарушениями социального функционирования больных, в ряде исследований с проведением оценки наличия у них соматической отягощенности. Показатели социального функционирования могут при этом стать необходимыми компонентами оценки влияния болезни на адаптационные возможности больных, эффективность терапевтической помощи.

Цель данного исследования – установление роли аффективных нарушений и соматической отягощенности больных депрессией в нарушении их социально-психического функционирования (СПФ).

Исследование проводилось на базе психиатрического клинического отделения и городской общесоматической поликлиники. Обследовано 100 больных (мужчин – 22, женщин – 78), с диагнозом аффективного расстройства в соответствии с критериями МКБ-10 (F31 – 22 человека, F32 – 17 человек, F33 – 60 человек, F34 – 1 человек). Основными методами исследования были клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, статистический. Депрессивное состояние оценивали по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-21) и клиничко-психопатологической карте. Нарушения СПФ регистрировали и оценивали по 4-балльной шкале в различных сферах жизнедеятельности (профессиональная, бытовая, самообслуживание (личная гигиена и внешний вид), межличностные обязанности, неформальное общение, сфера интересов (увлечения, хобби), сексуальная) и по суммарному показателю нарушений всех сфер (СумСПФ). Возраст больных от 18 до 65 лет, средний возраст обследованных 46 лет. Средний суммарный балл по шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-21 пункт) - 20,2 (в группе мужчин -17,84, женщин – 20,83).

В результате исследования выявлена положительная связь снижения СумСПФ у больных депрессией с отягощенностью соматической сферы, выражаемой в количестве соматических заболе-

ваний в анамнезе ($r=0,214$, при $p=0,0425$). Возраст больных также коррелировал с нарастанием нарушения СумСПФ ($r=0,213$, при $p=0,0442$).

Тяжесть депрессивного состояния, оцениваемая по шкалам Гамильтона (HDRS) с 1 по 17 включительно, положительно коррелировала с суммарным снижением социально-психического функционирования ($r=0,311$, при $p=0,0028$). Пациентов, имеющих большее количество депрессивных эпизодов в анамнезе, отличало достоверно значимое нарушение социально-психического функционирования, с нарастанием суммарного значения снижения СПФ, определяемое на момент текущего депрессивного эпизода ($r=0,330$, при $p=0,0015$).

С увеличением суммарного показателя снижения СумСПФ наиболее четко коррелировали следующие психопатологические симптомы депрессии (в порядке убывания значимости): абулические нарушения со снижением желаний и побуждений к деятельности ($r=0,547$, при $p=0,00001$), депрессивное настроение с тоской и подавленностью ($r=0,483$, при $p=0,00001$), слабость, вялость ($r=0,411$, при $p=0,00005$), ангедония ($r=0,366$, при $p=0,0004$), идеи самообвинения ($r=0,360$, при $p=0,0006$), физическая истощаемость ($r=0,325$, при $p=0,002$), суицидальные намерения ($r=0,310$, при $p=0,003$), общие соматопсихические симптомы, в частности тяжесть в конечностях, спине, мышечные боли, чувство упадка сил ($r=0,300$, при $p=0,004$).

Депрессивное состояние по выраженности коррелировало с ухудшением сферы самообслуживания, сокращением объема и затруднениям в выполнении бытовых обязанностей, с жалобами на слабость, быструю утомляемость, снижением желаний и побуждений, объяснением невозможности осуществлять работу в связи с «отсутствием сил и моральных и физических», уменьшением активности. Данные признаки нарушения СПФ сходны с нарушениями при соматических заболеваниях, что требует проведения дифференциальной диагностики для исключения ложно-положительных соматических диагнозов.

Проведенное клинико-психопатологическое обследование 100 больных депрессией с оценкой уровня социально-психического функционирования показало, что при развитии депрессивного состояния, наряду с влиянием на социальное функционирование собственно аффективного расстройства, проявляется влияние на СПФ количества соматических заболеваний в анамнезе и возраста больных, которые также вносят дополнительный вклад в их дезадаптацию и снижение уровня жизнедеятельности.

ИНТЕРФЕРОНИНДУЦИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АНАМНЕЗЕ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Морозов Д.И., Тихонова Ю.Г.,
Кинкулькина М.А.

Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Хронический гепатит С (ХГС) является одним из наиболее распространенных в мире инфекционных заболеваний, вызывает тяжелые медицинские и социальные последствия. Адекватная противовирусная терапия (ПВТ) ХГС включает препараты интерферона-альфа, применение которого провоцирует возникновение психопатологической симптоматики. Анализ литературных источников свидетельствует, что до настоящего времени отсутствует согласие исследователей относительно частоты возникновения психических расстройств при ПВТ ХГС, их психопатологической квалификации, значимости тех или иных факторов риска. Нет единого мнения о возможности продолжения курса ПВТ при развитии психических нарушений. Отсутствуют протоколы противовирусной терапии больных ХГС с отягощенным психиатрическим анамнезом.

Целью работы являлось клинико-психопатологическое исследование психических расстройств, возникающих при проведении противовирусной терапии хронического гепатита С у больных с аффективной патологией в анамнезе, и разработка дифференцированных алгоритмов терапии данной категории больных.

Материалы и методы исследования: проведено наблюдательное (описательное) исследование с проспективным наблюдением и открытым сравнением 2 групп больных хроническим гепатитом С (с наличием аффективных расстройств в анамнезе – 66 больных, и без аффективной патологии в анамнезе – 52) при проведении противовирусной терапии, без рандомизации групп. В исследование не включались больные с зависимостью от психоактивных веществ (алкоголизм и наркомания), включая больных в ремиссии. Также исключались: больные шизофренией и шизоаффективным расстройством, с острыми психотическими состояниями; больные, имеющие проявления печеночной энцефалопатии, больные с тяжелой соматической патологией, приводящей к появлению дополнительной психопатологической симптоматики.

Для оценки состояния больных использовался клинико-психопатологический метод; применялись стандартизированные психометрические шкалы: шкала оценки депрессий Монтомгери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - MADRS; Montgomery S.A. et al., 1979), шкала самооценки депрессии Бека (Beck Depression Inventory - BDI; Beck A.T. et al., 1961), шкала общего клиничес-

кого впечатления (Clinical Global Impression - CGI; 1976).

Результаты. Выявлено, что у больных с аффективными расстройствами в анамнезе депрессия при проведении ПВТ ХГС развивается чаще, чем у пациентов с неотягощенным по депрессии анамнезом. Суммарное число больных депрессией после 6 месяцев ПВТ в основной группе составило 61 человек (92,4%); в контрольной группе в течение 6 месяцев ПВТ выявлено 28 больных депрессиями (53,8%). Отличия становились достоверными, начиная со 2 месяца проведения ПВТ, и к 6 месяцу достигали высокого уровня статистической значимости $OШ=10,5$ [3,6; 30,3].

Изучение ответа на психофармакотерапию (по уровню респондеров к 12 неделе терапии) показало, что больные в основной группе хуже отвечают на антидепрессивное лечение.

При комплексном анализе полученных результатов в группе больных ХГС с аффективными расстройствами в анамнезе была выявлена неоднородность депрессий как по клинической характеристикам, так и по ответу на антидепрессивную терапию.

Наиболее ярко неоднородность депрессий в группе с аффективной патологией в анамнезе проявилась при изучении ответа на психофармакотерапию депрессий после 12 недель лечения. Распределение больных с аффективными расстройствами в анамнезе по суммарному значению MADRS после 12 недель психофармакотерапии представляет собой двухмодальную кривую, что позволило предположить, что депрессии, возникающие при проведении ПВТ у больных ХГС с аффективными расстройствами в анамнезе, представлены двумя разными типами, обозначенными как подгруппа А (больные с хорошим ответом на терапию депрессии) и подгруппа Б (больные с неполным ответом на психофармакотерапию). Для проверки этой гипотезы было проведено сравнение суммарного балла MADRS между группами больных, достигших и не достигших уровня ремиссии (12 баллов) при оценке по MADRS ($OШ=3$ [2,9; 4,0] и $OШ=14$ [13,9; 15,9]). Полученный результат с высокой степенью достоверности показывает, что данные выборки больных взяты из разных генеральных совокупностей (критерий Манна-Уитни; значимость отличий $p<0,000$).

Выявлено что, подгруппа А по сравнению с подгруппой Б группы больных с отягощенным по аффективным расстройствам анамнезом характеризуется большей тяжестью депрессии, возникшей при ПВТ, большим удельным весом тревожных форм депрессий, лучшим ответом на терапию антидепрессантами; все это характерно для депрессий, развивающихся при лечении интерфероном. Учитывая тождественность с интерферониндуцированными депрессиями, возникающими у больных в контрольной группе, депрессии в подгруппе А были

обозначены как «собственно интерферониндуцированные депрессии».

В подгруппе Б при проведении ПВТ развивались менее тяжелые депрессии, при этом синдромальный характер и тяжесть депрессии (преобладание тоскливых форм и средней степени тяжести) были сходны с распределением депрессивных синдромов и тяжестью депрессий у этих же больных при депрессивных эпизодах в анамнезе. Это позволило предположить, что у этих больных при проведении ПВТ развились повторные депрессивные фазы. Исходя из этого, депрессии подгруппы Б были обозначены как «повторные эндогенные депрессивные фазы, спровоцированные и модифицированные интерфероном».

Неполный ответ на психофармакотерапию депрессий у больных в подгруппе Б требовал дальнейшего лечения с изменением схемы психофармакотерапии: проводилось повышение дозировки, замена антидепрессанта, применялось комплексное лечение - к антидепрессантам присоединялись препараты других групп - нормотимики, антипсихотики в малых и средних дозах, далее лечение проводилось до полной редукции депрессивной симптоматики.

Выводы. 1. При проведении ПВТ ХГС у больных с аффективными расстройствами в анамнезе психические расстройства (депрессии) развиваются в 92,4% случаев. Частота развития депрессий значительно превышает таковую у больных без аффективной патологии в анамнезе.

2. Депрессии, возникающие при противовирусной терапии ХГС у больных с аффективными расстройствами в анамнезе, формируют 2 группы, которые достоверно отличаются по ряду клинических показателей: собственно интерферониндуцированные депрессии, и спровоцированные и модифицированные интерфероном эндогенные депрессивные фазы.

3. Выделенные 2 типа депрессий, развивающихся при проведении противовирусной терапии хронического гепатита С у больных с аффективной патологией в анамнезе, различаются по эффективности психофармакотерапии. Интерферониндуцированные депрессии полностью купируются в течение 12 недель терапии антидепрессантами. У больных со спровоцированными и модифицированными интерфероном эндогенными депрессивными фазами к 12 неделе психофармакотерапии депрессивная симптоматика редуцируется не полностью, дальнейшего улучшения состояния удается достичь при повышении дозировок или смене антидепрессанта, применении комплексного лечения (присоединении к антидепрессантам препаратов других групп - нормотимиков, антипсихотиков).

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Насырова Р.Ф., Незнанов Н.Г., Иванов М.В.,
Сосин Д.Н., Зубов Д.С.

Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева

Ведущая роль в адаптивном поведении организма принадлежит вегетативной нервной системе (ВНС). При истощении резервных возможностей появляются дисрегуляторные вегетативные нарушения надсегментарного церебрального и сегментарного (спинально-периферического) уровней, что является патогенетическим фактором формирования психических нарушений, и, как следствие, приводит к ухудшению качества жизни. Перспективность исследований функционального состояния систем адаптации, в частности ВНС, при психических расстройствах, представляет несомненную практическую значимость, что и обусловило актуальность настоящего исследования.

После получения информированного согласия было обследовано 50 пациентов (в возрасте от 18 до 55 лет, средний возраст составил $39,4 \pm 1,2$ года). Основную группу составили пациенты, имеющие в актуальном состоянии психические нарушения аффективного спектра. У них были диагностированы в соответствии с МКБ-10 следующие нозологии: депрессивный эпизод (F32.0, F32.1), рекуррентное депрессивное расстройство (F33.0, F33.1). Психометрическая оценка проводилась с использованием шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц с сопоставимыми характеристиками по полу и возрасту.

Оценка состояния вегетативной нервной системы проводилась в соответствии с рекомендациями Центра патологии вегетативной нервной системы (Вейн А.М., 1998). Изучение структуры и выраженности вегетативных нарушений проводили с помощью анкеты, предложенной Центром вегетативной патологии (Вейн А.М., 1991): «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений» и «Схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений». Изучение модулирующего влияния вегетативной и центральной нервной системы, ряда гуморальных и рефлекторных воздействий на ритм сердца проводили в состоянии покоя и при выполнении экспериментально-клинических проб на основании спектрального и временного анализа вариабельности сердечного ритма с помощью компьютерной программы «Поли-Спектр-Ритм», соответствующей «Международным стандартам» в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов и Северо-Американского общества по электростимуляции и электрофизиологии

(1996), на аппарате «ВНС-Микро» (Нейрософт, г. Иваново). Оценивали показатели временного и спектрального анализа: высокочастотные колебания (HF – high frequency), отражающие активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы; низкочастотные колебания (LF – low frequency), отражающие активность симпатического отдела вегетативной нервной системы; очень низкочастотные колебания (VLF – very low frequency), отражающие влияние на сердечный ритм самой медленной системы регуляции кровообращения – гуморально-метаболической, а также церебральные эрготропные влияния; LF/HF – показатель, отражающий соотношение симпатических и парасимпатических влияний; общую мощность спектра или полный спектр частот (TP – Total power), отражающую суммарную активность вегетативного воздействия на сердечный ритм. При исследовании наиболее объективными параметрами состояния вегетативной нервной системы явились следующие показатели вариабельности ритма сердца: среднее квадратичное отклонение последовательных интервалов RR (SDNN), стандартное (среднее квадратичное) отклонение разности последовательных интервалов RR (RMSSD), коэффициент вариации (CV). Оценку вегетативной реактивности и обеспечения физической деятельности проводили с помощью активной ортостатической пробы. О вегетативной реактивности судили по коэффициенту К 30/15 (отношение минимального значения R-R-интервала, в районе 15-го удара от начала вставания к самому длинному R-R-интервалу, около 30-го удара).

Результаты исследования обрабатывали с использованием стандартного пакета программ Statistica (версия 8.0). Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Синдром вегетативной дистонии диагностирован с помощью вопросника Вейна А.М. (2003) у 92% обследуемых. Симпатический отдел ВНС – это система мобилизации резервов, генерализованного и быстрого вовлечения в реакцию и мобилизацию многих органов и систем. В отличие от этого парасимпатический отдел – это система текущей регуляции физиологических процессов. Многие симпатические и парасимпатические эфферентные волокна находятся в состоянии непрерывного возбуждения, получившего название тонус. В физиологических условиях между тонусом симпатической и парасимпатической нервной системой имеет место «относительное равновесие» и в большинстве случаев являются синергичными. Тонкая координация деятельности отделов вегетативной нервной системы осуществляется надсегментарными центрами с участием коры головного мозга. Интегральным объективным показателем состояния психовегетативной адаптации является вариабельность ритма сердца.

Анализ вариабельности ритма сердца продемонстрировал, что общая мощность спектра ритма у обследованных значимо ($p < 0,05$) уменьшается по сравнению с группой контроля, что говорит об ухудшении у них функционального состояния сердечно-сосудистой системы – маркера адаптационных возможностей организма. Происходит перераспределение соотношений влияния в сторону увеличения гуморально-метаболических (VLF) и, в меньшей степени, симпатических влияний (LF). Состояние нейро-гуморальной регуляции в модуляции сердечного ритма характеризуется низким уровнем вагальных и умеренными симпатическими и гуморально-метаболическими (церебральными эрготропными) влияниями, что демонстрирует усиление активации центрального контура и рост симпатической регуляции при депрессивных расстройствах. Отмеченные признаки доминирования симпатического отдела ВНС свидетельствуют о значительном напряжении регуляторных систем и критическом состоянии адаптационных механизмов. Результаты вегетативного теста в активной ортостатической пробе продемонстрировали снижения коэффициента K30/15 с уровнем статистической значимости $p < 0,05$ у изучаемого контингента, что отражает сниженный адаптационный потенциал пациентов.

Симпатико-парасимпатическое соотношение LF/HF у обследованного контингента ($p < 0,05$) увеличивалось за счет уменьшения HF-волн, так и за счет увеличения симпатических влияний. Изменение высокочастотного и низкочастотного компонентов вариабельности ритма сердца свидетельствует о комбинированном нарушении процессов регуляции ВНС в основной группе. Выявлено, что значения SDNN были значимо ниже у пациентов с депрессивными нарушениями по сравнению со здоровыми лицами. В основной группе выявлена обратная корреляционная связь между выраженностью депрессивных нарушений по HDRS и SDNN ($r = -0,46$; $p < 0,05$). Полученные по итогам проведенного исследования данные представляют определенный интерес в плане раскрытия патогенеза и с точки зрения прогнозирования клинического течения депрессивных нарушений. Результаты исследования позволили выявить отчетливую зависимость между психопатологическими проявлениями и вегетативными нарушениями при изучаемой патологии.

Таким образом, исследование вариабельности ритма сердца продемонстрировало снижение текущего функционального состояния, избыточную активацию симпатико-адреналовой системы и уменьшение активности парасимпатической системы регуляции. Данные изменения являются патогенетической основой развития реакций дезадаптации, которые клинически проявляются у обследованных вегетативной дисрегуляцией. Комплексное исследование статуса ВНС позволяет оценить текущее

функциональное состояние организма и его адаптационные резервы, дать прогноз заболевания, выработать рекомендации по подбору оптимальной терапии, учитывая фон нейрогуморальной регуляции, а также осуществить последующий контроль за проводимым лечением.

ИНТЕРФЕРОНОВЫЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С РЕКУРРЕНТНОЙ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Тихонова Ю.Г., Морозов Д.И.

Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Хронический гепатит С (ХГС) является одним из наиболее распространенных в мире инфекционных заболеваний, вызывает тяжелые медицинские и социальные последствия. Адекватная противовирусная терапия (ПВТ) ХГС включает препараты интерферона-альфа, применение которого провоцирует возникновение психопатологической симптоматики. Анализ литературных источников свидетельствует, что до настоящего времени отсутствует согласие исследователей относительно частоты возникновения психических расстройств при ПВТ ХГС, их психопатологической квалификации, значимости тех или иных факторов риска. Нет единого мнения о возможности продолжения курса ПВТ при развитии психических нарушений. Отсутствуют протоколы противовирусной терапии больных ХГС с отягощенным психиатрическим анамнезом.

Целью работы являлось клинико-психопатологическое исследование психических расстройств, возникающих при проведении противовирусной терапии хронического гепатита С у больных с аффективной патологией в анамнезе, и разработка дифференцированных алгоритмов терапии данной категории больных.

Материалы и методы исследования: проведено наблюдательное (описательное) исследование с проспективным наблюдением и открытым сравнением 2 групп больных хроническим гепатитом С (с наличием аффективных расстройств в анамнезе – 66 больных, и без аффективной патологии в анамнезе – 52) при проведении противовирусной терапии без рандомизации групп. В исследование не включались больные с зависимостью от психоактивных веществ (алкоголизм и наркомания), включая больных в ремиссии. Также исключались: больные с шизофренией и шизоаффективным расстройством, с острыми психотическими состояниями; больные, имеющие проявления печеночной энцефалопатии, больные с тяжелой соматической патологией, приводящей к появлению дополнительной психопатологической симптоматики.

Для оценки состояния больных использовался клинико-психопатологический метод; применялись стандартизированные психометрические шкалы: шкала оценки депрессий Монтомгери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale MADRS; Montgomery S.A. et al., 1979), шкала самооценки депрессии Бека (Beck Depression Inventory BDI; Beck A.T. et al., 1961), шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression CGI; 1976).

Результаты. Было выявлено, что у больных с аффективными расстройствами в анамнезе депрессия при проведении ПВТ ХГС развивается чаще, чем у пациентов с неотягощенным по депрессии анамнезом. Суммарное число больных депрессией после 6 месяцев ПВТ в основной группе составило 61 человек (92,4%); в контрольной группе в течение 6 месяцев ПВТ было выявлено 28 больных депрессиями (53,8%). Отличия становились достоверными, начиная со 2 месяца проведения ПВТ, и к 6 месяцу достигали высокого уровня статистической значимости $OШ= 10,5$ [3,6; 30,3].

Изучение ответа на психофармакотерапию (по уровню респондеров к 12 неделе терапии) показало, что больные в основной группе хуже отвечают на антидепрессивное лечение.

При комплексном анализе полученных результатов в группе больных ХГС с аффективными расстройствами в анамнезе была выявлена неоднородность депрессий как по клинической характеристикам, так и по ответу на антидепрессивную терапию.

Наиболее ярко неоднородность депрессий в группе с аффективной патологией в анамнезе проявилась при изучении ответа на психофармакотерапию депрессий после 12 недель лечения. Распределение больных с аффективными расстройствами в анамнезе по суммарному значению MADRS после 12 недель психофармакотерапии представляет собой двухмодальную кривую, что позволило предположить, что депрессии, возникающие при проведении ПВТ у больных ХГС с аффективными расстройствами в анамнезе, представлены двумя разными типами, обозначенными как подгруппа А (больные с хорошим ответом на терапию депрессии) и подгруппа Б (больные с неполным ответом на психофармакотерапию). Для проверки этой гипотезы было проведено сравнение суммарного балла MADRS между группами больных, достигших и не достигших уровня ремиссии (12 баллов) при оценке по MADRS ($OШ=3$ [2,9; 4,0] и $OШ= 14$ [13,9; 15,9]). Полученный результат с высокой степенью достоверности показывает, что данные выборки больных взяты из разных генеральных совокупностей (критерий Манна-Уитни; значимость отличий $p<0,000$).

Было выявлено что, подгруппа А по сравнению с подгруппой Б группы больных с отягощенным по аффективным расстройствам анамнезом

характеризуется большей тяжестью депрессии, возникшей при ПВТ, большим удельным весом тревожных форм депрессий, лучшим ответом на терапию антидепрессантами; все это характерно для депрессий, развивающихся при лечении интерфероном. Учитывая тождественность с интерферониндуцированными депрессиями, возникающими у больных в контрольной группе, депрессии в подгруппе А были обозначены как «собственно интерферониндуцированные депрессии».

В подгруппе Б при проведении ПВТ развивались менее тяжелые депрессии, при этом синдромальный характер и тяжесть депрессии (преобладание тоскливых форм и средней степени тяжести) были сходны с распределением депрессивных синдромов и тяжестью депрессий у этих же больных при депрессивных эпизодах в анамнезе. Это позволило предположить, что у этих больных при проведении ПВТ развились повторные депрессивные фазы. Исходя из этого, депрессии подгруппы Б были обозначены как «повторные эндогенные депрессивные фазы, спровоцированные и модифицированные интерфероном».

Неполный ответ на психофармакотерапию депрессий у больных в подгруппе Б требовал дальнейшего лечения с изменением схемы психофармакотерапии: проводилась замена антидепрессанта, применялось комплексное лечение к антидепрессантам присоединялись препараты других групп нормотимики, антипсихотики в малых и средних дозах, далее лечение проводилось до полной редукции депрессивной симптоматики.

Выводы. 1. При проведении ПВТ ХГС у больных с аффективными расстройствами в анамнезе психические расстройства (депрессии) развиваются в 92,4% случаев. Частота развития депрессий значительно превышает таковую у больных без аффективной патологии в анамнезе.

2. Депрессии, возникающие при противовирусной терапии ХГС у больных с аффективными расстройствами в анамнезе, формируют 2 группы, которые достоверно отличаются по ряду клинических показателей: интерферониндуцированные депрессии, и спровоцированные и модифицированные интерфероном эндогенные депрессивные фазы.

3. Выделенные 2 типа депрессий, развивающихся при проведении противовирусной терапии хронического гепатита С у больных с аффективной патологией в анамнезе, различаются по эффективности психофармакотерапии. Интерферониндуцированные депрессии полностью купируются в течение 12 недель терапии антидепрессантами. У больных со спровоцированными и модифицированными интерфероном эндогенными депрессивными фазами к 12 неделе психофармакотерапии депрессивная симптоматика редуцируется не полностью, дальнейшего улучшения состояния удается достичь при смене антидепрессанта, применении

комплексного лечения (присоединении к антидепрессантам препаратов других групп нормотимиков, антипсихотиков).

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Черешнева О.С.

Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Цель исследования - изучение аффективных расстройств у пациентов с болезнью Вильсона-Коновалова (БВК).

Материалы и методы. клинико-психопатологическая оценка состояния больных; психометрическая оценка с помощью шкал: MADRS (Монтгомери-Асберга оценочная шкала для депрессий), Шкала депрессий Бека, Шкала тревоги Кови, Шкала мании Янга, Шкала оценки когнитивных функций (Mini-Mental State Examination – MMSE). Оценка соматического состояния проводилась врачом-гепатологом.

Обследовано 5 больных в возрасте от 21 года до 49 лет, 3 женщин и 2 мужчин, проходивших лечение в Клинике нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний им. Е.М. Тареева УКБ № 3 Клинического центра ПМГМУ им.И.М.Сеченова, в отделении гепатологии.

Результаты: аффективная патология выявлена у 3 из 5 обследованных больных. Клиническая картина аффективных расстройств больных БВК была представлена атипичной депрессивной симптоматикой невротического уровня: подавленно-раздражительным настроением, нарушениями сна, утомляемостью, отдельными нерезко выраженными ипохондрическими симптомами. Отмечалось значительное усиление раздражительности в ситуациях, нарушающих привычный стереотип жизни пациентов. Ипохондрическая симптоматика выражалась чрезмерными стойкими опасениями больных за дальнейшее развитие и течение основного заболевания (БВК).

Выводы: у 60% обследованных больных БВК выявлена депрессивно-ипохондрическая симптоматика. Характерна атипичность депрессии: подавленность с эпизодами раздражительности. Ипохондрическая симптоматика представлена стойкими опасениями больных за дальнейшее развитие и течение болезни. Необходимы дальнейшие исследования в этой области.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.,
Медведев Д.С.

Санкт-Петербург, ФГУП «НИИ гигиены, профпатологии
и экологии человека» ФМБА России

Продолжающаяся тенденция ухудшения психического здоровья работающих и населения требует принятия срочных мер, отвечающих современным требованиям. Психосоматические и невротические расстройства, депрессии и аддикции приводят к снижению работоспособности или временной нетрудоспособности с последующей инвалидизацией, хроническому алкоголизму, наркоманиям и суицидам.

Сложившаяся система наблюдения и лечения в общесоматической медицине не учитывает вызовы XXI века, не позволяет своевременно выявлять психические и психосоматические расстройства (ПСР) и осуществлять современные лечебно-профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия.

При организации, планировании и финансировании медицинской помощи основное внимание до настоящего времени уделяется соматической сфере, между тем доказано - на любое вредное воздействие (психогенное, химическое, радиационное и др.), прежде всего, реагирует нервно-психическая сфера человека, проявляясь поведенческими реакциями, психическими или ПСР различной степени выраженности.

Психиатрия и организация здравоохранения остро нуждаются в дальнейшей разработке методологии комплексной оценки состояния психического здоровья лиц, наблюдающихся в общесоматической медицине, где должны быть сформулированы основные научные принципы и основные пути практической реализации государственных мероприятий по медицинской, психолого-психиатрической, эколого-гигиенической и социальной защите людей. Это обусловлено нарастанием многофакторности негативных воздействий на человека и сложностью выделения роли каждого фактора в непосредственном и отдаленном ухудшении психического и психосоматического здоровья и необходимостью комплексной оценки психического, соматического и социального здоровья людей.

Цель исследования – показать значение психопрофилактической и психиатрической помощи в общесоматической медицине.

Материал и методы исследования. Обследовано три группы лиц (1957 человек). Были использованы клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психофизиологический и математико-статистический методы, включая методику объединенного риска (Robins L. N., 1978, 1986).

Результаты исследования. Первую группу составили больные общесоматического стационара (552 человека), страдающие пограничными психическими расстройствами (ППР), с которыми проводилось комплексное лечение методами психотерапии, иглорефлексотерапии и психофармакотерапии. Мужчин было 181 (32,7%), женщин - 371 (67,3%). Распределение всех исследованных лиц по возрастным группам показало, что большинство было старше 40 лет (73,1%). На возрастные группы до 29 лет и от 30 до 39 лет приходится всего 27,0% (13,4% и 13,6%, соответственно). Из общего числа обследованных мужчин до 29 лет было 5,1%, женщин – 8,2%; мужчин в возрасте от 30 до 39 лет было 4,8%, женщин 8,9%; мужчин 40 лет и старше было 21,8%, женщин 51,2%.

Две другие группы (1395 человек) состояли из населения, проживающего в населенных пунктах зон защитных мероприятий (ЗЗМ) объектов хранения и уничтожения химического оружия. В одном населенном пункте было обследовано 1054 человека, из них 37,0% мужчин и 63,0% женщин. В другом - 341 человек (19,0% мужчин и 81,0% женщин). Возрастная группа лиц старше 50 лет среди исследованных лиц, проживающих в ЗЗМ, составила более 50,0% от общего числа обследованных.

При сплошном исследовании населения установлено, что среди обследованных лиц более 40% страдали ППР. Доминировали тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности, которые не были диагностированы, а пациенты не получали адекватного лечения. Обращает внимание и то, что более 40% больных неоднократно госпитализировались в стационары и длительно лечились в поликлиниках у терапевтов, неврологов и др. специалистов. Среди таких больных около 60% составили лица с сердечнососудистой патологией. Социально-экономический и медицинский ущерб, наносимый последствиями невнимания к развитию психотерапевтической помощи в поликлиниках и общесоматических стационарах очевиден.

Комплексное лечение больных, находящихся в общесоматическом стационаре, методами психотерапии, иглорефлексотерапии и психофармакотерапии показало высокую эффективность (65% хороший результат, 21% удовлетворительный, 14% без существенного эффекта).

Учитывая высокую распространенность ППР среди населения на территориях России с одной стороны и хорошие результаты комплексного лечения в условиях многопрофильного стационара – с другой, понятны приоритеты развития психоневрологической помощи населению

Таким образом, необходимость создания новых организационных моделей оказания специализированной помощи лицам, страдающим невротическими, неврозоподобными, психосоматическими и другими непсихотическими расстрой-

ствами в условиях общесоматического стационара, обусловлена медико-социальной и экономической важностью проблемы. Принимая во внимание резкий рост распространенности психогенных расстройств, маскирующихся под соматические заболевания, которые зачастую не диагностируются, а их лечение эффективнее методами психотерапии, необходимо рекомендовать главным врачам многопрофильных больниц организовать отделения (службы) психотерапии.

Учитывая вызовы XXI века, приведшие к резкому ухудшению психического здоровья населения, необходимо, среди основных приоритетов медицинской помощи, выделять своевременную психиатрическую диагностику, психогигиену, психопрофилактику и психотерапию. Исходя из того, что психотерапия и психопрофилактика имеют свои специфические особенности, необходимо выявлять распространенность ППР и ПСР среди различных групп населения. Приведенные факты убедительно указывают на приоритет психоневрологии в развитии медицинской помощи населению. Полиморфизм клинической картины заболеваний демонстрирует сложность диагностики и указывает на важность психоневрологической диагностики.

Выводы. Полученные результаты указывают на необходимость совершенствования психиатрической помощи, психотерапии и психопрофилактики, формирования регистров психического здоровья для последующего мониторинга.

Учитывая нарастающую остроту негативной ситуации с психическим здоровьем людей необходимо пересмотреть существующие и разработать новые, с учетом современных требований, нормативно-методические материалы по обоснованию развития психотерапии, выделить приоритеты, для достижения реальных результатов по сохранению психического здоровья людей.

Таким образом, проблема сохранения психического здоровья людей, необходимость организации системы психопрофилактики и психотерапии, обусловлены вызовами XXI века.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ С ГИПЕРТОНУСОМ МИОМЕТРИЯ КАК ФАКТОР УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Демин А.Н., Сергеев В.А.

Челябинск, Челябинская область, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Введение. В настоящее время общепринятой является взаимосвязь психоэмоциональных расстройств с угрозой прерывания беременности (Серов В.Н., Тютюнник В.Л., 2008), в том числе и по причине развития гипертонуса миометрия. Вместе

с тем роль различных эмоционально-аффективных нарушений (включая тревогу и депрессию) в развитии гипертонуса миометрия остаётся во многом не прояснённой. Особую значимость в этом свете приобретает тот факт, что у 40-50% женщин с нормально протекающей беременностью наблюдается состояние эмоционального напряжения с наличием тревожности различной степени выраженности (Рыбалка А.Н., 2011). Что касается депрессивных расстройств при беременности, то несмотря на фиксированности внимания большинства авторов на проблеме послеродовой депрессии, распространённость которой составляет 15-20% (Арина Г.А., Айвазян Е.Б., 2004), в некоторых исследованиях отмечена связь послеродовой депрессии с появлением депрессивной симптоматики во время беременности. Следует учесть и то обстоятельство, что нередко тревожно-депрессивные симптомы могут маскироваться под вид соматических расстройств (Glover V., O'Connor T.O., 2002). Всё это в целом свидетельствует о недостаточной изученности взаимосвязи тревоги и депрессии с гипертонусом миометрия как одним из ведущих факторов угрозы прерывания беременности.

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи тревоги и депрессии с частотой и выраженностью гипертонуса миометрия.

Материалы и методы. Обследовано 85 беременных женщин в возрасте от 19 до 35 лет со сроком гестации от 5 до 18 недель, составившие две группы изучения – основную, куда вошли 48 женщин с симптомами гипертонуса миометрия, и контрольную из 37 человек с нормальным течением беременности. Психоэмоциональное состояние в обеих группах оценивалось с помощью шкалы личностной и реактивной тревоги (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин), шкалы депрессии Бека, торонской алекситимической шкалы (TAS) и специально разработанного опросника. Наличие гипертонуса миометрия подтверждалось данными ультразвукового исследования и кардиотокографии.

Результаты и их обсуждение. С помощью специально разработанного опросника симптомов гипертонуса миометрия было выявлено, что все пациенты основной группы имели жалобы на тянущие боли в нижней части живота и чувство «каменного» напряжения в области матки. При этом 18 (37,5%) женщин связывали данные жалобы с психоэмоциональным напряжением, 20 (41,7%) – с физической нагрузкой и положением тела, а 10 (20,8%) – отрицали связь симптомов с чем-либо. Все беременные данной группы имели признаки гипертонуса миометрия по результатам ультразвукового исследования. В контрольной группе отмечались нормальные показатели состояния беременности в соответствии с периодом гестации.

Женщины, находящиеся в группе риска невынашивания беременности были распределены

по четырем подгруппам в зависимости от частоты появления симптомов угрозы прерывания беременности. В I подгруппу вошли 18 (37,5%) женщин, с симптомами повышенного тонуса матки от 1 до нескольких раз в сутки на момент обследования; во II подгруппе то же число женщин но с симптомами от 1 до нескольких эпизодов в неделю; в III подгруппе данные симптомы встречались у 8 (16,67%) пациенток 1–3 раза за последний месяц; в IV подгруппе у 4 (8,33%) представлены единичные эпизоды за всю беременность.

Тестирование обследуемых по шкале Спилбергера–Ханина выявило, что в группе риска невынашивания беременности 33 из 48 (68,6%) женщин имели высокий уровень личностной тревожности, что со статистической достоверностью отличало её от контрольной ($p < 0,05$), где подобные показатели не были зафиксированы ни в одном из случаев. В той же основной группе у 21 (43,8%) женщин наблюдалась и высокая реактивная тревожность, тогда как в контроле лишь у 5 женщин из 37 (13,5%) регистрировался высокий уровень реактивной тревоги, а у остальных 32 (86,5%) уровень как реактивной, так и личностной тревоги имели умеренные и низкие значения. При этом, у женщин с симптомами повышенного тонуса от 1 до нескольких раз в сутки наблюдался достоверно чаще высокий уровень личностной тревожности по сравнению с беременными из других подгрупп ($p < 0,05$).

Оценка уровня депрессии с помощью шкалы Бека обнаружила наличие таковой у 12 человек из 85 (14,1%), причём в контрольной группе проявление депрессии (исключительно легкой степени) присутствовали лишь у 3 из 38 человек (7,9%). В основной же группе процентное соотношение таких пациенток было выше более чем в 2 раза – 9 (18,6%), при следующей выраженности депрессии: 2 (22,2%) – высокая, 4 (44,4%) – средняя, 3 (33,3%) – лёгкая. При этом, высокий уровень депрессии имели женщины только из I подгруппы с наиболее частыми проявлениями гипертонуса миометрия, что статистически достоверно отличало её от других подгрупп ($p < 0,05$). Помимо значительной выраженности депрессии, у данных пациенток присутствовал и высокий уровень личностной тревоги, сочетание которых говорило о высоком психоэмоциональном напряжении, хотя пациентки с сочетанием высоких показателей тревоги и депрессии (2) отрицали обусловленность симптомов гипертонуса миометрия психоэмоциональным напряжением. Из 4-х женщин со средним уровнем депрессии у 3-х симптомы гипертонуса миометрия возникали до нескольких раз в сутки (I подгруппа), у 1-ой – до нескольких раз в неделю (II подгруппа). Из 3-х женщин с лёгкой степенью депрессии у 1-ой симптомы гипертонуса миометрия наблюдались до нескольких раз в неделю (II подгруппа), а ещё у 2-х – несколько раз месяц (III подгруппа). Таким образом, у женщин I подгруппы

наблюдалась наибольшая частота депрессии (5 из 9 – 55,6%, $p < 0,05$), а в IV подгруппе шкала Бека показало отсутствие депрессии. Пациентки с легкой и средней выраженностью депрессии по шкале Бека (7 человек – 77,8%) предъявляли жалобы на чувство тоски, апатию, пониженное настроение, бесперспективность будущего в плане личной жизни. Суицидальные мысли категорически отрицались, что было связано с критическим отношением к ним ввиду высокой мотивации «жить ради ребёнка». 2 (22,2%) женщины с высоким уровнем депрессии отрицали наличие каких-либо жалоб, но имели такие симптомы как замедленное мышление, сниженную моторику и мимику, тихую речь и отстранённость, что осложняло коррекцию психоэмоционального состояния таких женщин.

Анализ уровня алекситимии показал высокие значения данного показателя в основной группе ($68,3 \pm 2,34$), что свидетельствует о трудности в осознании телесных ощущений, детализации эмоций, выражении чувств у беременных женщин с гипертонусом миометрия в целом, в сравнении с контролем, где уровень алекситимии был существенно ниже – $58,4 \pm 2,07$ ($p < 0,05$). При этом, наибольшая выраженность алекситимии отмечена у женщин с сочетанием высоких уровней депрессии и личностной тревоги.

Выводы. Высокий уровень личностной тревоги, симптомы депрессии и проявлений алекситимии встречаются достоверно чаще у женщин с гипертонусом миометрия во время беременности. Сочетание высокого уровня алекситимии, депрессии и личностной тревоги у данных женщин отягощает течение беременности, создает высокий риск развития преждевременных родов. В общесоматической, акушерско-гинекологической практике такие пациентки могут быть упущены ввиду отсутствия активных жалоб, связанных с психо-эмоциональным состоянием, что свидетельствует о необходимости проведения клиничко-психологической диагностики беременных женщин с наличием гипертонуса миометрия, а также разработки и реализации психокоррекционных программ.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Довженко Т.В., Бобров А.Е., Царенко Д.М.

Москва, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о значительной распространен-

ности и недостаточном выявлении психических расстройств у соматических больных в первичном звене здравоохранения. К непсихотическим психическим расстройствам в первичной медицинской сети, относятся депрессивные, тревожные, в том числе расстройства адаптации, и начальные формы когнитивных расстройств, имеющих у больных с органическим (сосудистым, метаболическим, интоксикационным) поражением ЦНС.

Исследования, выполненные на протяжении последних лет сотрудниками Московского НИИ психиатрии Минздрава России и в других учебных, научных учреждений в различных регионах нашей страны подтверждают большую представленность психических расстройств у пациентов районных поликлиник. В результате обследования 1460 пациентов первичного звена здравоохранения (в возрасте от 18 до 65 лет) в нескольких регионах страны (Москва, Московская область, Оренбург, Тульская область, Тверская область) выявлено, что у 46,8% из них имеются признаки непсихотических расстройств, и которых наиболее частыми формами являются тревожные (21,7%), связанные со стрессом (7,7%) и депрессивные (6,7%) расстройства, невыраженные когнитивные нарушения (4,8%), которые составляют большую часть органических психических расстройств.

Анализ этих данных указывает на наличие общих тенденций в распространенности психических расстройств у больных первичной медицинской сети в нашей стране и за рубежом, а именно - высокой частоты тревожных, аффективных и органических психических расстройств. В то же время количество пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, получающих адекватную помощь в первичном звене здравоохранения, крайне немногочисленно.

Значительное количество больных с психическими расстройствами не попадает в поле зрения психиатрической службы вследствие проблем, связанных со стигматизацией, т.е. негативным отношением пациентов к лечению у психиатра в силу распространенных в общественном сознании предубеждений, связанных с психическими расстройствами. Доля таких пациентов, по предварительным оценкам, составляет от 50 до 75% всех лиц, страдающих психическими расстройствами.

Цель исследования: изучение потенциала сотрудничества психиатров (психотерапевтов) с врачами первичного звена здравоохранения. Для решения этой проблемы проведен анализ особенностей функционирования типового психотерапевтического кабинета в поликлинике.

Материал и методы: клиничко-психопатологический, эпидемиологический.

Полученные результаты: исследование проводилось на основании изучения обращений пациентов в кабинет психотерапевта в течение 1 года,

как первичных, так и повторных. Среди пациентов психотерапевтического кабинета преобладали женщины – 86,3%, а мужчины составили – 13,7%. Такое распределение в целом соответствует соотношению женщин и мужчин среди всего контингента поликлиники. Изучение направления больных в психотерапевтический кабинет территориальной поликлиники показало, что 33,6% пациентов были направлены участковыми терапевтами, 15,8% - неврологами, 15,9% - другими специалистами. Первое место по значимости имеет самостоятельное обращение (34,7%).

Анализ обращений пациентов первичного звена здравоохранения к психотерапевтам поликлиники показал, что наибольшую часть (38,5%) составили пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (раздел F 4).

СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ГРАНУЛЕМОЙ ГОРТАНИ

Зелтынь А.Е., Вельтишев Д.Ю., Романенко С.Г., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава России, НПЦ Оториноларингологии ДЗ Москвы

Актуальность исследования определяется высокой распространенностью расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) при голосовых нарушениях, доля которых составляет, по различным данным, до 85.9% (Яхин К.К., Галиуллина Л.К., 2007). Гранулема гортани (ГГ) рассматривается некоторыми авторами (Paul J.Moses, 1954) как «невроз голосовых связок», что говорит о значимости стрессовых факторов и психических расстройств в провокации и клинической картине этого заболевания. Патогенетическая связь ГГ и РТДС может быть обусловлена ролью хронических стрессовых механизмов в провокации как рецидивирующего воспалительного заболевания, так и тревожно-депрессивных расстройств.

Цель исследования. Определение частоты встречаемости психических расстройств и стрессовых факторов у пациентов с ГГ для улучшения эффективности комплексного лечения больных.

Материал и методы: 30 пациентов с ГГ, от 18 до 65 лет - 26 мужчин и 4 женщины (средний возраст – 48.04±8.36 лет). Средняя длительность заболевания - 22.8±25.43 мес. Диагностика психических расстройств проводилась в соответствии с критериями психических расстройств МКБ-10. Применялся клиничко-психопатологический метод, оценка характера и выраженности психотравмирующих ситуаций. Клиничко-психологический метод

использовался для определения типа аффективности, оценки когнитивных функций и значимости психотравмирующих событий.

Результаты: у всех обследованных пациентов выявлены РТДС, включая дистимию (36%), рекуррентное депрессивное расстройство (24%), депрессивный эпизод умеренный и легкий (20%), генерализованное тревожное расстройство (20%). У 9 (23.3%) пациентов выявлены умеренные когнитивные расстройства (УКР). У 20 (67%) пациентов в структуре РТДС доминировала тревога, у 7 (24%) - тоска, у 3 (9%) - апатия. Установлена различная представленность аффективности пациентов: в 36% определен апатический, в 32% - тоскливый и в 32% - тревожный тип. Анализ психотравмирующих факторов показал значимость хронических, зачастую неразрешенных стрессовых воздействий, в провокации и динамике как ГГ, так и РТДС. Наиболее значимыми являлись социальные и семейные факторы.

Выводы: все обследованные пациенты страдали РТДС, с высоким удельным весом тревоги. ГГ и РТДС характеризовались временной связью с психотравмирующим фактором, хроническим течением, затрудняли повседневную адаптацию и преодоление психотравмирующих ситуаций. Полученные результаты подтверждают значимость междисциплинарного подхода к диагностике гранулемы гортани и РТДС для улучшения эффективности комплексного лечения больных.

СТРЕССОВАЯ ИСТОРИЯ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА

Ищенко Д.А., Вельтишев Д.Ю., Лисицына Т.А., Алекберова З.С., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава России НИИ ревматологии РАМН, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России

Актуальность: болезнь Бехчета (ББ) – системный васкулит неизвестной этиологии, характеризуется рецидивами язвенного процесса в ротовой полости и на гениталиях, поражением глаз, суставов, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы (ЦНС) и других органов. Нередко встречается сочетание ББ с психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра (РТДС) и когнитивными нарушениями. Вопросы специфичности психических расстройств, их связи со стрессовыми факторами и ББ до настоящего времени не изучены.

Материал и методы: в исследование включено 48 пациентов с ББ, включая 38 мужчин и 10 женщин в возрасте от 16 до 52 лет, наблюдающихся в НИИ Ревматологии РАМН. Алгоритм исследования

включал клинико-психопатологическое и клинико-психологическое обследование. Для определения выраженности когнитивных нарушений применялись следующие методики: «Непосредственное запоминание 10 слов» (Лурия А.Р., 1962); опосредованного запоминания при помощи пиктограмм (Лурия А.Р., 1962; Лонгинова С.В., Рубинштейн С.Я., 1972; Драгунская Л.С., 1976; Херсонский Б.Г., 1988; Рубинштейн С.Я., 2004); «Исключение лишнего» (Рубинштейн С.Я., 2004). Проведен анализ частоты встречаемости родительской депривации раннего возраста и стрессовых факторов, предшествующих ББ.

Результаты. Выявлено существенное влияние предрасполагающих и провоцирующих стрессовых факторов в манифесте ББ. Родительская депривация раннего возраста (до 7 лет) выявлена более чем у половины (54%) больных. У этих пациентов дебют ББ в 46% случаев наблюдался в возрасте до 18 лет, в то время как при отсутствии депривации раннее начало ББ выявлялось значительно реже (22%). Острый стрессовый фактор предшествовал первому выраженному обострению ББ в 21% случаев, хронический фактор малой/умеренной интенсивности наблюдался значимо чаще (43%). Большинство пациентов отмечали связь дальнейших обострений ББ со стрессовыми ситуациями (72%) и ухудшением психического состояния.

У большинства больных (83,3%) диагностирован широкий спектр расстройств тревожно-депрессивного спектра в соответствии с критериями МКБ-10: дистимия (35,4%), рекуррентное депрессивное расстройство (27%), депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести (12,5%), генерализованное тревожное расстройство (4,2%) расстройства адаптации (4,2%). Лишь у 8 больных (16,7%) психического расстройства не выявлено. В структуре депрессий преобладали тоскливый и тревожно-тоскливый варианты. Психическое расстройство редко предшествовало инициальным симптомам ББ (16%), чаще в виде рекуррентного депрессивного расстройства.

Когнитивные нарушения при наличии активного вовлечения ЦНС в патологический процесс (12%) представлены выраженным снижением памяти, замедлением динамики мышления, неустойчивостью внимания, быстрой истощаемостью, снижением уровня обобщения. Обращала на себя внимание обратимость когнитивных нарушений при проведении адекватной терапии ББ. Среди пациентов без клинических проявлений поражения ЦНС в картине когнитивных нарушений доминировали неглубокие расстройства памяти, истощаемость и отвлекаемость внимания.

Значимой для течения, прогноза и терапевтической тактики являлась плохая приверженность лечению, присутствующая большинству больных (87%).

Даже потеря зрения и связанные с ББ угрожающие для жизни состояния, возникшие при нарушении режима лечения, не улучшали адаптивное поведение больных.

Выводы: полученные данные свидетельствуют в пользу того, что индивидуальная стрессовая история накладывает отпечаток на течение ревматического заболевания и психическое состояние больных ББ. Установлена тесная связь ББ с хроническими стрессовыми факторами и психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра, при этом выраженность когнитивных нарушений определяется вовлеченностью ЦНС в патологический процесс.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЙ С ЭЛЕМЕНТАМИ СМЕШАННОГО АФФЕКТА

Собенников В.В., Прокопьева М.Л.,
Собенникова В.В.

*Иркутск, Иркутский государственный медицинский
университет*

Соматизированные психопатологические расстройства являются значимой и во многом нерешенной проблемой, в связи со значительной распространенностью, диагностическими трудностями, отсутствием разработанной системы помощи больным. Расстройства с явлениями соматизации в МКБ-10 интегрированы в рубрику «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» и рассматриваются, как паттерн переживания несуществующей соматической дисфункции. Между тем, многочисленные наблюдения и повседневная психиатрическая практика свидетельствуют, что соматизация присуща клинике не только невротических, но, даже в большей степени, аффективных нарушений. Еще в 70 – 80 годы прошлого столетия, на высоте интереса к «маскированным» депрессиям установлено, что в виде данных форм реализуется преимущественно «мягкая» депрессия (Demel H., 1973), но в клинико-патогенетическом отношении она является сложной, смешанной, в связи с наложением маниакальных и реактивно-невротических элементов (Kuhn R., 1973).

В настоящее время, по мере возрождения интереса к старой проблеме дихотомии униполярного и биполярного течения аффективных расстройств, все большее значение приобретает дифференцированная оценка депрессивных состояний в рамках рекуррентного и биполярного течения в связи с существенными различиями в прогнозе и терапевтических подходах. При этом интерес исследователей все в большей степени занимают не явные проявления биполярности, с тенденцией выделения

широкого спектра аффективных нарушений с различным удельным вкладом симптомов различных аффективных состояний. Накапливаются данные о значимой ассоциации биполярной депрессии и тревожных расстройств. В этой связи, в аспекте диагностики и терапии, особое значение приобретает выявление клинико-психопатологических особенностей соматизированных аффективных состояний, (в том числе со смешанным аффектом) при рекуррентном и биполярном течении аффективного заболевания.

Цель исследования: уточнение клинико-психопатологических особенностей соматизированных депрессий, в том числе с элементами смешанного аффекта, при биполярном и рекуррентном течении аффективного заболевания.

Материалы и методы. Изучены 2 группы больных с клинической картиной соматизированной депрессии: 1) рекуррентного типа без признаков биполярности (74 пациента, 58,3%); 2) с наличием признаков биполярного течения (биполярное расстройство I типа) - 53 пациента (47,7%), из них у 32 (60,4%) в актуальном статусе обнаруживались признаки смешанного аффекта. Средний возраст больных на момент исследования составил $45,0 \pm 1,1$ года, без существенных различий между группами. Клиническая картина заболевания во всех случаях определялась депрессивной, либо депрессивной с элементами смешанного аффекта симптоматикой в сочетании с множественными соматоформными симптомами (патологические телесные ощущения – алгии и сенестоалгии, вегетативные дисфункции). Большинство пациентов имело длительный додиагностический период наблюдения в общемедицинской сети (в среднем $2,8 \pm 0,4$ года). При этом в группе пациентов с биполярной депрессией достоверно чаще, первые признаки аффективного заболевания обнаруживались в период пубертатного криза. Возраст к моменту первого развернутого аффективного эпизода у пациентов с биполярной депрессией также был более молодой ($30,2 \pm 1,2$, против $35,4 \pm 1,4$ лет, $p < 0,05$). Социально-демографические показатели в выделенных группах существенно не различались, за исключением большей частоты повторных браков в семейном анамнезе пациентов с биполярной депрессией. Основным методом исследования – клинико-психопатологический. В качестве оценочных инструментов применялись шкалы депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS), алекситимии (TAS), биполярности (BSDS, индекс биполярности), опросники тревожности Спилбергера–Ханина, соматических симптомов (SSI), Вигдорчика (Акцент 2-90), сезонного паттерна депрессии (PIDS). Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета Statistica 6.0, применялись модули – описательная статистика, непараметрические методы анализа (непараметрический критерий сравнения средних Манна-Уитни).

Результаты. Признаки смешанного аффекта в актуальном статусе выявлялись у 32 больных (25,2%). Из них более чем в половине случаев (18 наблюдений) в анамнезе регистрировались отчетливые гипоманиакальные эпизоды, в преморбиде чаще обнаруживались гипертимные черты ($p < 0,07$). Манифестная фаза реже имела исключительно депрессивную структуру и чаще проявлялась под маской общесоматического заболевания ($p < 0,07$) с преобладанием урогенитальных симптомов ($p < 0,05$). В структуре настоящего аффективного состояния, при относительном равенстве суммарного балла по шкале HARS, у пациентов со смешанным аффектом, доминировал тревожный радикал, чаще выявлялась ипохондрические страхи и фабулирование ($p < 0,05$). Усредненные показатели шкалы HDRS также подтверждали выраженность тревожного аффекта с общей ажитацией, при этом преобладание психической компоненты тревоги сопровождалось относительным равенством соматической. Средний суммарный балл шкалы HDRS у больных с элементами смешанного аффекта был достоверно выше. Существенных различий в особенностях соматизированных проявлений, в аспекте количества и локализации симптомов, согласно опроснику SSI, между группами не выявлено, кроме значимого преобладания сенестезий среди пациентов со смешанным аффектом и термических ощущений с чувством похолодания конечностей в группе с «чистой» депрессивным аффектом.

Выводы. Установлены клинико-психопатологические особенности соматизированных вариантов депрессий с элементами смешанного аффекта. В отличие от «чистых» соматизированных депрессий, выявлено значимое преобладание тревоги в структуре аффективного статуса, с доминированием психической компоненты тревоги и ипохондрическим фабулированием, при относительно равной выраженности соматической тревоги. Представленность и выраженность собственно соматизированных симптомов в структуре «чистой» депрессии и депрессии с элементами смешанного состояния, существенно не различались. Определенное дифференцирующее значение имеет большая выраженность сенестезий при состояниях со смешанным аффектом и термических ощущений с чувством холода в конечностях при «чистой» депрессии. Возможно, такие особенности на чувственном уровне отражают элементы растерянности, в первом случае, и тенденцию нигилистического самовосприятия, во втором. Дифференцированная оценка клинических проявлений соматизированной депрессии предполагает совершенствование диагностики, прогноза и терапии данных расстройств.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНДРОМА НОЧНОЙ ЕДЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА

Махортова И.С., Цыганков Б.Д.,
Ширяев О.Ю.

Воронеж, Москва, ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России, ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко
Минздрава РФ, ООО «ЛИОН-МЕД»

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем современной медицины является коррекция избыточной массы тела. Установлено, что от 9% до 14% лиц с ожирением имеют проявления синдрома ночной еды [2], который характеризуется отсроченным ритмом приема пищи [3;5]. Для таких пациентов характерны ночные пробуждения с приемами пищи, либо повышенный аппетит в вечернее время. Среди прочих критериев диагностики данного состояния: расстройство сна, утренняя анорексия, длительность свыше 3 месяцев, выраженный дистресс для пациента [4;6]. Наличие синдрома ночной еды значительно снижает эффективность программ по коррекции веса для больных, а также связано с низкой самооценкой и проявлениями депрессии [2].

Целью данной работы явился анализ частоты встречаемости синдрома ночной еды среди пациентов с психическими расстройствами амбулаторного звена. Исследование проводилось на базе ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, КУЗВО Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер и ООО «ЛИОН-МЕД» г. Воронеж. В качестве скринингового метода был использован опросник Night Eating Questionnaire, позволяющий оценить выраженность проявлений расстройства пищевого поведения и сделать предварительный вывод о наличии или отсутствии синдрома ночной еды. В рамках данной методики оцениваются вопросы выраженности голода в течение дня, процентное соотношение потребляемой в утреннее, дневное и вечернее время пищи, наличия или отсутствия трудностей засыпания и ночных пробуждений [1]. После обработки данных опросника, все пациенты, набравшие пороговое значение (20 баллов), были приглашены для беседы с врачом психиатром, во время которой помимо оценки психического статуса и сбора анамнеза был проведен анализ соответствия расстройства данного пациента диагностическим критериям синдрома ночной еды [6]. Все обследованные были разделены на 2 группы: основную группу составили 89 пациентов амбулаторного звена КУЗВО ВОКПНД и ООО «ЛИОН-МЕД», контрольную группу – 97 студентов ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко.

Результаты. По результатам обследования было установлено, что в контрольной группе у 94% обследованных больных не было выявлено признаков синдрома ночной еды. Среди остальных 6%

(6 человек), у 3 (3%) было подтверждено наличие синдрома ночной еды по результатам клинико-психопатологического обследования. При этом 2 человека отказались от беседы с врачом-психиатром. В основной группе проявления синдрома ночной еды были установлены 37% обследованных, далее по данным клинико-психопатологического анализа наличие синдрома было подтверждено у 17,9%. В данной группе больных от обследования отказались 4 человека. При анализе полового соотношения пациентов с синдромом ночной еды не было установлено четкого преобладания по полу: женщин – 45,5%, мужчин – 54,5%. Основными жалобами среди пациентов были трудности засыпания и ночные пробуждения, повышение аппетита в вечернее и ночное время, неконтролируемое количество съеденного, отсутствие аппетита в утренние часы, постоянная усталость, недомогание, сниженное настроение раздражительность.

Среди больных с синдромом ночной еды преобладали больные тревожно-депрессивными расстройствами (63%): F40-F43, F32-33, также присутствовала группа больных шизофренией (21%), а также пациенты с алкогольной зависимостью (15%).

Выводы. Таким образом, среди пациентов, страдающих психическими расстройствами амбулаторного звена частота встречаемости синдрома ночной еды выше, чем в контрольной группе и составляет 17,9%. При этом большинство пациентов с данным синдромом имеют тревожно-депрессивные расстройства. Результаты данного исследования, на наш взгляд, представляют интерес для выявления и диагностики выраженности синдрома ночной еды у больных психическими расстройствами.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИКИ И СОМАТИЧЕСКОЙ СФЕРЫ: ПОИСК БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ (НА ПРИМЕРЕ ПСИХОГЕННОЙ КРАПИВНИЦЫ)

Орлова Е.А., Прибытков А.А., Сумская А.В.

Пенза, ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования
врачей» Минздрава России, ГБУЗ «Областная психиатрическая
больница им. К.Р. Евграфова»

Введение. Крапивница относится к группе психосоматических заболеваний, в развитии которых значительная роль принадлежит психологическим и поведенческим факторам (Смулевич А. Б. с соавт., 2004; Jafferany M., 2007). Предлагается выделение отдельной формы – психогенной крапивницы (Gupta M. et al., 1996; Guiller G. et al., 1998); именно в этом клиническом варианте наиболее отчетливо прослеживается взаимосвязь состояния психики и кожных проявлений. В МКБ десятого пересмотра для данной патологии предусмотрен двойной шифр:

F54 плюс L50.- (ICD-10 version 2010). Возможно взаимосвязь между психогенными факторами и развитием кожных проявлений реализуется с участием субстанции P (SP). Данный нейропептид относится к ключевым медиаторам крапивницы (Panconesi E. et al., 1996; Arck P. et al., 2006) и принимает участие в патогенезе тревожных и депрессивных расстройств, связанных со стрессом, (McLean S., 2005; Ebner K. et al., 2006, 2008).

Цель исследования: оценка уровня SP и показателей иммунологического статуса у больных, страдающих психогенной крапивницей.

Материалы и методы. Проведено обследование 93 больных с хронической психогенной крапивницей на базе кафедр аллергологии и иммунологии и психиатрии ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России. Диагноз психогенной крапивницы (ПК) определялся при выявлении актуальной психотравмирующей ситуации, манифестации проявлений крапивницы после психогении, отсутствии других возможных этиопатогенетических причин. Всем больным проводилось полное аллергоиммунологическое обследование, по необходимости назначались консультации различных специалистов. Специальное обследование включало определение уровня субстанции P в сыворотке крови методом ИФА и определение других лабораторных показателей иммунного статуса. В качестве величин сравнения использовали данные, полученные при обследовании контрольных групп: практически здоровых лиц (46 человек) и 90 больных хронической аутоиммунной крапивницей (ХАК). Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Полученные результаты и обсуждение. При анализе показателей иммунологического статуса больных ПК не выявлено статистически значимых различий по сравнению со здоровыми донорами по следующим показателям: антитела к тиреопероксидазе, лейкотриены, С-реактивный белок, компоненты комплемента, общий иммуноглобулин E и циркулирующие иммунные комплексы (тест Mann-Whitney, $p > 0,05$). В то же время перечисленные показатели иммунологического статуса нарушаются при иных формах крапивницы (в частности, при аутоиммунной крапивнице), что позволяет утверждать, что патологические механизмы, лежащие в основе ПК, отличаются по сравнению с другими вариантами крапивницы.

Оценка уровня SP выявила следующее: в группе больных с ПК данный показатель колебался в пределах от 0,004 нг/мл до 25,00 нг/мл, в группе больных с ХАК от 0,00 нг/мл до 0,10 нг/мл, в группе здоровых людей – от 0,00 нг/мл до 0,30 нг/мл. Среднее значение уровня SP в группе с диагнозом ХАК составило $0,006 \pm 0,005$ нг/мл, в группе здоровых людей – $0,026 \pm 0,02$ нг/мл, в группе с ПК – $8,46 \pm 0,95$ нг/мл; медиана 0,00 нг/мл для групп с ХАК и здоровых

людей и 3,20 нг/мл для группы с ПК. Выявленные различия между группами по уровню SP являются статистически значимыми (тест Mann-Whitney, $p=0,0000$). Таким образом, можно заключить, что повышенный уровень SP у пациентов с ПК является маркером данной формы.

Выраженное повышение концентрации SP у больных с ПК позволяет утверждать, что у данной группы пациентов имеет место включение стресс индуцированной активации нейрогенного воспаления в патогенез заболевания. Полученные результаты показывают преимущественную роль нейрогенных патофизиологических механизмов развития клинических проявлений ПК. Субстанция P, выделяясь из свободных нервных окончаний, запускает сложные нейроиммунные механизмы, результатом чего является манифестация данной формы крапивницы. Кроме того, можно предположить участие SP в формировании клинических проявлений ПК и на центральном уровне. Так, высокий уровень тревожных расстройств у больных ПК (Орлова Е.А. с соавт., 2012), с учетом данных об участии SP в патогенезе психогенных тревожных расстройств, может свидетельствовать о повышении уровня SP в центральной нервной системе при ПК.

Анализ иммунологического статуса больных ПК выявил нарушения цитокинового профиля по сравнению со здоровыми лицами. Группы сравнивались по уровням интерлейкинов 1, 4, 6 и 12 (ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-12). В среднем, уровень ИЛ-1 в группе больных ПК составил $195,74 \pm 27,67$ пг/мл, в группе здоровых – $313,65 \pm 37,32$ пг/мл; медиана данного показателя 204,00 пг/мл и 390,50 пг/мл, соответственно. Выявленное различие между группами статистически значимо (тест Mann-Whitney, $p=0,004$). Среднее значение уровня ИЛ-4 в группе здоровых людей составило $1,60 \pm 0,43$ пг/мл, в группе с ПК – $110,36 \pm 17,65$ пг/мл, медиана - 0,00 пг/мл и 73,80 пг/мл, соответственно. Различия статистически значимо (тест Mann-Whitney, $p=0,000$). Уровень ИЛ-6 в группе больных с ПК составил $78,82 \pm 11,52$ нг/мл, в группе здоровых – $30,74 \pm 4,60$ нг/мл; медиана данного показателя 38,25 нг/мл и 18,05 нг/мл, соответственно. Различия между группами статистически значимо (тест Mann-Whitney, $p=0,049$). Уровень ИЛ-12 в группе больных с ПК составил $24,57 \pm 2,79$ пг/мл, в группе здоровых – $11,20 \pm 1,51$ пг/мл; медиана показателя 27,50 пг/мл и 11,60 пг/мл, соответственно. Различия между группами статистически значимо (тест Mann-Whitney, $p=0,005$). Из представленных данных следует разнонаправленный характер изменения уровня цитокинов. Сравнительный анализ показал снижение уровня ИЛ-1 и повышение уровней ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-12 у больных ПК по сравнению с группой здоровых людей.

Исходя из результатов исследования иммунного статуса, можно заключить, что иммунологические изменения при ПК, прежде всего, зависят от

уровня основного маркера болезни – SP. Полученные данные свидетельствуют о том, что SP запускает процессы нейрогенного воспаления, отражением чего служат изменения со стороны цитокиновой регуляции. Описанные изменения подтверждают экспериментальные данные о нейроиммунных взаимодействиях, полученные рядом исследователей в тестах *in vitro* (Cuesta M.C. et al., 2002; Azzolina A. et al., 2003; Delgado A.V. et al., 2003).

Анализируя взаимосвязь между психической и соматической сферой при психогенной крапивнице можно заключить, что ведущим звеном патогенеза является повышения уровня нейротрансмиттера SP под влиянием психотравмирующей ситуации. Увеличение содержания SP в периферических тканях приводит к развитию симптомов крапивницы (зуда, отека, покраснения), а также стимулирует выделение провоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-12). Повышение концентрации цитокинов, в свою очередь, способствует усугублению местного воспаления. Данный процесс можно рассматривать как порочный круг, в результате которого усиливается и распространяется первоначальное воспаление. Кроме того, можно предположить, что увеличение концентрации SP в центральной нервной системе участвует в манифестации психопатологических (в первую очередь тревожных) расстройств.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об участии в патогенезе психогенной крапивницы ряда иммунологических посредников. Установлено участие субстанции P и вторичных изменений цитокиновой регуляции в качестве ведущего патофизиологического механизма развития психосоматической патологии (психогенной крапивницы). Изменение уровня SP выявлено лишь при психогенной крапивнице и не отмечено при иных формах крапивницы, что позволяет считать субстанцию P биологическим маркером взаимосвязи психики и соматической сферы.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ

Парпара М.А., Гусева Т.П., Бобров А.Е.

Москва, Московский НИИ психиатрии

Актуальность. Хроническая идиопатическая крапивница (ХИК) характеризуется возникновением рецидивирующих эритематозных или анемических папул с эритематозным кольцом. Частота ХИК в общей популяции составляет 1-3%. Этиология этого расстройства остается недостаточно изученной. Оно может провоцироваться различными физическими факторами (холод, тепло, вода, инсоляция, физическая нагрузка), инфекциями (вирусные, грибковые), лекарствами, пищевыми антигенами или домашней

пылью. Имеются данные, что определенную роль в возникновении ХИК играют иммунологические реакции. Кроме того, результаты некоторых клинических наблюдений свидетельствуют о вероятной роли психологических механизмов в патогенезе этого расстройства.

Цель работы состояла в изучении взаимосвязи между психическим состоянием, личностными особенностями и показателями иммунитета у пациентов, страдающих ХИК. Материал. По направлению аллерголога амбулаторно было обследовано 67 больных (22 – мужчин и 45 женщин) с ХИК в возрасте от 17 до 69 лет.

Методы. Клиническое интервью, Перечень психиатрических симптомов МКБ-10, психологические тесты - ММИЛ и 16 ЛФ. У 24 пациентов проводилось иммунологическое исследование цитокинов (IL2, IL4, IL6, ФНО-α) в периферической крови.

Результаты и обсуждение. У большинства обследованных больных ХИК развивалась на фоне патологической тревоги (68,7%) и выраженного психического стресса (44,8%). Наиболее частыми психическими расстройствами являлись: генерализованное тревожное расстройство (18 чел., 26,3%), пролонгированная депрессивная реакция на стресс (18 чел., 26,9%), фобии (10 чел., 14,9 %) и посттравматическое стрессовое расстройство (8 чел., 11,9%). Нередко отмечались также аффективные и органические психические расстройства. Указанные расстройства возникали у обследованных больных значительно чаще, чем в популяции.

Личностные особенности больных характеризовались облигатным сочетанием трех ведущих кластеров: эксплозивного, тревожно-зависимого и ананкастного. При этом наиболее частыми симптомами являлись - повышенная чувствительность к отвержению, импульсивность с протестными реакциями, подчиняемость, внушаемость, искажения образа «Я», неустойчивая аффективность, перфекционизм и общая эмоциональная напряженность.

Результаты обследования больных ХИК с помощью ММИЛ свидетельствовали о преобладании у них тревожно-дистимического настроения с элементами деперсонализации (шкалы 7 и 8) и соматизацией (шкала 1). Данные, полученные при помощи 16ЛФ, выявили противоречивое сочетание повышенного контроля над поведением (фактор Q3) с высокой экспрессивностью (фактор F).

Результаты иммунологического исследования показали, что в группе больных ХИК уровень IL-2 был существенно повышен по сравнению с нормой у 21 больного (87,5%). В то же время IL-4 и IL-6 были повышены у 9 человек (37,5%) и у 8 человек (34,5%), соответственно. ФНО-α был повышен лишь у 2 человек (8,7%) Таким образом, изолированное повышение IL-2, по-видимому, является характерным признаком ХИК.

Обсуждение. Сочетание тревожных расстройств, резидуально-органической недостаточности мозга и эмоционально-неустойчивого склада личности является характерным для ХИК. Повышение уровня цитокинов IL-2, 4, 6, очевидно, указывает на связь описанных психических расстройств с воспалительными процессами в мозге. Данное обстоятельство может иметь немаловажное значение для понимания природы центральных механизмов иммунологической реактивности и аллергической сенсibilизации.

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ И ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ

Хохлов Л.К.

*Ярославль, Ярославская Государственная
Медицинская Академия*

Для нервной анорексии характерно сочетание соматической и психической патологии на всех этапах ее развития. В продромальном периоде нередки нарушения со стороны желудочно – кишечного тракта, отклонения в менструальном цикле, выступающие вместе с патохарактериологическими, невротическими (чаще тревожными) и аффективными проявлениями, которые могут поначалу оставаться на субклиническом уровне. Наличие такой предрасположенности определяет отношение к пище, готовность к формированию синдрома дисморфофобии - дисморфомании. Упорное аноректическое поведение приводит к обострению имевшейся соматической патологии, к возникновению новых тяжелых сомато-эндокринных заболеваний, включая кахексию. Соматическое неблагополучие при этом может служить для больных «доказательством» объективности обусловленности их необычного пищевого поведения. У ряда пациентов начинают обнаруживаться выраженные аффективные состояния; в депрессии – парасуициды, порою способные оставить церебральную и иную органическую недостаточность. И психическая, и соматическая патология переплетаются, негативно сказываются друг на друге, приобретают неблагоприятное хроническое течение. Собственно аноректическое поведение может отступать на второй план; на первом плане – органическая психопатология: вторичное органическое астеническое расстройство, легкое когнитивное расстройство, органическое расстройство личности. Депрессии, возникающие на этом фоне, протекают с дисфорией, делают более заметными когнитивные нарушения.

Нервную анорексию принято относить к психосоматическим расстройствам. По классическим представлениям, психосоматическое расстройство – это соматическая патология, возникающая вслед

за психогенией. Между тем, при нервной анорексии зависимости более сложные: и влияние психологического на соматическое (психосоматические отношения), и влияние соматического на психическое (соматопсихические отношения); коморбидность разнообразной психической и соматической патологии. Психические и соматические нарушения могут быть и первичными, и вторичными по отношению друг к другу.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Царенко Д.М.

*Москва, ФГБУ «Московский НИИ психиатрии»
Минздрава России*

Цель. Определить дифференциальные признаки когнитивных нарушений у больных тревожно-депрессивного спектра в условиях первичной и общей медицинской сети.

Материалы и методы. В исследование вошли 84 пациента (12 мужчин и 72 женщины, средний возраст $50,6 \pm 15,7$ лет) с непсихотическими психическими расстройствами находившихся на амбулаторном лечении в психотерапевтическом кабинете одной из городских поликлиник Москвы. Все пациенты были распределены в 3 группы на основании клинико-психопатологического обследования и критериев МКБ-10. В первую основную группу вошел 31 пациент с расстройствами тревожно-депрессивного спектра – РТДС (мужчин – 5; женщин – 26; средний возраст – $40,3 \pm 11,1$ лет). У лиц данной группы имелись аффективные расстройства с депрессивной, дистимической, тревожной, тревожно-фобической и соматовегетативной симптоматикой. Вторую группу составил 21 пациент с неглубокими органическими психическими расстройствами – НОПР (мужчин – 1; женщин – 20; средний возраст – $58,0 \pm 15,6$ лет). Их состояние определялось легким когнитивным расстройством, в большинстве случаев сочетавшимся с органическим эмоционально-лабильным расстройством. В третью группу вошли 32 пациента с РТДС+НОПР (мужчин - 6; женщин - 26; средний возраст - $55,8 \pm 14,6$ лет). Их клиническое состояние определялось депрессивными, тревожными и соматовегетативными нарушениями, сочетавшимися с легким когнитивным расстройством и органическим эмоционально-лабильным расстройством. Из психометрических методик использовались Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессии Бека (BDI), а также специально разработанные клинико-психопатологическая карта для количественной оценки выраженности симп-

томов и скрининговый опросник самооценки своего аффективного и когнитивного состояния «Индекс субъективного неблагополучия» (ИСН). С целью выявления когнитивных нарушений в указанных группах использовались: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), батарея лобной дисфункции (FAB), Модифицированная Адденбрукская когнитивная шкала (ACE-R).

Результаты и их обсуждение. В ходе работы было показано, что больные РТДС наиболее отличались от пациентов с НОПР идеаторными когнитивными нарушениями в виде преобладания при РТДС искаженной оценки реальности (снижения самооценки, утраты уверенности, пессимизма, мрачных мыслей о прошлом). Для НОПР наиболее специфичными являлись выраженные когнитивные нарушения дефицитарного характера в виде снижения памяти, нарушения абстрактного мышления и понимания. Отличия группы РТДС+НОПР от группы НОПР выявлялись в большей выраженности аффективных симптомов депрессии, перфекционизма, ухудшении социального функционирования, а также идеаторных депрессивных нарушениях. При этом нарушения памяти, понимания и абстрактного мышления отличали группу РТДС+НОПР от группы НОПР в сравнительно меньшей степени. Сравнение групп РТДС и РТДС+НОПР выявило отличия в виде имеющихся в группе сочетанной патологии отчетливых дефицитарных нарушений когнитивных функций (трудности концентрации внимания, нарушения памяти и абстрактного мышления). Также было определено, что около 80% больных РТДС активно предъявляли жалобы на нарушения в познавательной сфере. В наибольшей степени они были обеспокоены снижением памяти. Больные РТДС и РТДС+НОПР, не различались по структуре и выраженности жалоб между собой, однако отличались от пациентов с НОПР большей частотой жалоб на нарушение памяти на текущие события ($p < 0,05$) и на трудность поддержания внимания ($p < 0,05$). При этом было установлено, что ощущение собственного когнитивного неблагополучия у пациентов в группах РТДС и РТДС+НОПР, в отличие от группы НОПР, заметно возрастает при усилении депрессии. Статистический анализ выявил, что связь между баллом по ИСН (отражающим субъективную самооценку когнитивного функционирования) и суммарным баллом по шкале депрессии Бека для групп больных РТДС и РТДС+НОПР описывается уравнением квадратичной регрессии (для РТДС: $R^2=0,387$, $F=10,472$, $p=0,000$; для РТДС+НОПР: $R^2=0,237$, $F=4,508$, $p=0,020$). Наряду с этим в группе РТДС не было выявлено статистически достоверных взаимосвязей между депрессией и показателями нейропсихологических тестов, при этом была обнаружена единственная корреляция между тревогой и нарушением в домене «Ориентировка/Внимание» по ACE-R. Вместе с тем, в этой

группе прослеживались статистически значимые корреляции между тяжестью депрессии и клинически выявленными когнитивными искажениями – мрачными размышлениями о прошлом ($c=0,465$), неуверенностью в себе ($c=0,645$) и снижением самооценки ($c=0,482$). В отличие от группы РТДС в группе РТДС+НОПР была обнаружена существенная связь между депрессией и дефицитарными нарушениями когнитивного функционирования, при этом присутствовала только одна значимая корреляция между тревогой и показателем FAB. Наряду с этим, в группе сочетанной патологии, так же как и в группе РТДС, выявляются статистически значимые корреляционные связи между тяжестью депрессии и клинически выявляемыми идеаторными нарушениями – неуверенностью в себе ($c=0,531$), снижением самооценки ($c=0,454$) и пессимизмом в отношении будущего ($c=0,543$). Также было определено, что соотношение между суммарным баллом по ACE-R и выраженностью депрессии по шкале HADS для группы РТДС+НОПР описывается уравнением квадратичной регрессии ($R^2=0,321$, $F=8,344$, $p=0,001$). Тогда как в группе РТДС значимая связь между этими показателями не определяется (линейная регрессия $R^2=0,049$, $F=1,488$, $p=0,232$; квадратичная регрессия $R^2=0,050$, $F=0,730$, $p=0,491$).

Выводы. Таким образом, приведенные данные показывают, что тревога, депрессия и когнитивные нарушения у больных амбулаторной практики часто сочетаются. Анализ имеющихся у этих больных когнитивных нарушений и связанных с ними нарушений поведения позволяет более четко различать отдельные группы пациентов. При этом дифференциальными признаками РТДС во многом являются специфичные идеаторные нарушения (идеи самообвинения, самоосуждения, самоуничужения и малоценности), тесно сопряженные с аффективной симптоматикой (чувствами вины, подавленности, печали, снижением интереса, апатией и др.). Это, по всей видимости, может являться основой для возникновения характерных для тревожно-депрессивных состояний устойчивых аффективно-когнитивных искажений. Несоответствие жалоб, которые предъявляли пациенты, результатам выполненных ими нейропсихологических тестов при РТДС и РТДС+НОПР в сравнении с больными НОПР указывает на взаимосвязь субъективной оценки своего когнитивного функционирования и выраженности депрессии. Это отражает наличие при РТДС специфических метакогнитивных расстройств, то есть патологических изменений процедур анализа, оценки и регуляции личностью больного собственных когнитивных процессов. Сочетание тревожно-депрессивной и органической патологии характеризуется дефицитарными когнитивными нарушениями взаимосвязанными с тяжестью депрессии.

СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЮ ШЕГРЕНА

Шеломкова О.А., Вельтищев Д.Ю.,
Васильев В.И., Лисицына Т.А.,
Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава России, НИИ
Ревматологии РАМН

Введение: болезнь Шегрена (БШ) характеризуется хроническим аутоиммунным воспалительным процессом в секретирующих эпителиальных железах с поражением слюнных и слезных желез [1]. Как и другие системные ревматические заболевания, БШ имеет патогенетическую связь с психическими расстройствами (ПР), во многом обусловленную влиянием стрессовых факторов. Началу БШ, при сравнении с другими ревматическими заболеваниями, часто предшествуют различные стрессовые события [2]. В среднем, по данным различных исследований, частота встречаемости психических расстройств при БШ составляет около 30 % [3]. Результаты ряда исследований показывают, что субпсихотические состояния выявляют при БШ так же часто, как и расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС) [4]. Существенное значение придается выраженности усталости [5] и когнитивным нарушениям (КН) при БШ [3].

Цель: установление частоты встречаемости стрессовых факторов и психических расстройств при БШ.

Материалы и методы. Диагностика психических расстройств проводилась в соответствии с критериями МКБ-10. Обследовано 50 женщин с БШ в возрасте от 18 до 64 лет. Оценка выраженности тревоги, депрессии и усталости проводилась с применением HAM-A, MADRS, FSS. С помощью блока проективных методик проводилась оценка структуры личности (типа аффективности)

Результаты: по результатам оценочных шкал выявлена высокая встречаемость тревоги – 90%, из них у 28% выявлена выраженная тревога, и депрессия – 56%. Ниже – сначала что, а потом – выраженность. У подавляющего большинства больных (96%) диагностированы психические расстройства, преимущественно тревожно-депрессивного спектра (РТДС): дистимия 18%, расстройства адаптации 16%, генерализованное тревожное расстройство 14%, единичный депрессивный эпизод – 18% различной выраженности, рекуррентное депрессивное расстройство умеренной тяжести 12%, с психотическими симптомами – 2%, шизотипическое расстройство 18%, сопровождающееся тревогой и депрессией. КН (нарушение исполнительных функций, памяти, внимания, мышления) различной степени выраженности наблюдались практически у всех больных. При этом выраженные и умеренные нарушения встречались более чем в трети случаев (33,6%) и характеризовались нару-

шением логического мышления и затруднением обобщений. Выраженные и умеренно выраженные КН наблюдались одинаково часто при любом ПР независимо от преобладания тревоги или депрессии, кроме шизотипического расстройства – в этом случае они встречались значительно чаще и были более выражены ($p < 0,05$). Выраженность КН коррелировала с результатами шкалы HAM-A, WHO-5, MADRS как по подшкале тревоги, так и депрессии ($r = 0,32$). Большинство больных (68%) обращало внимание на выраженную усталость. Наиболее часто выявлялся сопутствующий гипостенический вариант астении. Средний балл по шкале усталости составил $4,2 \pm 1,9$, при этом более половины (60%) больных отмечали клинически значимую усталость (≥ 4 баллов по шкале FSS). Депрессивные расстройства чаще провоцировались острыми психотравмирующими ситуациями (72%). Наличие психотравмирующих ситуаций в течение последних 2-х месяцев, предшествующих обследованию, было выявлено у 96%, что существенно превышало долю собственно стрессовых расстройств, в частности, расстройств адаптации в обследованной группе. Значения оценочной шкалы восприятия стресса PSS-10 в среднем составило $16,9 + 6,04$ баллов, что говорит о выраженности стрессового состояния и тревоги. При этом 34% пациентов имели, согласно шкале PSS-10, высокий уровень повседневного стресса (≥ 20 баллов). Для всех больных установлено наличие значимого психотравмирующего события в дебюте БШ. В большинстве случаев – острые психотравмирующие ситуации (54%), нередко принимавшие затяжное течение. Для трети обследованных (36%) значимым являлся семейный стрессовый фактор (болезнь или смерть близких родственников, конфликтные ситуации в семье с детьми или родителями). Многие больные (18%) сообщали о комплексе конфликтных межличностных отношений. Выделен гендерный стрессовый фактор, включающий отчуждение женщины в отношениях с мужчиной, при формальном стремлении к близости и неполным принятием женской роли. Служебные и социальные стрессовые ситуации встречались в 32%. В ряде случаев (14%) психотравмирующим фактором являлось хирургическое вмешательство. Стрессовые факторы различались также по структуре: как «угрозу» оценивали ситуацию 40% обследованных больных, «утрата» встречалась в 38% случаях, «фрустрация» в 16% случаях, «катастрофа» у 6% больных. Установлено, что психотравмирующие ситуации утраты, фрустрации и катастрофы чаще носили острый характер, угроза – преимущественно хроническое воздействие ($p < 0,05$). У большинства больных (64%) установлено наличие ранней детской депривации, из них в 75% – повторные депривации. Анализ результатов экспериментально-психологического исследования показал доминирование апатической аффективности среди пациентов (82%). Тоскливый вариант вы-

явлен у 14% обследованных и всего в 4% случаях - тревожный.

Заключение. Больным БШ свойственны ПР, преимущественно РТДС. Большая часть психических расстройств носит хронический характер, включая рекуррентное депрессивное расстройство и дистимию. Высокая встречаемость шизотипического расстройства является отличительной чертой БШ от других ревматических заболеваний. Широкая распространенность психотравмирующих ситуаций, предшествующих заболеванию, по-видимому, имеет патогенетическую значимость как в провокации РТДС, так и БШ. Возможно, что эффект детской депривации, выявленной у 64% является общим звеном предрасположения к развитию депрессии и РЗ. Выявленное в исследовании доминирование апатической аффективности больных БШ во многом определяет особенности восприятия и реагирования на стрессовые факторы. В частности, гендерный стрессовый фактор можно объяснить характерным для многих больных БШ безразличием к полу. Кроме того, высокая частота встречаемости шизотипического расстройства с характерной апатией в структуре расстройства, объясняется апатической аффективностью. КН, высокая встречаемость которых была подтверждена нашим исследованием, существенно влияют на другие, в частности, поведенческие проявления психических расстройств при БШ. Аффективно-стрессовая модель психических расстройств при ревматических заболеваниях с выделением провоцирующих и предрасполагающих факторов позволяет определить индивидуальную направленность терапевтических подходов

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОГРАНИЧНЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРОЦЕССЕ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ

Киселёва И.В., Носачев Г.Н.

Самара, ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава»

Реформированные службы здравоохранения должны содержать значительный компонент государственного здравоохранения, способный анализировать тенденции в области заболеваемости, выявлять причины, предлагать контролировать осуществление мер по улучшению профилактических мероприятий и развитие системы первичной медико-санитарной помощи. На данную цель направлен Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.11 № 302н (зарегистрирован в Минюсте России 21 октября 2011 г.) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры

(обследования), и Порядке проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». Согласно данному Приказу в периодические осмотры, обязательные для категорий обследуемого населения, в состав комиссии введены врач-психиатр и врач-нарколог.

В Приказе даны виды заключений и дальнейшие действия указанных специалистов. Так, «психические заболевания с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями и приравненные к ним состояния, подлежащие обязательному динамическому наблюдению в психоневрологических диспансерах», выявленные случаи алкоголизма, токсикомании и наркомании, «в случаях выраженных форм расстройств настроения, невротических, связанных со стрессом, соматоформных, поведенческих расстройств и расстройств личности вопрос о профессиональной пригодности к соответствующим работам решается индивидуально комиссией врачей-специалистов, соответствующих профилю заболевания, с участием врача-профпатолога».

Цель работы - обсуждение клинических, организационно-методических и правовых вопросов пограничных когнитивных расстройств, выявляемых в процессе периодических медосмотров.

В процессе заполнения осматриваемым бланка добровольного информированного согласия на психиатрическое освидетельствование (осмотр) (согласно ст. 23 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании») - далее Закон) и краткой клинической беседы у ряда пожилых граждан выявляются пограничные когнитивные расстройства, которые могут быть отнесены к лёгким (ЛКР) и умеренным (УКР) когнитивным расстройствам, не отраженным в Приказе № 302н.

Основными клинико-психопатологическими дифференциально-диагностическими критериями ЛКР от УКР являются: выраженность когнитивных нарушений, их равномерность по отдельным когнитивным процессам, наличие нарушений мышления, критичность к когнитивным расстройствам (сохранённая или избирательная), изменение социальной перцепции, нарушение креативности и когнитивного стиля индивидуально-психологических особенностей личности, организации приспособленности и компенсации дефекта, эмоциональные нарушения (лабильность аффекта, раздражительность), влияние эмоций на когнитивные процессы, изменение поведения в связи с когнитивными нарушениями.

Но собрать полные клинические данные, тем более критерии дифференциальной диагностики ЛКР и УКР, а нередко и дифференцировать их от других пограничных расстройств (например, астенического расстройства) в процессе профосмотра достаточно трудно.

Психометрическое исследование может служить дополнением диагностики и позволяет обнаружить у осматриваемого когнитивные особенности, в связи с которыми клинико-психопатологическое разделение на подгруппы представляется достаточно оправданным. Скрининговые оценочные шкалы (MMSE, FAB, тест рисования часов) частично подтверждают диагностическую валидность психологической диагностики нарушений когнитивных функций у осматриваемых и частично подтверждают возможность предварительного диагноза лёгкого (ЛКР) и умеренного (УКР) когнитивного расстройства. Но даже большинство скрининговых методик (например, MMSE, FAB) требуют определенного времени (от 15 до 30 минут) и часто вызывают протест пациента и отказ от исследования. Удаётся провести только совсем простые тесты (например, тест рисования часов, счёт по Крепелину, обратный счёт месяцев года), которые нельзя считать достаточно информативными. Отсюда следует, что требуется профессиональное и компетентное исследование когнитивных (познавательных, интеллектуальных) процессов и образований клиническим психологом, который не включен в комиссию Приказом.

Предварительный диагноз ЛКР и УКР, даже отражённый в паспорте здоровья, требует от специалиста и комиссии разъяснения и рекомендации пройти психиатрическое освидетельствование и согласия на лечение в психоневрологическом диспансере по месту жительства.

Катамнестические исследования показывают, что практически большинство осматриваемых игнорирует рекомендации по обращению в психоневрологический диспансер, пользуясь ст. 11 Закона об отказе от лечения. Так как пограничные когнитивные расстройства не входят в перечень психических расстройств, по которым специалист может на основе предварительного диагноза настаивать на дальнейшем обследовании в психоневрологическом диспансере, то дальнейшее уточнение диагноза, его подтверждение с помощью клинического психолога (патопсихологическое или нейropsychологическое исследование когнитивных процессов) и соответственно дальнейшее уточнение нозологического диагноза просто не проводятся. Обращение к работодателю также невозможно согласно статье 9 Закона, по которой «сведения о наличии у гражданина психического расстройства, ... а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом». Авторы вынуждены были участвовать в нескольких судах по обвинению в разглашении врачебной тайны, когда врачи-психиатры, располагая сведениями о наличии у осматриваемого 3 группы инвалидности по психическому заболеванию, не могли заставить клиента пройти комиссию в психоневрологическом диспансере по месту жительства.

Таким образом, требование ранней диагностики психических расстройств с пограничными когнитивными расстройствами в процессе периодического медосмотра может быть выполнено только частично и полностью зависит от отношения клиента к своему психическому здоровью («внутренней картины болезни – внутренней картины здоровья», стигматизации и другими представлениями лица о психической патологии и болезни). Врач-психиатр сталкивается с целой группой статей Закона, которые, с одной стороны, защищают права и свободы гражданина с психическими расстройствами, а, с другой – мешают в полной мере пройти своевременную диагностику и, соответственно, лечение целого ряда неврологических и психических заболеваний, которые дебютируют когнитивными расстройствами (в частности, болезнь Альцгеймера и др.), при неблагоприятном течении приводящем к инсульту и деменции (сосудистые заболевания).

КОМОРБИДНАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Козлова С.Н.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова

Введение. Соматическая патология, наряду с суицидами, является наиболее частой причиной смерти у больных с эндогенными расстройствами. Ее распространенность в 1,6-3 раза превышает аналогичные показатели по популяции в целом, при этом более двух третей пациентов с шизофренией умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, а встречаемость таких важных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, как диабет и ожирение, при шизофрении в 1,5–3,5 раза выше, чем у населения в целом (Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., 2005; Дробижев М.Ю., Иванов С.В., 2005; Suvisaari J. et al., 2007). Несмотря на это, сведения о прочих вариантах коморбидности соматической патологии с эндогенными психическими заболеваниями представляются весьма неполными.

Цель исследования. С целью изучения распространенности и структуры соматической патологии у больных с эндогенными психическими расстройствами (ЭПР) обследовано 1117 военнослужащих с психическими расстройствами, проходивших лечение в психиатрическом стационаре, из которых 91 составили лица с ЭПР (средний возраст $31,8 \pm 10,9$ лет, по гендерному составу: мужчин – 55,7%, женщин – 44,3%). Структура диагнозов ЭПР в обследованной выборке включала шизофрению (53,9%), шизотипическое расстройство (16,5%), хроническое бредовое расстройство (4,4%), острые

и преходящие психотические расстройства (17,6%), шизоаффективное расстройство (7,7%). Оценка психического и соматического состояния пациентов проводилась по стандартным методикам. Применялись клинический, клинико-психопатологический, лабораторный, инструментальный, функциональный, статистический методы. В качестве целевых показателей определялись индекс коморбидности (ИК), как соотношение количества выявленной соматической патологии к числу психических расстройств в обследованной выборке, и профиль коморбидности (ПК), как вектор сопутствующих заболеваний в виде отношения их встречаемости к встречаемости основного (в данном случае – эндогенного) расстройства (Мызников И.Л., 2013).

Результаты и обсуждение. Результаты изучения распространенности соматической патологии в обследованной группе лиц с ЭПР показали, что она достигала 67,7%. Несколько чаще коморбидные соматические нарушения выявляли у больных с шизотипическим расстройством, шизофренией и острыми психотическими расстройствами (73,3%, 69,4% и 68,8%, соответственно), тогда как при шизоаффективном расстройстве и хронических бредовых состояниях их частота была ниже (42,9%, 50,0%, и 49,4%, соответственно). Однако, достоверных различий между отдельными таксонами выявлено не было. При этом, в структуре соматических диагнозов, как правило, наблюдалось сочетание 3-4 соматических заболеваний (44,3%), несколько реже – 5 и более (29,5%). В триаду ведущих соматических нарушений вошли заболевания сердечно-сосудистой системы (42,3%), патология желудочно-кишечного тракта (30,4%) и эндокринной системы (16,5%).

Представленные данные позволили определить индекс коморбидности, который, как и следовало ожидать, был весьма высок и составил 3,2. На основании проведенных расчетов был также получен профиль коморбидности, который можно представить в виде следующего выражения:

$$ПК \{0,13 \cdot III + 0,52 \cdot IV + 1,34 \cdot IX + 0,03 \cdot X + 0,97 \cdot XI + 0,18 \cdot XII\},$$

где римскими цифрами обозначены соответствующие классы болезней по классификации МКБ-10.

Выводы. Таким образом, можно констатировать, что клиническая форма ЭПР не имела существенных связей с частотой встречаемости сопутствующей соматической патологии. При этом, индекс коморбидности указывает на высокую потребность данной группы больных в терапевтической помощи, а характер профиля коморбидности указывает на большую востребованность в коррекции сопутствующих расстройств, относящихся к IX, X и XI классам болезней по МКБ-10.

Приведенные данные целесообразно использовать при разработке стандартов оказания психиатрической помощи.

ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Коноркина Е.А., Басинская И.А.,
Коломиец В.М.

Орел, ФКУ «Орловская ПБСТИН» Минздрава России

Введение. Известна связь между психическими нарушениями и различными инфекционными и неинфекционными заболеваниями, в том числе и туберкулезом. Опасность развития туберкулеза при его сочетании с психическими заболеваниями значительно увеличивается при низком уровне санитарно-гигиенической культуры психических больных, отсутствии критики к своему состоянию и, как следствие этого, неправильном подходе к лечению. Эти факторы особенно могут сказываться в среде больных с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия и находящихся на принудительном лечении в стационарах специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Цель исследования: определить клиническую структуру хронической психической патологии и сопутствующего заболевания туберкулезом с целью выявления факторов риска его развития для последующей разработки конкретных лечебно-реабилитационных и противоэпидемических мероприятий.

Материалы и методы. Исследования проводились в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН), где по решению суда проходят принудительное лечение пациенты с различными формами хронической психической патологии (шизофрения, органическое расстройство личности и поведения различного генеза, в том числе и в связи с эпилепсией, умственная отсталость, реактивный психоз, психопатия и др.). При наблюдении для верификации диагноза туберкулеза и основного заболевания больные обследуются с использованием общепринятых клинико-лабораторных методов, лечение проводится с учетом стандартов и соответствующих нормативно-правовых положений по конкретной нозологии. Изучена клиническая структура контингентов отделений для психически больных с сопутствующим туберкулезом легких и 118 больных с различными формами туберкулезного процесса и психической патологии, наблюдаемых в течение трех лет.

Результаты и обсуждение. Основную массу контингента составили пациенты с параноидной шизофренией эпизодического и непрерывного типа течения (38,1% и 12,7% соответственно). Органическое расстройство личности и поведения составило 20,3%, умственная отсталость-19,5%. Другие виды психических расстройств (реактивный психоз, транзиторное психотическое расстройство, острая алкогольная энцефалопатия, острое полиморфное

психическое расстройство, параноидное развитие личности, деменция в связи со смешанным заболеванием) составляли по 1,7%. По формам туберкулезного процесса у 56,8% больных верифицирован диагноз инфильтративного туберкулеза легких. Среди больных с параноидной шизофренией эпизодического типа течения инфильтративный туберкулез диагностирован в 62,2%, фиброзно-кавернозный (ФКТЛ) - 8,9%, цирротический - 2,2%, очаговым туберкулезом легких - 17,8%, диссеминированным туберкулезом легких - 6,7%, туберкуломами - 6,7%. Среди же больных с параноидной шизофренией непрерывного типа течения инфильтративный туберкулез легких выявлен у 46,7% ($p < 0,05$), отмечен рост числа больных с ФКТЛ и цирротическим туберкулезом. В группе больных с органическим расстройством личности и поведения лидирующее место по-прежнему занимает инфильтративный туберкулез легких, но при этом его удельный вес снижается до 37,5%. Кроме того, отмечено увеличение доли больных с ФКТЛ (12,5%), очагового туберкулеза легких (20,8%), диссеминированного туберкулеза легких (16,7%) и туберкулом легких (8,3%). В группе больных с умственной отсталостью выявлено, что 56,5% контингента составляют пациенты с инфильтративным туберкулезом легких, 17,4% - с очаговым туберкулезом легких, ФКТ и диссеминированный туберкулез легких составляли по 8,7%, туберкуломы и экссудативный плеврит туберкулезной этиологии - по 4,3%.

Выводы. 1. Больные с параноидной шизофренией эпизодического типа течения составляют группу повышенного риска по развитию туберкулеза легких.

2. В контингентах отделений для психически больных с сопутствующим туберкулезом в условиях интенсивного наблюдения преимущественно наблюдаются больные инфильтративным туберкулезом легких.

3. Наиболее высокий риск развития инфильтративного туберкулеза легких выявлен у пациентов с параноидной шизофренией эпизодического и непрерывного типа течения, умственной отсталостью.

4. Развитие диссеминированного туберкулеза легких более вероятно у пациентов с органическим расстройством личности и поведения.

5. Риск развития цирротического туберкулеза легких и ФКТ увеличивается в группе больных с параноидной шизофренией непрерывного типа течения.

6. Больные с умственной отсталостью являются группой повышенного риска развития инфильтративного и очагового туберкулеза легких.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Куклина А.М.

*Набережные Челны Республика Татарстан,
«Набережно-Челнинский психоневрологический диспансер»
- филиал ГАУЗ «РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ»*

Актуальной и сохраняемой проблемой в психиатрической службе являются низкие показатели соматического здоровья среди душевнобольных, что, прежде всего, связано, с низкой диагностикой, а также стигматизацией лечебных учреждений по отношению к лицам страдающих тяжелыми психическими заболеваниями.

Целью научного исследования является доказательство соматической отягощенности среди психически больных в связи с низкой выявляемостью соматических заболеваний у данной категории лиц.

Материалы и методы исследования. По приказу Управления здравоохранения города Набережные Челны проведена диспансеризация всех психически больных, находившихся под диспансерным наблюдением в Набережно-Челнинском психоневрологическом диспансере в 2013г. Были взяты две группы исследуемых: 1 группа - психически больные; 2 группа - работающее население города, не имеющие психического расстройства.

Результаты. Среди 4280 психически больных находившихся под диспансерным наблюдением у врача-психиатра медицинское обследование прошло лишь 1018 человек (21,1%). Основную категорию составили пациенты с органическим поражением головного мозга (49,6%), с шизофренией (34,1%), с умственной отсталостью (12,9%), а также страдающие деменцией (3,4%).

Из всех обследованных пациентов с тяжелыми психическими расстройствами «Терапевтически здоровыми» составили 26,6% ($n=271$). Наиболее распространенными соматическими заболеваниями диагностированы пациенты с болезнями системы кровообращения (29,9%, $n=304$), среди которых является гипертоническая болезнь (78,3%), хроническая недостаточность мозгового кровообращения (11,5%) и ишемическая болезнь сердца (9,6%) и др. Также распространены болезни нервной системы (23,2%, $n=236$): остеохондроз (45,3%), вегето-сосудистая дистония (32,6%), последствия травм головного мозга (9,8%), эпилепсия (4,2%) и прочие. Третье место занимают болезни органов пищеварения (8,0%, $n=82$), из них хр.гастрит (36,6%), хр.гастродуоденит (32,9%) и язвенная болезни желудка и 12-ти перстной кишки (15,9%).

Исследуя соматическую патологию в КГ (20335 человек, 100% обследование) наблюдаются значимые различия, где основную группу составили пациенты с болезнями глаз (44,6%). Болезни системы кровообращения занимают лишь второе

место среди работающего населения города (24,1%) и третью позицию составляют болезни мочеполовой системы (17,9%).

Также отмечено, что у душевнобольных в 55,7% случаев установлено несколько соматических заболеваний разной нозологической принадлежности, требующие наблюдения со стороны специалистов внепсихиатрических служб.

Таким образом, основной проблемой остается отсутствие специалистов общесоматического профиля в пределах психиатрических учреждений, что приводит к позднему диагностированию соматической патологии. Имеются «резкие» отличия по распространенности соматических заболеваний среди двух исследуемых групп, что еще раз показывает пониженные показатели физического здоровья среди пациентов, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями.

Диспансеризация психически больных является одним из профилактических методов для более раннего выявления соматических заболеваний, оказывающие влияние на качество и продолжительность жизни, а также дестигматизации.

СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ВЗГЛЯД УРОЛОГА

Выходцев С.В.

Санкт-Петербург, СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»

В психиатрическом стационаре довольно часто приходится встречать разнообразную соматическую патологию. Немалую долю в ней составляют урологические «проблемы» - заболевания мочевыделительной системы (МВС) у мужчин и женщин, а также половой системы у мужчин. С точки зрения соматически ориентированного специалиста – уролога – эти «проблемы» базируются на органической или функциональной почве и решаются в рамках плановой или экстренной помощи больным.

За более чем год работы в психиатрическом стационаре, нами было обследовано при первичном и повторном обращении 415 пациентов (281 мужчина и 134 женщины). Возраст обратившихся составил от 18 до 93 лет. Все обследуемые имели различную психическую патологию: расстройства шизофренического спектра, аффективные нарушения, органические заболевания головного мозга с психическими нарушениями, интоксикационные психозы, а также пограничные нервно-психические расстройства, включая личностную патологию. Консультации выполнялись *ex tempore* в плановом и экстренном порядке в условиях острых отделений и отделения лечебно-восстановительной терапии. Объем обследований включал данные субъек-

тивного и объективного урологического статуса, рутинные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, анализ мочи по Зимницкому), а также инструментальные обследования, проведенные в условиях психиатрического стационара (УЗИ, включая доплеровские методики, Rg-обследование) и в иных лечебно-профилактических учреждениях по договоренности (КТ, МРТ).

Среди органической урологической патологии у мужчин были выявлены: доброкачественная гиперплазия предстательной железы (32,7%); хронический калькулезный простатит (17%); мочекаменная болезнь и нарушения минерального обмена в форме кристаллурии (8,3%); аномалии развития МВС (5,4%); злокачественные новообразования органов МВС и половой системы в 4,6% случаев (Нео почки – 1 пациент, Нео мочевого пузыря – 3 пациента, Нео предстательной железы – 6 пациентов, Нео яичка – 3 пациента), причем у 6 пациентов опухолевый процесс нами был выявлен впервые; баланопоститы (4,3%); стриктуры уретры (1,8%); короткая уздечка полового члена (1,5%); варикоцеле, первичный и вторичный фимоз, парафимоз – по 0,7%. «Проблемы» с наличием мочепузырного свища (эпицистостома) имели 1,8% больных.

У женщин заболевания органической природы были представлены воспалительными процессами МВС (цистит и/или пиелонефрит - в 55,7% случаев), мочекаменной болезнью и нарушением минерального обмена (12,6%), недержанием мочи при несостоятельности тазовой диафрагмы и опущении влагалища и передней стенки мочевого пузыря (5%), аномалиями развития МВС (4,5%), а также злокачественными новообразованиями мочевого пузыря (2,9%).

Функциональным урологическим расстройством у пациентов обоего пола явилась нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП), которую наблюдали у мужчин в 9,6%, а у женщин – в 13,4% случаев. Это нарушение часто осложнялось острой или хронической неполной задержкой мочи. В первом случае это вело к болевому синдрому, вплоть до картины «псевдоперитонита», а во втором – к активации мочевой инфекции. Такие явления мы наблюдали у больных с кататонической формой шизофрении, депрессивным расстройством, деменцией, а также у больных с полинейропатией на фоне хронической алкогольной интоксикации. Также НДМП с различными вариантами задержек мочи или ее недержанием мы наблюдали у пациентов на фоне лечения нейролептиками или антидепрессантами.

Таким образом, по результатам наших наблюдений характер урологических «проблем» определялся как непосредственным наличием заболеваний органов мочеполовой системы у психичес-

ки больных, так и вторичными нарушениями в этой системе за счет психической и/или неврологической патологии, а также как результат побочного действия психотропных лекарственных препаратов.

Отдельного обсуждения требуют случаи «псевдоурологических» и сексуальных расстройств, которые мы наблюдали у части больных обоего пола. Спектр «урологических» жалоб таких пациентов не соответствовал объективному урологическому статусу и не имел лабораторно-инструментального подтверждения. Сексуальные нарушения в ряде случаев (пограничные психические расстройства) представлялись реальными, однако у части больных такие «расстройства» были обусловлены «большой психиатрией». Данные группы больных в процессе обследования уже требовали не столько соматического подхода, сколько взгляда сексолога и/или психиатра. Исследования в этой области нами будут продолжены.

АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ И ПСИХОТЕРАПЕВТА.

Кузнецова М.В.

Москва, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава РФ

В первичном звене здравоохранения наблюдается значительная распространенность непсихических психических расстройств (НППР). Это обуславливает необходимость разработки новых организационных моделей оказания помощи пациентам с данными расстройствами. Одной из таких организационных форм может стать сопровождение лечебной деятельности участковых терапевтов психотерапевтом городской поликлиники.

Цель исследования. Оценить эффективность модели сопровождения участковых терапевтов психотерапевтом территориальной поликлиники.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе городской поликлиники г. Москвы в течение 2,5 лет. Случайным методом врачи-терапевты были разделены на 2 группы по 6 человек. С одной группой (группой наблюдения) проводились регулярные консультации 2-3 раза в месяц. Целью консультаций являлось определение проблемных ситуаций в ведении пациентов с НППР, разработка лечебной тактики для данных пациентов, проведение консультаций по психофармакотерапии и психотерапевтическим интервенциям. С врачами второй группы (контрольной) не велось регулярной работы, и консультации осуществлялись только по просьбе самого специалиста.

Врачи группы наблюдения – женщины, средний возраст – $45,0 \pm 12,7$ лет, средний стаж работы – $21,8 \pm 12,8$ лет. Врачи контрольной группы – 1 мужчина, 5 женщин, средний возраст – $41,6 \pm 15,4$ лет, средний стаж работы – $18,4 \pm 15,6$ лет.

Результаты и обсуждение. Терапевты, из группы наблюдения в среднем в 2,9 раза чаще направляли пациентов к психотерапевту поликлиники, чем врачи из контрольной группы. Всего участковыми терапевтами на консультацию к психотерапевту было направлено 85 пациентов. Из них 49 человек направлены врачами группы наблюдения, а 17 – врачами контрольной группы. Основными психическими заболеваниями, с которыми направляли пациентов терапевты, были органические расстройства, аффективные расстройства, а также невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Между врачами обеих групп имелись достоверные различия в частоте направлений пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Участковые терапевты из группы наблюдения достоверно чаще ($p=0,026$), чем врачи контрольной группы, направляли к психотерапевту пациентов с данными расстройствами.

Определенные различия были выявлены и при назначении психотропных препаратов терапевтами различных групп. В первую очередь они обнаруживались в частоте назначений лекарственных средств. Врачи из группы наблюдения реже использовали психотропные препараты (43,3 наименования на одного специалиста за период наблюдения), в особенности транквилизаторы и снотворные. Это, возможно, обусловлено тем, что они оставляли эту функцию психотерапевту, относясь к назначениям более обдуманно и осторожно. Также среди врачей группы наблюдения в целом по итогам исследования обнаруживалась большая осведомленность о проявлениях психических расстройств и способность к их распознаванию. Можно предположить, что количество обратившихся пациентов являлось отражением не только способности заподозрить наличие психического расстройства, но и умения специалиста мотивировать пациента на данную консультацию в силу наличия определенных личностных черт и коммуникативных навыков.

Терапевты из контрольной группы крайне редко направляли к психиатру пациентов – менее 1 человека за месяц. Значительная часть врачей данной группы ($n=3$) нередко отрицали необходимость лечения пациентов с НППР у психотерапевта. Проявления психических расстройств большей частью трактовались ими как распушенность, слабость характера, причуды и т.п.. Они также значительно чаще (54,3 наименования на одного специалиста за период наблюдения) назначали психотропные

препараты: преимущественно транквилизаторы и снотворные. Причем нередко эти назначения носили необоснованный характер.

Выводы. Сопровождение участковых терапевтов психотерапевтом оказывается эффективным в плане увеличения частоты направлений пациентов к психотерапевту. Терапевты, тесно взаимодействующие с психотерапевтом, более взвешенно подходят к назначению психотропных препаратов, лучше осведомлены в проявлениях и характере психических расстройств. Данное полипрофессиональное взаимодействие способствует повышению качества и доступности оказываемой медицинской помощи, что подтверждает необходимость усиления взаимодействия между врачами общей практики и психиатрами в первичном звене здравоохранения.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФИЦИТА ВЕСА У БОЛЬНОЙ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Нургалиев Р.А.

*Прокопьевск, ГКУЗ Прокопьевская
психиатрическая больница*

Автором представлен случай успешного набора веса у пациентки М 1992 г.р. с большим дефицитом веса тела, страдающей нервной анорексией, с булимической симптоматикой и воитоманическими расстройствами. На протяжении 2008 -2012 гг больной неоднократно проводилось лечение в нашей больнице, в областной психиатрической больнице, в Томском НИИ психического здоровья. В 2010 г. ей была определена 2 группа инвалидности, непрерывные осложнения и потеря веса, минимум 33 кг при росте 170 см. На протяжении длительного времени вес устойчиво колебался от 36 кг до 38 кг. Цель работы показать как изменение стратегии питания, а именно, основное потребление калорий приходилось на вечернее время, применялось 8 разовое питание, использование спортивного углеводно-белкового питания. Эти меры приводят к резкому набору веса В результате употребления смесей спортивного питания и дробной диеты, вес с 38 кг, удалось довести до 50 кг за двухмесячный курс лечения.

Лечение пациентов с нервной анорексией создает врачу психиатрического стационара множество проблем, которые зачастую находятся за пределами его узкой профессиональной компетенции. Сугубо психиатрические знания и умения мало могут помочь в организации питания таких пациентов, обычные терапевты зачастую также не имеют достаточных знаний в области диетологии. В доступной научной литературе мною не найдено случаев применения спортивного питания(углеводно-белковых смесей) при лечении нервной анорексии.

На протяжении с 2008 года и по настоящее время в нашей больнице проходит лечение больная М.1992 года рождения с диагнозом нервной анорексии на органически неполноценной почве, практически 3-4 раза в год, она проходит стационарное лечение по поводу приступов неукротимой рвоты. Больная проходила лечение в Томском НИИ психического здоровья, Кемеровской областной психиатрической больнице, вес больной колебался от 36 до 38 кг, а недостаточный вес при этом заболевании, это всегда угроза к тяжелому течению инфекций и опасности жизни больного. Поэтому кроме устранения приступов рвоты, перед психиатром стоит задача по набору веса пациентов до нормальных величин. Мы добились успеха в наборе веса у больной перераспределив прием высококалорийной пищи. Наиболее богатые питательными веществами продукты больная потребляла с концентрированным виде после 18 часов, то есть тогда, когда организм все потребленное откладывает «про запас».таким концентрированным продуктом оказалось спортивное питание, которое используют тяжелоатлеты и бодибилдеры. Непосредственно нами использовалась определенная углеводно-белковая смесь обогащенная витаминами, но ее название не принципиально, можно использовать любую углеводно-белковую смесь. Мы брали половинную дозу от предлагавшейся атлетам. Она легко дозируется мерными ложками и разводится молоком или водой, что делает ее очень удобной. Также использовались высококалорийные продукты питания - шоколад, орехи, сыр. При небольшом весе продуктов они обладают максимумом полезности. Такие продукты питания укладывались в концепцию дробного питания малыми порциями, чтобы не провоцировать новые приступы рвоты. Как результат вес за двухмесячный период с 38 кг поднялся до 50 кг. В отношении снятия приступов нервной булимии у больной проводилась стандартная терапия и дальнейшая медицинская реабилитация. Постоянно больной проводилась легкая оздоровительная гимнастика без отягощений и использования тренажеров. Прием жидкости 2.5 литра в день, в виде простой воды, соков и обычных третьих блюд.

С весом более 50 кг больная была выписана из отделения, пациентка продолжила принимать высококонцентрированные углеводно-белковые смеси и на амбулаторном этапе лечения.

Выводы: стратегии питания при нервной анорексии с применением спортивных углеводно-белковых смесей и смешением времени приема пищи необходимо продолжать совместными усилиями ученых специалистов в области диетологии и психиатрии.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ
ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРЕДМЕТНО-ОПОСРЕДОВАННОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ
(ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

Агибалова Т.В., Бирюков Б.А., Кибитов А.О.

*Москва, ФГБУ Национальный научный
центр наркологии Минздрава России*

Введение. Предметно-опосредованные психотерапевтические методики с использованием плацебо эффектов, представляемые для пациентов как несовместимые с алкоголем, широко используются в нашей стране. Последнее время в научном сообществе все чаще обсуждается правомерность использования данных методик. Противники такого лечения, называют его «сциентистки декорированным шаманством», и приводят множество негативных доводов против такого лечения. Все они вполне оправданны, однако даже противниками признается, что применение предметно-опосредованной суггестии бывает эффективно для некоторых категорий пациентов. В этой связи, нам представляется важным исследовать психологические и некоторые генетические особенности пациентов, для которых данный вид терапии оказался эффективным, а также выявить психологические и генетические предикторы неблагоприятного прогноза на лечение такими методиками.

Материал и методы исследования. Общая численность больных, вошедших в исследование, составила 42 человека, с установленным диагнозом алкогольная зависимость, проходивших стационарное лечение в клинике ННЦ наркологии Минздрава России с 2011 по 2013 годы. Все пациенты – мужчины, в возрасте от 25 до 60 лет, средний возраст пациентов составлял 43,12±9,5. В исследование включались пациенты, имевшие в анамнезе положительный, либо отрицательный опыт лечения алкогольной зависимости предметно-опосредованными психотерапевтическими методиками (во внимание принимался только первая процедура предметно-опосредованного воздействия).

Всем пациентам, вошедшим в исследование в день поступления производился забор крови на молекулярно-генетическое исследование уровня генетического риска развития наркологических заболеваний на основе генопрофилирования по генам дофаминовой нейромедиаторной системы по методике, разработанной в ННЦ Наркологии в 2012.

На 7-10 сутки стационарного лечения с помощью клинично-психопатологического метода изучались особенности течения заболевания, семейная отягощенность по алкоголизму. Пациентами заполнялся психометрический опросник структуры темперамента и характера личности - TCI-125 Клонинджера.

После обследования, все пациенты, вошедшие в исследование, были разделены на 2 группы. В первую группу попали пациенты, у которых после проведения психотерапевтической запретительной на прием алкоголя процедуры отмечалась ремиссия равная или более длительная, относительно сроков психотерапевтической установки. Во вторую группу вошли пациенты, у которых либо не наблюдалось ремиссии, либо рецидив возник значительно раньше окончания сроков психотерапевтической установки.

Далее эти группы сравнивались по показателям TCI-125 Клонинджера: трем базовым и генетически обусловленным осям, которые согласно биопсихосоциальной концепции Клонинджера измеряются тремя шкалами темперамента: «поиск новизны», «избегание вреда» и зависимость от вознаграждения. Также было проведено сравнение групп по уровню генетического риска.

Результаты исследования. В первой группе, в которую вошли пациенты, для которых предметно-опосредованная психотерапия оказалась эффективной, согласно анамнестическим данным, наследственная отягощенность по алкоголизму наблюдалась у 50% больных. По результатам генопрофилирования, средний показатель уровня генетического риска возникновения зависимости от ПАВ составил 1,6 балла, что соответствует повышенному уровню риска. В этой группе отмечались более низкие показатели по шкале «поиска новизны». Для таких пациентов, согласно описанию методики TCI-125, характерно нежелание смены неспешного рутинного течения своей жизни. Они довольно ригидны и медленно отходчивы. Также в этой группе был обнаружен высокий средний показатель по другой генетически обусловленной шкале – «зависимости от вознаграждения». Высокий уровень зависимости от вознаграждения, потребности в похвале и одобрении со стороны окружающих ведет таких пациентов к чрезмерной тенденции соглашаться под давлением извне. Если возможный результат своего поведения видится им социально одобряемым, то они способны на повышенную и длительную активность. Данные показатели по этим шкалам характерны для обсессивно-компульсивных, пассивно-зависимых, циклотимических личностей.

В группе пациентов, у которых рецидив заболевания возник раньше окончания сроков психотерапевтической установки запретительной на алкоголь процедуры, наследственная отягощенность наблюдалась у 80% больных. Средний балл генетического риска равнялся 2,3 баллам, что соответствует высокому уровню биологической предрасположенности к развитию зависимости от ПАВ. В этой группе были зафиксированы высокие показатели по шкале «избегание вреда». Такие люди, как правило, заранее сильно беспокоятся и тормозят

свою деятельность завышенными, часто необоснованными опасениями даже в самых обыденных обстоятельствах. Они робки и застенчивы, что в итоге тормозит социальную активность, заставляя замыкаться на себе и своем внутреннем мире. Настрой их большей частью пессимистичен и с негативными ожиданиями. Плохая приспособляемость к изменениям и новшествам не способствует быстрому восстановлению из болезненного состояния. Стоит отметить, что в первой группе также у пациентов показатели по данной шкале были несколько повышены (9,67 при норме 7,65), однако во второй группе уровень зависимости от вознаграждения достигал особенно высоких показателей (11,8 при норме 7,65). По шкале – Зависимость от вознаграждения, у пациентов второй группы отмечались более низкие показатели, относительно пациентов первой группы. Такие пациенты отличаются социальной обособленностью с повышенной тенденцией к личностной отгороженности. Они достаточно независимы от мнения окружающих и при давлении извне оказывают сопротивление. Их не интересует отсроченное вознаграждение. В вещах и событиях предпочитают практическую значимость. Такое сочетание параметров по шкалам опросника TCI-125 характерно для эксплозивных и шизоидных личностей.

Выводы. Исходя из полученных результатов следует, что плацебо-опосредованные методики противоалкогольного лечения могут являться эффективными для пациентов, с невысоким уровнем наследственной отягощенности с обсессивно-компульсивными, пассивно-агрессивными либо зависимыми чертами характера личности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВЫХ СТИМУЛЯТОРОВ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

Анохина И.П., Шамакина И.Ю., Томилин В.А.

Москва, ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России

Как было установлено ранее, биологической основой врожденной предрасположенности к злоупотреблению алкоголем является функциональная недостаточность «системы награды» мозга, обусловленная дефицитом дофаминовой (ДА) нейромедиаторной системы. С другой стороны в постерапевтической ремиссии у больных алкоголизмом также выявляется слабость ДА системы, связанная с ее истощением в период хронической алкоголизации, что является основой возникновения рецидивов заболевания.

Таким образом, фармакологическая стимуляция ДА нейромедиации может быть эффективна как в лечении алкоголизма, так и в профилактике его рецидивов. В настоящее время появилось несколько

новых стимуляторов различных ДА рецепторов которые целесообразно исследовать с этой целью.

На этом этапе для изучения были выбраны каберголин, стимулирующий Д1, Д2, Д3 и Д4 рецепторы и парлодел, влияющий на Д2, Д3, Д4 и Д5 дофаминовые рецепторы. Исследования проводились на крысах, получавших принудительно в течение 6-7 месяцев 10% или 15% этанол. Тестирование в режиме свободного выбора выявило высокий уровень добровольного потребления ими алкоголя. Животные были разделены на равноценные опытную и контрольную группы. Парлодел в дозе 2мг/кг в сутки вводили опытной группе в течение 21 дня. Было отмечено значительное снижение добровольного потребления этанола под влиянием парлодела. Так, если у контрольных животных потребление алкоголя оставалось на прежнем уровне, то у опытной группы отмечалось достоверное снижение потребления алкоголя в первую неделю с 4,9г до 4.0г, а в третью неделю до 1,8г в сутки.

При использовании 0,2мг/кг каберголина один раз каждые 4 дня также было отмечено снижение добровольного потребления животными 10 % этилового спирта с 5,7 г/кг до 3,5 г/кг. Как видно, в этом случае также отмечено понижение влечения к алкоголю, хотя оно было менее выражено.

В целом, несомненно, что стимуляторы различных ДА рецепторов являются кандидатами для лечения алкоголизма. Однако этот вопрос требует дальнейших исследований, в том числе изучения нейрхимических механизмов и участия различных ДА рецепторов в их эффекте.

НАРУШЕНИЯ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ И ИММУННОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ДЕЛИРИИ.

Берёзкин А.С., Козлов Т.Н.

Москва

В свете общепризнанного в настоящее время взаимодействия между вегетативной, нейроэндокринной и иммунной системами, лежащего в основе регуляции гомеостаза в организме, актуальным представляется исследование роли психовегетативных и нейроиммунных взаимодействий в развитии алкогольного делирия (АД), который практически всегда сопровождается вегетативными расстройствами различной степени выраженности.

Цель работы – оценка состояния нейровегетативной и иммунной регуляции у больных алкоголизмом с АД.

В исследование включены 120 больных с клиникой АД, что по МКБ-10 соответствовало рубрике F10.4. Группа сравнения включала 42 больных алкоголизмом без признаков АД, группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Проведенные исследования выявили нарушения нейровегетативной регуляции у больных АД, а именно гиперсимпатикотонию и нарушение баланса нейромедиаторов. У больных АД регистрировалось повышение в моче концентраций метаболитов норадреналина и дофамина наряду со снижением показателей серотонина.

У больных АД были выявлены изменения иммунного статуса, в частности, нарушение баланса про- и противовоспалительных цитокинов в плазме крови с увеличением уровней интерлейкина-1 β и ФНО- α . Также отмечено увеличение концентраций аутоантител к субъединицам глутаматных рецепторов NR2A(NMDA) и GluR1(AMPA), которое достоверно отличалось от группы сравнения.

Полученные данные свидетельствуют о выраженном дисбалансе обмена нейромедиаторов, лежащем в основе клинических симптомов вегетативных нарушений при АД и, очевидно, способствующем развитию иммунологических нарушений у этих пациентов. Необходимо дальнейшее исследование роли нейроиммунных взаимодействий у больных алкоголизмом для выявления специфических маркеров прогнозирования развития АД с целью своевременной коррекции этого состояния.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕЛАТОНИНА В ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЕМ

Быков Ю.В., Анипченко А.В., Григорьев М.Э.

Ставрополь, СтГМА,

*Санкт-Петербург, СПб ГБУЗ «Городская наркологическая
больница»*

Среди всего множества преходящих расстройств, связанных с алкогольной зависимостью (АЗ), постоянным симптомом является нарушенный сон, который оказывает значительное влияние на психическое и физическое состояние больных, резко снижая их качество жизни и часто представляя собой единственную жалобу пациентов; и именно он зачастую служит причиной рецидива.

Повсеместно используемые в практической наркологии препараты бензодиазепинового ряда в качестве средств, наиболее эффективно купирующих алкогольный абстинентный синдром (ААС), часто применяются и далее как снотворные средства, что, однако, имеет свои известные ограничения (зависимость, высокая частота развития побочных эффектов (ПЭ)). Очевидно, что в настоящий момент имеется настоятельная необходимость во внедрении в практическую наркологию новых эффективных и безопасных снотворных препаратов с механизмами действия, отличными от производных бензодиазепинов. В этом отношении представляет значительный интерес нейроморфон мелатонин, синтезируемый в

эпифизе из серотонина. Было доказано, что мелатонин активно участвует в нормализации цикла сон-бодрствование, одновременно являясь адаптогеном и антиоксидантом. Кроме того, накоплены экспериментальные данные о нарушениях секреции собственного мелатонина на фоне даже однократного употребления спиртного, приводящих к заметным расстройствам суточного цикла сон-бодрствование (Латенков В.П., 1984; Eastman C. I. et al., 1994).

Целью программы явилось изучение возможности применения экзогенного мелатонина (Мелаксен, таб. 3мг) и определение его места в комплексной терапии пациентов с АЗ.

Методы: изучение проходило в два этапа.

I этап – стационарный (г. Ростов-на-Дону, 2002-2004 г.г.). Под наблюдением находилось 122 человека (20 – 57 лет, средний возраст 40+13 лет). Из них 20 человек (13 мужчин и 7 женщин) составили практически здоровые добровольцы (контрольная группа). Остальные 102 пациента (85 мужчин и 17 женщин) были госпитализированы в связи с проявлениями ААС, требующего медикаментозного лечения, и составили основную группу исследования. Длительность предшествующего запойного состояния варьировалась от 3-х до 30 суток и в среднем составила 10+/-8,6 суток.

Первая схема лечения включала в себя после проведения детоксикационных мероприятий назначение пациентам препаратов бензодиазепинового ряда в качестве снотворных средств. Больные (30 человек) получали феназепам 0,002–0,003 г или диазепам 0,1–0,15 г per os, однократно в 2200 в течение 2–4 суток нахождения в стационаре.

Вторая схема полностью исключала назначение общепринятых снотворных препаратов, вместо которых в качестве корректора инсомнии применялся мелаксен в дозе 6 мг per os, однократно в 2200 в течение 2–4 суток нахождения в стационаре.

II этап – амбулаторный (г. Санкт-Петербург, 2012-2013 г.г.). Было отобрано 45 пациентов (29 мужчин и 16 женщин; средний возраст 43,2 \pm 7,5 года (от 27 до 59 лет)) пациентов с диагнозом АЗ, фаза воздержания от употребления алкоголя, а также при наличии нарушений сна (инсомнии), с трудностями вхождения в сон или поддержания сна, ухудшением дневного функционирования, связанного с плохим сном. Длительность существования АЗ колебалась от 1 до 22 лет (в среднем 9,9 \pm 5,9 года). Все исследуемые пациенты имели псевдозапойную форму употребления алкоголя. Мелаксен назначался в дозе 3 мг (с возможностью повышения до 6 мг) в сутки за 30 минут до сна ежедневно в течение 21 дня.

В ходе обоих этапов пациенты были подвергнуты исследованию с помощью блока, включающего в себя общепринятые клинические методы обследования и специальные методики.

Результаты. В ходе I этапа было выявлено, что все клинические признаки инсомнии оказались

чувствительны к психофармакологическому воздействию как бензодиазепинов, так и мелаксена. Эффективность терапии проявлялась в редукции и нормализации всех показателей, составляющих гипнотический эффект. В процессе лечения сокращалось время засыпания, уменьшалось число ночных пробуждений, увеличивалась общая продолжительность и эффективность сна. Так, если без назначения снотворных препаратов 60% больных отмечали «очень частые» и 40% – «частые» ночные пробуждения, то при назначении мелаксена в качестве гипнотика эти показатели резко уменьшились: 23% пациентов вообще не отмечали ночных пробуждений, а 30% отмечали их «редко» или «очень редко». В группе больных, получавших бензодиазепины, также регистрировалась положительные результаты, однако только у 7% пациентов из этой группы не было зафиксировано ночных пробуждений, 30% за ночь просыпались «часто» и 13% – «очень часто». Таким образом, динамика улучшения инсомнических показателей в группе пациентов, получавших мелатонин в качестве моногипнотика, имела лучшие характеристики по сравнению с показателями в группе пациентов, получавших бензодиазепины. Преимуществами мелаксена явились быстрота наступления снотворного эффекта, более длительная продолжительность ночного сна, а также отсутствие побочных явлений в течение следующего дня: все зарегистрированные ПЭ (головная боль (у 7%), сухость во рту (у 7%), сонливость (у 23%)) были связаны только с назначением бензодиазепинов.

В ходе II этапа было установлено, что уже через 7 дней приёма больными препарата мелаксен в дозе 3 мг наблюдалось достоверное уменьшение выраженности расстройств сна ($p < 0,001$) и к 21 дню лечения отмечалось дальнейшее уменьшение интенсивности симптомов бессонницы.

Наиболее чувствительными симптомами к терапии мелаксеном оказались такие показатели сна как время засыпания (уменьшение выраженности к концу исследования составило 42,5%), продолжительность сна (уменьшение выраженности - 42,1%), качество сна (уменьшение выраженности - 39,1%), а наименее чувствительными симптомами к терапии мелаксеном оказались: количество ночных пробуждений (уменьшение выраженности - 19,4%), количество сновидений (уменьшение выраженности - 26,8%), качество утреннего пробуждения (уменьшение выраженности - 32,5%). Отмечалась также достоверная редукция выраженности дневной сонливости по Эпвортской шкале, средний балл по которой уменьшился с $6,8 \pm 1,9$ баллов до $6,4 \pm 1,7$ баллов ($p < 0,001$)

Кроме улучшения показателей, непосредственно характеризующих сон, при лечении мелаксеном наблюдались положительные сдвиги и в эмоциональном состоянии пациентов. Отмечено до-

стоверное ($p < 0,001$) уменьшение значения среднего балла по Шкалам тревожности и депрессии Гамильтона, причём тревога оказалась несколько более чувствительной к лечению.

В ходе всех этапов терапия мелаксеном в дозе 3 – 6 мг/сут была признана безопасной: не было зарегистрировано неблагоприятных побочных действий от приёма препарата, ни один пациент не был исключён из исследования в связи серьёзными побочными эффектами.

Вывод: применение экзогенного мелатонина (Мелаксена) для нормализации сна и восстановления суточного цикла сон-бодрствование у больных с АЗ представляется патогенетически обоснованным и безопасным как в стационаре (в ходе лечения ААС), так и в амбулаторной практике (в период воздержания от употребления алкоголя), на этапе развития рецидивов и стабилизации ремиссии. Хронотропный эффект мелатонина и связанный с ним хронотерапевтический подход может быть перспективным как инновационное направление в лечении данного контингента.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ И АЛКОГОЛИЗМОМ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Волков А.В.

Москва, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Цель: клинико-психопатологическое изучение психических расстройств у больных опийной наркоманией и алкоголизмом, развивающихся при проведении противовирусной терапии (ПВТ) хронического гепатита С (ХГС), разработка дифференцированных терапевтических рекомендаций для данной категории больных.

Методы: обследовано 47 больных ХГС, из них 25 больных опийной наркоманией и 22 больных алкоголизмом. Продолжительность ремиссии болезни зависимости на момент включения в исследование составила от 6 месяцев до 4 лет. Для сравнительного анализа была сформирована контрольная группа из 47 пациентов ХГС без болезни зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), получавших ПВТ. В исследование не включались больные, у которых продолжительность воздержания от приема наркотиков и/или алкоголя была менее 6 месяцев. Также исключались: больные шизофренией, шизоаффективным расстройством, с острыми психотическими состояниями; больные, имеющие проявления печеночной энцефалопатии, больные с тяжелой соматической патологией, приводящей к появлению дополнительной психопатологической симптоматики.

Для оценки состояния больных использовался клинико-психопатологический метод; применялись стандартизированные психометрические шкалы: шкала оценки патологического влечения к алкоголю (ПВА), шкала оценки патологического влечения к наркотику (ПВН), шкала оценки депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS), шкала самооценки депрессии Бека (BDI), шкала общего клинического впечатления (CGI).

При развитии психических расстройств больным назначалась психофармакотерапия. Длительность наблюдения каждого больного от начала психофармакотерапии составляла не менее 12 недель, состояние оценивалось еженедельно. Всем пациентам с депрессией проводилась психофармакотерапия антидепрессантами, в виде монотерапии или в сочетании с препаратами других фармакологических групп: антипсихотиками, антиконвульсантами, анксиолитиками. Эффективность психофармакотерапии оценивалась по клиническому улучшению состояния (динамика аффективного симптомокомплекса, симптомов осознанного и неосознанного патологического влечения к ПАВ), по психометрическим шкалам (MADRS, шкалы оценки ПВН и ПАВ).

Результаты: при проведении ПВТ у 80,1% больных с зависимостью развились клинически значимые расстройства депрессивного круга., в группе без отягощенного наркологического анамнеза депрессии наблюдались у 57,5% больных (отличия достоверны, $p < 0,5$). Большая часть депрессий развилась на 3-8 неделе противовирусной терапии, сроки манифестации у больных с зависимостью от ПАВ не отличались от группы сравнения. Выявлены следующие особенности депрессивных расстройств, развившихся при проведении ПВТ ХГС у больных с сопутствующей болезнью зависимости: преобладание дисфорической симптоматики при меньшей представленности собственно тимического компонента, меньшая тяжесть депрессивного синдрома в целом; стойкие нарушения сна. Одновременно с жалобами на ухудшение настроения у больных отмечалось возобновление или усиление воспоминаний об употреблении психоактивных веществ, сновидений с ситуациями употребления ПАВ. Повышалась суммарная тяжесть патологического влечения к ПАВ (средний балл ПВН - 1,61; ПАВ - 1,46), причем отмечался достоверный рост значений по всем субшкалам. Наиболее высокий прирост отмечен по субшкале аффективных нарушений (и для больных опийной наркоманией, и для больных алкоголизмом), что соответствует преобладанию симптомов депрессии в психическом статусе больных. Выявлена сильная и достоверная корреляция между тяжестью депрессии, развившейся при проведении ПВТ ХГС, и выраженностью синдрома патологического влечения к ПАВ. Эти результаты указывают, что у данных больных депрессия является одним из проявлений синдрома патологического влечения к ПАВ.

Анализ психофармакотерапии депрессивных расстройств, возникших при проведении противовирусной терапии хронического гепатита С, показал, что у большинства (92,1%) больных наркоманией и алкоголизмом монотерапия антидепрессантами была недостаточно эффективна. Для коррекции идеаторного и поведенческого компонентов патологического влечения требовалось дополнительное назначение препаратов других психофармакологических групп. Из антипсихотиков наиболее часто использовались тиоридазин и галоперидол; из антиконвульсантов – вальпроаты и карбамазепин; из анксиолитиков – феназепам. У больных опийной наркоманией из антипсихотиков преимущественно применялись клозапин, галоперидол и кветиапин, у больных алкоголизмом – тиоридазин и галоперидол. Дозировки антипсихотиков и антиконвульсантов у больных наркоманией были в среднем выше, чем у больных алкоголизмом. Эффективность психофармакотерапии у больных с зависимостью от ПАВ достоверно ниже, чем у больных без зависимости: 50% редукция суммарного балла по шкале MADRS к 12 неделе лечения отмечена у 52,6% больных опийной наркоманией и алкоголизмом, ремиссии достигли 28,9% больных; у больных без зависимости – 81,5% и 74,1%, соответственно.

Переносимость психофармакотерапии при лечении депрессий, развившихся на фоне противовирусной терапии хронического гепатита С, была высокой в обеих группах. Антидепрессанты хорошо переносились и при проведении монотерапии, и в составе комплексного лечения с препаратами других химических групп. Возникавшие в ходе психофармакотерапии побочные действия расценивались как легкие или умеренно выраженные и не требовали отмены препаратов.

Выводы: проведение ПВТ провоцирует обострение патологического влечения к ПАВ; депрессивные расстройства у больных наркоманией и алкоголизмом, возникающие в ходе проведения ПВТ ХГС, являются проявлением усиления патологического влечения к психоактивному веществу. Своевременное выявление обострения синдрома патологического влечения дает возможность проведения адекватной психофармакотерапии. Купирование обострения патологического влечения к ПАВ предотвращает рецидив болезни зависимости, что позволяет удерживать больных в программе противовирусного лечения и проводить терапию ХГС в полном объеме.

О СИСТЕМЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАРКОЛОГИИ

Гофман А.Г., Кожина Т.А., Яшкина И.В.

Москва, Московский НИИ психиатрии МЗ РФ

В последние годы идут ожесточенные споры о том, как следует лечить больных, страдающих болезнями зависимости, и как устанавливать эффективность лечебных мероприятий. Высказывается мнение о том, что в отечественной наркологии все очень плохо: больных лечат не так, как надо, при этом используются бездоказательные данные (В.Д. Менделевич).

Если отбросить чисто идеологические построения, сводящиеся к утверждениям, что в западных странах все обстоит и в плане терапии, и в плане доказательств эффективности лечебных мероприятий очень хорошо, а в России – очень плохо, то выясняется стремление представить отечественную наркологию как раздел медицины, где отсутствует, за редкими исключениями научная доказательная база. Никаких серьезных доводов при этом не приводится, просто утверждается, что методики оценки эффективности терапии несовершенны, так как не используются плацебо-контролируемые двойные слепые исследования. Подобные утверждения не основываются на анализе доказательств эффективности лечения, которое осуществляется теми, кто не использует плацебо-контроль. Между тем использование плацебо-контролируемых методик имеет ограничения и не является единственным и самым лучшим способом доказательства эффективности (или неэффективности) терапии тем или иным способом.

Во-первых, плацебо-контроль невозможен при лечении больных в тяжелом состоянии, т.е. при так называемых ургентных состояниях. Лечить «пустышкой» больных во время тяжелого делирия, эпилептического статуса или при фебрильной кататонии недопустимо, ибо это может привести даже к смертельным исходам. Во-вторых, при изучении нового препарата можно обойтись и без плацебо, получив при этом доказательные данные. Например, при изучении нового антипсихотика можно сравнить его эффективность и частоту возникающих побочных эффектов с тем, что наблюдается при лечении галоперидолом. Это же касается изучения эффективности нового антидепрессанта. Можно сравнить действие нового препарата, заявленного как средство для преодоления депрессии, с действием amitриптилина (или кломипрамина), а также с действием любого другого хорошо изученного антидепрессанта. Примерно таким же образом обстоит дело и с испытанием новых анксиолитиков, противосудорожных средств и любых других препаратов. Преимущество подобного способа оценки эффективности терапии состоит в том, что

оценивается не вообще эффективность нового препарата, а его эффективность в сопоставлении с уже апробированными средствами. Кроме того, при таком подходе больных людей лечат не пустышками, а доказавшими свою эффективность препаратами. Что касается доказательств эффективности, то они общеприняты. Сравнимые группы не должны различаться ничем, кроме получаемых больными препаратов. Математическая обработка данных стандартная и сомневаться в ее надежности не приходится. Единственный «недостаток» состоит в том, что можно обойтись без плацебо.

В России плацебо-контроль почти не используется по нескольким причинам. Во-первых, мало кто из россиян согласится лечиться не с помощью медикаментозных средств, с помощью «пустышки». Во-вторых, даже если найдутся такие пациенты, то средств для оплаты такого испытания у российских исследователей нет (а ведь надо как-то компенсировать решение больных лечиться «пустышкой»). В-третьих, «лечение пустышкой» в принципе аморально, так как больных людей надо лечить, а не рассматривать их в качестве экспериментального объекта.

Конечно, могут быть исключения. Например, при испытании нового препарата, рекомендуемого как средство купирования героинового абстинентного синдрома, можно договориться, что в случае отсутствия эффекта в течение первых 24 часов, лечение должно проводиться старым испытанным способом. Однако таких исключений немного.

Что же касается деления российских наркологов на тех, кто верит только авторитетам, и тех, кто придерживается принципов доказательной медицины, то подобные утверждения являются вымыслом и к научным доказательствам не имеют никакого отношения.

ДИАГНОСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Гречаный С.В.

Санкт-Петербург

Цель исследования - изучение распространенности симптомов алкогольной зависимости у подростков.

Обследовано 57 подростков (средний возраст 15,42±1,209 лет) с диагнозами «Синдром зависимости от алкоголя» (F 10.21), «Состояние отмены» (F 10.21), «Употребление с вредными последствиями» (F 10.1).

Средний возраст начала употребления алкоголя составил 13,16±0,966 лет, у девушек достоверно раньше, чем у юношей (p<0,05). Средняя продолжительность заболевания в целом у пациентов составила 2,26±1,078 лет. Началу употреб-

ления алкоголя у всех пациентов предшествовали расстройства поведения (гиперкинетическое, социализированное, несоциализированное по МКБ-10). Среди проявлений последних во всех случаях преобладали грубые нарушения семейных и школьных правил поведения в виде прогулов, ночных побегов из семьи, длительных отсутствий, побегов из интернатов. Употребление алкоголя всегда носило групповой характер и происходило в рамках отклоняющегося поведения.

У 40 пациентов (70,2%) регулярному потреблению алкоголя предшествовали неоднократные случаи использования других психоактивных веществ или их сочетаний. Чаще использовались каннабиноиды (32 чел.), стимуляторы типа «скорость» (11 чел.), летучие растворители (морилка, «Карат») (13 чел.). 9 пациентов сочетали систематическое употребление алкоголя с относительно регулярным приемом других психоактивных веществ.

Большинство напитков были малоалкоголь-содержащие. Практически все пациенты указали на использование джин-тоника в суточной дозе 0,5-4,5 л. Гораздо реже употреблялось пиво (22 чел.). 41 пациент (71,9%) сообщил об употреблении «крепких» напитков в дозе от 0,3 до 0,5 л. Употребление «крепкого» алкоголя обычно отмечалось спустя 1-2 года от начала систематической регулярной алкоголизации. 28 пациентов на момент обследования сообщили о эйфорической картине опьянения. У 33 человек отмечались также и тяжелые формы опьянения («до полного отключения»). 24 пациента сообщили о измененных формах опьянения: дисфорического и амнестического типов. У 10 девушек отмечались аутоагрессивные действия, связанные с дисфорическими или депрессивными формами опьянения.

Несмотря на отсутствие полноценной критики в отношении своего заболевания и отдельных его симптомов большинство пациентов (35 чел., 61,4%) могли довольно точно назвать сроки начала регулярной выпивки и даже констатировать ее чрезмерность. Во всех упомянутых случаях это перекликалось с формальным желанием прервать употребление алкоголя и получить помощь. Часть пациентов (9 чел.) признавали у себя «неотвязный» характер желания выпить. Переход к регулярному злоупотреблению больные связывали со сложившимися жизненными обстоятельствами. Некоторые пациенты сообщили о влиянии на регулярную алкоголизацию старших сверстников. Симптом систематической алкоголизации явился подчас единственным субъективно признаваемым чувством возможной болезни, а также служил поводом для диалога с пациентом. Признание наличия заболевания носило предположительный характер, чаще формулировалось в сравнительной степени. Сформулированная проблема в более жесткой формулировке приводила к полному отрицанию

заболевания и каких-либо его симптомов. Таким образом, отличительные особенности алкогольной анозогнозии обнаруживались уже на ранних этапах формирования болезни.

У всех пациентов отмечалась высокая толерантность к алкоголю, о чем свидетельствовали большие дозы употребляемых на момент обследования алкогольных напитков (джин-тоник – 1,5-4,5 л, водка - 0,3-0,5 л). Динамический аспект формирования толерантности выявить в полной мере не удалось. Подростки, как правило, сообщали, что данное количество алкоголя они употребляли «с самого начала».

Алкогольный абстинентный синдром был сформирован в разной степени у 9 пациентов (15,8%). Чаще всего встречались бессонница, вегетативные нарушения (приступы озноба-жара, тахикардия, полидипсия, рвота, диспепсия и др.), аффективные расстройства (колебания настроения дистимического, депрессивного, тревожного, дисфорического типов), неврологические симптомы (крупноразмашистый тремор, судорожные приступы). У 4 пациентов возникали однократные алкогольные психозы в виде делирия.

Выводы: 1) проявления алкогольной зависимости у подростков формируются в общем контексте отклоняющихся форм поведения, которые, составляя на первом этапе единое целое с «алкогольным» поведением, являются стойким признаком личностной дезадаптации. Расстройства поведения служат ведущим поводом для госпитализации пациентов, когда клинические проявления алкогольной зависимости маскируются поведенческими «проблемами»; 2) при подростковом алкоголизме этанол редко является первым и единственно употребляемым психоактивным веществом; 3) отмечается высокая частота измененных форм опьянения. В зависимости от этапа заболевания их можно рассматривать, по-видимому, или как проявление возрастной реактивности, или как признак тяжести течения алкоголизма; 4) полное отрицание объективных проявлений заболевания как специфическая для алкоголизма форма реакции личности на болезнь достаточно выражена уже в подростковом возрасте, присутствующее у некоторых пациентов «чувство» болезни связано с осознанием систематического характера употребления алкоголя и переживанием тягостности этого; 5) наличие у ряда пациентов развернутого алкогольного абстинентного синдрома, сформированного в течение первых нескольких лет болезни, а также более или менее выраженного делириозного алкогольного психоза, свидетельствуют о встречаемости злокачественной формы алкоголизма в пубертате.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СОЗАВИСИМОСТИ И УРОВНЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

Дудко Т.Н., Адамова Т.В., Королевич Л.В.,
Левченкова Е.В.

Москва, НИЦ наркологии Минздрава России

Выявление взаимосвязи и взаимовлияния созависимости и зависимости представляет практический интерес. Существует точка зрения, что созависимость родственников лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), способствует обострению синдрома влечения и приводит к частым рецидивам заболевания.

Цель исследования: Выявить взаимосвязь между уровнями реабилитационного потенциала наркологических больных, тяжестью заболевания и степенью выраженности созависимости у их родственников.

Материал и методы исследования. Методом анкетирования обследовано 26 родителей и ближайших родственников (бабушка, дедушка) больных наркоманией. Использовались 4 опросника: 1) Шкала созависимости Дж. Фишера (Fischer J.), адаптация В. Д. Москаленко; 2) Авторский опросник на определение степени созависимости из 13 вопросов; 3) Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-26) (автор G. J. Taylor и соавт. (1985); 4) Авторская анкета для получения дополнительной информации о семьях, в которых проживают зависимые. Клинически обследовано 27 наркологических больных.

Основные результаты анкетирования созависимых: распределение по полу: мужчины – 5 чел., женщины – 21 чел.; средний возраст – 46,2 лет, большинство в возрасте 41-55 лет. Семейное положение: 19 чел. – замужем/женаты, 7 чел. – разведены или холосты. Образование: 20 чел. – высшее, 3 чел. – неоконченное высшее, 2 чел. – средне-специальное, среднее – 1 чел. В результате анкетирования установлено: у 17 чел. – диагностирована выраженная созависимость (средние значения составили – 48,5 баллов); у 9 чел. – очень высокую степень созависимости (опасная созависимость, средние значения составили – 73,2 баллов). Алекситимия созависимых выявлена у 12 чел., отсутствие алекситимии («неалекситимический» тип личности) – 4 чел., высокая вероятность наличия алекситимии (группа риска) – 10 чел. Выраженная и высокая степень созависимости чаще отмечалась у лиц в возрасте старше 45 лет.

Основные характеристики наркологического заболевания детей созависимых родителей по результатам анкетирования. Зависимость от ПАВ у 27 чел., из них 11 чел. – дочери, 11 чел. – сыновья, 1 чел. – супруг, 4 чел. – другие родственники: (зять; внучка; 2 чел. – сожители). Героиновая наркомания – 24 чел., алкоголизм – 2 чел., алкоголизм + наркомания – 1 чел. Средний возраст – 20,8 лет; возраст от 17 до

20 лет – 10 чел., от 21 до 30 лет – 17 чел. Семейная наследственность: 15 чел. – неотягощена, 10 чел. – отягощена алкоголизмом и наркоманией, 1 чел. – психическими заболеваниями. Психическое развитие больных в детстве: 26 чел. – нормальное, 1 чел. – с задержкой. Образование: 2 чел. – 9 классов, 5 чел. – среднее, 8 чел. – средне-специальное, 10 чел. – неоконченное высшее, 2 чел. – высшее. Возраст начала злоупотребления ПАВ (или игры): 8 чел. – с 12-15 лет, 11 чел. – с 16-17 лет, 4 чел. – с 18-19 лет, 4 чел. – с 20 лет и старше. Продолжительность заболевания наркоманией: 1 чел. – до 6 месяцев, 5 чел. – до 1 года, 9 чел. – от 1 до 3 лет, 3 чел. – от 3 до 5 лет, 9 чел. – более 5 лет. Алкоголизм более 5 лет у 2 больных. Таким образом, продолжительность заболевания наркоманией более одного года установлена у 21 человека (77,7%).

Уровень реабилитационного потенциала (УРП) у 24 (88,8%) наркологических больных был средним, и у 2 (11,2%) больных высоким; стадия заболевания: начальная – 2 больных, средняя – 21, тяжелая – 4 больных.

В период проведения исследований находились в программе стационарной реабилитации 19 чел.; в амбулаторной программе реабилитации 4 чел., не находились под наблюдением врачей-психиатров-наркологов 4 чел. Отношение к труду: 6 чел. – позитивное, 16 чел. – безразличное, 5 чел. – негативное. Наличие профессии: 6 чел. – имеют, 11 чел. – частично приобретена, 10 чел. – не имеют. Антисоциальные поступки: 11 чел. – не было, 16 чел. – были. Семейный статус: 3 чел. – женат/замужем, 7 чел. – сожительство (постоянное), 17 чел. – не женат/не замужем. Жена /муж; сожитель/сожительница больного: 9 чел. – не употребляет наркотики, 4 чел. – употребляет наркотики; 1 чел. – болен/больна наркоманией (в ремиссии), 1 чел. – болен/больна алкоголизмом. Взаимоотношения в семьях больных: 8 чел. – нормализованы, 7 чел. – умеренно конфликтные (напряженные), 6 чел. – средне конфликтные. Заболевания, приобретенные в период злоупотребления психоактивными веществами: 15 чел. – отсутствуют, 2 чел. – ч/м травма, 8 чел. – гепатит, 1 чел. – ВИЧ-инфекция, 1 чел. – сифилис. Согласие на участие в лечебно-реабилитационном процессе: 6 чел. – добровольное, 17 чел. – добровольно-принудительное (личное желание и прессинг родственников), 4 чел. – принудительное со стороны родственников. Последствия употребления ПАВ у 9 чел. – гепатит, ВИЧ, травмы головного мозга, другие.

Прогнозы созависимых родственников по результатам анкетирования: 13 чел. – выздоровеет и будет здоровым, 2 чел. – останутся больными и улучшения не будет, 12 чел. – не знаю. На вопрос: «Нужно ли принудительное лечение для зависимых больных», 25 родственников ответили – да, 1 чел. – нет. Сроки принудительного лечения и реабилитации, по мнению большинства родственников

(92,3%), должны составлять от 6 месяцев до 2 лет (2 чел. – 0,5 года, 16 чел. – 1 год, 7 чел. – 1,5 года, 1 чел. – 2 года).

В процессе исследования установлено, что тяжесть (уровень) созависимости у анкетированных родственников соотносится не со стадией наркологического заболевания их детей, а с уровнем РП, включая выраженность у наркологических больных морально-этических девиаций, социальный статус (не работает, не учится), наличие гепатита, ВИЧ-инфекции, продолжительность болезни и реальный прогноз созависимых родственников на выздоровление наркологических больных.

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДЕЛИРИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ЖЕНЩИН

Изыюмина Т.А., Кинкулькина М.А.

Москва, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Цель исследования. Провести клинико-психопатологическое исследование больных алкоголизмом женщин с пределирием и разработать дифференцированные терапевтические рекомендации для лечения данной категории больных.

Материал и методы. Обследовано 97 больных алкоголизмом женщин в возрасте от 24 до 68 лет с алкогольным абстинентным синдромом (ААС) тяжелой степени и в состоянии пределирия, средний возраст пациенток $43 \pm 9,3$ года. Психическое состояние больных оценивалось клинико-психопатологическим методом. Типы личности в преморбиде определялись согласно классификации А.Е.Личко (1977). Стадия алкоголизма, темп прогрессивности заболевания, форма злоупотребления алкоголем определялись по классификации алкоголизма Н.Н.Иванца (1975). Клинические варианты ААС выделялись по В.Б.Альтшулеру (2002). Состояние расценивалось как пределирий, если в клинической картине имели место симптомы галлюцинаторной готовности (Липмана и/или Рейхардта, Ашаффенбурга) или обманы восприятия в виде гипнагогических и/или гипнопомпических галлюцинаций. Тяжесть алкогольного абстинентного синдрома определялась клинически и оценивалась по шкале оценки соматовегетативных и психопатологических проявлений в структуре алкогольного абстинентного синдрома и постабстинентного состояния (СВППП), разработанной в Национальном Научном Центре наркологии [Н.Н.Иванец с сотр., 1995]. Оценка проводилась на момент поступления в стационар, на 3-и и 5-е сутки терапии. 56,7% пациенток были замужем, 75,3% - имели детей, 49,5% были с высшим образованием, 44,3% - работали. Наследственная отягощенность алкоголизмом отмечалась у 46,4% больных. Преморбидно в характере па-

циенток преобладали неустойчивые черты. 10,3% больных ранее перенесли алкогольный делирий. Среди обследованных преобладала вторая стадия алкоголизма, средний темп прогрессивности алкоголизма, псевдозапойная форма злоупотребления алкоголем, психопатологический вариант ААС. При поступлении 29,9% больных наблюдался тяжелый ААС, у 70,1% – пределирий. Среднее значение АЛТ у обследованных больных составило $82,6 \pm 36,0$ ед/л, АСТ – $154,4 \pm 76,3$ ед/л, ГГТ – $234,8 \pm 125,5$ ед/л. Среди сопутствующей патологии преобладали хронический алкогольный гепатит, хронический панкреатит, полинейропатия.

Согласно действующим Стандартам лечения наркологических больных, при поступлении всем назначались инфузионная терапия от 800 до 1600 мл в сутки, пираретам, витамины, диазепам в начальной дозе 30 мг в сутки. При отсутствии положительной динамики в течение первых часов наблюдения доза диазепама увеличивалась вплоть до максимальной суточной дозы 60 мг. При выраженной раздражительности и нарушениях поведения с эксплозивностью назначался карбамазепин до 600 мг в сутки, тиоридазин до 75 мг в сутки, при стойких нарушениях сна назначался фенобарбитал до 100 мг в сутки.

Результаты и их обсуждение. Был проведен промежуточный анализ результатов лечения 30 пациенток с пределирием. У 24 пациенток наблюдалось улучшение состояния - полная редукция обманов восприятия и симптомов галлюцинаторной готовности, нормализация сна, уменьшение тревоги, снижение патологического влечения к алкоголю, уменьшение интенсивности соматовегетативных проявлений ААС; у 6 больных, несмотря на проводимую терапию, развился алкогольный делирий. Все случаи развития алкогольного делирия наблюдались в первые 12 часов после поступления. Всем больным при развитии алкогольного делирия был увеличен объем инфузионной терапии, проводилась витаминотерапия, вводился пираретам. Отмечавшееся улучшение было нестойким, через несколько часов, обычно к вечеру, состояние вновь ухудшалось. К психофармакотерапии был добавлен галоперидол до 10-15 мг в сутки. Делирии были купированы в течение суток после добавления галоперидола. В связи с большим удельным весом развившихся алкогольных делириев схема терапии была изменена, и в последующем всем больным в пределириозном состоянии к терапии добавлялся галоперидол до 5-7 мг в сутки. В зависимости от проводимой психофармакотерапии все больные с пределирием (n=68) были разделены на группы: I (14 чел.) – базовая терапия (дезинтоксикационная терапия+ витаминотерапия + ноотропы + диазепам) + карбамазепин + тиоридазин; II (16 чел.) – базовая терапия+ фенобарбитал; III (18 чел.) – базовая терапия + карбамазепин + тиоридазин + галопери-

дол; IV (20 чел.) – базовая терапия + фенобарбитал + галоперидол. Группы были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям и клиничко-анамнестическим данным. Проведен анализ частоты развития алкогольного делирия в группах. В группе I развились 3 делирия, в группе II – также 3 делирия, в группах III и IV алкогольные делирии не развивались. Сравнительный анализ показал, что в группах I и II алкогольный делирий развивался статистически значимо чаще, чем в группах III и IV ($p=0,0054$, критерий Фишера). Между группами I и II статистически значимых различий по частоте развития алкогольного делирия не было. Средний общий суммарный балл и средний балл по субшкале психопатологической симптоматики шкалы СВППП быстрее снижались в тех группах больных, где в состав комплексной терапии был включен галоперидол – на 3-й и на 5-й день терапии в группах III и IV эти показатели были статистически значимо ниже, чем в группах I и II (значения p от 0,01 до 0,03, критерий Манна-Уитни). Различия среднего балла по субшкале соматовегетативной симптоматики в группах статистически незначимы. Доля пациенток с отчетливым клиническим улучшением состояния и более чем 50% редукцией симптомов при оценке по шкале СВППП в группах III и IV на 3-и сутки лечения превысила 60% ($p=0,02$), а к 5-м суткам увеличилась до 95% ($p=0,001$). В группах I и II данные значения составили 50% ($p=0,664$) и 80% ($p=0,007$) соответственно. Таким образом, включение галоперидола в схему терапии привело к прекращению развития алкогольных делириев, более полному и быстрому купированию пределириозного состояния у женщин.

Препаратами выбора для лечения тяжелого ААС, пределирия и алкогольного делирия (АлД) являются анксиолитики из группы бензодиазепинов (БД) [Ерышев О.Ф., Аркадьев В.В., Amato L, Caputo F]. Многие авторы подчеркивают способность БД вызывать зависимость, провоцировать выраженное угнетение дыхания [Москвичев В.Г., R.D.Blondell]. Ряд авторов считает эффективным применение галоперидола в сочетании с БД при лечении АлД [Кирпиченко Ан. А., Quinn S. et al.; Raistrick D.], другие полагают, что применение антипсихотиков с целью лечения АлД или тяжелого ААС способно привести к летальным осложнениям [Стрелец Н.В.].

Выводы. В пределириозном состоянии у женщин использование в составе комплексной терапии антипсихотических препаратов эффективно и безопасно. Схема психофармакотерапии, включающая низкие дозы галоперидола в сочетании со средними и высокими дозами бензодиазепинов, быстро, эффективно и безопасно купирует проявления пределириозного состояния у женщин, предотвращает развитие алкогольного делирия.

ПРОГНОЗ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ДНК-ДИАГНОСТИКИ И ГЕНОПРОФИЛИРОВАНИЯ

Кибитов А.О.

Москва, Национальный научный центр наркологии

В работе показаны возможности применения ДНК-диагностики на основе генопрофилирования в качестве диагностической и прогностической системы. **Цель исследования:** выявить и валидизировать генетические маркеры - полиморфные варианты генов дофаминэргической (ДА) нейромедиаторной системы, достоверно связанные с клиническими вариантами траектории развития наиболее частых болезней зависимости от ПАВ (алкоголизм и опийная (героиновая) наркомания).

Группы пациентов: стационарные пациенты клиники ФГБУ ННЦ наркологии, мужского пола, этнические русские, не родственные между собой: F-10.2 ($n=548$), F-11.2 ($n=253$) и контроль ($n=259$). Проводили генотипирование образцов ДНК пациентов по 10-ти полиморфным локусам шести ключевых генов ДА системы: дофаминовые рецепторы типа 2 (DRD2) и типа 4 (DRD4), ферменты тирозингидроксилаза (ТН), дофамин-бета-гидроксилаза (DBH), катехол-орто-метил-трансфераза (COMT) и белок-транс-мембранный синаптический переносчик ДА (DAT).

Алкоголизм. Выявлены генетические маркеры: раннего возраста знакомства с алкоголем (ген ТН); возраста начала систематического злоупотребления (гены DAT и DBH); длительности периода систематического злоупотребления (протективные маркеры- гены DRD4 и DBH, маркеры быстрого развития злоупотребления: гены DRD4 и ТН). Выявлены маркеры быстрой (гены DRD4 и ТН) и медленной (ген DBH) скорости развития ААС с момента знакомства с алкоголем; короткой (гены DRD2, DRD4, DAT и ТН) и длительной (гены COMT и ТН) терапевтической ремиссии; высокой (гены DRD4, DAT, COMT) и низкой (ген ТН) терапевтической резистентности. Выраженная реакция на первые приемы алкоголя связана с вариантами полиморфизма по генам ТН, DRD4 и DAT.

Опийная (героиновая) наркомания. Выявлены генетические маркеры: раннего начала систематического злоупотребления (гены DRD2, DAT и ТН) и «протективный» маркер (ген DRD4); раннего возраста формирования ОАС (гены DRD2, DRD4 и DAT), короткого периода поиска наркотика (гены DRD2 и DAT и протективный-ТН), высокой (ген DAT) и низкой (гены COMT и ТН) терапевтической резистентности больных.

Таким образом, выявлены специфические варианты генопрофиля ДА нейромедиаторной системы, связанные с элементами клинического фено-

типа болезней зависимости от ПАВ, которые могут использоваться в качестве генетических маркеров прогноза наиболее вероятных вариантов развития и течения болезней зависимости от ПАВ.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ «ДВОЙНОГО ДИАГНОЗА»

Киров Р.Н.

Москва, ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии» Минздрава
России

Известно, что риск формирования алкоголизма у пациентов с биполярными аффективными расстройствами в 10 раз превышает риск формирования алкоголизма в общей популяции. Коморбидность биполярных расстройств и алкогольной зависимости ассоциируется с ростом нетрудоспособности, смертности и риска суицида, вызывает выраженные когнитивные нарушения, усугубляет течение, как аффективной патологии, так и зависимости. Пациенты с «двойным диагнозом», как правило, резистентны к терапии и менее комплаентны.

Цель исследования: выявление клинических особенностей формирования и течения алкогольной зависимости и аффективных расстройств биполярного спектра у пациентов с «двойным диагнозом».

Обследовано 45 пациентов (31 мужчина, 14 женщин; средний возраст 40,9 лет) с аффективными расстройствами биполярного спектра (БАР, циклотимия), страдающих алкогольной зависимостью 2 стадии. У обследованных пациентов, в подавляющем большинстве случаев, дебют аффективного расстройства предшествовал формированию алкоголизма. В дальнейшем, при формировании алкогольной зависимости биполярное расстройство приобретало быстроциклическое течение, значительную долю занимали смешанные аффективные эпизоды, гневливые мании и гипомании. В условиях углубления и удлинения депрессивных эпизодов, доминирования депрессивной симптоматики, особенно в случаях присутствия в психопатологической картине выраженной тревожной симптоматики, зачастую наблюдались спонтанные ремиссии алкоголизма. Формирование алкогольной зависимости происходило за короткое время, в целом, для исследуемых больных была характерна более высокая суточная толерантность к спиртному. Наиболее частым мотивом употребления спиртного у депрессивных больных было желание улучшить настроение, облегчить тягостное состояние; мотивация пациентов в смешанных аффективных состояниях базировалась на потребности успокоиться, рассла-

биться, снять напряжение. Маниакальные и гипоманиакальные больные стремились «к ещё более хорошему настроению и повышенной активности».

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОТИВАЦИЯ КАК ПРЕДМЕТ ОЦЕНКИ В ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ

Колпаков Я.В., Ялтонский В.М.

Москва

Целью исследования было изучение особенностей реабилитационной и психотерапевтической мотивации у лиц, зависимых от опиоидов.

Материалы и методы исследования. Всего были обследованы 90 мужчин в возраст 20-35 лет. Из них были сформированы 3 основные и 1 контрольная группа сравнения, сопоставимые по возрасту. В первую основную группу вошли 20 мужчин (27,8±4,6 года) зависимых от опиоидов, проходящих реабилитацию в программе Анонимные Наркоманы (АН) при ГУ СРЦ «Возрождение». Срок воздержания от употребления наркотиков составлял от 1 до 3 лет (1,6±0,6 года). Во вторую основную 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 основную 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).

В первую контрольную группу вошли 15 мужчин (30,8±4,1 года) зависимых от опиоидов, проходящих стационарное лечение в клиническом филиале Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы. Обследование проводилось на 14-16 сутки после купирования абстинентного состояния. Использовались следующие психодиагностические методики в авторской адаптации: 1). «Опросник мотивации на реабилитацию» (PAREMO-20, Patientefragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation, R. Nubling, D. Kriz, J. Herwig, M. Wirtz, N. Tцns, J. Bengel, 2005) (Herwig J. et al., 2005); «Опросник мотивации на психотерапию» (FPTM, Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, R. Nubling, H. Schulz, J. Schmidt, U. Koch, W.W. Wittmann, 2001) (Nubling R. et al., 2003). Для статистической обработки использовался пакет программ «SPSS, version 17».

Результаты исследования. 1). У лиц зависимых от опиоидов, проходящих реабилитацию в программе Анонимные Наркоманы, преобладающим фактором мотивации на психотерапию является надежда на её 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 её 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. 2). 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. 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, прохо-

дящих 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 её 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). Полученные данные важно учитывать при разработке и внедрении индивидуализированных программ третичной профилактике рецидива у лиц, зависимых от наркотиков.

ОЦЕНКА КЛИНИКО- ДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АССОЦИИРОВАННЫХ ФОРМ АЛКОГОЛИЗМА У МУЖЧИН С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Кривулин Е.Н., Бочкарёва И.Ю.

Челябинск, ФБГУ ВПО «Челябинский Государственный
медицинский университет», ФГУ ВПО «Челябинская
государственная медицинская академия Росздрава»,
Магнитогорск, ГБУЗ «Областной наркологический диспансер»

Актуальность исследования. Высокий уровень потребления алкоголя в России является одним из ведущих факторов суицидальности (Немцов А.В., 2010, Разводовский Ю.Е., 2011). В клинической практике наркологов и интернистов алкогольная зависимость часто сопряжена с сопутствующими соматическими и неврологическими расстройствами, связанными с хронической алкогольной интоксикацией. Большинство проводимых исследований изучают взаимосвязи этих феноменов в парах. Мало

изучено взаимодействие всех трёх показателей, их взаимное влияние. Выявление системных токсических эффектов хронической алкогольной интоксикации в соматоневрологическом статусе аддикта позволяет судить как о прогрессивности алкогольной зависимости с одной стороны, так и о влиянии сопутствующей патологии на течение алкоголизма (Н.А.Бохан, Т.В.Коробицина, 2008).

Цель исследования - установить влияние ассоциированных с алкогольной зависимостью соматических расстройств на клиничко - динамические особенности течения алкоголизма у лиц с суицидальным поведением.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное клиническое (клиничко- анамнестическое, клиничко - психопатологическое и клиничко - динамическое) обследование 212 больных алкоголизмом: 1я группа - 125 больных мужского пола, имеющих суицидальный анамнез, проходивших лечение в амбулаторном лечебно - реабилитационном отделении ГБУЗ «Областной наркологический диспансер» г. Магнитогорска в 2010-2011гг с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя (F10.3) и коморбидной терапевтической патологией: гипертонической болезнью (ГБ; n=53), ишемической болезнью сердца (ИБС; n=24), бронхиальной астмой (БА; n=16), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ; группа n=60), хроническим панкреатитом (ПК; n=45), хроническим пиелонефритом (ПН; n=31), алкогольное поражение печени (АПП, n=49); 2я группа- 87 больных алкогольной зависимостью с суицидальным поведением без диагностированной терапевтической патологии. Из исследования исключались больные с наличием других зависимостей (кроме никотиновой). Статистическая стандартизация испытуемых проведена по полу и возрасту (все пациенты – мужчины в возрасте от 20 до 60 лет), образованию, времени обследования и месту проживания.

Результаты исследования. Для выделения основных клиничко- динамических особенностей ассоциированных форм алкогольной зависимости анализировались формы злоупотребления алкоголем, типы прогрессивности болезни и сроки терапевтических ремиссий.

Злоупотребление алкоголем в форме псевдозапойного пьянства достоверно чаще наблюдалось у 82,4% больных 1й группы с 21,3±2,4 года и 67,8% больных 2й группы с 19,8± 2,6 лет; перемежающееся пьянство у 7,2% в 1й группе против 17,2% во второй и постоянное потребление алкоголя на фоне средней толерантности – в 11,4% и 15,0% случаев соответственно. У больных 1й группы с отягощенным соматическим фоном достоверно чаще встречалась высокая прогрессивность заболевания - 70,4% против 43,7% в группе без сопутствующей терапевтической патологии (p<0.05). Сроки терапевти-

ческих ремиссий у данных больных составили 1 и более года в 1-й группе – 48,8%, во 2-й и- 71,3 % (p<0,05), безремиссионное течение - 9,6% и 8,0% соответственно.

Полученные данные свидетельствуют, что для больных с ассоциированными формами алкогольной зависимости и суицидальным поведением в отличии от лиц с данными расстройствами без коморбидной соматической патологии типично позднее начало злоупотребления спиртными напитками с высоким темпом прогрессивности заболевания в форме псевдозапойного пьянства, а также меньшая курбельность и устойчивость терапевтических ремиссий аддиктивной болезни. Ассоциированная с алкогольной зависимостью терапевтическая патология оказывает негативное патопластическое влияние на клиничко - динамические характеристики течения алкоголизма.

СТАБИЛИЗАЦИЯ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ ИМПЛАНТАТОМ НАЛТРЕКСОНА: ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

**Крупницкий Е.М., Звартау Э.Э., Блохина Е.А.,
Кибитов А.О., Вербицкая Е.В., Алексеева Н.П.,
Бушара Н.М., Тюрина А.А., Палаткин В.Я.,
Масалов Д.В., Бураков А.М., Романова Т.Н.,
Сулимов Г.Ю., Костен Т.**

Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Цель исследования – оценка эффективности лечения больных опийной наркоманией имплантируемой лекарственной формой налтрексона в сравнении с пероральным налтрексоном и плацебо с учетом генетических ковариат.

Материалы и методы. 306 больных опийной наркоманией были рандомизированы в 3 группы (102 человека в каждой). Больным 1-й группы назначался имплантат налтрексона (3 имплантации с интервалом 2 месяца, т.е. всего на 6 мес.) и таблетки плацебо, больным 2-й группы – плацебо-имплантат и пероральный налтрексон (50 мг/сутки), а больным 3-й группы – двойное плацебо (имплантат и таблетки). Всем больным раз в две недели проводили сеанс индивидуальной психотерапии. Исследование проводили двойным слепым методом с двойной маскировкой. Контроль ремиссий осуществляли раз в две недели с помощью тестов на наркотики в моче. Клиничко-психологические оценки проводили раз в две недели с помощью батареи международных валидизированных психометрических инструментов. Определяли аллельные варианты генов мю- и каппа-опиоидных рецепторов (OPRM11, OPRM12, OPRM13, OPRK1), дофаминовых рецепторов типов D2 (локус DRD2 Ncol) и D4 (локус DRD4120bp),

белка-трансмембранного транспортера дофамина (локус DATVNTR40bp), а также фермента катехол-орто-метилтрансферазы (COMT).

Результаты. Удержание в программе лечения (и, соответственно, в ремиссии) по данным анализа выживаемости Каплана-Мейера, было достоверно выше в группе больных, получавших имплантат налтрексона ($p < 0.01$). В группе имплантата налтрексона на момент завершения 6-месячного курса терапии в ремиссии находилось 53% больных, в то время как в группе перорального налтрексона – 16% ($p < 0,001$), а в группе двойного плацебо – 11% ($p < 0,001$). Балл оценки эффективности терапии, включающий сумму положительных анализов мочи на опиаты и пропущенных визитов, также был значимо лучше в группе имплантата налтрексона на протяжении всех 6 месяцев исследования. Носители AAAGTT или AGAGTT аллелей генов OPRM13, OPRK1 и COMT, а также CCAGTT или CTAGTT аллелей генов OPRM11, OPRK1 и COMT имели значимо лучшие показатели ремиссий и бала эффективности терапии во всех трех группах. Носители L-аллеля гена DRD4120bp, T-аллеля гена DRD2Ncol, и A9-аллеля гена DATVNTR40bp имели худшие показатели удержания в программе терапии.

Заключение. Имплантат налтрексона является высокоэффективным препаратом для лечения опиной наркомании, превосходящим по эффективности пероральный налтрексон и плацебо-имплантат. Генетический анализ может быть полезен для определения больных, потенциально лучше отвечающих на терапию опиной наркомании налтрексоном (респондеров).

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СИСТЕМЕ ОМС

Кузнецов В.В., Скалий Ю.Е., Крылова Н.В.

*Калининград, ГБУЗ «Наркологический диспансер
Калининградской области»*

МКБ разработана ВОЗ, главным образом, для статистических целей и предусматривает трехзначную и четырехзначную кодировку заболеваний. Международная конференция по Десятому пересмотру Международной классификации болезней допускает для более полного описания наблюдаемой у пациента клинической картины адаптацию классификации за счет использования в кодах дополнительных необязательных знаков, но рекомендует в интересах международной сопоставимости данных при подготовке перевода или адаптации не вносить никаких изменений в содержание (как указано в названиях) трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик Десятого пересмотра, за исключением тех, которые санкционированы ВОЗ.

Адаптированная для использования в РФ версия МКБ 10 никаких изменений в содержание четырехзначных подрубрик не внесла. Синдром зависимости определяется как сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество. В диагностических указаниях отмечено, что диагноз зависимости может быть поставлен при наличии 3 или более из 6 перечисленных в диагностических указаниях признаков, возникавших в течение определенного времени на протяжении года.

При этом, чтобы зафиксировать принятый в нашей стране нозологический подход, в под-рубрику F1x.2 введено примечание: «Зависимость от психоактивных веществ понимается как болезненный процесс, закономерно проходящий через последовательные стадии, имеющий свое начало и исход», соответственно этому примечанию шестым знаком стала обозначаться стадия процесса, что коренным образом изменило трактовку понятия «синдром зависимости». Появилось основание трактовать синдром зависимости, как хроническое психическое прогрессирующее заболевание, в результате произошло полное отождествление диагнозов «алкоголизм» («наркомания», «токсикомания») и «синдром зависимости от алкоголя (наркотиков, токсических веществ)». В ежегодно издаваемых ННЦ МЗ РФ статистических таблицах наркологические расстройства так и обозначены: «синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм)» и «синдром зависимости от наркотиков (наркомания)».

Полнота такого отождествления недопустима уже потому, что в случае достоверной и объективной регистрации факта воздержания пациента от употребления психоактивного вещества на протяжении года придется констатировать отсутствие, как минимум, 5 из 6 перечисленных в диагностических указаниях признаков. Следуя приведенному определению синдрома зависимости и диагностическим указаниям, при отсутствии в течение года более 3 из 6 перечисленных признаков, диагноз синдрома зависимости, а, следовательно, и алкоголизма (наркомании, токсикомании) установлен быть не может. Возникает формальная необходимость признать возможность излечения от алкоголизма (наркомании, токсикомании), чего в реальности, конечно, быть не может. Речь может идти лишь о редукции синдрома зависимости, который, действительно, немислим вне рамок алкоголизма (наркомании, токсикомании). Однако, в рамках алкоголизма (наркомании, токсикомании) могут развиваться состояния, при которых синдром зависимости диагностирован быть не может.

Кроме того, в российской версии МКБ 10 состояние F1x.20 - «синдром зависимости, в настоящее время воздержание», дополнилось взятым в скобки словом «ремиссия». Вне зависимости от длительности воздержания, от момента купирования острой симптоматики (начала этапа реабилитации) и до снятия с наблюдения в связи с выздоровлением (успешное завершение реабилитации), формальный диагноз остается прежним: F1x.20 - «синдром зависимости, в настоящее время воздержание (ремиссия)». А поскольку ни виды, ни качество, ни длительность реабилитации неспособны изменить формальный диагноз, реабилитация не может быть признана страховым случаем и получить финансирование в системе ОМС.

Вопрос диагностики начала ремиссии, перехода одного этапа в другой (качественно новый), всегда был дискуссионным, единого мнения по этим вопросам до настоящего времени не существует. В отечественной научной наркологии ремиссия определяется как динамическое состояние (Ерышев О.Ф., 1998) в период её становления не исключаются «зыбление» симптоматики и «срывы» (Альшуллер В. Б., 2002) общим признаком ремиссии признается полная и качественная редукция патологического влечения к наркотику (Винникова М.А., 2009). Однако, полнота и качество ремиссии как критерий эффективности лечения, лишь декларируются, оценка ремиссий остается формализованной, по одному критерию - длительности воздержания от употребления психоактивного вещества (Пятницкая И. Н., 2008), что нашло отражение в российской МКБ 10.

ВОЗовская трактовка синдрома зависимости не отождествляет его с хроническим заболеванием, а описывает синдром зависимости как расстройство здоровья, требующее медицинского вмешательства, один из этапов течения наркологического заболевания. При воздержании от употребления психоактивного вещества сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему веществ может сохраняться, поэтому сам факт воздержания и его длительность для диагностики синдрома зависимости имеют второстепенное значение, могут лишь характеризовать «этап становления ремиссии». Несовместимость ВОЗовского определения синдрома зависимости с определением понятия «ремиссия» совершенно очевидна. Если на протяжении года регистрировались менее трех из перечисленных в диагностических указаниях признаков, вынесение диагноза «синдром зависимости, в настоящее время воздержание» неправомерно даже в качестве обозначения ремиссии.

В результате адекватного медицинского (фармакологического и психотерапевтического) вмешательства может наступить редукция синдрома зависимости (в ВОЗовской трактовке). Речь идет не об излечении хронического заболевания, а об уменьшении выраженности его клинических проявлений

до уровня, исключающего в настоящее время потребность в медицинском вмешательстве. С точки зрения практической медицины, возможность квалифицировать состояние как болезнь исключается: в классификации болезней нет соответствующей рубрики. С научной, теоретической точки зрения, хроническое заболевание в своем течении вошло в такую фазу, когда возможности функционирования организма не могут быть улучшены с помощью медицинского вмешательства. Адекватной состоянию ремиссии формулировка функционального диагноза: «Алкоголизм (наркомания, токсикомания), фаза ремиссии. В настоящее время практически здоров» (F1x.).

Если целью медицинского вмешательства на реабилитационном этапе определить редукцию синдрома зависимости (F1x.20) и достижение состояния ремиссии (F1x.), открывается возможность соотносить реабилитационную помощь с понятием «страховой случай» и обосновать необходимость её финансирования в системе ОМС.

В ГБУЗ «Наркологический диспансер Калининградской области» разработана методология объективной регистрации каждого из 6 признаков синдрома зависимости, динамика их выраженности оценивается по результатам комплексного анализа полученной в процессе добровольного диспансерного наблюдения информации: результатов периодических клинических осмотров, плановых и внеплановых лабораторных исследований биологических сред на наличие в них психоактивных веществ и их маркеров, периодических экспериментально-психологических исследований. Большое значение придается информации о семейно-бытовых и трудовых отношениях пациента.

Редукция синдрома зависимости и достижение состояния ремиссии является основанием для прекращения наркологического наблюдения.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ НАРКОМАНИИ

**Литвинцев Б.С., Ефимцев А.Ю.,
Фокин В.А., Тарумов Д.А.**

Санкт-Петербург, ФГКВОВ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Высокие темпы роста заболеваемости наркоманией, разрушительное действие наркотических препаратов на психическое и соматическое здоровье, огромный экономический ущерб ставят проблему наркомании в ряд наиболее важных проблем во многих развитых странах. В 2011 году в России насчитывалось около 2 млн. наркопотребителей. Ежегодно от заболеваний, связанных с употреблением наркотических препаратов умирают десятки

тысяч человек трудоспособного возраста. Спектр неврологических нарушений при наркомании чрезвычайно широк и представлен практически всеми клиническими формами поражения нервной системы. На базе Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова проводится изучение неврологических расстройств, развивающихся на фоне длительного употребления наркотических препаратов.

Цель исследования. Изучить характер изменений в головном мозге у лиц, систематически употребляющих наркотические препараты, с применением магнитно-резонансной томографии.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 40 пациентов мужского и женского пола трудоспособного возраста с опиоидной зависимостью, проходившие лечение в Городской наркологической больнице г. Санкт-Петербурга и в клинике психиатрии ВМедА. Средний возраст в группе составил $25,9 \pm 2,6$ лет. Стаж наркотизации у всех членов исследуемой группы был приблизительно одинаков и составлял $9 \pm 3,4$ лет. У всех пациентов из исследуемой группы клинически был подтвержден диагноз: синдром зависимости от опиоидов F 11.2. У всех больных отмечалась ремиссия не менее 3-х недель в виде полного отказа от приема психоактивных веществ. Клиническая оценка психического состояния больных проводилась с применением клинико-психопатологического метода, психометрических шкал для количественной верификации тяжести состояния: анкеты для оценки выраженности синдрома ангедонии, шкалы тяжести зависимости: скрининг (SDS-S) и динамика (SDS-D), шкалы этапа изменения в готовности и стремлении к лечению (SOCRATES), диагностического скринингового опросника (PDSQ). Всем пациентам из исследуемой группы проводился полный неврологический осмотр по стандартной, общепринятой в неврологии методике. Магнитно-резонансное исследование выполнялось на магнитно-резонансном томографе TOSHIBA Vantage Titan с силой индукции магнитного поля 1,5 Тл. Всем больным была выполнена традиционная МРТ с получением T1-ВИ (MPRAGE с изотропным вокселем 1 мм³), T2-ВИ, FLAIR (Fluid attenuated inversion-recovery – инверсия-восстановление с подавлением сигнала от «свободной» жидкости). Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнена с использованием пакетов прикладных программ «Microsoft Excel 2007» и «Statistica 7.0 for Windows».

Результаты и их обсуждение. Симптомы поражения нервной системы, свидетельствующие об органической природе их развития, наблюдали у всех потребителей наркотических препаратов. У всех обследованных больных наркоманией встречались жалобы на повышенную утомляемость, общую слабость, снижение внимания, ухудшение

памяти и повышенную раздражительность (100%, n=40), часто отмечались расстройства сна в виде инсомнии, нередких пробуждений, тревожных снов (37,5%, n=15). Симптом Хвостека разной степени выраженности встречался у большинства обследованных лиц (87,5%, n=35). Выше перечисленные симптомы являются следствием астено-невротического состояния, выраженного в разной степени и наблюдавшегося у каждого больного, но, могут также свидетельствовать о начальных проявлениях энцефалопатии.

Также довольно часто встречались жалобы, указывающие на дисфункцию вегетативного отдела нервной системы. Признаки вегетативно-сосудистой дистонии были отмечены в 100% случаев. Они проявлялись преимущественно слабостью зрачковых реакций, дистальным гипергидрозом, сухостью кожи, стойким разлитым красным или белым дермографизмом, существенными колебаниями пульса и артериального давления при выполнении орто- и клиностатических проб. В одном случае у наркозависимого, употреблявшего в течение года дезоморфин («крокодил»), наблюдали ангиотрофоневроз с формированием трофических язв на ногах.

Часто выявляли асимметрию глубоких рефлексов (25%, n=10), повышенный общий рефлекторный фон (70%, n=28), расширение рефлексогенных зон (57,5%, n=23), снижение поверхностных и глубоких брюшных рефлексов (67,5%, n=27), патологические кистевые и стопные рефлексы (77,5%, n=31). Эта группа симптомов, как известно, входит в структуру пирамидной недостаточности. Феномены орального автоматизма (симптом Маринеску-Радовичи и хоботковый рефлекс) встречались у пяти наркозависимых лиц (12,5%). Появление этих симптомов косвенно указывает на вовлечение в патологический процесс корково-ядерных проводящих путей.

Синдром мозжечковых нарушений характеризовался интенционным тремором и неуверенностью при проведении координаторных проб (47,5%, n=19), наличием адиадохокинеза (52,5%, n=21), покачиванием в позе Ромберга (87,5%, n=35), нистагмом (90%, n=36). В двух случаях (5%) были отмечены явления эссенциального тремора, проявлявшегося заметным дрожанием пальцев кистей. Однако у большинства больных наркоманией нами были выявлены тремор закрытых век и языка.

Расстройства поверхностной чувствительности в ряде случаев носили мозаичный характер (10%, n=4), что также может свидетельствовать об очаговом поражении головного мозга. Часто наблюдали расстройства чувствительности в виде гипестезии или гиперестезии на кистях и стопах по типу «перчаток» и «носок» (87,5%, n=35), представляющие собой вариант хронической токсической полиневропатии.

При проведении магнитно-резонансной томографии всем осмотренным пациентам изменения в веществе головного мозга наблюдали у 7 обследованных. В трех случаях наблюдали картину выраженного и клинически значимого повреждения структур головного мозга. У пациента Р., 29 лет, в левой теменно-затылочной области (субкортикально и перивентрикулярно заднему рогу левого бокового желудочка) определялся участок кистозно-глиозно-атрофических изменений, размерами 27*20*11 мм - последствия острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии. Неврологический осмотр выявил признаки легкой амнестической афазии. В одном из наблюдений за пациенткой Ш., 21 г., находившейся на стационарном лечении в клинике нервных болезней ВМедА, были выявлены симметричные очаги поражения бледных шаров, отложения марганца. Клинически это проявлялось генерализованной мышечной дистонией с подворачиванием кистей и стоп, усиливающейся на фоне наркотизации. Важно, что при осмотре пациентка факт употребления наркотических препаратов вначале отрицала, а начало заболевания с наркоманией не связывала. У больного Ф., 39 лет, в белом веществе лобных и теменных долей имелись единичные очаги глиоза, диаметром до 3 мм, характеризующиеся гиперинтенсивным МР-сигналом на FLAIR и T2-ВИ, изо- на T1-ВИ. Неврологические расстройства пациента Ф. представляли картину рассеянного энцефаломиелита. В остальных случаях изменения в веществе головного мозга наркозависимых лиц были несущественными и часто проявлялись в виде незначительного расширения субарахноидального пространства по конвексимальной поверхности головного мозга, асимметрией боковых желудочков.

Выводы. Хроническое отравление наркотическими препаратами способствует развитию органической неврологической симптоматики. Выявленные неврологические симптомы свидетельствуют о диффузном характере поражения нервной системы у лиц, страдающих наркотической зависимостью, однако органическая природа этих симптомов в большинстве случаев не подтверждается результатами традиционной магнитно-резонансной томографии. Если говорить о связи неврологических расстройств с употреблением наркотических препаратов, следует предполагать наличие микроструктурных изменений в веществе головного мозга. Для выявления таких изменений целесообразно проведение дальнейших исследований, включающих МР-морфометрию, диффузионную тензорную МРТ, МР-спектроскопию и ряд других методов и методик лучевой диагностики.

ХАРАКТЕР И ИНТЕНСИВНОСТЬ ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ ВО ВРЕМЯ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Меликсетян А.С., Гофман А.Г.

Москва, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России

С целью установления причины возникновения рецидивов алкоголизма и особенностей их клиники в 2007–2009 гг. проводилось исследование в отделении психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости, МНИИП Росздрава.

Были отобраны пациенты, у которых возник рецидив заболевания /многочисленное пьянство с опохмелением/ после воздержания от приема спиртных напитков в течение трех месяцев и более. Были обследованы больные как с короткими ремиссиями (не более 6 месяцев), так и с длительными (один год и более).

Исключались из исследования лица, страдающие алкоголизмом, сочетающимся с другими психическими заболеваниями /шизофрения, заболевания шизофренического спектра, аффективные расстройства эндогенной природы, эпилепсия, тяжелые органические поражения головного мозга, тяжелые расстройства личности с частыми декомпенсациями/, больные хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения или декомпенсации, больные алкоголизмом 3 стадии, а также больные в возрасте моложе 25 лет и старше 60 и пациенты, у которых злоупотребление алкоголем сочеталось с систематическим приемом других психоактивных веществ.

Анализ полученных данных проводился с использованием методов математической статистики.

С целью установления характера и интенсивности влечения к алкоголю во время ремиссии обследовано 100 больных хроническим алкоголизмом (все мужчины) в возрасте от 25 до 60 лет. Во всех случаях диагностирована 2 стадия алкоголизма. Выраженность влечения к алкоголю определялась длительностью его существования и интенсивностью желания привести себя в состояние алкогольного опьянения.

У 12 % больных отмечалось отсутствие патологического влечения, то есть не было поведенческих признаков влечения, желания привести себя в состояние опьянения.

Легкая выраженность влечения к алкоголю отмечалась у 81 %. Влечение появлялось на короткие отрезки времени, легко подавлялось любым занятием. Оно могло выражаться в разговорах об алкогольных напитках, собутыльниках, обстоятельствах потребления спиртного, последнем алкогольном эксцессе. Всегда имела борьба мотивов - «выпить или не пить». Это могло продолжаться от нескольких десятков минут до нескольких дней. Влечение подавлялось чаще самостоятельно или

внешними обстоятельствами. Выраженное влечение характерно было для 7% больных. Влечение возникало спонтанно у 3 %, без видимых причин появлялись воспоминания о прошлых выпивках, об алкогольных напитках. Возникало состояние физического или психического дискомфорта с ощущением, что «чего-то не хватает». Влечение не исчезало несколько часов, самостоятельно подавить его удавалось редко. Внешние обстоятельства также редко подавляли влечение.

Максимальная выраженность влечения характеризуется появлением беспричинно возникающих ярко эмоционально окрашенных воспоминаний об алкоголе и его употреблении. Такое влечение не сопровождается борьбой мотивов, самостоятельно подавить его не удается, внешние обстоятельства также его не подавляют. Субъективно оно осознается как сильнейшая тяга к употреблению алкоголя, непреодолимое желание опьянения. Такая выраженность патологического влечения не встречалась ни у одного из обследованных больных. Установлена связь между длительностью ремиссии и выраженностью влечения во время воздержания от алкоголя ($R=-0,47$, $p=0,03$). Чем менее выражено влечение, тем продолжительнее ремиссия. Вместе с тем отсутствует взаимосвязь между длительностью ремиссии и характером влечения (осознанность его, актуализация влечения при усталости, голоде, физической нагрузке, вне зависимости от возникновения снов на алкогольную тематику, психотравмирующие ситуации, ассоциативность влечения, наличие ОААС). Возможно, данные обстоятельства актуализировали влечение к алкоголю, но не являлись ведущими при возникновении рецидива. Ни один из факторов кардинально не влияет на длительность ремиссии, они имеют значение лишь в совокупности.

КОГЕРЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Мельникова Т.С., Ковалев А.В., Малин Д.И.

Москва, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России

Депрессивные расстройства у больных алкоголизмом часто сохраняются после купирования абстинентного синдрома, что является одним из факторов усугубляющих течение болезни и ведущих к возобновлению употребления алкоголя. Клинические проявления депрессивных расстройств у больных алкоголизмом характеризуются полиморфизмом, что указывает на сложность и неоднозначность патофизиологических механизмов этих состояний.

Цель работы состояла в определении когерентных (КОГ) характеристик ЭЭГ у больных алкоголизмом после купирования абстиненции при сохраняющейся депрессивной симптоматике.

Материал и методы. Обследовано 88 больных (53 мужчин и 35 женщин, средний возраст - $31,7 \pm 3,5$) с депрессивными расстройствами средней степени тяжести (19-23 баллов по HDRS), сохранившихся после купирования вегетативных проявлений абстинентного синдрома. По модальности доминирующего аффекта депрессии относились преимущественно к тоскливому типу, но обычно в сочетании с тревогой. ЭЭГ регистрировали с помощью аппаратно-программного комплекса для топографического картирования электрической активности мозга «НЕЙРО-КМ» (Россия) с полосой пропускания от 0,5 до 40Гц. Запись осуществляли монополярно по схеме 10-20%. Референтным электродом служили объединенные ушные клипсы. Контрольная группа – психически здоровые лица ($n=42$). Анализировали когерентность (КОГ) между парами корковых зон, а также вычисляли показатель средней КОГ (СрКОГ) – усредненное значение КОГ данной корковой области со всеми остальными зонами как параметр функциональной активности этой области коры.

Результаты. По сравнению с контрольной группой испытуемых у больных наибольшее снижение СрКОГ в диапазоне альфа-полосы выявлено во фронтальных и височных областях коры. Значительно ($p<0,01$) снижено значение КОГ лобных с передневисочными зонами обеих гемисфер с небольшим левосторонним акцентом, а также – с центральными областями. Снижение КОГ средневисочных зон в альфа-диапазоне отмечено с фронтальными, центральными и теменными областями. Наблюдалось снижение межполушарных взаимосвязей между симметричными фронтальными, центральными, передневисочными, средневисочными и задневисочными корковыми зонами. При этом показатель СрКОГ по альфа-ритму в затылочных и теменных областях был выше, чем в контрольной группе испытуемых. СрКОГ по дельта-диапазону у больных во всех областях была выше «нормы», особенно в затылочных зонах. Перестройка в тета- и бета-полосах у больных была во многом аналогична тем изменениям, которые отмечались при анализе альфа-диапазона.

Заключение. Проведенное исследование показало, что когерентный анализ ЭЭГ может быть использован для объективной оценки функциональной активности областей головного мозга у больных алкоголизмом после купирования абстинентных явлений на фоне сохраняющихся расстройств депрессивного спектра.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОТЕЧЕСТВЕННУЮ НАРКОЛОГИЮ

Менделевич В.Д.

Казань

В последние годы в области отечественной наркологии ведется ожесточенная дискуссия между «специалистами сопоставимой квалификации», отстаивающими полярные взгляды на психопатологию наркологических расстройств. Противостоят друг другу «медицина авторитетов» и «медицина доказательств». Противоречие между специалистами лишь выглядит схоластической дискуссией по вопросу квалификации клинических феноменов. Фактически, за этим скрывается столкновение по сущностным вопросам современной науки – по основополагающим методологическим принципам и способам доказательств истинности собственных позиций. Одни специалисты настаивают на приоритете клинического опыта в оценке психопатологических симптомов (В.Б.Альтшулер, 2012; А.Г.Гофман, 2013), другие отстаивают позицию приоритета принципов доказательной медицины (Е.М.Крупницкий, 2008). Проблема заключается еще и в том, что спор не носит сугубо теоретический, отвлеченный характер. На базе официальной позиции «медицины авторитетов», отдающей приоритет клиническому опыту, а не доказательным исследованиям в российскую наркологию внедрены соответствующие принципы оказания наркологической помощи, стандарты терапии и протоколы ведения больных.

Официальную наркологию не смущает тот факт, что фиксируются кардинальные и сущностные различия научных представлений российских и зарубежных наркологов по большинству профессиональных теоретико-методологических и практических аспектов, антагонизм между стандартами терапии наркологических заболеваний.

В российской в отличие от мировой наркологической науки обнаруживается устойчивая тенденция (доктрина) приписывать наркологическим расстройствам однозначно психопатологический смысл. Данный феномен был обозначен психопатологизацией наркологических расстройств (В.Д. Менделевич, 2008), основанной на гипердиагностической парадигме.

По-прежнему отстаиваются представления о том, что наркомания (в частности, опиоидная зависимость) характеризуется психопатологическими симптомами и синдромами психотического уровня, что динамика аддиктивного заболевания имеет клинические характеристики эндоформного процесса, а «синдром патологического влечения вписывается в общий стереотип развития симптоматики аффективно-бредовых психозов и может рассматривать-

ся как частный случай подобного психоза» и даже, что «наркомания – третье эндогенное заболевание» (Л.Н.Благов, 2012; Е.А.Брюн, 2012).

Авторитетные в научном мире Кохрейновские обзоры многими российскими специалистами игнорируются. Связано это не только с конспирологическими страхами и морализаторскими установками, но и с доминированием психопатологической доктрины. Многие отечественные ученые с большим подозрением относятся к внедрению принципов доказательной медицины в наркологию и психиатрию. Либо утверждают, что «клинический опыт важнее», либо отмечают попытки принизить значение принципов надлежащей клинической практики. Так, в частности А.Г.Гофман (2013) утверждает, что «существуют другие [объективные] методы доказательной медицины», не использующие требований доказательного дизайна, при этом плацебо контролируемые исследования автор называет «аморальными и не соответствующими принципам деонтологии».

На базе недоказательной психопатологической доктрины в отечественной наркологии разработана и внедрена тактика лечения опиоидной зависимости, юридически закреплённая в стандартах терапии.

Приходится констатировать, что психопатологическая гипотеза (доктрина) этиопатогенеза наркологических заболеваний игнорирует многочисленные научные данные, в том числе полученные с использованием техник нейровизуализации, подтверждающие патофизиологический (нейроадаптационный) базис аддиктивных расстройств. Предлагаемая представителями московской наркологической школы доктрина построена исключительно на субъективистских интерпретациях хорошо известных клинических проявлений зависимого поведения. Такой подход заметно контрастирует с доминирующим в мировой науке трендом в сторону максимальной объективизации и формализации психопатологической феноменологии, способа формирования единого языка науки, без которого клинико-психопатологические изыскания остаются в плену субъективных представлений.

Существующая в отечественной наркологии психопатологическая доктрина не находит поддержки ни в среде российских психиатров, ни среди зарубежных коллег-наркологов. Впрочем, эта концепция до сих пор не презентовалась ни на международном уровне, ни в российском психиатрическом сообществе. Оставаясь научно уязвимой, она принципиальным образом расходится с канонами клинической психиатрии.

Таким образом, можно констатировать наличие в отечественной наркологии системной методологической ошибки, отраженной в доминировании психопатологической доктрины с интерпретацией опиоидной зависимости как эндоформного психо-

за. Эта теория противоречит канонам клинической психиатрии, а стандарты терапии наркологических заболеваний, основанные на доктрине, игнорируют принципы доказательной медицины. Всё это привело к самоизоляции российской наркологии и к противопоставлению ее другим медицинским специальностям, функционирующим в рамках научной парадигмы. Требуется пересмотр теоретических основ отечественной наркологии с неукоснительным следованиям современным требованиям науки.

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ АКЦЕНТУАЦИЯМИ ХАРАКТЕРА

Мещерякова А.А.

Москва, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России

Изучение клинических корреляций алкоголизма с преморбидными личностно-характерологическими особенностями больных в купе с рассмотрением влияния генетических и социальных факторов позволяет выявить патопластическое влияние конституциональной «почвы» на течение и исходы алкоголизма, то есть оценить риск возникновения и характер дальнейшего течения зависимости от алкоголя.

В настоящее время, особенно скудно освещенным представляется вопрос о характерологических личностных особенностях женщин, у которых сформировалась зависимость от алкоголя. Остается множество вопросов, касающихся особенностей конституционального предрасположения к алкоголизму у женщин с акцентуациями характера, а также изменений личности женщины в динамике заболевания.

Цель исследования - выявление особенностей течения алкоголизма и факторов риска развития этого заболевания у женщин с различными акцентуациями характера и темперамента.

Материал исследования. Женщины, в возрасте от 20 до 60 лет, госпитализированные в стационары ННЦ наркологии и МНИИ психиатрии, с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя» (F10 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением алкоголя» по МКБ-10) и с наличие акцентуированных черт характера и темперамента (по критериям Личко).

Обследование пациенток проводилось после купирования алкогольного абстинентного синдрома. Осуществлялось динамическое наблюдение и осмотр в процессе однородного терапевтического курса.

Методы исследования. 1. Клинико-анамнестический метод - структурированное интервью по

разработанной клинико-психопатологической карте. 2. Психометрический метод. Использовались следующие тестовые методики: многофакторный личностный опросник ММРІ, пятифакторный личностный опросник («Большая пятерка»), опросник Клонингера Р. для определения темперамента и характера (ТСІ), тест смысловых ориентаций (СЖО), тест уровень субъективного контроля (УСК), методика диагностики акцентуаций характера Леонгарда К. – Шмишека Г., тест для измерения уровня интеллектуального развития Векслера Д.

Результаты и их обсуждение. Обследовано 28 женщин (средний возраст 41,8±4,3) с синдромом зависимости от алкоголя и с различными особенностями характера. Были выделены следующие подгруппы: с преимущественным наличием циклоидных, гипертимных, истероидных или лабильных черт. В анализируемой выборке не встречались пациентки с преимущественно астено-невротическими или шизоидными чертами характера. В обследуемой группе определялся средний уровень интеллекта, обнаружена тенденция к хорошей норме (по тесту Векслера).

При патопсихологическом исследовании эмоционально-волевой сферы и личностных особенностей с помощью ММРІ установлен, что усредненный личностный профиль характеризуется пиками по шкалам «импульсивность», «ригидность», «оптимистичность» на фоне низких значений показателей шкал «интроверсия», «сверхконтроль». Данные теста в общей массе коррелируют со шкалой «экспрессивность-практичность» пятифакторного личностного опросника.

По тесту ТСІ, созданному на основе анализа генетических, нейробиологических и психиатрических данных, показано, что у обследованных женщин наблюдается связь факторов «импульсивности/поиска новизны» и «нейротизма/негативной эмоциональности» с состоянием алкогольной зависимости. Зарегистрированы низкие показатели по шкале «настойчивость», что указывает на пониженную стойкость к фрустрации и утомлению.

По тесту СЖО наблюдается низкая оценка женщинами пройденного отрезка жизни, то есть неудовлетворенность прожитой частью жизни и самореализацией. Они также испытывают неудовлетворенность своей жизнью в настоящем, не воспринимают процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Они не верят в возможность контролировать события собственной жизни.

По тесту УСК выделяется преимущественно экстернальный тип локализации субъективного контроля. Пациентки в основном полагают, что происходящие с ними события являются результатом действия внешних сил, случая, судьбы или влияния других людей. Особенно в области неудач, в производственных отношениях и семейных отношениях,

они склонны приписывать ответственность другим людям или считают эти события результатом неведения. Считают не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в их семьях.

Выводы. Изучение личности зависимых женщин позволяет выявлять особенности акцентуаций характера и темперамента, «места наименьшего сопротивления» в характере, которые можно связать с развитием зависимости от алкоголя и мотивами злоупотребления им. Это необходимо для оценки риска возникновения зависимого поведения, выявления особенностей клиники и прогноза исходов алкоголизма.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЛЬФАКТОМЕТРИИ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Невидимова Т.И., Батухтина Е.И.,
Ветлугина Т.П., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А.

Томск, ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН

Между психическим здоровьем и функционированием обонятельной системы человека существуют сложные неоднозначные связи. При депрессии наблюдается как anosmia, так и повышенная чувствительность к запахам. Нарушение распознавания запахов может предшествовать когнитивным расстройствам при болезни Альцгеймера, что предлагается использовать для ранней диагностики этого заболевания, равно как и шизофрении. При аддитивных расстройствах отмечается важность условнорефлекторных реакций с ольфакторным подкреплением. Перспективность данного направления подтверждена нами при изучении однонуклеотидного полиморфизма rs61729907 гена обонятельного рецептора OR7D4 и при анализе перспективных одорантов методом лазерной оптико-акустической спектроскопии (1). Отдельную проблему, выходящую за рамки настоящего сообщения, представляет общая для обоняния и иммунитета функция распознавания.

Цель: оценить прогностическую информативность ольфактометрии при аффективных и аддитивных расстройствах, в части случаев сочетающихся с сексуальными отклонениями.

Материалы и методы. Клинико-анамнестическим и психофизиологическим методами обследовано 355 пациентов с депрессивными, сексуальными и аддитивными расстройствами и условно здоровых контрольных лиц. Использованы ольфактометрические тесты – AST (Alcohol Sniff Test для оценки пороговой обонятельной чувствительности), стандартная качественная оценка с помощью тест-веществ и UPSIT (University of Pennsylvania smell identification test) с использованием наборов производства Sensonics, Inc (США).

Эмоциональную реакцию на одоранты оценивали с помощью визуально-аналоговой шкалы. Статистическую обработку проводили с использованием критериев Манна-Уитни и χ^2 .

Результаты и обсуждение. Высокоэффективное лечение при депрессии сопряжено с изначально сохранными обонятельными функциями, измеренными в тестах пороговой чувствительности и распознавания запахов. Среди 40 образцов пенсильванского теста можно выделить маркерные запахи, изначально низкий уровень распознавания которых чаще всего ассоциируется с менее эффективным лечением. Реакция на андростенон связана с особенностями полового поведения и уровнем тревожности и является более стабильной характеристикой, чем чувствительность к другим запахам. При обследовании пациентов с коморбидными сексуальными, депрессивными и аддитивными расстройствами в процессе заместительной терапии установлено, что, несмотря на существенный рост уровня тестостерона, обонятельная реакция на андростенон не меняется на протяжении 3 недель лечения. Наибольший интерес представляет младшая (<19 лет) возрастная группа лиц мужского пола. Аверсивная реакция на мужской феромон наблюдается у 36,5% контрольных юношей, у 77,8% юношей с расстройством сексуальных отношений, у 83,3% юношей с наркологическим диагнозом.

Мы установили, что уровень риска формирования аддитивного поведения повышается у юношей с подчеркнутой маскулинностью в психометрическом тесте на фоне инфантильно высокого уровня чувствительности к андростенону. Эту особенность обоняния мы считаем перспективной для диагностики предрасположенности к формированию аддитивного поведения наряду с другими необычными проявлениями восприятия запахов. Нами описано отсутствие у многих аддиктов аверсивной реакции на некоторые летучие органические вещества – углеводороды, спирты, кетоны, альдегиды, эфиры, терпеноиды, запахи которых традиционно считаются неприятными, а также вскрыт один из механизмов пристрастия к таким запахам. Возрастной анализ показал, что наибольшее прогностическое значение имеет наличие обонятельных нарушений в раннем детстве (2-4).

При непосредственном тестировании обонятельной чувствительности были обнаружены различия в оценке запаха смеси спиртов лицами сравнимых групп. Лица с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ демонстрировали значимо большую толерантность к запаху: лишь 5% аддиктов оценили его как отвратительный (в контроле 42%, $p < 0,05$). Чтобы использовать этот признак как прогностический, важно было оценить его в группе риска у лиц, эпизодически употребляющих психоактивные вещества. Оказалось, что выраженность аверсив-

ных реакций снижена уже на донозологическом этапе развития патологии.

Опираясь на ранее полученные данные, можно заметить, что во всех трех исследованных группах (контроль, группа риска, аддикты) отсутствие аверсии на смесь спиртов сопровождается лабораторными и/или клиническими признаками иммунологической недостаточности. При этом лица из группы риска и контрольной группы без аверсии на смесь спиртов характеризуются повышенным уровнем тревожности, потребности в поиске ощущений, сенсорной стимуляции. В связи с этим можно предположить, что признаки недостаточности ольфакторных и иммунологических защитных реакций в комплексе с психологическими и поведенческими особенностями могут являться факторами риска формирования аддиктивных расстройств.

Выводы. 1. Выявлены ольфакторные стимулы, наиболее информативные для оценки развития аффективных и аддиктивных расстройств и их сочетаний с сексуальными отклонениями.

2. Одоранты полярны с точки зрения атрактивности, принадлежат к разным химическим группам, различаются по механизмам участия в патологической афферентации, что повышает надежность их использования при решении прогностических задач в биологической психиатрии и наркологии.

ПРОБЛЕМА СОМАТИЧЕСКОГО И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГАЛЛЮЦИНОЗОМ

Немкова Т.И.

*Москва, ФГБУ «Московский Научно-Исследовательский
Институт психиатрии» Минздрава России*

Проблема соматической и неврологической патологии у пациентов, перенесших алкогольные психозы, в том числе острые алкогольные галлюцинозы, достаточно актуальна. Начиная со второй стадии алкогольной зависимости, возрастает частота поражений внутренних органов. Это связано с воздействием самого алкоголя, его метаболитов, является следствием гиповитаминоза, нарушения питания. Как, правило, обнаруживаются множественные изменения во внутренних органах, что квалифицируется как алкогольная висцеропатия. Неврологические нарушения закономерно возникают в состоянии алкогольной интоксикации и во время абстинентного синдрома. По мере развития алкогольной зависимости неврологическая симптоматика, наблюдающаяся в структуре абстинентного синдрома, становится более грубой и медленнее подвергается обратному развитию, а затем становится постоянной.

Обследовано 100 больных острым алкогольным галлюцинозом (55 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет.

Основными методами исследования являлись: клинико-психопатологический с использованием анамнестической карты больного острым алкогольным галлюцинозом; клинико-статистический.

Преобладали следующие соматические заболевания: гепатопатия алкогольного генеза (57%), хронический бронхит (23%), миокардиодистрофия алкогольного генеза (13%), хронический пиелонефрит (13%), артериальная гипертензия (12%), гастрит, язвенный процесс желудочно-кишечного тракта (11%), вирусные гепатиты В, С (9%), панкреатит (8%), хроническая ишемическая болезнь сердца (8%), ожирение (5%). Неврологическая патология была представлена разнообразной неврологической симптоматикой. 37% пациентов страдали полиневропатией с преимущественным поражением нижних конечностей. У 29% пациентов выявлена энцефалопатия алкогольного генеза, в том числе и с эписиндромом. Такой же процент пациентов перенесли черепно-мозговые травмы в состоянии алкогольного опьянения. Рассеянная неврологическая симптоматика в результате алкогольной интоксикации обнаружена у 5% пациентов.

У всех 100 пациентов присутствовала та или иная соматическая и неврологическая патология, в том числе и сочетание нескольких заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ПРИ МАРГАНЦЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Носатовский И.А.

Москва

Цель исследования – выяснение особенностей личностного склада больных в результате хронической марганцевой интоксикации.

Обследовано 75 больных токсической энцефалопатией, которые ранее (5–6 лет назад) продолжительно (6–14 мес.) злоупотребляли кустарным марганецсодержащим наркотиком. Клинически и психометрически оценены аффективные расстройства, когнитивные и патохарактерологические свойства больных.

Клиническая картина марганцевой энцефалопатии на этом этапе определялась паркинсоноподобным синдромом, расстройствами походки, постуральными, глазодвигательными, псевдобульбарными и дистоническими нарушениями.

Выявлены умеренно выраженные, стойкие нарушения аффективной, когнитивной и мотивационной сфер при значительном изменении преморбидного стиля поведения. Установлено, что когнитивная недостаточность у больных

обусловлена нарушениями нейродинамических и регуляторных функций, но при сохранности операциональных. Глубина повреждения регуляторных функций определяется тяжестью токсической энцефалопатии. Нарушения интеллектуальной деятельности не зависят от степени снижения когнитивных функций. В свою очередь когнитивные нарушения слабо связаны с двигательными расстройствами. У больных снижена способность к целенаправленной, продолжительной и последовательной деятельности. Отмечается низкий порог аффекта, его неустойчивость, а также усиленные, непредсказуемые, часто дезадаптирующие эмоциональные реакции. Страдает планирование, способность предвидения результатов деятельности, учет социальных условий при удовлетворении своих потребностей. Мышление обнаруживает тенденцию к вязкости, избыточности побочных ассоциаций. Чаще встречается апатический (54%) и эйфорический (22%) варианты психоорганического синдрома. Характер двигательных (экстрапирамидных) нарушений указывает на подкорковую локализацию интоксикационного поражения головного мозга. Личностный профиль больных характеризуется повышенным уровнем по шкалам соматизации, обсессивности-компульсивности, сенситивности, враждебности. Эти патохарактерологические черты в большей степени, чем когнитивная недостаточность, влияют на нарушение повседневной активности и социального функционирования.

**МЕТОДОЛОГИЯ ПРЕВЕНЦИИ
АЛКОГОЛИЗМА У ВОДИТЕЛЕЙ
(НА ОСНОВЕ МЕДИЦИНСКОГО
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ):
РЕАЛЬНОСТИ И МИФЫ**

**Носачев И.Г., Киселёва Ж.В.,
Дальнова И.Г., Носачев Г.Н.**

*Самара, ГБОУ ВПО «Самарский государственный
медицинский университет Росздрава»*

Клиническая, социальная, общественная наркология едина в одном: главной задачей является наркологическая превентология, что поддерживается целым рядом отраслевых концепций и программ охраны и укрепления здоровья здоровых. К сожалению, и концепции и программы выдержаны в рамках медицинской методологии и опираются на ресурсную базу только системы здравоохранения. Но наркологическая служба, хотя и включает превенцию в задачу работы врача психиатра-нарколога, однако обозначена преимущественно на бумаге, так как она не подкреплена ни организационно-методически, ни самое главное - в правовом отношении. Между тем, общество ежедневно сталкивается с разнообразными проявлениями социально неже-

лательного (отклоняющегося, девиантного) поведения – пьянством, алкоголизмом, наркоманиями, агрессией, противозаконными действиями, терроризмом, включая автокатастрофы по вине пьяных водителей.

Я.И. Гишинский (2004), исследуя социальный генезис девиантологии, приходит к выводу, что «не существует какой бы то ни было единой (пусть «интегративной» или «синтетической») и специфической причины девиантности, как социального феномена в силу определенных обстоятельств.

Цель работы – на основе анализа поведения и самооценки водителей при медицинском освидетельствовании на состояние опьянения обсудить возможности превенции. Было проведено обследование 240 освидетельствуемых на состояние алкогольного опьянения (лёгкая степень алкогольной интоксикации) (все мужчины в возрасте от 20 до 55 лет). Для выполнения задач исследования и соблюдения принципа однородности материала в исследование включались мужчины с лёгкой степенью опьянения, исключались больные алкоголизмом в состоянии абстиненции и с выраженными соматическими и неврологическими симптомами. Использовались следующие **Методы исследования**: клинико-психопатологический с выделением клинико-этиологической составляющей и экспериментально-психологический (индивидуально-психологический опросник (ИПО), социально-психологическая анкета. Синдромально было выделено четыре варианта алкогольного опьянения (интоксикации): типичное – эйфорическое и атипичные – дисфорическое, депрессивное (дистимическое) и маниакальноподобное (по 60 человек).

В исследуемой системе фактор «Ситуация» остается неизменным и выражается в освидетельствовании на состояние алкогольного опьянения с последующими социальными оценками. В данной особенности социальное поведение, хотя и зависит во внешней стороне поведения от варианта опьянения, определяется ситуацией и её социальными последствиями, что приводит к анозогностической оценке своего состояния опьянения. Были выделены следующие варианты попыток скрыть (отрицать) алкогольное опьянение (диссимуляции, анозогнозии): частичная (парциальная), тотальная (полная), псевдорациональная и ретроанамнестическая анозогнозия.

Любое социальное действие начинается с той составляющей самосознания, которая определяет понимание смысла роли и позиции своего «Я» в ситуации действия. В плане социальной деятельности главным выражением самосознания являются, с одной стороны, экспектация как нормативное построение упорядочивания системы интерперсональных связей и взаимоотношений, а, с другой – каузальная атрибуция как адекватность и понимание смысла самой ситуации действия.

Усреднённый психологический «портрет» освидетельствуемого на состояние алкогольного опьянения, который был подтвержден лабораторными данными, характеризовался противоречивыми тенденциями личностных устремлений: с одной стороны – лживостью, сочетающейся с достаточно высокой агрессивностью, и стремлением скрыть состояние алкогольного опьянения, спонтанностью и лёгкой внушаемостью, застреваемостью и инертностью, ригидностью самооценки и мотивации, потребностью в высоких личных результатах, социальной активности и спонтанностью асоциального поведения, с другой стороны – экстравертированностью в сочетании с гипертимным фоном опьянения и интравертированностью в сочетании с гипотимным, включая неуверенность в себе, тревожной мнительностью, настороженностью, застреваемостью и инертностью установок на фоне средне выраженной эмоциональной лабильности. Такое сочетание личностных тенденций отражало не столько личностные характеристики освидетельствуемых, сколько было характерно для ситуации самого освидетельствования и привлечения к административной ответственности и, в первую очередь, для комплекса «синдром (вариант опьянения) – личность – ситуация», где ситуация носит довольно стабильный асоциальный характер.

При алкогольном опьянении и при осуществлении употребления алкоголя перед вождением транспортного средства расстройство экспектации выражается в потере способности адекватного понимания роли позиции своего «Я» в системе социальных отношений из-за слабости когнитивных процессов в восприятии и эмоций, также в осмыслении конвенциальных ролей других лиц в различных сферах коммуникации. Не только нарушения адекватности экспектаций ролевых позиций являются важной составляющей расстройств самосознания, отражающихся на социальном поведении освидетельствуемых. Не меньшее значение имеет расстройство адекватности в понимании смысла самой ситуации действия, её атрибутирования (например «Когда и кто по отношению к кому нечто сделал, как, для чего и почему» (Gorlitz, 1974). В связи с этим объяснение поведения освидетельствуемых определяет подобное атрибутирование субъектом действия «наивным», «неполным» или «ошибочным». Таким образом, в отношении поведения освидетельствуемых вполне правомерно рассматривать конкретные социальные действия в определённой социальной ситуации с позиций личностно-субъективного понимания.

Нельзя не согласиться с Я.И.Гилинским, что причинно-следственная связь – лишь одна из форм взаимосвязей и взаимозависимостей между элементами целого, системы, причем связь, достаточно жесткая и более или менее отчетливо выделяемая лишь на уровне относительно простых, механи-

ческих систем. Уже биологические, а тем более социальные системы, нелинейны, стохастичны, что выделить «причину – следствие» оказывается принципиально невозможно.

Но при всей сложности системы «человек – индивид – субъект поведения – личность» есть необходимость в междисциплинарной превенции с населением и особенно с группами риска, к каковой без сомнения следует отнести исследуемую группу водителей.

Можно выделить социальные и индивидуальные проявления дезадаптации. К социальным проявлениям личностной дезадаптации относятся:

- сниженная обучаемость, неспособность зарабатывать своим трудом;
- хроническая или выраженная неуспешность в жизненно важных сферах (семье, работе, межличностных отношениях, сексе, здоровье);
- конфликты с законом (преступления, проституция, вандализм, ктиномания);
- распространение заболеваний;
- изоляции.

В качестве индивидуальных проявлений дезадаптации могут рассматриваться:

- негативная внутренняя установка по отношению к социальным требованиям (непонимание, конфронтация, протест, оппозиция);
- завышенные требования к окружающим при стремлении самому избежать ответственности, эгоцентризм;
- хронический эмоциональный дискомфорт;
- неэффективность и затруднения саморегуляции;
- конфликтность и слабая развитость коммуникативных умений;
- когнитивные искажения реальности.

Отсюда становится ясно, что при всех «достижениях» междисциплинарных исследований, они до сих пор не подкреплены организационно-методически, особенно в правовом отношении. На наш взгляд назрела социально-правовая необходимость (социальный контроль и социальная поддержка) после административного решения об управлении транспортом в состоянии опьянения обязать водителя (добровольно или по решению суда) пройти курс наркологической реабилитации.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Павлов И.С.

Москва

Цель исследования - в процессе клинико-психотерапевтического исследования 700 больных в стационаре и 50 больных в естественных условиях проявления болезни, а также 50 человек не больных,

но употребляющих спиртное, вскрыть сущность, природу зависимости, особенности внутреннего мира больного.

Необходимо выделение того единственного, что способствует становлению систематического пьянства, вследствие которого возникают симптомы и синдромы зависимости, то есть, выделение системообразующего фактора. В формировании зависимости играет роль не столько состояние удовольствия, эйфории, а особая форма состояния жизнедеятельности в состоянии опьянения, влияющая на ощущение личной значимости, активация глубинной сущности человеческого «Я», фактор переноса значимой жизнедеятельности в состояние опьянения.

Центральной проблемой алкогольной зависимости является состояние опьянения, а не патологическое влечение, так как если нет потребности в состоянии опьянения, то нет и влечения к спиртному как способу получения этого состояния. Больной алкогольной зависимостью – человек, предпочитающий и стремящийся жить в состоянии опьянения, что вызывает появление у него симптомов и синдромов зависимости, обусловленных реакцией сомы на постоянное присутствие спиртного. То есть, алкогольная зависимость – это, прежде всего, болезнь бытия, экзистенции. Поэтому родные и близкие зависимого видят трагедию, несчастье, а он не видит и не хочет отказаться от жизни в состоянии опьянения, спиртное – лишь способ достижения желаемого состояния.

Нагляден в этом плане анализ внутреннего состояния жизнедеятельности у бомжей. Бездомные, потерявшие жилье из-за зависимости, грязные, роющиеся в помойках, но не испытывающие внутреннего страдания, разочарования, не раскаиваются и только проявляют неудовольствие, если окружающие смотрят на них с осуждением или с жалостью.

Выделена и описана модель зависимого больного – алкогольная позиция больного, ее структурные составляющие, то есть мишени психотерапевтического воздействия.

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЭКСПРЕСС- ДИАГНОСТИКИ СОДЕРЖАНИЯ ОПИОИДОВ В БИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДАХ

Пастушенков А.В.

*Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова*

Цель исследования. Верификация оптимальных лабораторных методов экспресс-диагностики опиоидов в биологических средах.

Материалы и методы. На базе кафедры психиатрии и Центральной клинко-диагностической лаборатории Военно-медицинской академии им.

С.М. Кирова, при содействии Санкт-Петербургской Городской наркологической больницы, было обследовано 40 пациентов мужского пола с синдромом зависимости от опиоидов (F 11.2), употреблявших героин и метадон. У всех пациентов был стационарно диагностирован синдром зависимости от опиоидов с помощью клинко-психопатологического метода. Средний возраст в группе составил $25,9 \pm 2,6$ лет, стаж наркотизации – $9,1 \pm 3,4$ лет. С целью оптимального подбора критериев статистического анализа пациенты были разделены на две группы в зависимости от давности последнего употребления наркотического вещества: 1-я группа – 15 пациентов (37,5%) в периоде абстиненции – от 1 до 4 суток ($2,2 \pm 0,2$) и 2-я группа – 25 человек (52,5%) с ранней ремиссией от 14 до 143 суток ($58,2 \pm 8,3$).

Исследование выполняли на фоне традиционной лекарственной терапии, основанной на детоксикационном и заместительном лечении в 1-ой, и поддерживающем лечении препаратами группы конкурентных антагонистов опиатных рецепторов (антаксон, вивитрол) во 2-ой. В том числе, все пациенты со сроками ремиссии от 1 месяца и более на момент обследования проходили медицинскую и психологическую реабилитацию в городских центрах помощи наркозависимым.

Были выбраны следующие методики:

1. Экспресс-диагностикумы, основанные на принципе сухой иммунохимии (QuikStrip dipstick), по типу иммунохроматографических тест-полосок «Narcostop-5» на определение 5 видов наркотических и психотропных веществ (НПВ) в моче (опиаты, каннабиноиды, амфетамины, кокаин, бензодиазепины) в срок от 1 до 4 суток;

2. Экспресс-диагностикумы, определяющие НПВ в слюне, также основанные на принципе сухой иммунохимии, по типу тест-системы «Narcocheck», «Оранарк» в срок до 24 часов.

3. Комплексный метод определения антител к 3 видам НПВ в срок от 14 дней до 5 месяцев «Дианарк» (опиоиды, каннабиноиды и синтетические психостимуляторы). при условии неоднократного (3-5 раз) употребления наркотика.

Результаты. В итоге, было выявлено, что у 15 пациентов из 1-й группы (100%) в периоде абстиненции до 4 суток выявляются положительные реакции иммунохроматографических тест-диагностикумов на опиоиды, основанных на анализе мочи, в свою очередь в тестах, основанных на анализе слюны, были выявлены только 13,3% ($6,2 \pm 0,4$). В свою очередь, при аналогичном тестировании 2-й группы не было получено ни одного положительного результата. При использовании метода «Дианарк», во 2-й группе у 24 обследуемых (96 %) были выявлены антитела к опиоидам. При этом, в 1-й группе антитела к опиоидам определились лишь у 4 респондентов (26,6 %), что связано с непродолжительной ремиссией перед взятием пробы ($3,7 \pm 0,6$).

Выводы. Оптимальной методикой для выявления факта употребления НПВ на ранних сроках является иммунохроматографическое исследование мочи. Результаты тестов по слюне показывают только текущее состояние опьянения, в то время как тесты по моче могут выявить метаболиты опиоидов до 4 суток с момента употребления. В свою очередь, если говорить о контрольном тестировании опиоидных наркозависимых в периоде ранней ремиссии до 5 месяцев, наиболее верным представляется метод определения антител к НПВ «Дианарк». Однако, важно отметить, что в связи отсроченным периодом выработки антител (от 14 дней после употребления), метод следует применять в совокупности со стандартными иммунохроматографическими тест-диагностикумами.

НАРКОЛОГИЯ И ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОСТИ

Пивень Б.Н.

Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет

В сообщении приводится авторское видение причин нарастающей тенденции утяжеления наркологической ситуации, наблюдаемой в последние десятилетия, и анализ состояния наркологии в связи с обозначенной тенденцией.

Выделены объективные и субъективные причины. Первые определяются самим ходом биологического и социального развития человечества. Вторые обусловлены деятельностью как отдельных личностей, так и, в большей степени, государственных либо общественных институтов.

К причинам первого ряда можно отнести аутоагрессию – стремление человечества к самоуничтожению. Это войны, разрушение среды обитания, а также, что и является предметом нашего анализа, массовое уничтожение либо калечение потомства уже на внутриутробном этапе его формирования алкоголизирующимися и наркотизирующимися женщинами. (Один из, видимо, не столь уж редких примеров – молодая женщина, беременность 36 недель, поступает в наркологическое отделение в течение этого периода времени третий раз для купирования героиновой абстиненции, у родившегося вскоре ребенка все проявления наркотической зависимости).

В числе причин этого ряда также открытие человечеством в процессе его эволюции алкоголя и наркотиков и все более широкое их внедрение в жизнь, в разных ее проявлениях, у представителей разных рас и народов. При этом, что вряд ли требует доказательств, человечество никогда не отказывалось и не отказывается от своих достижений, будь они позитивного либо негативного свойства.

Среди субъективных причин – неблагоприятный социум, отсутствие внятной государственной политики в отношении алкоголя и наркотиков, новый виток грубейших прошлых просчетов «в борьбе» с алкоголизмом и наркоманиями, смещение ролей ответственности в антиалкогольных и антинаркотических мероприятиях.

Есть все основания утверждать, что объективные факторы практически не учитываются при попытках решения рассматриваемой проблемы. Именно в результате того, что объективные причины не принимаются в расчет, а в антиалкогольных и антинаркотических мероприятиях доминируют субъективные причины, эта сложнейшая проблема вряд ли может быть решена.

Оценивая деятельность наркологии в сложившихся современных обстоятельствах, можно констатировать, что наркологическая служба, как институт конкретной помощи больным, функционирует достаточно эффективно, ежедневно помогая большой армии пациентов. В то же время научная наркология пока не имеет заметных успехов, нередко оказываясь лишь идущей вслед за быстро меняющимися аспектами наркологической проблемы.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ОЛИГОФРЕНОВ

Польская Г.М., Четвериков Д.В.

Омск, БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

Ассоциированные формы психической патологии встречаются даже чаще, чем «чистые» формы. Однако предметные исследования наркологических нарушений у больных олигофренией в специальной литературе весьма редки. Это связано со как со спецификой когнитивной сферы и социального статуса данного контингента психически больных, так и с несчастными случаями развернутых аддиктивных состояний у них. С целью установления клинико-динамических особенностей постабстинентного периода героиновой зависимости у больных олигофрений нами обследованы 21 человек; легкая умственная отсталость (F70) выявлена у 15 больных, умеренная умственная отсталость (F71) – у 6. Преморбидно обследованные характеризовались своеобразием психического статуса и эмоционального реагирования на нарастающий социальный прессинг, диффузный характер олигофренического слабоумия, слабость абстрактного мышления, ограничения восприятия и памяти, бедной речью и, соответственно – обедненные экспрессивной и импрессивной сферы психики, косность, тугоподвижность, малая дифференцированность эмоций, их однообразие, отсутствие тонких оттенков переживаний, недоразвитая способность

подавлять свои влечения, недостаточный волевой контроль, несамостоятельность и внушаемость.

В анамнезе отмечается высокий уровень ситуационных параметров на начало наркотических экспериментов. Первично-опьяняющий эффект опийных наркотиков сопровождался интоксикационными реакциями с выраженной диссоциацией поведенческой активности, гастроинтестинальными расстройствами. Сроки становления опиатной зависимости растянуты во времени. Существенной особенностью данной группы пациентов является медленный рост толерантности, не характерный для «чистых» форм опиатной зависимости. В группе олигофренов с изначально существующими гиперсоциальными установками и негативным отношением к наркоманам мы наблюдали специфический симптом, не характерный для больных наркоманией с достаточным интеллектом – борьбу мотивов. Со слов наших пациентов при каждом потреблении наркотиков они испытывали мучительные сомнения, многократно переспрашивали товарищей о возможных негативных последствиях данного факта, и только получив соответствующие подтверждения, соглашались на укол.

В значительной степени продолжению приема опиатов у олигофренов способствовали средовые антисоциальные факторы, т.е. референтная среда. И если у интеллектуально сохранных больных опийной наркоманией развитие болезни подчинялось преимущественно внутренним закономерностям, связанными с личностными особенностями и импульсивным влечением, то у олигофренов стереотип потребления и диктовался внешними условиями.

Постабстинентный период у пациентов описываемой группы по своим клинко-динамическим особенностям существенно различался в зависимости от преморбидных личностных характеристик. Для дисфорического варианта (14 наблюдений) в постабстинентном периоде ведущим клиническим признаком для этой группы была аффективная неустойчивость, склонность к эмоциональным разрядам наряду с частыми колебаниями настроения. Эти больные представляли большие трудности в условиях домашнего пребывания после выписки из стационара. При астеническом варианте постабстинентного периода (7 наблюдений) больные в течении нескольких недель предъявляли малодифференцированные жалобы соматоипохондрического характера, указывали на повышенную утомляемость, физическую слабость, вялость. Интенсивность этих ипохондрических синдромов была различной: в ряде случаев имеется определенная охваченность ипохондрическими переживаниями, напоминающая ограниченное во времени сверхценное образование с доминированием в клинической картине массивных и чаще всего полиморфных ипохондрических жалоб; иногда же ипохондрический синдром носит значительно более интенсивный характер, ипохонд-

рические утверждения становятся явно нелепыми, некорректируемыми.

В беседах с пациентами обращал внимание замедленный темп психических процессов. Больные медленно осмыслили задаваемые им вопросы, отвечали на них после длительной паузы и раздумья, нередко после настойчивых повторений вопроса. В случаях вынужденного убыстрения привычного для них медленного темпа психических процессов наступало состояние растерянности. Амплитуда эмоциональных реакций крайне незначительна, их проявления однообразны, недифференцированы. Скудность аффективных реакций граничила нередко с эмоциональной тупостью, особенно в отношении окружающих их лиц, даже самых близких. Происходящие вокруг события, в том числе и посещения клиники, оставляли их обычно равнодушными и безучастными. В социально-восстановительные процессы эти больные не вовлекались. Пассивно принимали назначенные препараты, от прежних контактов с потребителями наркотиков отказывались. Периодически родственники этих пациентов отмечали, что у них в вечернее время наблюдались неглубокие маломотивированные аффективные разряды с попытками покинуть дом, однако указания родственников на возможность их госпитализации в психиатрическую больницу либо прием небольших доз аминазина купировал данные проявления. Больные вновь становились вялыми, равнодушными, застенчивыми, покорными. Указанные особенности следует учитывать на всех этапах лечения и реабилитации пациентов с данным вариантом ассоциированной психической патологии, а также при профилактике аддиктивного поведения психически больных лиц.

СТЕПЕНИ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ В СТАЦИОНАР

Понизовский П.А.

Москва, ФГБУ «Московский НИИ психиатрии»
Минздрава России

С целью оптимизации психотерапевтической помощи пациентам, обращающимся для стационарного лечения алкогольной зависимости, проводилась оценка уровня их мотивации на лечение.

Изучено 42 пациента мужского пола с диагнозом синдрома зависимости от алкоголя второй (средней) стадии, поступающих в стационар впервые и в период отсутствия алкогольного абстинентного синдрома. Лица с сопутствующими алкоголизму эндогенными психическими заболеваниями в исследование не включались. Средний возраст пациентов составил $39,4 \pm 8,2$ лет.

Пациенты обследовались клинико-психопатологическим и психометрическим методом. Комплексная количественная оценка мотивации на лечение складывалась из суммы результатов Пенсильванской шкалы влечения к алкоголю, шкалы оценки степени осознания вреда здоровью и шкалы оценки степени осознания болезни по методике, описанной в рамках психотерапевтического компонента программы «Точка трезвости».

Средняя длительность существования алкогольной зависимости составляла $12,3 \pm 6,9$ лет, средняя длительность запоев – $13,0 \pm 6,0$ суток, а среднесуточные дозы алкоголя – $197,3 \pm 65,7$ г. этанолового эквивалента.

Установлено, что высокий уровень мотивации на лечение был присущ 29% пациентов ($n=12$), у которых в течение недели к моменту обследования влечение к спиртному было слабо выражено или вовсе отсутствовало. Пациенты сообщали, что приняли решение обратиться в стационар без какого-либо влияния со стороны близких, так как обнаруживали нарастающие негативные последствия злоупотребления спиртными напитками, затрагивающие физическое здоровье, профессиональную деятельность и семейные отношения. Пациенты не перекладывали ответственность за развитие у них алкоголизма на внешние обстоятельства и декларировали настрой на полный отказ от алкоголя после окончания курса лечения.

Мотивация еще 33% пациентов ($n=14$) оценивалась как средняя. Уровень их влечения к алкоголю колебался от полного отсутствия до средней степени выраженности. Пациенты отмечали, что приняли решение пройти курс лечения «по обоюдному согласию», посоветовавшись с семьей. Они признавали наличие у себя «проблем с алкоголем», однако, были склонны к самооправданиям и возложению вины за чрезмерное употребление спиртного на провокации со стороны окружающих, «стрессы на работе». Пациенты допускали позитивные оценки алкоголя в качестве универсального адаптогена, отмечая его эйфоризирующие, релаксирующие и транквилизирующие свойства. Пожизненная трезвость декларировалась как желательная перспектива, но возможность осуществить ее подвергалась сомнению.

38% пациентов ($n=16$) демонстрировали либо полное отсутствие мотивации к лечению, либо ее низкий уровень или уровень ниже среднего. Этим пациентам было присуще сохраняющееся влечение к спиртному разной интенсивности, а также выраженная алкогольная анозогнозия. В стационаре они, как правило, оказывались не по собственной инициативе, а под давлением и из-за «ультиматумов» со стороны родственников, руководства, из-за соматического недомогания, возникающего после окончания длительных запойных периодов. Основной целью пребывания в стационаре часто называлась

необходимость «почистить организм, восстановить печень», «успокоить» родственников. Пациенты часто не признавали наличия у себя алкогольной зависимости, отрицали негативный прошлый опыт злоупотребления алкоголем. Его прием интерпретировался как абсолютно естественное и необходимое действие, и потому пациенты не считали необходимым полностью отказаться от алкоголя, рассчитывая лишь сократить количество потребляемого спиртного, научившись «контролировать дозу» и частоту употребления.

Результаты исследования показали, что однородная по клиническим критериям группа пациентов, зависимых от алкоголя, впервые обратившихся за наркологической помощью в стационар, была разнородной по характеру мотивации к лечению. Выявление разных степеней мотивации позволяет в самом начале терапии наметить психотерапевтические мишени, требующие индивидуализированных психотерапевтических воздействий для стимулирования стремления к лечению. Это особенно актуально в отношении пациентов с низким уровнем мотивации к лечению.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СКЛОННОСТИ К ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЕМ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ

Попинако А.В., Пуговкина О.Д.

Москва, ФБГУ МНИИП

Одним из наиболее распространенных осложнений при депрессиях считается злоупотребление алкоголем и риск развития алкогольной зависимости. Доказана высокая коморбидность алкоголизма и депрессивных расстройств (Крылов Е.Н., 2004; Янушкевич М.В., 2005), на неклиническом уровне – высокая корреляция симптомов эмоционального неблагополучия и употребления алкоголя как способа совладающего поведения (Москова М.В., 2008; Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010).

Феноменология депрессивных расстройств в клинике алкоголизма глубоко изучалась в психиатрии: депрессивные проявления рассматриваются в качестве этиологического фактора, либо входят в структуру абстинентного синдрома, патологического влечения к алкоголю, либо возникают на этапе формирования ремиссии (Кинкулькина М.А., 2009; Никифоров И.И., 2007; Рыбакова Т.Г., Ерышев О.Ф., 2008; Гуревич Г.Л., 2005).

Клинические особенности алкоголизма, как вторичного явления по отношению к эндогенным расстройствам настроения, были также подробно изучены в психиатрии (Гофман А.Г., Ойфе И.А., 1997; Рыбакова Т.Г., Ерышев О.Ф., 2008). Исследователи отмечают ряд специфических черт: менее

выраженные депрессивные симптомы; более длительное формирование абстинентного синдрома; центральная роль депрессивных симптомов в формировании патологического влечения к алкоголю; влияние доминирующего аффекта на характер злоупотребления алкоголем.

Нам не удалось в отечественной клинической психологии обнаружить комплексных психологических исследований факторов риска алкоголизации на фоне депрессивных расстройств.

Однако при сравнении многофакторных моделей депрессии (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1998) и алкоголизма (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2008) отмечаются пересечения. Таковыми являются общие биологические механизмы (недостаточность серотониновой и катехоламиновой нейромедиации), сходные типологии пациентов (по С.Блату и Р.Найту), сходство личностных параметров (зависимость, нейротизм, алекситимия), сходства в когнитивном оценивании (негативная оценка текущих событий), интерперсональные дисфункции (узость социальной сети, слабость социальной поддержки), культ силы как макросоциальный фактор (Лапин И.П., 2004; Сэбшин Э., 2000; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2003; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2008; Бек А., 2003; Завьялов В.Ю., 1988 и др.). Некоторым из данных пересечений можно найти подтверждения в исследованиях данных расстройств как единого сложного симптомокомплекса (общность биологических механизмов, слабость социальной поддержки).

Доказано, что одним из важнейших факторов депрессивных расстройств являются различные дисфункции интерперсональной сферы. Алкоголь может выступать в качестве универсального фасилитатора общения, снижать чувство социальной неуверенности, восполнять имеющиеся дефициты интерперсональных компетенций (Завьялов В.Ю., 1988; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2008; Мучник Ю.Л., Прусс М.С., 2003). С другой стороны, по данным клинических исследований, одним из основных мотивов алкоголизации при депрессии является стремление облегчить субъективно тягостное состояние, и алкоголь может использоваться с этой целью вне связи с ситуациями межличностного общения (Гофман А.Г., Ойфе И.А., 1997).

Описанный круг явлений требует исследования для выявления факторов риска злоупотребления алкоголем при депрессиях. Для пилотажного исследования данной проблемы на выборке здоровых испытуемых нами были выбраны следующие психологические факторы: интерперсональные дисфункции (дефицит социальной поддержки, социальная тревожность), личностные особенности, наиболее связанные с интерперсональными дисфункциями (враждебность, макиавеллизм личности), стратегии совладания со стрессом.

Анализ полученных данных выявил отрицательные связи на уровне тенденции склонности к алкоголизации при депрессии с копинг-стратегиями использования социальной поддержки, положительные корреляции с показателями враждебности. Вопреки нашим ожиданиям, не было обнаружено связи с интерперсональными дисфункциями (что может объясняться их компенсацией за счёт злоупотребления алкоголем) и макиавеллизмом личности. Последний феномен относительно мало изучен в отечественной литературе, однако зарубежные исследователи отмечают его связь со склонностью к алкоголизации.

На основе обзора литературных данных и проведенного пилотажного исследования была обследована клиническая выборка испытуемых (больных депрессиями (F 30.0 – F30.3 с разной степенью выраженности склонности к алкоголизации) и контрольная группа здоровых испытуемых).

Гипотезы исследования:

1) выраженность склонности к злоупотреблению алкоголем при депрессиях связана с низким уровнем социальной поддержки;

2) склонность к злоупотреблению алкоголем при депрессиях связана с рядом личностных факторов: враждебность (негативные убеждения в отношении окружающих/восприятие окружающих как холодных, отвергающих и др. мешает обращению за поддержкой к членам социальной сети), макиавеллизм (склонность к манипулятивному поведению подкрепляет стремление человека к обману и хитрости в общении с другими и мешает установлению глубоких доверительных отношений) и алекситимия (алкоголь восполняет трудности осознания и выражения чувств, затрудняющих переработку негативных эмоций).

Методический комплекс исследования включал шкалы депрессии и тревоги А.Бека, шкалу макиавеллизма личности (Знаков В.В.), проективный тест враждебности А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян, опросник социальной поддержки Зоммера-Фюдрика (F-SOZU), шкалу выраженности склонности к алкоголизации Барцалкиной В.В., а также специальное полуструктурированное интервью с целью мотивировки испытуемых к откровенному участию в обследовании.

Клинико-психологический метод в сочетании со статистическим позволил выделить определенные сочетания факторов алкоголизации при депрессивных расстройствах.

В обследованной выборке пациентов с депрессиями, склонных к злоупотреблению алкоголем, характеризует высокий уровень социальной тревожности и особая структура социальной сети: сеть узкая, однако ее составляют преимущественно люди, не состоящие в родстве с испытуемыми, частота контактов и удовлетворенность этим кругом общения относительно высока. Больше удовлет-

ворённости эти пациенты испытывают от общения с менее значимыми для них людьми, с ними они предпочитают общаться чаще. Этим больных также характеризует высокий уровень враждебности и макиавеллизма: пациенты враждебно относятся к окружающим, при этом в межличностном общении им важна личная безопасность, поэтому они могут чаще прибегать к манипуляциям.

Пациенты, не склонные к злоупотреблению алкоголем, получают мощную социальную поддержку, особенно от родственников. С людьми вне родственного круга они общаются реже и меньше удовлетворены общением с ними. Среди значимых для них людей, как правило, количество родственников больше, чем в других группах.

В выборке здоровых испытуемых обнаружены сходные различия в структуре социальной сети в подгруппах склонных и не склонных к злоупотреблению респондентов. Здоровые испытуемые, склонные к злоупотреблению алкоголем обладают самой широкой социальной сетью с малым количеством родственников в ядре сети, по сравнению с другими группами, а также отмечают наибольшую удовлетворенность социальной поддержкой. Однако, в отличие от подгруппы больных депрессиями, склонных к злоупотреблению алкоголем, социальный дистресс у данной группы минимален.

Учет этих факторов необходим при планировании психотерапевтической работы с этой категорией пациентов, результаты исследования могут быть также использованы в клинической практике при установлении конструктивных отношений, рабочего альянса в медикаментозном лечении.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Пронин С.В., Чухрова М.Г.

*Новосибирск, АНО НБ «Витар»,
ФГБУ НИИ терапии СО РАМН*

Проблема, сдерживающая формирование знаний в области наркологии, – это разрыв между существующими представлениями о биомаркерах психических заболеваний, которые отражают эндогенетическую вероятность болезни и в той или иной степени верифицируются с определенным психическим состоянием, – и необходимостью учитывать стадийность формирования заболевания (ремиссия – обострение). Такая гетерогенность («эндофенотипирование» по L.T. Dawn, 2010) представлений о психическом заболевании, особенно вызванного приемом психоактивных веществ (ПАВ), диктует необходимость получения на основе дискретных данных точечных фиксации объективных параметров (соматовегетативной

сферы больного), которые могут при этом ассоциироваться с возможными психическими и поведенческими отклонениями. Все усложняется тем, что такие взаимосвязи разных сфер человеческой сути зачастую проявляются аспонтанно и не поддается осознанию пациентом, поэтому биологические отклонения регистрируются врачом априори. Такая внешняя неопределенность («диссипативность», по И.Р. Пригожину) состояния пациента все равно детерминируется определенной чередой соматовегетативных или нейрособытий, которые приводят к дизрегуляции психической и поведенческой сфер. При этом под гомогенностью (стационарностью процесса), надо понимать отсутствие заметных изменений внутренней сферы пациента. Наоборот, гетерогенность уже более созвучна с диссоциированностью проявлений болезни и зачастую латентностью течения, в этом есть проявление континуума болезненного состояния, что и формирует философию необходимости длительности реабилитационного процесса (М.М. Кабанов, 1978), где основная идея – «когда болезнь пройдет, никто не знает, и исходя из этого, надо лечить долго». Поэтому получение информации о диагностической ценности различных биомаркеров в наркологии и психиатрии представляется важной задачей для исследователей.

Цель исследования – определение роли одного из маркеров вегетативного дисбаланса – вариабельности сердечного ритма и возможность на его основе эндофенотипирования у лиц, зависимых от ПАВ.

Материалы и методика исследования. Критерии включения: 1) диагноз, зависимость от ПАВ и абстинентные проявления, установленные в соответствии с критериями DSM-IV (1994) & DSM-IV-TR и ICD-X; 2) у пациентов на момент госпитализации по критериям ICD-X верифицирована вторая стадия зависимости (F1x.xx2). Проведено комплексное психодиагностическое и инструментальное исследование группы из 407 пациентов с наркотической зависимостью. Среди них — 341 (84,9 %) мужчин в возрасте 27,3±5,2 года и 66 (15,1 %) женщин в возрасте 25,1±5,9 года. Возраст всех пациентов находился в границах от 18 до 53 лет, в среднем – 26,9±5,3 года, время начало приема наркотиков приходилось минимально на 9 лет и максимум на 46 лет, в среднем – в 20,5±4,8 года. Длительность заболевания (наркотизации) составила 6,3±4,0 года (от нескольких месяцев до 27 лет). Проводилось исследование общей вариабельности, где применялся статистический и спектральный анализ сердечного ритма (Р.М. Баевский, 2001). Данные по ВСР получены с помощью пульс детектора (М.Б. Штарк). Фоновая запись проводилась у пациентов в положении лежа в течение 5 минут. Аутоагрессивность оценивалась по шкале Бека, структура потребления ПАВ и коморбидность – по анамнестическим данным.

Результаты исследования. Активность потребления психоактивных веществ (ПАВ) прямо влияла на общую мощность ВСП – TF ($r_{sp}=0,169$, $P=0,05$), состояние центральных эрготрофных механизмов VLF ($r_{sp}=0,210$, $P=0,01$) и вазомоторный тонус LF ($r_{sp}=0,194$, $P=0,01$) - увеличивало их, т.е. возрастала роль центральных механизмов регуляции, кортико - лимбической системы, что надо считать негативным моментом. При состояниях отмены (0 - 10 дней) влияние на достижение ремиссии важна направленность изменения HF показателя связанного с дыхательной саморегуляцией (площадь под ROC кривой $AUC=0,786$; $P=0,0001$) и характеризующего возможность адаптироваться к даже незначительным физическим нагрузкам, связанным с самообслуживанием. В абстинентный период (11-30 день воздержания) для прогноза устойчивости достижения ремиссии важен коэффициент вагосимпатического баланса (LF / HF), где его повышение связывается с активностью симпатической нервной системы и является неблагоприятным прогностическим фактором ($AUC=0,969$; $P=0,0001$).

Уровни терапевтического воздействия взаимосвязаны с патопсихологическими, абстинентными проявлениями и могут также определяться с помощью волново - спектральных характеристик ВСП. Этот подход позволяет оценить нейровисцеральную интеграцию аффективной регуляции и уточнить степень ассоциированности данного биомаркера (ВСП) с поведенческим реагированием, психическим дистрессом у лиц с наркотической и алкогольной аддикцией в зависимости от стадии заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ Г. УЛЬЯНОВСКА

Сабитов И.А., Павлова Ю.М., Ярзуткин С.В.

Ульяновск, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

Проблема дивантного поведения в целом и аддиктивного (зависимого) в частности является одной актуальных медико-социальных проблем современности. Пандемическое распространение аддиктивных и коморбидных психических расстройств в России, несомненно, требует рассмотрения данной проблемы с позиций биопсихосоциального подхода, интегрирующего в себе достижения широкого круга дисциплин: психиатрии и наркологии, нейрофизиологии и генетики, общей и медицинской психологии, биоэтики и культурологии, экологии и этнологии.

Следует подчеркнуть, что наркотическая (или химическая) аддикция не является единственной - обширный спектр нехимических аддикций часто

остается за рамками общественного сознания, расценивается как «вредная привычка» и обсуждается лишь в узких кругах врачей-психиатров и клинических психологов.

В большинстве случаев, в основе формирования аддиктивного расстройства лежит аддиктивное поведение, под которым понимают «разновидность девиантного поведения, характеризующегося ... чрезмерной и длительной фиксацией внимания на определенных видах деятельности или предметах (фетишах), становящихся сверхценными, снижением или нарушением способности контролировать вовлеченность в какую-либо деятельность, а также невозможностью быть самостоятельным и свободным в выборе поведения» (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 1996).

Аддиктивное поведение является, по сути, универсальной основой формирования аддикций различного спектра, при этом чрезвычайно часто наблюдается как сочетание, так и трансформация нехимических аддикций в химические. Это обуславливает необходимость ранней диагностики и профилактики аддиктивного поведения, что приобретает особую актуальность в молодежной образовательной среде.

В данном исследовании приняли участие 245 человек в возрасте от 14 до 17 лет. Из них женщин 39,29%, мужчин 60,71%. Контрольную группу составили 217 человек. Выявленная в ходе исследования группа потребителей ПАВ составила – 28 человек, из них женского пола – 11 человек, мужского – 17 человек.

В исследовании наряду с клинико-anamnestическим и психопатологическим методами применялся метод структурированного интервью с использованием модифицированного опросника Г.В. Лозовой (2007). Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной версии «Statistica v.8.0».

У лиц, употребляющих наркотические вещества, склонность к химической аддикции была достоверно выше, чем в контрольной группе ($8,81\pm 3,89$ и $6,55\pm 2,63$ соответственно). Табачная зависимость составила $11,71\pm 5,6$ баллов, алкогольная $10,57\pm 5,26$ и наркотическая $10,36\pm 4,52$ баллов.

У лиц, употребляющих наркотические вещества, поведенческие аддикции наблюдались в меньшей степени по сравнению с контрольной группой, но, несмотря на это, любовная зависимость составила ($17,6\pm 4,16$), зависимость от здорового образа жизни ($15,96\pm 4,27$) и телевизионная зависимость ($12,79\pm 5,22$) - демонстрировались чаще.

У лиц, употребляющих наркотические вещества, пищевые аддикции наблюдались в большей степени ($13,71\pm 3,97$) по сравнению с контрольной группой ($12,96\pm 4,04$).

У лиц женского пола, употребляющих наркотические вещества, химическая аддикция (та-

бачная ($13,73 \pm 7,00$), алкогольная ($12,27 \pm 3,82$) и наркотическая ($10,82 \pm 4,94$) достоверно более выражена, чем у лиц мужского пола ($10,18 \pm 3,79$ и $8,82 \pm 6,54$ соответственно).

У лиц женского пола, употребляющих наркотические вещества, преобладали любовная ($19,45 \pm 4,61$), телевизионная ($13,55 \pm 6,06$) и компьютерная зависимости ($11,82 \pm 4,96$).

У лиц мужского пола, употребляющих наркотические вещества более выражена зависимость от здорового образа жизни ($16,45 \pm 3,67$) и сексуальная зависимость ($11,09 \pm 4,34$) в сравнении с контрольной группой.

У подростков, принимающих наркотические вещества, индекс пищевой зависимости значительно выражен, особенно у лиц женского пола ($16,55 \pm 2,94$).

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. В группе подростков употребляющих ПАВ указание на преобладание химических и пищевых аддикций более выражено, чем в контрольной группе. При этом поведенческие аддикции у них наблюдаются в меньшей степени.

2. Лица женского пола являются более зависимыми от употребления психоактивных веществ.

3. Модифицированный опросник Г.В. Лозовой представляется надежным инструментом диагностики склонности к различным видам аддикций, при условии доверительного психологического контакта с испытуемыми на начальном этапе исследования.

4. Представляется целесообразным дальнейшее изучение распространенности аддиктивного поведения в целях разработки адресных превентивных, лечебных и реабилитационных программ в молодежной среде Среднего Поволжья

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

**Софронов А.Г., Добровольская А.Е.,
Зиновьев С.В.**

*Санкт-Петербург,
ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»*

Цель и задачи исследования: оценить динамику показателей социального функционирования в области трудовой деятельности у больных шизофренией, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ).

Материалы и методы. Обследовано 122 пациента обоего пола старше 18 лет, имеющих «двойной» диагноз, соответствующий рубрикам F2 и F1 МКБ-10. Оценивался трудовой статус пациентов на

момент исследования и проводился ретроспективный анализ данных анамнеза за 10-летний период наблюдения психиатрической службой.

Результаты исследования. Среди злоупотребляющих ПАВ больных шизофренией за 10 лет отмечалось снижение трудоспособности и ухудшение социального функционирования. Ретроспективный анализ показал, что 10 лет назад не работало меньше половины (44,3%) больных исследуемой выборки. Количество неработающих на момент клинического обследования составило 78,6%. За 10 лет в 3,2 раза уменьшилось количество пациентов, имеющих случайные заработки (с 27,1% до 8,6%), и в 2,2 раза снизилось количество постоянно работающих больных (с 28,6% до 12,8%). Изменение количества работающих больных происходило неравномерно. Изучение динамики занятости больных в различных сферах труда показало, что среди работающих наиболее значительно снизился процент больных, занятых физическим трудом и имеющих случайные заработки, а доля специалистов и служащих уменьшилась не столь существенно.

Обсуждение и выводы. Трудовая дезадаптация и десоциализация происходила быстрее у больных с изначально низким уровнем социального функционирования, небольшим интеллектуальным потенциалом и ограниченными адаптивными возможностями. Дальнейшего исследования требует вопрос, являлся ли изначально невысокий уровень социального функционирования преморбидной характеристикой или следствием первых симптомов шизофренического процесса (нейрокогнитивного дефицита, нарушений волевой сферы и т.д.).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В Г. ТВЕРИ ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2012 ГГ.

Терехова В.Л., Числов А.В.

Тверь, ГБУЗ «ТОКНД»; ГБОУ ВПО ТГМА МЗ России

Целью настоящего исследования является установление динамики распространения алкоголизма, алкогольных психозов, наркоманий и токсикоманий за указанный период.

Материалом для исследования послужили данные годовых отчетов ГБУЗ «Тверского областного клинического наркологического диспансера» за 2008-2012гг.

Анализ изученных данных показал, что общее количество зарегистрированных больных с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) на конец каждого календарного года существенно не менялся и не носил статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Такая относительная стабильность числа лиц, употребляющих ПАВ и состоящих на учете в наркологическом диспансере на конец года, возможно объясняется отработанными методами взятия и снятия с учета лиц, а также некоторым опасением наркологических больных за социальные последствия после постановки на диспансерное наблюдение. Вместе с тем отмечается существенный рост обращений наркологических больных за помощью «анонимно», а также обращение их в различные «негосударственные учреждения», что значительно затрудняет изучение истинной распространенности и динамики наркологических заболеваний в Тверском регионе.

Тем не менее, анализ изученных данных за последние 5 лет показал неуклонный рост лиц от 18 до 19 лет, употребляющих ПАВ, в 3,1 раза ($p < 0,01$), а от 20 до 39 лет в 1,4 раза. Лица женского пола составляют 26% среди всех, страдающих наркологической патологией. Этот показатель существенно не меняется за последние 5 лет.

Остается высоким уровень алкогольных психозов – $5,3\% \pm 1\%$ среди всех больных алкоголизмом. Причем смертность среди больных с алкогольными психозами за последние 5 лет возросла в 2,2 раза. Следует отметить, что зачастую психическое и соматическое состояние больных усугубляется сочетанным с алкоголем употреблением различных веществ, продаваемых под видом «солей для ванн», «усилителя стойкости цвета для тканей», «удобрений», а также «курительных смесей», так называемых «спайсов», которые содержат в себе вещества аналогичные по действию наркотическим средствам, однако их несложно приобрести.

Среди наркозависимых существенно преобладают лица с синдромом зависимости от опиоидов – до 90% от всех наблюдаемых.

Остается низким показатель снятия с диспансерного наблюдения больных алкоголизмом в связи со стойкой ремиссией – 1,2%, наркоманией – 2,2%. Хотя эти показатели из года в год имеют тенденцию к росту. Число лиц, страдающих токсикоманиями и состоящих на диспансерном наблюдении, за изученный период времени снизилось в 1,8 раза. В целом, среди зависимых от токсических веществ преобладают лица от 16 до 18 лет.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Выявляется скрытая тенденция к росту заболеваемости наркологической патологией среди населения города Твери. Однако в связи с опасениями по поводу социальных последствий при обращении в государственные учреждения наркологического профиля больные стараются реже обращаться за медицинской помощью к квалифицированным специалистам, что приводит в итоге к росту алкогольных психозов и смертности от них.

2. Среди наркотических веществ, употребляемых в Тверском регионе, преобладает группа опиоидов.

3. Растет число лиц молодого возраста, имеющих болезненное пристрастие к ПАВ.

4. Существенно увеличивается сочетанное употребление алкоголя и химических смесей (так называемых «солей», «спайсов» и др.). Данное сочетанное употребление веществ часто вызывает психотические расстройства с нарушением сознания и существенно утяжеляет соматическое состояние больных.

Все выше изложенное диктует необходимость совершенствования организационных форм наркологической службы и разработки оптимальных терапевтических и профилактических мер, особенно для лиц пубертатного возраста.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ

Уманская П.С., Уманский С.М.,
Култышев Д.В.

Тюмень, ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России

Актуальность. В настоящее время алкоголизм является одной из важных проблем не только в России, но и во всем мире [1]. На сегодняшний день решением данной проблемы занимаются многие специалисты различных, в том числе и не медицинских, профилей. Проблема алкоголизации населения важна и тем, что эта болезнь захватывает все больше лиц молодого, трудоспособного возраста [2]. Эффективность борьбы с алкоголизмом во многом связана с общим подъемом культуры населения, формированием правильной социально-нравственной ориентации личности и знанием об основных чертах, характерных для лиц, больных алкоголизмом.

Цель. Дать общую характеристику больного алкоголизмом, перенесшего алкогольный делирий.

Задачи. Изучить социальную адаптацию, личные данные и суицидальную активность больных алкоголизмом, перенесших алкогольный делирий в отделении неотложной наркологической помощи ТОНД.

Материалы и методы. Нами было обследовано 114 больных алкоголизмом, перенесших алкогольный делирий, проходивших лечение в отделении неотложной наркологической помощи Тюменского областного наркологического диспансера. Исследуемые были разделены на 2 группы по полу, из них 61 человек – мужчины и 53 человека – женщины, и на 4 группы по возрасту: 25-30 лет, 31-35 лет, 36-40 лет и 41-45 лет. Критериями включения

в исследование, помимо возраста от 25 до 45 лет, служили:

1) Установленный диагноз психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления алкоголя, синдром зависимости, II стадия;

2) Установленный диагноз алкогольного психоза.

Результаты. Наибольшую часть обследуемых мужчин составили пациенты в возрасте 31-35 лет (31,1%), чуть меньше в возрасте 25-30 лет (26,2%), 36-40 лет (22,9%), 41-45 лет (14,8%) и 21-25 лет (4,9%). У женщин наибольшее количество исследуемых приходилось на возраст 41-45 лет (32,1%), далее по убывающей: 31-35 лет (28,3%), 25-30 лет (24,6%) и 36-40 лет (15,1%). Научно доказано, что алкоголики чаще всего вырастают в семьях, где один или оба родителя были алкоголиками, или же в семьях, где господствовало полное воздержание. Нами также было замечено, что у наших исследуемых также просматривается наследственная отягощенность по алкоголизму: у 38,6% мужчин и у 31,6% женщин прослеживается отягощенная наследственность со стороны отца, бабушек-дедушек (10,8 и 16,5%), матери (9,6 и 8,9%), братьев-сестер (8,4 и 7,6%) и других родственников (7,2 и 8,9% соответственно). У некоторых обследуемых наследственность могла быть отягощена со стороны нескольких родственников сразу. 25,3% мужчин и 26,6% женщин отрицают алкогольный анамнез своих родственников. В связи с большим влиянием состава семьи на алкоголизацию человека, мы исследовали и составы семей больных алкоголизмом. 59,0% мужчин и 64,1% женщин воспитывались в полных семьях, но 41,0% мужчин и 35,9% женщин имели неполные семьи. Так 11,5% мужчин и 5,7% женщин воспитывались только матерью, 29,5% мужчин и 26,4% женщин воспитывались матерью и отчимом. В равной пропорции (по 1,9%) у женщин наблюдалось воспитание только отцом или бабкой (дедом). Большая часть обследуемых жила отдельно от своих родственников. На момент проведения исследования из всех исследуемых замужем (женаты) были 35 человек, не замужем (холосты) - 53 человека, разведены - 18 человек, вдовой (вдовцом) являлись 8 человек. Из всех обследуемых пациентов детей не имело 50 человека, и 64 человека имели хотя бы одного ребенка. Наибольшее число исследуемых (37 человек) были не замужем (холосты) и не имели детей. 61 человек из всего количества обследуемых имели собственную отдельную квартиру, а 48 человек – дом. Большая часть обследуемых мужчин имеет среднее специальное или среднее образование (по 29,5% для каждого пункта). 24,6% имеют неполное среднее (9 классов) образование. В равных пропорциях (по 1,6%) имеет незаконченное высшее образование, учились во вспомогательной или вечерней школе; 4 человека (6,5%) имеют начальное (3 класса) образование и всего 3 обследуемых (4,9%) имеют высшее образование. У женщин также боль-

шая часть имеет среднее (37,7%) или среднее специальное образование (41,5%). 18,9% имеют неполное среднее образование и всего 1,9% имеет высшее образование. Из всех обследуемых большая их часть (73,7%) не имеет судимости, но 26,3% были хотя бы единожды судимы. Из общего числа ранее судимых большую часть составляют мужчины (24 человека из 30 судимых). 97 человек (85,1%) из 114 обследуемых на момент поступления в ОННП не работали. Из всех обследуемых мужчин группу инвалидности по различным заболеваниям имело всего 4 человека (6,6%), а из женщин 5 (9,4%). 46 исследуемых мужчин и 40 женщин (67,6% и 71,4%) не имели сопутствующих патологий в виду их отсутствия или в связи с отсутствием обращений самого больного в больницы за помощью.

Известно, что некоторые авторы рассматривают злоупотребление алкоголем как эквивалент хронического суицида [3]. В связи с этим мы исследовали суицидальное поведение наших больных и выяснили, что 48,4% исследуемых мужчин и 58,6% женщин в анамнезе имеют какие-либо формы суицидального поведения. Так из них у 15,6% мужчин и 19,0% женщин были мысли суицидального характера, замыслы имели место у 7,8% мужчин, попытки у 1,6% мужчин, а попытки у 23,4% мужчин и 39,6% женщин. Наиболее частыми из способов суицида по полученным нами данным остаются самопорезы (15,6%), утопление и самоповешение (по 4,7%) у мужчин и самопорезы (19,4%), самоповешение (13,4%) и отравление лекарственными препаратами (10,4%) у женщин.

Выводы. Примерный социальный портрет лица, страдающего алкоголизмом и перенесшего алкогольный делирий, выглядит так: возраст от 31 до 45 лет, проживающий один, холостой (не замужний) и не имеющий детей, имеющий среднее или среднее специальное образование, половина из них ранее судимы, не из полных семей, не работающие, с отягощенной по алкоголизму наследственностью и склонных к суицидальному поведению. По полученным нами данным можно судить о примерном социальном портрете больного алкоголизмом и учитывать особенности при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ АПАТО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, У ЖЕНЩИН, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Шайдукова Л.К., Гареева Г.А.

Казань

Несмотря на широкое распространение депрессивных расстройств у наркологических больных, их диагностика остается явно недостаточной. Это связано с низкой осознанностью депрессии как

эмоциональной патологии, а, значит, низкой обращаемостью за помощью, нечеткостью, размытостью контуров депрессии с частым «соскальзыванием» на смежные жалобы; экранированием депрессии алкоголизацией, а также низким уровнем знаний населения о клинике депрессивных расстройств. Вместе с тем, и сама депрессия при алкоголизме атипична и неоднородна, она маскируется истерическим, астеническим, тревожным, апатическим фасадами. Подобный атипизм скрывает истинные размеры депрессии, ее глубину и продолжительность, а также значение негативных эмоциональных расстройств в поддержании алкоголизации.

Критерии атипизма депрессии в англо-американской литературе значительно отличаются от отечественных канонов – к ним причисляют: гиперфагию при тревожной депрессии (и, вероятно, анорексию при апатической депрессии); «симптом свинцовых ног» - замедление походки, тяжесть в ногах; повышенную сонливость в течение дня; ухудшение состояния к вечеру.

При исследовании женщин, страдающих алкоголизмом, было обнаружено наличие депрессивных расстройств, неоднородных по своей клинике. Обследовано 109 женщин, злоупотребляющих алкоголем. Основными методами были клинико-психопатологический и экспериментально-психологический (ММПИ). Различались истеро-, апато-, тревожно- и астено-депрессивные расстройства. В этой публикации дается описание апато-депрессивных расстройств, выявленных у 21 пациентки.

Этот вариант аффективных расстройств наблюдался у женщин в ситуации супружеского одиночества. Довольно сложно было оценить, являлись ли апатический и депрессивные синдромы коморбидными, сочетанными, самостоятельными, либо депрессивный синдром по своей характеристике имел апатические черты. Вместе с тем, обнаруженные общие закономерности возникновения аффективных расстройств у обследованных больных позволяют отдать приоритет депрессивным расстройствам, ведущей характеристикой которых было наличие апатического радикала.

Пациентки говорили, что им не хочется готовить, убирать квартиру, заниматься хозяйством потому, что нет объекта, ради которого стоило бы это делать, нет побуждающего внешнего стимула, нет внешней причины активации деятельности. Женщины переставали следить за своей внешностью (объяснения: «не для чего и не для кого»), старались реже смотреть в зеркало «обратный феномен зеркала», они небрежно относились к личному хозяйству, запускали жилище. Для апато-депрессивных расстройств была характерна специфическая анэргия – потеря энергетического оснащения деятельности, что приводило к общему упадку.

В отличие от анэргии, характерной для астено-депрессивных нарушений, у больных этой

группы вялость имела не соматообусловленный характер, не являлась следствием остаточной церебрастении, не сопровождалась утомляемостью и истощаемостью процессов, а носила диффузный характер, вытекала из общей установки на отказ от деятельности из-за потери ее смысла. Больные говорили, что потеряли интерес к происходящему, не испытывали потребности в какой-либо активной деятельности, выполняли свои обязанности механически, как бы вынужденно, без внутреннего энтузиазма, не пытались хоть как-то разнообразить свою жизнь.

Злоупотребление алкоголем также было монотонным, нередко одиночным, не сопровождалось чувством радости, подъема и облегчения. Депрессия характеризовалась выраженной ангедонией – утратой радости, ощущения удовольствия, либо психической анестезией – чувством «утраты чувств»; для апато-депрессивных расстройств больше, чем для других аффективных расстройств было свойственно чувство потери смысла жизни, специфическая аномия.

Таким образом, выявление апатического фасада депрессивных расстройств позволит улучшить диагностику депрессий у женщин, злоупотребляющих алкоголем, и провести дифференцированные психотерапевтические мероприятия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГРУППОВОЙ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Шалаева Е.В.

Москва, Московский научно-практический центр наркологии

Введение. В последние годы активно развиваются методы психотерапевтической помощи больным алкоголизмом, широкое распространение получают предложения по организации реабилитационной работы. Однако разнообразие предлагающихся методов психотерапевтического воздействия ставит новые вопросы, в числе которых – проблема сочетания различных подходов к лечению, и дифференцированное применение психотерапевтических методик - с учетом особенностей конкретных больных. Один из путей решения этой проблемы – разработка интегративной (полиmodalной) психотерапии, ориентированной на клинически точное видение больного, с возможностью планирования психотерапевтического вмешательства исходя из индивидуальных особенностей его состояния.

Цель работы: разработать и апробировать групповой вариант интегративной (полиmodalной) психотерапии для больных алкогольной зависимостью; оценить эффективность разработанной психотерапии.

Материал и методы. Исследована методом сплошной выборки группа больных алкоголизмом - 192 человека (112 больных основной группы и 80 контрольной), из них 32 женщины и 160 мужчин, от 32 до 56 лет (средний возраст $42 \pm 2,1$ года). Выборка представлена больными, страдающими алкогольной зависимостью во II стадии заболевания, либо переходной II - III стадии (F10.2. по МКБ-10). Критерий исключения - острые психотические состояния. В период участия в психотерапевтической программе ряд пациентов обеих групп принимали по показаниям антиконвульсанты, транквилизаторы, антидепрессанты, неулептил; иные нейрореплетики не использовались. У пациентов основной группы выявлены коморбидные состояния: расстройства личности, аффективной сферы и употребление иных психоактивных веществ – 45, 32 и 22 больных соответственно. Пациенты основной группы были участниками разработанной психотерапевтической программы, пациенты контрольной получали медикаментозное лечение, «запретительные» методы («кодирование»). Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический.

Результаты и выводы исследования. Оцениваемый вариант разработанной групповой полимодальной психотерапии сочетает элементы поддерживающей психодинамической психотерапии, приемы психообразования, работу с иррациональными когнициями. Разработанный вариант психотерапии характеризуют следующие особенности: групповая форма, в открытой, но небольшой по составу группе, причем смешанной – куда входят как пациенты, так и их родственники – созависимые. Это позволяет привлечь к поддержке пациента его родных, при этом реконструировать семейные отношения в сторону их большей продуктивности и функциональности. Формат интервенций – поддерживающий, с созданием «принимающей» и безопасной обстановки, где возможно свободное проявление мыслей, чувств, переживаний, которые не только не будут отвергнуты, но поняты и проработаны. Психотерапевтическое воздействие строится с учетом выраженных когнитивных нарушений, сопутствующих длительному злоупотреблению алкоголем, с учетом ограниченных возможностей научения и низкой мотивации к изменению и лечению у больных. Обсуждения в группе концентрируются вокруг повседневных, житейских забот и достижений пациентов, фокус внимания - обучение жизни в трезвости, навыкам заботы о своем здоровье, настроении, мироощущении. Тема употребления алкоголя, патологического влечения поднимается в групповых дискуссиях исподволь, неявно, акцент ставится на анализе нового стиля жизни – в трезвости. Заметим, что таким образом используются «обходные» стратегии, когда цель психотерапевтического воздействия маскируется от пациента; это позволяет

снизить уровень сопротивления. Параллельно идет обучение больного навыкам позитивного общения с другими людьми, развитие рефлексивных способностей, укрепляется собственное «Я» больного, интегрируются нарушенные функции. Мы стремимся уклониться от обращения к травматическому опыту прошлого пациента, не используем визуализаций и иных экспрессивных методов (кроме катартических) - как рискованных в плане усиления негативных переживаний и сопутствующей экзальтации патологической симптоматики, включая влечение к спиртному. Важно заметить, что на начальном этапе работы группы (или при включении в нее нового члена) используется мотивационное интервью, часто с поддержкой со стороны уже работавших в группе пациентов, что повышает эффективность. При этом медикаментозное ведение больного отдано лечащему врачу, что есть способ фиксации определенной роли психотерапевта – как «мягко» принимающей и поддерживающей фигуры (а не контролирующей с помощью лекарств). Важно также, что между групповыми сессиями психотерапевт доступен по телефону, что обычно позволяет обойтись без кризисной интервенции как отдельного направления работы.

Имеющийся опыт работы в предложенном формате позволяет утверждать, что противопоказаний к данному методу нет, а сочетание приемов поддержки, «возвращающие коммуникации», позволяют редуцировать тревогу пациента, повысить возможности осознания проблем и снизить сопротивление изменениям. Для превенции регрессии (что всегда вероятно при работе с тяжелой патологией личности) мы используем дозирование интервенций, невысокую частоту встреч, распределение внимания между рядом участников группы и опоры на ресурсы пациента. Устойчивая связь больного с врачом-психотерапевтом, другими участниками группы (в том числе работающими более длительное время) позволяет постепенно сформировать поведение, отличающееся от деструктивного и непродуктивного, с отказом от приема спиртного. При возникновении рецидива наркологического заболевания к курации больного привлекается участковый нарколог, и после детоксикации больной может возвращаться в группу, где у него появляется возможность утилизации опыта срыва.

Анализ ремиссий у больных основной и контрольной групп показал: прервали психотерапию 26 больных (23%), ремиссия на протяжении года – 54 чел. (49%), уменьшение объема потребления – 32 (30%). Приведенные показатели выше, нежели в группе сравнения, касаются как параметров становления ремиссии, актуализации патологического влечения, числа рецидивов, так и уменьшения объема потребления и более высокой субъективной удовлетворенности больных изменениями состояния и качестве жизни.

ОТСТАВЛЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ РАННЕЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Шамакина И.Ю., Томилин В.А., Анохина И.П.

Москва, ФГБУ ННЦ наркологии Минздрава России

Клинические и эпидемиологические исследования показывают, что одним из факторов быстрого формирования алкогольной зависимости и ее тяжелого протекания является раннее употребление алкоголя. В странах Европы за последнее десятилетие отмечается снижение возраста первых проб алкоголя, а также выраженный рост потребления среди детей и подростков (Strandheim et al., 2009; McArdle et al., 2002). Фактором особого риска можно считать алкогольную интоксикацию в период активных перестроек нейроморальной регуляции в подростковом периоде. Особое место среди нерешенных проблем занимают механизмы влияния ранней алкогольной интоксикации на предпочтение к алкоголю во взрослом возрасте и формирование алкогольной зависимости.

В настоящем исследовании мы использовали модель алкогольной интоксикации крыс линии Wister в раннем подростковом периоде. **Целью исследования** было детальное изучение отставленного эффекта ранней интоксикации на предпочтение алкоголя (алкогольную мотивацию) и динамику формирования алкогольной зависимости у взрослых животных.

Методы исследования. С 30 по 43 дни жизни животные опытной группы (n=8) получили 8 инъекций этанола (20%, в физиологическом растворе, внутривенно) в дозе 3 г/кг. Этанол вводили 1 раз в сутки с перерывами на 32-й, 35-й, 38-й и 41-й дни жизни. Контрольные животные (n=8) получали инъекции физиологического раствора по аналогичной схеме. На 56 день жизни изучали поведение крыс в «крестообразном приподнятом лабиринте» для выявления уровня тревоги. Начиная с 58-го дня, животных тестировали в течение 35 дней на предпочтение алкоголя в тесте «свободный выбор» между 10% раствором этанола и водой. Потребление этанола измеряли ежедневно и выражали в % к общему объему потребляемой жидкости. Экспрессию генов опиатных рецепторов в мозге изучали методом ПЦР в реальном времени.

Результаты исследования. Животные с ранней алкогольной интоксикацией при тестировании в «крестообразном приподнятом лабиринте» на 56 день жизни не проявляли повышенной тревожности и не отличались от контрольных животных по таким показателям, как латентный период захода в темноту и время нахождения в светлых отсеках лабиринта. Однако при изучении потребления алкоголя («свободный выбор») были выявлены достоверные различия между группами. В начале тестирования средний суточный уровень потребления алкоголя в опытной

группе составил 45,5%, что достоверно ($p < 0,05$) превышало потребление в контрольной группе (32,2%). С 3го 5й дни тестирования во всех группах наблюдалось снижение потребления алкоголя, связанное, по-видимому, с негативным, токсическим действием алкоголя. В дальнейшем показатели потребления алкоголя в контрольной группе вернулись к первоначальному уровню и оставались практически неизменными до конца тестирования. При этом в группе с ранней алкогольной интоксикацией наблюдался выраженный рост потребления алкоголя. Анализ динамики изменения потребления у животных с различными показателями начального предпочтения алкоголя показал, что рост потребления наблюдается в опытной группе у животных со средним (>10<40%) стартовым уровнем предпочтения: потребление алкоголя у этих животных выросло вдвое за время эксперимента.

Период полового созревания считается одним из наиболее чувствительных с точки зрения возможных долговременных нарушений баланса нейромедиаторных систем, в том числе опиоидергических. Для выяснения возможных механизмов отставленного действия алкогольной интоксикации мы исследовали уровни мРНК генов μ - и κ -опиатных рецепторов и ноцицептинового рецептора (ORL1) в префронтальной коре, гипоталамусе и миндалине взрослых крыс, получавших алкоголь в раннем подростковом периоде. Мы установили, что у животных опытной группы повышена экспрессия гена μ -опиатного рецептора в гипоталамусе и миндалине. Достоверных изменений уровней мРНК ноцицептинового рецептора (ORL1), κ -опиатного рецептора обнаружено не было. Изменение уровней мРНК μ -опиатного рецептора в гипоталамусе и миндалине представляет большой интерес с точки зрения механизмов долговременных нейроадаптивных изменений в мозге. Можно предполагать, что при хроническом действии алкоголя в критические периоды постнатального развития может снижаться уровень эндогенных агонистов μ -опиатных рецепторов (энкефалинов, эндорфинов) и компенсаторно повышаться уровень мРНК рецепторов. Возможно, именно эти изменения могут лежать в основе роста потребления алкоголя в группе животных с ранней алкогольной интоксикацией.

Выводы. У животных с алкогольной интоксикацией в раннем подростковом периоде предпочтение алкоголя и рост его потребления в модели «свободный выбор» во взрослом возрасте достоверно превышали эти показатели у контрольных животных. Возможно, одним из механизмов этих изменений может быть повышение экспрессии генов, кодирующих μ -опиатные рецепторы в гипоталамусе и миндалине мозга. Мы полагаем, что использованная в работе модель может быть успешно использована в экспериментальной наркологии для поиска средств коррекции нарушений, связанных с ранней алкогольной интоксикацией.

СЕМЕЙНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПО АЛКОГОЛИЗМУ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ И СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ

Шувалов С.А., Кибитов А.О.

Москва

Целью исследования являлась оценка роли семейной отягощённости по алкоголизму и ее степени как фактора риска возникновения осложнений синдрома отмены алкоголя (СОА): острых алкогольных психозов (ОАП) и судорожных припадков (СП). Проводилось сравнение основной группы больных с осложнениями СОА (F10.40; F10.45, F10.52, F10.41, F10.31) - 171 чел., из них 12,28% - женщины, с контрольной группой - F10.30 (133 чел., мужчины). Результаты исследования показали, что семейная отягощенность по алкоголизму и ее степень, отражающая тяжесть «генетического груза», прямо пропорционально снижают возраст формирования алкоголизма и увеличивают среднесуточные объемы потребления алкоголя у больных без осложнений СОА. У больных с осложнениями СОА имеет мес-

то искажение зависимости между степенью отягощенности и алкогольной толерантностью, а именно, отягощенные больные с осложнениями употребляли достоверно большее количество алкоголя в сутки, чем отягощенные больные без осложнений. Наибольший риск возникновения тяжелых осложнений ААС имеет место у молодых больных (до 33 лет) с высокой степенью семейной отягощенности по алкоголизму (2 и более больных родственника в роду), причем низкие (до 0,5 л) и средние (0,5-1 л) значения среднесуточного объема потребления алкоголя способствуют увеличению этого риска. С генетической точки зрения варианты тяжелых осложнений ААС не однородны: не было выявлено ни одного случая высокой степени семейной отягощенности среди больных с F10.41 (Синдром отмены алкоголя с делирием и судорожными припадками), напротив, в группе F10.52 (Преимущественно галлюцинаторное расстройство вследствие употребления алкоголя) 72% больных имели высокую степень семейной отягощенности. Полученные данные могут служить базой для дальнейших исследований генетической основы алкоголизма и его тяжелых осложнений.

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Абатурова Ю.С., Култышев Д.В., Молина О.В.

Тюмень, ГБУЗ ТО «ОКПБ» Детское
психотерапевтическое отделение

Актуальность. Одним из эффективных вариантов помощи детям с аутизмом является способность специалистов и семьи достичь такого уровня функционирования ребенка, чтобы он смог развиваться, приобрести навыки, необходимые в жизни человека, приспособиться к жизни не только в семье, но и в обществе. Аутичный ребенок сам не может выбрать, как ему жить. Более того, если ему не оказать всестороннюю поддержку в первые годы жизни, то будет необратимо страдать его развитие, так как ребенок не в состоянии брать из среды ни информацию, ни способы поведенческого реагирования (Белогурова Т.Ф. 2004 г.).

Цель. Разработать программы реабилитации для детей с РДА (ранний детский аутизм) с использованием семейной психотерапии.

Материалы и методы исследований. В основу данной работы легли результаты комплексного исследования 10 семей с аутистическими чертами. Возраст обследованных варьировал от 3 до 8 лет (из них 8 мальчиков и 2 девочки). На базе ГБУЗ ТО «ОКПБ» с 2012 года открыта «Родительская школа для семей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра».

Комплексная модель реабилитации детей с РДА с использованием семейной психотерапии.

Комплекс А. Индивидуальные коррекционно-развивающие занятия познавательной сферы. Нами разработана программа реабилитации, которая состоит из длительного курса индивидуальных занятий (2 раза в неделю по 45 минут) с психотерапевтом, нейропсихологом и логопедом. На первом этапе с ребенком работает психотерапевт, цель которого состоит в том, чтобы перевести поведение ребенка в осознанное, отказаться от дисфорических вспышек и деструктивного поведения. Важным является научить ребенка фиксировать взгляд на объекте, слух на обращенную к нему речь, выполнять произвольные действия (встать, сесть, взять предмет, положить предмет, дать руку).

Комплекс Б. Логокоррекция. Когда в речи ребенка появляются эхолалии, к работе подключается логопед. Занятия по речи проходят вначале чаще глаза в глаза, с тактильной стимуляцией, что очень нравится ребенку. Улучшение произвольного внимания и появление речи позволяет работать над пространственным вниманием.

Комплекс В. Групповые занятия для развития коммуникативных навыков. Улучшение произвольного внимания повышает коммуникативные навыки, поэтому дети участвуют в общих играх с участием ведущего. Однако, свободная деятельнос-

ти детей остается отрешенной, когда ребенок с РДА заинтересован лишь в своих ощущениях и желаниях. Происходящее вокруг их мало беспокоит, что связано с нарушением волевого и мотивационного компонентов. Обращает на себя внимание тот факт, что дети не радуются результатам своих побед, не сердятся на сверстников, если те их обижают, не демонстрируют ориентировочной реакции в ответ на новые стимулы. Большое значение имеет организация деятельности ребенка с целью выработки поведения, определяющего их жизнедеятельность. На базе ГБУЗ ТО «ОКПБ» групповые занятия для детей с РДА проводит доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии ФПК и ППС, к. м. н., врач психотерапевт Иванова И. Н. Участие таких детей в групповой психотерапии совместно с психотерапевтом позволяет влиять на организацию своего поведения. Постепенно они начинают реагировать на ключевые слова к занятиям, выполнять не сложные просьбы, сидеть за столом группой, самостоятельно есть, вытирать руки, подавать посуду, делать зарядку, танцевать, слушать книги. Для таких детей становится возможным проводить групповые занятия по рисованию, аппликации, научению буквам и цифрам.

Комплекс Г. Семейная психотерапия. Основная задача этого этапа - сформировать эффективные навыки взаимодействия взаимоотношений мамы и ребенка. В процессе работы с семьей, мамам предоставлялись современные итоги исследований об аутизме, информация о психологии ребенка с аутичными чертами, сведения о принципах коррекции и лечения у данных детей. Главной целью этого этапа в комплексной работе психологов, неврологов и психотерапевтов было создание комфортной среды для ребенка с РДА с учетом его потребностей в условиях семьи. Также, психологами на базе ГБУЗ ТО «ОКПБ» организованы группы для родителей, где они осознавали свои личностные трудности. Одни из них: не умение преодолеть симбиотическую связь с ребенком; наибольшая фиксированность семьи на больных детях, и дефицит внимания к здоровым. В процессе семейной терапии родители получают возможность оценить социальные взаимодействия своего ребенка с помощью разработанных психологами критериев (близость, использование предметов, социальная реакция, социальная инициатива, адаптация к предметам). Что эффективно помогает родителям оценить динамику процесса социализации аутичного ребенка.

Выводы. Включение семейной психотерапии в комплексную реабилитацию аутичного ребенка, значительно повысит результаты социализации детей с аутистическими чертами.

ПРЕОДОЛЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС

Александрова Н.В.

*Омск, БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая
больница им. Н.Н. Солодников»*

70–80% детей в России рождаются с повреждениями ЦНС разной степени выраженности. Клинические проявления этих расстройств достаточно часто проявляются в виде нарушений активности, внимания, поведения и познавательной деятельности. Это расценивается родителями, педагогами и врачами общесоматической сети как следствие ошибок в воспитании или проявление индивидуальных характерологических особенностей. Верные диагностические заключения о природе состояния и соответствующее лечение могут быть произведены только психиатром. В большинстве случаев обращение осуществляется достаточно поздно, в младшем школьном или подростковом возрасте, когда ресурс пластичности детского мозга снижен. Это приводит к формированию эмоциональных расстройств, нарушению социальной адаптации, повышению вероятности возникновения поведенческих девиаций.

В подавляющем большинстве случаев своевременному обращению к психиатру препятствует такое социальное явление как стигматизация детской психиатрии, которая проявляется множеством разнообразных предубеждений относительно всего, что с ней связано. Это касается методов лечения, системы учета, отношения к психиатрическим пациентам и их семьям и т. п.

Нами было проведено исследование состояния проблемы стигматизации детской психиатрии среди 270 специалистов, работающих с детьми, и 430 родителей детей с поведенческими и эмоциональными проблемами, обратившихся за консультацией к психотерапевту.

В результате исследования нами установлено, что почти 90% опрошенных специалистов, работающих с детьми, и 82% родителей очень мало знают о психиатрии вообще и о детской в частности, 87% опрошенных педагогов и 75% родителей боится или с настороженностью относится к психически больным детям, на вопросы об информированности о постановке на психиатрический учёт и его последствиях, о препаратах, применяемых в психиатрии, о лечении в психиатрической клинике, о психических расстройствах почти 100% всех опрошенных продемонстрировали очень низкую информированность и высокую распространённость среди них мифов и слухов о детской психиатрии; 86% опрошенных педагогов с крайним нежеланием обратились бы за консультацией к специалисту в области детской психиатрии и скрывали бы этот факт от окружаю-

щих, а 95 % родителей, направленных с детьми к психиатру, первоначально обращались к психологам и целителям.

Результаты исследования обосновывают необходимость разработки системы социальных мероприятий по преодолению проблемы стигматизации в области детской психиатрии. Проблема стигматизации формировалась в силу ряда объективных и субъективных факторов. Но ее проявления и тяжесть стигму можно и необходимо преодолевать.

С этой целью в течение 10 нами был осуществляется комплекс мероприятий по антистигматизации детской психиатрии, направленных и ориентированных на определенные адресные социальные группы – педагогов и родителей.

Работа со специалистами, работающими с детьми, осуществлялась путем включения в преподавание учебных курсов высшего и последипломного образования блоков, объясняющих природу нервно-психических расстройств у детей, и методов их диагностики лечения. Родительская аудитория получала популяризованную информацию о заболеваниях ЦНС из средств массовой информации.

Итогом такой деятельности явилось значительное повышение самостоятельной обращаемости родителей за психиатрической помощью детям как в БУЗ ОО КПБ им. Н.Н.Солодников, так и в частные клиники.

Таким образом, преодоление стигматизации детской психиатрии является важным направлением социальной превенции психических расстройств у детей с органическими заболеваниями ЦНС.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ И ПОДРОСТКОВОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Багаев В.И.

Киров, ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

В России детское население уменьшалось с 1999-2008 г., после 2008 г. наблюдается незначительный рост. Подростковое население за аналогичный период и до 2012 г. ежегодно уменьшается.

Несмотря на аналогичную ситуацию в Приволжском федеральном округе и в Российской Федерации, основные показатели заболеваемости и распространенности психических расстройств у детей и подростков за последние 3 года имеют тенденцию к снижению в ряде регионов.

В 2011 г. показатель первичной заболеваемости в ПФО у детей составил 566,8 на 100 тыс. детского населения, у подростков соответственно – 405,0 (в РФ в 2011 г. соответственно 591,8 и 401,0).

Показатель распространенности психических расстройств у детей в ПФО в 2011 г. – 2856,8; у подростков – 3970,3 (в РФ в 2011 г. соответственно 2767,3 и 3980,2 на 100 тыс. подросткового населения).

Во всех регионах ПФО за последние 3 года (2010-2012) отмечается тенденция уменьшения числа участковых детских психиатров. В районах округа психиатрическую помощь детям оказывают преимущественно взрослые психиатры. За последние 3 года снизились показатели заболеваемости и распространенности психических заболеваний у детей в ряде регионов ПФО (Удмуртская Республика, Самарская область, Ульяновская, Нижегородская, Оренбургская, Чувашская Республика, Марий Эл, Башкортостан), особенно в сельской местности.

Анализ показателей заболеваемости психическими расстройствами обнаружил значительный разброс данных. Так, первичная заболеваемость среди детей от 0-14 лет в Республике Башкортостан составляет 351,0 на 100 тыс. детского населения в 2012 г., а в Кировской области – 1032,0, среди подростков соответственно – 252,0 и 398,0.

В 2012 г. ниже российских показателей первичная заболеваемость и распространенность психических расстройств у детей (Удмуртская Республика), у подростков - Чувашская Республика, Марий Эл.

В то же время высокие показатели распространенности психических расстройств у подростков в 2012 г. в Самарской области составляет 6108,4 на 100 тыс. населения, в Кировской – 7780,2; высокие показатели первичной заболеваемости детей и подростков в Пензенской, Ульяновской областях, Республике Мордовия.

Во всех регионах в амбулаторно-поликлиническом звене улучшается соотношение диспансерной и консультативной групп и составляет 1: 2,5 - 3.

Ежегодно отмечается увеличение числа детей с непсихотическими расстройствами во всех регионах.

Недостаточное развитие получают стационар-замещающие формы – дневные стационары. Так, в Оренбургской области не получила развитие данная форма, в Самарской области всего 20 мест, в Ульяновской – 80. Наибольшее количество мест в дневных стационарах – в Кировской области на базе массовых школ, детских садов (212 мест).

В регионах внедряется бригадный метод оказания специализированной помощи детям, бригадные выезды в районы.

Представляют интерес для изучения новые технологии. В Нижегородской области действует Центр восстановительной медицины и реабилитации детей, консультативно-диагностический центр по охране психического здоровья детей и подростков, разработана и внедрена программа для пос-

трававших от жестокого обращения и насилия. В Чувашской, Удмуртской Республиках разработана система профилактики по снижению суицидальных попыток, суицидов, что привело к их снижению в 2 раза за последние три года. В Ульяновской области внедрены программы профилактики для детей от 0 до 3 лет и детей с ранним детским аутизмом, для семей «социального риска», семей в кризисном состоянии.

С учетом дефицита подготовки кадров по детской психиатрии необходимо проведение соответствующих циклов на базе кафедр психиатрии.

С целью профилактики нервно-психических расстройств у детей необходимо открытие Центров профилактики и реабилитации для данного контингента, в том числе для детей раннего дошкольного возраста.

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.

Балакирева Е.Е.

Москва, ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН

В Международной Классификации болезней МКБ-10, описаны Расстройства Приема Пищи (РПП) F50. Комплекс расстройств, свойственный собственно нервной анорексии (НА), обозначается по МКБ-10 F50.0, нервной булимии F50.2. Расстройства пищевого поведения (РПП), обычно начинаются в подростковом возрасте, и чаще имеют хроническое или рецидивирующее течение.

Цель работы. Целью настоящей работы явилась разработка дифференцированных подходов в терапии РПП, учитывающих особенности этапов развития расстройства, нозологическую принадлежность, и особенности соматического состояния.

Материалы и методы. Больные наблюдались в детском отделении ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. Исследуемую выборку составили 80 пациентов (68 девочек и 12 мальчиков) в возрасте от 12 до 19 лет. В 30 случаях синдром НА был проявлением патологически протекающего возрастного криза (F50.0), в 50 случаях - синдромом при вялотекущей шизофрении (шизотипическое расстройство, F21.3 - F21.4). Катамнестически больные прослежены на протяжении от 3 до 18 лет.

Результаты. При лечении больных нервной анорексией были условно выделены этапы «неспецифической» и «специфической» терапии. «Специфической» терапией мы обозначили нозологически ориентированное лечение, «неспецифической» – независящее от характера заболевания, в основном симптоматическое лечение, ориентированное на со-

матическое состояние пациента, хотя включались и элементы специфической терапии.

Здесь мы рассмотрим только особенности применявшейся нами специфической психофармакотерапии, в том числе и на первом «неспецифическом» этапе лечения, так как «неспецифическая» терапия с первых дней сочеталась с приемом психотропных препаратов. Все препараты назначались в возрастных дозах согласно инструкциям Минздрава и социального развития, но первоначальные дозы зависели от тяжести состояния, а именно от дефицита веса больных.

На неспецифическом этапе с целью преодоления страха перед едой назначались преимущественно транквилизаторы (реланиум, феназепам). С целью преодоления тревоги и дезактуализации дисморфобических расстройств, по мере улучшения соматического состояния назначались производные бензамидов (эглонил) от 50 мг/сут. Препаратами выбора также являлись нейролептики из группы фенотиазинов - трифтазин, тералиджен до 10 мг/сут; этаперазин до 12 мг/сут, т.к. они практически не вызывали экстрапирамидных нарушений.

При наличии резко выраженного негативного отношения к лечению со склонностью к психопатоподобным формам поведения применялся нейролептик из группы фенотиазинов - неуплептил (суточная доза составляла от 2 до 5 мг). Для купирования булимии использовался антидепрессант из группы моноциклических - флуоксетин в дозе от 20 до 40 мг/сут. При выраженности навязчивых явлений добавлялся атипичный трициклический нейролептик - азалептин (максимально до 6,25 мг/сут).

Период неспецифического лечения варьировал в среднем от 7 дней до 3 нед. Удавалось вывести больных из дистрофии и даже кахексии. Улучшение психического состояния происходило значительно медленнее. Дальнейшее лечение определялось нозологической принадлежностью основного синдрома и его клинической структурой.

На специфическом этапе дифференцировалось лечебное воздействие на ассоциированную с эндогенным процессом позитивную симптоматику и негативные изменения. Эффективным оказалось сочетание нейролептиков с антидепрессантами из группы моноциклических - флуоксетина и его аналогов (до 40 мг), которые обладали положительным влиянием на когнитивные процессы. При менее остром состоянии использовались трициклические антидепрессанты, а также антидепрессанты из группы бициклических. При преобладании позитивных расстройств психотического уровня использовались трициклические антидепрессанты – амитриптилин (до 50 мг), мелипрамин до 37,5 мг. При бредовой анорексии требовалось введение больших нейролептиков из группы бутирофенонов (галоперидол или сенорм) в сочетании с атипичными трициклическими производными нейролеп-

тиков (азалептин до 25 мг/сут) или комбинация из нескольких нейролептиков разных групп: бутирофеноны и ксантены с тиоксантенами (галоперидол с хлорпротисеном или труксалом); фенотиазины (трифтазин) и производные бензамидов (эглонил), а также одновременное применение производных фенотиазинов (трифтазин и неуплептил).

У больных со стойкими рвотами оказалось наиболее эффективным сочетание нейролептиков из группы фенотиазинов (этаперазина) с тералидженом и комбинация бутирофенонов (галоперидол) и фенотиазинов (трифтазин). Эффективным было применение нейролептика из группы фенотиазинов - неуплептила в схеме: 2 мг утром – 3 мг вечером.

При наличии бредовой дисморфомании положительный результат достигался путем сочетания атипичных трициклических производных нейролептиков (азалептин) с нейролептиками из группы фенотиазинов (трифтазин, этаперазин), фенотиазинов и бутирофенонов, а также применением атипичного бициклического производного нейролептика – рисполепта в дозе до 3 мг/сут.

На с эпизодами протестно-оппозиционного характера или конверсионными расстройствами купировалась введением фенотиазинов (сонапакс или неуплептил) в сочетании с транквилизаторами из группы бензодиазепинов (элениум, седуксен), а также антидепрессантами из группы бициклических.

В периоды экзацербации личностной тревоги с утяжелением клинической картины в целом показано введение антидепрессантов с анксиолитическим эффектом из групп би- и трициклических антидепрессантов и ингибиторов МАО и транквилизаторов из группы бензодиазепинов. Обнаруживается эффективность применения бициклических производных нейролептиков (рисполепт) при наличии тревожно-обсессивной симптоматики.

При булимических нарушениях применялись транквилизаторы из группы бензодиазепинов (элениум, реланиум, феназепам) в сочетании с антидепрессантами из группы трициклических, а также из группы моноциклических (флуоксетин, до 60 мг/сут). Хорошего эффекта удавалось добиться приемом препаратов зверобоя, обладающих антидепрессивным и анксиолитическим действием.

Важное место в комплексном лечении больных с РПП занимала психотерапия, которая осуществлялась на всех этапах лечения не только врачом, но и персоналом отделения. Одновременная госпитализация двух и более детей с РПП помогала сформировать особый микроклимат в отделении, с положительным влиянием больных друг на друга. Беседа врача о тяжести заболевания, обусловленного большой потерей веса, получала наглядное пособие на примере других больных, т.е. вступал в действие механизм антиидентификации, который способствовал формированию и упрочнению установки на восстановление веса.

После выписки больные длительно наблюдались катamnестически.

Полученные данные показывают, что применение комплексной терапии у большинства больных позволяет не только повысить массу тела, но и уменьшает мотивационные, вегетативные, эмоционально-аффективные расстройства, снижает напряженность механизмов психологической защиты, повышает уровень самооценки. Сочетание «неспецифического» и «специфического» лечения с психотерапией дает возможность выработать и закрепить у больного стабильный, правильный стиль пищевого поведения, о чем свидетельствует положительная динамика состояния и благоприятное катamnестическое наблюдение больных. Полученные данные могут служить основой для оптимизации лечебных и реабилитационных мероприятий при РПП.

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМУ НАСЕЛЕНИЮ С ПРОБЛЕМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Белогурова Т.Ф.

Тюмень, ООО «Научно-практический центр семейной психотерапии и возрастной психологии»

Проблема психического здоровья детей является актуальной всегда вследствие влияния последствий позднего выявления, несвоевременной нейропсихологической коррекции, лечения, социальной реабилитации и отсутствия поддержки семье, оказавшейся в сложной ситуации взаимодействия с ребенком, отличающимся от других детей, на дальнейшую жизнь ребенка и функционирование семьи.

В 1994 г. в г. Тюмени началась активная подготовка специалистов врачей-психотерапевтов для работы с детско-подростковым населением города и семьями. Одновременно проводилось информирование родителей и пользе данных специалистов. С 1995 года проводились различные конференции, совместные общества с врачами смежных специальностей (неврологи, педиатры) по проблемам раннего выявления детей с психическими расстройствами. Были разработаны рекламные проспекты для детских поликлиник, позволяющие мамам обратить внимание на такие отклонения, как нарушение развития речи, гиперактивность, аутизм, нарушение школьных навыков, нарушение поведения, нарушение развития. В большинстве детских поликлиник принимали врачи-психотерапевты. Было создано детское психотерапевтическое отделение при городском центре психического здоровья. Многочисленные выступления по телевидению, радио и публикации в газетах способствовали расширению знаний жителей города о важности раннего выявле-

ния и лечения детей с нарушениями психического развития.

В 1996 г. в городе численностью 500 тысяч человек был организован частный медицинский центр помощи детям и подросткам, имеющим проблемы с психическим здоровьем. За 18 лет работы Центра разрабатывались и внедрялись различные подходы к данной проблеме, и на сегодняшний день сложилась структура, позволяющая оказывать комплексную медицинскую помощь и непрерывный курс социальной реабилитации детям с нарушениями психического здоровья от 1 года до 18 лет.

За год в Центр впервые обращаются до 700 человек, желающих получить консультации, непрерывное лечение, социальную реабилитацию. Около 30% обратившихся семей получают непрерывное лечение. Это, прежде всего, дети, имеющие такие психические расстройства как ранний детский аутизм, шизофрения, расстройства поведения, а также нарушение психо-речевого развития различного генеза. Около 25% обратившихся получают от 2 до 5 консультаций, включающих семейной консультирование, обучающие занятия по эффективному взаимодействию с ребенком, имеющим эмоционально-поведенческие проблемы, индивидуальную или семейную психотерапию. Кроме помощи проблемным детям, в Центре работают группы развития для здоровых детей от 1,5 до 7 лет, где можно получить консультации по воспитанию и развитию.

В Центре ведут прием 5 врачей-психотерапевтов, имеющих подготовку и по нейропсихологии, 2 врача-психиатра, врач-невролог, 2 логопеда-дефектолога. Из 8 специалистов 5 имеют научные степени. Кроме врачебно-логопедического состава имеется социальный работник, обеспечивающий функционирование ежедневной группы социальной адаптации для подростков, страдающих психическими расстройствами.

Дети поступают в центр по направлению неврологов, педиатров, а также обращаются самостоятельно. Во время осмотра тем или иным специалистом выясняются проблемы, которые заставили обратиться за помощью, проводится обследование – результаты сообщаются родителям и формируется запрос на лечение и коррекцию тех или иных нарушений. Далее ребенок посещает того специалиста (или специалистов), которые смогут улучшить качество функционирования ребенка. Принимаются дети на коррекцию и лечение с любыми нарушениями развития с раннего возраста. Для корректировки поведения проводится индивидуальная, а впоследствии групповая психотерапия. Для развития и коррекции когнитивных функций, мышления - нейропсихологическая коррекция, речи - логопедическая коррекция. Занятия проводятся 2 раза в неделю по 45 минут с фиксацией пройденных тем в тетради с целью регулярной работы дома с родителями. Приоритетным при поступлении ре-

бенка является коррекция поведения, которое часто нарушено у детей с психическими расстройствами. Это связано не только с основным заболеванием, но и неверным подходом родителей к ребенку, которые теряются в ситуациях, когда ребенок демонстрирует неадекватные формы эмоций и поведения. Вторым важным шагом является формирование произвольного внимания. Для этого используются различные методики, позволяющие улучшить концентрацию и объем внимания. Это, прежде всего, методика «глаза в глаза» с фиксацией и переводом взгляда на глазах врача, сидящего напротив. Метод проводится в открытом и ограниченном пространстве («в трубе»), что позволяет в течение 2-4 недель сделать взгляд ребенка более осмысленным, сконцентрированным и живым, если речь идет об аутизме. Возможно, это связано со стимуляцией приспособительных скакков. В случае успеха первых двух этапов работы дальнейшее развитие ребенка направлено на улучшение произвольных функций, развитие общих знаний, игровой деятельности, мотивационного компонента, речи, моторных навыков. Для детей и подростков проводятся также индивидуальные и групповые занятия по улучшению навыков общения. В результате последовательной и регулярной работы многие дети смогли учиться в школах. Хороший уровень адаптации позволяет успешно заниматься музыкой, лепкой, рисованием. Так, 2 ребенка с диагнозом ранний детский аутизм ежегодно занимают призовые места на музыкальных конкурсах. Подростки, которые не могут учиться в школе из-за отсутствия навыков чтения, письма, счета, посещают группу социальной адаптации (от 4 до 5 человек), где они могут использовать те навыки, которые смогли приобрести (рисовать, перекладывать, играть). Даже помощь нескольким семьям позволяет осознавать пользу этой группы, т.к. их родители могут работать. Большинство детей, имеющих проблемы в развитии, получают последовательную медикаментозную терапию, определяемую имеющимися клиническими симптомами. Помимо психотропных средств, корректирующих эмоции и поведение, активно используются ноотропные препараты.

Все специалисты Центра регулярно проходят обучение по профессиональным направлениям работы. Еженедельные планерки направлены на расширение знаний специалистов, обсуждение вновь поступивших пациентов и особенностей больных, вызывающих трудности в психокоррекционной работе. Сложных больных могут одновременно вести 2 врача, чтобы иметь возможность оценить подход с разных точек зрения. Эффективность помощи детям с нарушениями психического здоровья зависит от раннего выявления, непрерывного и последовательного воздействия на ребенка, уровня подготовки специалиста, осуществляющего лечение, а также понимания и принятия проблем ребенка семьей.

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

Васильев В.Н., Култышев Д.В., Уманский С.М.

Тюмень, ГБУЗ ТО «ОКПБ» Детское
психотерапевтическое отделение

Актуальность. Состояние психического здоровья подростков было и остается актуальной проблемой, так как здоровье подрастающего поколения определяет будущее здоровье нации (Семке В.Я., 2002). Подростковый возраст является периодом особой концентрации конфликтов на фоне не сформированных адаптационных механизмов, часто приводящих к различным поведенческим отклонениям (Кулаков С.А., 2001). В подростковом возрасте особенно сложно определить является ли то или иное поведение проявлением психического заболевания или вариантом нормального развития (Исаев Д.Н., 2001).

Цель. Изучить место психотерапии при комплексном воздействии, в процессе реабилитации подростков с ПНПР.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ ТО «ОКПБ» детского психотерапевтического отделения оказывается лечебно-профилактическая помощь подросткам с ПНПР. В штате отделения работают 6 врачей-психотерапевтов. Принципы помощи подросткам с ПНПР представлены лечебно-реабилитационным, образовательным и профилактическим направлениями. В структуре службы детского психотерапевтического отделения можно выделить три уровня. На каждом из этих уровней врач-психотерапевт осуществляет взаимодействие с определенной группой специалистов. Первый уровень (доврачебный) ориентирован на сотрудничество с педагогами, психологами средних общеобразовательных учреждений которые направляют подростков с психическими нарушениями к врачу. Второй уровень направлен на взаимодействие с врачами лечебно-профилактических учреждений и школ, которые проводят выявление и лечение подростков с ПНПР. Третий уровень заключается во взаимодействии с участковыми врачами-психиатрами, осуществляющих направление в стационар, реабилитационные центры, лечение, таких пациентов (Приленский Б.Ю., Култышев Д.В., 2011).

Принципы лечения. Социально-исправительная, педагогическая, коррекционно-психологическая концепции основываются на стремлении переделать трудных подростков. Их использование соблазнительно, так как дает взрослому ощущение безопасности при встрече с искаженным миром ребенка (Приленский Б.Ю., Култышев Д.В., 2011). Психотерапевт, работающий в структуре психотерапевтического отделения решает следующие задачи: помощь подростку в осознании имеющихся проблем и деструктивных путей решения, изменения неправильного представления о себе, повышение

уровня самооценки, восстановление эмоционального равновесия, выявление и корректировка дезадаптивных форм поведения в семье, иррациональных установок, расширение временной перспективы, восстановление прежнего уровня функционирования, усиление компинг-механизмов (Феденева А.С., 2004). Известно, что каждое расстройство характеризуется клинически определенной группой симптомов и поведенческих признаков. Подобное многомерие представлений о расстройстве сопряжено с многосторонним подходом в терапии, в котором наряду с биологическим (прежде всего психофармакологическим) воздействием приоритетность отдается психотерапевтическим, и социальным мероприятиям (Овчинников А.А., 2007).

Для проведения эффективной лечебно-реабилитационной работы на базе ДПТО (детского психотерапевтического отделения) используется поэтапный подход

Первый этап - поведенческая психотерапия. Основная задача этого этапа последовательное расширение границ осознания имеющейся проблематики путем последовательной проработки невротического конфликта на различных уровнях (индивидуальные занятия по 40-50 минут, 4-5 сессий).

Второй этап – лично-ориентированная психотерапия, как процесс осознания конфликта в системе собственной личности (индивидуальные и групповые занятия по 40-45 минут, 5-6 сессий).

Третий этап – телесно-ориентированная психотерапия, при этом работа с телом позволяет осознать психологический конфликт в системе «личность-тело» (групповые занятия по 60 минут, 9-10 сессий)

Четвертый этап – экзистенциально-гуманистическая психотерапия дает возможность рассматривать психологические симптомы в качестве особой области опыта, прямо связанной с индивидуальной ответственностью за собственный путь самосоздания и социальным контекстом существования личности (индивидуальные занятия по 40-45 минут, 7-8 сессий).

При работе, в основе которой лежит экзистенциальная концепция. Главным становится стремление к пониманию «мира» подростка. Смена отношения к подростку как к трудному на отношения, когда «мне трудно его понять» сама по себе терапевтична. Лишь помня о том, что человеческая природа изначально нейтральна, и в каждый момент человек совершает выбор – или в сторону добра, или в сторону зла, можно выдержать встречу с «трудным» подростком. Экзистенциальная концепция предполагает, что ситуация «трудного» подростка будет рассматриваться не как проявление отклонения от нормы или патология, а как ситуация, в которой он в ограниченном экзистенциальными данностями пространстве совершает свободный личный выбор и несет за него ответственность.

Выводы. Более эффективным, на наш взгляд, является поэтапный психотерапевтический подход. Данный способ позволяет наиболее эффективно и качественно подойти к разрешению проблем возникших у подростка, и охватить все уровни психологических проблем. А экзистенциально-гуманистический подход позволяет подростку найти удовлетворяющее направление жизни, сформулировать свои потребности, цели и общую установку по отношению к жизни, выбрать собственный вариант самоактуализации.

ПОШАГОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Горбачевская Н.Л., Данилина К.К.,
Тюшкевич С.А., Мамохина У.А., Кобзова М.П.,
Вершинина Н.В., Усман Н.Ю.

Москва, МГППУ РАО, НЦПЗ РАМН, ИОГен РАН

В настоящее время наблюдается существенный рост диагностируемых заболеваний аутистического спектра. За период с 2002 по 2009 г. по данным зарубежных исследований число детей с этим диагнозом выросло на 95 % и в настоящее время такой диагноз имеет один ребенок из 88. Предполагается, что существенный вклад в патогенез этого состояния вносят генетические нарушения. В связи с этим встает необходимость разработать и апробировать протокол пошаговой диагностики этих расстройств.

Целью исследования апробировать протокол пошаговой диагностики РАС.

Материал и методы исследования. Исследованы 50 детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет с диагнозом: Детский аутизм и атипичный аутизм, обучающихся в коррекционном образовательном учреждении. В 30% случаев наряду с РАС отмечались выраженные моторные нарушения и/или нарушения зрения. Исследовался уровень аутистических нарушений с помощью теста CARS; уровень адаптации с помощью теста Вайнленда; особенности биоэлектрической активности мозга – путем сравнительного ЭЭГ-картирования. Проводился молекулярно-диагностический скрининг всех детей из образовательного учреждения на синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X (синдром ФРАХА) с помощью определения количества повторов в промоторе гена FMR1. У одного ребенка и его родителей было проведено молекулярно-генетическое картирование на микрочипах (Аггау CGH).

Результаты исследования и обсуждение. При психологическом исследовании в основной группе разброс значений по CARS был следующим: у 34% имелись выраженные аутистические наруше-

ния, у 10 % - умеренно выраженные, легкие нарушения у 56 % испытуемых. Уровень адаптации у всех испытуемых в данной группе оценен как низкий. 36% испытуемых имеют тяжелый дефицит адаптации, 24% -глубокий. Умеренный дефицит адаптации обнаружен только у 36% испытуемых. В трех случаях в ЭЭГ был обнаружен паттерн, характерный для синдрома ФРАХА (достоверное увеличение уровня ритмической тета-активности в полосе 6-8 Гц в теменно-центральных зонах коры), в одном - для синдрома Ангельмана (на фоне ритмической тета- активности 5-6 Гц постоянная эпилептическая активность с частой генерализацией). В 26 % случаев в ЭЭГ отмечались выраженные нарушения по органическому типу. У подавляющего числа учащихся выявлен высокий индекс бета- активности. При генетическом скрининге у 3-х испытуемых из 50 (6%) обнаружена полная мутация гена FMR1 (более 200 CGG повторов в промоторе гена). У всех детей с полной мутацией регистрировалась ЭЭГ, характерная для этого синдрома. Ранее у клиницистов были подозрения на наличие этого синдрома у всех троих детей, но при цитогенетическом исследовании «ломкости» в дистальном отделе длинного плеча хромосомы X (X q 27.3) этот феномен не был обнаружен. Своевременная диагностика синдрома ФРАХА позволяет осуществлять первичную профилактику, т.е. предотвращать рождение детей с этим тяжелым заболеванием в семье. Так, в нашей выборке две мамы из трех до проведения скрининга планировали рождение следующих детей, у них имеются незамужние родные сестры, которые также могут быть носителями премутации и родить детей с этим синдромом. Для этого заболевания известен прогноз, который может стать более оптимистичным при применении патогенетически обусловленной терапии. В настоящее время для терапии заболевания используются агонисты рецепторов ГАМК и антагонисты метаботропного глутаматэргического рецептора (mGlu5), что существенно улучшает адаптационные возможности даже у подростков и взрослых. Кроме того, возможно более раннее вмешательство в течение нейродегенеративного заболевания- синдрома FXTAS (Ассоциированный с ломкой хромосомой X синдром тремора и атаксии), которым страдают носители премутации (от 50 до 200 CGG повторов в промоторе гена FMR1).

У исследованного с помощью Array CGH ребенка была обнаружена дупликация в хромосоме 8 (8q 24.23). Анализ результатов гибридизации показал дупликацию района хромосомы 8 длиной 777 тысяч нуклеотидов. Исследование родителей показало, что эта дупликация унаследована от отца, причем у ребенка обнаружено существенное увеличение исходного (отцовского) числа CNV (469 тысяч пар нуклеотидов).

Заключение. Т.о. пошаговая диагностика РАС на первом этапе показала степень выражен-

ности аутистических расстройств, а также уровень социализации, адаптации и коммуникации. ЭЭГ исследование и консультация невролога на этом этапе позволила исключить органическую патологию, а также заподозрить некоторые синдромальные формы РАС. Молекулярно- диагностический скрининг на синдром ФРАХА на втором этапе выявил 6% детей в этой выборке, что совпадает с литературными данными. Всем оставшимся детям необходим третий этап - проведение молекулярно- генетического картирования на микрочипах (Array CGH), которое предположительно, может выявить более, чем в половине случаев генетические аномалии. Это позволит проводить первичную профилактику, определять прогноз заболевания и искать пути патогенетической терапии. Необходимо создание единой базы данных, включающей как клинические описания, так и данные современных генетических и нейробиологических исследований у больных с РАС.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ПСИХИАТРА

Горюнова А.В., Горюнов А.В.

Москва, Российская медицинская академия последипломного образования, Научный центр психического здоровья РАМН

Заметный рост головной боли (ГБ) у детей, наблюдаемый с конца 20 века, привел к выделению ее в качестве отдельной нозологии, при этом обнаружилась неоднозначная трактовка ГБ напряжения (ГБН) детскими неврологами и психиатрами. В Международной классификации болезней (МКБ-10) ГБ рассматривается в двух разделах – нервных болезней (G) и психических и поведенческих расстройств (F). Рекомендованная для исследовательских целей Международная классификация головной боли (МКГБ-2) не разрешила эти проблемы, более того привела к учащению постановки диагноза ГБ как основного заболевания. ГБН определяют как первичную цефалгию, возникающую при остром или хроническом эмоциональном стрессе, выделяя формы с напряжением и без напряжения перикраниальных мышц. До создания МКГБ эти боли относились к психогенным и рассматривались в качестве основного типа ГБ при неврозах и пограничных состояниях. Характерные отличия первичной ГБН от психогенных цефалгий отсутствуют. Анализ литературы, посвященной ГБН, обнаружил значительное расхождение во взглядах неврологов и психиатров на ее сущность. В психиатрических работах цефалгии рассматриваются как расстройство ощущений, тогда как неврологи рассматривают ГБН как первичное болевое расстройство, часто сочетающееся с психическими нарушениями. Высокая распространенность ГБН в детской популяции

(от 35- 70%), недостаточно изученная взаимосвязь этого типа ГБ с психоэмоциональным стрессом и психическими расстройствами, не разработанность алгоритма диагностики и лечения обуславливают актуальность проблемы и необходимость междисциплинарного изучения.

Цель – сравнить характеристики цефалгии и психический статус детей двух групп в возрасте от 7 до 15 лет. Первую группу составили 78 детей в возрасте от 7 до 15 лет с диагнозом ГБН, из них 40 детей с эпизодической формой (ЭГБН) и 38 детей с хронической (ХГБН). Вторую группу - 45 детей, из них 22 больных с депрессивными эпизодами (ДЭ), 11 детей с тревожно-фобическими расстройствами (ТФР) и 12 больных с шизотипическими расстройствами (ШР), у которых в клинической картине болезни важное место занимала ГБ. Использовали критерии МКГБ-2, индивидуальную стандартизованную анкету пациента, Международный болевой опросник (МРО), визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ), шкалы Цунга и шкалу Гамильтона для оценки тревоги и депрессии (НАМ-А и НАМ-D). Обследование неврологического и психического статуса проводилось по общепринятым методикам, которое дополнялось параклиническими методами и исследованием соматического статуса.

Результаты. Традиционное изучение семейного анамнеза показало сходство стилей воспитания, внутрисемейных отношений, высокую частоту болевого поведения в обеих группах пациентов. Анализ сомато-неврологического статуса больных обеих групп, также выявил близкие по характеру, частоте встречаемости и выраженности нарушения. При обследовании соматического состояния детей в большинстве случаев была выявлена сопутствующая функциональная патология желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы. В клинической картине в обеих группах одинаково часто наблюдались выраженная вегетативная дисфункция: повышенная потливость, колебания АД, тахикардия, дискомфорт, боли в области сердца, живота, в суставах, частое мочеиспускание, снижение аппетита. Другим частым расстройством была инсомния. У большинства пациентов с ДЭ и ТФР описания ГБ практически не отличались от характеристик цефалгии в первой группе, при большем сходстве описания цефалгии детьми с ДЭ и ХГБН. Сопутствующие цефалгии психопатологические симптомы более чем у 80% пациентов с ХГБН соответствовали критериям ДЭ по НАМ-D, в ряде случаев в сочетании с тревогой. В подгруппе с ЭГБН не менее половины пациентов имели признаки ТФР по НАМ-А, при этом депрессивные симптомы встречались существенно реже. Психическое состояние больных с ХГБН во многом было сходным с таковым у детей с ДЭ и ТФР. Проведен-

но внутри- и межгрупповое сравнение цефалгии в соответствии с МОБ. Описания цефалгии детьми с ЭГБН отличались разнообразием. Дети с ХГБН чаще характеризовали боль как тупую, ноющую, давящую, распирающую, диффузную, распространяющуюся, нередко в сочетании с другими алгиями. Одна треть больных использовала вычурные характеристики, которые встречались в подгруппе с ДЭ в 22,7% случаев и особенно часто в подгруппе больных ШР (66,7%). Наибольшее сходство описания цефалгии наблюдалось у детей с ДЭ и ХГБН. У многих пациентов подгрупп ХГБН, ДЭ и ШР наблюдалась прямая связь цефалгии с сезонностью биоритмов. Различий в оценке интенсивности цефалгии у большинства больных с ГБН и больных с ведущей психической патологией не получено, но наблюдалось несоответствие болевого поведения и психического состояния интенсивности ГБ.

Обсуждение. Таким образом, проведенное исследование ставит под сомнение отнесение всей группы ГБН к первичным формам ГБ. Если ЭГБН отражает неспецифическую реакцию ребенка на психоэмоциональный или социальный стресс, то ХГБН в большинстве случаев является симптомом психического заболевания, в первую очередь «маскированных» депрессивных, тревожно-фобических расстройств. В основе болевых расстройств в ряде случаев лежат патологические ощущения (сенесталгии, сенестопатии), имитирующие соматическую патологию. В связи с преобладанием жалоб на цефалгический синдром и полиморфные соматовегетативные нарушения, собственно депрессивные и тревожно-фобические расстройства при отсутствии консультации психиатра остаются недиагностируемыми, а терапия необоснованной. Отмечаемая в последнее время в детской психиатрии и неврологии замена нозологического диагноза на синдромальный уводит клиническую мысль врача от поиска истинной причины нарушений, в частности, головной боли, и препятствует этиопатогенетическому лечению.

Выводы. Клинический подход к пациенту с длительной ГБН должен ориентироваться на выявление психопатологических расстройств с использованием стандартизированных шкал. Учитывая, большие трудности при диагностике психопатологии в детском возрасте, для оказания последующей адекватной фармако- и психотерапевтической помощи, особенно в случаях хронификации ГБ требуется консультация психиатра. Данная работа высветила необходимость междисциплинарного изучения связи между ГБН и психопатологическими симптомами, разработки диагностического алгоритма и стандартов медицинской и психотерапевтической помощи детям.

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Гранкина И.В., Иванова Т.И., Крахмалева О.Е.

Омск, БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»

Нарушения поведения в детско-подростковой среде обнаруживают за последние десятилетия тенденцию стремительного увеличения и представляют собой проекцию всех тех проблем, которые накопились в обществе, требуют своего безотлагательного решения. При этом характер нарушений поведения у детей и подростков может быть самым разнообразным. Чаще всего они проявляются в противоположных действиях, игнорировании существующих требований и порядков, пьянстве и алкоголизме, сексуальной распущенности, бродяжничестве, употреблении наркотических и токсических веществ, суицидальных тенденциях. Вышеуказанные тенденции актуализируют проблему оказания психокоррекционной и реабилитационной помощи детям с нарушением поведения.

Изменения поведения из «нормального» в отклоняющееся не происходит внезапно или скачкообразно. Эти изменения имеют свою динамику, колебания, замедление и ускорение и обусловлены ни какой-либо одной причиной, а сложным взаимодействием многих факторов, из которых можно выделить два основных – биологический и социальный («почва» и «среда»).

«Почвой», способствующей возникновению нарушений поведения, являются индивидуальные особенности личности ребенка, т.е. его темперамент, состояние нервной системы, ее недостаточность, приводящие к неравномерности развития различных психических функций. Для детского и подросткового возраста характерны специфические реакции, которые при неблагоприятных средовых условиях могут приводить к нарушениям поведения (так, реакция эмансипации может лежать в основе побегов из дома и школы, аффективных вспышек, направленных на родителей, учителей, а так же в основе асоциальных поступков).

Кроме этого одним из факторов возникновения нарушений поведения, тревожности и агрессивности – является ближайшая общественная среда, малая группа, семья – так называемый социальный фактор или «среда».

Большое место среди причин, приводящих к нарушениям поведения, занимают и искаженные семейные взаимоотношения. Следует выделить такие факторы негативных межличностных отношений, как враждебность, недоверие, безразличие, игнорирование ребенка. Такие взаимоотношения, условно названные формальными, возникают в случаях, когда родители представляют слишком узко

выполнение родительских функций: одеть, накормить, проконтролировать. Негативный характер родительско-детских отношений открыто выражается во взаимном раздражении, грубости, непослушании, безразличии, приступах агрессии. Но негативные отношения в семьях могут приобретать и скрытые формы. И тогда нарушения поведения детей являются индикатором нарушенных семейных отношений.

На базе детского стационарного отделения Омской клинической психиатрической больницы, с использованием опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1990) были изучены особенности воспитания детей, находящихся на стационарном лечении с нарушениями поведения.

Из типов неправильного воспитания в семьях детей, госпитализированных в наше отделение, наиболее часто встречается воспитание по типу гипоопеки. В крайнем выражении – это полная безнадзорность, социальная и педагогическая запущенность, так называемые «дети улицы». Возникающая у здорового ребенка, она не имеет болезненной основы, но может приводить к деформации личности.

Кроме этого часто приходится сталкиваться со скрытой гипопротекцией, когда контроль над ребенком носит формальный характер.

В противоположность гипопротекции встречается тип воспитания направленный на то, чтобы ребенок стал таким, каким его видят родители, без учёта возможностей ребенка. Чаще всего это нереализованные амбиции родителей, которые предъявляют к ребенку чрезмерно завышенные требования. При этом в семье отсутствует эмоциональная теплота, нет сопереживания, редко поощрение и принятие.

Кроме этого выявлено, что огромную роль в возникновении нарушений поведения играет школьная неуспеваемость, которая может быть связана с интеллектуальной недостаточностью, нарушением активности и внимания, неправильно организованным процессом обучения, не учитывающим индивидуальные особенности ребенка, его темперамент, состояние нервной системы.

Всё выше указанное приводит к стойкой школьной и полной социальной дезадаптации и является причиной обращения к психиатру и госпитализации в отделение.

Коррекция нарушений поведения и их профилактика является комплексной и включает в себя воздействие на два звена – биологическое и социальное.

Помимо мер медицинского характера, направленных на клиническую компенсацию состояния, данный контингент нуждается в педагогической коррекции, а их семьи в социально-психологической помощи. При выявлении у пациентов признаков органического поражения ЦНС – истощае-

мости, нарушение концентрации внимания, памяти, эмоциональной неустойчивости. Проводится активное медикаментозное лечение – ноотропами, вазоактивными препаратами, витаминами, дегидратирующими средствами. Если за нарушениями поведения скрываются признаки психического заболевания, роль лекарственной терапии становится ведущей, а воспитательно-педагогическая работа – вспомогательной.

Комплексное обследование детей с интеллектуальной недостаточностью позволяет определить степень умственного недоразвития, что влияет на выбор оптимальной для ребенка программы и формы обучения.

В отделении работает полипрофессиональная бригада специалистов, в которую входят медицинские работники и специалисты по социальной работе, что дает возможность решить все проблемы пациентов, включая и социальные вопросы.

Большое внимание уделяется правильной организации деятельности пациентов – дозирование учебной нагрузки, смена видов занятий.

Дети посещают занятия в классе, обучение проходит по общеобразовательным и коррекционным программам с учетом индивидуальных возможностей, разрабатываются программы индивидуального сопровождения.

Работа с каждым ребенком, динамическое наблюдение, обследование, проводимые беседы позволяют выделить черты, особенности личности, которые помогают в становлении социальных форм поведения.

Большая работа проводится с родителями, оформлены информационные стенды, проводятся психообразовательные группы. Много внимания уделяется вопросам психосоциальной реабилитации. В отделении функционирует совет самоуправления из пациентов отделения. Дети помогают в уходе за детьми младшего возраста, выполняют трудовые поручения, участвуют в подготовке культурно-досуговых мероприятий, утренников, спектаклей. В процессе такой деятельности ребенок обучается социальным формам реагирования, взаимопомощи, коллективному общению. В ходе повторных встреч с родителями разъясняются причины нарушений поведения у детей, психокоррекционная работа специалистов отделения направлена на создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях детей с отклонениями в психической сфере, формирование положительных установок в сознании родителей.

Один из важнейших факторов, определяющих эффективность семейной системы в реабилитации ребенка – реалистичное отношение родителей к ребенку, к его возможностям и способностям.

Очень важно донести до родителей, что самым надежным способом борьбы с отклонениями в поведении детей является предостережение их от от-

клонений, стремление не допустить дезадаптации. Детям необходимо внимание и наблюдательность, тактичность, требовательность и систематический контроль. Нельзя позволять укрепиться отрицательным реакциям у ребенка. Психокоррекционную работу следует проводить как можно раньше, ведь ребенок легко поддается влиянию и легче в таких случаях активизировать его внутренние силы для преодоления нарушений поведения.

ДИАГНОСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Гречаный С.В.

Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО СПбГПМУ
Минздрава России

Возрастное своеобразие клинических проявлений подросткового алкоголизма в практической работе часто не позволяет их отличить от специфических пубертатных поведенческих реакций, что существенно затрудняет диагностику начальных симптомов зависимости. Представляется сложным также установление точных сроков начала заболевания и его стадийности. Целью исследования явилась изучение распространенности симптомов алкогольной зависимости у подростков, значимых для ее клинической диагностики и оценки тяжести течения болезни. Обследовано 57 подростков (средний возраст $15,42 \pm 1,209$ лет) с диагнозами «Синдром зависимости от алкоголя» (F 10.21), «Состояние отмены» (F 10.21), «Употребление с вредными последствиями» (F 10.1).

Средний возраст начала употребления алкоголя составил $13,16 \pm 0,966$ лет, у девушек достоверно раньше, чем у юношей ($p < 0,05$). Средняя продолжительность заболевания в целом у пациентов составила $2,26 \pm 1,078$ лет. Началу употребления алкоголя у всех обследованных пациентов предшествовали симптомы расстройств поведения (гиперкинетическое, социализированное, несоциализированное по МКБ-10). Среди проявлений последних во всех случаях преобладали грубые нарушения семейных и школьных правил поведения в виде прогулов, ночных побегов из семьи, длительных отсутствий, побегов из интернатов. Употребление алкоголя всегда носило групповой характер и происходило в рамках отклоняющегося поведения как в аспекте нарушения границ дозволенного в данном возрасте, так и в отношении сопутствующих алкоголизации поступков и поведенческих стереотипов.

У 40 пациентов (70,2%) регулярному потреблению алкоголя предшествовали неоднократные случаи использования других психоактивных веществ или их сочетания. Чаще использовались каннабиноиды (32 чел.), стимуляторы типа «скорость» (11 чел.), летучие растворители (морилка, «Карат»)

(13 чел.). 9 пациентов сочетали систематическое употребление алкоголя с относительно регулярным приемом других психоактивных веществ.

Большинство употребляемых подростками напитков были малоалкогольсодержащие. Практически все пациенты указали на использование джин-тоника в суточной дозе 0,5-4,5 л. Гораздо реже употреблялось пиво (22 чел.). 41 пациент (71,9%) сообщил об употреблении «крепких» напитков с толерантностью от 0,3 до 0,5 л. Употребление «крепкого» алкоголя обычно отмечалось спустя 1-2 года от начала систематической регулярной алкоголизации. Около половины пациентов (28 чел.) на момент обследования сообщили о эйфорической картине опьянения («становилась более общительной», «легче разговаривать с людьми»). У более половины (33 чел.) отмечались также и тяжелые формы опьянения («до полного отключения»). 24 пациента сообщили о измененных формах опьянения дисфорического («срывало башню... вела себя очень буйно») и амнестического типов («другие видели..., я не помню»). Особого внимания заслуживают отмечавшиеся у 10 девушек аутоагрессивные действия, связанные с дисфорическими или депрессивными формами опьянения.

Одним из наиболее часто выявляемых анамнестических симптомов формирующегося алкоголизма явился систематический характер алкоголизации. Несмотря на отсутствие полноценной критичности в отношении своего заболевания и отдельных его симптомов большинство пациентов (35 чел., 61,4%) могли довольно точно назвать сроки начала регулярной выпивки и даже констатировать ее чрезмерность («много пью с лета...», «пью постоянно последний год, перестала ходить в школу»). Во всех упомянутых случаях это перекликалось с формальным желанием прервать употреблением алкоголя и получить помощь. Часть пациентов (9 чел.) признавали у себя «неотвязный» характер желания выпить. Переход к регулярному злоупотреблению больные связывали со сложившимися жизненными обстоятельствами, определявшими ослабление контроля за поведением подростка (побег из интерната, прогулы школы). При этом некоторые пациенты сообщили о влиянии на регулярную алкоголизацию старших сверстников («пила с бывшей девушкой брата, когда его посадили»). Симптом систематической алкоголизации явился подчас единственным субъективно признаваемым чувством возможной болезни, а также служил поводом для диалога с пациентом. Признание наличия заболевания носило предположительный характер, чаще формулировалось в сравнительной степени («так много пить нельзя...» и др. и выявлялось при осторожном расспросе. Сформулированная проблема в более жесткой формулировке приводила к полному отрицанию заболевания и каких-либо его симптомов. Таким образом, мы видим отличительные особенности ал-

когольной анозогнозии уже на ранних этапах формирования болезни в подростковом возрасте.

Практически у всех пациентов отмечалась в целом высокая толерантность к алкоголю, о чем свидетельствовали большие дозы употребляемых на момент обследования алкогольных напитков (джин-тоник - 1,5-4,5 л, водка - 0,3-0,5 л). Однако динамический аспект формирования толерантности выявить в полной мере не удавалось. Подростки, как правило, сообщали, что данное количество алкоголя они употребляли «с самого начала».

Алкогольный абстинентный синдром был сформирован в разной степени у 9 пациентов (15,8%). Среди его симптомов чаще всего встречалась (в порядке перечисления): бессонница; вегетативные нарушения (приступы озноба-жара, тахикардия, полидипсия, рвота, диспепсия и др.); аффективные расстройства (колебания настроения дистимического, депрессивного, тревожного, дисфорического типов); неврологические симптомы (крупноразмашистый тремор, судорожные приступы). У 4 пациентов отмечались однократные эпизоды алкогольных психозов в виде делириозного синдрома (более или менее выраженного). Так, больная М. через 3 дня после «сильного запоя» отмечала у себя следующие жалобы: «исчез сон, вообще не спала», стала «раздражительной», «нервной», было «неспокойно» на душе, «сильно стучало сердце», был постоянный страх («не могла перейти дорогу»), сильно тряслись руки («не подмести пол»). В дальнейшем тревога нарастала («звонки в дверь - хотят убить»), ночью видела, как «в комнату входила покойная мама». В другом случае у больной К., 17 лет, через день после сильной выпивки, «постоянно тошнило», двое суток не могла заснуть, «сильно стучало сердце, особенно к вечеру», была потливость, «бросало в жар». На фоне всех этих жалоб стала «мнительной», ушла из дома, так как «все обвиняли».

Таким образом, на основании представленного материала можно сделать следующие общие выводы: 1) проявления алкогольной зависимости у подростков формируются в общем контексте отклоняющихся форм поведения, которые, составляя на первом этапе единое целое с «алкогольным» поведением, являются стойким признаком личностной дезадаптации. Расстройства поведения служат ведущим поводом для госпитализации алкогольных пациентов в случае, когда клинические проявления алкогольной зависимости маскируются поведенческими «проблемами»; 2) при подростковом алкоголизме этанол редко является первым и единственно употребляемым психоактивным веществом; 3) у обследованных пациентов выявлялась высокая частота измененных форм опьянения. В зависимости от этапа заболевания их можно рассматривать, по-видимому, или как проявление возрастной реактивности, или как признак тяжести течения алкоголизма; 4) полное отрицание объек-

тивных проявлений заболевания как специфическая для алкоголизма форма реакции личности на болезнь достаточно выражена уже в подростковом возрасте. Присутствующее у некоторых пациентов «чувство» болезни связано с осознанием систематического характера употребления алкоголя и переживанием тягостности этого; 5) наличие у ряда пациентов развернутого алкогольного абстинентного синдрома, сформированного в течение первых нескольких лет болезни, а также более или менее выраженного делириозного алкогольного психоза однозначно говорят о встречаемости злокачественной формы алкоголизма в пубертате.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ ИСКАЖЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ БЕСПРИЗОРНЫХ ДЕТЕЙ

Данилова Л.Ю.

Москва, РМАПО

Действительность обнаруживает незащищенность и высокую подверженность насилию детей со стороны взрослых. Кризис нравственности, неустойчивость семейной структуры, размытость прав и обязанностей родственников по отношению друг к другу способствуют увеличению случаев жестокого обращения и пренебрежения нуждами ребенка. Внутрисемейное насилие носит многолетний характер с повторением деструктивных эпизодов, протекает на фоне равнодушия родственников и невмешательства посторонних. Зависимое положение, невозможность обретения защиты в семье, постоянное чувство страха или унижения искажают базисное мировосприятие ребенка, приводят к психологическим и психопатологическим нарушениям. Страдает социальное созревание, искажается формирование самой личности ребенка. Взрослея, дети воспроизводят аномальные паттерны родительского поведения и собственные девиации, что ведет к формированию замкнутого круга: родители с недостаточностью/искажением контактов внутри семьи – дети–жертвы насилия – родители с личностными и эмоциональными искажениями – дети–жертвы и т.д.

Цель исследования. Изучение отклонений в психическом развитии беспризорных детей и разработка мер коррекции нарушений формирования их личности.

Материал и методы. Обследованы 410 детей 3–14 лет, получивших помощь в одном из московских приютов. Использовались клинический (психопатологический и патопсихологический) методы диагностики и наблюдения; оказывалась социальная помощь, общесоматическое лечение, психотерапия и психофармакотерапия.

Результаты и их обсуждение. Исследование выявило, что в основе детской беспризорности лежит феномен «социального сиротства», т.к. круглыми сиротами были лишь 8% детей, в то время как 50% имели хотя бы одного родителя, а 42% - даже обоих родителей, не лишенных родительских прав. Причины помещения в приют: изъятие из семьи органами опеки вследствие алкоголизации или наркотизации родителей с асоциальным образом жизни, антисанитарией и голоданием детей – 35,5%, «потеря» ребенка на вокзале, в магазине без активных попыток родителей разыскать его в течение недель-месяцев – 26,5%, собственно бродяжничество детей при отсутствии контроля родителей – 14,5%, безнадзорность в результате внезапной смерти или помещения единственного родителя в больницу (включая психиатрические и наркологические стационары) – 9%, уход ребенка из семьи как протестная реакция в остром или затяжном конфликте с кем-либо из родных – 8,5%, лишение квартиры после неудачных финансовых операций родителей – 6%.

Психолого-психиатрическое исследование беспризорных детей выявило редкость случаев психического здоровья (6%), равно как очерченных случаев душевных заболеваний (7%) и олигофрении (11%) при высокой частоте психических нарушений пограничного круга (76%). В структуре последних преобладали задержки психоречевого развития (39%), последствия органического поражения ЦНС (27%), варьировавшие от легкого нарушения когнитивных функций с неврозоподобной симптоматикой до СДВГ и психоорганического синдрома, а также патохарактерологические реакции (29%) с аффективной взрывчатостью, истероформностью или отгороженностью от окружающих; «чистые» психогенные расстройства (депрессии, невротические состояния, ПТСР) выявлялись редко (5%).

У всех попавших в приют детей наблюдались специфические нарушения, коррелировавшие с длительностью безнадзорности и возрастом, на который пришлось начало безнадзорности, что позволяло расценить их как депривациогенные девиации. Наиболее типичными были: 1. недифференцированность эмоционального отношения к взрослым, проявлявшаяся в виде: а) диффузной агрессивной оппозиционности, б) пассивной отгороженности с легким возникновением реакции торможения, глубина которой могла достигать элективного мутизма, обращенного на взрослых; 2. несформированность навыков к совместной деятельности со сверстниками, включая игровую; 3. отсутствие интереса и редкость типичных детских игр в «дом», «дочки-матери» и т.п. с игровым воспроизведением эмоциональных связей и социальных функций членов семейной микрогруппы; 4. недоразвитие высших социальных эмоций (жалости, сочувствия, сопереживания) со злорадством при неудачах других детей; 5. ориентировка не на гуманистические ценности, а

на культ силы с проявление собственной агрессии как предпочтительного способа разрешения конфликтов; 6. неспособность к длительной целенаправленной деятельности, требующей постоянных волевых усилий (особенно к интеллектуальной работе), с проявлением патохарактерологических реакций отказа у малышей, активного протеста или рентных установок у подростков; 7. превалирование бытовых интересов, связанных с примитивными сиюминутными развлечениями и удовлетворением мощного пищевого влечения.

Всем воспитанникам приюта оказывалась социальная защита, материальная помощь и лечение. Социальная защита заключалась в изъятии из семьи и ограждении от насилия взрослых при сохранении прав на жилье, образование и медицинские услуги вне зависимости от родительских установок. В рамках материальной помощи предоставлялось жилье, питание, одежда, обувь, школьные принадлежности, игрушки, посещение театров, т.п. Всем поводилось соматическое лечение. Большинство детей нуждались в психологической коррекции и психотерапии, а в ряде случаев – в психофармакотерапии.

Психокоррекция начиналась с ненавязчивого контакта взрослого с ребенком, с формирования ощущения безусловного предоставления необходимой защиты. Эмоциональное успокоение и установление доверительного контакта позволяло начать лечебную педагогику и психотерапию. Для детей школьного возраста наиболее эффективными были групповая и индивидуальная бихевиоральная терапия, модифицированная с учетом возраста арт-терапия, а для детей дошкольного возраста – игровая и сказкотерапия; при этом в сказкотерапии предпочтительно необходимо было отдавать бытовым, а не оторванным от повседневной социальной жизни фантастико-мистическим сюжетам. Гипнотические и релаксационные техники при групповой форме лечения оказались несостоятельными из-за биологических особенностей этой группы детей (моторная расторможенность, слабость образного мышления) и ограниченно использовались в единичных случаях индивидуальной терапии.

По мере прохождения реабилитационного курса постепенно появлялось дифференцированное отношение к окружающим, формировались социальные эмоции, навыки социально-ролевого поведения. Тем не менее, у ряда детей сохранялась недостаточная глубина и тонкость эмоциональных связей при внешней легкости общения, в выборе партнера проявлялась ориентация на формальные и рационально-конформные ориентиры с позиции «выгодно-невыгодно», сохранялась социальная пассивность и рентные установки (обычно при раннем начале и большой длительности безнадзорности).

В психофармакотерапии нуждались около половины детей. Дети с ЗПР и резидуально-органическими нарушениями ЦНС получали нейропро-

текторы, с СДВГ – страттеру и ноотропы. При аффективных фазах органической или эндогенной природы, особенно в случае типичного для возраста дисфорического окрашивания переживаний, вводился финлепсин. Лечение депрессий и ПТСР включало назначение антидепрессантов и анксиолитиков. «Большие» нейрорептики использовались в единичных случаях психозов до перевода детей в профильный стационар, «малые» применялись чаще – при психопатоподобных нарушениях поведения в рамках формирующейся психопатии или СДВГ. Антидепрессанты и нейрорептики назначались лишь при неэффективности ПТ помощи.

Выводы: Социальное сиротство нарушает нормальное созревание и структурирование личности ребенка. В патогенезе психических девиаций беспризорных лежит переплетение биологических (конституциональных, органических) и социальных (депривациогенных) факторов. Успешное лечение и адаптация также должны строиться на сочетании социальных, психологических и биологических методов помощи и коррекции. Комплексная помощь позволяет эффективно компенсировать дизонтогенетические нарушения и искажения личностной структуры.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПЕРВИЧНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЕТИ В ВОПРОСАХ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Емцова Ю.В.

Тольятти, ГБУЗ СО Тольяттинский
психоневрологический диспансер

Одним из определяющих и диагностически важных признаков синдрома детского аутизма является появление симптомов в возрасте до 1-2,5 лет. К детским психиатрам дети с такими расстройствами как правило обращаются позднее - в возрасте от 3 до 5 лет, а до этого периода попадают в поле зрения врачей-интернистов (педиатров, неврологов), которые в силу своей специализации и недостатка знаний психопатологии не диагностируют психических нарушений в раннем возрасте.

Целью сообщения является представление опыта детской психиатрической службы города Тольятти (Самарская область) в реализации программы по распространению специальных знаний и навыков по диагностике психических нарушений раннего развития в первичном медицинском звене (амбулаторно-поликлинической службе города).

Результаты проведенной работы свидетельствуют о необходимости включения в систему образовательной подготовки педиатров и детских неврологов вопросов диагностики психических

нарушений в раннем детском возрасте (0-3года) и совершенствования взаимодействия и преемственности с детской психиатрической службой.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ
КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ
У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Забозлаева И.В., Малинина Е.В.,
Саблина Т.Н., Сединкин А.А.**

*Челябинск, Челябинская область, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»,
ГБУЗ «Челябинская областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1»*

Цель исследования: изучить динамику коммуникативных нарушений у детей школьного возраста с расстройствами аутистического спектра при комплексной коррекции.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 32 пациента в возрасте от 7 до 10 лет, которые проходили обследование и лечение на кафедре психиатрии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ЮУГМУ и в детских клинических отделениях ОКСПНБ №1. Критерием включения были общие расстройства психического развития рубрика F 84 (МКБ – 10) с типичными (синдром Каннера, F 84.0), атипичными формами (F 84.1) аутистических расстройств и с синдромом Аспергера (F 84.5). Для оценки состояния пациентов использовались клиническое и клико-анамнестическое обследование, рейтинговая шкала степени выраженности аутистических проявлений и поведенческих нарушений The Childhood Autism diagnostic Scale (CARS) (E.Schopler, R Reichler, B.R. Renner, 1988), шкала общего клинического впечатления (Clinical and Global Impressions Scale (CGI)).

Коррекционные мероприятия проводились полипрофессионально: с участием психиатра, психотерапевта, психолога, логопеда, дефектолога, педагога и были направлены на развитие коммуникативных навыков, игровой деятельности, моторики. Одним из коррекционных методов являлась психотерапия, которая осуществлялась с применением техник поведенческой групповой и игровой терапии. При нарастании агрессии, импульсивности, возбуждения в поведении применялась медикаментозная терапия с использованием типичных и атипичных нейролептиков. Коррекционные мероприятия проводились на протяжении всего учебного года, за исключением периода каникул. Все пациенты находились под наблюдением с 2009 по 2012г.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина была представлена трудностями общения в школьном коллективе из-за особенностей коммуникативных взаимодействий. По данным шкалы

CARS у 25 детей уровень выраженности аутизма достигал критерия «выраженный аутист», состояние таких детей квалифицировалось как детский и атипичный аутизм, у 7 детей с синдромом Аспергера соответствовал «мягкому» или «умеренному». Тяжесть проявлений по шкале CGI соответствовала умеренно выраженным и составляла 3-4 балла. Пациенты обучались по программам VII и VIII вида в зависимости от уровня интеллекта с индивидуальным подходом, но из-за особенностей поведения (нарушений коммуникативных навыков общения, неумения участвовать в играх, отстраненности, агрессивности, замедленности темпа реакций, сверхценных увлечений односторонними интересами и их навязыванием другим детям) возникали проблемы с дальнейшим обучением в классе, вплоть до перевода на домашнее обучение, тем самым еще более усложняя социальную адаптацию детей с расстройствами аутистического спектра.

Медикаментозная терапия была направлена на редукцию симптомов аутистического спектра, в первую очередь изменения поведения со снижением агрессии, самоповреждений, уменьшением импульсивности. Дети становились спокойнее и лучше реагировали на обращенную речь, понимали и выполняли инструкции, уменьшалось проявление стереотипных действий, движений, тем самым облегчая «принятие» детей в обществе. Лекарственная терапия улучшала и проведение психотерапии, в ходе которой пациенты учились понимать правила взаимоотношений среди сверстников, обучались умению слушать и договариваться друг с другом, не навязывая свою точку зрения, участвовать в простых активных детских играх. Психотерапевтические занятия детей с расстройствами аутистического спектра строились таким образом, что им необходимо было подробно объяснять очевидные вещи, связанные с пониманием взаимоотношений в социуме. Учитывая особенности этих детей, им было позволено «побыть одному» в стороне от группы в течение некоторого времени.

Занятия проводились с обязательным подключением родителей, т.е. велась обратная связь с целью динамического наблюдения изменений поведения в семье, в школе. По возможности давались дифференцированные рекомендации для учителей так, дети с синдромом Аспергера могли бы привлекаться с выступлениями в виде коротких сообщений на уроках, на темы, к которым они имеют повышенный интерес, участвовать в олимпиадах. Пациентам с другими формами аутизма давать возможность занять себя на переменах делами которые им интересны, если не получается участвовать в совместных играх.

Катамнестическое наблюдение в течение 3-х лет показало, что большинство детей проходившие комплексный коррекционный курс продолжили обучение в школе. Трое детей были переведены на

домашнее обучение из-за выраженности аутистических симптомов (негативизм в общении, выраженная аффективная возбудимость, снижение школьной успеваемости), не позволяющих им удерживаться в коллективе сверстников.

Выводы: таким образом, комплексная коррекция является одним из эффективных способов адаптации детей с расстройствами аутистического спектра к условиям школьной среды, позволяет улучшить общение среди сверстников и продолжить дальнейшее обучение.

НОВЫЕ ФОРМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ПСИХИЧЕСКОМ И ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ НА ПРИМЕРЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДДИ № 4 Г. ПАВЛОВСК, СПБ

Завьялова Т.И., Ковалева Т.С.,
Полман-Горлова Т.А., Агишев В.Г.

Санкт-Петербурга, СПбГАУ, «Школа Фермерского Хозяйства и Агробизнеса», СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова», Нидерланды, Благотворительный фонд «Милосердие»

Благотворительный некоммерческий проект разработан и создан по инициативе благотворительного фонда «Милосердие» (Нидерланды), ООО «Школа фермерского хозяйства и агробизнеса» и осуществлялся силами студентов и преподавателей Санкт-Петербургского государственного аграрного университета, студентов-волонтеров Вагененского университета (Нидерланды) при консультационном содействии психиатрической службы больницы №3.

Цель проекта гуманитарная: найти пути адаптации детей и подростков с ограниченными возможностями к труду в агрономической отрасли, заинтересовать и приобщить их к работе с растениями и в дальнейшем быть полезными в обществе.

Задача проекта: создать на территории интерната экологический сад с большим разнообразием овощных, плодовых и цветочных культур, где дети и студенты могли бы работать вместе. В процессе общения воспитанники могли бы получить агротехнические навыки, расширить свой кругозор, а выращенные экологически чистые овощи и плоды использовать в дополнительном питании.

Методы работы: обучение практическим навыкам работы на земле при тесном контакте со студентами и специалистами с использованием оригинальных наглядных пособий, живых в игровой форме занятий в специально оборудованном видеотехникой классе, коллекцией растений, экскурсий в специализированные сельскохозяйственные предприятия, парки.

Материалы работы. В проекте участвовало более 50 детей и подростков разных подростковых групп, большинство из которых нуждались в периодическом лечении в психиатрической больнице, 38 студентов, 6 аспирантов, более 25 специалистов сельского хозяйства.

Проект начался 13 лет назад на заброшенной территории. За эти годы общими усилиями была разработана и освоена земля на площади около 1 га, посажено более ста декоративных деревьев и кустарников, плодовый сад, 150 кустов ягодных культур, построено 3 теплицы. В настоящее время ежегодно выращивается более 30-ти овощных, 40 цветочных, 15-ти пряных и лекарственных видов культур.

Преподаватели разработали научно-обоснованную систему огородничества, при работе использовали методы и способы получения ранних салатных овощей, конвейерное их поступление в течение сезона, раннего урожая картофеля и корнеплодов. Применялись только биологические методы защиты растений от вредителей и болезней.

Дети научились распознавать растения, выращивать рассаду и саженцы, ухаживать за посадками, сохранять и перерабатывать урожай, составлять цветочные композиции. Между ними и студентами складывались очень доброжелательные, дружеские и партнерские отношения, сохранившиеся у некоторых до сих пор.

Была разработана и внедрена специальная программа трехлетнего обучения детей инвалидов. Это в конечном итоге привело к тому, что 25 воспитанников смогли окончить профессионально-реабилитационный лицей и получили сертификаты по специальности «Цветовод», успешно выполнив и защитив квалификационные работы на базе своего интерната.

Специально для этого проекта коллективом ученых СПбГАУ (Т.С.Ковалева, Т.И.Завьялова и др.) издано учебное пособие «Огород своими руками».

В итоге особо следует отметить:

- целенаправленное общение детей с землей и растениями способствовало частичному оздоровлению психики и преодолению комплекса неполноценности;
- возможность использования приобретенных навыков для дальнейшего применения их в жизни;
- важный социальный аспект – взаимное обогащение студентов и воспитанников детского дома: расширение кругозора, создание взаимной дружеской обстановки равноправия, а у студентов совершенствование профессионализма, воспитания чувства милосердия и ответственности перед слабыми, незащищенными детьми.

По итогам деятельности участники благотворительного проекта были названы победителями в районном конкурсе Пушкинского района Санкт-Петербурга «Доброволец» за 2011 год по четырем номинациям.

Практика показала, что дети с отклонениями в здоровье вполне способны воспроизводить приобретенные навыки и готовы самостоятельно проводить некоторые виды агрономической деятельности.

Разработанная и внедренная специальная методика показала свою положительную действенность и результативность и может быть использована в реабилитационной работе.

**О МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ
К РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ
НЕМЕДИЦИНСКОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ
НАРКОТИКОВ И ОКАЗАНИЮ
ЭФФЕКТИВНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ**

**Ибрагимова М.В., Чернобровкина Т.В.,
Сатторов Р.С.**

*Филиал № 4 (НД № 4) ГКУЗ Московский
научно-практический центр наркологии ДЗМ*

Здоровье подрастающего поколения, в частности, состояние здоровья призывников, является одной из приоритетных задач здравоохранения России. В связи с этим Министерством здравоохранения диспансеризация допризывников была включена в качестве одного из компонентов в приоритетный национальный проект России «Здоровье». Эта инициатива была поддержана Министерством обороны России. Правительством Москвы была разработана и принята Концепция допризывной подготовки молодежи в г. Москве до 2020 года. В документе подчеркивалось неудовлетворительное решение проблемы подготовки молодежи к военной службе, требующее качественных изменений в системе допризывной подготовки молодежи. Так, в Москве в 2009 г. по результатам обследования более 94 тыс. чел. негодными к военной службе были признаны 39,8%, в т.ч. временно негодными – всего 2,4%. Особенное внимание в Концепции уделено проблеме психических расстройств и заболеваний, из-за которых ежегодно из контингента уже призванных на службу в ВС отсеивается до 16%. Обращается внимание на то, что в последние 5 лет на треть возросло число впервые выявленных подростков 15-17 лет, больных алкоголизмом, и на четверть – наркоманией. В итоге «значительная часть молодых людей, призванных на военную службу, не справляется с физическими и морально-психологическими нагрузками первых месяцев военной службы ...» [<http://www.gzt.ru/addition/-kontseptsiya-doprizyvnoi-podgotovki-molodezhi-v-/292358.html>]. По данным МО и Главной военной прокуратуры РФ, значительное число призывников признаны ограниченно годными или негодными к военной службе из-за употребления психоактивных веществ, а «в при-

зывных комиссиях привычным становится диагноз наркомания» [Шутко Г.В., Диденко Е.С. // Наркология.- 2013. – С.63-72].

В Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 г. разработан План мероприятий по созданию системы профилактики немедицинского потребления ПАВ и совершенствования системы оказания наркологической помощи населению. В частности, в проекте программы «Противодействие незаконному обороту наркотиков» предусмотрены комплексные меры по раннему выявлению наркопотребления среди учащихся школ, студентов, лиц опасных профессий, военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов, а также и унификация методологических подходов для этой цели [2]. Отсюда вытекает задача пересмотра действующей организационно-методической модели первичной профилактики и оказания помощи детям и подросткам групп риска, в т.ч. лиц допризывного возраста, что составляет элементы осуществляемой в стране реструктуризации наркологической службы.

Целью настоящего исследования было изучение функционального состояния внутренних органов и систем, являющихся мишенями при пагубном употреблении и злоупотреблении ПАВ, у юношей допризывного возраста в условиях амбулаторного отделения окружного НД мегаполиса. Для совершенствования профилактической работы с представителями групп риска всех возрастных категорий населения и особенно – среди детей и подростков, в последнее время наряду с традиционными подходами в изучении распространенности употребления ПАВ и зависимости от них используются и не прямые эпидемиологические исследования (подходы), позволяющие объективно оценить реальную ситуацию и целенаправленно развивать стратегию ранней профилактики с учетом региональных, культуральных, половозрастных и других особенностей. К их числу относятся методы биохимической диагностики, выявляющие в биологическом материале, в отличие от скринингового тест-контроля, не непосредственно сами ПАВ или их метаболиты (что возможно только в состояниях интоксикации или постинтоксикации), а последствия скрываемого употребления ПАВ на медико-биологическом уровне. Эти последствия представляют собой ранние адаптационно-метаболические перестройки в организме на этапах эпизодического приема, относительно специфические для алкоголя, наркотиков и других ПАВ, и признаки формирующегося «наркоманического гомеостаза» и поэтому могут с полным основанием рассматриваться как объективно измеряемые критерии, альтернативные и дополнительные к известным методам допинг-контроля. Принципиальная новизна и важность такого орг-методподхода к оценке и прогнозированию эпидемиологической ситуации

детско-подростковой наркотизации заключается в ранней объективной оценке потенциального риска развития не только сугубо наркологических расстройств и заболеваний и связанных с ними особо опасных инфекций (гепатитов, ВИЧ-инфекции), но также и спектра неинфекционных, индуцированных приемом ПАВ, сомато-неврологических осложнений – токсических миокардитов и кардиопатий (например, гипоэргия или перенапряжение миокарда), морфофункциональных нарушений поджелудочной железы (включая подострые или хронические расстройства и заболевания, преддиабетический статус), почек и мочевыводящей системы, общей резистентности (ОР), функций ГЭБ и ткани мозга [3].

В течение последних 5 лет проводили комплексное клиническое, лабораторное и психологическое исследование детей и подростков от 7 до 18 лет, муж. пола (n=850), обучающихся в учебных заведениях города или живущих в детдомах, а также подростков, состоящих на учете в детской комиссии полиции, или направляемых в НД военкоматами, или поступающих на консультацию из других ЛПУ (ненаркологического профиля), и подростков, обращающихся в НД за справкой о состоянии здоровья. Обследуемые распределялись на две группы: а) группа высокого риска развития аддикции (замеченных в употреблении ПАВ; детей и подростков из неблагополучных семей и семей, наследственно отягощенных аддиктивными заболеваниями); б) группа сравнения – условно здоровые дети и подростки из относительно благополучных семей, проживающие в нормальных социально-бытовых условиях, без явлений родительской депривации, а также дети и подростки, направляемые из учебных заведений, органов охраны порядка и военкоматов (n=290). У части лиц выявляемые отклонения от возрастной физиологической нормы и патология не обязательно бывают обусловлены приемом алкоголя или неалкогольных ПАВ, а связаны с другими причинами, но у большинства – имеют явное токсическое происхождение вследствие эпизодически или систематически употребляемых ПАВ. У детей и подростков индуцируемые ПАВ адаптационные предпатологические и патологические изменения характеризуются ранним развитием и имеют ряд особенностей, заключающихся в появлении серьезных нарушений и даже декомпенсаторных состояний вследствие незрелости и дисгармоничности растущего организма, что показано в наших предыдущих работах. В результате обследования рутинными неинвазивными методами клинко-биохимического анализа капиллярной крови (по типу «сухой биохимии») и мочи нами были подтверждены ранее разработанные и выделены новые биохимические симптомокомплексы: (гепато-, кардио-, нефро-, панкрео- и энцефалотоксический; смешанный полиорганный; симптомокомплекс сниженной ОР организма). Охарактеризованы синдромы для

диагностики состояний постинтоксикации, зависимости, контроля устойчивости ремиссии, синдрома отмены и предрецидива, чувствительных к интоксикации различными ПАВ органов и систем-мишеней. Разработано научно-практическое руководство, раскрывающее организационно-методическую модель эффективного межведомственного и межпрофессионального взаимодействия специалистов для раннего выявления пагубного употребления ПАВ и оказания профилактической и специализированной наркологической помощи детям и подросткам группы риска, предупреждения развития у них зависимости от ПАВ и неинфекционных коморбидных осложнений, ранней инвалидности, смертности в рамках принятой Правительством России долговременной Программы антинаркотической деятельности.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ В ПОДРОСТКОВО- ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА МАНИФЕСТАЦИИ ЭНДОГЕННЫХ ПРИСТУПООБРАЗНЫХ ПСИХОЗОВ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Каледа В.Г., Голимбет В.Е., Сергеева О.Е.

*Москва, ФГБУ «Научный центр
психического здоровья» РАМН*

Одной из актуальных проблем современной клинической психиатрии является выявление симптомов так называемой «продромальной фазы» шизофрении с выявлением критериев «ультра-высоким» риска развития психоза [Myles-Worsley M. et al., 2007; Yung A. et al., 2010; Chuma J, Mahadun P. 2011] с выделением «синдрома психотического риска» [Correl C., 2010]. Данные исследования ставят своей конечной целью возможность первичной профилактики шизофрении. В связи с наиболее высокой частотой манифестации эндогенных психозов в юношеском возрасте особо актуальным представляется проведение подобных исследований в данном контингенте. Для выявления в подростково-юношеской популяции лиц с высоким риском развития психоза необходимо опираться на установленные психопатологические и патогенетические закономерности, на которые может указать ретроспективное исследование этапов заболевания, предшествующих манифестации.

Целью настоящего исследования является определение ведущих психопатологических и патогенетических особенностей доманифестного этапа у больных с юношескими эндогенными приступообразными психозами (ЮЭПП), анализ его динамики, разработка на основе полученных данных критери-

ев выявления в подростково-юношеском возрасте лиц с высоким риском манифестации психоза.

Материал и методы. Для разрешения поставленной цели была сформирована выборка из 120 больных мужского пола (для исключения гендерных отличий) с первой манифестацией ЮЭПП (F20, F25). Критериями исключения были: начало заболевания в детском возрасте; наличие сопутствующей психической, соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование. Применялись психопатологический, психометрический, патопсихологический, нейропсихологический, молекулярно-генетический и статистический методы.

Результаты и их обсуждение. В процессе проведенного клинико-психопатологического исследования установлена высокая гетерогенность доманифестного этапа у больных ЮЭПП, характеризующаяся неоднородностью конституционально-личностных типов с преобладанием больных с аномалией личностной структуры, а также с отклонениями от нормального раннего онтогенетического развития (51,7%), высокой частотой предшествующих патологических эпизодов (80,8%), преимущественно невротической (23,3%), сверхценной и аффективной структуры (по 19,3%), патологическим течением пубертатного криза (у 42,5%). При сглаженном (10,0%) течении пубертатный криз протекал без свойственных этому возрасту проявлений, а при утрированном (20,0%) течении обращали на себя внимание нарушения поведения по психопатическому типу, включая личностные реакции. У большинства больных (82,5%) отмечался достаточно продолжительный клинически очерченный инициальный этап, амальгамированный с проявлениями пубертатного криза с преобладанием аффективных (35,4%) и негативных (23,2%) расстройств и 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 (I гр.), с психопатией или расстройством личности (II гр.), с псевдопсихопатией (III гр.)

К I группе относились больные с достаточно гармоничным складом личности, аномалия которых не выходила за верхние границы нормы. На инициальном этапе, выявленном в 76,8% наблюдений, доминирующими были аффективные симптомы (51,2%) в виде тревожных субдепрессивных состояний, гипоманиакальных состояний с низкой продуктивностью, а также биполярных континуальных расстройств. Оценка аномалии личности больных II группы основывалась на уровне дезадаптации во всех сферах деятельности больного. Такие больные характеризовались заметной дисгармонией личнос-

тного склада, которая наиболее ярко проявлялась во время кризовых возрастных периодов, испытывали значительные трудности при адаптации к новым условиям окружающей среды. Ранний онтогенез имел черты искаженного, пубертатный криз в 55,2% случаев протекал с патологическими проявлениями. Патологические эпизоды у больных встречались здесь несколько чаще, чем в I гр., и были выявлены у всех изученных больных, их возникновению обычно предшествовали объективно малозначимые психотравмирующие ситуации. Инициальный этап чаще всего характеризовался преобладанием гебоидных расстройств (42,3%) при значительном удельном весе депрессивного аффекта. В III группе аномалии личности были настолько выраженными, что можно было расценить их как «латентное», «скрытое» течение шизофренического процесса или же шизотипическое расстройство. У этих пациентов дисгармония личности проявлялась наиболее сильно, ранний онтогенез был искаженным, патологические эпизоды встречались наиболее часто среди выделенных групп, не были связаны с воздействиями внешней среды.

При молекулярно-генетическом исследовании у больных ЮЭПП генов рецептора серотонина 5-HT_{2A}, переносчика серотонина и мозгового нейротрофического фактора получены данные, подтверждающие клиническую типологию доманифестных состояний и выявляющие важные патогенетические закономерности. Было установлено, что в I гр. больных частота генотипа LL полиморфизма 5-HTTLPR гена переносчика серотонина достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в группе с псевдопсихопатией. У больных II и III 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-HT_{2A}, 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 II и III гр.

Выводы. В проведенном исследовании установлены параметры, позволяющие в подростково-юношеском возрасте выявить лиц с риском манифестации эндогенных приступообразных психозов. К критериям высокого риска относятся: психопатическая аномалия личности с состояниями декомпенсации, при наличии наследственной отягощенности среди родственников первой степени родства, а также псевдопсихопатическая аномалия личности, что необходимо рассматривать как показание для молекулярно-генетического обследования. К критериям «ультра-высокого» риска относятся

параметры «высокого риска» в сочетании с результатами молекулярно-генетического обследования (наличие генотипа СС полиморфизма T102C гена рецептора серотонина и комбинации генотипа LL гена переносчика серотонина с генотипом мозгового нейротрофического фактора, содержащим аллель Met), что является показанием для рассмотрения вопроса о назначении превентивной нейрореплетической терапии в малых дозах [de Koning M. et al., 2009; Schultze-Lutter F., et al. 2010; Yung A., Nelson B., 2011].

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА- ИНТЕРНАТА ДЛЯ ГЛУБОКО УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

Козлов М.А., Малинина Е.В.

Челябинск, Челябинская область, ГСУСОСЗН «Челябинский детский дом-интернат» (для глубоко умственно отсталых детей), ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблема умственной отсталости является одной из наиболее важных проблем современной психиатрии детского и подросткового возраста, поскольку затрагивает не столько клинико-диагностические аспекты, сколько определенные вопросы ограниченности развития, обучаемости, социальной адаптации. Не смотря на достижения пренатальной диагностики, генетического консультирования и раннего выявления нарушений психического развития уровень заболеваемости умственной отсталостью на протяжении многих лет не только не уменьшается, но продолжает расти и приобретает всё большее социальное значение. Показатели распространенности умственной отсталости в мире по данным официальной медицинской отчетности колеблются в широком диапазоне: от 3,04 до 24,6 и выше на тысячу населения. Установлено, что в школьном возрасте, распространенность умственной отсталости составляет 3%. У взрослых эта цифра достигает лишь 1%. Внутри популяции лиц с умственной отсталостью 85% составляют лица с легкими формами, 15% - с более тяжелыми. Большинство исследований на современном этапе касаются детей с легкими формами умственной отсталости, а тяжелым формам уделяется мало внимания, в то же время в учреждениях социальной защиты для психически больных детей количество воспитанников от года к году не уменьшается. В этой связи изучение клинико-психологических и медико-социальных и реабилитационных аспектов умственной отсталости детей-инвалидов является актуальным и перспективным. Своевременная и точная диагностика психических расстройств вообще и умственной отсталости в частности является залогом успешного лечения и социальной адапта-

ции детей и подростков, проживающих в учреждениях социальной защиты.

Представлена организация медицинской помощи детям-инвалидам, страдающих психическими заболеваниями, на примере Челябинского детского дома-интерната (для глубоко умственно отсталых детей). Интернат рассчитан на круглосуточное пребывание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей с психическими заболеваниями, не позволяющими обучаться в школе-интернате для детей с отклонениями в развитии и коррекционных школах.

Контингент пациентов (проживающих) достаточно специфичен и представляет собой в основном детей и подростков, страдающих умственной отсталостью различной степени тяжести. Следует отметить, что учреждение в соответствии с Уставом не является медицинской организацией, а имеет следующие цели и задачи: оказание разносторонней социально-бытовой помощи детям-инвалидам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе и наблюдении; и функции: реабилитационные мероприятия медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечение питанием, уходом и медицинской помощью, организация отдыха и досуга.

Цель работы. Изучить организацию медицинской помощи детям и подросткам с умственной отсталостью, проживающих в учреждениях социальной защиты.

Материал и методы исследования. Изучено 299 детей, проживающих в доме интернате для глубоко умственно отсталых детей, все имели статус ребенка – инвалида. Преобладали пациенты мужского пола – 192 (64,2%), женского – 107 (35,8%). По возрасту обследуемые распределились следующим образом: дошкольников было 46 (15,4%), детей с 7 до 18 лет – 253 (84,6%). Изучение социального статуса показало, что большинство детей интерната были дети, оставшиеся без попечения родителей – 203 (67,9%). Сирот оказалось 14 человек (4,7%), родительских было 66 (22,1%) детей.

Из 299 обследуемых интерната обучаемых было 84 человека (28,1%), это преимущественно дети с умеренной умственной отсталостью (F71), но способные к обучению по программе VIII вида, из них 78 посещают муниципальную школу, а 6 человек обучаются в интернате приходящими преподавателями. Необучаемых оказалось 215 (71,0%) человек, как правило, это дети с F71, F72, F73 по МКБ-10 и сопутствующей тяжелой неврологической и соматической патологией.

Оказание медицинской помощи осуществляется на основании лицензии на медицинскую деятельность № ФС-74-01-001225 от 30.12.2009 г. по следующим направлениям: доврачебная медицинская помощь по диетологии, медицинские осмотры (предрейсовым, послерейсовым), организация

сестринского дела, сестринское дело в педиатрии, физиотерапии; амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, в том числе первичная медико-санитарная помощь по неврологии, педиатрии, специализированная медицинская помощь по психиатрии. В фактическом выражении медицинская служба представлена следующими специалистами: 2 врача-психиатра, 2 врача-педиатра, врач-невролог, медсестра физиотерапевтического кабинета, медсестра по диетическому питанию, постовые медицинские сёстры, работающие круглосуточно и выполняющие все предписанные манипуляции, и обширный штат младшего медицинского персонала, который осуществляет непосредственный уход за воспитанниками учреждения.

Ежедневно проводятся врачебные обходы с выявлением случаев острых и обострений хронических соматических, неврологических и декомпенсации психических заболеваний. То есть осуществляется активное выявление жалоб с проведением осмотров «по обращаемости» и дальнейшим динамическим наблюдением. Если требуется консультация врача-специалиста по каким-либо вопросам, выходящим за рамки компетенции штатных специалистов, то осмотр организуется путём выезда транспортом учреждения в различные лечебно-профилактические учреждения:

Все воспитанники имеют полисы обязательного медицинского страхования, следовательно, могут получать и получают медицинскую помощь в ЛПУ согласно территориальной программе ОМС. При наличии показаний для госпитализации в стационар того или иного профиля оформляется направление врачом учреждения, и воспитанник транспортируется в ЛПУ транспортом учреждения либо бригадой скорой медицинской помощи.

Кроме того, ежеквартально врачами учреждения проводится профилактический осмотр каждого воспитанника с отражением основных моментов в отношении состояния здоровья. Ежегодно, начиная с 2007 г., в соответствии с федеральной программой проводится диспансеризация детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (к которым относятся и воспитанники учреждения). По итогам диспансеризации составляется годовой план диспансерного наблюдения и необходимых лечебно-диагностических мероприятий для каждого воспитанника. Помимо диспансеризации ежегодно проводится углублённый медицинский осмотр всех воспитанников учреждения.

Большинство воспитанников имеет право на получение льготных лекарственных препаратов в соответствии с федеральной программой «Обеспечение необходимыми лекарственными средствами», выписка рецептов с 2011 г. производится штатными врачами учреждения непосредственно в учреждении при помощи компьютерной программы ОНЛС.

Такая форма оказания медицинской помощи детям с глубокой умственной отсталостью в условиях интернатного учреждения позволяет осуществлять полную, комплексную реабилитацию, что сглаживает и уменьшает тяжесть и выраженность поведенческих нарушений в рамках умственной отсталости, улучшает способность к адаптации в различных ситуациях и при переводе в социальные учреждения для взрослых.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОДРОСТКАМИ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Корень Е.В., Степунина Н.Е.

Москва, Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Одной из стратегических задач, стоящих перед детской психиатрией в плане совершенствования комплексной психиатрической помощи детям и подросткам и дальнейшего развития ее психосоциальной составляющей, является научное обоснование и методологическое обеспечение эффективных программ психосоциальной реабилитации (ПСР), позволяющих учитывать весь комплекс специфических психосоциальных потребностей психически больного ребенка, включая разработку и внедрение различных форм и методов психосоциальной терапии (ПСТ), как интегральных параметров, отражающих психосоциальный ресурс развития и определяющих устойчивую реадaptацию и реинтеграцию ребенка в сообществе с учетом специфики детской психиатрии, в первую очередь определяемой наличием фактора развития.

Особый интерес представляет поиск подходов к решению проблемы повышения эффективности реабилитационных программ (модулей) помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра, как особой категории больных со специфическим профилем клинико-социальных потребностей, на основе концепции социального выздоровления, выходящей на первый план требование повышения уровня социального функционирования и качества жизни больных, как ключевых детерминант, обеспечивающих наиболее благоприятное психосоциальное развитие ребенка.

Целью настоящей работы являлось изучение динамики просоциального поведения, копинг-стратегий и формирования социальных навыков при проведении групповой PST у подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы. В исследование с контрольной группой были включены 56 подростков (34 девушки и 22 юноши) в возрасте 15-17 лет (средний

возраст – $17,4 \pm 0,8$ лет), страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (средний стаж заболевания – $5,1 \pm 2,7$ лет) на этапе становления ремиссии. С подростками основной группы (30 больных) проводилась групповая ПСТ в группах по 6-8 человек. Модуль включал 12 занятий 1 раз в неделю (по 120 минут), на основе психообразовательного подхода с тренингом коммуникативных навыков.

В обеих группах проводилась динамическая оценка (через 3 месяца) со статистической обработкой уровня социального функционирования по CGAS и PedsQL, просоциального поведения (опросник «Сильные стороны и трудности» SDQ и опросник социальных навыков А.Гольдштейна). Для оценки качества и напряженности механизмов совладания в ходе социальной адаптации подростков применялся адаптированный копинг-тест Лазаруса. Оценка динамики психического состояния пациентов проводилась с помощью адаптированной версии Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении PANSS.

Результаты и их обсуждение. По шкале PANSS наблюдалась сопоставимая редукция психопатологической симптоматики за 3 месяца в обеих группах (в основной группе с $75,6 \pm 9,9$ до $60,2 \pm 9,2$, а в группе сравнения – с $76,3 \pm 10,7$ до $64,3 \pm 7,8$) без статистически значимых различий между группами. Динамика по CGAS показала статистически достоверные различия между группами ($p < 0,05$), что говорит об отчетливой терапевтической эффективности занятий ($d = 0,5$). По PedsQL в обеих группах прослеживается повышение качества жизни, более отчетливо выраженное в основной группе: статистически достоверные различия между группами отмечаются в сфере общения со сверстниками ($p < 0,05$). При сравнении оценок родителей в обеих группах статистически значимые различия отмечались в сферах общения со сверстниками ($p < 0,01$; $d = 0,6$) и учебы ($p < 0,05$; $d = 0,5$).

По SDQ выявлены достоверные отличия между группами в динамике просоциального поведения ($p < 0,001$), а по оценке родителей подростков – в динамике просоциального поведения ($p < 0,001$), трудностей в общении со сверстниками ($p < 0,05$) и общего балла трудности ($p < 0,01$).

По результатам опросника социальных навыков А.Гольдштейна для подростков обеих групп была характерна низкая оценка социальных способностей сверстников (нормативный диапазон 3,00-3,60) при не выходящей за нормативный диапазон, но находящейся на нижней границе нормы, оценке собственных социальных способностей (нормативный диапазон – 3,10-3,85). Коэффициент отличия в обеих группах превышал установленную границу в 1,10 баллов. В динамике группы достоверно различались по большинству показателей: средняя оценка своих социальных навыков ($p < 0,05$) и социальных навыков сверстников ($p < 0,001$), начальные навыв-

ки ($p < 0,001$), реакция на мнение другого человека в разговоре ($p < 0,05$), планирование предстоящих действий ($p < 0,01$) и альтернатива агрессивному поведению ($p < 0,05$) в основной группе получили достоверно более высокие оценки. Коэффициент отличия в основной группе через 3 месяца занятий не выходил за нормативный предел, а в группе сравнения оставался выше нормы. Наиболее часто используемыми стратегиями по копинг-тесту Лазаруса в обеих группах были принятие ответственности, поиск социальной поддержки и избегание. При оценке через 3 месяца подростки основной группы достоверно чаще при столкновении с трудностями прибегали к поиску социальной поддержки ($p < 0,01$) и положительной переоценке происходящих изменений ($p < 0,05$), что свидетельствует о развитии навыков эффективной саморегуляции. У подростков группы сравнения преобладающие копинг-стратегии остались прежними.

Обсуждение результатов и выводы. Групповая ПСТ непосредственно с подростками оказывает значимое положительное влияние на их социальное функционирование в контексте учета фактора развития за счет формирования и развития социальных навыков, направленных на преодоление последствий заболевания и улучшение социальной адаптации (просоциальное поведение, начальные навыки общения, реакция на мнение другого человека в разговоре, планирование предстоящих действий, альтернатива агрессивному поведению), повышения стрессоустойчивости с возрастанием напряженности функциональных видов копинга, а также изменения самоощущения с повышением оценки собственной социальной компетентности, уверенности в себе, что позволяет подросткам не только выходить на более высокий уровень социального функционирования, преодолевая трудности во взаимоотношениях со сверстниками, являющиеся одним из ведущих факторов в их социальной дезадаптации, но и удерживаться на достигнутом уровне, продолжая самостоятельно набирать недостающие навыки и повышая тем самым уровень социальной компетентности.

Тотальность позитивных изменений, лежащих в основе улучшения в сфере взаимоотношений со сверстниками, выявленных с помощью опросников PedsQL и SDQ и повышения общего уровня социального функционирования (по CGAS), позволяет предположить наличие каскадного механизма формирования социальных навыков, отражающих динамику психосоциального развития подростков, где выбор в качестве базовых «мишеней» социальных навыков, оказывающих наиболее заметное влияние на уровень социального функционирования подростков, является пусковым фактором для формирования и улучшения других навыков, «добираемых» участниками группы самостоятельно благодаря внутригрупповому взаимодействию и общению со сверстниками вне группы.

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кочегуров В.В., Числов А.В., Зиньковский А.К.

Тверь, ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

Пограничная интеллектуальная недостаточность (ПИН) является одной из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста и включает различные по этиологии, патогенезу и клиническим особенностям состояния легких интеллектуальных нарушений, занимающие промежуточное положение между умственной отсталостью и интеллектуальной нормой (Ковалев В.В., 1985; Шалимов В.Ф., 2003; Сухотина Н.К., 2002; 2008).

Психологические особенности детей и подростков с ПИН, трудности школьной адаптации не могут не сказаться на их соматическом здоровье (Волошин В.М. и соавт., 2004; Седова А.А., 2007). Можно предположить, что имеющиеся соматические нарушения у подростков с ПИН в большом количестве случаев являются результатом соматизации психических расстройств. В то же время, психосоматические расстройства (ПСР) у подростков с ПИН могут осложнять коррекцию интеллектуальных нарушений и затруднять нормальное протекание социализации (Макушкин Е.В., 2007).

Механизмы психологической защиты рассматривают в качестве процессов интрапсихической адаптации личности. Включаясь в психотравмирующей, конфликтной ситуации, защитные механизмы выступают в роли своеобразных барьеров на пути продвижения информации. В результате взаимодействия с ними тревожная для личности информация либо игнорируется, либо искажается, либо фальсифицируется (Вассерман Л.И., 2005). С одной стороны, безусловна польза от всех видов защит, призванных снижать накапливающуюся напряженность путем искажения исходной информации или соответствующего изменения поведения. С другой стороны, их избыточное включение не позволяет личности осознавать объективную, истинную ситуацию, адекватно и творчески взаимодействовать с миром (Никольская И.М. и соавт., 2006).

Изучение психопатологических особенностей ПСР у подростков с ПИН представляется весьма актуальным в связи с наличием у них дополнительных предпосылок к формированию данного вида патологии, выражающихся в незрелости их эмоционально-волевой сферы, в зачастую неблагоприятных стрессогенных условиях семейного воспитания, сложностях, возникающих в учебной деятельности.

Цель исследования: определение особенностей репертуара механизмов психологической

защиты у подростков с ПИН, страдающих ПСР, для улучшения их медицинского обеспечения.

Из цели исследования вытекают следующие задачи: изучить частоту встречаемости психосоматических расстройств у подростков с ПИН и выявить особенности предпочитаемых механизмов психологической защиты у подростков с ПИН, страдающих ПСР, в сравнении с нормативными подростками без ПСР и с данными расстройствами.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе СКОУ VII типа школы-интерната №2 г.Твери. На все виды обследования и лечения получено информированное согласие от законных представителей подростков. С помощью методики Векслера (WISC, детский вариант, адаптированный и стандартизованный А.Ю.Панасюком) была обследована сплошная выборка подростков 12-15 лет (средний возраст 14,1±0,8 лет), учащихся школы-интерната, включавшая 99 человек (55 мальчиков, 44 девочки), которые были направлены в данное учебное заведение с диагнозом «Задержка психического развития». В результате предварительного обследования был отобран 91 подросток (52 мальчика, 39 девочек) с ПИН, имеющий общий показатель интеллекта по Векслеру 71-90 баллов (среднее значение 86,2±1,74).

На основании анализа данных истории развития ребенка (форма 112/у), индивидуальной карты школьника (026/у), клинического обследования ПСР выявлены у 66,0% подростков в виде соматизированных расстройств F45.0 (26,4%), соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы F45.3 (23,1%) и психосоматических заболеваний (16,5%). Таким образом, основную группу обследования составили 60 подростков с ПИН, страдающих ПСР (31 мальчик, 29 девочек).

Также было проведено обследование сплошной выборки подростков 12-15 лет с нормативным психическим развитием без ПИН, учащихся средней общеобразовательной школы №27, которая составила 63 чел. (29 мальчиков, 34 девочки). ПСР у учащихся общеобразовательной школы выявлены в 34,9% случаев, что в 1,9 раза реже, чем среди воспитанников интерната ($p < 0,01$). При анализе структуры выявленных ПСР в группах обследования достоверные отличия отмечались по частоте встречаемости психосоматических заболеваний (16,5% у подростков с ПИН и 6,4% у подростков без ПИН) и соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (23,1% у подростков с ПИН и 9,5% у подростков без ПИН), $p < 0,05$. Длительность заболеваний в 2-х группах обследования составила от 2-х лет и более.

Для сопоставления результатов дальнейшего обследования между двумя группами был принят добор подростков 12-15 лет с нормативным психическим развитием без ПИН среди детей, проходивших диспансеризацию на базе поликлиники

№2 МУЗ Детской городской больницы №3. Таким образом, группу сравнения составили 58 подростков без ПИН, страдающих ПСР (28 мальчиков, 30 девочек). Дальнейшее сравнение результатов обследования проводилось в двух парах групп: подростки с ПИН, страдающие ПСР (60 чел.) и без ПСР (31 чел.); подростки, страдающие ПСР, с ПИН (60 чел.) и без ПИН (58 чел.).

Для обследования детей применялись следующие методы: клинико-анамнестический, психологический («Индекс жизненного стиля» (LSI)) и статистический (методы непараметрической статистики с расчетом U-критерия Манна-Уитни и c-критерия Фишера; ранговая корреляция Спирмена).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов обследования методикой «Индекс жизненного стиля» показал, что подростки с ПИН, отягощенные ПСР, значительно отличались в выборе механизмов психологической защиты от детей группы сравнения

Воспитанники интерната с ПСР более часто, чем подростки с нормальным интеллектуальным функционированием с той же патологией, прибегали к незрелым механизмам психологической защиты: средние значения по шкалам «Отрицание», «Вытеснение», «Регрессия» и «Проекция» были достоверно выше в основной группе (91,0±1,91; 78,7±1,65; 80,0±1,68; 79,9±1,68 балла соответственно), чем в группе сравнения (78,8±2,13; 59,5±1,60; 70,3±1,90; 71,5±1,93 балла соответственно, $p<0,05$). В тоже время такой конструктивный механизм психологической защиты, как «Интеллектуализация», являлся наименее предпочитаемым подростками с ПИН, страдающими ПСР: среднее значение по шкале интеллектуализация у них был в 1,4 раза ниже по сравнению с группой подростков без ПИН (50,5±1,36; 73,8±1,55 балла соответственно, $p<0,01$). Обнадешивает тот факт, что компенсацию, относящуюся к более зрелым механизмам защиты, подростки из основной группы использовали чаще, чем подростки группы сравнения: средние значения по шкале «Компенсация» 82,4±1,73; 72,9±1,97 балла, $p<0,05$.

При оценке показателей «Индекса жизненного стиля» у подростков с ПИН в зависимости от наличия ПСР оказалось, что у детей, отягощенных ПСР, средние значения по шкалам «Вытеснение» и «Замещение» были достоверно выше (85,5±3,33; 93,6±3,65 балла соответственно), а по шкале «Проекция» ниже (67,6±2,63 балла), чем у подростков этой же группы без данной патологии (76,6±2,22; 79,3±2,29; 83,6±2,42 балла соответственно, $p<0,05$).

Выводы: ПСР у подростков с ПИН характеризуются высокой частотой встречаемости и представлены широким спектром нарушений, включающих соматизированные расстройства, соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы и собственно психосоматические

заболевания (нейродермит, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Установлена связь между наличием ПСР и частым предпочтением незрелых механизмов психологической защиты (вытеснение, замещение). Выявленные особенности репертуара механизмов психологической защиты данной категории подростков могут способствовать особому, дезадаптирующему, способу их реагирования на биологические факторы и социально-психологические нагрузки и вносить свой вклад в развитие психосоматической патологии, что необходимо учитывать при построении психокоррекционной работы с подростками с ПИН.

ГРУППОВАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Куприянова Т.А., Корень Е.В.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава России

Психическое расстройство у ребенка оказывает серьезное негативное влияние на семью в целом, что часто недооценивается специалистами в плане отрицательного влияния на симптоматику, социальное функционирование ребенка и результаты лечебно-реабилитационных вмешательств. Семья психически больного ребенка рассматривается в качестве основного источника поддержки в достижении успешного социального приспособления и обеспечения наиболее благоприятных условий психосоциального развития ребенка. С учетом этого, вовлечение родителей в лечебно-реабилитационный процесс является обязательным компонентом комплексной помощи, которая включает проведение направленных психосоциальных вмешательств, учитывающих потребности родителей и детей. Одной из основных задач психосоциальной терапии с родителями является мобилизация семейного психосоциального ресурса, в том числе за счет установления и поддержания партнерских отношений с врачом, перестройки отношения к психическому расстройству своего ребенка, осуществляемого путем формирования адекватных представлений о болезни, совладания со стрессом и взаимодействия с больным ребенком.

В семьях, имеющих детей с расстройствами шизофренического спектра (наиболее тяжелой категории больных, со значительными социальными потерями семьи), можно выделить специфические психосоциальные проблемы, такие как гиперболизация тяжести состояния, сверхвключенность родителей в проблемы больного ребенка с высоким уровнем самостигматизации, что должно учитываться при проведении психо-

социальной терапии и находить отражение в содержательной стороне модулей психосоциальной работы с семьями.

Цель: изучение влияния психосоциальной терапии с родителями на динамику социального функционирования и качества жизни детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра

Материалы и методы. динамически обследовано 140 родителей (матерей) и больных в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст $13,9 \pm 3,5$), с расстройствами шизофренического спектра, которые путем рандомизации были разделены на основную (85 больных) и группу сравнения (55 больных), с использованием шкалы PANSS, опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (CGSQ), шкалы общего уровня функционирования (CGAS) и адаптированного опросника по исследованию качества жизни детей и подростков (ILK). Психосоциальная терапия с родителями проводилась в группах, с количеством участников в каждой 8 - 9 человек, что, по данным литературы, способствует большей эффективности работы мультисемейной группы. Общее количество проводившихся рабочих сессий, составляло 8 занятий. Частота занятий - 2 раз в неделю. Продолжительность каждого занятия – 90 минут.

Результаты. При оценке результатов по шкале PANSS между группами не было отмечено статистически значимых различий в динамике клинического состояния, но тенденция к более выраженному улучшению была отмечена в основной группе больных, что может объясняться наличием прямой связи между психоэмоциональным напряжением, связанным с семейным контекстом, и выраженностью клинических проявлений.

Оценка позитивных изменений в уровне социальной адаптации в обеих группах пациентов показала достоверное ($p < 0,01$) повышение баллов по Шкале Общего Функционирования (CGAS) с тенденцией к уменьшению числа детей и подростков со стойкой социальной дезадаптацией, связанной с обострением состояния ($p < 0,01$) и наличием выраженных эмоциональных и поведенческих проблем, в том числе требующих повторной госпитализации в психиатрический стационар ($p < 0,001$), что значительно улучшило адекватную реализацию лечебно-реабилитационных мероприятий. Показатели всех шкал ILK в обеих группах до начала исследования не имели достоверных отличий и были сопоставимы во всех возрастных периодах. Родители, как правило, менее позитивно оценивали все сферы социального функционирования детей, включая общую оценку качества жизни и вопросы, связанные с лечением. На фоне проводимого лечения суммарная оценка показателей, оцениваемых детьми и родителями, во всех возрастных группах улучшались, но динамика их в основной группе была более выражена,

различия были статистически достоверны ($p < 0,01$). Сравнительный анализ данных начальной оценки и оценки через 3 месяца по шкале CGSQ в основной группе больных показал явную тенденцию к уменьшению семейного бремени, особенно в субшкале, касающейся субъективных внутренних чувств ($p < 0,05$). В группе сравнения снижение не достигало статистически значимых результатов. Снижение показателей отмечено по субшкалам субъективного внешнего бремени и объективного бремени семьи, также более выраженное в основной группе, чем в группе сравнения. С учетом полученных данных, можно говорить о тенденции к позитивным изменениям в уровне семейного функционирования в основной группе больных.

Обсуждение и выводы. Групповая психосоциальная терапия с родителями детей с расстройствами шизофренического спектра достоверно повышает уровень социального функционирования и качества жизни больных детей и подростков, и способствует снижению уровня семейного бремени, что не связано напрямую с тяжестью психического состояния больных. Это является подтверждением предположения об отсутствии прямых линейных корреляций между наличием симптоматики, сохраненным фондом развития и уровнем нарушений социального функционирования. Значительная роль в объяснении данного феномена отводится психосоциальным семейным факторам, способствующим или препятствующим формированию и закреплению дезадаптивных форм личностного реагирования, которые, в свою очередь, являются значимыми факторами риска нарушения психосоциального развития.

Тем самым создаются необходимые предпосылки для реадaptации, ресoциализации и улучшения качества жизни больного ребенка, что, в конечном счете, обеспечивает достижение и поддержание наиболее благоприятных условий для психосоциального развития детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МНОГОЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА)

Кузьмичев Б.Н.

Тверь, ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

Тенденция к повышению показателей заболеваемости и распространенности умственной отсталости у социально значимой группы – подростков призывного возраста, сохраняется во многих регионах РФ (А.К. Зиньковский, Б.Н. Кузьмичев 2005-2012).

Целью настоящего исследования явился анализ показателей распространенности УО у лиц призывного возраста (подростков 15-19 лет) в Тверском регионе в целом, а также по г. Твери и всем районам области за период с 1993 по 2012 гг.

Анализ полученных данных показал, что среднеобластной показатель (СОП) распространенности УО у ЛПВ за указанный период времени составил 49,1 на 1000 лиц призывного возраста (ЛПВ). При этом СОП с 1993 г. увеличился незначительно: с 47,5 до 49,1 в 2012 году на 1000 ЛПВ, т.е. в 1,03 раза.

В областном центре показатель распространенности УО составил в среднем 22,1 на 1000 ЛПВ, уменьшившись с 1993 года с 33,6 до 20,8 на 1000 ЛПВ в 2012 году, т.е. в 1,6 раза..

Что касается районов области, то выявлены ряд районов, имеющих наибольшие показатели распространенности УО у ЛПВ: в Сандовском, Лесном, Калязинском, Фировском, Спировском, Кесовогорском, Рамешковском, Молоковском, Сонковском, Лихославльском, Краснохолмском и Максатихинском районах, где показатели распространенности УО у ЛПВ составили в среднем (197,9; 140,2; 125,8; 121,6; 120,6; 106,4; 100,5; 101,7; 100,8; 102,6; 100,1 и 94,0 на 1000 ЛПВ соответственно). В указанных 12 районах показатели распространенности УО у ЛПВ превысили СОП за исследуемый период в 3,8 - 9,2 раза.

Наименьшие показатели распространенности УО у подростков 15-19 лет за изучаемый период времени зарегистрированы в г. Твери, Кимрском, Удомельском, Конаковском, Жарковском, Весьегонском, Нелидовском, Селижаровском, Андреапольском, Бологовском и Бежецком районах области. Показатели распространенности УО в этих районах составили соответственно 24,9; 28,9; 30,1; 32,0; 31,6; 32,9; 40,2; 45,5; 46,2; 46,2 и 45,3 на 1000 ЛПВ соответственно. В этих районах изучаемые показатели были меньше среднеобластного в 0,1 - 2,5 раза.

Близкими к среднеобластному показателю распространенности УО у ЛПВ отмечались уровни распространенности УО в Пенновском, Торопецком, Вышневолоцком, Ржевском, Западнодвинском, Кашинском, Бельском, Осташковском, Калининском, Старицком, Оленинском, Кувшиновском, Торжокском и Зубцовском районах области, где изучаемые показатели составили соответственно 52,7; 58,9; 54,5; 56,8; 56,4; 60,3; 63,6; 66,8; 67,2; 70,2; 73,4; 74,7; 82,6 и 85,5 на 1000 призывного контингента. В этих районах Тверской области показатели распространенности УО у ЛПВ превысили СОП всего в 1,1 – 1,8 раза.

В рамках настоящего исследования были выделены районы Тверской области с наибольшими и наименьшими темпами роста показателей распространенности УО у ЛПВ с 1993 по 2012 гг.

Наибольшие темпы роста показателя распространенности УО у призывного контингента за указанный период времени отмечались в Бологовс-

ком, Молоковском, Бельском, Ржевском, Бежецком, Кашинском, Вышневолоцком, Зубцовском и Пенновском районах, где показатель распространенности УО у ЛПВ увеличился к 2012 году по сравнению с 1993 годом более чем в 2 раза.

При этом определились районы, где показатель распространенности УО у ЛПВ уменьшился в 2012 году по сравнению с 1993 годом. Эту группу составили следующие районы Тверской области: Рамешковский, Конаковский, Старицкий, Нелидовский, Спировский, Кесовогорский, Калининский, Осташковский, Сонковский, Кувшиновский, г. Тверь, Оленинский, Сандовский и Лихославльский. В этих районах произошло снижение показателя распространенности УО у подростков 15-19 лет на 10 – 50 %.

Таким образом, многолетний мониторинг уровня распространенности УО у лиц призывного возраста показывает увеличение данного показателя в среднем по области и в особенности нескольких ее районах. Исследование показало, что в некоторых районах, где зафиксированы средние по области показатели распространенности УО за период с 1993 года по 2012 год, попадают, тем не менее, в группу районов с наибольшими темпами роста показателя распространенности умственной отсталости у лиц призывного возраста. В связи с этим остается необходимым проведение дальнейшего мониторинга указанных показателей и поиском наиболее значимых причин повышения уровня показателей распространенности УО у подростков.

ДЕТСКИЙ АУТИЗМ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

**Кузьмич Г.В., Баздырев Е.И.,
Горюнова А.В., Смирнов И.И.**

Москва, ГКУЗ НИЦ ПЗДП ДЗМ

Многочисленные научные исследования доказывают наличие корреляции эпилепсии и аутизма, однако связь эта не достаточно ясна. По данным литературы, распространенность эпилепсии при аутизме колеблется довольно в широком диапазоне от 5% до 46% и зависит от возраста пациента и формы эпилепсии. У детей эпилептические приступы встречаются чаще, до 47%, и дебютируют в пре- и пубертатном возрасте. Проводились исследования, изучающие зависимость распространенности эпилепсии при аутизме от дополнительных факторов: сопутствующей умственной отсталости, органического повреждения головного мозга, хромосомных аномалий, метаболических нарушений. В ходе этих исследований было установлено, что эпилепсия чаще встречается при симптоматическом аутизме. При первичном аутизме без интеллектуальных нарушений эпилептические приступы встречаются ред-

ко, и риск появления эпилептиформной активности на ЭЭГ минимален. Исследования последних лет показывают, что при первичном (идиопатическом) аутизме наличие эпилепсии или эпилептиформной активности на ЭЭГ не имеет причинно-следственной связи. Вместе с тем, у пациентов с первичным аутизмом не исключена возможность развития симптоматической фокальной эпилепсии. При эпилепсии могут избирательно нарушаться различные функциональные зоны развивающегося головного мозга, в том числе отвечающие за социо-эмоциональное развитие, что является причиной появления аутистических расстройств, т.е. аутизм может быть следствием тяжелых форм эпилепсии. Существует мнение, что у детей с синдромом Веста при достижении клинической ремиссии часто развиваются нарушения аутистического спектра. В то же время эпилепсия – один из факторов, оказывающих важное негативное влияние на социальную адаптацию, поведение и эмоциональную сферу у пациентов с идиопатическим аутизмом.

Таким образом, многие вопросы тесных взаимоотношений аутизма и эпилепсии у детей в дошкольном возрасте остаются не уточненными. Неизвестно, как часто пароксизмальные изменения биоэлектрической активности ГМ не сопровождается эпилептическими приступами, как изменяется клиническая структура аутизма при присоединении эпилепсии. Неясно является ли эпилептиформная активность на ЭЭГ в дошкольном возрасте – предиктором дебюта эпилепсии в подростковом возрасте.

Цель: провести клинко-электроэнцефалографические корреляции с выявлением различных видов патологической активности на ЭЭГ у детей дошкольного возраста с аутизмом.

Материалы и методы. На базе НПЦ ПЗДП ДЗ г. Москвы проведено обследование 72 детей с аутизмом в возрасте от 3 до 7 лет, из них мальчиков 49, девочек – 23 (средний возраст 4г.6мес). Распределение по диагнозам следующее: Органический аутизм (F84.01) – 5 детей (из них с умственной отсталостью – 3); Аутизм вследствие других причин (F84.02) – 27 детей (из них с умственной отсталостью – 17); атипичный аутизм (F84.1) – 47 детей (из них с умственной отсталостью – 28). Обследование психического и неврологического статусов проводилось по стандартным методикам. ЭЭГ-обследование проводилось на аппарате Nikolet, с использованием стандартной схемы наложения электродов 10-20.

Результаты и обсуждение. Изменения на ЭЭГ были представлены неспецифической патологической активностью (признаки нейрофизиологической незрелости, чрезмерное убыстрение ритмики, региональная патологическая медленно-волновая активность) – выявлена у 68 детей (94%); и эпилептиформной активностью – выявлена у 10 детей (14%).

Несмотря на увеличение частоты встречаемости умственной отсталости при выявлении на ЭЭГ эпилептиформной активности, достоверных различий выявлено не было: В общей группе пациентов умственная отсталость выявлена у 66.6% детей, в группе с зарегистрированной эпилептиформной активностью – у 70; и в группе без эпилептиформной активности – у 66,1%.

Частота регистрации эпилептиформной активности была достоверно выше при органическом аутизме – 30%, при сравнении с аутизмом вследствие других причин (11%) и атипичном аутизме (10.6%).

Регистрируемая эпилептиформная активность у всех детей была региональной, или диффузной но с четким региональным акцентом. Анализ латерализации эпилептиформной активности выявил достоверное преобладание в правой гемисфере (у 9 детей из 10). Локализация эпилептиформной активности была представлена преимущественно центрально-височными областями (50%), по сравнению с лобной (20%) и теменно-затылочными (30%) областями. Стоит отметить, что у 2 пациентов из 10 на ЭЭГ выявлена эпилептиформная активность типа доброкачественных эпилептиформных паттернов детства (ДЭПД).

При проведении длительных Видео-ЭЭГ-мониторингов с включением сна ни у одного из пациентов с зарегистрированной эпилептиформной активностью не было выявлено электрического эпилептического статуса медленного сна.

Эпилепсия верифицирована только у двух пациентов – 2,7% от всех наблюдаемых детей с аутизмом; у обоих детей на ЭЭГ была зарегистрирована эпилептиформная активность. В одном случае аутистические нарушения укладывались в рамки органического аутизма, во втором был верифицирован диагноз: типичный аутизм с умственной отсталостью. В обоих случаях выявлено снижение интеллекта до уровня умственной отсталости.

Анализ синдромов входящих в нарушения аутистического спектра выявил достоверное преобладание у детей с эпилептиформной активностью гипердинамического синдрома - 40%, при сравнении с детьми без эпилептиформной активности – 17.7% и с общей группой – 20.8%. Достоверных различий по остальным синдромам, входящих в нарушения аутистического спектра (общее недоразвитие речи и психопатоподобный синдром) выявлено не было.

Выводы.

1. Эпилептиформная активность чаще выявляется у детей с вторичным аутизмом, возникающим как следствие органического поражения ЦНС.

2. Выявлена корреляция между наличием в структуре аутизма гипердинамического синдрома и наличием на ЭЭГ эпилептиформной активности.

3. У большинства детей эпилептиформная активность локализована в правой гемисфере, что подтверждает предположение о роли дисфункции субдоминантного полушария в патогенезе аутизма.

4. Эпилепсия у детей с аутизмом выявлена только у 2,7%, что вероятно обусловлено высокой представленностью идиопатического аутизма, а с другой стороны – превалированием нарушений поведения и коммуникации у детей, находящихся на лечении в стационаре.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ НА БАЗЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Култышев Д.В., Уманский С.М., Молина О.В.

Тюмень, ГБУЗ ТО «ОКПБ» Детское
психотерапевтическое отделение

Важнейшим компонентом общественного здоровья россиян становится состояние психической деятельности подрастающего поколения, именно оно должно определять вектор и основные приоритеты государственной политики в стране и в отдельных ее регионах (Семке В.Я. 2011).

Это диктует необходимость создания на государственном, региональном и муниципальных уровнях действенных программ, обеспечивающих эффективное использование и усиление роли научной и практической мысли в области формирования психического здоровья и нравственного, интеллектуального потенциала нации.

Решение стоящих перед обществом социальных задач по обеспечению, укреплению гармоничного развития детей и подростков должно проходить на межведомственном уровне, путем соединения усилий психиатров, психотерапевтов, педиатров, педагогов, психологов, социологов, организаторов здравоохранения и всех тех, кто ответственен за создание благоприятной атмосферы нормального психобиосоциального созревания ребенка и последующего становления полноценной, сбалансированной, позитивно ориентированной личности.

Цель исследования. Рекомендации и приказы МЗ РФ последних лет отражают большую заинтересованность в повышении эффективности оказания психиатрической помощи детям и подросткам путем создания новых организационных структур профилактики психических расстройств и оптимальных условий для реадaptации, ресоциализации детей в современном обществе путем широкого использования психотерапевтических подходов, психологической и социальной помощи.

В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к росту больных детей с пограничными нервно-психическими нарушениями сочетающиеся с речевой патологией. За последние 5 лет частота

психической патологии среди детей до 14 лет увеличилась на 16,7% случаев (Буторин Н.Е., 2001). Актуальность охраны психического здоровья детей и недостаточно разработанные реабилитационные программы речевых нарушений требует внедрения комплексного подхода к решению данных проблем.

Материалы и методы. На базе детского психиатрического отделения ГБУЗ ТО «ОКПБ» создан дневной стационар для оказания комплексной лечебно-диагностической и коррекционно-развивающей помощи детям с речевой патологией. Нервно-психические расстройства при которых оказывается помощь детям имеют следующую нозологическую принадлежность (F 80; F.06; F.07; F 20.8043; F.70; F.84; F.84; F.90).

На современном этапе в оказании помощи данной категории пациентов большое значение имеет создание комплексной интегрированной модели взаимодействия специалистов как обязательного условия адекватного лечебного и коррекционного воздействия на пациента.

В оказании лечебно-диагностической и коррекционной помощи в условиях детского дневного стационара участвуют следующие специалисты: врач-психиатр, врач-психотерапевт, врач-невролог, логопеды и психологи. Таким образом, среди специалистов можно выделить блок медицинской (лечебно-диагностической) помощи, которая осуществляется врачами и средним медперсоналом отделения, и коррекционно-педагогической помощи, оказываемой психологами и логопедами отделения. Оба блока, являясь самостоятельными, тем не менее, дополняют и обогащают друг друга.

В соответствии с нозологической формой каждому пациенту определяется индивидуальный план лечебно-диагностической и коррекционно-педагогической помощи. Врач проводит диагностику имеющийся патологии и определяет необходимые виды обследования (консультация узких специалистов, патопсихологическое обследование, ЭЭГ, РЭГ, Эхо-ЭГ и др.) и лечение (медикаментозное лечение, физиолечение).

Работа психотерапевта предусматривает индивидуальные занятия по показаниям (невротический уровень речевых нарушений), консультирование родителей по проблемам детско-родительских отношений, реконструкция патологического стиля воспитания, развитие коммуникативных навыков в ходе индивидуальных и групповых занятий.

Занятия логопеда проводятся в связи с нарушениями как устной (фонетико-фонематическое недоразвитие, недоразвитие речи, моторная алалия, ринолалия, дизартрия), так и письменной речи (дислексия, дисграфия), а также в связи с заиканием. Занятия включают проведение артикуляционной и пальчиковой гимнастики, коррекцию нарушений звукопроизношения, развитие фонематических процессов и лексико-грамматической стороны речи, коррекцию нарушения письма и чтения.

Психолог отделения проводит патопсихологическое обследование пациентов с нарушением речевых функций с использованием различных методик, улучшающих общую диагностику имеющихся нарушений. Также расширяется объем коррекционной и консультативной помощи. Психологи могут оказывать консультирующую помощь родителям которые обращаются с целью получения информации по результатам обследования ребенка, тестирования самих родителей.

В работе каждого специалиста мы видим много пересекающихся, повторяющихся моментов, т.е. одни и те же навыки и умения отрабатываются и закрепляются на занятиях разных специалистов разными приемами и методами, тем самым обогащая и дополняя друг друга. Работа каждого специалиста не изолирована и обособлена, а является составной частью единого лечебно-коррекционного процесса, в котором соблюдаются преемственность и согласованность.

Совместными усилиями врачей психотерапевтов и сотрудников кафедры медицинской психологии и психотерапии с курсом общей психологии и педагогики ГОУ ВПО ТюмГМА разрабатываются новые дифференцированные программы профилактики, превенции и реабилитации пациентов с речевыми нарушениями.

Выводы. Таким образом, модель взаимодействия специалистов представляет собой целостную систему, позволяющую решать диагностические, лечебные, коррекционно-развивающие задачи, обеспечить адекватный уровень интеллектуального, психического, речевого и личностного развития ребенка.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Луговых Н.А., Малинина Е.В.

Челябинск, Челябинская область, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Актуальность. Психическое здоровье детей определяет здоровье нации. В последние годы в России объективно регистрируется ухудшение психического здоровья населения (Ю.А. Александровский, 2000; Н.Е. Буторина, 2001; М.И. Рыбалко, 2003; О.А. Голдобина, 2004; В.Я. Семке, 2004). Среди биологических причин психических расстройств у детей наиболее часто рассматриваются генетическая предрасположенность и церебральная предрасположенность (Д.Н. Исаев, 2002; К.Ю. Ретюнский, 2002; О.П. Шмакова, 2004; Е.Н. Кривулин, 2005; А.В. Елисеев, 2006 г.; О.П. Ковтун, 2009; Д.О. Иванов, 2010; Н.А.

Луговых, Е.В. Малинина, 2013; Я. Вальстрем, П. Расмуссен, 2004; David E Odd, Glyn Lewis, 2010).

Какова роль различных факторов, а именно биологических причин психических расстройств у детей сказать сложно и требует больших эпидемиологических, клинических и катамнестических исследований. Таким образом, изучение данных вопросов на современном этапе является актуальным и перспективным.

Цель исследования. Изучить биологические факторы риска психических расстройств у детей дошкольного возраста, перенесших критические состояния в неонатальный период.

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре психиатрии ФПДПО ЮУГМУ, на базе МБУЗ ДГКБ №8 г. Челябинска. В группу обследования вошло 100 детей дошкольного возраста 5-6 лет, которые в неонатальный период перенесли критическое состояние (реанимационные мероприятия).

Использовались клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, экспериментально-психологический, параклинический, статистический (непараметрический критерий Фишера) методы обследования. Междисциплинарный подход к исследованию осуществлялся участием психиатра, невролога, врача лучевой диагностики, логопеда, окулиста, педиатра. Все дети (n=100) имели психопатологическую симптоматику отвечающую критериям резидуально-органического психосиндрома детского возраста. В процессе обследования было выделено 3 группы по результатам JQ тестирования методом Цветных прогрессивных матриц Равена. Первая группа детей с нормальным уровнем интеллекта (n=60); 2-я группа (n=21) - дети с пограничной интеллектуальной недостаточностью (ЗПР); 3-я группа (n=19) – дети с умственной отсталостью (УО).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования были выделены биологические факторы риска, а именно наследственная отягощенность родителей по соматической патологии во всех трех группах, особенно у детей из 2 и 1 групп (P<0,05) и по наркологической патологии у детей из 3 и 2 групп (P>0,05). Во всех группах состояние здоровья родителей было очень низким (P<0,01). Молодой возраст родителей преобладал у детей 3 группы (P<0,05).

При рассмотрении показателей акушерско-родового анамнеза обнаружено, что во всех группах был высокий процент недоношенных, глубоко недоношенных детей было больше в 3 группе (P<0,05%). Причем у матерей этой группы чаще встречалась экстрагенитальная патология (P<0,01), а также высокий процент генитальной и внутриутробной инфекции (ВУИ). Акушерские пособия чаще применялись в первой и второй группах - экстренное и плановое оперативное родоразрешение, «выдавливание» (P<0,05). Количество тяжелых новорож-

денных (оценка по шкале Апгар 5-3 баллов) среди детей 3 группы было в 2 раза больше ($P < 0,01$), чем у детей 1 группы. Дети с низкой массой тела при рождении (1500-1000 гр.) преобладали во 2 группе детей ($P < 0,05$).

Сравнительный анализ показал, что тяжесть состояния новорожденных определялась степенью недоношенности, обусловленной сочетанием экстрагенитальной патологии, урогенитальной и ВУИ у матерей, преимущественно среди детей 3 группы, наличием у них родовых травм, с последующим формированием тяжелых психических расстройств.

В ходе изучения данных реанимационных карт новорожденных у 64,0% детей верифицирована ВУИ. Из них, у 46,9% новорожденных диагностированы врожденные вирусные инфекции – цитомегаловирусная (ЦМВ), вирус простого герпеса (ВПГ), вирус краснухи и их сочетание, а также сочетание ЦМВ и ВПГ с хламидийной и уреаплазменной инфекцией и у 12,0% детей – инфекция неустановленной этиологии. Необходимо отметить, что ВУИ преобладали у недоношенных и особенно глубоко недоношенных детей. Можно полагать что, внутриутробные инфекции сыграли существенную роль в развитии хронической фетоплацентарной недостаточности и хронической гипоксии плода, что могло стать причиной невынашивания беременности, преждевременных родов.

По результатам сравнительного анализа этиологии поражения ЦНС между группами у детей первого года жизни, перенесших критические состояния в неонатальный период, при изучении медицинской документации и данных анамнеза, выявлено, что поражения ЦНС у детей первого года жизни гипоксически-ишемического, дисметаболического генеза преобладали у детей с сохранным интеллектом ($P < 0,01$), гипоксического генеза - у детей с ЗПР ($P < 0,05$). Отмечался высокий процент поражений ЦНС травматического и особенно инфекционного генеза у детей всех групп, но статистической разницы между группами не выявлено.

Выводы. Изучение биологических факторов риска психических расстройств у детей дошкольного возраста, перенесших критические состояния в неонатальный период, позволило определить, что на степень тяжести психической патологии (уровень когнитивного развития) повлияли: наркологические заболевания родителей, низкие показатели здоровья матери, глубокая недоношенность, гестационный возраст 28-33 недель, генитальные и внутриутробные инфекции, низкие показатели по шкале Апгар и родовая травма. Допустимо полагать, что совокупность данных биологических факторов, вероятно, служит причиной развития внутриутробной гипоксии, недоношенности, родовой травмы, что в свою очередь может привести к критическим состояниям, реанимационным мероприятиям. Все перечисленные факторы являются факторами пси-

хического дизонтогенеза, факторами психических нарушений. В целях профилактики, лечения и прогнозирования психических нарушений у детей имеет важное практическое значение своевременное выявление биологических факторов психического дизонтогенеза.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (НА ОПЫТЕ РАБОТЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ СО СПНД)

**Муракаева Ю.А., Борисов Д.А.,
Шувалова Г.В., Подсытник Ю.В.**

Самара, ГБУЗ СО СПНД

Развитие медицины сопровождается сменной доминирующей парадигмы мышления врача. В системе врачебной практики концепция биосоциального подхода подразумевает целостное восприятие здоровья человека с позиций тесной взаимосвязи биологических, психических, психологических и социокультуральных факторов. Примером практической реализации данного подхода является деятельность логопедического отделения ГБУЗ СО СПНД в лечении заикания.

Логопедическое отделение СПНД функционирует как дневной стационар на 50 коек. Оно специализируется на лечении различной речевой патологии у детей и взрослых, но основным направлением работы в течение многих лет является коррекция заикания.

Известно, что заикание является полиэтиологичным заболеванием. В основе его развития лежит совокупность наследственной предрасположенности, наличия органического поражения нервной системы (последствия перинатальной патологии, заболеваний раннего детства), психологических, социальных и других факторов, встречающихся в различных сочетаниях. Важная роль в становлении заикания у детей, в фиксации и поддержании патологического состояния речи принадлежит нарушениям внутрисемейных отношений, наличию неправильных воспитательных установок у родителей (гиперпротекция в сочетании с высокими требованиями и запретами, ригидность установок). Заикание может рассматриваться как функциональный симптом в семейной системе. Его «функции» включают непроговоренность, установление эмоционально-дистантных отношений; сохранение семьи от распада; стремление скрыть, не обсуждать те или иные события в семье; избегание иных трудностей самим заикающимся, а также его родителями. Основными симптомами заикания являются – спазматические задержки, нарушение темпа и ритма речи, логофобия, навязчивые мысли, приспособительные уловки. Частыми симптомами у детей, как следс-

твие поражения ЦНС, являются гипердинамический, энцефалоастенический синдромы, тревожные расстройства и др. При заикании у детей развивается вторичная невротическая симптоматика: социофобии, неуверенность, конфликтность, снижение самооценки.

В логопедическом отделении СПНД применяется комплексный подход к коррекции заикания, включающий в себя логопедическую, медикаментозную, психотерапевтическую и педагогическую помощь. Лечение заикания в нашем отделении проходит в течение года и состоит из 4-недельного основного курса и пяти, шести 1-недельных микрокурсов в течение остального времени, с перерывами в 3-7 недель, с обязательной отработкой методики в домашних условиях.

В отделении работают специалисты различных направлений. Это – логопед, врач-психиатр (оказывающий диагностическую и лечебную помощь, работающий с родителями и детьми на предмет мотивации к излечению), музыкальный руководитель (проводит логоритмические занятия), медицинский психолог (проводит психодиагностику ребенка, стилей семейного воспитания, внутрисемейных взаимоотношений, психокоррекционную работу в группе и индивидуально), врач-психотерапевт (оказывающий психотерапевтическую помощь в группе и индивидуально).

В логопедической работе применяется модификация методики проф. Л. З. Андроновой-Арутюнян «Устойчивая нормализация речи заикающихся посредством синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки». В основу этой методики положена физиологическая концепция Н.П. Бехтеревой, которая рассматривает заикание как устойчивое патологическое состояние. УПС – это приспособление индивидуума к существованию с изменившимися внутренними условиями. Причем это приспособление происходит путем формирования нового гомеостаза, нового устойчивого состояния, обеспечивающего оптимально возможную адаптацию к среде в условиях болезни. Оно формируется при перестройке активности многих систем и структур мозга, в том числе исходно не пораженных. В случае заикания при формировании УПС происходит постоянное подключение лимбических структур к акту вербальной коммуникации, и сам акт речи, становится эмоциогенным. Заикающиеся воспринимают свой дефект не как судорожные проявления, а как состояние постоянной тревоги во время речи. Речевые судороги и психологические изменения ведут себя как целостная система, которая характеризуется стремлением к самоподдержанию и самовосстановлению (основная характеристика УПС по Бехтеревой). Основным принципом указанной методики является дестабилизация УПС путем повышения уровня активности мозга. Это достигается путем выработки нового речевого стереотипа

бессудорожной речи, при котором рука выступает в качестве «буксира», упреждая произнесение каждого слога и налаживая нарушенный у заикающихся механизм внутренней синхронизации естественного речевого цикла. Важное место в лечении заикания отводится снижению темпа речи, аутогенным и функциональным тренировкам.

Параллельно с логопедической работой проводится медикаментозное лечение для коррекции органического фона, невротических наслоений и других сопутствующих симптомов. В основном применяются нейротропные препараты, ангиопротекторы, витамины, при необходимости седативные препараты, малые нейролептики. Так же применяются методы физиотерапии (электросон, дарсонвализация).

Также важная роль отводится логоритмическим занятиям, на которых у ребят путем применения специальной системы музыкально-двигательных игр и упражнений происходит нормализация речедвигательной сферы в плане ритма и скорости.

Психологическая и психотерапевтическая коррекция состоит в основном из групповой и при необходимости индивидуальной работы. В период лечения проходят детские, родительско-детские, родительские группы. Группы проводят совместно психолог и врач.

На детских групповых занятиях используются техники игровой, телесно-ориентированной терапии, арттерапия, драматизация. Чаще всего работа направлена на снижение уровня личностной и социальной тревожности у ребят, сплоченность группы, приобретение навыков конструктивного общения со сверстниками, отреагирование эмоций, коррекция страхов, проигрываются различные жизненные ситуации.

Важным аспектом работы является подключение родителей, вовлечение семьи в проблемные ситуации, которые возникают у ребенка, с целью выработки навыков сотрудничества в родительских и детских подсистемах внутри семьи. На родительско-детских занятиях коррекция ведется в направлении поддержки ребят и родителей, большего принятия членами семей друг друга, большего доверия друг другу и, как следствие, снижения симбиотической привязанности, отрабатываются коммуникативные навыки. Использование групповой психотерапии способствует успешной самопрезентации ребенка, что укрепляет идентификацию и повышает самооценку, создается безопасное пространство, в котором дети получают новый опыт общения и успешно применяют его в реальной жизни. Группа позволяет утолить «телесный голод», что немаловажно для детей с заиканием; позволяет воссоздать в безопасной и принимающей среде конфликтные переживания. Работа с каждой группой не носит стандартизированного характера, она связана с личностными и эмоциональными особенностями ребят и родителей

в каждой группе, с эмоциональной групповой динамикой в целом и носит подвижный, спонтанный характер. В конце основного курса и на микрокурсах детские группы становятся менее директивными, инициатива передается ребятам.

Изменение внутрисемейных взаимодействий представляется одной из самых сложных задач в работе психотерапевта и психолога. С точки зрения семейного контекста, заикание органической природы может становиться «семейным симптомом», источником вторичной выгоды.

Многолетний опыт работы в нашем отделении с заикающимися показал, что без учета коррекции каждого из патогенетических звеньев природы заикания невозможно достичь хорошего результата лечения. Применяя указанный комплексный подход, по окончании лечения в нашем отделении в преобладающем большинстве случаев удается добиться высоких результатов в избавлении от заикания.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

Новикова Е.Г., Колесова С.Н., Ивашев С.П.

Волгоград, ГУЗ Детская клиническая больница № 8,
ГКУЗ «ВОДКПБ»

Зачастую врач психиатр и врач «соматического» профиля имеют дело с разными клиническими картинками одного и того же заболевания. Учитывая актуальность мультимодального подхода к оценке здоровья ребенка, в данной работе предпринимается попытка объединить усилия разных специалистов и соответствующих методов исследования, чтобы представить целостную картину взаимосвязи психического и соматического здоровья ребенка.

Целью настоящего исследования явилось определение семантического пространства соматического диагноза в детской психиатрии.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 309 детей возрастом от 3 до 17 лет, прошедших стационарное лечение в Волгоградской областной детской клинической психиатрической больнице (ВОДКПБ)

Признаковая база (формирующаяся по принципу прецедента) в соответствии с дизайном исследования была представлена преимущественно непараметрической бинарной статистикой, включавшей в себя следующие группы феноменов: 1) жалобы пациента и его законного представителя, 2) психопатологические и патопсихологические симптомы, 3) диагноз, психиатрический, 4) данные о перенесенных соматических заболеваниях на разных этапах индивидуального развития ребенка, 5) диагноз соматический по данным обследования в

психиатрическом стационаре, 6) Социально-психологическая ситуация развития пациента. Математическая обработка данных проводилась с помощью программ Excel и Statistica 5,5

Выборка состояли из 197 (64%) мальчиков и 112 (36%) девочек. При этом в полной семье воспитывалось 57% детей, в неполной – 25%. Из них приемные дети воспитывались в 8% семей. 15% детей часть жизни провели в детском доме. В социально неблагополучной семье проживает 10 % детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ корреляций клинического психопатологического синдрома, социально-психологических условий и соматических состояний позволяет рассматривать диагностическое заключение психиатра в контексте многоосевой классификационной схемы.

Так, органические психические расстройства (F06, F 07) в большей степени присущи жителям области. Дети страдают заболеваниями нервной системы и глаз.

Отсутствие корреляций диагноза шизофрении с показателями, относящимися к другим осям, свидетельствует об их относительной независимости.

Аффективные расстройства настроения сопряжены с отягощенностью наследственности по психическому заболеванию, конфликтными отношениями в семье, женским полом, функциональными расстройствами нервной системы, при поступлении или во время пребывания в стационаре получали травмы.

Неврогические, связанные со стрессом расстройства предполагают функциональные расстройства центральной нервной системы и ЖКТ. Социально-психологические условия представлены жестоким обращением с ребенком в семье.

Расстройства личности и поведения связаны с конфликтными отношениями в семье, женским полом и предполагает отсутствие органически неполноценного фона.

Умственно отсталые дети часто проживают в области и воспитываются в интернате что объясняет отсутствие жалоб на трудности воспитания ребенка.

Расстройства психического развития диагностируется чаще у мальчиков проживающих в полной семье, где конфликты не часты, для такого ребенка не характерны функциональные расстройства нервной системы и ЖКТ, а так же отягощенность по психическому заболеванию.

Поведенческие и эмоциональные расстройства детского возраста сопряжены с проживанием в городе, мужским полом. Родители отмечают трудности воспитания. Характерен соматотип: гиперсомия при норме веса. Часто постановка диагноза поведенческих и эмоциональных расстройств не учитывает неблагополучный статус нервной системы как органически неполноценный фон.

В результате обследования было выявлено, что только 8% (23 человека) детей, поступивших на лечение в ВОДКПБ, являлись соматически здоровыми (дети со «здоровым диагнозом»). Остальные пациенты, не различающиеся по обременённости соматической патологией, различались по полноте информации о перенесенных заболеваниях на разных возрастных этапах. Полное отсутствие данных о перенесенных заболеваниях отмечалось у 33 человек (11%, дети с «невидимым диагнозом»). Остальные дети составляли группу с «очевидным диагнозом», когда данные о перенесенных заболеваниях подтверждались обследованием в ВОДКПБ. Наличие/отсутствие данных истории развития на разных возрастных этапах является одним из показателей, характеризующим валеологическую культуру семьи, по данным предшествующего этапа исследования (С.П. Ивашев, Е. Г. Новикова, Колесова С.Н., 2012). Сравнение выделенных таким образом трех групп производилось с помощью углового преобразования Фишера.

Среди социальных условий жизни детей с «невидимым диагнозом» социально неблагополучная семья, проживание в сельской местности, часто это приемный ребенок. В этой семье не отмечены случаи гиперопеки. Родители детей из первой группы реже, чем в других группах предъявляли жалобы на соматическое состояние ребенка. Законные представители чаще жалуются на суицидальные намерения ребенка, нарушения поведения, связанные с расстройством влечений, нарушение контактов, замкнутость, непослушание.

Семья ребенка, отнесенного к группе с «очевидным диагнозом», реже, чем в 1 группе является социально неблагополучной, чаще встречаются конкурирующий стиль воспитания и гиперопека. Родители предъявляют жалобы на плаксивость, двигательную расторможенность, неусидчивость, драчливость, раздражительность и страхи. По сравнению с первой группой родители чаще жалуются на соматическое самочувствие ребенка.

Дети со «здоровым диагнозом» воспитываются в условиях гиперопеки и конкурирующих стилей воспитания значительно чаще, чем дети и из других групп. Жалобы родителей в большем числе случаев связаны с нарушением психического и речевого развития ребенка, его неусидчивости и раздражительности. Психосоматические жалобы занимают значительное место в ряду предъявляемых симптомов. Родители отмечают трудности воспитания в большей мере, чем законные представители детей из других групп. Не отмечено ни одного случая жалоб на суицидальные тенденции, вспыльчивость, «истерики», обманы восприятия, навязчивые действия. Меньше случаев жалоб на суицидальное поведение, нарушение влечений, замкнутость, непослушание.

Обобщая, можно сказать, что клиническая картина, складывающаяся из жалоб законного

представителя ребенка с «невидимым диагнозом» соответствовала личностно-анамальному симптомокомплексу («слепы» к расстройствам развития и «сенсibiliзирoваны» к нарушениям поведения, непослушанию). Родители детей со «здоровым диагнозом» уделяли больше внимания проблемам развития, тогда как данного рода диагноз выставлялся ребенку не чаще, чем в других группах.

В группе с «очевидным диагнозом» законный представитель акцентировал невротические и неврозоподобные расстройства. Оценка врача не была специфической для каждой из групп

По представленности диагностических рубрик группы достоверно не различались. Из чего следует, что колорит жалоб складывался с участием психо-социальных факторов, в том числе из отношения к здоровью в целом и валеологической культуры семьи.

Данный вывод согласуется с результатами предыдущего этапа исследования, где было показано, что психосоматический симптом оказывается включенным в дисфункциональный метаболизм семьи, поэтому остается «невидимым» для родителей, что может усложнять становление комплаенса.

Выводы. Из вышесказанного следует, что для практикующего врача данные о соматическом здоровье ребенка, полученные в результате обследования в условиях психиатрического стационара и анализа перенесенных заболеваний на разных этапах онтогенеза, имеет особую ценность. Сопоставление полученной информации позволит специалистам сферы психического здоровья судить об отношении к здоровью в семье ребенка, что в соответствии с результатами проведенного исследования, объяснит тенденцию предъявляемых жалоб и даст возможность прогнозировать проблемы комплаентности.

К ВОПРОСУ О НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРАХ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Павлова Ю.М., Сабитов И.А., Ярзуткин С.В.

Ульяновск, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

Актуальность: По мнению большинства исследователей, основное значение в развитии аддиктивного поведения имеют конституционально-личностные факторы и средовые условия и воздействия (В.Ю. Завьялов, 1981, Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. Новосибирск, 2001., И. Е. Куприянова, В. Я. Семке, 1997).

Употребление психоактивных веществ само по себе оказывает воздействие на функционирование головного мозга, вызывая различные ког-

нитивные нарушения. В то же время отмечено существенное значение органической неполноценности структур головного мозга в формировании личностных аномалий, включая аддиктивное поведение (А.Е. Личко, 1983; Ф.В. Кондратьев, 1990, М.Х. Махтумова, Т.В. Клименко, С.М. Герасимова, 1992, И.В. Боев, 1999, В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева, 2000, О.А. Бухановский, А.С. Андреев 2002, А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов, 2005).

Особенности преморбидных нейropsychологических факторов, способствующих формированию аддиктивного поведения, изучены недостаточно.

Цель. Изучение нейropsychологических особенностей подростков с аддиктивными расстройствами.

Методы исследования. Обследовано 50 подростков в возрасте от 13 до 18 лет, состоящих на учете в комиссии по делам несовершеннолетних по поводу злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. Контрольную группу составили 30 подростков в возрасте 14-17 лет, не употреблявших алкоголь и психоактивные вещества. Всем больным было проведено психиатрическое и наркологическое обследование. Тестирование на немедицинское употребление психоактивных веществ проводилось методом электропунктурного вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-БРТ». Нейropsychологическое исследование проводилось по методике А.Р. Лурия и включало в себя изучение всех сторон психической деятельности: зрительной и слухоречевой памяти, процессов произвольного и непроизвольного запоминания, особенностей функции внимания, зрительного, слухового, тактильного видов гнозиса, конструктивного, динамического, кинестетического праксиса, программирования деятельности, произвольной регуляции и контроля над ней, речевых функций. Количественная оценка результатов проведена с учетом разделения головного мозга на структурно-функциональные блоки (I, II, III).

Результаты. По данным психиатрического обследования у 98% подростков, выявлены те или иные нарушения психической деятельности: органическое поражение головного мозга резидуального генеза (84%); гиперактивность и дефицит внимания (30%); расстройства личности возбуждаемого типа (12%), истероидного типа (16%); неустойчивого типа (12%); гипертимное расстройство личности (2%); другие виды специфического расстройства личности (6%); умственная отсталость легкой степени (легкая дебильность) [2%], энурез неорганической природы (4%); психофизический инфантилизм (4%).

Результаты наркологической диагностики показали следующие результаты: злоупотребление алкоголем – 64%; злоупотребление наркотическими веществами: канобиоидами – 12%, курительными

растительными смесями – 12%; опийной группы (преимущественно кодеинсодержащими препаратами) – 4%; синдром зависимости от наркотических веществ первой степени (опийная наркомания) – 4%; синдром зависимости от алкоголя I степени – 6%; злоупотребление алкалоидами («дурман-трава») – 8%.

По данным нейropsychологического исследования у подростков, состоящих на учете в КПДН, выявлено снижение концентрации произвольного внимания (42%), нарушение продуктивности произвольного запоминания (84%), при этом непроизвольное запоминание было несколько повышенным. Обращали на себя внимание трудности произвольной регуляции всех психических функций (96%), а также сложности ориентировки в предлагаемых заданиях (80%), что свидетельствовало о недостаточном программировании психической деятельности. Критика к ошибкам в исследовании была снижена (76%), что демонстрировало недостаточность контроля за собственной психической деятельностью. Ошибочное выполнение заданий не вызывало снижения самооценки подростков и не способствовало появлению желания исправить ошибки. Модально-специфических расстройств праксиса, гнозиса и речи выявлено не было. Трудности обобщения мыслительной деятельности объяснялись, вероятно, низким уровнем обучаемости у данной группы подростков. При этом, интеллект у большинства обследованных подростков (98%) был сохранен.

Нарушение программирования и контроля за деятельностью приводило к низкой способности к рефлексии относительно качеств своей личности и личности значимых других людей, а недостаточность критики к самому себе к стремлению преподнести себя лучше, чем есть на самом деле.

Недостаточность произвольной регуляции психической деятельности влияла и на способности к эмоциональной саморегуляции и коррекции собственного поведения.

В целом, по сравнению с группой контроля, получены значимые различия по активационным параметрам, свидетельствующим о дефицитности I структурно-функционального блока мозга, а также по произвольной регуляции, программированию деятельности и контролю над ней, что позволяет говорить о несформированности у данных подростков структур III структурно-функционального блока мозга и, прежде всего, конвекситальных префронтальных отделов.

Выводы. 1. Полученные результаты позволяют предположить, что в основе формирования аддиктивных расстройств у подростков лежит незрелость структур III блока мозга при дефицитности I блока.

2. Выявленные нейropsychологические нарушения отражают закономерности функционирования головного мозга при формировании

аддиктивных расстройств и позволяют их использовать в качестве мишеней для разработки психокоррекционных и медикаментозных воздействий.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КОМОРБИДНОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Панкова О.Ф., Данилова М.Ю.

Москва, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
ГКУЗ НПЦ ПЗДП ДЗМ

Актуальность и цели работы. В последние годы большое внимание в литературе, посвященной психическому здоровью и качеству жизни пациентов, страдающих психическими расстройствами, стало уделяться общесоматическому состоянию последних (В.С.Подкорытов и соавт., 2001, Ю.Ю.Елисеев, 2003, Б.Д.Менделевич, А.М.Куклина, 2012, Alley D.E., Chang V.W., 2007, Philip D. Harvey, M. Strassnig, 2012 и др.). Изучение соматических проявлений у больных с психической патологией имеет чрезвычайное практическое значение, учитывая, что соматические жалобы отмечаются у более половины пациентов психических стационаров, а место соматических нарушений в существующих психиатрических классификациях, а также их механизмы и значение в клинике и динамике заболеваний до настоящего времени неопределены (С. Bass et al., 2001, Ю.А.Антропов, С.В.Бельмер, 2005). При этом, если у взрослых больных взаимоотношения между психической и соматической патологией изучены довольно разносторонне, то в области детской и подростковой психиатрии данные проблемы стали привлекать к себе внимание специалистов сравнительно недавно.

Исходя из вышеизложенного, **Целью настоящей работы** явилось изучение распространенности и характера соматической патологии у пациентов, находившихся на стационарном лечении в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков (бывшей детской психиатрической больнице №6), вопросов коморбидности, взаимовлияния и взаимозависимости психических и соматических нарушений, возможностей использования различных методик для оценки качества жизни больных с сочетанной патологией.

Материал и методы. В смешанном по гендерному признаку санаторном отделении клиники было изучено 76 детей и подростков в возрасте от 9 до 18 лет (муж. 75%, жен. 25%). В качестве основного метода использовался клинико-психопатологический, также обязательными являлись физикальные методы исследования педиатра, при необходимости - специалистов-соматологов различных профилей,

лабораторные и инструментальные методы обследования пациентов. Был использован ряд тестов для изучения самооценки, качества жизни, уровня тревоги, агрессии, ригидности.

Результаты. По клиническим формам психической патологии изученные пациенты были поделены на три группы: шизофрения и расстройства шизофренического спектра, органические расстройства, невротические и связанные со стрессом. Соматическая патология была наиболее часто представлена нарушениями желудочно-кишечной (64%) и сердечно-сосудистой сфер (26%), а также аллергическими расстройствами (60%). Гораздо реже (10%) встречалась эндокринная патология и энурез неорганической природы. Со стороны желудочно-кишечного тракта самыми распространенными являлись гастриты, энтероколиты. Особо следует отметить, что при исследовании с помощью УЗИ у 17% пациентов были выявлены признаки реактивного панкреатита. Нарушения в сердечно-сосудистой сфере характеризовались преимущественно проявлениями вегето-сосудистой дистонии, в том числе по гипертоническому типу, различными аритмиями, гораздо реже - более сложными синдромами. Наиболее разнообразными явились аллергические расстройства, как в виде атопических дерматитов, так и нарушений бронхо-легочной системы по типу астмоидных проявлений. Полученные результаты пока не дают оснований говорить о явной коморбидности тех или иных вариантов соматической патологии и имеющихся психических расстройств. Несомненна синдромальная связь вегетативно-сосудистой дистонии, дисфункций желудочно-кишечного тракта, аллергических проявлений с невротическими и связанными со стрессом расстройствами (57 %).

Проведенные пилотные исследования с привлечением различных вербальных и невербальных тестов для самооценки качества жизни больных, отдельных актуальных переживаний (тревога, агрессия, ипохондрия), психологических качеств (ригидность) из-за недостаточно репрезентативных выборок пока не позволяют сделать статистически подтвержденных выводов об их диагностической и прогностической ценности. Уровень жизни по самооценке больных в % оценивается ими как 83%. Исключение составляют лишь больные с явной аффективной патологией, в 40% у которых самооценка уровня жизни снижена.

Выводы. Несмотря на то, что пациенты всех групп показали результаты, свидетельствующие о наличии у них высокой самооценки и субъективно оцениваемого высокого качества жизни, оцениваемые, в то же время, объективно показатели качества жизни свидетельствовали об обратном. Дети проживали в неполных и неблагополучных семьях, плохо адаптировались в социальной среде, находились на индивидуальном обучении и т.д.

Низкий уровень тревоги, выявляемы с помощью психологических тестов, в сочетании с выраженностью соматической патологии, вероятно, может быть объяснен имеющими место механизмами соматизации.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что психическая патология может маскировать соматические заболевания, а ввиду отсутствия критики к своему состоянию дети и подростки с психическими расстройствами не обращают внимания на свое соматическое здоровье, поэтому необходимо усиленное внимание к данной сфере их здоровья как со стороны как врачей-психиатров, так и других специалистов, а также родственников больных.

«МЯГКИЕ» ПРИЗНАКИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Пилявская О.И., Малинина Е.В.

Челябинск, Челябинская область, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

В настоящее время вопросы, связанные с уточнением критериев продрома психотических расстройств, выделение групп лиц с высоким риском развития психоза и поиск преморбидных факторов риска являются одними из приоритетных направлений в исследовании шизофрении. Выявление ранних признаков заболевания, изучение преморбидных особенностей и доболезненных состояний во многом может способствовать разрешению этой важной практической задачи психиатрии. В связи с этим особое внимание привлекает дискуссия, развернувшаяся по вопросу внесения в классификации и клинко-диагностические руководства диагностических критериев продромальных проявлений эндогенного заболевания, выделяемых в рамках аттенуированного, то есть ослабленного психотического синдрома «attenuated psychosis syndrome» (Смулевич А.Б., 2012). По мнению ведущих американских исследователей проблемы шизофрении (Carpenter W.N., Van Os J., 2011) эти критерии представляют собой мягкие, подпороговые признаки и соответствуют критериям, характерным для синдрома риска психоза «The Psychosis-Risk syndrome» (P.McGorry, 2011 г.).

Критерии аттенуированного психотического синдрома, представлены в проекте - принятой в США многоосевой нозологической системы, которая разрабатывается и публикуется Американской Психиатрической Ассоциацией (American Psychiatric Association - APA) - «Руководство по диагностике и статистике психических расстройств» (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - DSM-V, 2012). Они включают все 6 признаков из перечисленных: А. Характерные симптомы: по крайней мере один из следующих в мягкой форме

при отсутствии нарушений в оценке реальности, но достаточно отчетливо выраженных и/или достаточно частых, чтобы их можно было не замечать: 1. бредовые идеи; 2. Галлюцинации; 3 дезорганизация речи. В. Частота/наличие: симптомы критерия А должны выявляться на протяжении последнего месяца с частотой не реже 1 раза в неделю. С. Прогрессирование (течение): симптомы критерия А должны появляться и значительно усилиться на протяжении последнего года. D. Дистресс, нетрудоспособность, обращение за лечебной помощью: симптомы критерия А вызывают заметный дистресс и затруднения функционирования (деятельности) пациента и/или родственника, и/или наблюдающего лица, что приводит к обращению за помощью. Е. Симптомы критерия А не могут быть лучшим образом объяснены критериями других диагнозов не могут быть объяснены критериями других диагнозов DSM-V, включая употребление психоактивных веществ. F. Никогда не были достигнуты критерии любого другого психотического расстройства по DSM-V.

Вместе с тем известные отечественные детские и подростковые психиатры (Симпсон Т.П., 1959; Личко А. Е., 1979, 1985 и др.), занимающиеся изучением шизофрении также указывали на существование «абортных приступов – зарниц - шизофрении у подростков». По Личко А. Е.(1979, 1985) «зарницы» это изредка встречающиеся, очень короткие, порой молниеносные психотические эпизоды, которые возникают за много месяцев и даже лет до манифестации заболевания у подростков появляются без видимых причин, или бывают спровоцированы психогенными или соматогенными факторами. Им было выделено пять типов психотических предвестников шизофрении, характерных для подросткового возраста: 1. Нелепые поступки, которые подросток впоследствии сам не способен ни понять, ни объяснить другим. 2. Эпизодические галлюцинации и психические автоматизмы, чаще ограничивающиеся слуховыми обманами. Слышатся голоса, окликающие по имени или произносящие отдельные фразы, адресованные подростку. Такими же мимолетными могут быть и психические автоматизмы. 3. Бредовые эпизоды, длительность которых исчисляется часами, иногда даже минутами, с последующей полной критикой. 4. Аффективные приступы, проявляющиеся внезапным беспричинным страхом, который длится несколько минут, редко - дольше. 5. Эпизоды дереализации и деперсонализации, как предвестники шизофрении, отличающиеся от тех же явлений, которые встречаются, как транзиторные феномены у здоровых подростков, особенно вследствие переутомления и недосыпания. полным отсутствием критического отношение к переживаемому. Но, по миновании подобных приступов они могут оцениваться критически.

Наш собственный многолетний клинический опыт работы с детьми и подростками, страда-

ющими психическими расстройствами, детальное клиничко-анамнестическое и клиничко-катамнестическое исследование 69 подростков, страдающих шизофренией, позволили обнаружить наличие «зарниц» - психотических предвестников шизофрении (по Личко А.Е., 1985) во всех наблюдениях. У всех исследованных пациентов в период раннего детства (в возрасте от 0 до 4 лет) наблюдались проявления шизотипического диатеза, являющегося на наш взгляд доманифестной формой болезни. В 50% случаев это были легкие проявления, в 35% наблюдался шизотипический диатез средней степени, в 15% - тяжелый диатез. В 85% случаев в донозологический период болезни наблюдались «зарницы». В 70% - эпизодические галлюцинации – ослики, 20% - нелепые поступки, 35% - бредовые эпизоды, идеи отношения, 80% аффективные нарушения, 24% эпизоды дереализации и деперсонализации. У 15% подростков личностные особенности перед непосредственной манифестацией болезни расценивались, как соответствующие рубрике F- 21 (МКБ-10) – шизотипическое расстройство. Таким образом, у всех обследованных уже на доманифестном этапе болезни наблюдались симптомы шизофренического спектра разной степени выраженности, не достигающие уровня болезни.

В связи с этим разработка вопросов изучения «мягких», аттенуированных психотических симптомов шизофрении детского и подросткового возраста является одной из первоочередных задач современной психиатрии. Так как, это позволит не только улучшить выявляемость больных и групп риска по шизофрении, но и даст возможность оказывать своевременную коррекционную и лечебную помощь данному контингенту. Это будет способствовать их личностному, трудовому и социальному функционированию, что очень важно для лиц молодого возраста.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Смекалкина Л.В., Шевцов С.А.

Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России

Введение. Достоверно известно, что при диагностике депрессии у взрослого населения находится, в той или иной степени, соответствующий психопатологический анамнез в детском или подростковом возрасте. Одновременно с этим, комплексное, восстановительное лечение аффективной патологии в максимально молодом возрасте эффективнее и поэтому экономически целесообразнее, чем в зрелом и пожилом (Антропов Ю.Ф., 2010; Смулевич А.Б., 2012; Stallard P., 2012).

Депрессии непсихотического уровня, коморбидные с другими психическими и психосоматическими расстройствами в повседневной амбулаторной, общемедицинской практике, занимают в последние десятилетия все большее место в заболеваемости и детско-подросткового и взрослого населения, составляя, по данным разных исследователей, от 0,4–0,7% до 25% от общей популяции (Смулевич А.Б., 2010). При этом часто отмечается недостаточная эффективность обычно применяемого симптоматического лечения, что может приводить далее к хронизации депрессивных расстройств в виде различных заболеваний терапевтического профиля (психосоматических) (Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С., 2011; Смулевич А.Б., 2012).

В последнее десятилетие, многочисленные исследования, изучив возрастные аспекты начала и течения депрессии, показали, что наиболее часто она впервые, иногда в стертой, «маскированной» форме, встречается именно в детско-подростковом возрасте. Поэтому профилактика данной психопатологии должна начинаться как можно раньше и включать в себя все возможные подходы и методики. Лечение депрессии у детей и подростков, по мнению многих авторов, можно разделить на психосоциальное (психотерапия, тренинг и т.д.), психофармакологическое (применение СИОЗС и т.д.), физиологическое (ЛФК, акупунктура и т.д.), а также комбинированное, комплексное (Иванова Т.И., 2008; Williams S.B., O'Connor E.A., Eder M. et al., 2009; Краснов В. Н., 2011)

О необходимости исследований в данной области говорит хотя бы тот факт, что с 2008 года по настоящее время издательством ELSEVIER издаётся научный рецензируемый журнал «Mental Health and Physical Activity», в котором регулярно публикуются статьи о эффективности лечебной гимнастики при депрессиях. В отечественной же литературе публикации по применению психотерапии и физической культуры при лечении депрессивных нарушений лёгкой степени у детей и подростков практически отсутствуют (Иовчук Н. М., 2012; Jureidini J., 2009). Данные предпосылки и обусловили актуальность нашего исследования.

Целью нашей работы было изучение эффективности лечебной физкультуры и психотерапии при депрессивных расстройствах непсихотического уровня у больных детско-подросткового возраста в виде монотерапии и комплексного лечения.

Материал и методы исследования. Обследовано с использованием клиничко-психопатологического (сравнительно-возрастного), клиничко-катамнестического и клиничко-статистического методов 65 амбулаторных пациентов с диагнозами по МКБ–10: реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации F43.20 (29 пациентов, 44,6%) и пролон-

гированная депрессивная реакция, F43.21 (8 школьников, 12,3%), а также легкий депрессивный эпизод, без соматических симптомов F 32.00 (11 больных и 16,9%) и с соматическими симптомами F32.01 (17 пациентов, 26,2%).

Нами было проведено также клиническое обследование с оценкой психического статуса на момент первичного осмотра и в динамике с использованием стандартизованных оценочных психометрических шкал: шкалы общего клинического впечатления (Clinical global impression – CGI), шкалы оценки депрессии Гамильтона (HDRS-17) и применялся опросник Цунга и Children's depression inventory (CDI). Количество баллов по шкале HAMD-21 составляло от 8 до 16 баллов, что соответствует легкой степени депрессивного нарушения – minor depressive disorder.

Все исследуемые больные были в возрасте от 10 до 18 лет, средний возраст – 14, 2±1,8 года, из них лиц женского пола – 44 (67,7%), мужского – 21 (32,3%).

Краткосрочная интегративная психотерапия при непсихотической депрессии проводилась в формате методов аутогенной тренировки по Лобзину В.С., Решетникову М.М. (1986), суггестивной терапии по Игумнову С.А. (2002) и Захарову А.И. (2000) и когнитивно-поведенческой терапии по Шевченко Ю.С. (2003)

Лечебная физкультура применялась в виде интегративной гимнастики по Левченко К.П. (2007), дыхательной гимнастики Бутейко К.П. (2000) и Стрельниковой А.Н., Щетинину М.Н. (2012).

Результаты и обсуждение. В начале исследования по шкале HDRS-17 наблюдалась лёгкая степень депрессивных расстройств у исследуемых, которая достоверно не изменилась после первых 2 недель проводимого нелекарственного лечения в обеих группах по показателям всех психометрических шкал ($p > 0,05$).

Однако на 28-й день лечения выявились достоверные различия, как в динамике симптомов в каждой группе, так и между группами, оцениваемые по шкале HDRS-21 и по относительному (процентному) соотношению той или иной степени улучшения шкалы CGI ($p < 0,05$). Были выявлены достоверные различия в эффективности лечения пациентов основной и контрольной групп, кроме показателя «умеренного улучшения» депрессивной симптоматики. «Выраженное улучшение» наблюдалось у 73,5% пациентов в основной и только в 25,8% случаев в контрольной группе ($p < 0,01$).

Данные катамнеза, собранные у 42 (64,6%) пациентов через 6 месяцев, показали клиническое отсутствие симптомов депрессии по шкале HDRS-17 и опроснику Цунга у 39 (92,6%) пациентов. При этом 35 из них (89,7%) были из основной группы и только 4 (10,3%) – из контрольной ($p < 0,05$). У 3 пациентов была обнаружена лёгкая степень депрессии и все

они прошли лечение в контрольной группе и имели диагноз «продолжительная депрессивная реакция, вызванная расстройством адаптации», т.е. хроническим дистрессом. Вероятно, именно данный вид психогении, как недостаточно скорректированный психосоциально, показал повторное проявление аффективного нарушения у 7,4% школьников.

Результаты нашей работы имеют некоторую схожесть с отдельными международными исследованиями, однако, несомненно, нуждаются в дальнейшей верификации с помощью увеличения, как выборки пациентов, так и методического инструментария, повышающего достоверность диагностики динамики терапии. Однако ясно, что лечебная физкультура, несмотря на явную нейротропную и психофизиологическую направленность, не оказывает такого комплексного и профилактического влияния, как сочетание ее с интегративной психотерапией, имеющей значительный обучающий компонент.

Выводы. 1. Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что только лечебная физкультура в выбранном формате специальных техник обладает недостаточной эффективностью при нелекарственной терапии депрессивных расстройств легкой степени.

2. Достаточной и достоверно большей эффективностью обладает применение стандартной лечебной гимнастики в сочетании с краткосрочной интегративной психотерапией при комплексном лечении непсихотической депрессии у детей и подростков школьного возраста ($p < 0,05$).

3. Полученные данные дают возможность рекомендовать одновременное использование данных двух методик в амбулаторной практике, как достаточно действенных, а также выявлять дальнейшие особенности нелекарственного лечения аффективных нарушений, в том числе и для профилактики данной патологии.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Фаддеев Д.В., Петрова Н.Н.

*Санкт-Петербург, СПбГУ, ПБ № 3
им. И.И. Скворцова-Степанова*

По уровню смертности от самоубийств граждан 15-19 лет Россия занимает первое место в Европе и одно из первых мест в мире. В связи с актуальностью проблемы на базе подростковых отделений СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И.Скворцова-Степанова» проведен скрининг медико-социальных особенностей 73 подростков (в т.ч. 58% - юноши) в возрасте от 15 до 17 лет включительно (16,34±1,16 лет), госпитализирован-

ных в связи с суицидной попыткой. Длительность госпитализации – $37,1 \pm 0,6$ койко-дней. Преобладали пациенты возрастной группы 17-18 лет (48%). Наследственность была отягощена 61% пациентов, а именно, злоупотреблением ПАВ - у 37%, психическими расстройствами (в т.ч. с суицидными попытками) – у 25%. Нарушенные условия воспитания были выявлены в 75% случаев: 3% - дисгармоничная (деформированная), 22% - распадающаяся, 12% - асоциальная семья, 8% - сироты, что служит предпосылками аутоагрессивного поведения подростков. В 82% случаев подростки совершали суицидные попытки в трезвом состоянии, в 18% - после приема алкоголя или других психоактивных веществ. У 32% подростков госпитализация была обусловлена повторными аутоагрессивными действиями. 41% подростков информировали окружающих о своих суицидных намерениях. 32% подростков использовали «брутальные» способы суицида, 37% - «нетяжелые» способы: самопорезы, голодание. 31% подростков были госпитализированы в связи с суицидными высказываниями. Диагноз психического расстройства психотического уровня был установлен в 25% наблюдений. В остальных случаях имели место непсихотические аффективные или поведенческие реакции на стресс на фоне личностных расстройств или органической недостаточности ЦНС. Психотравма как пусковой механизм суицидального поведения установлена у 56% пациентов. Полученные данные являются обоснованием введения статистического учёта госпитализаций подростков после суицидной попытки или с повышенным риском суицида, а также применение аппаратного мониторинга текущего психического состояния пациентов (CMS) в подростковых отделениях.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ СИНДРОМА КАННЕРА И АТИПИЧНОГО АУТИЗМА С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА

Хайретдинов О.З.

Самара, ГБУЗ Самарская психиатрическая больница;
Научно-практический центр психосоматического здоровья
«София»

Дифференциация внутри группы расстройств аутистического спектра необходима в связи с различиями течения, терапии и прогноза. Диагноз атипичного аутизма предполагает включение однородных клинико-нозологических состояний и требует дальнейшего уточнения (Маринчева Г.С., Куприянова Т.А., 1991; А.С.Тиганов, В.М.Башина, 2005; Симашкова Н.В., 2006 и др). При этом решающее значение имеют признаки невербального поведения, которые в силу специфики клиники и особенностей контакта являются основными критериями диагностики.

Целью сообщения является описание дифференциально-диагностических признаков детского аутизма и атипичного аутизма, дополненных результатами клинико-этологического исследования.

Было исследовано 111 пациентов в возрасте от 2 до 7 лет с синдромом Каннера (38 детей) и атипичным аутизмом (73 ребенка). Группу атипичного аутизма, в свою очередь, составили 44 ребенка при органических поражениях ЦНС (органический аутизм по Мнухину С.С., 1947) и 29 детей с диагнозом ранней детской шизофрении (процессуальный аутизм). Длительность катамнестического наблюдения от 1 до 12 лет. Клинико-этологический метод (Самохвалов В.П., 1984; Корнетов А.Н. с соавт., 1990) предполагает регистрацию и анализ признаков невербального поведения, включая элементы двигательных актов, простые комплексы поведения и сложные поведенческие формы.

Выявленные общие и специфические для каждой клинической формы аутизма элементы двигательных актов (позы, мимики), простые комплексы поведения (ориентация тела при действии стимулов, глазной контакт, жесты), сложные формы поведения (включая моторные стереотипии, ритуалы) и невербальные компоненты речи позволили составить клиническую шкалу для регистрации и оценки поведенческих признаков и адаптировать ее для разных категорий пользователей (родителей, педагогов, врачей широкого профиля и психиатров). Существенной является возможность количественной оценки отдельных признаков в конгломерате симптомов для объективизация динамики в процессе терапии.

Для детей с синдромом Каннера были свойственны активное избегание глазного контакта, застывшая мимика, нефиксированный на каких либо предметах или объектах взгляд, гримаса страха при попытке вступить в вербальный или тактильный контакт с закрыванием глаз и ушей; походка «на цыпочках»; полевое поведение; угловатость и отставание в развитии моторики в сочетании с пластичностью отдельных движений; стереотипные действия в виде подпрыгиваний, взмахов руками, атетозоподобными потряхиваниями и игрой кистями и пальцами; манежный бег; отсутствие указательных и коммуникативных жестов; однообразное манипулирование неигровым материалом; полное отсутствие или нарушение ритма, темпа, интонаций речи, эхолалии, неологизмы по созвучию.

В группе органического аутизма значительно чаще отмечался феномен регресса речи, навыков самообслуживания и коммуникации в период от 1,5 до 2,5 лет, увеличение выраженности различных симптомов аутистического симптомокомплекса в период соматических и инфекционных заболеваний. При этом достоверно чаще преобладали сохранный глазной контакт; атактическая или спастическая походка; более грубые нарушения координации дви-

жений, тики и простые патологические привычные действия; дислалия, нарушения артикуляции.

Для группы процессуального аутизма характерны взгляд «мимо» и «сквозь» собеседника, длительный непрерывный взгляд в глаза и с фиксацией на несуществующих объектах; застывшая «маскообразная» мимика с редким миганием, частым нахмуриванием, высокой подвижностью губ и языка, феноменом хоботка, гримасами и эхоимиями; скованная, «роботоподобная», вычурная походка с внезапным изменением темпа; высокая подвижность и сплетение пальцев рук; ограждение от собеседника частями тела; грумингоподобные движения с частым прикладыванием пальцев к лицу, поглаживанием и разглядыванием своих рук; вычурная и манерная жестикация и положение тела; боковая и задняя ориентация к собеседнику; сокращение индивидуального расстояния; регресс игровой деятельности; разорванность речи, речевое возбуждение, неологизмы, вторичные непосредственные эхоталии. Среди основных клинических диагностических признаков ранней детской шизофрении можно отметить нормальное или ускоренное развитие детей в первые 1,5-4 года жизни, наличие редуцированного кататонического синдрома и прогрессирующего течения с формированием олигофреноподобного дефекта различной тяжести.

Учитывая, что основными симптомами разных форм детского аутизма являются признаки поведенческих изменений, клинико-этиологический метод является существенным дополнением к клинико-психопатологическому методу и позволяет выявлять и структурировать ряд дополнительных признаков невербального поведения в клинической картине детского аутизма.

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРВИЧНО ВЫЯВЛЕННЫХ РАССТРОЙСТВ АДДИКТИВНОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В.,
Ракова Н.И., Сатторов Р.С.

Москва, ГКУЗ Московский научно-практический
центр наркологии ДЗМ

Анализ эпидемиологических данных по ежегодной динамике распространенности алкоголизма, наркоманий и токсикоманий в России в течение последних 10 лет носит не только неровный (спад-подъем) характер в отдельных регионах страны, но и демонстрирует значительные расхождения в сообщениях разных авторов. Более того, нередко отмечается снижение уровня наркотизации в населении, в целом, или в отдельных половозрастных категориях населения бывает не сопоставимо с остающимися

в тот же анализируемый период высоким уровнем смертности от наркоманий. Это несоответствие указывает на длительное существование скрытого источника (источников), а именно – на не учитываемый наркологической службой контингент наркопотребителей с тяжелыми, часто смертельно опасными коморбидными осложнениями, пополняющих статистику смертельных случаев, наркологическая первопричина которых устанавливается лишь при посмертном диагностическом исследовании [Москвичев В.Г., Духанина И.В., Шамарина Д.А., Верткин А.Л., 2005; Чернобровкина Т.В., Москвичев В.Г., Харченко В.И., Буромский И.В., 2008].

В связи с этим представляла интерес оценка потенциальной роли детско-подростковой наркотизации в развитии наркозаболеваний и их неинфекционных осложнений у взрослого населения на примере катамнестического анализа «судьбы» контингентов профилактического и диагностического учета в одном из наркодиспансеров мегаполиса. Целью являлось изучение наличия характера структуры наркозаболеваний и их медико-социальных последствий в динамической связи с первично выявленными алкоголизацией и наркотизацией у детей и подростков профилактической и диагностической учетных категорий в амбулаторном отделении наркологического диспансера.

Проведен анализ «судьбы» первично состоявших на профилактическом учете или диагностическом наблюдении детей и подростков группы риска, судя по соотношению структуры потребляемых психоактивных веществ и заболеваемости аддикциями среди контингента пациентов взрослого отделения НД, исходя из данных катамнестического исследования 5–10-летней глубины. **Материалом исследования** явились сведения из амбулаторных карт ведения пациентов наркологического диспансера из числа повзрослевших детей и подростков группы риска, ранее состоявших на профилактическом учете и диспансерном наблюдении в детско-подростковом отделении того же учреждения и переведенных по мере взросления во взрослое отделение НД или снятых с учета (выбывших) по объективным показаниям состояния здоровья и коллегиальному заключению специалистов.

Всего нами проанализирована судьба 47 детей и подростков из группы профилактического учета и 136 – группы «Д»-учета, находившихся под наблюдением разной продолжительности (в зависимости от возраста первичного обращения за помощью в НД) в период с 2000 по 2012 гг. Из суммарного количества 183 чел. первично поступивших на профучет и диагностическое наблюдение детей и подростков 10-17 лет (все муж. пола) – на 69 чел. (37,7%) сведений в картотеке взрослого отделения НД не оказалось, а 8 чел. – выбыли по причине смены постоянного места жительства. Из оставшихся 114 чел. один человек находится в длительной (более 7 лет) ремиссии. Умерло 16 (14%), осуждено 8 (7%),

стали инвалидами двое (1,6%), 38 (33,3%) проходят лечение как опиоид-зависимые, 19 (16,6%) – как страдающие алкогольной зависимостью, 10 (8,77%) – как полинаркоманы, трое – как зависимые от стимуляторов, 5 (4,38%) – с зависимостью от летучих органических ПАВ и по одному – как зависящий от седативных средств и от каннабиноидов. Последнее объясняется тем, что каннабиноидная изолированная зависимость встречается редко, поскольку часто присоединяется к другим формам зависимости и фактически «растворяется» в них. Таким образом, впервые проведен катамнестический анализ «судьбы» повзрослевших ранее состоявших на учете и наблюдении детей и подростков, изучен характер изменения структуры наркотизации (аддиктивного поведения) и дана оценка вклада наркоситуации детско-подростковой категории населения в формирование аддиктивных расстройств и заболеваний и их пагубных медико-социальных последствий у взрослого населения (включая показатели выздоровления, хронизации соматической коморбидной патологии, ранней инвалидности или смерти, криминализации). Очевиден и объем исчезнувшего из поля зрения специалистов врачей наркологов контингента повзрослевших проблемных детей и подростков. Потерянные для наркослужбы субъекты, в случае продолжения ими пагубного употребления ПАВ и злоупотребления ПАВ с высокой вероятностью пополнят ряды хронических больных клиник общетерапевтического профиля, urgentных пациентов, популяции лиц без определенного места жительства и т.д., внося свой вклад в исходно сформулированную нами проблему современного несовершенства в стране эпидемиологического учета и прогнозирования наркоситуации и депопуляции в виде демографического кризиса.

Приведенные данные показывают огромную важность эффективного решения обсуждаемых проблем, связанных с хаотическим аддиктивным поведением, алкоголизацией и наркотизацией у детей и подростков групп риска, демонстрируют вероятность трансформации (смену) форм наркотизации по мере взросления, становление хронической аддиктивной болезни с коморбидными осложнениями, приводящими к ранней инвалидности, снижению качества и продолжительности жизни. Результаты высвечивают причинно-следственную зависимость между аддиктивными расстройствами и заболеваниями и общедемографическими проблемами, подчеркивают чрезвычайную актуальность и необходимость системного комплексного подхода в ранней диагностике и эффективной профилактической и лечебно-реабилитационной работе с детьми и подростками групп риска во избежание тяжелых медико-социальных последствий как для самих ребят, так и для общества, в целом, связанных с частичной или полной утратой трудоспособности, обороноспособности и невосполнимыми потерями генофонда.

НУТРИЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ

Шевцов С.А., Чернова О.В.

Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России

Введение. В последние десятилетия депрессивные состояния встречаются, особенно в сочетании с другими психическими расстройствами, по данным разных международных и отечественных исследований, у 0,4 - 25% населения планеты, как детско-подросткового, так и взрослого возраста. При этом аффективные расстройства в детском и подростковом возрасте возникают значительно чаще, чем диагностируются, а этиопатогенез их изучен в явно недостаточной мере. Физиологические (диетологические, нутрициологические) корреляты эмоциональных состояний имеют большое значение для разработки новых лекарственных и нелекарственных методов лечения, и профилактики данной психической патологии во все мире (Смулевич А.Б., 2010; Lazarou C., Kapsou M., 2010).

Широко известно, что особенно большое значение в возникновении симптомов депрессии и других психических расстройств, еще даже в историческом аспекте, признается за гипо- и авитаминозами тиамина (заболевание «бери-бери»), ниацина («пеллагра») и фолиевой кислоты («мегалобластная анемия»), а недостаточность пиридоксина также характеризуется различными эмоциональными нарушениями (Боровик Т.Э., Ладодо К.С., 2008). При дефиците витаминов В1, В3, В6 и В9, помимо соматических расстройств, наблюдаются такие психопатологические симптомы, как снижение настроения, общая слабость, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, мышечная слабость, ухудшение аппетита и сна. Одна из важнейших причин возникновения недостаточности данных витаминов – это значительное преобладание в рационе продуктов на основе муки высшего сорта и, соответственно, снижение поступления нутриентов из нерафинированных зерновых. Однако современных исследований, посвященных зависимости выявленных гиповитаминозов (в том числе неполноценных рационов) и психопатологически подтвержденных симптомов депрессии у детей и даже взрослых очень мало. Тем не менее, в последние десятилетия количество публикаций на эту тематику за рубежом значительно увеличилось (Qureshi N.A., Al-Bedah A.M., 2013).

В нашей стране связь нутрициологии и психоневрологии активно в последние десятилетия изучается В.М. Студеникиным, который приводит некоторые типы диет при психической патологии: кетогенные диеты – при фармакорезистентных формах эпилепсии, диета Аткинса (высокобелковая) используется при эпилепсии и др. пароксизмальных состояниях, олигоантгенная диета – при мигрени, диета Файнголда – при СДВГ, безглютеновая (аглиадиновая) диета при-

меняется при аутизме, синдроме Аспергера, синдроме Дауна и т.д. Им также подробно рассматривается влияние проламинов на психические расстройства, психоневрологические и соматические аспекты целиакии (глютеновой энтеропатии) как «церебральной аллергии», а также подходы к коррекции симптомов данной патологии с позиций нейродиетологии и ортомолекулярной психиатрии (Студеникин В.М., Турсунхужаева С.Ш., Боровик Т.Э., 2011).

Тем не менее, к сожалению, влияние каких-либо гиповитаминозов на аффективное (эмоциональное) состояние именно школьников изучалось крайне мало во всем мире, а в отечественной литературе практически не освещалось, что и обусловило тематику нашей работы.

Целью настоящего исследования было изучение зависимости уровня потребления в рационе некоторых витаминов группы В от степени депрессивных симптомов легкой и умеренной степени у подростков.

Материал и методы. Нами изучалось потребление с пищей четырех нейротропных витаминов – тиамина (витамин В1), пиридоксина (витамин В6), фолатина (витамин В9) и ниацина (витамин В3). Разработанный нами опросник, после ознакомления с ним пациентов, заполнялся ребенком или подростком с помощью врача или родителей в течение 15-20 минут.

Изучение имело выборочный характер при скрининговом отборе подростков с разной степенью депрессии на амбулаторном приеме с соблюдением репрезентативности данной выборки при дальнейшем анкетировании. Для определения репрезентативности выборки использовалась общепринятая методика. Обязательным условием было добровольное согласие респондента (и его родителей) отвечать на вопросы, поставленные в анкете.

В детской городской поликлинике №146 нами было обследовано 105 детей подростков в возрасте 12-18 лет, средний возраст – 14,5±1,6 лет, из них лиц мужского пола – 56 пациентов (53,3%), женского – 49 (46,7%).

Они были разделены на три группы: одна группа контроля (35 школьников) – без эмоциональных нарушений и две исследуемых (по 34 пациента) – с разной степенью депрессивных проявлений. Это было сделано после проведенного скрининга для более дифференцированного анализа полученных данных. Подростки с депрессией были разделены на две группы по выраженности депрессивного расстройства – легкая степень (minor depressive disorder, количество баллов по шкале HDRS-17 – от 7 до 16) и умеренная (major depressive disorder, количество баллов по шкале HDRS-17 – от 17 до 25).

Нами проводилось также клиническое обследование с оценкой психического статуса, в том числе, с использованием стандартизованных оценочных психометрических шкал: вышеназванной

шкалы оценки депрессии Гамильтона (HDRS-17) и также для первичной диагностики применялся тест самооценки депрессии Цунга и шкала Children's depression inventory (Kovacs M., 2006).

Результаты и обсуждение. Данное исследование позволило выявить достоверные различия в потреблении витаминов, участвующих в этиопатогенезе и соматизации эмоциональных нарушений у подростков.

Была выявлена обратная корреляция между степенью депрессивных симптомов и количеством витаминов гр. В в рационе. При отсутствии депрессии (в контрольной группе) высокий уровень потребления витаминов наблюдался у 60% исследуемых, тогда как при умеренной депрессии – всего у 8,8%. Наоборот, низкий уровень данных витаминов в питании подростков был характерен для 50% пациентов с умеренной депрессией, а в контрольной группе – для 17,1%.

Таким образом, была выявлена средняя по силе обратная зависимость между выявлением степени депрессивного расстройства и количеством поступающих с рационом питания витаминов группы В ($p \leq 0,01$) между группами без депрессии и с умеренной депрессией. Достоверных отличий между контрольной группой и группой пациентов с легкой депрессией выявлено не было ($p \geq 0,05$).

Опросник позволил выявить достаточно характерные особенности питания подростков с депрессией скрининговым образом, подтверждая тем самым вероятный биохимический этиопатогенез соматизации эмоционального расстройства.

С учётом пластичности стереотипов пищевого поведения у детей и подростков нами проводятся занятия для гигиенического обучения и воспитания этой возрастной группы как приложение к посещению врача детской поликлиники. В настоящее время нами разрабатывается методическое пособие для формирования компетентности пищевого поведения у детей и подростков для врачей детских ЛПУ и преподавателей.

Выводы. 1. Данное предварительное исследование выявило значимую корреляцию между наличием клинически выраженного (умеренного) депрессивного расстройства и гиповитаминозом по четырем витаминам группы В (тиамину, пиридоксину, ниацину и фолатину).

2. Полученные нами результаты позволяют рекомендовать применение диеты с повышенным содержанием данных нутриентов в комплексном лечении депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, а также для профилактики данной аффективной патологии у школьников.

3. Для дальнейшего изучения нейродиетологических аспектов непсихотической депрессии требуется разработка максимально специфичных и достоверных опросников и методик, способных выявить главные нутрициологические особенности этиопатогенеза гипотимических нарушений.

КОРРЕЛЯЦИЯ ШКАЛ ОПРОСНИКА КЛОНИДЖЕРА (ТСI-125) С ГЕНЕТИЧЕСКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

**Яковлев А.Н., Кибитов А.О.,
Пажитных Д.В., Ткачев А.А.**

*Липецк, ГУЗ «Липецкий областной наркологический
диспансер»,
Москва, ФГБУ «ННЦ наркологии»*

Роль генетической предрасположенности как одного из факторов развития наркологических заболеваний не вызывает сомнений. Однако конкретные механизмы формирования зависимости при наличии генетической отягощенности остаются неясными.

Целью данного исследования было уточнение связи степени генетического риска развития химической зависимости и личностных особенностей предрасположенных к развитию зависимости лиц.

В связи с политенной природой наркологических заболеваний предложена методика оценки суммарного (итогового) риска формирования химической зависимости $RT=R + 0,5(R1 + R2$, где RT – итоговый риск,) R – общий генетический риск развития зависимости от ПАВ (аллели A1/A2 локуса DRD2 TaqI, A1/A2 и N1/N2 локуса DRD2 NcoI (ген дофаминового рецептора типа 2, кластер генотипов 6/6, 6/7, 9/10, 8/10 локуса HUMTH01-VNTR(ген фермента тирозингидроксилазы, R1 – специфический риск развития алкоголизма и опийной наркомании (аллели A4, A7, A8 DRD4V48 (ген дофаминового рецептора типа 4)), R2 – специфический риск развития опийной наркомании (аллели S локуса DRD4V120, аллели A2, A4, A7 локуса DRD4V48 (ген дофаминового рецептора типа 4). Генотипирование проводилось методом ПЦР, каждый фактор получал значение в баллах соответственно количеству обнаруженных проблемных аллелей. Каждая проблемная аллель оценивалась в 1 балл.

Опросник Клониджера разработан для диагностики личностных особенностей, связанных с работой определенных нейромедиаторных систем. В частности, у больных наркоманией наблюдается значимая обратная корреляция значения шкалы «поиск новизны» и чувствительности постсинаптического звена к дофамину.

Достоверность корреляции уровня итогового генетического риска со значениями шкал опросника Клониджера оценивалась с помощью рангового критерия корреляции Пирсона.

В исследовании приняли участие 17 несовершеннолетних 14-15 лет и 33 несовершеннолетних 16-17 лет. Все несовершеннолетние не имели на момент обследования синдрома зависимости.

Генотипирование показало у всех несовершеннолетних наличие генетического риска от 0,5 до 3.5 баллов.

Корреляционный анализ показал значимые связи, различные в группе младших и старших подростков.

У младших подростков итоговый генетический риск положительно коррелировал со шкалой «Трансцендентность Я» опросника ($p<0,01$). Лиц с повышением по данной шкале можно охарактеризовать как наивных идеалистов. Они непритязательны, несколько наивны; не испытывают потребности в контроле над ситуацией, верят в наличие некой высшей силы, направляющей поведение, полагаются на нее, созерцательны.

У старших подростков получена положительная корреляция уровня итогового риска со шкалой «самонаправленность» ($p<0,05$). Повышение по данной шкале свидетельствует об уверенности в себе, самопринятии, самодостаточности, целенаправленности. Однако, с нашей точки зрения, применительно к лицам с аддиктивными расстройствами шкала «самонаправленность» может отражать ориентацию на внутренние критерии и низкую подверженность коррекционным воздействиям, наркотический прозелетизм.

Таким образом, можно предположить разные механизмы проявления генетического риска развития химической зависимости в психическом фенотипе: до 16 лет пассивный дрейф по принципу «как будет, так и будет», закономерно приводящий к асоциальному кругу общения и нарастанию учебной дезадаптации, у более старших лиц – низкое подверженность внешнему воздействию при усвоении проблемных стереотипов поведения.

Следует отметить, что генетический риск не единственная причина химической зависимости и не является фатальным. В тоже время знание возможных проблем позволит своевременно включать генетически предрасположенных лиц в психотерапевтические, психолого-педагогические, социальные программы, направленные на предотвращение аддиктивных расстройств.

Генотипирование показало себя как перспективный метод в работе с подростками из группы риска, обладающий прогностическим эффектом и позволяющий обоснованно мотивировать лиц с маркерами риска на участие в программах превентивной коррекции.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО - ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И АДАПТАЦИОННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ЯВЛЕНИЯМИ ГОСПИТАЛИЗМА

Бельцева Ю.А.

Санкт-Петербург, ФГБУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Синдром «госпитализма» в психиатрии объединяет совокупность явлений жизненной дезадаптации, непосредственно связанных с негативным влиянием специфических условий больничного окружения. Наиболее подвержены развитию госпитализма пациенты пожилого возраста. Тенденции к частым и длительным повторным госпитализациям, свойственные данным больным, приводят к снижению эффективности, в том числе и экономической, лечения основного заболевания вне зависимости от нозологии и прогрессированию социальной дезадаптации, что существенно затрудняет процесс деинституционализации и смещения акцента на амбулаторную и полустационарную помощь, являющийся современной тенденцией развития системы оказания медицинской помощи во многих странах.

Целью исследования является изучение феномена госпитализма у лиц пожилого возраста и анализ факторов, влияющих на его возникновение. Основными методами исследования являлись клиничко-психопатологический, клиничко-психологический и экспериментально – психологический, а также анализ клинической истории болезни, социодемографических параметров.

Обследование больных проводилось однократно на этапе купирования острого состояния и подготовки пациента к выписке в форме структурированного интервью, дополненного экспериментально-психологическими методиками (использовались опросник «Большая пятерка», копинг-поведение по Хайме, копинг-тест Р. Лазаруса, опросник для выявления стиля межличностного взаимодействия Т. Лири, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний).

Было обследовано 22 пациента в возрасте от 65 до 80 лет, находившихся на лечении в отделении гериатрической психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева с сентября 2012 года по апрель 2013. Нозологически преобладали пациенты с патологией аффективного круга, в том числе рекуррентным депрессивным расстройством, затяжным депрессивным эпизодом, органическим аффективным расстройством. Они составили 86 % обследованных. 14% пациентов страдали органическим заболеванием головного мозга с умеренными когнитивными нарушениями или галлюцинаторно – бредовой симптоматикой.

Все обследованные пациенты были разделены на две группы: в основную группу, составив-

шую 11 человек, вошли пациенты, обнаруживавшие такие признаки госпитализма, как отсутствие у пациентов установки на выписку при наличии показаний к продолжению лечения амбулаторно, большую продолжительность пребывания в стационаре, не обусловленную причинами медицинского характера, ухудшение состояния пациента во время лечебного отпуска, непосредственно перед выпиской или сразу после нее, повторная госпитализация в течение полугода. Контрольную группу составили пациенты (11 человек) без признаков госпитализма. Обе группы не имели достоверных отличий по возрасту, полу и нозологическим характеристикам, были сопоставимы по характеру и степени тяжести функциональных нарушений, наличию сопутствующих и фоновых заболеваний.

В результате статистической обработки полученных данных не было выявлено достоверных различий в уровне напряженности всех видов копингов в двух группах. В то же время при оценке адаптивности – неадаптивности копингов при помощи методики Хайме было установлено, что пациенты основной группы достоверно чаще использовали относительно адаптивные когнитивные копинг стратегии (80%), при этом на долю адаптивных и неадаптивных стратегий приходилось по 10%. 44,4% пациентов контрольной группы использовали адаптивные когнитивные копинг-стратегии, 33,3% - относительно адаптивные, 22,2% - неадаптивные. В области эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий значимых различий между группами выявлено не было.

В результате анализа социально-психологических характеристик пациентов при помощи опросника для выявления стиля межличностного взаимодействия Т. Лири у пациентов основной группы по сравнению с контрольной была выявлена большая выраженность таких черт как агрессивность, зависимость, подозрительность. Данные различия имели тенденцию к достоверности. При анализе индивидуально-психологических особенностей при помощи опросника «Большая пятерка» достоверных различий между группами выявлено не было.

Структурированное интервью выявило такие особенности пациентов с признаками госпитализма, как относительно более низкий уровень осведомленности о характере, причинах заболевания и возможных методах лечения, при этом часть опрошенных сообщала, что сознательно не стремится к получению подобной информации. Подавляющее большинство пациентов основной группы не имели четкого представления о возможностях амбулаторной терапии, часть из них планировала повторную госпитализацию через несколько месяцев. Пациенты с признаками госпитализма имели тенденцию к большей зависимости от лечащего врача, при этом собственную роль в процессе терапии оценивали

как незначительную. В основной группе по сравнению с контрольной достоверно чаще в связи с предстоящей выпиской у пациентов возникали такие негативные эмоции, как тревога, угнетённость, ощущение собственной беспомощности.

Таким образом, пациенты основной и контрольной групп, идентичные по своим нозологическим характеристикам, имели различное субъективное восприятие природы и тяжести заболевания, процесса лечения и пребывания в стационаре, использовали разные адаптационные стратегии. Целесообразным является продолжение исследования феномена госпитализма и выявление предикторов и механизмов его формирования, с увеличением количества обследованных больных, что позволит повысить степень статистической достоверности результатов.

ПОЗДНЕВОЗРАСТНЫЕ ДЕПРЕССИИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НИХ

**Бомов П.О., Будза В.Г., Веретенцева Т.В.,
Смирнова С.А., Городошникова И.В.,
Дворниченко М.В., Шпилова А.А.**

*Оренбург, ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная
медицинская академия» Минздрава России,
ГБУЗ «ООКПБ №1», ГБУЗ «ООКПБ №2»*

Депрессия – одна из наиболее часто встречающихся форм психической патологии. Распространенность депрессивных расстройств в общей популяции по оценкам различных авторов составляет от 2 до 11%, а одним из наиболее тяжелых последствий депрессии является суицид, который совершают до 15% больных [3, 4, 6].

Распространенность депрессий в населении старших возрастных групп составляет по данным разных исследователей от 9 до 30% [2]. При этом важно, что легкие и умеренно выраженные депрессивные расстройства имеют место почти в 10 раз чаще, чем тяжелые депрессивные состояния, требующие стационарного лечения в гериатрических отделениях психиатрических больниц. Поздний возраст рассматривается как пиковый в отношении частоты депрессивных расстройств у пациентов общесоматической практики. Этот показатель колеблется у разных авторов от 15 до 75%, свидетельствуя о значительном накоплении депрессий позднего возраста среди пациентов врачей общей практики [4]. Нераспознанные нетяжелые формы депрессий позднего возраста являются наиболее курабельными и прогностически благоприятными. Негативные последствия недовыявления депрессивных расстройств у пожилых сводятся к следующему: повышенный риск суицида, утяжеление проявлений депрессии, хронификация состояния, возрастание потребности в продолжительном ста-

ционарном лечении, ухудшение качества жизни самих пациентов и лиц из их ближайшего окружения, снижение возможностей социальной адаптации в повседневной жизни, негативное влияние сниженного настроения на течение соматических заболеваний. В последние годы широкое распространение получили антидепрессанты с серотонинергическим действием – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые обладают выраженным антидепрессивным действием и значительно лучше переносятся больными. В отечественной литературе приводится немало данных, подтверждающих высокую эффективность «классического» СИОЗС – флувоксамина (феварина) [1] при лечении депрессивных состояний различной степени.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности и переносимости препарата Феварин в лечении депрессивных расстройств у больных позднего возраста.

В открытое исследование были включены больные с депрессивными расстройствами различной этиологии: депрессивный эпизод (F 32.1), рекуррентное депрессивное расстройство (F 33), биполярное аффективное расстройство (F 31). Из исследования исключались больные с острыми и хроническими заболеваниями в стадии обострения, с грубым поражением центральной нервной системы, с различными видами зависимости от психоактивных веществ, с длительностью депрессивного эпизода более 12 мес., с аллергическими реакциями на флувоксамин в анамнезе.

Феварин применяли в качестве единственного антидепрессивного препарата, по дополнительным показаниям назначались препараты других фармакологических групп – антипсихотические препараты, транквилизаторы. Препарат назначали в начальной дозе 100 мг на ночь однократно, при необходимости дозировку постепенно повышали до достижения отчетливого терапевтического эффекта (максимальная доза 300 мг/сут). Длительность наблюдения составила 6 недель.

Для оценки состояния больных использовали клинико-психопатологический метод, шкалу депрессии Гамильтона (HDRS), шкалу общего клинического впечатления (CGI), шкалу нежелательных побочных явлений (UKU). Состояние больных оценивали до начала терапии, на 3, 7 день и затем еженедельно. Эффект терапии считали хорошим, если наблюдалось отчетливое клиническое улучшение состояния больного, и суммарный балл по шкале HDRS снижался на 50% и более по сравнению с исходным уровнем. Для статистической обработки данных использовали программу Statistica 6.0 с использованием критерия Вилкоксона. В исследование вошли 23 больных в возрасте от 48 до 63 лет (средний возраст $55 \pm 7,2$) с началом депрессивных расстройств после 45 лет.

Депрессивные расстройства по своей клинической картине были неоднородными. Преобладали пациенты с тревожным типом аффекта (16 больных), также были выделены больные с тоскливой симптоматикой (5 пациентов) и апатоадинамической (2 пациента). При тревожной депрессии больные испытывали чувство «внутреннего беспокойства», дрожь в теле, нарушался сон и аппетит, возникали мысли о нежелании жить, нередко возникали ипохондрические расстройства. При тоскливой депрессии вместе с гипотимией, мыслительной и двигательной заторможенностью у больных отмечалось чувство «предсердечной» тоски, безысходности, сопровождавшиеся неприятными физическими ощущениями в области сердца, происходящее вокруг пациент оценивал пессимистически. У пациентов с апатоадинамическим вариантом депрессии на первый план выходили вялость, безразличие к окружению, значительное затруднение в выполнении физических нагрузок.

При оценке состояния по шкале CGI-S тяжесть депрессии при включении в исследование составила 4 балла (умеренная выраженность симптоматики) у 18 больных, у остальных 5 больных тяжесть состояния соответствовала 3 баллам (легкая выраженность). К концу 6 недели терапии число респондеров (больных с 50% и более редукцией суммарного балла по шкале (HDRS) составило 21 пациент (91,3% - $p \leq 0,05$). Были выявлены различия в структуре антидепрессивного действия препарата. В течение первых 3 недель отмечали редукцию тревоги и нормализацию сна, только лишь 3 пациентам в первую неделю терапии понадобилось назначение феназепама в дозе 1 мг на ночь и наращивания дозы феварина до 200 мг в сутки с дальнейшей отменой транквилизатора. Собственно антидепрессивный эффект развивался на 4 неделе лечения, причем у больных из группы с тревожной симптоматикой эффективность была выше, а у больных с апатоадинамической структурой депрессии – наименьшая. К 5 неделе терапии по шкале CGI было зафиксировано «значительное улучшение состояния» ($p \leq 0,05$). В это же время проявился мягкий стимулирующий эффект феварина: больные возвращались к прежним занятиям, становились более коммуникабельными, происходило оживление мимики и моторики. Из нежелательных явлений чаще всего были отмечены головная боль (5 больных), тошноту (4 пациента), сонливость в дневное время (8 больных). Причем головные боли были значительными, купировались дополнительным назначением нестероидных противовоспалительных препаратов. Дневная сонливость обычно не требовала дополнительной коррекции, проходила в течение первых 1,5 недель терапии.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что препарат флувоксамин (Феварин) является довольно эффективным и безопасным антидепрессантом в терапии

позднего возраста депрессий, включая больных с сопутствующей соматической патологией. Этот препарат оказался эффективным при различных депрессиях: тревожной, тоскливой и апатоадинамической. Показанная высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического эффекта, широкий спектр антидепрессивной активности, значительный размах терапевтического окна, отсутствие значимых побочных эффектов позволяют рассматривать Феварин в качестве эффективного антидепрессанта для лечения депрессий позднего возраста в виде монотерапии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АДАПТАЦИИ В ОБЩЕСТВЕ ОДИНОКИХ ПОЖИЛЫХ - БОЛЬНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА И ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИКИ

Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., Алимова Л.В.,
Блинникова Е.А., Баширов Р.И., Якушина А.М.

Оренбург, ОрГМА, ГБУЗ «ООКПБ № 1»

В отечественной психиатрии не изучалось влияние возрастного и клинко-психопатологического факторов на адаптацию в обществе одиноких пожилых психически больных.

Цель исследования: определение роли возрастного и клинко-психопатологического факторов в социальной адаптации одиноко проживающих пожилых психически больных.

Клиническим и социально-психологическим методами обследованы две группы лиц в возрасте 60 лет и старше - больные психоневрологического диспансера (235 чел.) и пациенты поликлиники (102 чел.). У последних в 61,7% случаев выявлены пограничные психические расстройства. По полу, возрасту и соматическому состоянию группы не отличались. Для исследования адаптации использовались социально-бытовые (жилищные и материальные условия, уровень образования, трудовая занятость, способность к ведению домашнего хозяйства и самообслуживанию, инвалидность и др.) и социально-психологические (отношение к одинокому проживанию, состояние одиночества, уровень социальных контактов, типы одинокого проживания, характер взаимоотношений больных с опекунами и соседями и др.) показатели. Установлены сходные явления (в обеих группах наблюдались плохие жилищные и материальные условия, низкая вовлечённость в трудовую занятость, трудности в ведении домашнего хозяйства и самообслуживании, состояние одиночества, низкий уровень социальных контактов, неблагоприятные типы одинокого проживания и взаимоотношения с опекунами, а также конфликтные отношения с соседями и др.) и различия (нарушения адаптации у больных диспансера

носили более выраженный и сложный характер). Первое обусловлено возрастным фактором, второе - выраженными психическими расстройствами.

Полученные сведения необходимо использовать при разработке программы медико-социальной помощи данному контингенту больных.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПРООКСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМ У ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ ДЕМЕНЦИЙ АЛЬЦГЕЙМЕРОСКОГО ТИПА, СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ И ДЕПРЕССИЕЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Залуцкая Н.М., Дубинина Е.Е.,
Щедрина Л.В., Савельева М.С.

Санкт-Петербург, ФГБУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева

С целью поиска критериев ранней диагностики болезни Альцгеймера было проведено сравнения клинических, психологических и биохимических показателей у 52 пациентов в возрасте старше 55 лет. Основную группу составили пациенты с начальными стадиями деменций альцгеймеровского типа (MMSE > 24). Группы сравнения составили пациенты с начальными стадиями деменции сосудистой этиологии (вторая группа) и больные с депрессивными нарушениями (третья группа). Группы достоверно не отличались по количеству пациентов, их полу и возрасту. Для оценки использовалась батарея лобной дисфункции (FAB), шкала памяти Векслера, а также исследовался ряд биохимических показателей: супероксиддисмутаза (СОД), глутатионредуктаза (ГР), каталаза, глутатионпероксидаза (ГПО).

Средний возраст больных составил $70 \pm 7,8$ лет, преобладали женщины (80%). Показатели батареи лобной дисфункции у больных основной группы были достоверно ниже (13,1 против 16,1 и 14,2, $p \leq 0,05$). Были найдены достоверные различия по эквивалентному интеллекту показателю памяти теста Векслера: 80,8, в основной группе, 117,1 у больных с депрессией и 101,0 у сосудистых пациентов ($p \leq 0,005$).

У больных с болезнью Альцгеймера активность СОД эритроцитов была статистически достоверно выше по сравнению с данными пациентов с сосудистой деменцией (6,8 против 6,4, $p \leq 0,05$). Активность ГПО в эритроцитах крови пациентов с депрессией была статистически достоверно выше по сравнению с пациентами с сосудистой деменцией (40,5 против 25,4, $p \leq 0,05$). Активность ГР у больных АБ была достоверно выше по сравнению с больными с сосудистой деменцией (52,4 против 13,6, $p \leq 0,05$). Показатели активности каталазы достоверно не различались.

Таким образом, повышение СОД и ГР у пациентов с болезнью Альцгеймера, при отсутствии повышения каталазы и ГПО, может свидетельствовать о дисбалансе антиоксидантной защиты и выраженном состоянии окислительного стресса. Повышенное значение ГПО у больных с депрессией может также иметь значение для дифференциальной диагностики когнитивных нарушений в позднем возрасте.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Захарченко Д.В.

Санкт-Петербург, ФГБУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева

С целью изучения особенности течения рекуррентного депрессивного расстройства в позднем возрасте было обследовано 110 пациентов старше 50 лет с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства, перенесших в анамнезе не менее двух фаз. Использовалась структурированная клиникостатистическая карта, шкалы HAMD-21 и депрессии Бека. Средний возраст больных составил $70,2 \pm 8,0$ лет, возраст начала заболевания - $51,3 \pm 15,2$ года, продолжительность заболевания - $18,4 \pm 14,1$ лет. За это время больные перенесли в среднем $3,3 \pm 2,4$ фазы, длительностью по $6,3 \pm 5,7$ месяцев в среднем, что позволяет охарактеризовать такие фазы как затяжные. Фазы в виде «клише» отмечались в 56,2% случаев. Сезонность обострений наблюдалась у 62 (56,4%) пациентов. В большинстве случаев (291 фаза, 61,1%) депрессивные фазы возникали спонтанно, без связи с возможными провоцирующими факторами, среди которых ведущая роль принадлежала психотравмирующим ситуациям. Четверть больных (28 человек, 25,5%) имели наследственную отягощенность психическими заболеваниями. Средняя длительность интермиссий составила $72,7 \pm 70,6$ месяцев. Наиболее частыми остаточными нарушениями в ремиссии были аффективные (121, 32,8%) и тревожные (106, 28,7%) колебания, в каждом седьмом случае (52, 14,1%) ремиссия была представлена сохранявшейся субдепрессивной симптоматикой, на момент обострения постоянное поддерживающее лечение принимали только четверть пациентов (94, 25,5%). В структуре синдрома чаще наблюдалось преобладание тревожного (228, 47,8%) и несколько реже - тоскливого аффекта (165, 34,6%). Тяжесть депрессии в большинстве случаев была умеренной (75, 68,1%), средний балл по шкале HAMD-21 составил $21,4 \pm 4,5$, по шкале Бека - $33 \pm 9,3$. Отмечалось учащение (70, 63,6%) и утяжеление фаз (52, 47,3%), без изменения их длительности (43, 39,1%).

Таким образом, было обнаружено, что депрессия в позднем возрасте характеризуется небла-

гоприятным течением, представленным затяжными фазами с клишированной тревожно-депрессивной симптоматикой, при склонности к их учащению и утяжелению. Полученные результаты говорят о необходимости назначения таким больным адекватной длительной поддерживающей антидепрессивной терапии с целью профилактики повторных обострений.

Ключевые слова: депрессия, поздний возраст, течение.

ОПЫТ РАБОТЫ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ПРИ ЦЕНТРАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КАК НОВОЙ ФОРМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Полищук Ю.И., Летникова З.В.,
Гурвич В.Б., Калининченко Т.П.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава России

Проанализирован и обобщен опыт работы геронтопсихиатрических кабинетов при трех московских центрах социального обслуживания «Сокольники» «Южнопортовый» и «Преображенское» за период с 2008 по 2012 год. Впервые эта внестанционная форма геронтологической помощи была создана в 1996 году сотрудниками отдела психической патологии Московского НИИ психиатрии на базе московского центра социального обслуживания «Сокольники».

Цель – выявления психических расстройств, их диагностика, оказание психотерапевтической и медико-психологической помощи лицам позднего возраста с психическими расстройствами в условиях центров социального обслуживания.

Материал. Обследовано 430 человек в возрасте от 56 до 90 лет обоего пола. Соотношение женщин и мужчин 8:1. Все они на протяжении месяца в разное время посещали отделения дневного пребывания трех центров социального обслуживания. Обследования проводилось невыборочно, по мере обращения, после дачи информированного согласия.

Методы: клинико-психопатологический, анамнестический, психометрические методы (краткий тест оценки психического состояния MMSE, шкала тревоги Тейлор, гериатрическая шкала депрессии, опросник копинг-поведения Хайма).

Результаты и их обсуждение. Психические нарушения были выявлены у 340 из 430 обследованных (79%). У 90 психически здоровых лиц в одной трети отмечались легкие когнитивные расстройства. У лиц с психическими нарушениями чаще всего выявлялись пролонгированные тревожно-депрессивные и тревожные реакции (19%). Кратковременные тревожно-депрессивные и тревожные

реакции были выявлены в 16.5%. Начальная деменция выявлена у 56 пациентов (16.5%). Из них у 48 человек диагностирована сосудистая деменция, у 8 – атрофическая. У половины больных с начальной деменцией имелись смешанные тревожные и депрессивные расстройства или расстройства по типу генерализованного тревожного расстройства органической природы. Тревожные дистимии выявлены в 12 % наблюдений. Патологические реакции горя в разной клинической форме отмечались в 10 %. Генерализованное тревожное расстройство невротической природы выявлено в 8 % наблюдений. Депрессивный эпизод средней тяжести выявлен у 10 пациентов. Тревожно – фобические расстройства – у 8 человек. В единичных случаях установлен диагноз эпилепсии, инволюционного параноида, шизотипического расстройства. Таким образом, проведенные исследования показали широкую распространенность различных психических непсихотических расстройств у лиц позднего возраста, посещающих центры социального обслуживания. Их первично выявление и оказание медико-психологической и психотерапевтической помощи таким больным оказалось возможным только благодаря функционированию созданных геронтопсихиатрических кабинетов.

Вывод. Организация и деятельность геронтопсихиатрических кабинетов при центрах социального обслуживания позволяет выявлять психические расстройства у лиц пожилого возраста и оказывать им медико-психологическую помощь наряду с оказанием социальной помощи, проводить психосоциальную терапию и реабилитацию выявленных больных.

ОПЫТ ОЦЕНКИ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭЭГ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ ДЕМЕНЦИИ

Руш И.А., Залуцкая Н.М., Горелик А.Л.

Санкт-Петербург, ФГБУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Целью нашего исследования являлось изучение особенностей пространственной организации БЭА головного мозга у больных с начальными стадиями деменции методом когерентного анализа ЭЭГ.

В задачи данной работы входило выявление объективных специфических ЭЭГ-паттернов эффективной интегративной деятельности головного мозга у больных с начальными стадиями деменции.

Было обследовано 55 пациентов в возрасте старше 55 лет. Основную группу составили пациенты с начальными стадиями деменций альцгеймеровского типа. В группы сравнения вошли пациенты с начальными стадиями деменции сосудистой этиологии (вторая группа) и больные

с депрессивными нарушениями и легким когнитивным дефицитом (третья группа). Группы достоверно не отличались по количеству пациентов, их полу и возрасту. Средний возраст больных составил $70 \pm 7,8$ лет, преобладали женщины (80%).

Для оценки когнитивных функций использовалась батарея лобной дисфункции (FAB), шкала памяти Векслера. Показатели батареи лобной дисфункции у больных основной группы были достоверно ниже (13,1 против 16,1 и 14,2, $p \leq 0,05$). Были найдены достоверные различия по эквивалентному интеллекту показателю памяти теста Векслера: 80,8, в основной группе, 117,1 у больных с депрессией и 101,0 у сосудистых пациентов ($p \leq 0,005$).

Испытуемым проводились МРТ головного мозга, регистрация ЭЭГ активности с углубленным компьютерным анализом. Помимо визуальной оценки изучалась пространственная организация ЭЭГ по данным когерентного анализа.

В результате исследования не было выявлено специфических диагностических паттернов ЭЭГ, позволяющих судить о ведущем этиологическом факторе в развитии деменции у конкретного испытуемого. Пространственный анализ ЭЭГ внутри каждой из трех групп выявил значительный полиморфизм результатов.

Путём многофакторного анализа данных нейрофизиологического исследования, МРТ, анамнестических сведений, психодиагностических методик исследуемых удалось разделить на 3 основные группы:

1. Первую группу составили исследуемые, имеющие в 50% случаев неблагоприятную отягощенность в неврологическом профиле: перенесенные лакунарные ОНМК, аномалии и варианты строения головного мозга, наличие микроаденомы гипофиза, остеомы лобной кости, осложненный соматический фон, интоксикационно-дисметаболические нарушения. В данной группе выявлено низкое число взаимодействий во всех диапазонах. Имеющиеся связи малоинтенсивные, несимметричные, мало организованные, преимущественно в быстрых диапазонах с преобладанием в бета (2/3), либо альфа=бета (1/3). В 80% отсутствовали межполушарные связи, в 90% отсутствовали взаимодействия между главными ассоциативными зонами обоих полушарий. У всех представителей группы зафиксировано снижение показателей хотя бы по одной из применяемых психометрических шкал. ЭИПП 76-90. В данной группе удалось выявить корреляцию между показателем интеллекта и интенсивностью взаимодействий в альфа диапазоне с увеличением коротких внутриполушарных связей в передних отделах головного мозга.

2. Вторая группа характеризовалась обилием внутри и межполушарных взаимодействий

во всех диапазонах, с высокоинтенсивными чаще двусторонними связями между передними и задними ассоциативными зонами обоих полушарий, множеством связей в быстрых диапазонах, наличием устойчивых фиксированных взаимодействий – «каркаса» во всех диапазонах. В 90% случаев присутствовали синхронные межкорковые взаимодействия в передних отделах как межполушарные – между фронтальными отведениями, так и внутриполушарные лобно-височные связи. ЭИПП данной группы пациентов составил >110 .

3. Третья группа пациентов обнаруживала организованную, симметричную картину пространственного распределения взаимодействий, большей частью умеренных (КК 0,45-0,649) в альфа диапазоне со 100% присутствием длинных диагональных связей между ассоциативными центрами обоих полушарий, с примерно равным количеством коротких внутриполушарных связей во всех отделах головного мозга. Показатель ЭИПП данной группы 90-110.

Также выделена малочисленная группа-3 человека – представители основной группы исследования (альцгеймеровский тип деменции), с явным преобладанием высокоинтенсивных взаимодействий в медленных диапазонах (тета, дельта), имеющие выраженную атрофию по данным МРТ и низкие показатели по всем психометрическим шкалам. ЭИПП 70-80.

С учетом полученных данных можно предположить, что наличие интенсивных организованных взаимодействий во всех диапазонах с преобладанием в альфа-диапазоне, с наличием межполушарных связей на всех уровнях может являться предиктором относительно эффективной компенсации головным мозгом имеющегося когнитивного дефицита.

Присутствие протяженных связей, как внутри, так и межполушарных, обеспечивающихся вероятно длинными ассоциативными волокнами, в том числе интракаллезными пучками, также может являться основой для эффективных компенсаторных реакций головного мозга и отражает, скорее, не изначально сформированное «рациональное» функциональное состояние ГМ, а процесс становления новой структуры межкорковых взаимодействий.

Обеднение меж и внутриполушарных взаимодействий в целом, в передних зонах кортекса в частности коррелирует с низкими показателями по всем психодиагностическим методикам, что, возможно, является следствием изначально низких «резервов» нейродинамической компенсации у лиц с отягощенным соматически-анамнестическим профилем.

Выраженный атрофический процесс по данным нейровизуализации (лоб, темя, висок) находит отражение как в клинической картине, так и в пространственной организации ЭЭГ с явным преобладанием активности в медленных диапазонах.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Сиденкова А.П., Мишарин В.Ю.,
Багаутдинова Н.А.

Екатеринбург, ГБОУ ВПО «Уральская государственная
медицинская академия Минздрава РФ»,
Нижний Тагил, ГБУЗ СО «Свердловская областная
психиатрическая больница № 7»

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.

Целью 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.

Материалы и методы. Материалом настоящего организационно-эпидемиологического исследования является популяция города Нижний Тагил. 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 г.г.). 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 подхода возможно при разработке масштабных программ по улучшению оказания геронтопсихиатрической помощи.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ СМЕШАННОЙ АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКО-СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОТ ЖЕЛАЕМОГО К РЕАЛЬНОМУ

Тухватуллина Д.Р., Михайлова Н.М.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Диагностика смешанной деменции предусматривает сочетание болезни Альцгеймера (БА) и

церебрально-сосудистого заболевания по данным анамнеза, особенностей клинической картины и нейровизуализации. Смешанная деменция занимает второе по частоте место после болезни Альцгеймера. Сочетание нейродегенеративного поражения и церебрального атеросклероза обосновывает комплексный характер медикаментозной терапии, направленной на компенсацию нейротрансмиттерного дефицита, ответственного за клинические проявления когнитивных нарушений, и коррекцию сосудистых факторов риска. Лечение смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменции (САСД) основано на стандартах применения современных методов антихолинергической и глутаматергической противодементной терапии деменций позднего возраста, разработанных проф. Гавриловой С.И.. В рандомизированных и открытых клинических исследованиях показана эффективность применения ингибиторов холинэстеразы (ИХЭ) и глутаматергической терапии при САСД. Использование научно обоснованных лечебных рекомендаций в повседневной практике нуждается в проведении обзорных исследований.

Целью работы было изучить возможности и оценить результативность терапии САСД в геронтопсихиатрической практике в рамках натуралистического исследования.

Материалом исследования послужила невыборочная когорта больных, впервые поступивших в психогериатрическое отделение в 2005-2009 г. г. с диагнозом мягкой или умеренной САСД (94 случая). Диагноз смешанной деменции отвечал критериям возможной БА (по критериям NINCDS-ADRDA), сочетанной с цереброваскулярным заболеванием (по анамнестическим, клиническим и нейровизуализационным критериям NINDS-AIREN; код F00.2 в МКБ-10). Методы исследования включали клинический, клинико-катамнестический, соматоневрологическое обследование, МРТ головного мозга. Сроки катамнестического наблюдения составили от 3 до 9 лет с момента поступления (в среднем 4,2 года).

Практически всем больным противодементная терапия проводилась впервые при поступлении в стационар с рекомендацией продолжения лечения в условиях диспансерного наблюдения. Чаще всего назначались ингибиторы холинэстеразы (78%). Среди ИХЭ первое по частоте назначений занимал реминил (54%), значительно реже нейромидин (9%) и экселон (4%). Акатинол в качестве первого курса применялся в 5%. На начальном этапе лечения более одной трети пациентов получали курсовую инфузионную терапию церебролизином с доказанным нейропротективным эффектом.

Важным разделом терапии САСД является лечение, направленное на коррекцию сосудистых факторов риска. Особенности соматоневрологического анамнеза и статуса больных САСД определяют

ся частотой сердечнососудистой патологии, прежде всего, артериальной гипертензии, ИБС, мерцательной аритмии и сахарного диабета, а так же наличием ОНМК в анамнезе и риском развития повторных ОНМК. Наблюдения показывают, что многолетнее относительно регулярное или постоянное лечение сосудистого заболевания при развитии деменции прерывается, как правило, вследствие когнитивных нарушений и ослабления критики, что существенно повышает риск инфаркта миокарда или инсульта. Первостепенной задачей в лечении этой сложной категории пациентов становится одновременно с проведением противодементной терапии достижение компенсации соматической патологии, регулярная терапия гипотензивными, вазоактивными, дезагрегантными и другими препаратами. Сложный характер лечебных мер определяет неизбежную в этих случаях полифармацию и необходимость регулярного сотрудничества с интернистами.

Клинические особенности САСД представлены значительной частотой некогнитивных нарушений, включая депрессии, состояния делириозноподобной спутанности и бредовые расстройства. Купирование этих состояний достигалось в период стационарного лечения и требовало применения антидепрессантов (36%), преимущественно из групп СИОЗС и НАСА, а так же атипичных антипсихотиков (62%).

Результаты когортного обзорного катамнестического исследования выявили две основные тенденции в проведении современной терапии САСД в геронтопсихиатрической практике. Позитивная тенденция проявляется в достаточно раннем начале терапии, уже на этапе мягкой деменции. При продолжении противодементной терапии в амбулаторных условиях частота применения ИХЭ в целом снижалась. Одновременно возрастала доля пациентов, переведенных на лечение акатинолом (до 40%). Показаниями к такому изменению терапии являлось утяжеление степени деменции, а такая терапевтическая тактика предусмотрена стандартами противодементной терапии. Возможности нейропротективной терапии церебролизином использовались в амбулаторной практике значительно реже. Проведенное исследование показало возможности длительной (до 6 лет) поддерживающей противодементной терапии.

Негативная тенденция в проведении противодементной терапии в амбулаторной практике определяется ранним ее прерыванием по разным причинам. Начиная со второго года катамнеза, обнаруживается выбывание больных из когорты получавших противодементную терапию. Самой частой причиной является отказ от медикаментозной терапии по решению родственников, мотивация этого отказа объясняется не только отсутствием выраженного терапевтического эффекта, но нередко

финансовыми проблемами с приобретением дорогостоящих препаратов. Обрыв терапии происходит также при помещении пациентов в интернат. Гораздо реже отмена терапии обусловлена ухудшением соматического состояния, не обусловленным нежелательными эффектами.

Катамнестическое обследование показало, что амбулаторное лечение нередко ограничивалось непрерывным назначением психотропных препаратов, зачастую необоснованным. Психотерапия некогнитивных нарушений является необходимым элементом комплексного лечения, но в отличие от противодementной и базисной соматической терапии должна проводиться короткими курсами с гибким варьированием доз психотропных препаратов во избежание побочных действий, крайне нежелательных при тяжелом органическом поражении мозга и сопутствующей выраженной соматической патологии.

Самостоятельную проблему при проведении противодementной терапии в практике представляют особенности комплаенса с нарушением приверженности терапии не только больных деменцией, но и ухаживающих лиц. Если у самих пациентов ухудшение приверженности терапии сопряжено с отсутствием критики к болезненным проявлениям и совпадает с прогрессированием деменции, то среди ухаживающих лиц изменение комплаентности обусловлено совокупностью психологических и экономических моментов, недостаточностью реалистических представлений о задачах терапии, что приводит к нерегулярности лечения, прерыванию постоянного приема препаратов. Повышению информированности о возможностях терапии служит проведение образовательных занятий с родственниками больных деменцией в рамках школы для ухаживающих лиц. Кроме того, катамнестическое изучение показало, что часть больных деменцией после выписки из больницы оказываются недоступными для наблюдения и продолжения лечения в связи с проблемами в организации геронтопсихиатрической помощи на дому.

Выводы. Катамнестическая оценка больных САСД, длительно получавших терапию современными противодementными препаратами одновременно с проведением базисной терапии сосудистого заболевания, показала возможность более длительного поддержания жизни больных в семье и обществе. Более широкому охвату больных деменцией современными методами противодementной терапии и увеличению ее доступности в практике должна служить оптимизация геронтопсихиатрической и общесоматической помощи больным деменцией, а так же система мер по социальной защите пациентов и ухаживающих лиц.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Чалая Е.Б., Будза В.Г., Чалый В.А.,
Чалая И.В., Антохин Е.Ю.

Оренбург, Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1

Одними из наиболее часто встречающихся в позднем возрасте являются неврозоподобные расстройства, которые занимают пограничное положение между сомато- и психогенными заболеваниями, экзо- и эндогенной патологией, органическими и функциональными поражениями нервной системы. В связи с тем, что период инволюции протекает на фоне соматической патологии (атеросклеротические, сосудистые, эндокринные нарушения), диагностика неврозоподобных состояний в позднем возрасте представляет большие трудности (Шахматов Н.Ф., 1996; Будза В.Г., Чалая Е.Б., Антохин Е.Ю., 1996, 1997, 2003, 2005, 2011). Возрастные и личностные перемены в организме стареющего человека обуславливают изменение общей реактивности, что создает условия, способствующие развитию пограничной патологии. Данные обстоятельства обуславливают актуальность их дальнейшего изучения.

Цель исследования: уточнение особенностей генеза, клиники и течения неврозоподобных состояний в позднем возрасте на современном общественно-историческом этапе.

Материалы и методы. клинико-анамнестическим, клинико-психопатологическим, патопсихологическим методами обследовано 120 больных (70 женщин и 50 мужчин). 40 больных в возрасте 45-60 лет составили первую группу (климактерический период); вторая группа – 45 человек пресенильного возраста (60-70 лет); третья группа – 35 человек сенильного возраста (70 лет и выше).

Результаты: установлено, что у больных климактерического возраста (первая группа) преобладали соматоформные и тревожные расстройства, а также поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями. Приоритетным в этой возрастной группе являлся тревожно-фобический синдром с выраженным соматовегетативными компонентом. У больных с сердечно-сосудистой патологией он проявлялся генерализованными тревожными расстройствами, сопровождающимися паническими атаками, а также кардиофобией со страхом остановки сердца, инфаркта миокарда. В возникновении болезненных проявлений установлена триггерная роль психотравмирующих агентов макросоциального уровня, к которым относились: экономические изменения со снижением уровня жизни, кризисное состояние общества с ломкой жизненных стереотипов, потеря работы, что приближало неврозоподобные расстройства к неврозам. В

тоже время, последующая динамика состояния с отрывом от психотравмы, зависимости болезненных проявлений от соматического неблагополучия (прежде всего сердечно-сосудистой патологии), отсутствие связи психогении с особенностями личности пациента и его основными протективными психологическими структурами (психологическая защита, копинг) позволяло отвести диагноз невроза.

Во второй группе (пресениум) преобладали депрессивный, ипохондрический, obsессивно-фобический неврозоподобные синдромы. Они характеризовались стертой клинической картиной, малой динамичностью, склонностью к полиморфизму, «срастанию» с измененным личностным преморбидом начальными проявлениями органического процесса, с более выраженной органической окраской жалоб и объективных патопсихологических показателей (нарушения памяти, внимания, мышления), что являлось отражением нарастания сосудистых и возрастных изменений. Установлена большая зависимость проявлений неврозоподобных нарушений от динамики соматического состояния и различных внешних экзогений, в том числе и психогенных. Особенности психотриггеров в этой возрастной группе являлись: актуализация прошлых негативных воспоминаний, физический упадок, одиночество, ипохондрическая фиксация на старческих недугах, ограничение вследствие болезни социальной активности. Здесь также выраженность неврозоподобных расстройств коррелировала со степенью тяжести и давностью соматического заболевания. Депрессия у некоторых больных имела меланхолический оттенок, тревога проявлялась значительной выраженностью, доходившей до кратковременных периодов ажитации. Утяжеление депрессивной симптоматики, нарастание раздражительности было связано с ухудшением соматического состояния. Усиление депрессии, в свою очередь, способствовало усугублению соматических расстройств с формированием психосоматических циклов, в котором психогенное и соматогенное выступали в форме то причины, то следствия.

В третьей (сенильной) возрастной группе преобладающим являлся, как и в пресениуме, депрессивный синдром. Выявлено еще большее звучание органических нарушений, что определялось нарастанием личностных изменений, с заострением и огрубением негативных черт характера, психической ригидностью. Психотриггеры, установленные у более молодых лиц, также являлись актуальными, но ведущими в жалобах больных выступали соматическое неблагополучие (старческие недуги), снижение материального уровня жизни, одиночество, переходящее нередко в стереотипное выражение недовольства при общении («старческое брюзжание»). Общим в клинической картине у всех больных являлось наличие выраженной психической истощаемости. Неврозоподобные

расстройства характеризовались стереотипностью клинических проявлений, относительной их упрощенностью, часто возникающими психопатическими реакциями, представленными аффективной неустойчивостью, не корригируемой раздражительностью, возбудимостью, агрессивностью, что отражало закономерности патопластического влияния возрастных изменений. В ряде случаев можно было говорить также о психопатическом поведении с преобладанием в характере тормозимых, ригидных, астенических черт, чаще связанных как с собственно физическим старением, так и болезненными соматическими нарушениями. По мере прогрессирования сосудистого процесса первоначальная зависимость неврозоподобных нарушений от физического состояния утрачивалась и объективное улучшение соматического статуса не уменьшало выраженности психопатологической симптоматики, а незначительные ухудшения самочувствия оказывали сильное психотравмирующее воздействие, вызывая на непродолжительное время тревогу, раздражительность, беспокойство, страх, переходящее за короткий период в астеническую и/или меланхолическую депрессию. Среди личностных изменений выявлены гипертрофированная реакция на любые мелочи, касающиеся здоровья, выраженный эгоцентризм и склонность к конфликтам, что затрудняло социальные контакты.

Таким образом, установлено, что формирование неврозоподобных расстройств в позднем возрасте составляет этап в развитии возрастнo-органических изменений, а также обусловлено взаимодействием личностных особенностей, патологически измененной почвой (соматическая и неврологическая патология), длительным воздействием индивидуальных и социальных стрессовых факторов. При длительном, хроническом течении соматических расстройств наблюдается стереотипизация неврозоподобной симптоматики с упрощением структуры психопатологического синдрома (от тревожно-фобического с выраженным вегетативным компонентом до органического депрессивного) с формированием психопатоподобной структуры личности.

Выводы: полученные данные о становлении и динамике неврозоподобных расстройств у больных позднего возраста указывают на необходимость совершенствования тактики, взаимодействия различных специалистов (психиатров и соматической медицины) при оказании помощи, включения в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых вне психиатрической службы, психофармакотерапии, психотерапии и психосоциотерапии, что окажет положительное влияние на социальную адаптацию данного контингента больных.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Ягупова Н.Х., Андреев М.К.,
Балтабекова Э.Г., Платонова С.Е.

Астрахань, ГБУЗ АО «Областная клиническая
психиатрическая больница» МЗ АО

Цель исследования: проанализировать динамические аспекты клинико-психологических и электрофизиологических параметров наблюдаемых пациентов с болезнью Альцгеймера.

Материалы и методы. проанализированы истории болезни 25 пациентов с диагнозом болезнь Альцгеймера (БА), находившихся на стационарном лечении и обследованных с помощью психодиагностических тестов и методом ЭЭГ.

В настоящее время увеличивается число лиц, страдающих деменцией, что связано с общемировой тенденцией к постарению населения. Наиболее частая причина деменции – дегенеративные заболевания головного мозга: БА, деменция с тельцами Леви, лобно-височная деменция, более редкие заболевания и сочетания их с сосудистой патологией.

Для диагностики БА типа применяются: ишемическая шкала Хачински В.С. (1975), тест «рисование часов», батарея лобных тестов, краткая шкала оценки психического состояния. Из данных статистики известно, что средняя продолжительность жизни больных с БА в США и странах Западной Европы составляет 10-15 лет, в то время как в нашей стране 3-5 лет. Проведенные нами ранее исследования показали, что в Астраханской области она составляет 3,2±0,2 года с момента постановки диагноза. Благодаря созданному единому информационному пространству психиатрической службы, ведению фактически электронной истории болезни, в области появилась возможность изучать происходящие динамические изменения в состоянии больных БА, сравнивать показатели вспомогательных методов исследования, значения психодиагностических тестов.

Как показал анализ, лишь 5 из 25 пациентов, госпитализированных в стационар имели данные КТ/МРТ-исследований. В связи с отсутствием томографа, основной упор при постановке диагноза делался на клинико-психологические и электрофизиологические исследования.

Из анамнеза больных было установлено, что особых проблем со здоровьем, как правило, они не испытывали. Наиболее часто первая манифестация болезни провоцировалась черепно-мозговыми травмами или психотравмами. Средняя продолжительность наблюдения за пациентами с БА колебалась от 2,5 до 4 лет. Лишь в 2 случаях пациенты систематически госпитализировались в психиатрические стационары (1 раз в год), при этом срок госпитализации составлял 44,0±2,1 суток.

Анализ первых случаев госпитализации в психиатрический стационар показал, что в начальном периоде БА обычно отмечались головные боли, головокружение, снижение памяти на текущие события. Появлялись странности в поведении, задумчивость, медлительность, равнодушие к близким, пассивность, признаки эмоциональной лабильности, снижалась продуктивная бытовая деятельность. Периодически наблюдались речевые нарушения при формулировании предложений. Сохранялась критика к своей беспомощности. Подобная симптоматика и являлась для участкового врача-психиатра основанием для госпитализации в психиатрический стационар для уточнения диагноза и начала лечения. При экспериментально-психологическом обследовании (первые 3 дня после госпитализации) выявлялось, что продуктивный контакт возможен, но ответы малоинформативны, требовалось многократное повторение вопросов, определялось выраженное снижение кратковременной механической памяти и умеренное снижение долговременной. Кривая запоминания носила неравномерный характер. По данным ЭЭГ, проведенной в первые 3 дня после госпитализации отмечалось диффузное увеличение бета- и тета-ритмов. Регистрировались билатерально-синхронные вспышки тета-ритма (чаще в теменно-центральных областях). Отсутствовала или была значительно снижена реакция на открывание и закрывание глаз. Усвоение ритма фото- и фоностимуляций практически не определялось. Гипервентиляция также активность ЭЭГ не изменяла. На представленных пациентами КТ головного мозга (5 случаев) регистрировались признаки легкой атрофии паренхимы мозга, заместительной наружной гидроцефалии. Назначался стандартный курс терапии, а в ряде случаев использовали жидкую и трансдермальную формы препарата экселон.

Повторные госпитализации были связаны с прогрессированием процесса, а именно: усугублением имевшихся когнитивных, эмоционально-волевых, поведенческих расстройств, ухудшением критики, дальнейшей социальной дезадаптацией. Как правило, одновременно приходилось решать вопросы трудовой экспертизы больных. Психодиагностически выявлялось: снижение критичности, выраженные трудности при усвоении инструкций, дезорганизация самостоятельной интеллектуальной деятельности, выраженные снижения памяти и темпа психической деятельности. На ЭЭГ: заметно снижался альфа-индекс, нарастали степень дезорганизации кривой, число и амплитуда билатерально-синхронных вспышек. По данным МРТ через год (5 случаев): очаговых сигналов в головном мозге не выявлено. Атрофические изменения в полушариях мозга. Явления открытой, преимущественно наружной, заместительной гидроцефалии.

У больных госпитализированных для осуществления лечения и ухода в конце третьего года

наблюдения в клинике имелись грубые интеллектуально-мнестические расстройства, изменения личности, утрата навыков самообслуживания, утрата критических функций, полная социальная дезадаптация. Проведение психодиагностического исследования не представлялось возможным, по данным ЭЭГ практически не регистрировался альфа-ритм, доминировала диффузная дезорганизация с преобладанием тета- и дельта-активности. Регистрировались билатерально-синхронные вспышки, исходящие из глубинных структур мозга (возможно с базальных отделов центрально-височных областей), определялась полная ареактивность кривой.

Проведенное исследование 25 больных с БА I и II типа показало, что основанием для первичного обращения к психиатрам обычно являлось появление когнитивных и эмоциональных расстройств после перенесенной ЧМТ или психотравмы. Важной проблемой ранней диагностики БА в регионе является отсутствие скрининговых исследований лиц группы риска с помощью КТ/МРТ головного мозга, что обуславливает позднюю выявляемость болезни лишь с помощью клинико-психологических и электрофизиологических методов.

Следует активно и более широко в стационарной и амбулаторной практике применять современные методы лечения БА (например, препараты из группы ингибиторов холинэстеразы), позволяющих коррегировать когнитивные, поведенческие расстройства, а так же способствовать более длительной сохранности социальной адаптивности пациентов. Предлагаем в качестве критериев для подтверждения отсутствия отрицательной динамики в состоянии пациентов с БА шире использовать данные психодиагностических, электрофизиологических исследований и результаты КТ/МРТ головного мозга.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ НЕКОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЯХ

Языкова И.М., Сиденкова А.П.

Екатеринбург, ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Минздрава РФ»

Актуальность проблемы нарушений пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями в структуре других поведенческих и психопатологических расстройств (ППСД) определяется возрастанием нагрузки на ухаживающего, прямых и непрямых затрат на уход, негативным влиянием на общее состояние пациентов.

Цель исследования: изучить клиническое многообразие расстройств пищевого поведения при деменциях.

Материалы и методы исследования. В рамках исследования нарушений пищевого поведения

в структуре ППСД сравнивались две группы пациентов с нарушениями пищевого поведения и контрольная группы.

Пациенты исследуемых групп имели клинически значимые нарушения пищевого поведения, нозологическая принадлежность деменции была неоднородна (F 00, F01, F02).

Первая группа – пациенты с различной степенью тяжести деменции с повышенным аппетитом. Численность данной группы составила 23 человека (мужчин 8, женщин 15).

Вторая группа – пациенты со сниженным аппетитом/отказами от пищи. В этой группе наблюдалось 83 человека (мужчин 9, женщин 74).

Контрольная группа включала 50 пациентов с деменцией различной нозологической принадлежности (F 00, F01, F02) без клинически значимых расстройств пищевого поведения. Исследуемые группы и контрольная группы были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести деменции, нозологической принадлежности деменции, уровню образования.

Каждая из групп пациентов с нарушением пищевого поведения сравнивалась с контрольной группой по параметрам других ППСД и их динамики с учетом тяжести деменции.

Результаты исследования: При сравнении группы с повышенным аппетитом и контрольной группой были выявлены следующие достоверные различия:

Физическая и вербальная агрессия достоверно чаще наблюдалась в группе пациентов с повышенным аппетитом, чем в контрольной группе как при умеренной (40% и 28% соответственно, $p=0.035$), так и при тяжелой деменции (81.3% и 21.8% соответственно, $p=0.010$).

Апатия чаще наблюдалась у пациентов с повышенным аппетитом, чем в контрольной группе при умеренно выраженной деменции (40% и 8% соответственно, $p=0.055$).

Раздражительность/неустойчивость настроения и аберрантное моторное поведение при тяжелой деменции достоверно чаще наблюдались у пациентов с повышенным аппетитом, чем в контрольной группе (раздражительность/неустойчивость настроения 93.8% и 54.5 % соответственно, $p=0.009$; аберрантное моторное поведение 81.3% и 27.3% соответственно, $p=0.001$).

Отрицательная динамика ППСД (нарастание симптоматики) наблюдалось при умеренно выраженной и тяжелой деменции наблюдалась только у пациентов с повышенным аппетитом (20.0% при умеренно выраженной деменции, $p=0.023$; при тяжелой деменции 25.0%, $p=0.013$).

У пациентов группы с повышенным аппетитом наблюдалась отрицательная динамика расстройств пищевого поведения (нарастание тяжести) в 20.0% случаях при умеренно выраженной деменции и в 31.3% при тяжелой деменции.

При сравнении группы со сниженным аппетитом и контрольной группой были выявлены следующие достоверные различия:

Физическая агрессия достоверно чаще наблюдалась у пациентов со сниженным аппетитом, чем в контрольной группе, при умеренно выраженной деменции (56.9% и 28.0 % соответственно, $p=0.001$). При тяжелой деменции у пациентов со сниженным аппетитом достоверно чаще, чем в контрольной группе выявлялось сниженное настроение (48.4% и 18.2% соответственно, $p=0.024$).

Апатия достоверно чаще, чем в контрольной группе наблюдалась у пациентов со сниженным аппетитом при умеренно выраженной деменции (36.4% и 8.0% соответственно, $p=0.010$).

Тревога достоверно чаще наблюдалась в контрольной группе при умеренно выраженной деменции (100% и 52.3% соответственно).

Сниженное настроение достоверно чаще наблюдалось у пациентов со сниженным аппетитом, чем в контрольной группе при тяжелой деменции (48.4% и 18.2 % соответственно, $p=0.024$).

Отрицательная динамика ППСД (нарастание расстройств) наблюдалась только в группе пациентов со сниженным аппетитом (22.5% при умеренно выраженной деменции, 22.6% при тяжелой деменции).

В 22.7% при умеренно выраженной деменции и в 32.3% случаев при тяжелой деменции наблюдалась отрицательная динамика расстройств пищевого поведения (нарастание симптоматики).

Выводы: Таким образом, исследование показало, что у пациентов с расстройствами пищевого поведения (как при повышенном, так и при сниженном аппетите) имеются достоверные различия других ППСД по сравнению с контрольной группой, чаще проявляющиеся на стадии умеренно выраженной деменции (достоверно чаще по сравнению с контрольной группой наблюдаются агрессия, апатия). Отрицательная динамика ППСД по сравнению с контрольной группой в группах с нарушениями пищевого поведения прослеживается на стадиях умеренной выраженной и тяжелой деменции; отрицательная динамика расстройств пищевого поведения прослеживается на стадиях умеренно выраженной и тяжелой деменции как при повышенном, так и при сниженном аппетите. Результаты исследования могут свидетельствовать о том, что наличие расстройств пищевого поведения влияют на динамику ППСД на стадиях умеренно выраженной и тяжелой деменции, вероятно, за счет влияния на общее состояние пациента; динамика расстройств пищевого поведения зависят от стадии деменции, на которой возникают эти расстройства.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Буркин М.М., Антонен Е.Г., Хяникяйнен И.В.

*Петрозаводск, Петрозаводский
государственный факультет*

В рамках реализации биопсихосоциального подхода и с учетом профилактической ориентированности современной медицины сегодня большое внимание уделяется реабилитации лиц с мультифакториальными заболеваниями.

Целью настоящего исследования явилось создание алгоритма терапии лиц с ХИМ силами полипрофессиональной бригады специалистов.

Материалы и методы. Изучено 178 пациентов, у которых при проведении диспансерных поликлинических осмотров (n=894) в г. Петрозаводске, в соответствии с критериями МКБ-10, была диагностирована ХИМ.

Диагноз ХИМ был установлен на основании клиничко-психопатологического и клиничко-психологического исследования. Использовались инструментальные методы: электрокардиография; триплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ТС БЦА) («Logiq-3 Expert, GE, 2007); электроэнцефалография («Нейрон-спектр-4» ООО «Нейро-софт», Иваново, 2003); лучевые методы диагностики (магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга по сосудистой программе). Осуществлялось биохимическое исследование крови (коагулограмма, липидный спектр). Нейропсихологическое исследование предполагало использование разнообразных методик: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); шкала психопатологических проявлений (SCL-90); самооценка тревожности, ригидности и экстравертности по Д. Моудсли; выявление смысла жизненных ориентаций (СЖО); определение уровня субъективного контроля личности (УСК); копинг-тест Р. Лазаруса – «Стратегии совладающего поведения» (WCQ); методика «Уровень социальной фрустрированности» Л.И. Вассермана; шкала качества жизни (SF-36); многофакторный опросник личности; шкала отношения к болезни; краткий ориентировочный тест (КОТ).

Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программы Statistica 6.0 ($M \pm u$, $p < 0,05$).

Результаты. В соответствии с МКБ-10, у пациентов с ХИМ обнаруживается сопутствующая психическая патология: тревожные расстройства (чаще по типу смешанного тревожного и депрессивного расстройства – 24%), расстройства адаптации (главным образом в виде кратковременной депрессивной реакции – 21%) и соматоформная вегетативная дисфункция (35%).

Нами разработан и внедрен в амбулаторную практику алгоритм медико-психолого-психотерапевтической коррекции этого контингента больных.

Задачей первого этапа реабилитации было выявление лиц с ХИМ (оппортунистический скрининг; n=894). Врач общей практики собирал анамнез, осуществлял клинический осмотр, интерпретацию результатов лабораторных исследований (коагулограмма, липидный спектр) и электрокардиографии. Со всеми пациентами проводилось анкетирование. Использовали разработанную нами «Анкету по выявлению факторов риска доинсультных заболеваний», включавшую «Шкалу балльной оценки наличия доинсультного заболевания». Полученные результаты обработаны с помощью компьютерной экспертной системы (340 показателей), которая позволяет не только своевременно выявить ХИМ (с учетом причины ее развития), но и предложить дифференцированный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, с оценкой их эффективности. Второй этап реабилитации представлял собой работу с селективной группой пациентов (n=178), у которых компьютерная экспертная система выявила ХИМ. На данном этапе пациенты направлялись на консультации к специалистам поликлиники. Обследование включало: неврологический осмотр, электроэнцефалографию, ТС БЦА, МРТ головного мозга по сосудистой программе с интерпретацией результатов (невролог); нейропсихологическое тестирование и его трактовку (психолог, психотерапевт поликлиники); осмотр глазного дна (окулист). В задачи третьего этапа входили: адекватная фармакотерапия соматической причины цереброваскулярного заболевания (врач общей практики); медикаментозная коррекция собственно ХИМ по стандартным методикам с использованием вазоактивной терапии, ноотропов, антигипоксантов (невролог). Врач-психотерапевт, опираясь на результаты нейропсихологического тестирования и при наличии у пациентов с ХИМ психопатологических проявлений, помимо медикаментозной коррекции негативных эмоциональных нарушений и когнитивной дисфункции по стандартным методикам, проводил психотерапевтические интервенции. Важность психотерапии при ХИМ определяет тот факт, что пациенты недостаточно критично расценивают имеющиеся у них психические нарушения при данной патологии, нередко противятся попыткам обсуждения возможности психологической обусловленности симптомов, даже при наличии отчетливых тревожно-депрессивных проявлений. Так, при работе с селективной группой (лица с верифицированной неврологом ХИМ) нами проводились краткосрочные тренинговые корректирующие группы, работающие в режиме аналитической терапии. Часовые тренинги проводились в будние дни в вечернее время двумя ко-терапевтами (один из которых – психоаналитик) в группах из 8-10 человек (по мере их формирования). Психотерапевтическое воздействие предполагало устранение явлений психической дезадаптации, улучшение

эмоционального состояния, восстановление психических функций, работоспособности и социальной активности. Также использовался и индивидуальный формат психотерапевтической работы. Для этого психотерапевтом в содружестве с неврологом и врачом общей практики разрабатывались индивидуальные лечебные реабилитационные программы, исходящие из конкретных клинических потребностей пациента, и включающие в себя индивидуальную психотерапию (например, позитивную психотерапию по Пезешкиану, когнитивную - по Беку, личностно-ориентированную (реконструктивную) - по Карвасарскому-Исуриной-Ташлыкову, клиент-центрированную - по Роджерсу). Кроме того, на данном этапе назначались: посещение сенсорной комнаты, физиотерапевтическое лечение (жемчужно-хвойные и/или скипидарные ванны, Spa-терапия по релаксирующей методике, эндоназальный электрофорез с кортексином, электрофорез лития или натрия бромида по Щербаку). Неврологом в содружестве с психотерапевтом также проводились психообразовательные занятия (пациенты участвовали в работе «Школы для больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга»). В рамках первичной профилактики инсульта представлялась презентация в текстовом редакторе «Microsoft office Power Point 2003» с видеoinсталляциями, которая знакомила слушателей с проблемой ХИМ (определение, причины, группы неврологических и психопатологических симптомов, стадии развития, диагностика, профилактика, лечение). При этом активно применялись современные средства и методы обучения: работа в группах слушателей, презентация, выделение времени для интерактива в сети Интернет.

Катамнез. В процессе трехлетнего (2010-2012 гг.) диспансерного наблюдения с применением вышеуказанного алгоритма реабилитации отмечена положительная динамика у всех лиц с ХИМ вне зависимости от причины заболевания: уменьшился удельный вес предъявляемых жалоб на головные боли (до 22,2%), головокружение (до 21,3%), шум в голове (до 8,3%), снижение памяти (до 15,7%) и работоспособности (до 13%). Клиническое улучшение сопровождалось улучшением социальной адаптации и эмоционального состояния пациентов.

Выводы. Реабилитация лиц с ХИМ должна быть поэтапной, комплексной (с применением биохимических, нейрофизиологических, нейропсихологических методик), адекватной (диспансерные осмотры, лечебные мероприятия, психообразование), и практически реализуется силами мультидисциплинарной бригады специалистов (врач общей практики – невролог – психотерапевт – психолог – окулист).

ТУБЕРОЗНЫЙ СКЛЕРОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА

Волошко К.В., Култышев Д.В., Уманский С.М.

Тюмень, ГБУЗ ТО «ОКПБ» Детское
психотерапевтическое отделение

Психическое здоровье человека становится показателем экономического и социального благополучия общества, уровня развития научно-технического прогресса, отражением всеобщего качества жизни. Основная цель государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 г. - формирование устойчивой системы, обеспечивающей эффективную медико-социальную профилактику различных заболеваний, своевременную высокотехнологическую медицинскую помощь и повышение доступности всех видов медицинских услуг, в том числе и в области психиатрии (Семке В.Я., 2008,2010). Одним из редких и серьезных генетических полисистемных заболеваний является туберозный склероз. Туберозный склероз – это генетически детерминированное заболевание, относится к группе нейроэктодермальных нарушений, характеризуется поражением нервной системы, кожи и наличием доброкачественных опухолей (гамартом) в различных органах. Заболевание описано в 1862 г. Бурневилем. В 1880 г. Прингл выделил его в самостоятельную нозологическую форму. Частота туберозного склероза составляет 1: 30 000 населения. Распространенность среди новорожденных варьирует от 1 : 6000 до 1:10 000 . В отдельных работах называют большую встречаемость среди мальчиков. Наследуется по аутосомно-доминантному типу с разной пенетрантностью. Новые мутации обнаруживаются в 68 % от всех случаев, начинающихся в раннем возрасте. При туберозном склерозе имеет место нарушение обмена протеина с расстройством обратного захвата дофамина. Последнее связывается с 9, 11, 16-й хромосомами, что представляет несомненный интерес в связи с наличием у больных с туберозным склерозом аутистическиподобных расстройств. Туберозные узлы представляют собой разрастание глиозных элементов мозга в виде узелков или бугорков белесовато-желтого цвета различной величины, плотных на ощупь, локализующихся в коре головного мозга, белом веществе, подкорковых ганглиях, мозжечке, стволе и желудочках мозга, спинном мозге. Описанные новообразования имеют склонность к обызвествлению. Заболевание проявляется обычно на первом году жизни классической триадой симптомов: эпилептическими припадками (эпиприступы типа кивков, абсансов, малых и больших развернутых, психомоторных и джексоновских припадков, которые трудно или вовсе не купируются), поражением кожи (пигментированные пятна овальной и листовидной формы, иногда депигментация волос; лицевой ангиофиброматоз, шагреновая кожа, вокруг ногтей лож пальцев фибромы и участки гиперпигментации), прогресси-

рующим слабоумием. Умственная отсталость при туберозном склерозе наблюдается в 48% случаев (Hunt A., 1999) и варьирует от умеренной до глубокой степени. Одной из основных причин, которые определяют ее возникновение, являются судороги, возникающие на первом году жизни. Нарушение интеллекта при туберозном склерозе сочетается с изменениями поведения в виде аутизма, гиперактивности, агрессивности.

В ряде случаев у этих детей в препубертатном, пубертатном периоде возникают стертые психотические состояния, страхи, обманы восприятия, нарастают кататонические расстройства. Наблюдается нецеленаправленное поведение, отсутствует критика собственных поступков, отмечается дезориентировка в окружающем; при этом сохраняется ориентировка в избирательных видах деятельности. Продолжительность жизни у лиц с туберозным склерозом иногда приближается к популяционной. Лица с ранним началом и наличием тяжелых эпилептических приступов умирают до 29 лет. На базе речевого центра ГБУЗ ТО «ОКПБ» через врача психиатра проходит 1-2 таких пациента в год. Попадая на прием ребенок с данной патологией получает комплексную лечебно-диагностическую помощь. Его осматривает психиатр (наличие пограничных нервно-психических расстройств), невролог (осуществляет противоорганическую терапию), психолог (развитие познавательной сферы), логопед (развитие речевой функции), психотерапевт (определение эмоционально-поведенческих нарушений и коррекция стиля воспитания), функциональная диагностика (ЭЭГ, РЭГ). Несмотря на невысокую частоту встречаемости туберозного склероза в популяции, тяжелая инвалидизация и отсутствие эффективных средств лечения придают данной проблеме исключительную актуальность. Неуклонный рост данной патологии в структуре общей заболеваемости можно объяснить поздней диагностикой, несвоевременной профилактикой и ухудшением экологической обстановки. Своевременно поставленный диагноз позволяет определить дальнейшую тактику ведения больного, а также обеспечить медико-генетическое консультирование членам семьи, что должно способствовать снижению частоты рождения больных с тяжелыми формами заболевания. Первичная диагностика туберозного склероза должна осуществляться педиатрами, подростковыми врачами, участковыми врачами и врачами общей практики (семейными врачами), а также узкими специалистами (неврологами, дерматологами, офтальмологами, хирургами, стоматологами) в процессе динамического диспансерного обслуживания населения. Важно помнить, что процесс развития клинической симптоматики туберозный склероз является динамическим, поэтому важна преемственность между специалистами различного профиля и своевременное проведение комплекса дополнительных мето-

дов диагностики, включая современные методы визуализации – КТ/МРТ головного мозга и органов брюшной полости.

ЭПИЛЕПСИЯ И ШИЗОФРЕНИЯ: КЛИНИКО-НЕЙРОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ

Казаковцев Б.А.

Москва, ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Цель исследования. С учетом неослабевающей дискуссии относительно предполагаемого существования биологического родства и антагонизма между эпилепсией и шизофренией провести анализ клинических и нейроморфологических данных, полученных с использованием методов доказательной медицины.

Материал и методы. Приведенные результаты анализа 85 зарубежных исследований направлены на сопоставление клинико-нейроморфологических корреляций при эпилепсии, в том числе протекающей с психическими расстройствами (0,3-0,4% населения), и шизофрении (1% населения).

Результаты и их обсуждение. *Локализация начала пароксизма и психоза*

При эпилепсии: редукция объема гиппокампа находится в тесной связи с началом припадка в мезиальных височных структурах (S.S. Spencer, 1994; J.S. Duncan, 1999); при парциальных припадках отмечается увеличение плотности бензодиазепиновых рецепторов в коре и ядрах мозжечка и снижение плотности в таламусе (J.S. Duncan, 1999); отклонения в развитии ткани мозга с самого начала заболевания имеют место в лобных, височных, теменных и затылочных областях коры полушарий, а также в некоторых *подкорковых* структурах мозга, в том числе таламических и хвостатых ядрах, в мозжечке, стволе и мосте (R. Kuzmanic-Samija et al., 2008; B.P. Hermann et al., 2010; E. Hutchinson et al., 2010; D.T. Pulsipher et al., 2011; D. Tosun et al., 2011); при сравнительном MRI исследовании 58 больных с диагнозом височной эпилепсии и 62 здоровых, у больных отмечено общее снижение объема мозговой ткани на 5,8%, белого вещества – на 9,8%, серого вещества – на 3% (при заинтересованности лобных, височных, теменных и, в меньшей степени, затылочных долей мозга) (B. Hermann et al., 2003); не обнаружено значимой связи между возрастом больных в начале интериктального психоза и типом эпилепсии (с темпоральной и экстратемпоральной локализацией эпилептического очага) (N. Adachi et al., 2002); не обнаружено значимых морфометрических различий при височной эпилепсии, протекающей с психозом и без психоза (N. Rysch et al., 2004); имеются данные о неблагоприятном послеоперационном прогнозе в плане начала развития хронического ши-

зофреноподобного психоза при височной лобэктомии в случаях диагностики мезиального височного склероза и структурных нарушений миндалины до хирургической операции (P. Shaw et al., 2004); битемпоральная долевая дисфункция, выявленная при нейropsychологическом исследовании в сочетании с видео-ЭЭГ мониторингом и MRI – исследованием, является предиктором возникновения интериктального эпилептического психоза (M. Falip et al., 2009); при MEG исследовании выделенных типов спайк-дипольных паттернов выявлена сильная связь левостороннего верхневисочно-вертикального типа с эпилептическим психозом (K. Fukao et al., 2009); при MRI исследовании аномалии объема гиппокампа при формировании мезиальной височной эпилепсии, не связанной с фармакорезистентностью, часто являются двусторонними (A.T. Berg et al., 2011); при использовании количественной MRI-морфометрии у больных с постиктальными психозами выявляется увеличение толщины коркового слоя в правой префронтальной области, в правой передней поясной коре и в правой средней височной извилине (J.M. DuBois, 2011).

При шизофрении: при MRI-исследовании начала первого психотического эпизода выявляется редукция объема серого вещества левой задней части верхней височной извилины (Y. Hirayasu et al., 1998), инсулярной коры (K. Kasai et al., 2003), верхней височной извилины и правой передней части поясной извилины (S. Lui et al., 2009; T. Yoshida et al., 2009).

Связи между функциональными системами головного мозга

При эпилепсии: у больных с шизофреноподобным психозом ЭЭГ-спайки расположены либо в височных и лобно-базальных отделах, либо в отделах головного мозга по сагиттальной линии (D.M. Psatta et al., 1991), лимбические структуры являются центральными в формировании шизофреноподобного психоза, но с привлечением лобных и теменных структур (F. Oyeubode et al., 2008); при ЭЭГ и СПЕКТ исследовании установлено, что постиктальная мания и постиктальные психотические эпизоды связаны с височной и лобной эпилепсией (T. Nishida et al., 2006); с использованием MRI исследования при интериктальном эпилептическом психозе обнаружена незначительная редукция белого вещества или редукция коры в лобно-височных отделах головного мозга (D. Fluegel et al., 2006; I. Gutierrez-Galve et al., 2012); по сравнению со здоровым контролем, при MRI-исследовании у больных с когнитивными расстройствами при левосторонней височной эпилепсии отмечается редукция толщины серого и белого вещества (не менее чем на 30%) в орбитофронтальных, латеральных височных и затылочных зонах (B. Hermann et al., 2006; B. Bell et al., 2011).

При шизофрении: при MRI-исследовании установлено, что наличие симптомов первого ран-

га связаны с редукцией объемов серого вещества в лимбических-паралимбических (поясная и гиппокампальная извилины) регионах (M. Suzuki et al., 2005); по сравнению со здоровым контролем, при MRI-исследовании у нелеченных больных отмечаются отклонения объемов серого и белого вещества в таламических и кортикальных (лобных, височных и парietальных) структурах, традиционно рассматриваемых в качестве взаимосвязанных, установлены также дисфункциональные нарушения лобно-лимбических, лобно-височных, лобно-теменных и лобно-затылочных корковых связей (P. Danos et al., 2003; S.A. Mitelman et al., 2005; S.S. Bangalore et al., 2009).

Динамики изменений объема (концентрации) вещества головного мозга

При эпилепсии: отсутствие, по данным MRI исследования, дополнительной последовательной редукции серого вещества мозга при мезиальной височной эпилепсии интерпретируется как признак отсутствия прогрессирования болезни (D. Varron et al., 2012); данные морфометрии на воксельной основе при MRI исследованиях и данные MRS таламуса выявляют редукцию объема серого вещества мозга в гиппокампе и таламусе, а также нейрональную дисфункцию ипсилатерального таламуса при «мягкой» височно-лимбической эпилепсии (D. Fojtikovb et al., 2007; A. Labate et al., 2008); волуметрия серого вещества мозга с помощью автоматизированной сегментации, по данным MRI исследования, показывает масштабы структурных повреждений подкорковых структур и структур мозжечка при мезиальной височной эпилепсии с «мягкой атрофией гиппокампа» (C.R. McDonald et al., 2008); морфометрия на воксельной основе, по данным MRI исследования, выявляет редукцию объема серого вещества мозга таламуса и лобной доли с прогрессированием эпилептических припадков (W. Huang et al., 2011); участие многих регионов мозга за пределами гиппокампа в патогенезе хронического течения эпилепсии со значительной атрофией серого и белого вещества мозга, в том числе передних ядер таламуса, грушевидной коры, кортикальной части миндалины, височных и невисочных неокортикальных областей, по данным MRI исследований, коррелирует с длительностью и резистентностью мезиальной височной эпилепсии (J.W. Lee et al., 1998; A.B. McMillan et al., 2004; P.M. Gonzalves 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); визуализация тензорной диффузии, по данным MRI исследования белого вещества мозга, выявляет заинтересованность лобно-височных связей при прогрессировании болезни (J.J. Lin et al., 2008; M. Liu et al., 2011; J.O'Muircheartaigh et al., 2011; J.H. Kim et al., 2012); редукция объемов серого вещества в пределах и за пределами гиппокампа, а также объемов серого

и белого вещества мозжечка, по данным MRI исследований, связана с увеличением продолжительности заболевания (L. Bohilha et al., 2006; T.O. Oyegbile et al., 2011); «эволюция припадков», показатели видео-ЭЭГ мониторинга, данные MRI исследования, и «психиатрическая история» в совокупности позволяют считать наличие двусторонних независимых эпилептических очагов или двустороннего склероза гиппокампа прогностическими признаками развития эпилептического психоза (А.М. Kanner, 2008; I. D'Alessio et al., 2008).

При шизофрении: выявленное, с использованием MRI исследования, 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); спустя 2-3 года у больных, перенесших первый психотический эпизод, наибольшая редукция серого вещества отмечена в теменной и височной коре, а наибольшая редукция белого вещества – в лобной и височных долях (T.J. Whitford et al., 2006; 2007); выявленные, с использованием MRI и MRS исследований, изменения головного мозга, наиболее заметные в лобных долях (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), отмечены у больных с большей тяжестью позитивных и негативных симптомов (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 1 года до 15 лет) MRI исследований установлено, что на ранних стадиях шизофрении (3-4 года) темпы редукции объема серого вещества в верхней височной и латеральной затылочно-височной извилинах у больных 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 - 0,39%, лобных и теменных долей – 0,32%, объема мозга в целом - 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*.

Выводы. Как следует из приведенных данных, в последние 10-15 лет существует явная диспропорция в пользу шизофрении между количеством структурно-динамических исследований изменений объемов серого и белого вещества головного мозга при эпилепсии и шизофрении. Отсутствуют сравнительные клиничко-нейроморфологические исследования, свидетельствующие о наличии корреляции

морфологических изменений с изменениями личности, психотическими и когнитивными расстройствами при эпилепсии и шизофрении. Необходимо уточнение диагностических и прогностических критериев психических расстройств при эпилепсии и шизофрении через проведение однотипных клиничко-нейроморфологических исследований с целью создания сопоставимых клинических баз данных. При этом сравнительное изучение скорости редукции вещества мозга с учетом ее преимущественной локализации должно проводиться в сопоставлении с прогностически значимыми клиническими данными, характеризующими прогрессивность заболевания, его тип и стадию течения.

ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОМОДУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Липатова Л.В., Серебряная Н.Б.,
Сивакова Н.А., Василенко А.В.

Санкт-Петербург, ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева»
Минздрава России

Трансляционные медицинские технологии предполагают внедрение открытий фундаментальной медицины в клиническую практику. Получены многочисленные экспериментальные данные в пользу воспалительной теории эпилептогенеза [De Simoni M.G. et al., 2000; Lehtimaki K.A. et al., 2004]. Хроническому воспалительному процессу при эпилепсии способствует активация микроглии и астроглиоз, сопровождающиеся повреждением нейронов [Vezzani A. et al., 2002]. Существует большое количество цитокинов, регулирующих процесс воспаления, которые могут обладать как про-, так и антиконвульсантной активностью. Проконвульсантные свойства присущи IL-1 α , IL-18 и TNF- α [Vezzani A., Moneta D., 2002; Yuhua Y., 2003; Samland H., 2003; Anderson G., 2011]. Эти цитокины влияют на трансмиссию нейрональных медиаторов, способствуя развитию гиперсинхронности нейронов и гипервозбудимости головного мозга за счет ингибирования поглощения глутамата астроцитами, что вызывает повышение внеклеточной концентрации глутамата и создание условий для предиктального состояния и глутаматной эксайтотоксичности. Естественный антагонист IL-1 α , - рецепторный антагонист рецептора IL-1 α (RAIL-1) охарактеризован как мощный антиконвульсант, блокирующий у мышей пилокарпин-индуцированный эпилептический статус и судорожные припадки у лиц с тяжелыми формами эпилепсии [Vezzani A., 2000]. Важнейшим иммунорегуляторным цитокином, который экспрессируется как клетками иммунной системы, так и клетками головного мозга, является и цитокин IL-2. В экспериментальных моделях показано, что дефицит IL-2

приводит к повышению продукции нескольких провоспалительных цитокинов в гиппокампе [Cardona A.E., Li M., Liu L., Savarin C., Ransohoff R.M., 2008], нарушает архитектуру гиппокампа и связан с нарушением поведения у взрослых мышей [Huang Z., Dauer D.J., Ha G.K., Lewis M.H., Petito J.M., 2009]. С другой стороны, антиконвульсивное и нейропротекторное действие описано у нейротрофических факторов, в частности, у BDNF и фактора роста нервов (NGF), которые стимулируют развитие нервных клеток центральной и периферической нервной системы, помогают поддерживать выживание существующих нейронов и поощряют рост и дифференцирование новых нейронов и синапсов [Huang E.J., Reichardt L.F., 2001].

Цель исследования. Изучить динамику иммунологических параметров у больных фармакорезистентной эпилепсией (ФЭ) до и после комплексного лечения Ронколейкином®, препаратом интерлейкинового ряда, содержащего рекомбинантный человеческий интерлейкин IL-2 (rIL-2)-центральный регулятор цитокинового иммунного ответа, восполняющий дефицит эндогенных регуляторных молекул и полностью воспроизводящий их эффекты.

Материалы и методы. В плазме крови 34 больных ФЭ и 13 здоровых доноров (ЗД) определяли концентрацию цитокинов IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, RAIL-1 и растворимого рецептора IL-2 (sIL-2R). Исследование цитокинов проводили с использованием мультиплексных систем (Luminex multiplex assays) и панели моноклокальных антител (панель Multiplex MAP). У 30 больных ФЭ оценили результаты лечения, из которых 16 получали экзогенный цитокин в виде препарата рекомбинантного IL-2 человека (Ронколейкин®) в схеме комплексного лечения, а 14 – не получали. Препарат Ронколейкин® вводился в виде раствора подкожно по 1 мл в дозе 1,0 мг (1 000 000 МЕ rIL-2) через день № 3. В плазме крови пациентов до и после лечения определяли концентрацию перечисленных выше цитокинов, растворимого рецептора IL-2 (sIL-2R) и нейротрофического фактора головного мозга (brain-derived neurotrophic factor - BDNF). Статистическую обработку результатов проводили с применением критериев Стьюдента (t), Манна-Уитни (U).

Результаты и обсуждение. Установлено, что в группе больных ФЭ повышены уровни провоспалительных цитокинов IL-1 β , IL-8 и TNF- α : эти показатели были равны 316 МЕ, 157 МЕ, 14 МЕ; а в группе ЗД - 0 МЕ; 1,0 МЕ; 0,5 МЕ, соответственно ($p < 0,01$). У больных ФЭ определялась сниженная концентрация противовоспалительного цитокина RAIL-1 -38 МЕ, у ЗД этот показатель был равен 420 МЕ ($p < 0,01$). По уровню IL-2 здоровые лица и больные эпилепсией достоверно не различались, так как у большинства обследованных лиц эти показатели были неопределяемыми. Более чувствительным ла-

бораторным маркером, характеризующим метаболизм IL-2, считается растворимый sIL-2R, который стабильно определяется у здоровых лиц и повышается при аутоиммунных заболеваниях, отторжении трансплантата, некоторых инфекционных процессах и гематологических злокачественных новообразованиях. При указанных заболеваниях этот показатель является прогностическим и изменяется при проведении соответствующей терапии [Rubin L.A., Nelson D.L., 1999]. Концентрация sIL-2R у больных ФЭ была равна 825МЕ, у ЗД - 612 МЕ ($p < 0,05$). Полученные нами данные свидетельствуют о низком уровне содержания IL-2 и его растворимого рецептора в плазме крови обследованных больных эпилепсией, что свидетельствовало о том, что, несмотря на наличие зарегистрированного воспалительного процесса, повышения продукции IL-2 в организме больных, по-видимому, не наблюдается. Полученные результаты позволили предположить, что назначение экзогенного цитокина в виде препарата рекомбинантного IL-2 человека (Ронколейкин®) может обеспечить снижение активности гиппокампального воспаления и противодействовать активности судорожного синдрома. После проведения короткого курса комплексной терапии с включением Ронколейкина® или без него уровни цитокинов IL-1 β , IL-2, IL-6 и RAIL-1 достоверно не изменились, за исключением ИЛ-8, концентрация которого после лечения значительно снизилась (28,7 \pm 15,56 – до лечения препаратом Ронколейкин®; 6,3 \pm 1,4 мкг / мл - после, $P < 0,01$).

Наиболее значительными оказались изменения в продукции BDNF: его содержание в плазме крови после курса терапии увеличилось в 1,6 раз (с 4448 пг/л –до лечения, 7023 пг/л -после лечения ($p (U) < 0,01$)). В группе больных, не получавших Ронколейкин®, концентрация BDNF имела тенденцию к снижению и составила 3369 пг/л. После лечения препаратом Ронколейкин® отмечено достоверное улучшение ряда клинических показателей: у 90,0% - снижение частоты припадков различной степени выраженности (у 63,3% больных отмечена 50% редукция частоты иктальных событий), при этом возросла средняя длительность межприступного периода с 24,7 \pm 2,3 дней до 94,6 \pm 3,7 ($p < 0,01$). Снижение частоты припадков после лечения Ронколейкином® с высокой степенью достоверности коррелировало с уменьшением пароксизмальной активности на ЭЭГ и улучшением показателей по шкале CGI.

Выводы. Представленные данные подтверждают наличие воспалительного процесса при эпилепсии, проявляющегося нарушением баланса про- и противовоспалительных цитокинов. Введение экзогенного цитокина – рекомбинантного IL-2 человека (Ронколейкина®) в виде короткого курса из 3-х инъекций привело к улучшению клинико-иммунологических показателей. Получены также приоритетные данные об увеличении BDNF в плазме крови

больных ФРЭ, что может свидетельствовать об активации процессов нейропластичности и нейрогенеза. Таким образом, ранняя иммуномодулирующая терапия м.б. эффективным терапевтическим выбором для больных ФРЭ с лабораторно верифицированными иммунопатологическими синдромами.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫДЕЛЕНИЯ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭКЗОГЕННО- ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Максимова П.А., Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А.

Самара, ГБУЗ СО «Самарская психиатрическая больница»

Современные терапевтические возможности экзогенно-органических психических расстройств, включая не только медикаментозные, но и хирургическое вмешательство, требуют и нового подхода к выделению традиционных психопатологических синдромов. По набору симптомов в каждом конкретном случае судят о его диагностической принадлежности. Этим аспектом и ограничиваются американская и международная, включая МКБ-9 и МКБ-10, психиатрические систематики. В отечественной психиатрии, в соответствии с разработанными А.В.Снежневским положениями, по симптоматическим профилям (позитивным, и особенно негативным, дефицитарным) определяют также вероятный прогноз и степень «генерализации патологического процесса». Вводимые в последнее тридцатилетие квантифицированные методы диагностики, включая операциональные, уровневые и психометрические подходы, мало что изменили, в так называемых, додементных психических расстройствах (психоорганический синдром, лёгкие когнитивные расстройства, «мягкие» и умеренные деменции). Ведущие расстройства при перечисленных синдромах – когнитивные нарушения (дефицит, дефект, профиль). При этом диагностика строится на нейропсихологических (не патопсихологических) исследованиях, преимущественно опросниках и реже – на тестировании психических процессов. Последние двадцать лет практически исчезло понятие «интеллект и его расстройства» (синдромы, структура, варианты), хотя интеллект, познавательная (когнитивная) деятельность, «мышление в действии», ментальная деятельность по существу являются синонимами.

Цель работы – обоснование клинического выделения как самостоятельного синдрома умеренного когнитивного расстройства (дефицита) (УКР) и его дифференциально-диагностических критериев.

Теоретико-методологической основой было следующая структура деления познавательной деятельности. Интеллектуальной - на предпосылки

к интеллекту (сознание, ощущения, память, внимание, речь, восприятие), «духовный инвентарь» (запас знаний и навыков) и собственно интеллект (способность продуцировать новые идеи, сравнивать разные точки зрения, критика и самокритика, индивидуально-психологические особенности) (Малкин П.Ф. 1968-1971; Носачев Г.Н., 1970-2012). Когнитивной - на когнитивные процессы (память, внимание, ощущение, речь), когнитивные образования (когнитивные синдромы) и когнитивный стиль личности.

В работе проанализированы клиничко-психопатологические, клиничко-динамические, клиничко-катамнестические и патопсихологические данные пациентов двух групп. Первая группа – пациентов до и после оперативного восстановления проходности сосудов головного мозга (каротидная эндактерэктомия) (98 человек). Вторая группа – пациенты дневного стационара (36 человек).

Сопоставлялись пациенты с лёгким когнитивным расстройством (ЛКР) (F06.7), выделенным умеренным когнитивным расстройством (УКР) и органическим расстройством личности и поведения (ОРЛ) (F07.0).

Главным клиническим признаком когнитивных нарушений является снижение интеллекта, приводящее к уменьшению продуктивности мыслительной деятельности и нарушение ее организации (критичность-некритичность) в профессиональной и повседневной жизнедеятельности, исполнительского функционирования. Учитывая, что пациенты до болезни обладали сохранными когнитивными функциями, которые позволяли им успешно справляться с организацией своей профессиональной деятельности и служили основой для практической креативности, то в связи с болезнью возникла неравномерная (избирательная) дефицитарность познавательных процессов, которые и выделены как лёгкие (ЛКР) и умеренные (УКР) когнитивные расстройства.

Для УКР характерны не только количественная дефицитарность памяти, внимания, астеническая психическая и физическая усталость (подтвержденные стандартизированными психометрическими шкалами), но и качественные расстройства мышления, в первую очередь нестабильная (избирательная) критичность без реалистичной (адекватной) адаптации к когнитивному дефициту, что отличает её от нестабильной дефицитарности при ЛКР. По мнению С.Ю.Циркина (2009) «некритичность заключается в вынесении суждений без использования в полной мере своих интеллектуальных способностей». При УКР пациент, отмечая количественные нарушения когнитивных процессов, тем не менее не компенсируются приспособительными механизмами мышления в виде адекватной адаптации, как это происходит при ЛКР в виде записных книжек, еженедельников

и других организаторов мыслительных деятельности, позволяющих сохранить прежнюю работоспособность и жизнедеятельность. Характерны привычные, клишированные, стереотипные мыслительные решения с однозначной аргументацией, в которой преобладали не рациональная, а эмоциональная самоутверждающаяся, самооправдывающаяся позиция заполнения дефицита. Нарушалась исполнительская профессиональная и частично повседневная деятельность, в частности пациент плохо справлялся с нестандартной деятельностью, испытывал значительные трудности при необходимости усвоения даже не значительного по объему материала, пытаясь уклониться от нового задания, обучения, возможной проверки усвоения задания. В повседневной семейной и бытовой деятельности клишированная активность сохранялась, но избегались любые тенденции введения новшеств. Привычные бытовые знания и навыки сохранены. По работе такой пациент обычно снижается по должности или уходит на пенсию, если меняет место работы, то плохо приспосабливается. Сохраняет прежние дружеские отношения, сторонится новых из-за дефицита памяти, несмотря на возможные записи. Уйдя на пенсию, нередко ведёт домашнее хозяйство, осуществляет самостоятельные покупки, прогулки с внуками (детьми), помогает в выполнении домашних заданий, но плохо усваивает новые тенденции в их выполнении. Базисная повседневная привычная деятельность полностью сохраняется и не требует напоминания и подталкивания. Поведение остается упорядоченным в семье и общественных местах, адекватным ситуации и окружающей обстановке. Высшие эмоции, чувства изменяются мало, сохраняя привычные формы реагирования, оценки и ситуации. Плохо осмысливается критика в адрес высказываний и чувств пациента, часто возникают чувство обиды, недовольства. Сохраняется способность оценить свой когнитивный дефект, особенно при проведении психологического исследования, пациент быстро истощается, иногда пытается уклониться.

Следовательно, при ЛКР и УКР количественно страдают когнитивные процессы, преимущественно память, внимание, восприятие, а при УКР – более выраженные количественные и качественные, но практически не нарушается когнитивный стиль.

Психометрические данные по опросникам и базовым тестам оценки когнитивных процессов существенно отличаются от таковых при ЛКР и ОРЛ.

При органическом расстройстве личности и поведения, в первую очередь, нарушается когнитивный стиль, относительно устойчивые индивидуальные особенности познавательных процессов пациента. Нарушаются все три параметра, определяющих когнитивный стиль: искажаются характер взаимоотношения человека с окружающей его

предметной и социальной средой; нарушается способ контроля и управления аффективными побуждениями; изменяются особенности Я-концепции личности. Нарушается когнитивный контроль за соответствием между эмоциональными проявлениями и ситуацией, сглаживание или заострение личностных черт, возникает узкая толерантность к нереалистическому опыту, сужается понятийная дифференцированность, развивается ригидность и негибкость познавательного контроля.

Таким образом, имеются все клинико-психопатологические, клинико-динамические и клинико-катамнестические основания и психометрические данные для выделения в самостоятельный синдром – умеренное когнитивное расстройство, который имеет не только четкие клинические различия с ЛКР и ОРЛ, но динамические и прогностические особенности, которые имеют важное не только теоретическое, а главное – практическое значение. Умеренные когнитивные расстройства можно считать тем водоразделом, который может свидетельствовать о хирургической и медикаментозной эффективности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ТВЕРСКОГО РЕГИОНА

Мурадян А.Л., Зиньковский А.К.

Тверь, ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава РФ

На основании данных статистики, полученных в различных странах мира, распространенность эпилепсии среди населения подвержена широким вариациям: от 0,49 в Японии до 10 в Австралии. Общее количество больных эпилепсией в мире достигает 30-50 млн. человек, распространенность в среднем составляет 4-8 на 1000 населения. (Loiseau J. et al., 1990; Weber M., 1990; Hauser W.A. et al., 1991, 1993, 1995; Jallon P. et al., 1994, 1997, 1998; Ottman R. et al., 1995, 1996; Forsgien L. et al., 1996; Sander J.W., Shorvon S.D., 1996; Hesdorffer U.C. et al., 1998; Wright J. et al., 2000; Serrano-Castro P.G. et al., 2001; Decker C.L. et al., 2003; Velez A., Eslova-Cabos J., 2006; Hauser W.A., 2008).

По имеющимся в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ статистическим материалам о психической заболеваемости населения за период 1991-2005 гг., отмечается неуклонный рост заболеваемости эпилепсией в России с 14,1 до 30,8 на 100000 населения. Это в свою очередь говорит о всевозрастающей медико-социальной значимости и необходимости более детального изучения показателей заболеваемости и распространенности эпилепсии в настоящее время.

В литературе крайне мало исследований о распространенности эпилепсии в Тверском регионе, что затрудняет прогноз динамики заболеваний и

проведения своевременных профилактических и терапевтических мероприятий по совершенствованию терапевтической и реабилитационной помощи.

Целью данной работы является изучение распространенности эпилепсии среди всего населения Тверского региона за 9 лет (2002 г. -2010 г.).

Материалом для исследования послужили данные о болезненности эпилепсией областной статистической отчетности за указанные годы на 1000 населения. Были исключены из обследования больные с опухолями головного мозга, с алкоголизмом и текущими неврологическими заболеваниями: арахноидиты, менингиты, энцефалиты.

Полученные данные показали, что за 2002 - 2010 годы диагноз эпилепсия был выявлен у 29607 человек, что составляет 2,37 на 1000 населения. Динамика среднеобластных показателей составила: в 2002 г. – 2,02 на 1000 (2955 человек); в 2003 г. – 2,04 на 1000 (2932 чел.); в 2004 г. – 2,11 на 1000 (3007 чел.); в 2005 г. – 2,44 на 1000 (3431 чел.); в 2006 г. – 2,54 на 1000 (3526 чел.); в 2007 г. – 2,41 на 1000 (3313 чел.); в 2008 г. – 2,6 на 1000 (3544 чел.); в 2009 г. – 2,46 на 1000 (3239 чел.); в 2010 г. – 2,79 на 1000 (3660 чел.).

Анализ данных свидетельствует о постоянном увеличении распространенности эпилепсии среди населения с 2002 по 2006 г. в 1,26 раза (с 2,02 до 2,54 на 1000 населения). В 2007 г. происходит снижение распространенности эпилепсии до 2,41, далее наблюдается повышение до 2,6 в 2008 г, вновь снижение до 2,46 в 2009 г и вновь повышение в 2010 г до 2,79 на 1000 населения. В целом за период с 2002 по 2010 г. произошло увеличение распространенности эпилепсии в 1,38 раза с минимального (2,02 в 2002 г.) до максимального значения (2,79 в 2010 г.). Стоит отметить, что за данный период времени произошло уменьшение численности населения в 1,12 раза (с 1463676 в 2002 г. до 1310881 в 2010 г.).

В г. Твери динамика распространенности эпилепсии в целом совпадает с общеобластной тенденцией. С 2002 г. по 2006 г. наблюдается постоянное увеличение уровня распространенности в 1,5 раза (с 2,15 до 3,22 на 1000 населения). В дальнейшем происходит снижение распространенности эпилепсии до 2,76 в 2007 г, затем повышение до 3,29 в 2008 г, вновь снижение до 3,06 в 2009 г, и повышение до 4,26 в 2010 году. В целом за период с 2002 по 2010 г. произошло увеличение распространенности эпилепсии в г. Твери в 1,98 раза с минимального (2,15 в 2002 г.) до максимального значения (4,26 в 2010 г.) За данный период времени численность населения в г. Твери уменьшилась незначительно в 1,02 раза (с 411846 в 2002 г. до 403530 в 2010 г.).

Анализ среднеобластных показателей по районам области за 2002-2010 годы показал, что несмотря на депопуляцию населения по всей области, в 12-и районах показатели распространенности эпилепсии среди населения превышали среднеобластные значения. Выше среднеобластного показателя

в 1,1-1,4 раза были в Вышневолоцком - 2,78, Лихославльском - 2,94, Максатихинском - 2,62, Осташковском - 3,03, Спировском - 3,45 районах и в г. Твери - 2,92. В 1,5-2,0 раза выше, чем в среднем по области показатели наблюдались в Краснохолмском - 4,81, Лесном - 3,72, Сонковском - 3,62, Удомельском - 3,68 и Фировском - 4,17 районах. Максимальный показатель распространенности эпилепсии среди населения был выявлен в Западнодвинском районе - 5,09, что превышает среднеобластные показатели в 2,1 раза.

Только в двух районах (Оленинский, Рамешковский) не выявлено ни одного случая больных эпилепсией, что связано с отсутствием психиатров и неврологов в данных районах.

Причины роста эпилепсии, возможно, связаны как с различными генетическими аспектами, так и с многочисленными факторами риска ante-, post- и перинатального периода. Далее присоединяются различные факторы последствий перенесенных органических заболеваний головного мозга, черепно-мозговые травмы, эндокринологические нарушения, токсические энцефалопатии.

Кроме этого на уровень выявленной эпилепсии влияет обеспеченность районов области неврологами и психиатрами, тем более психиатрами-эпилептологами. Данных специалистов в Тверском регионе постоянно не хватает. Ранняя диагностика и своевременное лечение больных эпилепсией страдает, т.к. до сих пор нет Тверского областного центра пароксизмальных нарушений, о создании которого неоднократно ставился вопрос в нашем регионе специалистами (А.К. Зиньковский, В.Ю. Шестаков, К.А. Зиньковский, 2004 - 2009 гг.).

Здравоохранение Тверской области обязано уделять должное внимание социально значимой проблеме эпилепсии. Необходимо оптимизировать организацию эпилептической помощи, исходя из современных научно-практических инновационных подходов и опыта, накопленного в других Российских регионах.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИЛИАРНОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ЭПИЛЕПСИИ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРАКСОНОМ

Мусина Л.О., Зиньковский К.А.

Тверь, ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

Цель исследования: изучение диагностической значимости и патогенетической роли изменения уровня цилиарного нейротрофического фактора (CNTF) у женщин с различной степенью прогрессивности эпилепсии до и после лечения цераксоном.

Материалы и методы исследования. Было клинически обследовано 114 женщин больных различной формой эпилепсии с диагнозом, установленным в соответствии с Международной классификацией эпилепсии (1989), эпилептических припадков (1981, Киото, Япония) и критериев МКБ-10 на базе Тверской областной клинической больницы №1 им. М.П.Литвинова.

В зависимости от степени прогрессивности эпилептического процесса с учетом данных литературы, обследованные пациенты были распределены на 3 группы.

В первую группу (медленнопрогредиентный тип течения эпилепсии-МП) было включено 33 женщины (28,9%) с преимущественно мономорфными припадками, длительными (не менее 6 месяцев) и стойкими ремиссиями, отсутствием выраженных когнитивных и личностных расстройств на протяжении 10 лет течения болезни.

Вторую группу составили больные (54 человека, 47,4%) со среднепрогредиентным типом течения (СП), который характеризовался полиморфизмом припадков (уже в первые 5 лет заболевания), быстрым темпом формирования когнитивных расстройств, более короткими (менее 6 месяцев) терапевтическими ремиссиями. В этой группе больных прослеживалась тенденция к серийности пароксизмов и обнаруживались клинически выраженные личностные нарушения.

В третью группу (прогредиентный тип течения заболевания - ПР) вошло 27 (23,7%) больных, которые характеризовались полиморфизмом пароксизмальных расстройств, проявившимся уже в первые 2–3 года болезни, более отчетливой тенденцией к серийному течению припадков (у ряда больных со статусными эпизодами), нарастанием тяжести постиктального периода, а также межприступных расстройств с наличием выраженных когнитивных, личностных нарушений.

Контрольную группу составили 50 здоровых лиц женского пола в возрасте от 18 до 49 лет.

Для исследования CNTF методом случайной выборки было отобрано 36 женщин с височной эпилепсией и различной степенью прогрессивности болезни.

Определение количества цилиарного нейротрофического фактора (CNTF) в сыворотке крови женщин осуществляли с помощью иммуноферментного анализа, используя иммуноферментный анализатор «Униплан», Россия и RsD systems.

В нашем исследовании цераксон применяли у 36 женщин, больных височной эпилепсией на фоне лечения ранее назначенными АЭП (финлепсин, вальпроаты, ламотриджин), вводили в мышцу в дозе 500 мг в сутки в течение 5 дней. Клинический эффект цераксона оценивали по динамике частоты, тяжести эпилептических припадков и шкалы общего клинического впечатления CGI (подшкала: степень улучшения в процессе терапии).

Результаты исследования и их обсуждения. Как показал анализ данных, при исследовании сыворотки крови контингента изученных женщин, больных эпилепсией, с различными типами течения заболевания по сравнению со здоровыми отмечались статистически значимые различия ($p < 0,001$). Так, показатели содержания CNTF при медленнопрогредиентном типе течения превышали нормальные значения в 4,3 раза, при среднепрогредиентном типе – в 5,7 раза; при прогредиентном типе течения – 9,7 раза.

При сравнении различных типов течения эпилепсии наблюдались статистически значимые ($p < 0,05$) следующие изменения содержания CNTF. Так, между прогредиентным и медленнопрогредиентными типами течения эпилепсии разница составила 2,24 раза, между прогредиентным и среднепрогредиентным – 1,7 раза и между среднепрогредиентным и медленнопрогредиентным – в 1,32 раза.

Увеличение содержания CNTF в крови больных эпилепсией женщин, по мере нарастания прогрессивности болезни, возможно, свидетельствует о снижении способности к выживанию нейронов и астроглии (в случае МП типа течения); имеющимся патологическом нейрональном и нейроглиальном апоптозе (при СП типе течения), а также о патологической инверсии нейропластичности мозга, приводящей к поддержанию дистрофических процессов в кортикальных нейронах и нейроглии (при ПР типе течения болезни).

После проведения курса лечения цераксоном (500мг в сутки в/м в течение 5 дней) по шкале CGI выраженное улучшение наблюдалось у 17 из 36 больных (47,2%), незначительное улучшение – у 11 (30,5%), без динамики – у 8 пациентов (22,2%), ухудшения состояния не наблюдалось ни в одном случае. Субъективно отмечаемое улучшение состояния наблюдалось у женщин с медленнопрогредиентным типом течения эпилепсии с давностью заболевания менее 5 лет.

Как показал анализ данных после терапии цераксоном при указанных типах течения эпилепсии уменьшилось содержание CNTF соответственно в 1,7; 1,5; 1,3 раза. Выявленные значимые изменения содержания цилиарного нейротрофического фактора (CNTF) у женщин, больных эпилепсией, при различных типах течения заболевания после терапии цераксоном, возможно, свидетельствует о тенденции снижения дистрофических явлений в нейронах и астроцитарной глии, повышению потенциала выживания нейро-глиально-сосудистых комплексов в условиях хронической и прогредиентной эпилептизации мозга.

Выводы. Таким образом, повышение содержания в крови CNTF, обладающего свойством способствовать выживанию нейронов в условиях хронической и прогредиентной эпилептизации мозга, свидетельствует о нейрональной

и нейроглиальной дистрофии, что может быть использовано с целью повышения эффективности диагностики эпилепсии у женщин. Изменения содержания цилиарного нейротрофического фактора (CNTF) у женщин, больных эпилепсией, при различных типах течения заболевания после терапии цераксоном, возможно, указывает на тенденции снижения апоптоза нейронов и клеток астроцитарной глии и повышению потенциала их выживания, что делает целесообразным его применение в комплексной терапии с АЭП у женщин, больных эпилепсией.

МОТОРНАЯ АСИММЕТРИЯ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

**Назметдинова Д.М., Калинин В.В.,
Басамыгин А.В.**

Москва, ФГБУ «МНИИП» Минздрава России

Снижение когнитивных функций - одна из частых проблем усугубляющих социальную дезадаптацию больных эпилепсией.

В настоящее время подробно изучены ведущие факторы риска развития когнитивного дефицита. Среди них рассматривают как влияние терапии, так и основные характеристики эпилепсии: возраст дебюта заболевания, частота и тип припадков, форма и длительность эпилепсии, локализация эпилептического очага. Менее изучено влияние моторной асимметрии на когнитивные процессы больных эпилепсией или их взаимодействие.

Учитывая актуальность и медико-социальную значимость проблемы, нами проведено исследование на базе эпилептологического отделения ФГБУ МНИИ психиатрии. В работе применялись клиничко-психопатологический, нейроинтроскопический, нейрофизиологический, психометрический, статистический методы.

По результатам исследования установлено, что больные с левосторонней моторной асимметрией отличались наибольшей глубиной когнитивного расстройства в сравнении с праворуками. Доля дементных расстройств среди леворуких достигала 69%, среди праворуких – 45%.

В группе леворуких статистически значимое снижение когнитивных функций было выявлено среди лиц мужского пола ($p < 0,006$). Анализ, выраженного дефицита мнестико-интеллектуальных функций у леворуких мужчин в сравнении с праворукими, определил с высокой степенью достоверности связь с симптоматической формой эпилепсией ($p < 0,008$): 75% леворуких мужчин имели указанную форму и только 29,5% праворуких. У леворуких женщин доля симптоматической формы эпилепсии составила 12,5%, у праворуких – 32,6%.

Важно отметить, что у женщин фактор леворукости коррелировал с длительностью ремиссии ($p < 0,0001$), при левостороннем мануальном предпочтении продолжительность ремиссии составила $3,93 \pm 5,15$ лет, при правостороннем - $0,66 \pm 1,24$ лет. Это позволяет рассматривать левосторонний тип моторной асимметрии у лиц женского пола как предиктор прогностически благоприятного исхода терапии в отношении пароксизмального синдрома.

Таким образом, полученные данные раскрывают неблагоприятную роль в развитии когнитивного снижения у больных эпилепсией фактора левосторонней моторной асимметрии. Результаты исследования подтверждают существующие представления о половой и латеральной дифференциации (В.А. Геодакян, 1993). При этом мужской мозг как более дифференцированный, со строго доминантной ролью левого полушария становится мишенью в первую очередь, что объясняет его восприимчивость к органическому повреждению и невосполнимости утраченных функций. В то время как мозг лиц женского пола отличается меньшей дифференцировкой, и при поражении доминантного полушария, его функции в той или иной степени могут быть компенсированы субдоминантным.

ПОПЫТКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦ ПОНЯТИЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

**Осадший Ю.Ю., Тараканова Е.А.,
Вобленко Р.А.**

Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет

В настоящее время психоорганический синдром (ПОС), как правило, рассматривается в соответствии с триадой признаков Вальтер-Бюэля, включающей ослабление памяти, снижение интеллекта и эмоциональную лабильность. При этом ряд исследователей выделяет дополнительные признаки, такие как астения и вегетативные нарушения (Жмуров В.А., 2008; Марилев В.В., 2008), а Ю.Г. Тюльпин (2006) в понятие психоорганического синдрома включает все типичные проявления психических расстройств органической природы. В связи с чем целесообразно разграничения более широкого понятия органический симптомокомплекс, (комплекс всех симптомов, наиболее характерных для органического поражения головного мозга в целом) и более узкого понятия психоорганический синдром (синдром, составляющий основу резидуально-органических психических расстройств).

Цель исследования. Дать четкое определение понятию психоорганический синдром и выделение его облигатных симптомов.

Материалы и методы. В исследование было включено 180 человек в возрасте 18-60 лет с установленной взаимосвязью экзогенного воздействия и возникшем ПОС, находящиеся в отдаленном периоде последствий экзогенно-органических расстройств (не менее 5 лет после воздействия).

Обследование больных проводилось традиционными для психиатрии методами, которые включали клиническое интервьюирование (беседа) и наблюдение за больным, сбор и оценку субъективных и объективных анамнестических и катамнестических сведений. Кроме того, анализировалась медицинская документация и проводились дополнительные исследования, направленные на выявление особенностей личности по Г. Айзенку, тревожности по Ч.Д. Спилбергу, объема памяти с использованием словесного материала, внимания по корректурной пробе, мышления с использованием теста «толкование пословиц», «4-ый лишний», метод пиктограмм и вегетативного статуса

Результаты и их обсуждение. В процессе проведенных исследований выявлена различная встречаемость основных симптомов характерных для органического поражения головного мозга. При этом наиболее часто в структуре отдаленного этапа экзогенно-органических расстройств преобладали: астения, снижение памяти и вегетативные нарушения (по 96,6±1,4%), нарушения внимания (93,3±1,9%), эмоциональная лабильность (92,8±1,3%), нарушения сна и мышления (по 86,6±2,5%) и тревожность (76,6±3,2%), которые и можно считать синдромообразующими в понятие ПОС.

Астения сопровождалась снижением способности к продолжительной как физической, так и умственной нагрузке, причем преимущественно в момент психологического исследования, на фоне которого также существенно ухудшалась продуктивность деятельности. При этом пациенты достаточно часто относились критично к своей несостоятельности. Чувство усталости чаще нарастало во второй половине дня. В этот же период появлялись «капризность», конфликтность, раздражительность, учащались ссоры с соседями по палате.

Нарушения памяти носили модально-неспецифический характер и в основном проявлялись снижением объема как ее кратковременного, так и оперативного компонентов.

Вегетативные нарушения чаще проявлялись лабильностью артериального давления и частоты сердечных сокращений, гипергидрозом, метеочувствительностью, наличием гипервентиляционного синдрома, нарушением функции желудочно-кишечного тракта. Одновременно отмечался существенный сдвиг нейрогуморального равновесия у больных с ПОС в сторону симпатoadреналовой активности.

Среди нарушений в эмоциональной сфере наиболее часто встречалась различной степени вы-

раженности эмоциональная лабильность, которая проявлялась как не характерная для больного ранее слезливость и «сентиментальность», особенно при воспоминаниях о близких и «умилительных» событиях. При этом больные становились более трогательными и чувствительными. При этом довольно легко появлялась раздражительность и вспыльчивость вплоть до проявления прямой агрессии (43,4±3,7%). При этом проявлялась конфликтность и полная неспособность разрядить обстановку. Эмоциональные разряды чаще были направлены вовне, хотя встречались случаи и аутоагрессии.

Только в 14,4±2,6% больных пребывали в благодушном настроении с оттенком беспечности и эйфории. Такие больные выглядели «бестолковыми», а их критика к своему состоянию была значительно ослаблена. При этом особое внимание обратило на себя достаточно частое сочетание этого симптома с выраженными нарушениями в мнестико-интеллектуальной сфере.

Высокая встречаемость тревожных проявлений обнаруживалась как в личностном, так и в реактивном компонентах.

Более чем в половине случаев обследования (52,8±3,0%) встречалась проявления апатии. При этом пациенты были гиподинамичны, пассивны, безынициативны. В отделение они ничем особым не занимались, не стремились активно вступать в трудовой процесс, не тяготились пребыванием в отделении, а выпиской, несмотря на довольно длительные сроки госпитализации, интересовались весьма формально, причем их основные интересы были связаны лишь с узким кругом бытовых вопросов.

Достаточно частые нарушения сна проявлялись чувством сонливости днем и трудностью засыпания ночью. При этом сам сон был поверхностным и прерывистым. Из общемозговых симптомов преобладали жалобы на головную боль (66,6±3,5%), которую пациенты характеризовали как однообразную, сжимающую, стягивающую или сдавливающую, не имеющую конкретной локализации, распространяющуюся диффузно и как правило усиливающуюся при метеорологических изменениях. При этом жалобы на головокружение встречались в 1,9 раза реже, то есть в 35,0±3,6% случаев, наиболее часто сопровождаясь покачиванием при ходьбе и ощущением потемнения в глазах.

Нарушения мышления проявлялись замедлением ассоциативных процессов, снижением уровня обобщений, тугоподвижностью, затруднением осмысления и конкретизации, а также трудностями в понимании абстрактного стимульного материала.

Психотические симптомы в виде бреда и галлюцинаций встречались в 38,0±3,6% и 28,3±3,4% случаев соответственно. Из бредовых расстройств преобладали бредовые идеи отношений, ревности, материального ущерба, преследования. При этом бредовые идеи отличались высоким уровнем систе-

матизации, стройности конструкций, часто с наличием четко выраженного аффективного компонента в виде тревожно-депрессивного синдрома. Галлюцинаторные переживания отличались разнообразием с преобладанием слуховых обманов восприятия. При утяжелении ПОС галлюцинаторные и бредовые переживания упрощались на фоне снижения аффективной составляющей.

Снижение настроения отмечалось в $36,7 \pm 3,6\%$ случаев. При этом оно чаще носило ситуационный характер и было обусловлено особенностями пребывания в стационаре и переживанием своего болезненного состояния. Следует отметить, что пациенты с выраженным депрессивным синдромом в исследуемую группу не включались так как проявления депрессии могли исказить истинную картину ПОС.

Почти в 1/3 случаев ($30,0 \pm 3,4\%$) определялась соматическая озабоченность и ипохондрические проявления, доходящие до сверх ценных идей. При этом жалобы чаще касались соматического здоровья, когда пациенты просили записать их на консультации к различным специалистам и предъявляли массу жалоб соматического характера.

Значительно реже встречались эпилептиформные пароксизмы ($8,9 \pm 2,1\%$), которые характеризовались полиморфностью с преобладанием бессудорожных форм на фоне доминирования сумеречных расстройств сознания.

Выводы. К признакам с высоким удельным весом в структуре синдрома образования ПОС могут быть отнесены астения, снижение памяти, вегетативные нарушения, нарушения внимания, эмоциональная лабильность, нарушения сна и мышления, а также тревожность. А само определение понятия ПОС должно звучать, как устойчивая совокупность симптомов в результате острого или хронического органического поражения головного мозга, приводящую к стабильным нарушениям психических функций, характеризующимся нарушениями в мнестико-интеллектуальной и эмоциональной сферах и астено-вегетативными расстройствами, приводящими к нарушению социальной адаптации и изменениям личности больного.

СПЕЦИФИЧНОСТЬ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В РАМКАХ ЛЕГКОГО КОГНИТИВНОГО НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Пиотровская В.Р.

Санкт-Петербург, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Когнитивные нарушения и психопатология цереброваскулярного заболевания головного мозга

хорошо изучены и описаны. Как правило, исследуемые когорты таких больных – это люди старше 60 лет, тогда как начало цереброваскулярного заболевания головного мозга, наиболее частой причиной, которого является артериальная гипертензия (АГ) и гипертоническая болезнь (ГБ), относится к более раннему возрасту. Это подтверждается ростом частоты встречаемости АГ в разных возрастных группах. Так с 3,3% в возрасте до 40 лет она резко возрастает до 27,9% в период от 40-79 лет. [Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др., 2001; Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. 2005; Devanand DP, Adorno E, Cheng J et al. 2004]. Статистически доказана связь между уровнем артериального давления (АД) в среднем возрасте и состоянием когнитивных функций в течение последующих трех десятилетий. Результаты исследования Honolulu-Asia Aging Study, в котором приняли участие 3 735 человек в возрасте от 45 до 50 лет, демонстрируют достоверную прямую корреляцию высокого систолического давления в середине жизни с риском когнитивного снижения в преклонном возрасте. Повышение систолического давления на каждые 10 мм рт. ст., увеличивает риск развития легкого когнитивного нарушения (ЛКН) на 7%, а деменции – на 9%. [Launer L.J., Masaki K., Petrovitch H. et al., 1995;]. По данным исследований, развитие деменций обоих типов провоцируется состояниями депрессии и гиперинсулинемии, а последние состояние является главной причиной развития метаболического синдрома (МС).

Таким образом, еще не сформировавшаяся клиническая картина соматического заболевания, в нашем случае ГБ, может сопровождаться изменениями когнитивно-эмоциональной сферы, которые впоследствии, при регулярно плохо контролируемом повышении артериального давления и дефиците кровообращения, разовьются в стойкие когнитивные изменения и деменцию [Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С., 1977]. Начальные формы когнитивных и эмоциональных нарушений в континууме сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), МС, ЛКН диагностируются со значительным опозданием, так как часто начало заболевания протекает бессимптомно, а обращение к врачу и лечение значительно отстает от начала заболевания. Этим обусловлен особый интерес исследователей к доклиническим стадиям развития состояний и заболеваний изменяющих качество когнитивных функций и аффективной сферы. Когнитивный профиль таких пациентов и особенности их эмоционального состояния не соответствует критериям тяжелой патологии, но их типичность в сочетании с состоянием биомаркеров является предиктором будущих патологических проявлений и имеет прогностическое значение.

Задачами настоящего исследования были: 1) определение особенностей когнитивных процессов

у лиц среднего возраста, страдающих метаболическим синдромом с артериальной гипертензией и без таковой; 2) сопоставить особенности КФ со степенью выраженности факторов риска развития ГБ (АГ, МС, гиперинсулинемией).

Обследованная когорта составила 215 человек (средний возраст -42,53, $sd=6,658$), которые были разделены на группы по присутствию/отсутствию АГ. Группу сравнения составили 56 человек (средний возраст-47,47, $sd=6,598$). 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]. В биообразцах крови пациентов оценивался уровень глюкоза плазмы и показатели липидного спектра, которые определялись с помощью реактивов фирмы «Abbott» (Германия) на биохимическом анализаторе (производство ARCHITECT C8000, Германия). 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).

В результатах исследования статистически значимыми оказались зависимость качества исполнения когнитивных тестов от присутствия/отсутствия метаболического синдрома (MMSE-0,0009; CDR-0,004; шкала Дюбуа -0,002; шкала Шульте-0,0016). Среди результатов когнитивного тестирования, наиболее чувствительными к уровню АД были тесты - MMSE-0,0004; CDR-0,00034; шкала Дюбуа -0,0001; шкала Шульте-0,000016; шкала Векслера-0,0002; семантическая беглость-0,0015. Присутствие ЛКН статистически достоверно были связаны с присутствием АГ на фоне инсулинорезистентности и МС – 0,006 при $p=0,05$. Полученные данные демонстрируют правомочность предположения, что стойко повышенные цифры систолического АД

и АГ отражают низкий уровень когнитивных функций у лиц среднего возраста и присутствие ЛКН. Наши результаты подтверждают предположение, что связь когнитивных нарушений с состоянием компенсаторной гиперинсулинемии и инсулинорезистентности неслучайна. Поддерживая, нормальный транспорт глюкозы в клетки и одновременно становясь патологическими состояниями, они приводят к целой серии метаболических нарушений, в частности формированию МС [Зимин Ю.В., 1994, Leonard B.E., 2007, Biessels G.J., Luchsinger J.A 2009]. Факторы и состояния, вызывающие МС и ССЗ одновременно участвуют в генезе и формировании когнитивных, аффективных нарушений и деменции, причем не только сосудистого, но и альцгеймеровского типа.

НЕЙРОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Полецкий В.М., Колмогорова В.В.

Челябинск, Челябинская область, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Изучение патогенеза и нейропатологии органических и резидуально-органических расстройств является одной из актуальных в психиатрии. Концепцией, позволяющей описывать клинико-психопатологические, динамические характеристики в онтогенетическом аспекте является сформулированная академиком Г.Н. Крижановским теория патологических интеграций.

Патологические интеграции в ЦНС формируются на основе важнейшего свойства нервной системы – пластичности, которое закрепляет не только биологически полезные, но и патологические изменения в нервной системе, в том числе и патологические интеграции. На уровне нейрональных изменений патологическими интеграциями являются агрегаты гиперактивных нейронов, продуцирующие усиленный, неконтролируемый поток импульсов. На уровне межсистемных отношений патологической интеграцией является новая патодинамическая организация из первично и вторично изменённых отделов ЦНС, которая представляет собой патологическую систему. Патологическая система является биологической основой и патофизиологическим механизмом развития нейропатологических синдромов при нервных и психических расстройствах. Возникновение нейропатологического синдрома осуществляется поэтапно: повреждение ЦНС → генератор → патологическая детерминанта → патологическая система → нейропатологический синдром (Крыжановский Г.Н., 1980,1997; Kryzhanovsky G.N.,1986). Если патодинамическая система имеет «выход» на периферию и её «мишенью» являются соматические органы и системы, то она является нейрогенным дизрегуляци-

онным механизмом соответствующих центральных нейросоматических расстройств. Представления о патологических системах и детерминантах помогает по новому, с позиций системного подхода, подойти к анализу клинической и эволютивной динамики пограничных резидуально-органических расстройств. Так можно выделить психотические и не психотические формы нейропатического синдрома. Среди психотических форм мы выделяем: органический делирий, деменции, органический амнестический синдром, органический галлюциноз, органические кататонические расстройства, органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство, органические аффективные расстройства, органическое тревожное расстройство, органический синдром деперсонализации-дереализации, органическое полиморфное психотическое расстройство. В группе нейропатического синдрома не психотического уровня мы выделяем: органические диссоциативные расстройства, органические эмоционально лабильные (астенические) расстройства, лёгкое когнитивное расстройство, органические расстройства личности и поведения, тревожно-фобические расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, органические расстройства развития речи, органический атипичный аутизм, общие органические расстройства развития, гиперкинетические расстройства, нарушение активности внимания, органические не психотические аффективные расстройства, тикозные расстройства, соматизированное расстройство, органическое не-дифференцированное соматоформное расстройство, органическое ипохондрическое расстройство и соматоформную вегетативную дисфункцию.

Такая вариабельность нейропатического синдрома обусловлена как тяжестью первичного органического поражения мозга на этапе онтогенетического развития, особенностями вторично возникающих патологических интеграций патодинамической системы с вовлечение различных мозговых структур и выходом на периферию с дисфункцией соматических систем организма. Дальнейшее изучение особенностей нейропатического синдрома, его динамики, исходов представляет большой научный интерес для построения континуальной модели органических и резидуально-органических расстройств.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Полянский Д.А., Калинин В.В.

Москва, ФГБУ МНИИП Минздрава России

Данные о возможном влиянии ВИЧ-инфекции на психопатологическую симптоматику у боль-

ных шизофренией по настоящее время остаются неоднозначными. Исследование было направлено на поиск возможных связей между показателями ВИЧ-ассоциированного иммунологического статуса и психопатологической симптоматикой у больных шизофренией с ВИЧ инфекцией. В исследование были включены 23 больных с верифицированным диагнозом «Шизофрения» и ВИЧ-носительством.

Получены статистически значимые положительные корреляции между некоторыми иммунологическими показателями и психопатологической симптоматикой. Так, положительная корреляционная связь выявлена для уровня CD4+ (Т-хелперов) и идей величия, а степень цитотоксичности в 7-8 раз выше у больных с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, чем при острых аффективно-бредовых формах шизофрении.

Отрицательные корреляционные связи были выявлены между значениями цитотоксичности и степенью выраженности эмоционального аутизма и импульсивности, то есть эти психопатологические категории отражают стабилизацию иммунного статуса ВИЧ-инфицированных больных шизофренией.

Иными словами, эндогенный процесс в определенной мере противодействует нарастанию явления цитотоксичности и замедляет развитие СПИД у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией.

Высоким показателем Ригидности в работе соответствовал низкий уровень цитотоксичности, что указывает на сохранность иммунитета в целом.

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.

К ВОПРОСУ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА И ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Пуляткина О.В., Гончаренко А.Ю.

Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

Изучение последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) – одно из актуальных вопросов современной неврологии и психиатрии (Захаров В.В., 2006). На сегодняшний день наиболее важное место в синдромокомплексе последствий ЧМТ занимают нарушения когнитивной сферы (Молчанов Д., 2009). Мозговой нейротрофический фактор (МНТФ) – один из наиболее активно исследуемых нейротро-

финов, однако в научных публикациях последних лет, уделяется недостаточное внимание прогнозу восстановления когнитивных функций и уровню МНТФ у пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы.

Цель исследования: определить роль МНТФ в прогнозе когнитивных функций. В задачи исследования входило оценить уровень МНТФ у пациентов с последствиями ЧМТ и сопоставление его с когнитивными нарушениями.

Нами было обследовано 57 пациентов (35 мужчин и 22 женщины) с последствиями ЧМТ в возрасте от 35 лет до 50 лет (средний возраст $42,4 \pm 4,9$). На основании степени выраженности когнитивных расстройств были выделены две группы сравнения: 1 группа - 32 пациента с легкими когнитивными расстройствами и 2 группа (25 пациентов) с умеренными когнитивными расстройствами.

У всех пациентов оценивали характер жалоб, соматический и неврологический статус, производилось нейропсихологическое исследование: «Батарея тестов для оценки лобной дисфункции» (БТЛД), «Краткая шкала оценки психического статуса» (КШОПС), «Краткий отборочный тест» (КОТ), определялась концентрация МНТФ в сыворотке крови пациентов методом ИФА.

В результате исследования у обследованных пациентов в клинической картине когнитивные расстройства были представлены в разной степени выраженности. При этом, данные нейропсихологического исследования составили: у пациентов 1 группы по КШОПС средний балл составил $26,1 \pm 0,2$, что соответствует легким когнитивным расстройствам, а также по шкале БТЛД выявлены минимальные нарушения ($17,1 \pm 1,1$ балла). В свою очередь, у пациентов 2 группы по шкале КШОПС выявлены критерии деменции легкой степени ($23,8 \pm 0,7$ баллов), а БТЛД составило $15,4 \pm 0,2$ балла, что соответствует уровню умеренных когнитивных расстройств.

По данным опросника КОТ у всех пациентов 2 группы отмечалось уменьшение уровня общих умственных способностей (до $16,5 \pm 2,7$ баллов), свидетельствующее о снижении темпа умственных процессов, скорости и точности восприятия, снижения концентрации внимания, инертности мышления у пациентов, снижение скорости мыслительных процессов, тогда как у пациентов 1 группы уровень общих умственных способностей был выше (КОТ $20,2 \pm 6,7$ балла).

Исследование мозгового нейротрофического фактора в сыворотке крови выявило его низкую концентрацию ($11,6 \pm 2,6$ нг/мл) у 94,25% обследованных 2 группы. В 1 группе у 75,0% пациентов концентрация МНТФ в сыворотке крови была выше и составила $19,6 \pm 1,1$ нг/мл.

Выводы. Таким образом, нами было отмечено, что при выраженных нарушениях когнитивной

сферы у пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы, определяется низкий уровень содержания МНТФ. По мнению ряда исследователей (Боголепова А. Н., Чуканова Е. И., 2010), дефицит мозговых нейротрофических факторов является результатом угнетения их синтеза в условиях ограничения перфузии и гипоксии ткани головного мозга. Следовательно, низкое содержание МНТФ в крови пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы может служить маркером прогноза когнитивных расстройств, что целесообразно учитывать при обследовании и планировании подходов к лечению больных с данной патологией.

ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КАТАМНЕЗЕ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ

Сботова Е.Ф., Исмаилова Ж.Р.,

Трещёв Д.Ю., Малов С.С.

Астрахань, ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» МЗ АО

Цель исследования: определение критериев дифференциальной диагностики острых экзогенных психозов по результатам психопатологического исследования для совершенствования методов оценки прогноза, трудоспособности.

Материал исследования: 50 пациентов ГБУЗ АО «ОКПБ», у которых первый психотический эпизод манифестировал в рамках экзогенно – органического психоза.

Методы исследования: клиническое наблюдение. Работа с архивной документацией. 10 слов (непосредственное механическое запоминание; опосредованное запоминание: по Леонтьеву, «Пиктограммы»; тест зрительной ретенции Бентона; психометрическое исследование памяти с помощью шкалы Векслера. Счет по Крепелину; отсчитывание чисел по таблицам Шульце; методика Лебединского. Понимание рассказов и сюжетных картинок; выделение существенных признаков; образование аналогий; определение и сравнение понятий; соотнесение пословиц с фразами; называние 50 – ти слов. Таблицы Рейвена; тест Айзенка.

В психиатрической практике всестороннее исследование больного имеет решающее значение для правильной постановки диагноза. Одно из ведущих мест в дифференциальной диагностике занимают результаты патопсихологического исследования.

Все исследуемые пациенты были в соответствии с этиологией и дальнейшей динамикой психоза распределены на три группы: органический психоз (22 человека – 44%); органический психоз – шизофрения (24 человека – 48%); шизофрения – органический психоз (4 человека – 8%).

Пациентам во всех группах проводилось психологическое исследование, для учета динамики изменений, происходивших в мыслительной, интеллектуальной, мнестической сферах, и для отслеживания нарушений внимания.

Необходимо отметить, что имеет место сочетание нескольких видов расстройств в пределах одной психической функции у одного пациента.

В ходе исследования были выявлены следующие закономерности в динамике психопатологических расстройств.

Для пациентов из первой группы характерно снижение уровня обобщения, - 16 случаев (72,7%), откликаемость мышления - 17 случаев (77,2%), и значительно увеличившиеся показатели при втором исследовании в виде непоследовательности суждений с 18,1 % до 31,8% и значительный рост нарушения критичности: с 54,5% до 81,8%. Во второй группе при первом исследовании выявлены: непоследовательность суждений в 11 случаях (45,8%), лабильность мышления в 8 случаях (33,3%), разорванность мышления в 4 случаях (16,6%), нарушение критичности в 13 случаях (54,2%). При втором исследовании наряду с сохраняющимися вышеуказанными расстройствами выявлены: искажение процесса обобщения в 23 случаях (95,8%), соскальзывание мышления – 14 случаев (58,3%), разноплановость мышления – 11 случаев (45,8%), резкий рост нарушения мышления в виде непоследовательности суждений, - в 17 случаях (70,8%). В третьей группе искажение процесса обобщения, инертность мышления, соскальзывание – в 1 случае (по 25% соответственно), выявленные при первом исследовании, при втором исследовании не наблюдались. Им на смену «пришли» снижение уровня обобщения – в 2 случаях (50%). Значительно снизились показатели непоследовательности суждений (с 75% до 25%).

Для первой группы из нарушений внимания, наиболее характерными являются: нарушение направленности (50% и 63,6%), нарушение концентрации (72,2% и 95,4%), нарушение распределения и переключаемости внимания (50% и 81,8%). Расстройства внимания во второй группе характеризуются увеличением числа случаев с нарушением распределения и переключаемости (37,5% и 58,3%), снижением уровня нарушений концентрации, с 54,2% до 37,0%. В третьей группе наметился рост нарушения направленности с 0% до 25%, нарушения распределения и переключаемости с 25% до 75%, при абсолютном отсутствии нарушений объема внимания.

Нарушения эмоций в первой группе представлены преобладанием эмоциональной лабильности (50%), эксплозивности (рост с 36,3% до 45,4%), эмоциональной холодности (18,1%), дисфории (13,6%). Во второй группе – отмечалось неуклонное увеличение числа следующих расстройств: эмоциональной холодности (до 58,3%), эмоциональ-

ной амбивалентности (до 41,6%), эмоциональной неадекватности (до 50%), тревоги (до 50%). В третьей группе значительной динамики не выявлено, лишь незначительное снижение числа случаев с эмоциональной неадекватностью (от 50% до 25%).

В первой группе выявлен рост нарушений запоминания (с 81,8% до 100%), нарушений воспроизведения (с 54,5% до 72,2%). Для второй группы характерно значимое количество случаев с отсутствием патологии памяти (45,8% и 37,5%). Для третьей группы характерно снижение числа отсутствия нарушений и возникновением патологии воспроизведения (по 75% соответственно).

Интеллектуальные расстройства в первой группе выросли с 68,1% до 90,9%. Во второй группе, наметилась обратная динамика: снижение числа интеллектуальных расстройств с 20,8% до 16,6%. В третьей группе динамики не наблюдалось.

Для эндогенного процесса, манифестировавшего в рамках экзогенно – органического психоза характерно нарушение мышления в виде непоследовательности суждений, разорванности и нарушение критичности, выявляемые уже при первом психологическом исследовании; эмоциональных нарушений: эмоциональной холодности, эмоциональной амбивалентности, эмоциональной неадекватности, и тревоги. Для экзогенно – органического психоза наиболее специфично преобладание расстройств памяти, внимания, и неуклонное интеллектуальное снижение. Если в первой и второй группе наблюдений выявившиеся расстройства памяти, и внимания нарастают, то в третьей группе они остаются неизменными, и лишь полностью меняются расстройства мышления. Однако, с учетом низкой репрезентативности третьей группы, данная закономерность требует дальнейшего исследования.

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет сделать выводы, что психологическое исследование уже при первичной госпитализации способствует проведению верной диагностики в нозологической принадлежности психоза, что оптимизирует дальнейшую тактику ведения пациента и определение возможных неблагоприятных последствий заболевания.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОМ СИНДРОМЕ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И ШИЗОФРЕНИИ

Сергеев В.А., Чернявский Я.В.

*Челябинск, ЮУГМУ, ГБОУ ВПО «Южноуральский
Государственный Медицинский Университет Минздрава
России», НГУЗ «Дорожная клиническая больница»*

Введение. Отношение к болезни, интегрируя все психологические категории, в рамках которых

анализируется понятие «внутренняя картина болезни», в значительной степени характеризует специфику защитно-приспособительных механизмов личности, раскрывает возможные психотерапевтические «мишени» (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980; Вассерман Л.И. с соавт., 1990). Всё это в полной мере относится и к больным с последствиями черепно-мозговых травм (ЧМТ) – патологии достаточно распространённой, имеющей тенденцию к постоянному росту и обнаруживающей высокую частоту нервно-психических расстройств, включая галлюцинаторный синдром, который наряду с бредовой симптоматикой представляет наибольшие диагностические трудности в плане отграничения от эндогенных психических расстройств. Вместе с тем, с позиции личностного подхода данная категория больных почти не изучалась, исключая единичные работы клинко-психологического характера, свидетельствующие о важной роли «внутренней картины болезни» в происхождении и фиксации невротических и психопатоподобных расстройств у лиц с отдалёнными последствиями ЧМТ (Абрамов В.А., 1987).

Цель настоящей работы – сравнительное экспериментально-психологическое исследование системы отношения к болезни лиц с галлюцинаторной симптоматикой манифестировавшей на этапе отдалённых последствий ЧМТ и больных шизофренией.

Методы и группы исследования. Клинически, а также с помощью тестовой методики «Тип отношения к болезни» – ТОБ (Вассерман Л.И. с соавт.; 1987) обследовано 102 пациента в возрасте от 18 до 45 лет (71 мужчина, 31 женщина), находившихся на стационарном лечении с галлюцинаторной или галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Из них: 35 больных с эндоморфной галлюцинаторным (или галлюцинаторно-бредовым) синдромом в отдалённом периоде ЧМТ и прямо обусловленным перенесённой 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 шизофренией с галлюцинаторно-бредовым синдромом 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 сотрясения головного мозга имели место у 27 (77%) больных, ушибы лёгкой степени у 8 (23%); во второй – сотрясения зафиксированы у 24 (70%) и лёгкие ушибы мозга у 10 (30%).

Результаты исследования и их обсуждение. По клиническим проявлениям галлюцинаторно-бредовые расстройства у всех больных изучаемых групп соответствовали критериям острого неуточ-

ненного эпизода шизофрении (по МКБ-10), без существенных межгрупповых различий по тяжести симптоматики. Клинико-психопатологический анализ зафиксировал наличие галлюцинаторного синдрома не сопровождавшегося 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 значительно различило 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); ГС-1 – у 74% (24% – зрительные, 12% – слуховые, 38% – зрительные и слуховые); ГС-2 – у 36% (30% – слуховые, 6% – зрительные и слуховые), что также на статистически достоверном уровне различало группы ($p < 0,05$).

Исследование отношения к болезни методикой ТОБ проводилось с использованием как развёрнутой характеристики многомерной системы отношения к болезни (по профилю шкальных оценок), так и целостного (интегративного) типа личностного реагирования. Сопоставлений трех рассматриваемых групп больных по частоте выявления в них тех или иных типов отношения к болезни выявило, что при шизофрении (группы ГС-1 и ГС-2), вне зависимости от наличия последующей травмы, наиболее часто выявляемым целостным типом реагирования на болезнь был сенситивный (34% и 31%) и паранойяльный (26% и 29%) без статистически значимых межгрупповых отличий, тогда как в группе отдалённых последствий ЧМТ (ОГ) таковые определялись достоверно реже – 13% и 9% соответственно ($p < 0,05$).

Вслед за сенситивным, по частоте выявления, у больных всех групп следовали анозогнозически-эйфорический и гармоничный типы, но в группах ГС-1 и ГС-2 гармоничный (9% и 7%) и анозогнозически-эйфорический (13% и 15%) выявлялись гораздо реже чем в ОГ – 18% и 23% соответственно ($p < 0,05$). Неврастенический тип отношения к болезни фиксировался достоверно чаще ($p < 0,05$) в группе ОГ, чем в ГС-2 (11% и 0% соответственно). Группа ГС-1 занимала в этом отношении промежуточное положение (4%), достоверно не различаясь с двумя другими. По частоте выявления других типов целостного отношения к болезни изучаемые группы больных между собой существенно не различались.

Наряду с «чистыми» типами отношения к болезни, у части больных каждой из групп диагностировались смешанные варианты, представляющие собой комплекс из двух или трех составляющих. По количественному составу данных больных исследуемые группы между собой существенно не различались.

Диффузный тип отношения к болезни (с числом составляющих более трех), свидетельствующий о том, что определенный тип личностного реагирования на заболевание не сложился, среди больных всех трех групп наблюдался довольно редко.

Анализ многомерной системы отношения к своему заболеванию, существенно дополнявший представления о значимых отношениях личности связанных с заболеванием обнаружил в целом соответствие высоких балльных оценок с частотными характеристиками. Так в группе ОГ преобладали высокие балльные оценки условно «адаптивного» блока, что обеспечивалось за счёт гармоничной и анозогнозически-эйфорической шкал достоверно различавших её с группами ГС-1 и ГС-2 ($p < 0,05$), где в свою очередь выраженнее проявлялось дезадаптивное личностное реагирование на болезнь с существенно более высокими показателями по сенситивной и паранойальной шкалам ($p < 0,05$). То есть дезадаптивное поведение большей части больных шизофренией из этих двух групп в основе своей имеет эмоционально-волевые и бредовые расстройства интерпсихической направленности, проявляющиеся преимущественно в структуре патохарактерологических нарушений. Вместе с тем, характерная для группы ОГ более высокая оценка по дезадаптивной неврастенической шкале свидетельствует о том, что и этим больным в определенной мере присущи изменения в эмоционально-аффективной сфере, обуславливающие снижение уровня адаптивных реакций личности на болезнь. Но при этом дезадаптация у них характеризовалась и меньшей выраженностью, и иной, по преимуществу, направленностью – интрапсихической.

Выводы. Результаты исследования указывают на более высокую сохранность адаптационных механизмов у больных с шизофреноподобными расстройствами в отдалённом периоде ЧМТ по сравнению с больными шизофренией. Проявлением последнего является большая выраженность у них адаптивных составляющих личностного отношения к болезни, что предполагает возможность достаточно успешной психокоррекционной и реабилитационной работы с этими больными. Следует подчеркнуть, что анализ отношения к болезни, позволяя объективизировать оценку жалоб больных, способствует решению психодиагностических и экспертных задач.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ

Субботин К.Ю., Калинин В.В.

Москва, ФГБУ МНИИП Минздрава России

Психонейроиммунология – дисциплина, изучающая процессы функционального взаимодействия

нервной системы и психики человека с различными отделами иммунной системы. Осуществление этих взаимоотношений происходит благодаря цитокинам, химическим передатчикам, секретируемым в кровотоке или непосредственно в цереброспинальную жидкость. Цитокинины синтезируются иммунными клетками и клетками нервной системы. При этом они идентичны для обеих систем и подразделяются на ингибирующие и стимулирующие.

Роль иммунных механизмов в патогенезе эпилепсии привлекает внимание исследователей (Aarli A., 1992, 2000; Kanemoto H., 2000; Eriksson K., 2001). Иммунологические аспекты эпилепсии не ограничиваются иммунодепрессивным действием некоторых противоэпилептических препаратов, а также включают патогенетическую роль иммунных нарушений, исследования связи между иммунными расстройствами и течением заболевания, формой эпилепсии и возможностью прогноза течения заболевания (Aarli A., 1992, 1993). В связи с этим изучение и оценка иммунологических нарушений у больных эпилепсией представляется весьма важным.

Интерес к иммунологическим аспектам эпилепсии прослеживается с 50-70-х годов (Вартанян М. Е., 1968; Коляскина Г. И., Кушнер С. Г., 1968; 1972; Семенов С. Ф., Попова Н. Н., 1969; Speer, 1958, Stevens 1965). В этих работах преобладает изучение аллергической и аутоиммунной реактивности и взаимосвязей между эпилепсией и заболеваниями аллергического и аутоиммунного генеза.

В настоящее время в иммунологических работах при эпилепсии преимущественно изучаются цитокины, интерлейкины (IL), иммуноглобулины (Ig) и комплексы гистосовместимости (HLA) (Młodzikowska-Albrecht, et al.; Steinborn, Marcin Zarowski, 2007) (P.M.C Calenbach, A.T. Geert 2002, F. Villani G. Avan 2002).

Имеется ряд исследований в области функциональной асимметрии иммунной системы, в частности отечественное исследование, посвященное эффективности альтернативной иммунизации (вакцинации) в эксперименте и клинике в зависимости от функциональной асимметрии нервной и иммунной систем (Абрамов В.В., Абрамова Т.Я., Повещенко А.Ф., и соавт., 1990)

В рамках диссертационной темы «Клинические и иммунологические соотношения при различных формах эпилепсии» исследовано 94 больных. Среди них с криптогенной парциальной эпилепсией был 51 человек, с симптоматической парциальной эпилепсией 30 (среди них с височной эпилепсией 57, с лобной 42) с идиопатической эпилепсией 5 и 8 без эпилепсии. Определялось количественное содержание популяций и субпопуляций лимфоцитов (Л) с помощью панели двухпараметрических моноклональных антител CD3+, CD3+ CD4+, CD3+ CD8+, CD3+ HLA- DR+, CD3- CD19+, CD3- CD16+

CD56+ на проточном цитометре FC 500 (Beckman Coulter). Для оценки пароксимального синдрома и психопатологических расстройств использовались клинические данные, шкала тяжести припадков NHS3, шкала Аннет + проба Розенбаха, клиническая шкалы самоотчета SCL – 90, Торонтская шкалы Алекситимии (TAS), Шкала Гамильтона для оценки депрессии и тревоги, Мюнхенский личностный тест. Выявлены статистически значимые отличия в степени «напряженности иммунитета» в группах между симптоматической парциальной эпилепсией и криптогенной парциальной эпилепсией.

Продолжается поиск соответствующих отличий в подгруппах разных форм с различной латерализацией фокуса.

СЛУЧАЙ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Фаддеев Д.В., Курбатова Е.А.,
Куликов А.П., Гречаный С.В.**

*Санкт-Петербург, СПбГКУЗ ГПБ № 3 им. И.И. Скворцова-
Степанова, ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России*

Психические расстройства при боковом амиотрофическом склерозе представляют собой относительно редкую патологию. В описанном нами случае психические нарушения при БАС явились не только дебютными симптомами болезни, но и стали основанием для всестороннего обследования в психиатрической клинике с целью постановки правильного диагноза. Пациент Б., 52 года, с высшим образованием, до начала болезни был хорошо социально адаптирован, соматоневрологически и психически здоров. Всегда заботился о своём здоровье, занимался спортом, психоактивных веществ, в том числе алкоголь, не употреблял. В течение 2012 г. отмечались непостоянные жалобы на приступы «паники», ощущение «кома в горле», рвоту, вялость, головокружения, нарушения памяти, которые после всестороннего обследования в общесоматической клинике не были определено расценены. Был назначен рекситин 30 мг с дальнейшей слабоположительной динамикой. В феврале 2013 г. в течение 2-х нед внезапно перестал себя обслуживать, постоянно лежал в кровати, потерял память на самые элементарные события своей жизни. После поступления в СПбГКУЗ ГПБ № 3 в течение первых суток производил впечатление глубоко дементного больного: не мог ответить на самые простые вопросы, не давал о себе самых элементарных сведений. На фоне преобладающей ноотропной терапии (пирацетам 1600 мг) отмечалось критическое улучшение состояния. Больной практически сразу «пришел в себя», пытался критически осмыслить произошедшее с ним, давая здравую оценку своим возможным поступкам

в период психического расстройства, производил впечатление вполне адекватного человека. Ведущими симптомами стали мигрирующие боли в разных отделах позвоночника, грудной клетке, затруднение дыхания, глотания, головокружение, нарушения иннервации и парестезии в дистальных отделах рук. В неврологическом статусе – синдром бокового амиотрофического склероза. Проводился дифференциальный диагноз между спорадическим БАС и симптомами при опухоли спинного мозга, миелопатии сосудистого генеза, хронической стадии клещевого энцефалита, сифилитического паралича. С учетом обследований (МРТ, ЭНМГ), анамнестических данных, неуклонно прогрессивного течения заболевания с наибольшей вероятностью предполагался спорадический БАС. В психологическом исследовании нарушении мыслительной деятельности не выявлено. Интеллект соответствует высокому нормативному уровню. IQ вербальный 127, IQ невербальный 103, IQ общий 117. Выраженные мнестические нарушения не выявлены. В личностной сфере пассивность, эмоциональная чувствительность, истероидные черты. На момент обследования признаки дезадаптивного состояния не выявлены. За время пребывания в клинике получал преимущественно симптоматическое лечение. Диагноз полиочагового нейродегенеративного процесса (лобновисочный отдел и шейногрудной отдел) поставлен в результате всестороннего обследования пациента. Больной в полной мере осознал суть поставленного ему диагноза, расценил возможные его последствия. ВКК в расширенном составе пришло к мнению о целесообразности постановки основного неврологического диагноза: «Дегенеративное заболевание нервной системы (боковой амиотрофический склероз) G.12.7 « с рекомендацией дальнейшего лечения в общесоматическом стационаре. Психические нарушения расценены как вторичные, представленные транзиторным расстройством сознания по типу оглушенности, а также преобладающим вегетативным симптомокомплексом (F.32.01) в период, предшествующий острым нарушениям. Описанный клинический случай наглядно показывает необходимость комплексной диагностики пациентов психиатрического стационара для определения места психических нарушений среди остальных симптомов болезни и грамотной последующей «профилактики» больного.

СОЦИАЛЬНЫЙ, ВОЗРАСТНОЙ И ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТЫ ЭКЗОГЕННО- ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Шереметьева И.И., Плотников А.В.

Барнаул, ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, КГБУЗ Алтайская краевая психиатрическая больница № 3

Цель исследования: изучить клиническую картину и особенности динамики развития экзогенно-органических психических расстройств у больных туберкулезом легких, создать предпосылки для оптимизации лечебно-профилактической помощи лицам, имеющим сочетание экзогенно-органических психических расстройств и туберкулеза легких.

Материал и методы исследования. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения Алтайская краевая психиатрическая больница №3 является крупным лечебно-профилактическим учреждением. С 1998 года она занимается исключительно лечением больных, страдающих сочетанием психического заболевания и туберкулеза легких, являясь при этом единственным учреждением в Алтайском крае, выполняющим такую функцию. Больница располагает четырьмя психотуберкулезными отделениями, рассчитанными, в общей сложности, на 225 коек, одним отделением на 40 коек для длительного лечения психических заболеваний в сочетании с хроническим туберкулезом легких, лабораторией, рентген-кабинетом, физиотерапевтическим кабинетом.

На базе КГБУЗ АКПБ №3 в 2009 – 2012 гг. осуществлялась научно-исследовательская работа, посвященная экзогенно-органическим заболеваниям головного мозга у больных туберкулезом легких.

С целью определения общей структуры психической патологии у больных туберкулезом легких, проходивших лечение в условиях АКПБ №3, нами была обработана медицинская документация: архивные истории болезни 132 больных, пролеченных в 1999 году и 152, пролеченных в 2009 году. Исследование носило сплошной характер. При изучении медицинской документации учитывались содержащиеся в ней диагностические формулировки по рубрикации МКБ-10, а также диагностические заключения, соответствующие принятым в нашей стране подходам. Последующий анализ проводился с учетом диагностических заключений по перечню нозологических форм отечественной классификации.

Результаты и их обсуждение. В 1999 году было пролечено 132 пациента. Доля органических заболеваний головного мозга составила 18,2% (24 пациента). Из них мужчин 18 (75%), женщин 6 (25%). Двое пациентов в возрасте до 25 лет (8,3%), 12

в возрасте 25-55 лет (50%) и 10 старше 55 лет (41,7%). По этиологии органических заболеваний было получено следующее распределение: интоксикационный генез у 12 больных (50%), травматический у 11 (45,8%), сосудистый у 6 (25%), инфекционный у 4 (16,7%), неуточненный у 3 (12,5%). Раньше возникло психическое заболевание у 20 пациентов (83,3%), туберкулез раньше возник у 4 пациентов (16,7%).

В 2009 году было пролечено 152 пациента. Из них органическими заболеваниями головного мозга страдают 45 (29,6%). Из них мужчин 39 (86,7%), женщин 6 (13,3%), 26 пациентов в возрасте 25-55 лет (57,8%), 19 старше 55 лет (42,2%). В большинстве случаев органическое заболевание мозга было вызвано несколькими этиологическими факторами. Интоксикационный генез присутствовал в 29,41% случаев, травматический в 26,47%, сосудистый в 20,59%, инфекционный в 1,47%, неуточненный в 22,06%. Раньше возникло психическое заболевание у 46,67%, туберкулез раньше возник у 22,22%, одновременно заболевания развились у 15,56%, и нет точных данных у 15,56%.

При сравнении 1999 и 2009 года обращает на себя внимание то, что доля органических заболеваний головного мозга в общей структуре психических расстройств у лиц, страдающих легочным туберкулезом, значительно увеличилась ($p < 0,001$). Кроме того, можно предположить, что туберкулез легких чаще стал предшествовать развитию органических заболеваний головного мозга.

На втором этапе работы были клинически обследованы 105 пациентов, страдающие экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга в сочетании с туберкулезом легких. Из них мужчин 96 (91,4%), женщин 9 (8,6%). Двое пациентов моложе 25 лет (1,9%), 54 пациентов в возрасте 25-55 лет (51,4%), 49 старше 55 лет (46,7%). В большинстве случаев органическое заболевание мозга было вызвано несколькими этиологическими факторами. Интоксикационный генез присутствовал в 71,4% случаев, травматический в 72,4%, инфекционный в 16,2%, неуточненный в 3,8%. Доля первичных по психическому заболеванию - 26,7%, по туберкулезу легких - 33,3%, что достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в целом по стационару (12,5% и 20,4% соответственно). Раньше возникло психическое заболевание у 52,4%, туберкулез раньше возник у 26,7%, примерно в одно время заболевания развились у 21%. Доля больных, чей уровень интеллектуально-мнестического снижения достиг деменции, среди больных очаговым туберкулезом 42,9%, среди больных инфильтративным - 34,2%, среди больных злокачественными формами туберкулеза - 9,7%. Удельный вес больных, у которых раньше развился туберкулез легких, либо заболевания развились примерно в одно время у обследованных больных значительно выше, чем в целом по больнице.

Выводы. 1. Современные тенденции здравоохранения РФ ведут к увеличению объема амбулаторной помощи при одновременном сокращении стационарной. Очевидно, что это предполагает высокую сознательность, социальную зрелость больного. Поэтому данные тенденции никак не должны распространяться на лиц, страдающих психическими заболеваниями в сочетании с туберкулезом легких. Лечение данного контингента больных более эффективно в стационаре, чем в амбулаторных условиях, причем среднюю длительность непрерывного пребывания в стационаре лиц с коморбидной патологией целесообразно продлить до трех лет, поскольку частые выписки таких больных ведут к хронизации, увеличению бактериовыделения. Выписку следует проводить только по достижению стойкого абацилирования и закрытия полостей распада. Необходимы новые нормативные акты, регламентирующие выписку больных с сочетанной патологией.

2. Как показывает опыт научно-исследовательской работы в условиях КГБУЗ АКПБ №3, а также анализ литературы, течение туберкулеза легких больше зависит не от психического диагноза, а от уровня дезадаптации. У глубоко дезадаптированных отмечается высокая эффективность лечения, что связано с непрерывной противотуберкулезной терапией в условиях стационара. Адаптивные способности увеличивают риск прогрессирования туберкулеза легких за счет неэффективности амбулаторного лечения.

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ТОПИРАМАТОМ И ЛЕВЕТИРАЦЕТАМОМ

Яковлева Ю.А.

Санкт-Петербург, СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Актуальность. В настоящее время в терапии детей и подростков, страдающих эпилепсией, широко используются антиконвульсанты с нормотимическим и ноотропным эффектом (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин, топирамат, левитирацетам). Применение этих препаратов позволяет, в отличие от антиконвульсантов предыдущего поколения (фенобарбитал, фенитоин, клоназепам), улучшать когнитивные функции и редуцировать нарушения в эмоционально-волевой сфере и личности больных, страдающих эпилепсией, даже при отсутствии полной клинико-энцефалографической ремиссии.

Цель работы: изучение динамики эмоционально-волевых, когнитивных и речевых нарушений у детей и подростков, страдающих эпилепсией

в зависимости от проводимой противосудорожной терапии топирамамом и левитирацетамом

Материалы и методы. В клинико-психопатологическом исследовании приняло участие 217 детей и подростков (мальчиков 131 (60,4%), девочек 86 (39,6%)) в возрасте от 6 до 17 лет, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в отделении подростковой психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева в период с 2008 по 2011 годы. Средний возраст детей составил $13,4 \pm 0,40$ лет, длительность заболевания эпилепсией $5,7 \pm 0,46$ лет. 139 пациентов получали топирамат, 76 пациентов получали левитирацетам. Препараты назначались в моно- и политерапии. Все дети были обследованы в динамике до начала терапии топирамамом и левитирацетамом и через год применения. Топирамат назначался как в монотерапии в дозе 25 мг/сут с постепенным еженедельным титрованием дозы до 3 - 5 мг/кг 78 (56%) пациентам, так и в комбинациях с ламотриджином в дозе 3 - 5 мг/кг 18 (12,9%) больным, с карбамазепином в дозе 10 - 30 мг/кг 32 (23%) детям, с вальпроатами в дозе 30 - 50 мг/кг 11 (7,9%) пациентом. В единичных случаях 3 (2,2%) третьим препаратам присоединялся бензонал в дозе 1 мг/кг. Левитирацетам назначался в суточной дозе 20 мг/кг массы тела, разделенной на 2 приема (по 10 мг/кг массы тела 2 раза в сутки), с изменением дозы на 20 мг/кг массы тела каждые 2 недели до достижения рекомендуемой суточной дозы - 60 мг/кг массы тела (по 30 мг/кг массы тела 2 раза в сутки), в комбинациях (при всех формах), как вторым, так и третьим препаратом, с ламотриджином в дозе 3 - 5 мг/кг 15 (19,7%) больным, с карбамазепином в дозе 10 - 30 мг/кг 12 (15,2%) детям, с вальпроатами в дозе 30 - 50 мг/кг 21 (27,6%) пациенту. 26 (34,2%) пациентов получали левитирацетам с топирамамом в дозе 3-5 мг/кг, 2 пациентам (2,6%) левитирацетам в комбинации с вальпроатом и топирамамом.

Для решения задач, поставленных в работе, были использованы следующие Методы: клинико-психопатологический (с использованием визуально-аналоговой шкалы Comperehensiv Psychopatological Rating Scale (CPRS) и шкалы (CGI), экспериментально-психологический, логопедический и статистический.

Большую часть исследуемой выборки 176 человек (81,9%) составили пациенты с фокальными формами эпилепсии, 39 (18,1%) пациентов с генерализованными формами. По этиологическому фактору пациенты распределялись следующим образом: среди фокальных форм, отмечалось преобладание симптоматических эпилепсий, у 96 (54,5%) пациентов, среди генерализованных форм - криптогенные 26 пациентов (66, 7%).

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования были выявлены, следующие нарушения в интеллектуально-мнестической и эмо-

ционально-волевой сферах пациентов: снижение когнитивных функций регистрировалось у всех 196 пациентов (91,2%), мнестико-афатические расстройства у 54 (25,1%), изменения личности в виде брадипсихии, брадикинезии выявлялись у 58 детей (26,9%), дисфорические состояния отмечались у 65 (30,2%) обследованных, проявления депрессии регистрировались у 14 пациентов (6,5%), тревога наблюдалась у 53 больных (24,7%). Проявления церебрастенического синдрома наблюдались у 106 пациентов (49,3%). Истероформные неврозоподобные расстройства были выявлены у 16 (7,4%) обследованных. Абсолютная сумма процентов не соответствует количеству больных, так как разнообразные сопутствующие эпилепсии психопатологические проявления могли иметь место у одного и того же больного.

Среди детей и подростков, получавших топирамат в течение 1 года, независимо от редукции приступов отмечалось достоверно значимое ($p < 0,01$) снижение проявлений враждебности, сниженного настроения, напряженности и аффективной неустойчивости, имелась тенденция к снижению уровня агрессии, и наличия суицидных мыслей. В отношении бредовых расстройств (идей отношения, формирующихся вследствие анейтральных переживаний при дисфориях) эффективности топирамата установлено не было. Также отмечалось достоверное ($p < 0,05$) улучшение когнитивных функций по кластерам: внимание, память, нарушения речи, моторная заторможенность, что в дальнейшем способствовало положительным изменениям в интеллектуально-мнестической сфере.

В процессе терапии леветирацетамом у 62 (81,6%) больных эпилепсией, отмечались выраженные улучшения в интеллектуально-мнестической сфере, после года терапии леветирацетамом у детей и подростков, страдающих эпилепсией, даже при отсутствии клинической ремиссии приступов, отмечалось достоверное ($p < 0,01$) улучшение внимания, памяти, речи и двигательной активности, а также снижение напряженности. Имелась тенденция к улучшению настроения, что способствовало социальной адаптации и повышению качества жизни пациентов, а также улучшало комплаентность

терапии. Однако, надо отметить, что на уровне тенденции также сохранялись, а временами усиливались проявления вербальной и физической агрессии, пациенты становились капризными, возбудимыми, временами неуправляемыми в поведении, легко аффектировались. Такое поведение было характерно для 7 пациентов, подросткового возраста, получающих леветирацетам в комбинации с вальпроатами при фокальных формах эпилепсии, и для 2 пациентов с генерализованной формой, получавших леветирацетам в сочетании с карбамазепином.

Выводы. Таким образом, топирамат и леветирацетам, антиконвульсанты второго поколения со сложным комплексным и многогранным механизмом действия являются высокоэффективными препаратами в терапии, как фокальных, так и генерализованных форм эпилепсии различной этиологии, а также сопутствующих психических нарушений у детей и подростков, страдающих эпилепсией. Даже при неполной клинической ремиссии приступов, леветирацетам вызывает достоверно позитивные изменения в интеллектуально-мнестической сфере, улучшая процессы внимания, памяти, темпа работоспособности, эффективно воздействует на речевую патологию. Топирамат также обладает достоверно высоким профилем в отношении редукции когнитивных и речевых нарушений у пациентов с эпилепсией, а также обладает нормотимическим эффектом, положительно влияя на изменения в эмоционально-волевой сферах и личности больных. Применение топирамата и леветирацетама в лечении эпилепсии позволяет избегать дополнительного назначения ноотропных препаратов, которые зачастую усиливают и/или провоцируют развитие судорожных приступов. В случае проявлений агрессии или усиления аффективной неустойчивости, даже при клинической ремиссии приступов требуется коррекция медикаментозной терапии с учетом формы эпилепсии. Применение топирамата и леветирацетама, существенно улучшает социальную адаптацию детей и подростков, страдающих эпилепсией, увеличивает комплаентность к терапии и способствует более качественному проведению реабилитационных мероприятий.

К ВОПРОСУ О ПСИХОСЕСУАЛЬНОМ ДИАТЕЗЕ

Алексеев Б.Е.

Санкт-Петербург, СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В медицинской сексологии по сравнению с другими медицинскими специальностями отнесение тех или иных проявлений психосексуальной сферы людей к нормальным или патологическим в клиническом понимании имеет наибольшую сложность, т.к. в сексуальном поведении человека находят отражение не только биологические, но и социальные и культуральные аспекты. Это справедливо для оценки как половой идентичности, полоролевого поведения, так и для направленности полового влечения.

Норма предстает как сборная группа различных состояний, имеющих каждое свои особенности. По С.Б. Семичову (1987) для их оценки служат конституциональные, типологические, функциональные критерии, наличие диатеза и патий, различные показатели общей и специфической реактивности. Во всех этих случаях встает вопрос «дифференцированного прогноза» в отношении возможности возникновения того или иного конкретного круга заболеваний.

Психосексуальный диатез рассматривается как явление, в основе которого лежит конституциональная готовность к нарушению адаптации индивидуума в плане психосексуального функционирования и ее реализация.

Психосексуальный диатез характеризуется четырьмя специфическими признаками: 1) дисгармонией психосексуального развития в форме парциальной задержки или ускорения темпов психосексуального созревания; 2) нарушением последовательности развития, проявляющимся выпадением фаз и стадий психосексуального развития; 3) диссоциацией тех или иных векторов психосексуального развития; 4) дефицитарностью психосексуальных проявлений.

При оценке сексуального здоровья (его психосексуальной составляющей) можно рассматривать в качестве признаков диатеза такие проявления, как простые и сложные асинхронии психосексуального развития, несогласованность полоролевого поведения и половой идентичности, некоторые сексуальные предпочтения, «асексуальность». В рамках сексуального здоровья может иметь место неполная норма. С одной стороны, эти состояния нельзя отнести к болезни, с другой стороны, являясь результатом уклоняющегося развития, они с клинической точки зрения занимают различные места в пространстве нормы – в том числе крайние варианты нормы и предпатологию, предрасполагая к тем или иным заболеваниям.

Психосексуальный диатез при определенных условиях во взаимодействии с факторами личности

и факторами, определяющими степень психического здоровья, может приводить к сексуальным дисфункциям, к парафилиям, будет принимать участие в патогенезе психосоматических и психических заболеваний.

Следует отметить, что признаки психосексуального диатеза значительно чаще сопутствуют индивидам с психическими заболеваниями, включая шизофрению, аффективные расстройства, невротические расстройства, чем лицам неотягощенным психическими расстройствами. Как показали исследования психосексуальной сферы больных шизофренией, аффективными расстройствами и пациентов с невротическими расстройствами, они имеют с учетом нюансов соизмеримую представленность признаков психосексуального диатеза как по формам проявления, так и по его распространенности.

В то время как среди здоровых испытуемых индексы адекватности половой идентичности у мужчин (-0,56) и женщин (0,14) соответствуют полу и статистически различаются ($p < 0,01$), среди больных мужчин (0,21) и женщин (0,35) различий нет. Отклонение половой идентичности больных мужчин в направлении феминизации (0,21) значительно отличается от показателя маскулинной половой идентичности здоровых мужчин (-0,56) – $p < 0,01$.

У мужчин с диагнозами шизофренического спектра персональная половая идентичность коррелирует с полоролевым поведением на уровне $r = 0,486$ ($p < 0,01$). У женщин такого соответствия не установлено, что свидетельствует о статистической неопределенности взаимосвязей полоролевого поведения и половой идентичности среди женщин.

Анализ соотношения полоролевого поведения и половой идентичности мужчин с диагнозами шизофренического спектра в группах по синдромальной принадлежности показал их максимальную согласованность при невротических и психопатоподобных синдромах ($r = 0,759$; $p < 0,06$), снижение согласованности при аффективных ($r = 0,406$; $p < 0,09$) и параноидных ($r = 0,562$; $p < 0,04$) синдромах. При рекуррентном депрессивном расстройстве, вопреки бытующему представлению о большей гармоничности пациентов с аффективными расстройствами по сравнению с больными шизофренического спектра, наблюдается уже рассогласованность полоролевого поведения и персональной половой идентичности ($r = -0,682$; $p < 0,02$).

Этот факт требует особого внимания в связи с тем, что такая рассогласованность может формировать характерную для депрессивных больных содержательную основу переживаний своей несостоятельности, ущемленности. Данная особенность должна учитываться при выработке индивидуальных реабилитационных программ, как в плане психотерапевтического подхода, так и регулирования средовых воздействий в рамках психиатрического отделения, смешанного по половому составу.

Развиваемые представления о возникновении и структуре полоролевого поведения позволили с системных позиций оценить взаимообусловленное формирование в процессе онтогенеза и социогенеза полоролевого поведения, половой идентичности и направленности полового влечения. Полученные результаты свидетельствуют о связи рассогласованности М-Ф измерения с половой идентичностью, а в более старшем возрасте полоролевого поведения с половой идентичностью у мужчин шизофренического и аффективного спектров расстройств с вариациями структуры направленности полового влечения. Это означает, например, что при определении посредством семантического дифференциала доминирующего радикала индекса гетеросексуальности или индекса гомосексуальности, радикал гомосексуальности превалирует в тех случаях, когда у больных при наличии фемининной акцентуации полоролевого поведения, половая идентичность имеет маскулинный характер, т. е. не согласуется с поведением ($r=0,48$; $p<0,03$).

Поскольку психосексуальная сфера является аспектом психического, признаки психосексуального диатеза можно в то же время рассматривать, в какой-то части, как проявление психопатологического диатеза. Сексуальность человека с присущей ей психосексуальной составляющей обладает спецификой, поэтому с категориями, в которых она описывается, пока еще мало знакомы психиатры и медицинские психологи, которые привыкли оценивать отклонения в сфере психического на языке психопатологии. Следствием этому является обеднение контекста исследований в психиатрии.

Таким образом, анализ отдельных сторон психосексуальной сферы больных психическими заболеваниями дополняет картину наиболее общих закономерностей их полового и психосексуального развития, выявляя частные варианты психопатологического диатеза, свойственного больным как шизофренического спектра, так и с аффективными расстройствами.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАРАФИЛИЙ

Введенский Г.Е.

Москва, ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ

Одной из проблем диагностики парафилий, и в частности, педофилий, в условиях судебной сексолого-психиатрической экспертизы, является получение объективных данных, так как примерно в половине случаев применение клиничко-психопатологического метода затруднено отрицанием подэкспертным совершения деликта. В этих случаях возрастает значение параклинических методов, в

частности, экспериментально-психологических и психофизиологических. Наибольшее распространение в России получил психофизиологический метод исследования, одним из вариантов которого является ОИП – опрос с использованием полиграфа, когда стимулом служат задаваемые испытуемому вопросы. Данный метод широко используется в криминалистике для «установления лжи», хотя подобное истолкование его результатов представляется не достаточно обоснованным с научной точки зрения (Введенский Г.Е., Ткаченко А.А., Секераж Т.Н., 2009). В лаборатории судебной сексологии ГНЦ ССП им.В.П.Сербского кроме вопросов, предъявлялись изображения в виде пороговых и подпороговых стимулов. В целом валидность данного метода психофизиологической диагностики парафилий составила 0,63, что соответствует высокой степени валидности метода. Выделены следующие критерии психофизиологической диагностики парафилий (Каменсков М.Ю., 2013): А. Высоковероятностные критерии диагностики парафилии: 1. Наличие положительного вербального ответа на проверочные вопросы.; 2. Наличие значимых психофизиологических реакций на проверочные стимулы, независимо от характера ответа на схожие по содержанию стимулы не менее чем в двух тестах: не менее чем в двух тестах вербальной стимуляции или в одном тесте вербальной и тесте визуальной стимуляции (при условии использования не менее трех тестов, нацеленных на диагностику конкретной формы парафилии); Б. Вероятностные критерии диагностики парафилии: наличие значимых реакций на проверочные стимулы только в одном тесте (тесте вербальной или визуальной стимуляции).

В случаях постановки вероятностного диагноза расстройств сексуальных предпочтений подэкспертным с признаками диссимуляции парафилии при обосновании диагноза необходимо опираться, прежде всего, на высоковероятностные критерии психофизиологической диагностики. Однако в этом случае результатов тестирования на полиграфе недостаточно: данные психофизиологического обследования должны интерпретироваться сексологом с учетом результатов других методов обследования (объективных, клинических, экспериментально-психологических). В тех же случаях, когда идет речь об отсутствии диссимуляции, при обосновании парафилии могут быть учтены и вероятностные критерии параклинического метода обследования.

За рубежом применяются и другие методы психофизиологического обследования, так, фаллоплетизмография распространена в Северной Америке для диагностики педофильного влечения (Freund K., Blanchard R., 1989; Freund K., Watson R., 1991; Blanchard R., Klassen P. et al., 2001), однако этот метод критикуется за «навязанность» (Seto M., 2008), большое количество нонреспондеров (Howes

R., 1995), низкую селективность и валидность (Kalmus E, Beech A., 2005; Marshall W., Fernandez Y., 2000). Другая методика – измерение времени визуального восприятия (viewing time -VT) – основана на том, что лица с педофилией значимо дольше смотрят на релевантные стимулы, в большинстве случаев она применяется вместе с самоотчетами о сексуальном возбуждении (Abel G. et al., 1998). Эта методика продемонстрировала достаточную чувствительность и специфичность, а в некоторых исследованиях она проявила себя лучше, чем фаллоплетизмография, однако в клинических условиях ее применение ограничено сомнительной надежностью и валидностью (Glasgow D., 2009; Sachsenmaier S., Gress C., 2009). Перспективной представляется методика трекинга (движения глаз) (Fromberger P., Jordan K., 2012). Разрабатываются и другие подходы к изучению внимания при педофилии, которые еще не прошли экспериментальной проверки: Choice-Reaction-Time Task (Mokros A. et al., 2010), Rapid Serial Visual Presentation Test (Beech A. et al., 2008), Emotional Stroop Task for Sexual Offenders (Smith P, Waterman M., 2004).

По нашему мнению, все методы психфизиологической диагностики могут применяться не изолированно, а в рамках комплексной сексологопсихиатрической экспертизы, в сопоставлении с данными направленного экспериментально-психологического исследования психосексуальной сферы, что позволит повысить качество диагностики парафилий.

РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

Выходцев С.В., Шац К.И.

*Санкт-Петербург, СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница
Святого Николая Чудотворца»*

Сексуальная сфера человека является весьма значимой и рассматривается с точки зрения современной науки как один из показателей качества жизни. Нарушения сексуальной сферы довольно обсуждаемая тема в медицине. Традиционно в научных исследованиях больше внимания уделяется сексуальным расстройствам у мужчин, особенно в рамках соматической патологии. Женская сексуальность в норме, равно как и нарушения в этой сфере, исследуются гораздо реже. Сравнительно небольшое количество исследований посвящено вопросу сексуальной сферы психически больных, а также ее изменениям в процессе лечения заболеваний. И снова здесь на первый план выходят преимущественно пациенты-мужчины. Исследований, посвященных нарушениям женской сексуальности у психически

больных, чрезвычайно мало. По разным причинам создаются препятствия для обсуждения этой темы между врачами и пациентами, особенно, когда дело касается психофармакотерапии, что ведет к недопониманию, дистрессу, а это, в свою очередь, приводит к низкому уровню приверженности лечению и отказу от проводимой терапии.

С целью изучения сексуальной сферы и ее изменений на фоне психического заболевания, а также в процессе медикаментозного лечения, нами были опрошены 16 женщин в возрасте от 21 до 64 лет, находившихся в условиях отделения лечебно-восстановительной терапии. Все пациентки были переведены с острых отделений психиатрической больницы для выполнения комплекса реабилитационных мероприятий. Все женщины были заранее уведомлены о характере исследования и дали согласие на его проведение.

Спектр психических расстройств у пациенток в соответствии с критериями МКБ-10 был представлен органическими психическими расстройствами аффективного и психотического уровня (3), органическим расстройством личности (1), психическим расстройством в связи с употреблением ПАВ (1), расстройствами шизофренического спектра (6), аффективного уровня (4), а также расстройством адаптации (1).

Предварительные результаты проведенного исследования показали, что 68,7% женщин были согласны с наличием у них душевного расстройства, при этом 81,2% пациенток отметили для себя важность сексуальной жизни. Среди опрошенных 37,5% женщин считали, что их сексуальная жизнь не изменилась на фоне душевного расстройства, однако 12,5% отметили ее ухудшение, а 18,7% пациенток заявили, что их сексуальная жизнь просто исчезла. Сексуальные нарушения, вызванные медикаментозным лечением, у себя отметили лишь 2 пациентки (12,5%). Вместе с тем, снижение полового влечения и интереса к сексу на фоне приема лекарств обозначили 37,5% обследуемых. Реже стали испытывать сексуальное возбуждение при сексуальных действиях (мастурбация, фантазии) 31,25% женщин. Их опрошенных 37,5% женщин стали менее уверены в своем сексуальном возбуждении. Неудовлетворены своим сексуальным возбуждением на фоне приема лекарств оказались 43,75% пациенток. Из опрошенных на фоне лечения 12,5% женщин стали испытывать оргастические ощущения гораздо реже, чем раньше. У 37,5% женщин оргастические ощущения вообще исчезли. 12,5% женщин во время мастурбации или фантазий стали ощущать оргазм как тусклый, измененный, а 31,25% опрошенных оргазма достигнуть не смогли. 25% женщин на фоне терапии испытывали болевые ощущения при сексуальных действиях (мастурбация, фантазии). На фоне приема лекарств из опрошенных женщин 43,75%

перестали ощущать эмоциональную близость со своими партнерами.

Показательно, что несмотря на отмеченную «сохраненную в целом» сексуальную функцию на фоне лечения у большинства женщин (87,5%), из всех обследуемых 31,25% предпочли бы лекарства, не нарушающие эту самую функцию! На важность быть информированной врачом о «вредном действии лекарства» на сексуальную сферу указали 68,75% пациенток. 43,75% женщин признались, что готовы прекратить самостоятельно прием лекарства, если оно будет отрицательно воздействовать на сексуальную функцию, но большая часть из них (31,25%) были согласны продолжить лечение, если врач предложит менее «опасное» лекарство. Подавляющее большинство женщин (75%) считали важным в беседе с врачом обсуждать риск сексуальных нарушений на фоне медикаментозного лечения их душевного расстройства.

Таким образом, предварительные результаты проведенного исследования показали важность сексуальной сферы в жизни психически больных женщин. Несмотря на отмеченную большинством женщин «сохранность в целом» сексуальной функции на фоне приема лекарств, подробный опрос выявил немало нарушений в этой сфере, касаемых не только собственных ощущений женщины, но и изменений в переживаниях эмоциональной близости с партнером. Желание психически больных женщин быть информированными о вредном воздействии лекарств на сексуальную сферу, знать о возможности подбора менее «опасной» терапии, иметь саму возможность обсуждать с врачом тему сексуальности – все это несомненно будет повышать уровень доверия в системе «врач-пациент» и способствовать приверженности проводимому медикаментозному лечению психической патологии у женщин.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАЗМИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ

Кан И.Ю., Ягубов М.И.

Москва, ФГБУ «МНИИП» Минздрава России

На протяжении последнего десятилетия в отечественной и зарубежной литературе, обращает на себя внимание относительная немногочисленность работ, посвященных изучению феномена оргазма, его физиологического и психического компонентов, сходства и различия оргастических проявлений у мужчин и женщин, клинических и терапевтических аспектов оргастических расстройств, их связи с психической патологией.

Цель исследования. Определение клинико-психопатологических особенностей оргастических

дисфункций при расстройствах полового влечения в рамках различных вариантов психической патологии.

Материал. Комплексное изучение 130 пациентов (85 муж. и 45 жен.) в возрасте от 22 до 55 лет, обратившихся в отделение сексопатологии с жалобами на нарушения оргазма, расстройство либидо, эрекции и эякуляции у мужчин, позволило в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 распределить их на три группы. В первую группу вошли 96 больных с отсутствием оргазма на фоне потери полового влечения, проявляющегося недостатком или отсутствием сексуальных фантазий и желаний сексуальной близости, которые были связаны с шизотипическим (60 человек) или шизоидным расстройством личности (36 человек). Сексуальные нарушения у пациентов второй группы (15 пациентов) проявлялись снижением или отсутствием оргастических ощущений на фоне отвращения (аверсии) к половой близости, сопровождающегося негативными чувствами, страхом или тревогой, и были связаны с шизотипическим расстройством. В третьей группе (19 больных) половые расстройства проявлялись отсутствием сексуального удовлетворения (сексуальная ангедония) со снижением или исчезновением оргастических ощущений и были связаны с неврастенией (7 человек), смешанными тревожно-депрессивными (5 человек) и соматоформными расстройствами (7 человек).

Методы исследования: клинико-психопатологический, сексологический с использованием шкалы векторного определения половой конституции, квантифицированных шкал СФМ и СФЖ.

Результаты и выводы: Причиной оргастических дисфункций на фоне расстройств 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.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Карашева Б.Г., Кибрик Н.Д.

Москва, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России

Цель исследования: изучение психопатологических расстройств и особенностей сексуальных нарушений у мужчин с отдаленными последствиями

ми черепно-мозговой травмы, а также разработка на основании этого эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий, обеспечивающих семейно-сексуальную адаптацию пациентов с сексуальными расстройствами.

Материалы и методы исследования: обследованы 82 пациента мужского пола, в возрасте от 18 до 50 лет, имеющие отдаленные последствия перенесенной черепно-мозговой травмы. Наличие терминальных стадий осложнений (развитие отека мозга, обструктивной гидроцефалии, энцефалита, менингита), наличие опухолевого процесса головного мозга, тяжелой соматической патологии являлись критериями исключения для данного исследования.

Были использованы методики: клинико-сексологический, клинико-психопатологический, нейровизуализационный (магнитно-резонансная томография [МРТ] головного мозга, компьютерная томография [КТ] головного мозга), ЭЭГ, психометрический, статистический методы, нейропсихологическое исследование высших психических функций.

Результаты исследования: были обследованы пациенты, для которых сексуальная дисфункция в посттравматическом периоде не рассматривалась как состояние, требующее коррекции. Это было обусловлено большей значимостью соматического и неврологического здоровья, а также зависело от наличия и качественного состояния партнерских отношений.

Большинство респондентов (67%) в обследуемой группе (n=82) находились в браке или имели постоянного партнера. 23% всех обследуемых воздерживались от каких-либо контактов в течение 6 месяцев- 1 года ввиду двигательных, психопатологических нарушений. Также некоторые (2%) при пояснении причин ссылались на рекомендации врача (ятрогенное влияние). После улучшения общесоматического, неврологического состояния и возвращения к повседневной жизни 24% отмечали снижение либидо, но расценивали это состояние как непатологическое. Только отсутствие или снижение влечения в условиях доброжелательных партнерских отношений приводило к намерениям обратиться за квалифицированной помощью. Но превалирующее значение соматического состояния затрудняло решить проблему сексуального здоровья. При проведении комплексной нейрореабилитации наблюдалось взаимное влияние, выражающееся в улучшении реабилитационных возможностей (моторных нарушений, психопатологических, нейропсихологических расстройств) и стабилизации партнерских отношений, регрессе сексуальных дисфункций.

Выводы: комплексный подход в терапии пациентов с отдаленными последствиями ЧМТ способствует более раннему восстановлению сексуальных функций, гармонизации отношений в паре, улучшает социализацию пациентов.

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ГЕНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО СЕКСУАЛЬНЫМ МОТИВАМ

Кибрик Н.Д., Буткова Т.В.

Москва, Московский НИИ Психиатрии

Аффективные расстройства, диагностируемые в сексологической практике, играют значимую роль в формировании и проявлениях сексуальных дисфункций. В психиатрической практике связь снижения полового влечения, как и других витальных функций, с аффективной патологией прослеживается многими авторами. Структура и выраженность аффективных нарушений, преимущественно в виде депрессивных расстройств, влияет и на сексуальную функцию, которая проявляется или в снижении половой активности и предприимчивости, или в виде полного отсутствия либидо. Стоит отметить, что аффективные расстройства, сопровождающие сексуальные дисфункции, часто приводят к суицидальным попыткам, а также изменяют клиническую картину проявления основного заболевания. При этом возрастает значение ранней диагностики и адекватной терапии сексуальных дисфункций на фоне аффективной патологии.

Было обследовано 59 человек. Полученные данные свидетельствуют, что при тревожно-фобических расстройствах, сопровождающиеся страхом (коитофобией) и стремлением избежать травмирующей ситуации, из-за ожидания сексуальной неудачи, формировалась социальная изоляция с эротическими фантазиями и аутоэротизмом. Астенические расстройства сопровождались ослаблением эрекции или изменением длительности полового акта, а также изменяли окраску оргастических ощущений. Психологически эмоциональные реакции гнева, обиды, непонимания и одиночества, возникающие в конфликтных семьях, сопровождались семейно-сексуальной дисгармонией и сексуальными расстройствами, связанными с сексуальной неустроенностью и абстиненцией, что приводило к формированию идеи самообвинения и самоуничтожения, изменению иерархии ценностных ориентаций и пессимистической оценке будущего, суицидоопасных состояний.

Положительный эффект лечения основывался на улучшение сексуальных дисфункций в виде: повышения либидо, восстановления эрекции, эякуляции, усиления остроты оргастических ощущений, на фоне снятия тревожных состояний, улучшения настроения, памяти, внимания, снижения утомляемости, исчезновения тревоги, страха, тоски, редукции невротической симптоматики. Таким образом, характер сексуальных дисфункций тесно связан с выявляемыми аффективными расстройствами и зависит от их выраженности, особенностей и структуры. Аффективные расстройства ведут за собой изменения в сексуальной жизни, в системе отно-

шений, характеристик личности, накладывая тем самым определенный отпечаток на поведение, приводя к трансформации других несексуальных мотивов и ценностей, суицидального поведения.

Необходимо отметить, что понимание механизмов развития сексуальных дисфункций, в зависимости от выраженности и структуры аффективных нарушений, определяет разработку адекватных мер по предупреждению, раннему выявлению и своевременному лечению имеющихся расстройств, а также мероприятий по медицинской психологической и социальной реабилитации пациентов.

РОЛЬ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ В РЕГУЛЯЦИИ АНОМАЛЬНОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ

Колоколов А.В., Введенский Г.Е.

Москва, ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ

Во многих исследованиях было подтверждено, что когнитивные искажения приостанавливают процесс саморегуляции, в результате чего аномальное поведение может осуществляться без отрицательных эмоциональных реакций по типу адаптивного механизма (McLaughlin M. et al., 1983; Snyder C., Higgins R., 1988, Seligman M., 1991, Dodge K.A., 1993). Когнитивные искажения оказывают стимулирующее влияние на осуществление сексуального насильственного поведения (DeYoung M., 1988; Segal Z., Stermac L., 1990; Murphy W., 1990; Bumby K., 1996; Baumeister R. et al., 2002). T.Ward, A.Beech (2006, 2008), Caoilte O Ciardha (2011) утверждают, что взаимодействие таких факторов, как когнитивные искажения, эмоциональный дефицит, аномальное сексуальное возбуждение, приводит к реализации сексуальных действий.

Цель исследования: описание и психопатологическая квалификация когнитивных искажений ц лиц, совершивших сексуальные правонарушения в отношении детей.

Материал исследования: 67 мужчин, совершивших сексуальные правонарушения в отношении несовершеннолетних детей (до 14 лет), проходивших стационарную комплексную сексолого - психиатрическую экспертизу. В процессе исследования испытуемые были разделены на 3 группы, первую группу составили 25 человек, которым в соответствии с критериями МКБ-10 (влечение к совершению сексуальных действий с малолетними, реализуемое в эротических сновидениях и фантазиях с представлением педофильных объектов, а также в эротических и сексуальных манипуляциях с детьми до 14 лет) устанавливался диагноз парафилии – расстройства сексуального предпочтения в форме го-

мосексуальной или бисексуальной педофилии, а также множественного расстройства сексуального предпочтения с ведущим компонентом в отношении гомо- или бисексуального сексуального объектов. Вторую группу составили 27 человек, которым в соответствии с критериями МКБ-10 (влечение к совершению сексуальных действий с малолетними девочками, реализуемое в эротических сновидениях и фантазиях с представлением педофильных объектов, а также в эротических и сексуальных манипуляциях) устанавливался диагноз парафилии – расстройства сексуального предпочтения в форме гетеросексуальной педофилии, а также множественного расстройства сексуального предпочтения с ведущим компонентом в отношении гетеросексуального сексуального объекта. В третью группу вошло 15 человек, которые совершили сексуальные противоправные действия в отношении мальчиков, однако диагноз парафилии в соответствии с критериями МКБ-10 им установлен не был, в связи с тем, что отсутствовал критерий устойчивого предпочтения незрелого объекта сексуального объекта, либо в связи с первичностью и однократностью эпизода, отсутствием идеаторной активности, включающей незрелый гомосексуальный объект, отсутствие временного критерия аномальной сексуальной активности (на протяжении менее 6 месяцев).

Методы исследования: клинико-психопатологический, в ходе интервью в речи подэкспертных выявлялись когнитивные искажения, которым давалась психопатологическая квалификация.

Результаты: в группах с парафилиями достоверно ($p < 0,01$) чаще преобладали когнитивные искажения по типу сверхценных идей (40%, 35,4%), бредоподобных идей (11%, 10%, 3,9%) в сравнении с третьей группой. В группе без парафилий преимущественно ($p < 0,01$) наблюдались когнитивные искажения по типу доминирующих идей (28,2%, 31,3%, 50,5%). При анализе отдельных видов когнитивных искажений были вывлены следующие достоверные различия: в группах с парафилиями преимущественно ($p < 0,05$) наблюдалась избирательная абстракция (36%, 33,3%, 6,7%) по типу сверхценных идей. В первой группе чаще ($p < 0,01$) наблюдались когнитивные искажения в виде субъективной аргументации по типу доминирующих идей (32%, 7,4%, 6,7%), в виде пристрастных объяснений по типу сверхценных идей (48%, 29,6%, 6,7%) в сравнении со второй группой. Во второй группе преобладали ($p < 0,05$) когнитивные искажения в виде паллиативных сопоставлений по типу доминирующих идей (68%, 85,1%, 53,6%) в сравнении с первой группой. В группе лиц без расстройства сексуальных предпочтений также выявлены когнитивные искажения различных типов с преобладанием идей доминирующего характера.

Выводы: когнитивные искажения различной психопатологической структуры неспецифичны для

педофилии, их можно расценивать как один из предрасположенных факторов, облегчающих реализацию аномального сексуального поведения. В ходе терапии необходима коррекция таких искажений в отношении всех лиц, совершивших сексуальные правонарушения в отношении детей.

О РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДАХ К ОЦЕНКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПОЛОВОГО АКТА У МУЖЧИН

Кочарян Г.С.

*Харьков, Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

В настоящее время существует необходимость оценивать продолжительность полового акта мужчины с учетом различных компонентов ее нормы. В связи с этим интерес представляет мнение А. Kinsey, W. B. Pomeroy, C. E. Martin (1948). Авторы считали быстро наступающую эякуляцию признаком биологической компетентности и писали: «Мужчина, реагирующий быстрой сексуальной разрядкой, будучи весьма далек от какой бы то ни было патологии, совершенно нормален среди других млекопитающих и совершенно обычен среди представителей собственного вида. Странно, что термин «импотенция» мог быть использован для квалификации такого рода быстрой реакции. Трудно найти другую ситуацию, в которой индивидуума, обладающего быстрыми и интенсивными реакциями, не признали бы превосходящим других...». Однако У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни (1998) отмечают, что в настоящее время большинство сексологов с такой установкой не согласны. По нашему мнению, данная точка зрения соответствует биологическому представлению о норме (биологическому подходу), которая, по-видимому, полностью приложима к животным. Действительно, находящиеся в естественных условиях самцы (джунгли и т. п.) поставлены в условия, когда с целью избежать срыва спаривания целесообразно в кратчайшие сроки ввести оплодотворяющее начало самке, а если за небольшое время будет проведено не одно, а несколько спариваний, то это тем более повысит генеративные возможности вида. В этом плане заслуживают внимания следующие данные. У слонов интросмиссия длится меньше минуты, у быка – около 23 сек, но спаривание может быть очень частым. Ученые подсчитали, что один бык за 6 часов спаривался 77 раз, а пара львов в Дрезденском зоопарке за 8 дней спаривалась 360 раз (Н. J. Eysenck, G. Wilson, 1979). Г. С. Васильченко (1977) сообщает о наблюдениях, осуществленных рядом исследователей, свидетельствующих, что продолжительность копулятивных циклов (как завершенных, так и незавершенных, т. е. анэякуляторных) у различных видов обезьян составляет намного менее

минуты: у макак самец производит во время одной садки 2–8 фрикций; возбужденный макак резус на протяжении 10–20 мин производит 5–25 садок, каждая из которых продолжается 3–4 с и состоит из нескольких единичных фрикций (при этом часть садок носит анэякуляторный характер); самец бабуин в период одной садки, продолжающейся 10–15 с, производит 5–10 фрикций; у шимпанзе в течение одной садки производится 4–15 фрикций по одним данным и 5–15 – по другим. У низших млекопитающих, отмечает автор, длительность фрикционной стадии находится в таких же пределах, составляя у котов от 5 до 10 с, а у баранов в случной сезон – около минуты по одним данным и 13–19 с – по другим.

Следует отметить, что вряд ли можно заподозрить животных в том, что с целью увеличения продолжительности полового акта для получения большего удовольствия они прибегают к какой-либо пролонгации, что нередко делают мужчины. Если говорить о людях, которые проводят половые акты в благоприятных условиях с целью получения наслаждения, то их представления о норме могут быть иными, что, естественно, отразилось и на мнении сексологов. Что могло повлиять на изменение представлений о норме продолжительности полового акта у людей? Причиной этого является тот факт, что у них произошло изменение в представлении о стоящей перед половым актом задаче (у животных в основном – продолжении рода, а у людей – продолжение рода и получение удовольствия, что обуславливает необходимость пролонгации коитуса, а, следовательно, контроль над эякуляцией, увеличивающий вероятность достижения женщинами оргазма). Подтверждение нашей точки зрения мы нашли в публикации, в которой отмечается, что вследствие эволюции человеческой сексуальности способность контроля над временем эякуляции стала очень важной (Hong, 1984), и мужчины учились этому по мере роста стремления к нему их и их партнерш. На основании этого постулируется, что контроль над эякуляцией носит не природный, а культуральный характер (А. Kamischke, E. Nieschlag, 2002). Следовательно, по отношению к мужчинам правомочным следует считать по меньшей мере биосоциальный подход к оценке продолжительности полового акта.

Задача установления нормативных параметров продолжительности коитуса не является легкой. Данную проблему попытались прояснить эксперты Международного общества сексуальной медицины (the International Society for Sexual Medicine; ISSM). В статье, посвященной этому вопросу (С. G. McMahon, S. E. Althof, M. D. Waldinger et al., 2008), сообщается, что в медицинской литературе есть ряд определенных преждевременной эякуляции (ПЭ). Наиболее часто упоминаемые ее определения (определение DSM-IV и др. определения) скорее базируются на мнениях авторитетов, а не на утверждениях, опирающихся на контролируемые клинические или эпи-

демиологические исследования. Поэтому в августе 2007 г. ISSM назначило международных экспертов (21 чел.) по проблеме ПЭ и объединило их в созданный с этой целью Комитет для выработки определения ПЭ (Committee for the Definition of Premature Ejaculation). Его члены встретились в Амстердаме в октябре 2007 г., чтобы оценить силу и слабость современных определений ПЭ, доказательства, поддерживающие такие конструкты, как интравагинальное латентное время эякуляции (представляет собой промежуток времени от начала фрикции после введения члена во влагалище до семяизвержения), контроль эякуляции, сексуальное удовлетворение, личностный/межличностный дистресс и предложить новое определение ПЭ, базирующееся на доказательствах. Комитет пришел к единодушному мнению, что к конструктам, которые следует считать необходимыми для определения ПЭ, следует отнести – скорость наступления семяизвержения, воспринимаемую/осознаваемую самоэффективность и контроль эякуляции, а также отрицательные личные последствия от ПЭ. Комитет предложил определять существующую с начала половой жизни (lifelong) ПЭ как мужскую сексуальную дисфункцию, характеризующуюся семяизвержением, которое всегда или почти всегда происходит до или в течение приблизительно одной минуты после влагалищного проникновения, неспособностью задерживать семяизвержение при всех или почти всех влагалищных проникновениях и отрицательными последствиями для личности, такими как дистресс, беспокойство, фрустрация и/или избегание сексуальной близости. Отмечается, что данное определение касается мужчин с ПЭ, существующей с начала половой жизни (lifelong), и применимо только для гетеросексуального влагалищного (интравагинального) коитуса. Эта группа экспертов также пришла к заключению, что не существует достаточного числа опубликованных объективных данных, которые позволили бы предложить дефиницию приобретенной ПЭ, базирующуюся на доказательствах. Вместе с этим данные эксперты полагают, что предложенные ими критерии определения существующей с начала половой жизни (первичной) ПЭ также могут быть применены и по отношению к приобретенной (acquired) ПЭ. Следует подчеркнуть, что в приведенном определении ПЭ в качестве одного из параметров, который характеризует эту дисфункцию, называют отрицательные ее последствия для личности (дистресс, беспокойство, фрустрацию и/или избегание сексуальной близости). Данный параметр относится к психологическому измерению. Поэтому с учетом других предусмотренных названным определением критериев (длительность полового акта не более 1 мин и неспособность задерживать семяизвержение при всех или почти при всех влагалищных проникновениях) диагноз ПЭ является биопсихосоциальным.

В заключение следует отметить, что современным в оценке продолжительности полового акта следует считать именно биопсихосоциальный подход. Сугубо биологический подход к ее оценке, который, по-видимому, полностью применим к животным, для людей является недостаточным.

ТРАНСЛЯЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ СЕКСОЛОГИИ

Прокопенко Ю.П.

Москва, ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения РФ

Сексуальная функция у человека является наиболее социализированной, поскольку единственная из всех физиологических функций носит парный характер. Социализация инстинкта продолжения рода сопровождалась и сопровождается сильнейшим социальным прессингом со стороны общества в виде обычаев, предрассудков, традиций, здравого смысла, официального контроля и принуждения со стороны государства. Кроме того, интимная жизнь человека отражает также и социализацию других сторон жизни – от расовых предрассудков до медицинских и парамедицинских аспектов парафилий.

Период полового созревания и этапы психо-сексуального развития формируют личность человека, его конформность или неконформизм как в отношении интимных отношений, так и в плане общесоциального поведения. Поломки или задержки на этапах психо-сексуального развития решительным образом меняют судьбу человека, поскольку искажаются внутренние механизмы созревания личности и ее реакций на влияния внешней среды. Нарушение партнерских отношений, неумение построить полноценную семью подрывает основы самого общества.

Сексуальность и интимные отношения, сексуальные расстройства являются табуированной темой в большинстве современных государств. При этом наблюдается официальная дискриминативная политика и неофициальное поощрительное отношение к крайним или даже патологическим формам сексуального поведения как отдельной личности, так и групп людей. Последнее все чаще проводится посредством удаленных контактов по сети Интернет или Скайп. В ситуации беспрепятственной доступности любой информации этапность психо-сексуального развития искажается и размывается. Сексуальность, внешне развиваясь в правильных рамках, становится рыхлой, несет в себе множество locus minoris, связанных с преждевременностью получения информации, и повышающих риск сексуальных расстройств или партнерской дисгармонии.

В этой ситуации половое просвещение, умелое и тонкое управление интересами и поступками подростков приобретает общественное, государс-

твенное значение. Между тем, вопросы, с которыми обращаются на просветительские сайты сексологического направления взрослые люди 20–45 лет, зачастую являются инфантильными, даже детскими по смыслу и по оформлению, отражают вопиющую безграмотность, ошибочные представления о простых и основополагающих моментах как сексуальности, так и партнерских отношений.

Дети и подростки, посещающие именно просветительские сексологические сайты (то есть, не являющиеся коммерческими, не являющиеся отражением личных взглядов человека, не имеющего медицинского образования и специализации в области сексологии), составляют около 12–20 % всех посетителей, и их вопросы отражают смешение полной непросвещенности и фантастической реальности псевдо-детских мультфильмов, явной и скрытой сексуальной рекламы, штампов СМИ и порнографических роликов с почти неизбежным парафильным подтекстом.

В то же время, по данным журнала «Дети в информационном обществе» на порнографических сайтах и сайтах с форумами, обсуждающими интимные проблемы между пользователями (то есть, в неподготовленной аудитории) процент детей и подростков до 17 лет вдвое больше – почти 29 %. Это вполне объяснимо: коммерческие сайты тратят средства на рекламу, подстраиваются под вкусы потребителей, в то время как просветительские сайты подают объективную информацию, независимо от запроса посетителя.

Таким образом, просвещение явно отстает от развлечения – что и неудивительно в условиях «дикой» конкуренции.

Современные достижения медицинской сексологии и сексопатологии, психологии межличностных и семейных взаимоотношений способны изменить ситуацию в обществе, сделать процесс психо-сексуального развития более упорядоченным, а множество семей более счастливыми.

Однако попытки создания программы сексуального просвещения в современной России еще более ограничиваются со стороны органов власти, чем во времена СССР. Если в 70-е–80-е годы XX века в школах насаждали курс «Этика и психология семейной жизни», полуграмотной, но дающей возможности энтузиастам на местах проводить просветительские мероприятия в области интимных и партнерских отношений, то в XXI веке нет ни условий, ни организаций, способных взять на себя подобную работу.

Недавняя кампания по борьбе с педофилией, федеральный и местные законы против пропаганды парафилий, гомосексуализма вместо орудия охраны сексуального здоровья, превратились в ограничитель просвещения подростков и молодежи. Исключая возможность упоминания и разъяснения сути и признаков отклонений от сексуальной нормы, они оставляют подростков в самом ответственном воз-

расте психо-сексуального развития наедине с порнографией и сайтами извращенцев и неграмотных пропагандистов в Интернете.

В этой ситуации полностью прекращены даже единичные лекционные посещения сексологами школ и других учреждений с подростковой аудиторией, а также разработка и внедрение программ полового воспитания как врачами, так и педагогами и психологами. Даже книги по данной тематике стали редкостью, несмотря на существующий на них спрос. За последние 5 лет в России выпущено 6 наименований просветительских книг, отражающих этапность психо-сексуального развития в доступной подросткам и молодежи форме.

Большинство врачей-сексологов, прошедших за последние 5 лет обучение или курсы повышения квалификации на базе отделения сексопатологии МНИИ психиатрии, выразили полную готовность к лекционной и просветительской работе на местах. Однако, все они ссылаются на уже имеющийся или предполагаемый негативный опыт при взаимодействии с органами образования, директорами школ, колледжей и других учебных заведений, родителями учащихся, которые хотели бы посетить подобное мероприятие.

Таким образом, прямой перенос достижений современной сексологии затруднен в связи с препонами в виде как общественного мнения, так и официальной позиции государства. При этом растет обращаемость мужчин, страдающих синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи и женщин, страдающих первичной коитальной аноргазмией, связанными с сексологической неграмотностью, преувеличенными запросами или недооценкой своей половой функции.

Таким образом, проблема просвещения в области интимных отношений не только не смягчается, но и становится все более актуальной. Для ее решения необходимы сочетанные действия, включающие в себя как медицинские, так и организационные решения со стороны соответствующих органов. Согласование подобных мероприятий ведется очень медленно, встречает пассивное сопротивление. Быстрейшее принятие соответствующих постановлений станет основой для упорядоченного и положительно-просветительского воздействия на молодежь в области, волнующей аудиторию в силу возраста.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СНИЖЕНИЯ ЛИБИДО В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ЖЕНЩИН

Дерябина С.В.

Ульяновск, Ульяновский государственный университет

Актуальность. В климактерическом периоде у 40–60% женщин наблюдается нарушение либидо:

снижение или короткие эпизоды чрезмерного, трудно контролируемого сексуального влечения на фоне психоэмоциональных нарушений различной степени тяжести. Однако в подавляющем большинстве случаев пациентки обращаются за помощью к гинекологам, эндокринологам и избегают обращения к врачу-психиатру, психотерапевту, сексологу (часто не имея такой возможности в силу отсутствия специалиста). Недополучение необходимой им психотерапии приводит к усугублению психических и сексологических проблем пациентки, затяжному течению расстройств и снижению социальной, семейной и трудовой адаптации.

Цель: разработка патогенетически обоснованной психотерапии снижения либидо в климактерическом периоде у женщин.

Задачи:

- изучение влияния психоэмоциональных нарушений в климактерическом периоде на снижение либидо у женщин;
- выявление «мишеней» психотерапии и определение групп препаратов, необходимых в коррекции психоэмоционального компонента снижения либидо в климактерическом периоде.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 30 женщин пременопаузального периода, протекающего с патологическим климактерическим синдромом (сочетание вазомоторных и психоэмоциональных нарушений) и контрольная группа – 30 женщин того же периода с типичной формой климактерического синдрома (предъявляли жалобы только на вазомоторные нарушения). Использовался метод клинического интервью, опросник Гамильтона (шкала тревоги и депрессии).

Результаты и их обсуждение. Гармонально обусловленный климактерический период является сильным эндогенным стрессовым фактором. Особенно ярко это выражено при патологическом течении климактерического синдрома, клиника которого подобно синдрому психической дезадаптации. И в том, и в другом случае в основе лежат изменения гипоталамуса – центра нейрогуморальной регуляции – центрального звена адаптационной системы организма и лимбико-ретикулярного комплекса, ответственного за психоэмоциональные и мотивационные реакции. При вовлечении в патологический процесс различных отделов гипоталамуса значительно изменяются гомеостатические возможности организма и возникают разнонаправленные сдвиги вегетативных и психоэмоциональных показателей, что сопровождается изменением, в том числе, сексуального функционирования женщины.

В основной группе преобладали жалобы на раздражительность, сонливость, беспокойство, тревогу, снижение настроения вплоть до депрессии, рассеянность внимания, снижение памяти, обидчивость, мнительность, подозрительность, упадок сил, чувство постоянной слабости. Из 30 женщин

в данной группе 21 (70%) предъявляли жалобы на снижение либидо вплоть до полного отсутствия полового влечения или отвращения к интимной близости. Данная жалоба чаще трактовалась пациентками, как признак «старения», необратимости и фатальности происходящих процессов, драматизировалась и дополнительно усугубляла имеющуюся тревожно-депрессивную симптоматику.

Но нозологии пациентки распределялись следующим образом:

- органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство с тревожно-депрессивным синдромом – 4 (13,3%);
- неврастения с вегето-астеническим и тревожно-депрессивным компонентом – 8 (26,6%);
- соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – 9 (30%);
- соматоформное ипохондрическое расстройство с сенестопатическими и депрессивными симптомами – 6 (20%);
- депрессивный эпизод легкой или средней степени с соматическими симптомами – 3 (10%).

В контрольной группе, не предъявлявшей жалоб на эмоциональные или когнитивные нарушения, снижение либидо отметили 11 женщин (36,6%). Снижение либидо воспринимали как закономерное снижение интереса к мужу, с которым прожили много лет (от 12 до 27) и не воспринимали этот симптом как болезненный признак.

В психотерапии использовалось комплексное курсовое (2 раза в год) применение ноотропных препаратов с нейропротективным действием (Кортексин 10 мг в/м №10, 10 дней перерыв, 10 дней - повтор), метаболических веществ (Нейрокс 2,0 в/м №10-20),

- антидепрессанты (ингибиторов реаптейка серотонина, норадреналина (таб. Эсциталопрам 20-30 мг в сутки, Флувоксамин 50-150 мг в сутки, таб. Пароксетин 10-30 мг в сутки, капс. Флуоксетин 10-60 мг в сутки), капс. Венлафаксин 75-150 мг в сутки);
- «малые» нейролептические препараты, в том числе с вегетостабилизирующей активностью: Тералиджен 2,5-15 мг в сутки, Эглонил 50-200 мг в сутки, Сонапакс 10-25 мг в сутки;
- транквилизаторы с вегетостабилизирующей активностью: (таб. Атаракс 12,5- 50 мг в сутки, таб. Грандаксин 25-150 мг в сутки).

Показаны практически все современные виды психотерапевтического воздействия, Нами применялись преимущественно техники телесно ориентированной психотерапии, арттерапии, психоанализа и эриксоновский гипноз.

Длительность курса лечения – 50-180 дней.

В ходе комплексной психотерапии и психотерапии пациенток основной группы удалось купировать или нивелировать тревожно-депрессивные, астеновегетативные жалобы и улучшить

когнитивные функции, что значительно улучшило общее состояние пациенток и снизило выраженность проявлений климактерического синдрома. После прохождения лечения жалобы на снижение полового влечения к партнеру предъявляли только 14 женщин (46,6%), остальные отметили улучшение семейно-сексуальных взаимоотношений, в том числе – повышение либидо.

Выводы: таким образом, особенности психоэмоционального состояния женщин климактерического периода достоверно влияют на функционирование сексуальной сферы. Патогенетическая терапия снижения либидо в климактерическом периоде должна включать комплексную психофармакотерапию и психотерапию.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Ягубов М.И., Косторная А.А.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава России

Проблема сексуальных нарушений у лиц с хроническим алкоголизмом сохраняет свою актуальность в связи с ее высокой социально-медицинской значимостью. Частота встречаемости этих расстройств, по разным данным, от 3,9 % до 83%. Хроническая алкогольная интоксикация способствует возникновению расстройств в половой сфере, а неблагополучие в интимных отношениях может провоцировать возобновление злоупотребления спиртными напитками.

Цель исследования: изучение клинических особенностей сексуальных расстройств у больных алкоголизмом II стадии.

Материалы и методы: было обследовано 90 мужчин в возрасте от 18 до 55 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости Московского НИИ

Психиатрии. Использовались клиничко-психопатологический, клиничко-сексологический метод, с применением аризонской шкалы сексуальной функции – ASEX, шкалы векторного определения половой конституции мужчин. Проводился биохимический анализ крови, определялся уровень ЛГ и тестостерона.

Результаты и их обсуждение. в результате комплексного исследования были выделены 2 группы больных. В первую группу (больные с сексуальными дисфункциями в период ремиссии) вошли 58 человек (64%), в возрасте 41 ± 8 лет. В период ремиссии алкоголизма (балл по шкале ASEX - $20,4 \pm 3,5$) сексуальные расстройства у них проявились в 60,3% случаев снижением полового влечения, в 33% нарушением эрекции, а в 10% ускоренным семяизвержением, наблюдающиеся с начала половой жизни. Вторую группу составили 32 пациента (36%) в возрасте 36 ± 9 лет без сексуальных нарушений во время ремиссии ($13,0 \pm 2,7$ балла по шкале ASEX).

В период употребления алкоголя, а также период существования ААС интимные отношения отсутствовали в обеих группах. Длительность периода употребления спиртных напитков была различной. Во 2-ой группе (без сексуальных нарушений) наблюдались короткие псевдозапой (62,5%), не превышающие 4 – 7 дней, а в 1-ой - многодневное смешанное (39,7%) и постоянное (29,3%) пьянство, приводящее к дезадаптации половой жизни.

В период после редукции ААС половая жизнь постепенно восстанавливается в группе 2, практически достигает уровня нормы (балл по ASEX шкале - $17 \pm 4,9$), а в группе с выявленными половыми расстройствами сохраняется дезадаптация в сексуальной сфере.

Выводы: анализ полученных данных показал, что на формирование сексуальных нарушений при алкоголизме влияют длительность заболевания, формы употребления спиртных напитков, длительность ремиссий и развиваются они у личностей со склонностью к «Эзотерическим тенденциям», «Шизоидии» со слабой половой конституцией и неблагоприятной партнерской ситуацией.

**ПРЕДМЕТ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ
И ЭКСПЕРТНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ:
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО
ЭКСПЕРТА В СВЕТЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ
РЕФОРМ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Ткаченко А.А.

Москва

Основной предмет судебно-психиатрической экспертизы – юридически релевантные психические расстройства – диктует компетенции судебно-психиатрического эксперта, включающие теорию и методологию общей экспертологии, специфику предметных видов психиатрических экспертиз в уголовном и гражданском процессах, методы экспертного исследования, организационно-правовые и этические основы производства экспертиз и т.д.

Поручение Президента РФ от 03.02.2012 № Пр-267 предусматривает подготовку предложений о внесении в законодательство Российской Федерации изменений, «устанавливающих профессиональные и квалификационные требования к лицам, осуществляющим производство судебной экспертизы вне государственных судебно-экспертных учреждений, а также меры государственного контроля (надзора) за деятельностью указанных лиц». Законодательная реализация данного поручения подразумевает вступление в силу в ближайшее время новой редакции ФЗ «Об экспертной деятельности в РФ».

Проект данного закона устанавливает обязательное прохождение каждые пять лет сертификации компетентности судебного эксперта, т.е. «установления соответствия компетентности лица требованиям, предъявляемым при проведении определенного вида судебно-экспертных исследований, и определения уровня его квалификации для осуществления надлежащим образом конкретных действий при производстве судебной экспертизы». Это подразумевает создание федеральными органами исполнительной власти экспертно-квалификационных комиссий, а также разработку порядка проведения сертификации, причем порядок сертификации негосударственных экспертов устанавливается Правительством РФ.

Предполагаемая в будущем разработка ФЗ «О судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизе в РФ» должна учитывать возможность создания экспертно-квалификационных комиссий для сертификации психиатров и медицинских психологов, участвующих в судебно-экспертной деятельности, Российским обществом психиатров.

**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СУДЕБНО-
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Букреева Н.Д., Кормачева Е.А., Кутуева Р.В.

Москва, ФГБУ ГНЦССП им. В.П. Сербского

Основной задачей судебно-психиатрической экспертной службы является обеспечение потребности органов предварительного расследования и судов в производстве амбулаторных и стационарных судебно-психиатрических экспертиз (далее – СПЭ).

Под управлением качества судебно-психиатрической экспертной деятельности подразумевается создание условий для проведения полноценного экспертного исследования для вынесения достоверного и объективного заключения. Одним из таких условий является ее подчинение к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения (поручение Правительства РФ от 22.02.2012 № ВП-П4-1006) (далее – «федерализация»).

Выполнение этого поручения в отношении судебно-психиатрических экспертных подразделений психиатрических учреждений сложный и неоднозначный процесс. Отделения СПЭ являются структурными подразделениями, они, соответственно, не имеют собственной материально-технической и диагностической базы, достаточного кадрового обеспечения, а также для них не предусматривается отдельной сметы расходов, нуждается в разработке и методология осуществления «федерализации» таких подразделений.

Для выполнения указанного Поручения Президента возникла необходимость в проведении исследования состояния материально-технической и диагностической базы отделений судебно-психиатрической экспертизы (далее – СПЭ), их кадрового обеспечения и объемов финансирования.

Цель исследования: разработка оптимальных моделей судебно-психиатрических экспертных учреждений (далее – СПЭУ) и расчет необходимых финансовых затрат на организацию деятельности СПЭУ субъектов РФ в рамках «федерализации».

Задачи исследования:

- Анализ данных государственной статистической отчетности (ф. №38) о судебно-психиатрической экспертной деятельности психиатрических учреждений субъектов Российской Федерации;
- Определение финансовых затрат на производство амбулаторных и стационарных
- Предварительный расчет величины финансовых затрат на производство СПЭ (по данным 2012 г.);
- Сбор информации о фактическом состоянии структуры и мощностей существующих отделений СПЭ субъектов РФ, их материально-технического оснащения и величины фактических финансовых затрат на производство СПЭ и ее анализ.

- Разработка оптимальных моделей СПЭУ и расчет необходимых финансовых затрат на организацию деятельности СПЭУ субъектов РФ в рамках федерализации.

Для выполнения поставленных задач была разработана и разослана карта исследования. Предусмотрено два этапа его проведения.

Материалы и методы. данные государственной статистической отчетности (ф. 38) психиатрических учреждений субъектов РФ, данные, полученные в результате заполнения карт исследования психиатрическими учреждениями субъектов РФ. Используются статистический и клинично-экономический методы.

Результаты исследования (первый этап исследования):

1. Анализ данных государственной статистической отчетности (ф. №38):

Отсутствие решения вопроса об охране стационарных отделений СПЭ для лиц, содержащихся под стражей, привел к закрытию нескольких из них, в частности 2012 г. – 4 отделений.

Анализ использования коечного фонда стационарных судебно-психиатрических экспертных отделений психиатрических учреждений субъектов РФ свидетельствует о существующем дисбалансе: в большинстве из них коечная мощность стационарных отделений СПЭ для лиц, не содержащихся под стражей, чрезмерна, о чем свидетельствуют низкие показатели среднего числа дней работы койки в году.

2. Предварительный расчет величины финансовых затрат на производство СПЭ (по данным 2012 г.):

- на 31.12.2011 г. в Российской Федерации было проведено 189412 судебно-психиатрических экспертиз. Из них:

- 164340 амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз (далее – АСПЭ) живых лиц (86,8% от общего числа СПЭ), в зале суда – 55 (0,03%), посмертных – 3181 (1,68%), заочных – 5009 (2,6%);

- в стационарных условиях: освидетельствовано 16915 человек.

При расчете финансовых затрат на производство указанных видов СПЭ учитывались следующие параметры:

- за стоимость 1 АСПЭ была принята стоимость АСПЭ в ФБГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», которая составляла на 31. 12.2012 г. -22639,66 руб.

- за стоимость 1 к/дня стационарной СПЭ (без затрат на содержание охраны) была принята стоимость 1 к/дня стационарной СПЭ в ФБГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского», на 31.12.2012 г. она составляла 6776,95 руб. При производстве расчетов учитывалось не количество стационарных СПЭ, а число использованных.

- Средний койко-день, в соответствии с действующим законодательством был принят равным 30 дням.

Финансовые затраты:

- на производство амбулаторных СПЭ=3 907 266 721,1 руб.,

- на производство стационарных СПЭ=3 438 963 277,5,

Общие затраты на производство судебно-психиатрических экспертиз=7,5 млрд. рублей.

3. Сбор информации о фактическом состоянии структуры и мощностей существующих отделений СПЭ субъектов РФ, их материально-технического оснащения и величины фактических финансовых затрат на производство СПЭ:

В результате сплошного исследования с использованием разработанной анкеты (карты исследования), включающей параметры, характеризующие состояние материально-технической базы судебно-психиатрических экспертных отделений психиатрических учреждений и затрат на производство СПЭ в них была получена информация от 72 субъектов РФ, 11 субъектов информацию не представили. Анализ полученных данных позволил определить среднюю стоимость СПЭ по видам:

- средняя стоимость АСПЭ – 3 870,4 руб.

- средняя стоимость стационарных СПЭ:

- для лиц, содержащихся под стражей, – 50-60 тыс. руб.

- для лиц, не содержащихся под стражей, - 60-70 тыс. руб.

- Республика Татарстан, Ярославская, Московская, Рязанская, Белгородская, Калининградская области, г. Санкт-Петербург – от 83 тыс. руб. до 130 тыс. руб.

Присланная информация о финансовых затратах в ряде случаев не соответствует реальным затратам:

- Занижена стоимость СПЭ в результате того, что в ряде учреждений при указании фонда оплаты труда (далее – ФОТ) в прямых расходах были приведены только должностные оклады исполнителей без соответствующих компенсирующих и стимулирующих надбавок, не были указаны косвенные расходы.

- Завышена стоимость СПЭ в результате того, что в косвенных затратах был приведен ФОТ всего персонала больницы.

4. Разработка оптимальных моделей СПЭУ и расчет необходимых финансовых затрат на организацию деятельности СПЭУ субъектов РФ в рамках федерализации будет проведена на втором этапе исследования. При этом:

- все расчеты будут произведены на основе существующих нормативных документов (в связи с этим нам так необходим утвержденный Порядок проведения судебно-психиатрических экспертиз).

- при расчете кадровой обеспеченности будут использованы новые нормативы судебно-психиатрических экспертных отделений, заложенные в проекте Порядка проведения судебно-психиатрических экспертиз (в настоящее время находится в Минздраве России на утверждении):

- при расчете заработной платы будут использованы данные основании средней заработной платы по субъекту РФ;

- при определении оснащенности оборудованием будут использованы:

- для более мощных СПЭУ - стандарты оснащения (проект Порядка),

- для амбулаторных и с малой коечной мощностью – предусмотрены необходимые диагностические медицинские услуги, выполняемые на договорной основе в других медицинских организациях.

На основании данных, полученных в процессе выполнения первого этапа исследования разработаны «дорожные карты» 72 субъектов Российской Федерации.

ОЦЕНКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Голланд В.Б., Макушкина О.А.,
Яхимович Л.А.**

Москва, ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Профилактика общественно опасных действий (ООД) путем своевременного выявления потенциально опасных психически больных, а также обеспечение доступности и качества медикаментозной, психолого-психотерапевтической, социальной помощи, в том числе после проведенного принудительного лечения (ПЛ) в условиях стационара - важная функция внебольничных подразделений психиатрической службы.

Оказание психиатрической помощи больным с повышенным риском совершения ООД регламентировано «Инструкцией об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел РФ по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», утвержденной приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997г. №133/269. Последней предусмотрено выделение из числа психически больных, подлежащих диспансерному наблюдению, категории пациентов, представляющих потенциальную опасность – группы активного диспансерного наблюдения (АДН). Согласно указанной инструкции, АДН подлежат лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися

болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а равно больные, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ).

Практический опыт показывает, что четкое соблюдение при назначении и отмене АДН указанных в Инструкции клинических и социальных критериев, правильная организация наблюдения и лечения при условии согласованной деятельности всех звеньев психиатрической службы являются действенными мерами профилактики ООД лиц с психическими расстройствами. Показатели, характеризующие организацию АДН в той или иной территории, относятся к числу важных критериев оценки качества работы участковых психиатров.

Согласно данным, полученным из отчетов психиатрических учреждений, в 2012 г. в целом по России под АДН состояли 50 997 больных (36,3 на 100 тыс. населения), что составляло 3,2% от общего числа лиц с психическими расстройствами, находившихся под диспансерным наблюдением.

Среди всех пациентов с риском общественно опасного поведения, находящихся под АДН, выделяют две основные подгруппы. Одну из них (подгруппу вторичной профилактики) составляют больные, совершившие в течение жизни ООД, в 2012г. их было 39 302 человек (77,1% в группе АДН). Данная подгруппа состоит в основном из пациентов, в отношении которых АДН установлено после отмены ПЛ в психиатрическом стационаре или совершивших преступление до начала заболевания.

Вторая подгруппа включает больных, не совершивших ООД, но представляющих потенциальную опасность в силу наличия у них психопатологических симптомов, обуславливающих склонность к общественно опасному поведению (подгруппа первичной профилактики). Ее численность в 2012 г. в РФ составляла 11 695 человек (22,9% в группе АДН). Эти данные отражают степень активности участковых психиатров по выявлению потенциально опасных больных. Оптимальной представляется доля подгруппы первичной профилактики - не менее 25% в структуре группы АДН.

В 2012 г., по сравнению с предыдущим годом, удельный вес больных в этой подгруппе несколько увеличился (с 22,4% до 22,9%). За пятилетний период динамика указанного показателя была более значительной - с 18,2% в 2008 г. до 22,9% в 2012 г., что является положительной тенденцией. Однако внебольничные подразделения психиатрической службы в ряде территорий пока еще не вполне удовлетворительно выполняют функцию предупреждения первичных деликтов, совершаемых психически больными. Так, в 2012 г. в 26 субъектах РФ удельный вес таких больных не превышал 8%, в т.ч. в 4 из них в подгруппе первичной профилактики не было ни одного пациента (Республики Адыгея, Тыва, Саха (Якутия) и Калининградская область).

В указанных случаях необходим более профессиональный подход к определению потенциальной общественной опасности больных и проведению их дифференцированной курации, обеспечение исполнения требований приказа МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997г. №133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами».

Значимым разделом работы участковых психиатров по профилактике общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами, является также исполнение АПНЛ. В 2012 г. на АПНЛ находилось 7 624 больных, что на 2,2% больше аналогичного показателя 2011 г. За пятилетний период (2008-2012 гг.) произошло значительное (с 25,3% до 32,0%) увеличение удельного веса АПНЛ в структуре принудительных мер медицинского характера. Его рост был обусловлен как увеличением числа решений судебно-психиатрических экспертных комиссий о применении АПНЛ в качестве первичной принудительной меры медицинского характера, так и более частым, нежели в прошлые годы, направлением на АПНЛ после ПЛ в стационаре. Из приведённых сведений следует, что этот вид ПЛ занимает всё более важное место в деятельности медицинских служб, осуществляющих профилактику ООД психически больных.

Длительность АПНЛ в 2012 г. в среднем по стране составляла 569,5 дней, что несколько меньше, чем в 2011г. (589,7 дней) со значительными территориальными различиями данного показателя. Наиболее длительно больные находились на АПНЛ в Республиках Карачаево-Черкесской (1259,1), Тыва (3984,0), Белгородской (1052,7), Ленинградской (3107,1), Магаданской (1137,0), Пензенской (1122,0) и Саратовской (2044,4) областях. В то же время в ряде территорий число дней нахождения на АПНЛ не превышало 6 месяцев (Республика Дагестан (153,2), Белгородская (123,0) и Сахалинская (92,8) области).

Целесообразно, чтобы длительность исполнения ПЛ определялась эффективностью проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, достижением редукции общественной опасности больного, применялись адекватные клинические критерии отмены АПНЛ, осуществлялся ведомственный контроль качества исполнения ПЛ, что исключит возможность столь выраженных территориальных диспропорций показателей.

Новое ООД в течение 2012 г. совершили 434 пациента, или 4,4% от среднегодового числа больных, находившихся на АПНЛ, что значительно меньше, чем в 2008 г. (766 больных - 8,2%). Такая динамика свидетельствует о повышении эффективности проводимых участковыми психиатрами лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику общественно опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами.

Таким образом, как показали результаты проведенного анализа, при наличии достигнутых определённых успехов в организации АДН, исполнении АПНЛ внебольничными подразделениями психиатрической службы, данная работа нуждается в постоянном контроле и мониторинге ее эффективности со стороны главных врачей, главных психиатров субъектов РФ. Одной из составляющих повышения качества профилактики ООД может являться организация в крупных психоневрологических диспансерах и больницах кабинетов АДН, врачи которых будут осуществлять наблюдение за всеми больными, включёнными в группу АДН, а также находящихся на АПНЛ.

ВЫДЕЛЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ДЕЕСПОСОБНОСТИ

Зейгер М.В., Шейфер М.С., Романов Д.В.

Самара, Самарский Государственный Медицинский Университет

Проблема экспертизы дееспособности лиц, страдающих психическими расстройствами, в последние годы приобрела особую актуальность. В частности, значимость вопроса о «полноте меры» способности понимать характер и значение своих действий и руководить ими отражена в Постановлении Европейского Суда по правам человека от 27 марта 2008 г. («Штукатуров против России») и в Постановлении Конституционного Суда РФ от 27 июня 2012 г. (жалоба гр. Деловой). В обоих случаях речь идет о соответствии законоположений, на основании которых были вынесены решения о признании указанных лиц недееспособными и тем самым ограничены их гражданские права, положениям, зафиксированным в Конституции РФ. Конституционный Суд РФ постановил признать взаимосвязанные положения пунктов 1 и 2 ст.29, пункта 2 ст.31 и ст.32 ГК РФ не соответствующими Конституции РФ (статьям 15 ч.4, 19 ч.1 и 2, 23 ч.1, 35 ч.2 и 55 ч.3) постольку, поскольку в действующей системе гражданско-правового регулирования не предусматривается возможность дифференциации гражданско-правовых последствий наличия у гражданина нарушений психических функций при решении вопроса о признании его недееспособным, соразмерных степени фактического снижения способности понимать значение своих действий или руководить ими (п.2).

Вопрос об ограничении (не полном лишении, но ограничении) дееспособности субъектов, страдающих психическими расстройствами, в последнее время ставится и самими заявителями – родственниками психически больных. Так, в экспертной практике ГБУЗ СПб, начиная с 2008 г., встречаются

заявления родственников психически больных лиц, суть которых выражается в просьбе рассмотреть вопрос о частичном ограничении дееспособности пациента. В судебно-экспертной практике ГБУЗ СПб начиная с 2004г. предпринимались неоднократные попытки применения дифференцированного подхода к решению вопроса о дееспособности психически больных лиц. В обязательный перечень методов обследования подэкспертных, наряду с клинико-психопатологическим, анамнестическим и инструментальными методами исследования, входило и экспериментально-психологическое исследование особенностей познавательной и эмоционально-волевой сфер индивида. Оно осуществлялось с помощью батареи методик исследования когнитивных функций, специализированной методики исследования уровня социальной адаптации, представляющей собой модификацию теста социального интеллекта Гилфорда, отдельных субтестов методики Векслера.

В указанный период экспертами в инициативном порядке было вынесено 26 решений о неспособности подэкспертных «в полной мере понимать значение своих действий и руководить ими». Основанием для подачи в суд заявлений о признании лиц недееспособными во всех двадцати шести случаях выступало сомнение родственников в способности подэкспертных самостоятельно решать серьезные имущественные вопросы, главным образом – распоряжаться принадлежащей им недвижимостью.

При проведении клинико-психиатрического и клинико-психологического анализа указанных случаев было выявлено, что в 80% случаев у подэкспертных диагностировано органическое заболевание головного мозга различного генеза (сосудистого, травматического, интоксикационного). Общими для всех испытуемых данной группы симптомами были эмоциональная лабильность, сниженный порог эмоционального реагирования, ослабление критичности к собственному состоянию при отсутствии расстройств психотического уровня и грубых нарушений памяти и мышления. При экспериментально-психологическом обследовании у испытуемых выявлялись умеренные нарушения внимания, памяти и мышления по органическому типу со снижением критичности и способности к прогнозу отдаленных последствий собственных поступков на фоне сохранности прогноза ближайших последствий своих действий, а также выраженная эмоциональная неустойчивость с повышенной реактивностью по отношению к аффективно насыщенным внешним стимулам. Практически все испытуемые обнаруживали средний уровень социальной адаптации, свидетельствующий о достаточной ориентировке в стандартных социально-бытовых ситуациях и о существенной недооценке субъектами возможных негативных последствий совершенных ими выборов.

Была прослежена история подэкспертных до стадии судебного решения. Нами установлено, что в 18 случаях подэкспертные были признаны судом недееспособными, в 8 случаях заявления о признании подэкспертных недееспособными были оставлены без удовлетворения. Существующий дихотомический подход к оценке дееспособности в случае установления у индивида психического расстройства с негрубой выраженностью симптомов либо ремитирующим течением болезни, но при наличии определенных когнитивных и эмоционально-волевых изменений, оказывающих существенное влияние на его способность критически оценивать окружающую действительность, учитывать и предвосхищать как позитивные, так и «опасные» нюансы актуальной ситуации, выдерживать принятую линию поведения с учетом средовых воздействий, представляется недостаточным, поскольку в результате его применения лица, страдающие психическими расстройствами, либо тотально ограничиваются в своих правах, либо напротив, не получают от государства адекватной защиты собственных гражданских прав в виде применения соответствующих ограничительных или охранительных мер.

Таким образом, можно говорить о том, что установление градации «степеней дееспособности» лиц с психическими расстройствами является в настоящее время объективной и обоснованной необходимостью. Основными критериями такой градации, наряду с характером и выраженностью психопатологической симптоматики, на наш взгляд, могут выступать: 1) уровень критической оценки – как собственной личности, так и актуальной ситуации, 2) состояние способности индивида к прогнозу отдаленных последствий собственных действий с учетом вероятных негативных сторон принятого решения и проработкой возможных путей нейтрализации этих негативных сторон, 3) состояние мотивационной и эмоционально-волевой сфер субъекта; при этом главное значение имеют ведущие ситуационные мотивы, направляющие выбор деятельности, устойчивость к фрустрирующим воздействиям и способность к последовательной и планомерной реализации принятого решения.

ПРИНЦИПЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕННОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ

Корзун Д.Н., Ткаченко А.А.

Москва, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздрава России

На сегодняшний день одной из наиболее актуальных задач является разработка подходов к экспертной оценке правовой категории ограниченной дееспособности вследствие психического рас-

стройства, которая начнет применяться с 2015 г. По замыслу законодателя, гражданин, ограниченный судом в дееспособности вследствие психического расстройства, может самостоятельно осуществлять лишь мелкие бытовые сделки, однако несет имущественную ответственность по всем заключенным им сделкам. Правовая категория ограниченной дееспособности предполагает неспособность самостоятельно принимать юридически значимые решения при сохранной способности исполнять обязательства.

Даже выраженные формы психических расстройств не определяют социальное поведение напрямую, а опосредуются личностью. Вынесение экспертного заключения требует анализа соотношения синдромальных характеристик психического расстройства и личностных образований, регулирующих юридически значимое поведение.

Судебно-психиатрическая экспертная оценка ограниченной дееспособности лиц с психическими расстройствами должна строиться с позиций уровневой регуляции деятельности. Личностно-смысловой уровень ответственен за производство смысловых ориентаций, на целевом уровне осуществляется построение адекватных способов реализации смысловых устремлений. Решение неслучайных задач в ходе совершения мелких бытовых сделок и несение имущественной ответственности в достаточной мере обеспечиваются целевым уровнем регуляции деятельности.

Таким образом, базовым подходом к оценке ограниченной дееспособности лиц с психическими расстройствами является установление сохранности целевого уровня регуляции деятельности при нарушенном личностно-смысловом.

СИСТЕМА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ: ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Макушкина О.А., Булыгина В.Г.

Москва, ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Профилактика общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами – комплексная проблема, решение которой требует учета и анализа различных факторов (клинико-психопатологических, психологических, социальных, судебно-психиатрических, криминологических), взаимодействия различных структур, ведомств и специалистов.

Действующая система судебно-психиатрической профилактики (СПП) представляет собой особый раздел медицинской службы, включающий комплекс неспецифических и специфических форм работы, направленных на выявление лиц, страда-

ющих психическими расстройствами, оказание им квалифицированной специализированной помощи, первичную и вторичную превенцию общественной опасности. В их реализации в той или иной степени задействованы все подразделения психиатрической службы страны как на региональном, так и на федеральном уровнях.

К основным задачам федерального уровня государственной ответственности по профилактике ООД в сфере здравоохранения могут быть отнесены: законодательное регулирование системы СПП, ее методическое обеспечение, контрольно-надзорная функция, а также исполнение принудительных мер медицинского характера (ПММХ) в отношении лиц, представляющих по своему психическому состоянию особую общественную опасность и требующих постоянного интенсивного наблюдения. К региональному уровню ответственности относятся: обеспечение доступности и качества психиатрической помощи, судебно-психиатрической экспертизы, а также исполнение 3 видов ПММХ (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, принудительное лечение (ПЛ) в стационарах общего и специализированного типов).

Пятилетний (2006-2011 гг.) мониторинг эффективности системы судебно-психиатрической профилактики по данным официальной отчетности, наряду с наличием позитивной динамики показателей повторности правонарушений, совершаемых лицами, страдающими психическими расстройствами, свидетельствует о наличии ряда проблем, значимыми среди которых являются:

- снижение активности работы внебольничных подразделений психиатрической службы по первичной профилактике ООД, о чем свидетельствует уменьшение (на 10,8%) показателей первичного выявления лиц, страдающих психическими расстройствами, в том числе больных шизофренией (на 22,8%) и умственной отсталостью (на 25,6%); снижение (на 23,2%) количества недобровольных освидетельствований; сокращение численности групп диспансерного (на 9,3%) и активного диспансерного наблюдения (на 11,5%);
- выраженные территориальные диспропорции показателей, характеризующих систему СПП;
- ограничение доступности ПЛ в стационаре специализированного типа (в 2012 г. стационары специализированного типа отсутствовали в 15 субъектах РФ);
- несоблюдение нормативов площадей палат, ограниченный реабилитационный потенциал стационаров, занятых в процессе исполнения ПММХ;
- проблема соблюдения преемственности между медицинскими подразделениями в системе СПП.

С учетом изложенного, а также с целью восполнения дефицита законодательного регулирования ПММХ, сотрудниками ГНЦ ССП им. В.П. Сербского Минздрава России подготовлены: Проект ФЗ «Об исполнении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных Уголовным кодексом Российской Федерации», Проект Порядка взаимодействия психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением и психиатрических стационаров специализированного типа по профилактике повторных ООД. Проводится мониторинг эффективности работы региональных психиатрических служб по СПП.

Актуальным является повышение регионального уровня ответственности за реализацию комплекса мер по профилактике общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами: обеспечение своевременного выявления пациентов с повышенным риском совершения ООД; применения непринудительных мер медицинского характера (недобровольное психиатрическое освидетельствование, недобровольная госпитализация, диспансерное наблюдение, активное диспансерное наблюдение); доступности и качества ПММХ. Необходимо решение проблемы бесплатного медикаментозного обеспечения больных с риском общественно опасного поведения; организация во всех крупных психоневрологических диспансерах и больницах кабинетов активного диспансерного наблюдения (АДН); открытие общежитий для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи. Актуально увеличение объема реализации программ психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных с риском общественно опасного поведения, широкое применение реабилитационных полипрофессиональных форм помощи, обеспечение преемственности данной работы между стационарными и внебольничными подразделениями службы.

Целесообразно проведение на региональном уровне мониторинга индикаторных показателей, отражающих эффективность работы подразделений психиатрической службы по профилактике ООД психически больных. К таким индикаторам могут быть отнесены: показатели первичного выявления лиц, страдающих психическими расстройствами; число недобровольных освидетельствований и недобровольных госпитализаций; количество ООД, совершаемых психически больными; число пациентов, находящихся под АДН; структура группы АДН; долевые соотношения применяемых ПММХ; длительность пребывания больных на ПЛ; процент охвата полипрофессиональными формами помощи пациентов, представляющих потенциальную общественную опасность; процент повторных ООД; средний интервал между рецидивами ООД.

Анализ данных официальной статистики, характеризующих работу психиатрической служ-

бы страны по профилактике ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, дает представление о силах и средствах, которыми располагают учреждения здравоохранения, занимающиеся СПП, основных направлениях этой деятельности и ее эффективности. Существующая система статистического наблюдения может быть использована для оценки качества мероприятий по первичной профилактике ООД и осуществлению ПММХ на региональном и федеральном уровнях.

ВОПРОСЫ ПРОГНОЗА РИСКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ

Симбирцев А.А., Макушкина О.А.

Москва, ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава России; ГКУЗ Психиатрическая больница № 5 Департамента здравоохранения г. Москвы

Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, и методы ее медицинской профилактики являются одной из актуальных проблем и задач общей и судебной психиатрии (Морозов Г.В., Шостакович Б.В., 1987; Мальцева М.М., Котов В.П., 1995; Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 1999, 2002 и др.). Проведение комплексного анализа клинко-психопатологической характеристики больных, совершивших общественно опасные деяния (ООД), факторов риска их повторения является актуальным с позиций комплексного подхода к предупреждению общественной опасности.

Цель исследования. Совершенствование стационарного принудительного лечения с учетом современных тенденций терапии, оценки клинического патоморфоза и факторов риска совершения повторных ООД лицами, страдающими психическими расстройствами.

Материал и методы. Объектом исследования являлись 98 больных, совершивших ООД, находившихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего и специализированного типов Московской психиатрической больницы № 5, в 1987 г. и 2012 г. Выборку составляли пациенты мужского пола, старше 18 лет, направленные судом на принудительное лечение в психиатрический стационар с различными типами наблюдения на основании заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий о невменяемости и необходимости применения принудительных мер медицинского характера.

Методы исследования: клинко-психопатологический, патопсихологический, катамнестический и клинко-статистический. Для анализа персонографических характеристик была разработана эпидемиологическая карта.

Динамика психического состояния больных в процессе терапии оценивалась путем динамичес-

кого комплексного психолого-психиатрического обследования, с помощью психометрических шкал PANSS и CGI. Полученные результаты составили основу для формирования электронной базы данных с последующей статистической обработкой.

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 (по Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положему, 2009).

Результаты и их обсуждение. Были выделены две основные группы пациентов:

- совершившие повторное ООД (33 чел.);
- совершившие однократное ООД (65 чел.).

Внутри клинических групп определены подгруппы больных с разными психопатологическими механизмами ООД, которые могут являться основой для разработки дифференцированных лечебно-реабилитационных, профилактических программ.

Для изучения влияния выраженности психопатологических симптомов, определяемой по шкалам PANSS и CGI, на повторность совершения ООД был проведен регрессионный анализ, где шкалы были независимой переменной, а попадание в первую или вторую группу – зависимой переменной. Выявлено, что выраженность психопатологических симптомов не увеличивает риск попадания пациента в 1 группу. Как следует из полученных результатов, к психопатологическим факторам риска совершения повторных ООД могут быть отнесены обострения болезненного процесса с актуализацией бредовой и галлюцинаторной симптоматики, явлений психического автоматизма и других симптомов психического уровня, но значительная выраженность указанной психопатологической симптоматики не обуславливала повторность ООД.

Психопатологическими симптомами и синдромами, значимыми в прогностическом плане с позиций оценки риска повторного ООД являлись:

- агрессия по отношению к окружающим людям (вероятность совершения повторного ООД больше в 12 раз);
- расстройства мышления (вероятность совершения повторного ООД больше в 4,3 раза);
- возбуждение (вероятность совершения повторного ООД больше в 2,9 раза);
- галлюцинации (вероятность совершения повторного ООД больше в 2,6 раза);
- эмоциональная отгороженность (вероятность совершения повторного ООД больше в 1,6 раза);
- бред, за исключением бреда преследования (вероятность совершения повторного ООД больше в 1,1 раза).

Наряду с этим, выделены симптомы, снижающие вероятность совершения повторного ООД:

- чувство вины (вероятность совершения повторного ООД меньше в 12,4 раза);

- заторможенность (вероятность совершения повторного ООД меньше в 8,1 раза);
- социальная изоляция (замкнутость, отгороженность от внешнего мира) (вероятность совершения повторного ООД меньше в 7,5 раза);
- агрессия по отношению к себе (вероятность совершения повторного ООД меньше в 5,3 раза);
- бредовые идеи преследования (вероятность совершения повторного ООД меньше в 5,2 раза);
- агрессия по отношению к окружающим предметам (вероятность совершения повторного ООД меньше в 4,4 раза).

Проведён анализ различий в психопатологических механизмах совершения повторного ООД в разные периоды (1987 г. и 2012 г.). Статистическая обработка проводилась по следующим группам симптомов: продуктивные симптомы; негативные симптомы; другие общие психопатологические симптомы; агрессия.

Предварительно установлено, что в 2012 г., по сравнению с 1987 г., наблюдалось снижение количества негативных симптомов ($t=3,65$ при $p<0,05$), уровень открытой агрессии не имел существенных различий ($t=1,2439$ при $p<0,05$), по общим психопатологическим симптомам имело место снижение их количества ($t=3,98$ при $p<0,05$), уровень продуктивных симптомов значительно уменьшился ($t=6,21$ при $p<0,05$) от прошлого к настоящему периоду.

Выводы. Неблагоприятными прогностическими симптомами для совершения повторного ООД могут являться: расстройства мышления, возбуждение, агрессия по отношению к окружающим людям, эмоциональная отгороженность, бред, галлюцинации. Важными симптомами для определения риска повторного ООД также являются: агрессия по отношению к себе и окружающим предметам, социальная изоляция (отгороженность от внешнего мира), бредовые идеи преследования, заторможенность, чувство вины. В последних наблюдениях риск общественной опасности в отношении окружающих менее выражен. Результаты исследования будут уточнены при количественном увеличении выборки.

КСПЭ ПО СУДЕБНЫМ СПОРАМ МЕЖДУ РОДИТЕЛЯМИ О МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ РЕБЕНКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Анцыферова О.А., Мокшанова С.В.

Пенза, ГБУЗ ОПБ им. К.Р. Евграфова

За последние годы все больше детей становятся объектом судебных споров между родителями, не пришедшими к соглашению по вопросу определения места жительства детей и их воспита-

ния. Дети в этой ситуации, в силу естественной возрастной зависимости от родителей, личностной и эмоциональной незрелости, оказываются наиболее уязвимыми. В ситуации развода наличие конфликта между родителями является нормой (Kelly, Emery, 2003). В большинстве семей после развода родители справляются со своими переживаниями и, исходя из интересов ребенка, приходят к соглашению о порядке участия каждого из родителей в воспитании ребенка. В то же время, согласно литературным данным, существует определенный процент семей (8–12%), в которых через 2–3 года после развода уровень конфликта между родителями остается высоким, и родители не могут прийти к соглашению о порядке воспитания детей. Наиболее характерной для этой группы родителей является неспособность сфокусироваться на нуждах детей и отстраниться от своих собственных проблем, а также неспособность защитить ребенка от собственного эмоционального недовольства, злости или от участия в родительских конфликтах (Johnston, Roseby, 1997). Родители вынужденно обращаются в суд с целью определения места жительства ребенка. Суд, с целью решения стоящих перед ним вопросов, во многих случаях назначает экспертизу. Начиная с 2008 года этот достаточно сложный вид комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ) проводится в Областной психиатрической больнице им. К.Р. Евграфова на базе отделения амбулаторных СПЭ. Практически во всех случаях проведения подобных экспертиз тип взаимоотношений между родителями ребенка является высококонфликтным. Рассмотрим одну из подобных экспертиз. Отец ребенка обратился в суд с просьбой определить место проживания сына с ним, мотивировав это тем, что между матерью ребенка и бабушкой регулярно происходили конфликты. Кроме того, ответчица упорно препятствовала общению отца с сыном и, по словам истца, настраивала сына против него. Судом по настоящему делу была назначена амбулаторная КСППЭ. Экспертами было проведено психолого-психиатрическое освидетельствование всех членов бывшей семьи. У отца психических расстройств выявлено не было. Не было выявлено у него и каких-либо индивидуально-психологических особенностей, которые являлись бы противопоказанием для общения с сыном и его воспитания. Обследование матери выявило конституциональное нарушение тенденций характера и поведения, которое трактовалось в рамках смешанного развития личности (шифр по МКБ-10 F 61.03). В структуре указанного расстройства доминировали истерические и эмоционально-неустойчивые черты. При проведении экспертизы подэкспертная в беседе была активна, стенична в отстаивании своей точки зрения. Жалоб на здоровье не предъявляла. Анамнестические сведения сообщала последовательно, но постоянно соскальзывала на конфликтные отно-

шения с матерью. Мать обвиняла в деспотизме, во всех своих неудачах, начиная с детского возраста. О конфликтных отношениях с матерью говорила крайне обстоятельно, с аффективной заряженностью. Не отрицала, что настраивает ребенка против бабушки. Несмотря на то, что дважды была осуждена мировым судом за нанесение побоев матери, правонарушения в своих действиях не видела, заявляя, что мать сама её провоцирует. При экспериментальном исследовании было выявлено, что мышление у подэкспертной ригидное, со склонностью к детализации и застреванию на отрицательно окрашенных переживаниях. Свои суждения она считала единственно верными, какой-либо коррекции они не поддавались, альтернативное мнение вызывало протестную реакцию. Эмоциональные реакции были с выраженным демонстративным компонентом, имели внешнеобвиняющую направленность. Отмечался высокий уровень притязаний и высокая самооценка. Не отрицала, что настраивает ребенка против отца, при этом была уверена, что просто говорит ему правду. Не считала психотравмой и участие ребенка в конфликтах с её матерью. Своей вины в имеющейся судебной тяжбе не видела. В ходе экспертизы обследован был также и ребенок, которому на тот момент было пять с половиной лет. Беседовал он охотно, но при этом держался серьезно, по-взрослому. Мальчик знал, куда и с какой целью он пришел: «Пришел в больницу, чтобы узнать, с кем жить». При экспериментально-психологическом обследовании был выявлен соответствующий возрастным нормам интеллектуальный уровень. Отмечались лишь такие особенности внимания как его неустойчивость, несколько суженный объем, ослабленная концентрация и переключаемость. При исследовании индивидуально-психологических особенностей выявлялись такие черты как активность, общительность, естественная возрастная эмоциональная незрелость, избирательная внушаемость. При расспросе мальчика о взаимоотношениях с отцом и другими родственниками отмечались активные негативно окрашенные высказывания в их адрес. Попытки экспертов разубедить мальчика успеха не имели. Отношение к матери позитивно окрашено. Мать в исследуемый период времени являлась для мальчика значимым лицом, что показали и выполненные ребенком в ходе обследования проективные методики «Моя семья» и Рене Жиля.

На основании проведенного обследования комиссия пришла к заключению: у подэкспертного имеется расстройство поведения, ограничивающееся рамками семьи (шифр по МКБ-X F91.0), о чем свидетельствовали негативные высказывания в адрес отца, индуцированные матерью, носящие заученный стереотипный характер, негативное отношение к бабушке, носящее характер индуцированного бредообразования (бабушка «дает отравленную еду»); вместе с тем, поведенческие

реакции ограничивались взаимоотношениями с самыми близкими родственниками, отсутствовали расстройства поведения за пределами семейной обстановки; социальные взаимоотношения ребенка вне семьи – в пределах нормы. Уровень психического развития подэкспертного соответствует нормам его возрастного периода. Негативно окрашенные высказывания мальчика в адрес отца обусловлены возрастной несамостоятельностью суждений ребенка, зависимостью его высказываний от мнения значимых близких (в данном случае матери), Комиссия также пришла к выводу, что существующие между матерью мальчика и его бабушкой конфликтные взаимоотношения, постоянные ссоры и скандалы между ними, выяснение отношений и негативные отзывы, как друг о друге, так и об отце мальчика в присутствии ребенка, оказывают отрицательное влияние на психоэмоциональное состояние ребенка и провоцируют возникновение у него психогенных расстройств.

Как стало известно позже, суд, с использованием данных экспертизы, определил место жительства ребенка с отцом, а матери были выделены определенные дни для общения с ребенком.

Однако на этом история не заканчивается. Через 1,5 года возникло новое гражданское дело. Отец вновь обратился в суд. На этот раз с целью ограничения общения ребенка с матерью, которая продолжала даже в те короткие периоды общения

с ребенком, которые у нее были, настраивать сына против отца. Отец высказывал желание, чтобы общение матери с ребенком происходило в присутствии третьих лиц. Экспертиза по постановлению суда была проведена. Выводы экспертов остались в целом прежними. Ребенку на момент повторной экспертизы было уже 7 лет. Он с удовольствием и даже с каким-то азартом критиковал отца и рассказывал о негативных событиях, с ним связанных. При этом каждый раз, отвечая на вопрос экспертов, откуда он это знает, говорил: «Так сказала мама». Из последующего экспертного обследования матери стало понятным, что негативные высказывания ребенка в адрес отца полностью соответствуют тем высказываниям и обвинениям, которые предъявляет к отцу ребенка сама подэкспертная. При этом свою вину в том, что ребенок полностью осведомлен о негативных взаимоотношениях матери и отца отрицала. Отрицала и тот факт, что настраивает сына против отца. Однако испытываемая не скрывала, что с нетерпением ждет того времени, когда ребенок сможет сам выбирать свое место жительства. Она уверена, что сын выскажет желание проживать вместе с матерью. В ходе экспертизы становится понятным, что сам стиль общения подэкспертной с сыном направлен на формирование этого решения. Испытываемая в своих суждениях и планах не отводит родному отцу ребенка никакой роли в воспитании сына,

ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА СО СМИ КАК ОПТИМИЗАЦИЯ ПОЛИМОДАЛЬНОГО ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПОДХОДА

Зиньковский А.К.

Тверь, ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

Одной из важнейших задач РОП является участие в формировании гражданского общества в РФ, способного содействовать укреплению психического здоровья ее граждан. Последние годы члены РОП активно привлекают различные СМИ (прессу, ТВ, радио) для создания новой информационно-психологической ориентации, призванной более оптимально решать проблемы психического здоровья граждан. Тверская общественная организация «Общество психиатров Тверской области» РОП, после своей юридической регистрации в феврале 2013 года заключила договор с еженедельником «Тверская газета» о периодическом выпуске на ее страницах приложения под названием «Логос и Психея». Необходимо отметить, что данная инициатива была поддержана Фондом социальной помощи малоимущим «Сердце матери», Тверской врачебной палатой, тверским отделением Международной академии психологических наук, тверской региональной общественной организацией «Центр содействия гражданским инициативам».

Целью сотрудничества со СМИ является совершенствование психообразовательной работы с населением г. Твери и Тверской области, освещение различных аспектов соматического и психического здоровья. Системе здраворазрушения, которая создается СМИ, необходимо противопоставить систему ценностных ориентиров здоровья, ведущих к переосмыслению навязанных в прошлом штампов, стереотипов и негативных социальных кодов («псих», «дурдом», «психушка», «шиза» и т.п.). С интервью, заметками, информацией на страницах «Логос и Психея» стали выступать не только врачи-психиатры и представители различных других медицинских специальностей, а также клинические психологи, педагоги, ученые-медики юристы, экономисты, представители бизнеса и органов власти. Читателям газеты был предложен широкий спектр проблем: кого защищает и что гарантирует Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», особенности оказания психиатрической помощи в Тверском регионе; проблемы экологии, детской и подростковой психиатрии; культуры языка; психотерапии; опыт работы клинических психологов в наркологической практике; микробиология, инфекционные болезни и психиатрия; вопросы психосоматики, очерки о ветеранах психиатрической службы и многое другое. Публикации постепенно привлекают все более широкие круги общественности. Появилась обратная связь: отклики и вопросы читателей, обсуждение публикаций на сайте в

интернете. Обобщая свой первый опыт, Правление «Общества психиатров Тверской области» РОП считает необходимым на страницах «Городской газеты» в рубрике «Логос и Психея» продолжить работу по привлечению внимания читателей к различным аспектам юридического статуса психически больного человека, его психосоциальной реабилитации при участии широкого круга медицинских специалистов, повышению социального функционирования и качества жизни психически больных. Кроме этого, члены общества периодически выступают по радио и ТВ, на своем сайте в интернете.

Заседания общества психиатров Тверской области РОП проходят с приглашением различных специалистов: врачей, педагогов, филологов, клинических психологов, представителей органов власти и СМИ. Так, 8 февраля 2013 года в день Российской науки в центральной городской библиотеке г. Твери была проведена презентация монографии «Психотерапевтическая риторика», написанная А.Б. Бушевым (доктор филологических наук), А.К. Зиньковским (доктор медицинских наук) и М.Т. Агкацевой (врач-психотерапевт). На презентации выступил глава г. Твери, ведущие специалисты в области психотерапии, филологии, медицины. Данное событие освещено в СМИ. В мае 2013 года заседание общества было посвящено проблемам детской и подростковой психиатрии. Заседание прошло на клинической базе кафедры психиатрии – в областной клинической психиатрической больнице № 1 им. М.П. Литвинова. Детям и подросткам от имени «Общества психиатров Тверской области» РОП и ряда других общественных организаций была оказана гуманитарная помощь. Отмеченное событие освещалось в СМИ на страницах «Городской газеты» в разделе «Логос и Психея».

Полагаем, что начатая «Обществом психиатров Тверской области» РОП полимодальная психообразовательная работа будет способствовать формированию нового явления гражданского общества – своеобразного общественного сознания, о котором говорил С.С.Корсаков еще на заре становления психиатрической общественной мысли в России.

О НАПРАВЛЕНИЯХ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Дереча В.А., Дереча Г.И., Киреева Д.С.

Оренбург, ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная
медицинская академия»

Изучение психического здоровья студентов свидетельствует о том, что распространённость среди них «традиционных» видов психических расстройств относительно стабильна. В то же время неудержимо расчёт частота таких психических и

поведенческих отклонений, которые не сразу столь очевидны, но которые снижают социальную продуктивность студентов и представляют собою для индивидуального и общественного психического здоровья «бомбу замедленного действия». Это – снижение стрессоустойчивости; усиление как ситуативной, так и, особенно, личностной тревожности; социальной фрустрированности; нервно-психического перенапряжения с симптомами эмоционального выгорания; расстройств адаптации с преобладанием депрессии; преобладания при решении жизненных проблем неадаптивных стратегий совладания – интеллектуальных, эмоциональных и, особенно, поведенческих, включая склонность к тем или иным формам аддикций. Данные отклонения, относятся к компетенции не столько психиатра или психотерапевта, сколько клинического психолога. Вместе с тем, как известно, служба клинических психологов отсутствует не только в учреждениях сферы образования, но и в территориальных поликлиниках отрасли здравоохранения.

В свете обозначенных проблем, в клинике ОрГМА создан Центр психического здоровья, работа в котором ведётся как со студентами, так и с профессорско-преподавательским составом по следующим направлениям: психообразовательном, психоисследовательском (включая научные исследования студентов факультета клинической психологии), психокоррекционном и психотерапевтическом. Основная задача Центра – способствование мобилизации личности студентов и преподавателей на овладение системой мер по повышению собственного адаптивного потенциала и укреплению своего психического здоровья.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Агамамедова И.Н., Антипова О.С.,
Бобров А.Е., Киян К.А.,
Кузнецова-Морева Е.А., Никитина Т.Е.

*Москва, Московский научно-исследовательский институт
психиатрии Минздрава России*

Позитивное отношение населения к психотерапии позволяет расширять объем и формы этой помощи. Однако целый ряд клинических и организационных вопросов, связанных с созданием психотерапевтической службы, остается недостаточно проработанным. С учетом этого в рамках Института было создано и на протяжении трех лет функционировало отделение психотерапии и консультативной психиатрии.

Цель работы – проанализировать клинический и организационный опыт деятельности этого отделения. Штат отделения – 3 должности врача-

психотерапевта и 1 должность врача-психиатра. Консультации и обследования проводились врачами-психиатрами, психотерапевтами по направлению врачей-интернистов, а также при самостоятельном обращении пациентов. Количество консультаций на протяжении трех лет неуклонно возрастало. За три года средняя нагрузка на врача составила - 4 пациента в день. Как показывает опыт, 4-5 консультаций врача-психотерапевта на протяжении рабочей смены со средней продолжительностью 1-1,5 часа соответствует его оптимальной рабочей нагрузке.

Всего за последние три года в отделение обратилось 833 пациента с непсихотическими психическими расстройствами, средний возраст – 33,4±10,7 лет. Общее количество посещений 6114, из них 3107 (50,8%) на платной основе. При лечении 535 больных (64,2%) использовалось сочетание психофармакотерапии и психотерапии (когнитивно-поведенческой, психодинамической, групповой и гипнотерапии). Анализ структуры психических расстройств выявил преобладание невротических (F40-49) и аффективных расстройств (F30-39) – 73,3%. Наиболее частыми из них были тревожно-фобические расстройства 37,9%, депрессивные эпизоды легкой и умеренной степени выраженности 32,1%, расстройства адаптации 18,6%, а также соматоформные расстройства 11,4%. Следует подчеркнуть, что структура контингента больных, обратившихся в отделение Института, имеет много общего со структурой обращений в психотерапевтический кабинет поликлиники.

Важнейшим моментом в формировании потока пациентов и организации деятельности психотерапевтического отделения является распространение информации о его работе, ее формах и методах, а также результативности. В этом отношении большую пользу приносят заочные консультации больных по Интернет, постоянные контакты с лечащими врачами, формирование устойчивых профессиональных связей с лечебными учреждениями общесоматического профиля и, в особенности, с участковыми терапевтами первичного звена здравоохранения. Немаловажную роль играет создание неформальных сообществ «друзей психиатрии», которые объединяют выздоровевших пациентов, их родственников и знакомых, врачей-интернистов, интересующихся проблемами психологии и психического здоровья, социальных работников и педагогов, а также журналистов.

Сегодняшний уровень развития пограничной психиатрии позволяет подойти к разработке медицинских технологий ведения больных с непсихотическими психическими расстройствами. В отделении была осуществлена разработка и апробация некоторых из таких «технологических» подходов. В частности, была предложена и апробирована программа комплексного лечения агорафобии, специфических фобий, генерализованного тревожного расстройства, непсихотических депрессивных состояний,

злоупотребления спиртными напитками. Начата разработка стандартизированных терапевтических подходов при других формах пограничных психических расстройств, а также психических расстройствах, сочетающихся с хроническими соматическими заболеваниями. Создание таких подходов должно базироваться на нескольких принципах. Среди них - единство и мультиаксиальность диагностических подходов, динамическое мониторирование состояния пациента, супервизия, сочетание психотерапевтических и фармакологических методов лечения, динамическая оценка соматического состояния больного. Ключевое значение имеет интегративный психотерапевтический подход, учитывающий как биопсихосоциальную перспективную оценку пациента, так и имеющиеся в распоряжении врача ресурсы.

Как показал опыт работы, для уточнения диагностики и оценки психологического состояния пациентов в психотерапевтическом отделении могут применяться различные шкалы и психодиагностические тесты. В частности, врачами отделения с успехом использовались шкалы депрессии и тревоги Бека, шкала общего клинического впечатления, Методика многостороннего исследования личности, 16-факторный личностный опросник и ряд других. Важно подчеркнуть, что использование психодиагностических инструментов в условиях отделения психотерапии позволяет не только объективировать психопатологическую проявления, имеющиеся у больного, но и более точно наметить мишени психотерапевтической работы. К ним могут относиться поведенческие стереотипы, формы эмоциональных реакций, неадекватные установки, несбалансированность субъективных психологических оценок и патологические системы взаимоотношений. Важнейшее место занимают расстройства социальных когниций и недостаточность имеющихся у пациента механизмов совладания. Большое внимание должно уделяться активизации индивидуальных психологических резервов и микросоциальных поддерживающих сетей. Естественно, что вся эта совокупность психологических проблем тесно сопряжена с аффективными и идеаторными нарушениями, расстройствами исполнительных, мета-когнитивных и интеллектуальных функций, обусловленных психическим заболеванием и/или органическим поражением мозга.

Серьезную проблему в работе психотерапевта представляет комплаентность пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью. Комплексность подхода, преимущество, сочетание различных методов терапии и поддержание контакта с пациентами и их родственниками по Интернет позволяют существенно повысить приверженность терапии. Средняя продолжительность психотерапии в отделении составляла $10,5 \pm 8,2$ сеансов. Этот показатель существенно выше, чем условиях городского здравоохранения.

Еще один важный аспект организации психотерапевтической помощи связан с объективацией результатов лечения и дифференцированной оценкой эффективности отдельных терапевтических вмешательств. Характер межличностных отношений, возникающих между психотерапевтом и пациентом, контрперенос, конфиденциальность, а также ограниченность полуколичественных шкалированных методов оценки состояния больного делают эту проблему трудно разрешимой. Имея в виду сказанное, в работе отделения использовались методы объективированной оценки терапевтических изменений с помощью психодиагностических тестов и психофизиологических инструментов. В итоге анализ эффективности работы отделения показал, что у 46,8% больных к концу курса терапии отмечалось значительное улучшение, у 37,2% умеренное улучшение, а у 7,9% - минимальное улучшение состояния; у 8,1% состояние оставалось без изменений. Активное осознание психологических механизмов заболевания, улучшение взаимоотношений с близкими, повышение адаптивных способностей наблюдалось у 84,4% больных.

Таким образом, сравнительно короткий период работы психотерапевтического отделения в Институте продемонстрировал необходимость комплексного и системного подхода к организации консультативной и психотерапевтической службы. Эффективность деятельности такого подразделения при продуманном подходе к его организации не вызывает сомнения. Амбулаторная психотерапевтическая служба может с успехом дополнять и в ряде случаев замещать стационарные формы оказания помощи, она способствует снижению материальных затрат на лечение непсихотических психических расстройств, в том числе связанные с долечиванием больных, выписанных из стационара. Эта служба может демонстрировать хорошее качество работы, а также выполнять важные профилактические и психообразовательные функции. Важнейшим условием работы такого подразделения должна стать надлежащая подготовка специалистов, использование специализированных диагностических и терапевтических программ, а также объективированная оценка результатов лечебно-профилактической его деятельности.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Алиева Л.М.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Многочисленные исследования указывают на изменения телесного образа Я при шизофрении. Учитывая это, для развития телесной интеграции,

исследования границ тела, расширения двигательного репертуара, а также для овладения навыками психоэмоциональной саморегуляции, необходимо применять комплекс специфических телесно-ориентированных воздействий.

Цель: разработка и внедрение тренинга на основе телесно-ориентированной психотерапии, оценка эффективности указанного тренинга.

Материал и методы. В тренинге участвовали 24 больных шизофренией (10 женщин и 14 мужчин), составивших три группы по 8 человек в каждой. Батарея тестов включала модифицированную нами шкалу самооценки Дембо-Рубинштейн, двигательный тест с фишками (Motot Token), шкалы PANSS и CGI, опросник по оценке удовлетворенности участием в тренинге. Оценка эффективности проводилась до начала тренинга и по его завершению.

Результаты. Разработанный тренинг включает комплекс телесно-ориентированных упражнений, направленных на развитие навыков психофизического восстановления, расширение общего телесного осознания, приобретение опыта синхронизации с другим человеком, расширение ограниченного репертуара движений и эмоционального самовыражения, осознание и исследование личностных границ тела, развитие навыков самонаблюдения и самодистанцирования, снижение хронического мышечного напряжения, развитие мышечной координации и репертуара позитивных телесных переживаний через двигательное самовыражение. Тренинг состоит из 10 занятий длительностью 60 минут каждое. После окончания тренинга у его участников выявлена тенденция к улучшению показателей двигательного теста с фишками. По модифицированной нами шкале самооценки Дембо-Рубинштейн у 30% пациентов выросла уверенность в себе (на 2-3 балла), у 50% пациентов снизилось мышечное напряжение (на 2-3 балла), у 40% пациентов улучшилась координация движений (на 3-4 балла). По шкале PANSS получено достоверное улучшение состояния пациентов, выявлена выраженная положительная динамика по шкале CGI. В конце тренинга движения участников стали включать большее число гармоничных и пластичных двигательных элементов, расширился их двигательный диапазон, появилась спонтанность в движениях, участники фиксировали более полное и свободное дыхание, улучшились навыки психоэмоциональной саморегуляции.

Выводы. Тренинг может использоваться в комплексных программах психосоциального лечения больных шизофренией в стационарных и амбулаторных условиях.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ АРТТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СООБЩЕСТВА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Алиева Л.М.

Москва, ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

Одним из направлений реабилитационной программы, проходящей непосредственно в сообществе в рамках деятельности общественной организации «Семья и психическое здоровье» является, является арттерапия.

Цель. Разработать методику проведения арттерапии для работы с больными шизофренией в условиях сообщества и оценить ее возможности.

Материал и методы. Пациенты с диагнозом шизофрения в возрасте от 20 до 45 лет, в основном инвалиды (92,3%). Более двух третьих пациентов (70,8%) страдают шизофренией свыше 10 лет. Параноидная шизофрения диагностирована у 68% пациентов, больные с шизотипическим расстройством составляют 32%. Занятия арттерапией длительностью 1,5 часа проходят 1 раз в неделю в открытой группе, состоящей из 15-20 человек. Всего, с определенной периодичностью, в занятиях участвует более 60 пациентов. Основными техниками являются рисуночные техники, лепка и сказкотерапия. Используются разработанные автором методики экзистенциальной направленности. Основные задачи, которые решаются на занятиях – выявление внутренних и внешних ресурсов поддержки, способы преодоления болезни, развитие коммуникативных навыков, формирование способов социального взаимодействия, выявление возможностей для самореализации. На занятиях с использованием арттерапевтических техник исследуется внутренний мир участников, развиваются навыки в преодолении трудностей, распознавании и осознанном выражении чувств и аффектов, происходит осознание личностных ценностей и целей.

Результаты. Пятилетний опыт работы показал, что арттерапия, входящая в комплексную программу психосоциальной реабилитации, способствует стабилизации психического состояния пациентов, удлинению сроков ремиссии, повышению ее качества. Несмотря на длительность заболевания и наличие инвалидности, у значительной доли пациентов уменьшилась частота госпитализации (33,3% госпитализируются 1 раз в 1,5-2 года и 37,5% 1 раз в 3-4 года).

Выводы. Арттерапия может эффективно применяться в реабилитационной работе с больными шизофренией в условиях сообщества.

ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Бородин В.И., Алкеева-Костычева Е.А.

Москва, ФГБУ «Государственный научный центр социальной
и судебной психиатрии им В.П. Сербского» Минздрава России

Целью данной работы является изучение концепции и принципов краткосрочной психодинамической психотерапии (КПП) у больных с непсихотическими психическими расстройствами, показаний, противопоказаний, особенности терапевтической тактики на различных этапах психотерапии. Сравнение эффективности как самостоятельного метода и как дополнительного в рамках сочетанной терапии системы лечебно-реабилитационных воздействий, осуществляемых в клинике пограничных психических расстройств.

Обследовано 98 больных женского пола в возрасте от 18 до 60 лет с диагнозами по МКБ-10: депрессивные эпизоды легкой-средней степени (22,9%), дистимия (2,0%), рекуррентное депрессивное расстройство (8,1%), паническое расстройство (27,6%), расстройства адаптации (38,4%).

Использовались клинико-психопатологический и психологический методы, в том числе структурированный метод интервью, фокусирующий внимание на тех или иных аспектах психодинамического диагноза. Критерии отбора: наличие фокального конфликта эдиповой природы или потеря любимого объекта, высокая мотивация к получению помощи, наличие опыта значимых взаимоотношений с объектом, способность рефлексировать аффекты и конструктивная реакция на пробную интерпретацию. Отобрано 64 пациента. КПП проводилась 2 раза в неделю (10 – 12 сеансов) в сочетании с медикаментозной терапией (антидепрессанты, транквилизаторы). В процессе КПП исследовались возможности поведенческих изменений в фокусированной области внутреннего конфликта пациента; ведущий стратегический принцип – выделение и переработка фокального конфликта.

Маркерами такого фокального конфликта являлись указания пациента на связанные с ним травмы раннего возраста, повторяющиеся стереотипы травматических переживаний, связь данного конфликта с одной фигурой переноса и с проявлениями блокирования каких-либо сфер жизнедеятельности пациента. Косвенным показателем адекватного выбора фокального конфликта являлась аффективная ответная реакция пациента на пробную его интерпретацию.

Фазы К.п.п. - первая (1 - 2 первых занятия) – направлена на диагностику мотивации и силы Я пациента и выделение фокального конфликта, вторая – посвящена переработке фокального кон-

фликта. Третья, заключительная, фаза сепарации направлена на разрешение переноса и достаточно директивное завершение психотерапии. В процессе К.п.п. использовались реконструктивные приемы когнитивного и идентификационного научения, анализ защит и сопротивления центрировался на выбранном фокальном конфликте, интерпретация переноса ограничивалась одним значимым лицом из прошлого, связанным с этим конфликтом.

У большей части больных (68,3%) в результате терапии удалось переработать фокальный конфликт, являющийся причиной блокирования в значимых жизненных сферах пациента и выявить связь психопатологических симптомов заболевания с внутренним конфликтом. У этих пациентов психопатологические симптомы заболевания редуцировались и больные субъективно оценивали свое состояние как улучшение. Характеристиками данной группы пациентов являются: наличие по крайней мере одного значимого ранее отношения, возможность выражать свои чувства, наличие мотивации к пониманию и изменению, способность испытывать, переносить и обсуждать болезненные чувства, наличие сравнительно сильного Я, а также владение речью. У 20,6% пациентов не было динамики психопатологической симптоматики или поведенческих изменений, соматическим проявлениям уделялось больше внимания при невозможности мыслить в терминах чувств. У части больных (10,1%) симптомы заболевания, с которыми больной поступил в клинику, усилились в процессе психотерапии, но удалось сфокусировать внимание этих пациентов на понимании актуальной ситуации как конфликтных отражений в прошлом и связать усиление симптомов заболевания (таких, как тревога) с внутренним фокальным конфликтом и необходимостью дальнейшей работы с ним. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о перспективности применения КПП у больных с непсихотическими психическими расстройствами.

НОВЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОБСЕССИВНО- КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Бутылин Д.Ю., Крылов В.И.

Санкт-Петербург, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Одним из самых тяжелых вариантов расстройств тревожного спектра является обсессивно-компульсивное расстройство. Долгое время считалось, что навязчивым расстройствам подвержены люди определенного склада личности. Предполагалось, что в основе обсессивно-компульсивного расстройства невротической природы лежит специфический внутриличностный конфликт. Однако большое количество исследований в последние

годы указывают на социальные факторы определяющие процесс формирования невроза. Согласно данной точке зрения, можно утверждать, что невроз есть процесс нарушения межличностного взаимодействия. С первых дней своей жизни ребенок вырабатывает особый тип поведения, который позволяет ему справиться с очевидными или скрытыми неблагоприятными факторами. Психотравмирующими ситуациями изначально являются те противоречия в ближайшем окружении ребенка, которые могут вызывать у него устойчивые патологические черты характера. Сформированные в первые годы жизни патологические черты личностного реагирования в дальнейшем, не претерпевая существенных изменений, только подкрепляются всевозможными социальными факторами.

Целью исследования является разработка новых психотерапевтических подходов в лечении навязчивых нарушений при пограничных состояниях.

Материал и методы исследования. В группе исследованных больных (26 мужчин и 31 женщина) типология обсессивно-компульсивной симптоматики рассматривалась с учетом современных подходов и включала в себя три группы навязчивостей: навязчивости экстракорпоральной угрозы, навязчивости повторного контроля и контрастные навязчивости. В ходе психотерапевтического интервьюирования данных пациентов были выявлены сформированные у них в первые годы жизни патологические черты личностного реагирования, которые в дальнейшем, не претерпевая существенных изменений, подкреплялись всевозможными социальными факторами. Было установлено, что в основе патологической тактики поведения лежит тревога. Чувство тревоги проявлялось в виде трех различных эмоций, таких как беспомощность, враждебность, одиночество (как правило, тревога обеспечивает сосуществование всех вышеупомянутых эмоций, однако одна из них становилась доминирующей и определяла вектор дальнейшего социального функционирования человека). В том случае, когда чувство тревоги реализовывалось в виде невротических потребностей в одобрении, симпатии, умиротворении, стремлении быть приятным, любимым, желаемым, обнаруживалось патологическое стремление к установлению особого типа межличностного взаимодействия – стремлению «навстречу к людям», так называемый уступчивый тип. Когда тревога скрывалась эмоциями враждебности, ярости, желанием борьбы, выявлялось противоположное стремление «против людей», агрессивный тип. И, наконец, невротическая отстраненность, напряжение при взаимодействии с людьми, позиция наблюдателя соответствовала особой тактике невротического поведения: отстраненный тип (типология согласно концепции К. Хорни).

Результаты исследования. Пациенты, страдающие навязчивостями контрастного содержания, испытывали неуместные неодолимые переживания агрессивного характера. Это были навязчивости, связанные с побуждениями прямого физического насилия, сексуальной агрессии или влечения, патологического богохульства. При контрастных обсессиях и компульсивных побуждениях больные испытывали навязчивое чувство агрессии. Для пациентов с данным типом навязчивостей был свойственен уступчивый тип межличностного реагирования с преобладающим чувством беспомощности. В случае навязчивостей экстракорпоральной угрозы пациенты, напротив, ощущали свою уязвимость, слабость, повышенную подверженность опасностям. Обсессии, связанные со страхом смертельного заболевания, поражения ядерными или токсическими отходами зарождали в больных навязчивое чувство опасения. При этом варианте обсессивно-компульсивной симптоматики наблюдался агрессивный тип межличностного реагирования с реализуемым в нем чувством враждебности. Навязчивости повторного контроля вызывали навязчивые потребности систематизации, симметрии, упорядочивания и патологической вовлеченности в правила и порядки окружающего социума. В данном случае преобладал отстраненный тип межличностного реагирования с доминирующим чувством одиночества.

В ходе психотерапевтической работы у пациентов с обсессивно-компульсивной симптоматикой расстройств пограничного уровня были выявлены определенные типы невротического межличностного функционирования. При каждом из рассматриваемых вариантов навязчивой симптоматики (контрастные навязчивости, навязчивости экстракорпоральной угрозы и навязчивости повторного контроля) выявлялись противоположно направленные невротические стремления, реализующиеся в навязчивостях. Так, для контрастных навязчивостей преобладающее чувство беспомощности компенсировалось за счет обсессивно-компульсивной симптоматики агрессивного содержания. При навязчивостях экстракорпоральной угрозы чувство враждебности являлось отражением невротической уязвимости. И, наконец, навязчивое стремление к систематизации и контролю – результат невротической отстраненности, преобладающего чувства одиночества.

Вывод. Разнонаправленность типов межличностного реагирования и вариантов обсессивно-компульсивной симптоматики выявляет спектр скрытых нереализуемых в процессе межличностного взаимодействия чувств и эмоций и, как следствие, указывает на скрытые симптомы-мишени для психотерапевтической работы.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЦЕНАРИЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА С ПОМОЩЬЮ СТРУКТУРИРОВАННОГО ОПРОСА В РАМКАХ ИНТЕГРАТИВНО-ДИАЛОГОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНОГО-СПЕКТРА

Дебрянская А.В.

Москва, ФГБУ «Московский НИИ Психиатрии»
Министерства здравоохранения РФ

Цель исследования: в рамках исследования психотерапии расстройств тревожного спектра нами была разработана методика интервьюирования пациента с целью быстрого и эффективного сбора анамнестических данных, касающихся сценария жизни пациента, а так же дальнейшего использования этих данных в качестве мишени для психотерапии.

Материал и методы. Теоретической основой интегративно-диалоговой психотерапии является теория о синтетической модели личности (Тукаев Р.Д., 2010). В рамках этой теории жизненный цикл человека рассматривается как реализация системного двухуровневого сценария, состоящего из биосоциального и социально-психологического компонентов. Биосоциальный сценарий – первичен, детерминирован генетически, типологичен для человека как вида (включает определенное пре- и постнатальное развитие, периоды роста, репродукции, старение и смерть). Социально-психологический сценарий – вторичен, тесно связан с фазами биологического, но значительно более «подвижен»; в основе своей имеет социальные, микросоциальные (семейные), культуральные факторы, влияющие на индивидуума в процессе его развития и социализации. Социально-психологический сценарий основывается на интенсивном процессе наблюдения–резюмирования–научения и, соответственно, наиболее активно формируется в детстве и во время сенситивных периодов взрослой жизни (кризисов физиологического или психогенного характера). Индивидуальные особенности реализации двух компонентов жизненного сценария – уникальны в своей совокупности. По мере взросления человека на основе этой совокупности сценарных факторов формируются индивидуальные паттерны восприятия, самовосприятия, поведения, для того, чтобы впоследствии интегрироваться в единую динамическую систему – личность.

Психотерапия, как процесс построенный на межличностном взаимодействии, по определению является личностно опосредованной и личностно ориентированной, и предполагает личностные трансформации, как в клиническом формате (при лечении расстройств), так и в психологическом (при решении психологических проблем). Таким образом, в процессе психотерапии необходимо детальное изучение и обсуждение индивидуальных личностных особенностей и установление причинно-следственных связей на уровне жизненного сценария каждого конкретного пациента.

Для унификации, стандартизации, а следовательно и успешной воспроизводимости, этого процесса был разработан алгоритм интервьюирования, позволяющий в структурированном виде выявлять тип и особенности жизненного сценария человека, выстраивать гипотезу о причинно-следственных связях развития расстройств и использовать ее для дальнейшей психотерапевтической проработки.

С помощью данной методики было опрошено 19 пациентов с расстройствами тревожного спектра, проходивших курс интегративно-диалоговой психотерапии.

Результаты: «Опрос по сценарию жизни» позволяет в течение одной сессии (90 минут) получить структурированные анамнестические данные с определением основных особенностей жизненного сценария пациента:

- 1) тип жизненного сценария человека (прямой, инверсированный, комбинированный),
- 2) форму его аутоидентификации с лицами ближайшего окружения (прямая, инверсированная, комбинированная)
- 3) наиболее значимые (сенситивные) периоды жизни и психотравмирующие ситуации, определившие развитие расстройства.

Опрос проводится в формате структурированного интервью и содержит как перечень строго необходимых вопросов, так и возможных дополнительных (уточняющих). Сессия включает в себя: 1) интервьюирование, 2) предъявление пациенту сведений о возможных видах сценариев жизни, 3) совместное обсуждение индивидуальной ситуации пациента, 4) определение вида его жизненного сценария, соотнесение особенностей сценария с возникновением и течением расстройства, 5) включение полученных выводов в структуру дальнейшего психотерапевтического процесса (обсуждение возможных вариантов развития расстройства, моделирование положительной терапевтической динамики).

Выводы: разработанная методика интервьюирования является инструментом, позволяющим в течение одной сессии получить структурированный психотерапевтический анамнез пациента, выявить его индивидуальные особенности и определить наиболее актуальные проблемы. Полученные в ходе опроса данные могут быть эффективно использованы для дальнейшей психотерапии.

КОРРЕКЦИЯ ИСТЕРИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ПСИХОАНАЛИЗЕ И ПСИХОТЕРАПИИ

Егоров Б.Е.

В исследовании у пациентов с истерическим симптомокомплексом в различных пограничных психических расстройствах проверялась

гипотеза о наличии у них особого вида мышления, которая в малой степени подвергается коррекции при применении психофармакологических средств. Единственная возможность подействовать на эти формы болезненного реагирования является: понимание и осознание особой формы мышления (истерической), через коррекцию которого происходит изменение клинической картины данного пациента. Материалом для исследования являлись пациенты, пришедшие на амбулаторный прием и показавшие особые формы поведения и расстройств, которые несли в своей основе – истерическое отражение различных нервно-психических и социальных недомаганий. Одна из основных форм социальных недомаганий является визуализация или трансляция картин, которые не предусмотрены природой или реальностью. В малой степени они пытаются заместить реальность, но ввиду их искусственности, все время происходит ошибочность реагирования. В вопросе об истерии, важно установить, что понимается под этим термином. Существуют различные определения истерии, вытекающие из разных теоретических представлений. В границах психоаналитического подхода распространенной является типология личности, опирающаяся на устойчивый представлении о приоритете психологических защит. В контексте психотерапевтических представлений приоритет отдается личностному реагированию и особенностям личности.

С точки зрения психоаналитической парадигмы устойчивый истерический защитный механизм включает в себя в первую очередь вытеснение и ряд других защит: регрессию, конверсию, контрфобическое отреагирование вовне и т.п. Личность, в защитном арсенале которой устойчиво преобладает данная группа защит, может быть отнесена к истерической личности.

Однако если в определении истерии опираться на характер и конфигурацию психологических защит, то надо четко понимать, что такое психологические защиты, каковы их сущность и функции.

Исследование психологических защит личности позволяет сделать вывод, что несмотря на большое разнообразие, все психологические защиты построены по одному и тому же принципу, а именно: любая психологическая защита снижает психическое напряжение за счет искажения реальности. Суть любой психологической защиты сводится к искажению реальности в «выгодном» для личности свете. То есть защитный механизм психологической защиты личности замещает реальность, исходя из собственных фантазий, желаний и устойчивых представлений. Одним словом настоящая жизнь не принимается в расчет, а подгоняется под систему концепций, которая сложилась у личности на данный момент времени в результате его истории развития.

Базисная защита истерии – вытеснение – так же призвана «подогнать» реальность под сложившуюся систему концепций личности. В данном случае, за счет удаления в бессознательное вызывающих напряженность факторов, идей или концепций. В результате такого избирательного внимания картина реальности существенно искажается, в результате формируются пустоты в бессознательном, которые заполняются фантазиями и неправильными представлениями.

Если вытеснение используется слишком массивно, пустоты, проделанные вытеснением в реальности, становятся слишком большими и здесь присоединяется известное истерическое «защитное фантазирование», которое заполняет пустоты материалом, соответствующим желаниям и фантазиям личности. Это продолжение развития искажений в бессознательном человека и формирование особенностей истерического мышления у пациентов. Созданная в результате (активности психологических защит) картина реальности оказывается еще более искаженной, содержит еще больше противоречий, несостыковок и нелепостей. Сглаживание этих противоречий и несостыковок требует еще большей активности защитных операций – вытеснения, «защитного фантазирования» и т.п. (это как самозатягивающаяся петля), продолжается это в новом витке спирали напряженности.

Результатом действия противоречий приводит к иллюзорной, хаотичной и далекой от реальности картине мира. Внутри этой иллюзорной картины мира непонятно как реагировать и на что опираться, разве что действительно на сиюминутные эмоциональные реакции. Происходит регресс личности к более простым объяснения и представления. Регресс к протопсихики дает возможность запускать в организме истерически мыслящего человек, регресс протосоматики, что и приводит к различным психосоматическим заболеваниям. Ш. Ференци, известный психоаналитик и психотерапевт, говорит о зависимости конверсионно-истерических симптомов от неосознанных фантазий, выражающихся в телесных жестах и движениях. Так, например, истерический парез руки можно трактовать в негативном представлении как намерение агрессивного действия, судорогу – как борьбу противоречивых эмоций, локальную анестезию или гиперестезию – как осознанно закрепленное воспоминание о сексуальном прикосновении к этой части тела. Он же пишет о том, что «неосознанная воля истерика служит причиной необычных движений, изменений в циркуляции крови, функций желез и питания тканей, на что не способна сознательная воля не истерика. Бессознательность истерика распоряжается гладкой мускульной тканью, желудочно-кишечным трактом, бронхами, слезо- и потовыделяющими железами, носом и т.д.; он способен даже выполнить отдельные иннервации, например,

в области мускульной ткани глаз, – т.е. все то, на что не способен здоровый человек. Известны также, правда редкие случаи, когда истерик вызывает местные кровотечения, покраснение кожи и слизистой» (Шандор Ференци).

При истерии все эти физиологические механизмы подчиняются неосознаваемым мотивам желаний, так что при полном перевороте нормального хода возбуждений может иметь место чисто психический процесс, выражающийся в физиологических изменениях. А поскольку формы реальности жизни заменены на фантазии и иллюзии, то автоматически истерическое мышление в конечном итоге останавливается на собственном теле.

Анализ показывает, что не существует объективных, существующих отдельно от личности «отрицательных событий». Сам субъект, разумеется, может воспринимать и воспринимает эти «отрицательные события» как объективные, независимые. Однако, восприятие любого события как отрицательного, положительного или нейтрального – это исключительно результат субъективной интерпретации личности. А эта интерпретация вытекает из сложившейся устойчивой системы концепций личности.

Не существует отдельных от нас объективно плохих и хороших событий. Ни одно событие, ни одна ситуация не является положительной или отрицательной объективно, сама по себе. Все зависит от нашей субъективной оценки. А оценка эта вытекает, опять же, из стихийно сложившейся у нас привычной системы концепций.

В ответ на некие «отрицательные события» запускаются защитные механизмы, целенаправленно искажающие реальность. При этом сами эти события воспринимаются как «отрицательные» исключительно субъективно, исходя, опять же, из привычных концепций, фантазий и иллюзий данной личности. По существу, иллюзия порождает иллюзию, мираж порождает мираж. В коррекции подобной бессмыслицы необходимо опираться на реальность, придание большей реалистичности мышлению. Поскольку в отношении противоречия к иллюзиям находится реальность, то опора на реальность и есть лекарство, прямое противоядие к иллюзиям. Воздействовать также необходимо на причину. Если события связаны отношением причина – следствие, то влияя на причину, изменяем и всю цепочку следствий. В этом процессе важно учитывать следующие компоненты.

Психоанализ традиционно отсылает к исследованию и осознанию детских переживаний пациента, видя в них причину нынешних психических реакций. Однако все-таки более корректным будет сказать, что детские переживания – это не причина, это скорее история вопроса. А непосредственной причиной любого психического акта является сложившаяся система концепций личности, сущес-

твующая непосредственно в предыдущий момент времени. Эта система концепций стихийно-направленно складывалась на протяжении личной истории субъекта. Безусловно, знание истории ее формирования, детские переживания – полезный, важный, но не строго необходимый компонент аналитической работы. Строго же необходимым предметом осознания являются сами концепции и их взаимосвязи в настоящий момент времени. Поскольку именно это есть непосредственная причина нынешних психических реакций.

Еще один компонент необходимо учитывать то, что выстраивается следующая причинно – следственная цепочка: восприятие события как «отрицательного» приводит к искажению реальности в качестве защитной реакции. Искажение реальности приводит к ошибкам реагирования в среде, усилению фрустрации, что опять требует защитных реакций, искажения реальности и т.д. Влияя на первое звено цепи, мы влияем и на всю последующую цепочку. Здесь причиной, первым звеном служит восприятие события как отрицательного. Следовательно, если событие как отрицательное не воспринимается, если это событие перевести в нейтральное, то все последующие защитные маневры и искажения попросту не нужны.

Для системы концепций человека с истерической формой мышления существенной является реакция окружающих, их оценка. Много тратится на создание имиджа, хорошего впечатления. Если бы реакции окружающих влияли на нас, тогда был бы смысл производить впечатление, думать об этом и т.п. Концепция (жизненной необходимости восхищения) опоры на оценку окружающих иллюзорна и именно это требует осознания.

Внимательно исследовав ситуацию с точки зрения реальности, легко увидеть, сколько сил и волнений требует погоня за иллюзией, в истерическом случае – иллюзией всеобщего восхищения. Это похоже на погоню за радугой. Интеллектуальные, творческие, эмоциональные ресурсы уходят впустую, а результатом всегда будет ощущение бессмысленности происходящего.

Полученные результаты свидетельствуют о роли истерического мышления в формировании клинической картины, в зависимости от искажения действительности и форм срабатывания психологических защит пациента. Восприятие любого события субъективно, произвольно и определяется сложившейся на данный момент системой концепций и ценностей личности. Осознание этих концепций и приведение их в соответствие с реальностью и составляет, на наш взгляд, сущность психотерапевтического и психоаналитического процесса.

Погоня за этими иллюзиями и искажениями требует невероятной затраты сил эмоциональных, психологических и душевных. Вот это и является ключевым источником напряжения, тревоги и ра-

зочарований у истерически мыслящих людей. Изменяя путем исследования и осознания концепции истерического мышления на более реалистические лишается питательной основы огромное количество иллюзий, и фантазий.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОЕКТИВНЫХ ТЕХНИК В ПРЕОДОЛЕНИИ ТРУДНОСТЕЙ ОПИСАНИЯ СВОИХ ЧУВСТВ

Жарикова И.Ю.

*Тамбов, ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая
клиническая больница»*

Цель. Расширение спектра переживаний, их осознание и актуализация, дифференцировка различных сфер психической жизни.

Методы. Групповое занятие посетило 11 человек, из них 6 женщин и 5 мужчин в возрасте от 34 до 45 лет. Участники группы выполняли проективные творческие техники, направленные на актуализацию переживаний, дифференцировку чувств от мыслей и ощущений. Также, было проведено тестирование по Торонтской алекситимической шкале на первом и последнем занятии, методика направлена на изучение алекситимии как свойства личности, была адаптирована в институте им. В.М.Бехтерева.

Результаты. После окончания занятий было проведено сравнение результатов опросника на первом и заключительном этапе работы. При первом тестировании были получены следующие результаты: алекситимический тип личности был у 8 человек, из них 3 женщины и 5 мужчин; оставшиеся 4 человека занимали пограничное состояние за пределами нормы. В результате повторного тестирования, количество человек, набравших баллы, соответствующие алекситимическому типу личности, сократилось до 5 человек, из них 4 мужчины и 1 женщина. Баллы, соответствующие пограничной зоне, были у 5 человек, у 4 женщин и 1 мужчины. Оставшиеся 2 человека, 2 женщины, набрали баллы, соответствующие неалекситимическому типу личности.

Выводы. Результаты проведенного тестирования на первом и последнем этапе групповых занятий указывают на эффективность работы с проективными творческими техниками в расширении диапазона испытываемых эмоций, переживаний, их дифференцировке от мыслей и ощущений, позволяет лучше понять свое состояние, а также силу и глубину своих чувств, их причины, способствует актуализации креативности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ

Колотыркина Ю.В.

*Москва, ФБГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского
Минздрава России*

Экзистенциальная психотерапия представляет собой динамический психотерапевтический подход, в фокусе внимания которого находится наблюдение за взаимодействием индивида с данностями жизни.

Данности жизни: смерть, одиночество, свобода и ответственность, бессмысленность - универсальный конструкт, с которым сталкивается абсолютно каждый человек. Но способ, который человек избирает (сознательно или бессознательно) для восприятия, оценки и проживания экзистенциальных данностей, уникален и связан с особенностями личности и уровнем психического функционирования.

Под уровнем психического функционирования в данной работе понимается не столько степень выраженности симптомов, сколько характер организации психической деятельности (а вместе с тем и природа возникновения психопатологии) в целом.

В проведенном нами ранее исследовании [Колотыркина Ю.В., Павлова М.С., 2010] были показаны определенные корреляции между способом восприятия, оценки и проживания экзистенциальных данностей и наблюдаемой психопатологией у пациентов с разными типами депрессии - так называемыми «эндогенными» и «невротическими».

На основании проведенного исследования были выделены психотерапевтические мишени для работы с пациентами пограничного и невротического уровней функционирования.

Цель исследования. Описание особенностей и стратегии использования экзистенциальной психотерапии у пациентов с пограничными расстройствами.

Материал и методы: 40 пациенток, прошедших лечение в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Научно-практический психоневрологический центр Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – НПЦ) в период с февраля 2012 по март 2013 гг.

Метод – клинико-психологический, экзистенциальная психотерапия.

Результаты и их обсуждение. В исследовании были включены пациентки со следующими диагнозами, входящими в спектр пограничных расстройств: непсихотическое депрессивное расстройство (F06.3), депрессивные эпизоды без психотических симптомов (F32.xx; F33.xx), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4x.xx).

Все пациентки прошли курс индивидуальной экзистенциальной психотерапии. С учетом

длительности стационарного лечения пациентов в НПЦ, формат психотерапии был краткосрочным: 12-15 индивидуальных сессий по 50 минут с частотой 2 раза в неделю.

Согласно предъявленным жалобам и заключениям лечащих врачей-психиатров, пациентки были поделены на две группы – так называемую «невротическую» и «эндогенную». Преобладающими жалобами пациенток так называемой «невротической» группы были сниженное настроение, раздражительность, слезливость, слабость, апатия и тревога. Частыми жалобами пациентов «эндогенной» группы были жалобы на бессонницу, головные боли, головокружения, онемение конечностей, ощущения «комка» в горле, тоску и чувство безысходности.

В ходе проведения курса психотерапии были выявлены как общие закономерности во взаимодействии с экзистенциальными данностями у пациенток обеих групп, так и принципиальные различия. Общей чертой пациенток обеих групп была неспособность осознавать и формулировать собственные смыслы жизни. Но причины для этого в каждой группе были разными.

Для пациенток так называемого «невротического» уровня центральной проблемой является дисфункциональное взаимодействие с экзистенциальной данностью свободы. Они жертвуют внутренней свободой ради контроля внешней среды, который априори невозможен. Раз за разом сталкиваясь с несостоятельностью выбранной стратегии, пациентки испытывают разочарование, горе, опустошенность и ощущение бессмысленности жизни.

Для пациенток так называемого «эндогенного» уровня первичным является чувство беспомощности, брошенности и отчаяния. Они фиксированы на переживаниях прошлого и не видят смысла ни в настоящем, ни в будущем. Это способствует развитию ангедонии, замыкая тем самым порочный круг бессмысленности. То, что у «невротических» пациентов постоянно проходит проверку на прочность при столкновении с реальностью, пациентами с так называемыми «эндогенными» депрессиями не проживается вовсе.

Таким образом, с точки зрения стратегии применения экзистенциальной психотерапии, задача в обоих случаях может быть единой – помощь в нахождении и создании собственных смыслов. Но различным должен быть путь реализации этой задачи.

С пациентками так называемой «невротической» группы работа строилась через исследование потребности контроля окружающей среды и присваивание внутренней свободы. Исследование потребности в контроле за окружающей средой приводило к открытию двух новых аспектов. Во-первых, за потребностью в контроле, как правило, скрывались определенные факты личной биографии, осознание и переосмысление которых

позволяло расширить репертуар используемых стратегий и снизить уровень тревоги. Во-вторых, только после осознания смысла и тех выгод и ограничений, которые несет потребность в контроле, пациентки могли перейти к исследованию своей внутренней свободы и ответственности. Другими словами, взаимодействие с данностью свободы становилось возможным только после отказа от иллюзорного всемогущества и осознания собственных ограничений. Исследование и принятие ограничений позволяло пациенткам присвоить себе ответственность за принимаемые решения и выборы и, как следствие, открывало новые перспективы в построении личных планов, идей и нахождении новых смыслов жизни.

С пациентками так называемой «эндогенной» группы первым шагом было исследование неприятных переживаний, жалоб и их общей направленности в прошлое. За невозможностью жить настоящим, как правило, скрывалось болезненное ощущение одиночества. То, каким образом окрашивалось одиночество в восприятии пациенток, было важной частью работы, которая в конечном итоге позволяла сменить угол зрения и рассмотреть разные аспекты одиночества (не только брошенность, покинутость, оставленность, но и уединение, спокойствие). Одним из важных шагов было тщательное исследование сопутствующих соматических симптомов, которые усугубляли замкнутость пациенток (головная боль, конверсионные мышечные зажимы и пр.). Осознание этих бессознательных стратегий приводило к уменьшению выраженности симптомов и появлению надежды на выздоровление. Завершающий этап – поиск смыслов занимал больше времени, чем у пациенток «невротической» группы и, как правило, так и оставался незавершенным в рамках стационарной психотерапии. Если пациентки «невротической» группы могли активно предлагать новые смыслы, пациентки «эндогенной» группы зачастую искали в этом помощи у психолога. Страх перед переменами, неуверенность в своих силах могли вызывать регресс и возвращение к переживаниям прошлого.

Выводы. Применение экзистенциальной психотерапии является эффективным при широком спектре пограничных расстройств, особенно с пациентами, тяготеющими к так называемому «невротическому» уровню психического функционирования. Учет специфики восприятия, оценки и проживания экзистенциальных данностей позволяет, с одной стороны, расширить понимание природы психопатологического процесса до особой линии развития, включающей как особенности личности, так и всей социальной истории пациента. С другой стороны, он помогает выявить конкретные особенности психического функционирования (уровень), которые могут быть положены в основу оказания психотерапевтической помощи.

При этом работа с пациентами, тяготеющими к «невротическому» полюсу функционирования должна быть прежде всего направлена на развитие способности опираться на имеющиеся внутренние ресурсы, принятие собственной свободы и ответственности, а также на обнаружение индивидуальных, а не присвоенных извне, смысловых жизненных значений.

Для пациентов с истинно пограничным уровнем функционирования первоочередной является проработка различных аспектов субъективного ощущения одиночества, поиск его альтернативного восприятия, а также работа над осознанием факта течения времени.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИНАУРАЛЬНОЙ МУЗЫКОПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МАСТЭКТОМИЮ

Куй-Беда В.Ю.

*Самара, Самарский областной клинический
онкологический диспансер*

Существенным фактором, определяющим динамику течения онкологических заболеваний, являются нозогении - расстройства адаптации (РА). Полноценная реабилитация онкологических больных с РА не может быть ограничена только медикаментозными воздействиями, все большее значение в последние десятилетия придается различным методам психотерапии в лечении онкологических больных. В последние годы возрастает интерес и психоонкологов к проблеме прицельного воздействия на эмоциональную сферу музыкой. Использование музыки в психотерапии получило название музыкопсихотерапии (МПТ). Одним направлений МПТ является звукотерапия, в частности - терапия бинауральными ритмами. Аудиостимуляция бинауральными ритмами позволяет формировать ритмическую активность мозга в необходимом направлении, и, таким образом, вызывать у человека соответствующую картину ЭЭГ, а вместе с ней и психоэмоциональные состояния, которому свойстве эта картина. В психоонкологии МПТ и бинауральные ритмы (биения) настоящее время применяются для релаксации, лечения тревожных расстройств, инсомнии различного генеза, купирования болевого синдрома.

Целью настоящего исследования было оценить эффективность авторской методики, сочетающей одновременное использование бинауральных ритмов и МПТ в лечении расстройств адаптации у женщин после мастэктомии.

В исследуемую выборку были включены данные 48 женщин после мастэктомии по поводу РМЖ 1-2 стадии в возрасте 28-52 лет с РА (тревожная ре-

акция – F43.2). Пациенты были рандомизированно распределены на две группы – 23 пациента первой группы и 25 пациентов второй группы. Полный курс МПТ для обеих групп включал 10 сеансов МПТ, в течение которых пациенты прослушивали через стереонаушники «стандартную» музыкопсихотерапевтическую композицию (МПТК) релаксационного характера (мажорная тональность, медленный темп) продолжительностью 30 минут. Пациенты второй группы прослушивали ту же МПТК, что и пациенты первой группы, но частотные характеристики сигнала, подававшегося на правое ухо, было модулировано на 7 Гц ниже сигнала, подававшегося на левое ухо.

Результаты МПТ оценивались клинико-психопатологическим, психометрическим и статистическим методами. При оценке клинико-психопатологической динамики РА в процессе лечения использовались исследовательские критерии МКБ-10. Для количественной оценки выраженности психопатологической симптоматики и определения степени эффективности МПТ использовались шкалы ситуативной (STAI-S) и личностной тревожности (STAI-T) Спилбергера, а также шкала общего клинического впечатления (CGI-I). У 43 пациентов (89,5% исследуемой выборки) был выявлен высокий и средний уровень ситуативной и личностной тревожности по шкале STAI до начала МПТ. Статистически достоверных различий в исходном уровне тревожности у пациентов первой и второй групп не выявлено. После завершения курса МПТ статистически достоверных различий уровня тревожности по шкале STAI-T в обеих группах не выявлено. Выявленная клиническая редукция тревожной симптоматики отмечена у 12 (52,2%) пациентов первой группы и 10 (40%) пациентов второй группы, что подтверждалось данными психометрии по шкалам STAI-S и CGI-I.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности метода бинауральной музыкопсихотерапии в лечении расстройств адаптации у женщин, перенесших мастэктомии. Метод может быть использован в комплексной терапии тревожных невротических расстройств при других онкологических заболеваниях.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА ОСНОВЕ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БРИГАД

Курпатов В.И., Иванов М.Д.

*Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский Государственный
Университет, психотерапевтический центр ГПНДС-7*

Рост пограничной психической патологии делает всё более актуальным вопрос организации оказания психиатрической и психотерапевтической помощи населению. Концепция социально-стрессо-

вых и психосоматических расстройств расширила область пограничной психиатрии до новых границ, и большая часть населения России может быть признана потенциально нуждающейся в психотерапевтической помощи. В данных обстоятельствах встаёт вопрос об изыскании новых возможностей оказания помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами и оптимизации имеющихся ресурсов.

С организационной точки зрения, наиболее перспективным в лечении данных состояний является создание полипрофессиональных бригад, в соответствии с приказом МЗ РФ от 2003г. № 438 «О психотерапевтической помощи», состоящих из врачей психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе и медсестер.

Современными тенденциями развития и реформирования психотерапевтической помощи являются расширение форм её оказания, смещение акцента на развитие амбулаторного звена, интеграция психотерапии с соматической медициной. Доминирующей задачей психотерапии в «общественно ориентированной психиатрии» становится раннее выявление и активная терапия на начальных этапах болезненных расстройств, для предотвращения их хронизации, уменьшения трудопотерь и инвалидизации.

Этой задаче как нельзя лучше отвечает создание психотерапевтических кабинетов, отделений и центров на базе поликлиник, общесоматических лечебных и других медицинских учреждений, психоневрологических диспансеров и психиатрических больниц.

Деятельность психотерапевтических подразделений экономически целесообразна. Специальные исследования подчеркивают что лица с пограничными и психосоматическими расстройствами блуждающие по медицинскому лабиринту, переходя от специалиста к специалисту и не получая адекватной специализированной помощи истощают бюджет здравоохранения. При скромном подсчете, на 1000 таких пациентов государство тратит более 40 млн рублей в год. И это не говоря уже о трудопотерях, росте инвалидизации и других затратах.

При разумном подходе, сэкономленные средства могут быть использованы для создания эффективной системы оказания психотерапевтической помощи населению; что с одной стороны, обеспечит сокращение финансовых потерь в системе здравоохранения и существенно улучшит качество оказания медицинской помощи населению в целом, с другой - повысит качество жизни граждан РФ.

В соответствии с поставленными задачами, в июле 2012 года в Санкт-Петербурге в структуре СПб ГБУЗ ГПНДС-7 был создан Психотерапевтический центр состоящий из профилактического и лечебного отделений. Центр оказывает специализированную амбулаторную помощь населению всех

районов города, работает с 9.00 до 21.00, чтобы пациенты могли получать помощь без отрыва от своей основной деятельности.

Основными задачами центра являются следующие:

1. Лечебная: консультативная, консультативно-диагностическая и лечебная специализированная психотерапевтическая помощь, а также психогигиенические, психопрофилактические и психосоциальные реабилитационные мероприятия;

2. Организационно-методологическая: изучение и анализ заболеваемости населения Санкт-Петербурга пограничными психическими расстройствами и неврозами, разработка и предоставление Комитету по здравоохранению проектов программ по профилактике, ранней диагностике и этапному лечению, организационно-методологическая и консультативная помощь учреждениям здравоохранения и психотерапевтическим подразделениям СПб.

Контингент принимаемых пациентов – это лица от 18 до 65 лет, не имеющие инвалидности и не находящиеся на стационарном лечении в ЛПУ, а также без острой психотической симптоматики. Центр посещают 400-500 человек в неделю, что свидетельствует о высокой востребованности населения в психотерапевтической помощи.

Принцип преемственности в оказании психотерапевтической помощи пациентам от первичного обращения до социально-психологической реабилитации реализуется в бригадном подходе – в четком разделении функциональных обязанностей между врачом психотерапевтом, медицинской сестрой, медицинским психологом и специалистом по социальной работе и тесном сотрудничестве специалистов.

Работа психотерапевтической бригады обеспечивает комплексную помощь, охватывающую биологический, психологический и социальный уровень, реализуя тем самым современную биопсихосоциальную модель оказания помощи, сочетая медикаментозные и другие виды терапии с индивидуальной, семейной и групповой психотерапией и отработкой навыков успешного социального функционирования.

Схема работы психотерапевтической бригады при планировании стратегии лечебного процесса:

1. Клиническая (многоосевая) диагностика.
2. Индивидуальная психофармакотерапия, психологическая диагностика.
3. Психообразовательный этап (посещение групп психообразования, саморегуляции и арт-терапии).
4. Переход в основную психотерапевтическую группу или на основной этап индивидуальной психотерапии (выбор метода, постановка целей).
5. Проведение открытых и закрытых групп (в зависимости от состояния пациентов, целей лечения).

6. Промежуточное обсуждение (индивидуальной динамики, уровня включенности). Коррекция лечебного процесса.

В настоящее время в центре функционирует 6 полипрофессиональных бригад.

Врач психотерапевт возглавляет бригаду. На первичном приеме врач оценивает состояние пациента, определяет предварительный диагноз, обсуждает с пациентом план лечения, назначает фармакотерапию, предоставляет информацию по действию препаратов и срокам лечения, направляет на патопсихологическую диагностику, при сопутствующей соматической патологии - на обследование и лечение к врачам других специальностей (кардиолог, эндокринолог, гастроэнтеролог). Опираясь на данные результатов анализов и психологической диагностики, уточняет диагноз, переходит к индивидуальной и групповой психотерапии в рамках психодинамического подхода, направляет к психологу и социальному работнику для психологического сопровождения, реабилитационных мероприятий, проводит динамическое наблюдение за состоянием пациента.

Медицинский психолог проводит назначенные психодиагностические исследования, результатом которых является заключение с выделением патопсихологического симптомокомплекса и симптом-мишеней для дальнейшей реализации психологической коррекции в выбранном совместно с психотерапевтом и актуальном состоянии пациента методе (когнитивно-поведенческий, личностно-ориентированный, динамический, экзистенциальный подход и другие).

Социальный работник проводит широкое разнообразие поведенческих техник: помогает пациентам преодолевать фобии, навязчивые состояния и другие болезненные проявления, как в условиях медицинского учреждения, так и в реальных условиях (в общественном транспорте, подземных сооружениях, на мостах и т.д.). Совместно с психологом проводит арт-терапию и другие тренинги (прогрессивную мышечную релаксацию и пр.)

Все медицинские сестры психотерапевтического центра выполняют свои прямые функциональные обязанности, а также выступают в качестве ассистента психотерапевта. Старшая медицинская сестра ПТЦ непосредственно участвует в организации лечебного процесса вместе с врачами, психологами и специалистами по социальной работе.

Таким образом, специализированная бригада способствует:

- Обеспечению комплексного лечения
- Оптимальному подбору участников групп личностно-ориентированной групповой психотерапии.
- Увеличению интенсивности и глубины психотерапии.
- Уменьшению стоимости лечебного процесса и затрачиваемого на терапию времени.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПО ТЕЛЕФОНУ

Силкина Ю.А.

Тамбов, ОГБУЗ Тамбовская психиатрическая
клиническая больница»

Цель исследования: оценить степень эффективности проведения когнитивной терапии по телефону с проведением терапии при личной встрече.

Материалы и методы: группа исследователей из разных учебных заведений (University of Cambridge, national Institute of Health, NHS Midlands & East) в ходе совместной работы обнаружили, что обеспечение когнитивной терапии по телефону повышает доступ к психологической помощи для людей с распространенными психическими расстройствами, что в свою очередь потенциально уменьшает бюджетные затраты.

Для исследования были проанализированы данные 39 тысяч пациентов, собранные в ходе проведения таких услуг, как Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), для сравнения эффективности когнитивно-бихейвиоральной терапии (CBT), проведенной лично или по телефону.

Результаты: как оказалось, для всех несчастно определяемых клинических групп с более тяжелыми расстройствами, терапия, проведенная по телефону, не уступала в эффективности терапии, проведенной лицом к лицу. Больные не всегда могут иметь доступ к терапевтическим услугам в связи с транспортными проблемами, занятостью на работе или физической недееспособностью. Поэтому повышенная доступность когнитивной терапии посредством телефона существенно упростит таким пациентам возможность получения лечения.

Выводы. Опираясь на полученные результаты, представители национальной службы NHS Midlands & East учредили региональную обучающую программу для стандартизации подобного рода медицинских услуг и уверенности в том, что специалисты, оказывающие помощь по телефону, так же компетентны, что и работающие в клиниках. В настоящее время к данной программе обучения подключились и другие организации. Как отмечает профессор Питер Джонс (professor Peter Jones, University of Cambridge), предоставление такой услуги как телефонная когнитивно-бихейвиоральная терапия не только обеспечит лучший доступ к психологическим услугам, но сделает сам сервис более эффективным.

По оценкам экспертов, психические расстройства поражают каждого четвертого взрослого гражданина Британии ежегодно.

ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Старостин О.А.

Санкт-Петербург, ММЦ «Согаз»

Целью исследования явилась систематизация данных о развитии соматоформных расстройств (F 45 в МКБ-10) [2] и обоснование холистического подхода в психотерапии соматоформных расстройств.

С.А. Кулаков [1] описывает подход, представленный четырьмя основными векторами развития психосоматического заболевания: соматогенезом, психогенезом, социогенезом и ноогенезом. Развивая эти взгляды, мы предлагаем ввести понятие - «соматоэптотнеопсихологический» подход (СЭТП-подход), как модель холистического взгляда на психосоматические расстройства.

Наша гипотеза «психосоматизации» заключается в том, что на всех этапах пренатального и постнатального онтогенеза естественный процесс восприятия индивидуумом субъективной и объективной реальности может искажаться. Это происходит в ответ на действие различных СЭТП-факторов из-за того, что индивидуум не всегда готов целостно и ясно воспринять и усвоить получаемый опыт. Эти ситуации, образно говоря, являются некими «посланиями» и «задачами» для человека любого возраста. Неусвоенные «послания», нереализованные желания (потребности) непроизвольно запоминаются индивидуумом, искажая естественный психофизиологический процесс восприятия, который становится нецелостным (ахолистичным). Запоминание неусвоенных «посланий» происходит по тем же психофизиологическим механизмам, по тому же «маршруту», что и нормальный процесс восприятия: от ощущений к образу объекта, и далее, через эмоциональное отношение, к пониманию объекта.

На уровне телесных ощущений в ответ на «послание», которое оказалось «несвоевременным», посредством механизма мышечной памяти возникает локальное тоническое напряжение, формируются «мышечные блоки». Неосознанные и непроявленные эмоции по поводу этого события могут проецироваться на зоны мышечного напряжения, формируя на уровне подкорки и сегментарного аппарата центральной нервной системы патологический круг возбуждения, удерживающий, как сами «мышечные блоки», так и связанные с ними «негативные» эмоции. Одновременно возникают, но не осознаются, ограничивающие, патологические образы, связанные с «несвоевременным посланием» и соответствующие этой ситуации заблуждения, опасения, различные ограничивающие мысли. В дальнейшем осознанное восприятие индивидуума по данному или схожим поводам вызывает парциальное или тотальное затруднение и актуализирует соматические и психи-

ческие проявления, хранящиеся в различных видах памяти. Таким образом, у человека формируется локальная неосознанность («скотома неосознанности») по поводу конкретной жизненной ситуации («вызова»). «Скотома неосознанности» проявляется в четырёх психофизиологических «квадросферах»: в сфере вегетативно-висцеральных и двигательных реакций, в эмоционально-волевой сфере, в сферах образного и вербально-логического мышления.

Независимо от выраженности и последовательности проявлений расстройства нарушается единство душевного и физического, блокируется гармоничное, целостное психосоматическое функционирование индивидуума, возникают психосоматические (ахолистические) расстройства.

Среди существующего в настоящее время многообразия методов, позволяющих помогать пациенту целостно особое место занимают методики и техники холистической психотерапии [3]. Целью холистической терапии является повышение осознанности в зоне «слепого пятна», принятие пациентом ситуации, интеграция личного опыта и восстановление целостного восприятия пациентом «психотрамирующей» (проблемной) ситуации, на которую символически указывал симптом соматоформного расстройства. Возникающее в ходе терапии Осознание [4] не только помогает пациенту освободиться от симптома, но и открывает неосознаваемые ранее причины возникновения соматоформного расстройства.

КОМПЛЕКСНАЯ КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИСТУПАМИ ПАНИКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ, ИССЛЕДОВАНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е., Кузнецов В.В.,
Стефанов Г.Б., Дебрянская А.В.,
Москаленко Д.А.

Москва, Московский НИИ психиатрии
Минздрава России

Целью проводимого на протяжении ряда лет комплексного исследования является внедрение в клиническую практику метода когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств с приступами паники на основе оценки ее эффективности и исследования динамики состояния пациентов и механизмов психотерапии клиническим, психологическим методами.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на 160 пациентах тревожными расстройствами с приступами паники, с: 1) проведением краткосрочной (в среднем 10-15 одночасовых сессий) когнитивно-ориентированной психотерапии (в формате монопсихотерапии, либо в формате пре-

крашения фармакотерапии на фоне психотерапии); системной клинической оценкой эффективности психотерапии; оценкой динамики психотерапии психометрическими методами (MMPI, SCL-90-R, BDI, MAS, STAI, TAS, RRI, HARS) с учетом клинической эффективности, статистическим анализом данных. Исследование проведено в дизайне контрольного листа ожидания.

Результаты исследования. Получены данные о существенной стабильной эффективности комплексной когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств с приступами паники. Показано, что в случае начала психотерапии на фоне исходной психофармакотерапии, с ее последующим прекращением, длительность психотерапии возрастает, а эффективность достоверно снижается. Результаты исследований опубликованы, докладывались на российских и международных конференциях, конгрессах, изданы методические рекомендации.

Выводы. 1. Разработанная методика когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств с приступами паники характеризуется хорошей клинической и экономической эффективностью.

2. Методика когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств с приступами паники может рассматриваться как терапия выбора для профильных пациентов, отказывающихся от психофармакотерапии.

3. Необходимо дальнейшее комплексное (клиническое, психометрическое, нейрофизиологическое, нейрогормональное) исследование различий монопсихотерапии и комплекса психотерапии с психофармакотерапией, для описания причин увеличения сроков терапии и снижения эффективности последней.

ПРАКТИКА ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СТАЦИОНАРЕ САМАРСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Шейфер М.С., Краузе К.А., Мязина О.Б.

Самара, ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница»

Основной задачей психосоциальной реабилитации людей с психическими расстройствами является восстановление утраченных в результате болезни эмоциональных, мотивационных ресурсов личности, обучение взаимодействию, восстановление способности решать проблемы, интеграция в общество.

Из истории Античности известно, что музыка и танцы использовались для лечения людей,

страдающих меланхолией, или, как бы мы сказали теперь при тяжелых депрессиях (Ганс-Ульрих Виттхен, 2006, с.66). Реабилитация через музыку и движение помогает пациентам в развитии самосознания, в формировании альтернативных моделей поведения, которые приведут к более здоровому функционированию.

Анализ литературы показывает, что в психиатрических стационарах достаточно узко используются двигательные методы реабилитации пациентов с психическими расстройствами. Первое исследование о применении лечебной физической культуры в реабилитации больных шизофренией было выполнено Е.И. Бондаренко в Ленинградском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева в 1977г. О двигательных методах реабилитации писали В.М. Воловик, В.Д. Вид, Т.В. Гончарская, С.В. Днепровская (1982). Вместе с тем, все более популярной формой реабилитации в крупных стационарах становится танцевально-двигательная терапия – метод интегративной терапии, основой которого являются движение и танец с одной стороны, и психологические формы воздействия, с другой. В комплексном реабилитационном процессе танцевальная терапия не только способствует повышению биологического тонуса, но и является специфическим средством мобилизации, тренировки и организации моторики, эмоциональной и психической активации больных, вовлечения их в содержательное общение, социальной активации и опосредованного воздействия на личность больного (Краузе К.А., 2012г.с. 36)

Танцевально-двигательная терапия вбирает в себя различные теории, которые относятся к областям знаний о теле, движении, танце, психике, творческом процессе и творческом выражении. Метод включает в себя такие области, как анатомия, психофизиология, кинезиология, нейропсихология, телесно-ориентированная терапия, арт-терапия, метод анализа движений Рудольфа Лабана. В психиатрии танцевально-двигательная терапия чаще используется как вспомогательный метод совместно с медикаментозным лечением и особенно эффективна для пациентов, имеющих нарушения моторики и проблемы в сфере межличностных коммуникаций.

Танцевально-двигательный терапевт - специалист широкого профиля, обязательно, имеющий хореографический опыт и психологическое образование.

Задачами танцевально-двигательной терапии являются:

- коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений;
- формирование адаптивных моделей поведения - стимуляция развития волевых, аналитических процессов, коммуникативных навыков, эмпатии;
- улучшение функционального состояния организма: координации движений, снятие теле-

сных напряжений; активизация мышечного тонуса; улучшение кровообращения и обмена веществ в организме;

- изменение самооценки через осознание собственного тела, своих возможностей;
- повышение мотивации пациентов к психологической работе и лечению;
- поддержка и развитие терапевтических изменений;
- достижение устойчивой психосоциальной адаптации и повышения качества жизни пациентов и их близких.

С 2011 года в комплекс реабилитационных мероприятий психиатрического лечебно-реабилитационного отделения Самарской психиатрической больницы вошло новое терапевтическое направление - танцевально-двигательная терапия.

Противопоказаниями для направления на курс являются: наличие актуальной продуктивной симптоматики, стойкие суицидальные тенденции, грубые поведенческие нарушения, деменция, заболевания, симптомы которых, могут быть спровоцированы излишней физической активностью.

В условиях психиатрического стационара практикуется курс танцевально-двигательной терапии длительностью в 10 сессий, по 1,5-2 часа два раза в неделю. В группе могут участвовать мужчины и женщины. Оптимальное количество участников 10-12 человек. Чаще всего это пациенты с диагнозом шизофрения.

Структура танцевально-терапевтической сессии состоит из 5 частей. В процессе терапевтической сессии танцевальный терапевт информирует врача-психиатра о динамике изменений психического состояния пациентов. Это дает возможность совместно выстраивать программу дальнейшей реабилитации больных.

За время работы мы пришли к выводу, что танцевально-двигательная терапия может быть составной частью реабилитации пациентов с психическими расстройствами, помогает выявить индивидуальные возможности личности, позволяющие продолжить терапевтическую работу, целью которой является улучшение психического здоровья и социальной адаптации пациентов.

УСПЕШНОСТЬ СОВЛАДАНИЯ С СЕМЕЙНЫМ СТРЕССОМ РОДИТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОЗАМИ

Залуцкая Н.М.

Санкт-Петербург, ФГБУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Успешность совладания с семейным стрессом родителей больных шизофренией является важным параметром, оказывающим влияние на стиль взаимоотношений в семье, а, следовательно, и на

характер протекания заболевания. Оценка успешности копинга и механизмов, предопределяющих успешность совладания со стрессом, представляет большие трудности прежде всего ввиду выбора критериев измерения данных параметров. В настоящем исследовании мы руководствовались субъективной оценкой степени успешности совладания с семейным стрессом и скорости восстановления внутреннего гомеостаза родителей больных шизофренией. Установлено, что из 80 матерей и 73 отцов более половины обследованных считают свои попытки восстановления внутреннего гомеостаза успешными. Родители были разделены на подгруппы в зависимости от их субъективного мнения о степени успешности совладания с семейным стрессом. Обнаружено, что у матерей с успешным совладанием с семейным стрессом достоверно ниже показатели по шкале «Дереализация/деперсонализация» теста оценки нарциссизма, достоверно ниже параметры деструктивного нарциссизма и показатели по субшкале «сострадание к себе» теста SBAK. Отцы, оценивающие свои попытки справиться с нарушением внутреннего гомеостаза вследствие семейных конфликтов как успешные имеют достоверно более высокие показатели по субшкалам «Отвлечение от ситуации», «Заместительное удовлетворение» теста SBAK, чем субъективно неуспешные отцы, при этом параметры «мыслительного застревания» у отцов из первой подгруппы достоверно ниже. Отцы с субъективно неуспешным копингом имеют достоверно более высокие значения конструктивного внешнего отграничения теста ISTA по сравнению с отцами, вошедшими во вторую подгруппу. Полученные нами данные позволяют констатировать тот факт, что личностные характеристики являются важными факторами, предопределяющими успешность совладания с семейным стрессом родителей больных шизофренией.

ШКОЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Бугорский А.В.

*Санкт-Петербург, Санкт-Петербургское ГБУЗ
«Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко»*

Семейное окружение – это один из основных факторов, влияющих на течение и исход заболевания, результаты реабилитации больных, страдающих тяжелым психическим заболеванием. Поэтому проблемы родственников пациентов (дисстресс, связанный с заболеванием близкого, социальное и экономическое бремя болезни, стигматизация, отсутствие достаточной информации) находятся в фокусе внимания специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи.

В течение двух лет при Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П. П. Кашенко» работает школа психиатрической грамотности для родственников пациентов, страдающих, преимущественно, шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, проходящих лечение в отделениях первого психотического эпизода. Занятия проходят как в учреждении, так и в выездном режиме – в помещении ПНД районов обслуживания.

Количество участников группы варьирует от 7 до 15 человек. Продолжительность одного занятия 2 часа, периодичность – 1 раз в неделю. Первые три занятия группа является «открытой», после чего ее «закрывают». Основное требование к участникам групп является строгое посещение занятий, соблюдение правил группы, которые принимаются на 4-м занятии. Программа рассчитана на 12 занятий, по окончании цикла всем участникам выдается необходимая литература.

Модель заключается в комплексном подходе, учитывающем потребности семей (в информации, психотерапии, психологическом консультировании, выработке новых социальных навыков). За основу взята программа, разработанная НЦПЗ РАМН (Солохина Т. А., Ястребов В. С., Цапенко А. И. и соавт., 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 являясь в строгом смысле семейной терапией, использует ее средства, когнитивную терапию, нарративную, диалоговую и рефлексивную модели.

Наиболее активными пользователями 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.

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Семакина Н.В., Михайлов В.А., Багаев В.И.

*Киров, Кировская государственная медицинская академия,
Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева*

Перспективным направлением реабилитации в современной психиатрии является психообразовательная работа с пациентами и их семьями. Эпилеп-

сия детей социально значимое стигматизирующее заболевание, влияющее на качество жизни пациентов и его семьи. Родители играют важную роль в лечебно-реабилитационном процессе и социальной адаптации детей, страдающих эпилепсией.

Целью нашего исследования являлось комплексное изучение качества жизни, психоэмоциональной сферы, социальной фрустрированности, стигматизации родителей детей, страдающих эпилепсией, и разработка для них психообразовательной программы.

Материалы и методы исследования. Психосоциальное исследование 120 родителей детей, страдающих эпилепсией, выявило достоверно ($p \leq 0,001$) низкие показатели качества жизни (опросник КЖ ВОЗ-26), высокую личностную тревожность (шкала самооценки тревожности, Ч.Д. Спилберг) и социальную фрустрированность (шкала «Уровень социальной фрустрированности», Л.И. Вассерман и соавт.) в сравнении с контрольной группой родителей практически здоровых детей (95 респондентов). У 22% родителей детей, страдающих эпилепсией, определялся легкий уровень депрессии (шкала депрессии, В. Зунг). С помощью опросника стигматизации (Л.И. Вассерман, В.А. Михайлов) выявлена высокая стигматизация родителей детей, страдающих эпилепсией, недостаточная осведомленность их об эпилепсии и пессимистический прогноз на выздоровление при эпилепсии.

Результаты и выводы. Исходя из полученных данных, нами разработана программа психообразовательной работы с родителями детей, страдающих эпилепсией, направленная на восполнение информационного дефицита о заболевании эпилепсией, формирование позитивного отношения к терапии, толерантности к стигматизирующим факторам эпилепсии, профилактику и коррекцию психоэмоциональных расстройств, повышение психологической стрессоустойчивости. Психообразовательная программа для родителей детей, страдающих эпилепсией, условно разделена на блоки. Информационный блок, ориентированный на формирование знаний о клинико-социальных аспектах эпилепсии. Психологический блок, направленный на расширение стратегий разрешения проблем повседневной жизни, навыков эффективного совладания со стрессами, поиск ресурсных приоритетов в системе ценностных ориентаций. Психотерапевтический блок, включающий профилактику развития, своевременное выявление и коррекцию психоэмоциональных расстройств, обучение релаксационным методикам самопомощи родителей детей, страдающих эпилепсией. Психообразовательная работа может быть реализована в форме групповых и индивидуальных занятий с использованием всех доступных способов информирования: беседы, лекции, диалоги, обсуждения, презентации, буклеты, публикации в СМИ.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Русина Н.А.

Ярославль, Ярославская государственная
медицинская академия

Психотерапевтическая триада «мишеней» пациентов психосоматического профиля – «телесная скованность», «подавленные отрицательные эмоции» и «неконгруэнтность смыслов».

Пациенты психосоматического профиля перерабатывают проблемы интеллектуально. Проблемы пациента: ограничивающие убеждения, ригидность, стереотипные установки. Когнитивная терапия работает с установками пациента, расширяет поле его сознания. Приемы: фокусирование на проблемах, переформулирование базисных убеждений, подавление нежелательных мыслей, перевод ограничивающих убеждений в конструктивные, перевод иррациональных мыслей в рациональные, перевод «отрицательного» в «положительное», «теория относительности» отрицательных событий, принципы «золотого сечения», притчи.

В работе с больными можно получить рассказ об отрицательном эмоциональном состоянии без внешних проявлений обиды, агрессии, гнева, депрессии. Назвать их пациенты не могут в силу алекситимичности и бедности эмоционального словаря. Проявления эмоций нет. Подавление эмоций является маркером психосоматической природы заболевания. Больные затрудняются с маркировкой своего эмоционального состояния, не могут «проигрывать» его, им проще описать ситуацию. Приемы эмотивной психотерапии: маркировка эмоциональных состояний, обучение «отреагированию» эмоций, «выпускные клапаны для гнева», «слёзы», перевод отрицательных эмоций в физическую активность, «проговаривание» эмоционального состояния, фокусирование на внутренних переживаниях, а не на внешних событиях, различие между чувствами и телесными ощущениями, создание новой доминанты, творчество, юмор, стресс-айкидо, методы саморегуляции, дыхательные упражнения.

Следующая проблема: телесная скованность, «мышечный панцирь». Методы телесно-ориентированной терапии и оздоровительные мероприятия: косметические и водные процедуры, массаж и самомассаж, движения (гимнастика, танцы, йога, спорт, прогулки), методы саморегуляции (мышечная релаксация, аутотренинг, глубокое дыхание, изометрические упражнения), визуализация, медитация, самогипноз, процессуальные техники.

Другая группа проблем больного: ограниченный репертуар действий, уход в работу, игнорирование болезни, пассивный суицид. Важно научить больного или родственников следить за его состоянием. Для этого предназначена поведенческая терапия. Приемы: обучение уходу за собой, контроль

состояния, умение слышать свой организм, режим труда и отдыха, сон, питание, дневники самонаблюдения, «Школы» больного.

Главная проблема больных - неконгруэнтность смыслов. Для них чрезвычайно актуальны вопросы смысла жизни, вины, тревоги, смерти, одиночества. Работа с этими категориями может быть эффективной в парадигме экзистенциальной терапии. Приёмы: диагностика понимания понятий «ценности», «цели», «жизненный смысл», диагностика личных ценностей, построение жизненной стратегии, метафорическая и телесно-пространственная работа по «образу жизни», работа со сказками, метафорами, притчами, работа на осознание причинно-следственных связей в жизни личности, гармонизация первичных и вторичных способностей, духовного и материального, гармонизация психической и телесной сфер.

Начальный этап работы - подбор психологического инструментария обследования, адекватного каждой нозологии. Психологические исследования в психосоматической клинике посвящены изучению личностных особенностей пациента, семейных отношений, родительских директив. Для того чтобы приблизить психологическую диагностику к практике, психолог должен направить ее на выбор психотерапевтической мишени. В этой связи становится актуальным анализ личностных и средовых ресурсов пациента. Мы применяем методы диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ), самоотношения (МИС), адаптационных ресурсов (индекс жизненного стиля, копинг-тест), тест смысло-жизненных ориентаций, методику предельных смыслов, тест жизнестойкости.

Важно использовать не только психологические тесты, но и уметь диагностировать поведение пациента по значимым ситуациям. Благоприятной основой является умение раскрыть внутренний мир пациента, выявить неосознаваемые мотивы его поведения, скрытые от него самого и являющиеся средой для развития личности в болезни. Выяснить типы семейных проблем и актуальные способности можно, следуя теории позитивной психосоматики Н. Пезешкиана.

Психолог провоцирует процесс, при помощи которого мобилизуются заблокированные персональные силы в человеке. Задача психолога/психотерапевта - следить за невербальными проявлениями пациента. Маркерами эффективности работы является появление реакций, которые начинают сопровождаться изменениями в теле: жестикуляция, блеск в глазах, эмоциональность в речи, слёзы. Итогом диагностической ситуации должно стать проявление внутреннего конфликта пациента между его природной эмоциональностью и необходимостью сдерживать подсознательную агрессию на ситуации, с которыми он не может, но вынужден мириться в силу привычки. Он становится готовым к

«встрече с самим собой». Пациент должен осознать, как конфликт заставляет его реагировать определенной частью тела, органом: «реагировать кожей», «сдерживать дыхание», «плакать сердцем и т.п.

Второй этап - работа по осознанию связи между эмоциями и физиологическим состоянием, трудностей понимания и выражения чувств. Задача психолога/психотерапевта помочь пациенту маркировать его эмоциональное состояние и перейти к тренировке способности распознавания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, расширения эмоционального словаря.

Третий этап работы - изменение негативной установки пациента по отношению к отрицательным эмоциям, выявление причин, кто и когда «запретил» ему выражать отрицательные эмоции, фокусировка внимания на модусе переживания.

Как только он начинает отслеживать ситуации, в которых у него возникает ухудшение самочувствия, и научится связывать свое болезненное состояние с эмоциональным сдерживанием, переходим к четвертому этапу: обучению моделям совладания. Работа может осуществляться в техниках нейролингвистического «якорения» ресурсных состояний пациента, в которых ему бывает комфортно, медитативных техниках, обучении мышечной релаксации и глубокому дыханию.

Но все эти методы не позволяют решить главный вопрос больных: как жить в этом мире, как жить со своей болезнью. Экзистенциальный анализ А.Лэнгле направлен не на личность как на изолированную психическую целостность, но на человека как бытие-в-мире, т.е. на его ЖИЗНЬ.

В категориях экзистенциального анализа «экзистенция» - наполненность жизни. Задача человека – иметь внутренне согласие, формировать свою жизнь. Согласно теории экзистенциального анализа, человеческая экзистенция проявляется в 4-х реальностях: «мир» - то, что окружает человека; «жизнь» предполагает понимание, как человек взаимодействует с этой жизнью; «бытие самим собой» задает вопрос «что делает меня ценным?»; «будущее» предполагает нахождение в более широком контексте: семья, общество, смысл жизни. При внутреннем согласии в каждой из этих реальностей возникает ощущение внутренней свободы, наполненности жизни. Нарушения экзистенции приводят к стрессам, к клиническим расстройствам, к заболеваниям.

Нарушения взаимодействия с «миром» порождает страх, у человека нет защиты от опасности, нет опоры в этом мире. Главная категория на этом уровне – «я могу быть». Человек знает, чего он хочет, и если это совпадает с ситуацией, то на этом уровне мы имеем внутреннее «да». Если возникает страх, тревога, то есть ощущение, что «я не могу быть», это «да» отсутствует. Нарушения на уровне «жизнь» формируют депрессии. Человек

не способен адекватно воспринимать и выражать положительные эмоции, у него нарушен баланс категории «мне нравится». Нарушение на уровне «быть самим собой» приводит к тому, что человек не может справиться с самим собой и быть в мире с самим собой. Нарушается баланс категории «Я имею право». Возникают истерические и личностные расстройства. Утрата «горизонта», напряжение в сфере смысла жизни вызывает нарушение баланса категории «я должен», приводит к риску суицида, зависимого поведения. Все вместе нарушает «экзистенцию» - наполненность жизни, формирует экзистенциальный страх. Работа с 1-й фундаментальной мотивацией заключается в поиске внутренней опоры и развитии фундаментального доверия. Можно применить когнитивную психотерапию.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Семакина Н.В., Михайлов В.А., Багаев В.И.

Киров, Кировская государственная медицинская академия,
Санкт-Петербург, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева

Одним из приоритетных направлений Российского здравоохранения является охрана психического здоровья населения как основа национальной безопасности России. Современная медицина в рамках психодинамического подхода уделяет большое внимание психосоциальной реабилитации и качеству жизни больных социально значимыми заболеваниями. Многие авторы подчёркивают важную роль семьи в реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями. Эпилепсия – распространённое психоневрологическое заболевание, оказывающее большое влияние на социальное функционирование пациентов (М.М. Кабанов, 1998; Л.И. Вассерман и соавт., 2001; С.А. Громов и соавт., 2002; Н.Г. Незнанов, 2005; А.Б. Гехт, 2005; В.А. Михайлов, 2008; и др.). Реализация международной программы Всемирной Организацией Здравоохранения «Эпилепсия из тени» (Дублин, 1997), позволила достигнуть положительных результатов в улучшении качества диагностики и лечения эпилепсии, создании программ медико-социальной реабилитации пациентов. Несмотря на то, что современные противоэпилептические препараты позволяют в большинстве случаев получить контроль над эпилептическими приступами и улучшить качество жизни пациентов, проблемы социальной реабилитации и стигматизации сохраняют свою актуальность (В.А. Карлов, 2010). В исследованиях качества жизни больных эпилепсией подчёркивается влияние заболевания на психосоциальное функционирование пациентов и их близ-

ких родственников. Родители детей, страдающих эпилепсией, непосредственно осуществляют лечебно-реабилитационные мероприятия, обеспечивают комплаенс, формируют личность и внутреннюю картину болезни ребенка.

Целью нашего исследования являлось изучение качества жизни и оценка психоэмоционального состояния родителей детей, страдающих эпилепсией.

Методы и материалы исследования. В исследовании участвовали 120 родителей детей, страдающих эпилепсией не менее одного года. В контрольную группу были включены 95 родителей здоровых детей. Критерии исключения: отсутствие психических и соматических заболеваний на момент проведения исследования.

В исследовании применялись психодиагностические методики: опросник качества жизни ВОЗ КЖ-26, шкала самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин), шкала самооценки депрессии (В. Зунг, Т.И. Балашова).

Результаты исследования. В ходе исследования выявлены достоверно $p \leq 0,001$ низкие показатели общей оценки качества жизни родителей детей, страдающих эпилепсией, (87,9±11,6) в сравнении с контрольной группой родителей здоровых детей (104,5±7,5). Исследование структуры качества жизни родителей показало более низкие показатели в сферах, которые ассоциированы с заболеванием ребёнка – это физическая боль и дискомфорт, жизненная энергия и усталость, сон и отдых, способность выполнять повседневные дела, возможности для отдыха и развлечений, недостаток положительных и избыток отрицательных эмоций, неудовлетворённость личными взаимоотношениями, низкий уровень социальной поддержки, финансовые затруднения и повышенная потребность в качественной доступной медико-социальной помощи.

В процессе исследования психоэмоциональной сферы родителей детей, страдающих эпилепсией, были выявлены достоверно $p \leq 0,01$ высокие показатели по шкале депрессии (43,1±6,7), реактивной (35,8±8,8) и личностной (58,8±11,2) тревожности в сравнении с показателями по шкале депрессии (34,4±8,8), реактивной (23,8±5,9) и личностной (36,8±5,3) тревожности родителей практически здоровых детей. 76% родителей детей, страдающих эпилепсией, имели высокую реактивную тревожность, 100% - высокую личностную тревожность, 22% - лёгкую депрессию.

Корреляционный анализ выявил достоверную зависимость низких показателей сфер качества жизни (физической, психологической, духовной, независимости, социальных отношений, окружающая среда) и высоких значений уровня депрессии, реактивной и личностной тревожности родителей детей, страдающих эпилепсией (таб. 1).

Таблица 1. Корреляционный анализ показателей качества жизни и психологических критериев родителей детей, страдающих эпилепсией.

| Сферы качества жизни родителей детей, страдающих эпилепсией | Психологические критерии | | |
|---|--------------------------|------------------------|-------------------|
| | Реактивная тревожность | Личностная тревожность | Уровень депрессии |
| Физическая сфера | -0,260** | -0,219* | -0,355*** |
| Психологическая сфера | -0,282** | -0,278** | -0,287*** |
| Уровень независимости | -0,344*** | -0,302*** | -0,326*** |
| Социальные отношения | -0,341*** | -0,359*** | -0,490*** |
| Окружающая среда | -0,366*** | -0,383*** | -0,428*** |
| Духовная сфера | -0,346*** | -0,227* | -0,243** |
| Общее КЖ | -0,216* | -0,224* | -0,332*** |
| Состояние здоровья | -0,163 | -0,168 | -0,282** |
| Общее КЖ (итог.балл) | -0,416*** | -0,404*** | -0,490*** |

Примечание: r – критерий Пирсона (* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$)

Обсуждение и выводы. Исследование показало низкое качество жизни родителей детей, страдающих эпилепсией, наиболее низкие показатели отмечены в сферах опосредованно ассоциированных с эпилепсией детей: физической, психической, духовной, независимости, социальных взаимоотношений, окружающая среда. Высокий уровень реактивной тревожности родителей детей, страдающих эпилепсией, отражает глубину субъективных переживаний, беспокойства и озабоченности заболеванием детей. Высокая личностная тревожность родителей детей, страдающих эпилепсией, свидетельствует о личностной предрасположенности к устойчивым состояниям тревоги, беспокойства и внутреннего напряжения, что в свою очередь негативно отражается на стрессоустойчивости, самооценке, социальной активности. Состояние лёгкой депрессии, диагностированное у родителей детей, страдающих эпилепсией, является отражением длительной стрессовой ситуации и эмоционального напряжения и является предрасполагающим фактором к формированию тревожно-депрессивных и психосоматических состояний.

Исходя из полученных данных нами разработана программа психообразовательной работы с родителями детей, страдающих эпилепсией, направленная на профилактику и коррекцию психоэмоциональных расстройств, повышение психологической стрессоустойчивости. Психообразовательная программа для родителей детей, страдающих эпилепсией, условно разделена на блоки. Психологический блок, направленный на расширение стратегий решения проблем повседневной жизни, навыков

эффективного совладания со стрессами, поиск ресурсных приоритетов в системе ценностных ориентаций. Психотерапевтический блок, включающий профилактику развития, своевременное выявление и коррекцию психоэмоциональных расстройств, обучение релаксационным методикам самопомощи родителей детей, страдающих эпилепсией. Психологообразовательная работа может быть реализована в форме групповых и индивидуальных занятий с использованием всех доступных способов информирования: беседы, лекции, диалоги, обсуждения, презентации, буклеты, публикации в СМИ.

ОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ АУТОАГРЕССИИ И ЛОГОТЕРАПИЯ

Борисов И.В., Любов Е.Б.

Москва, ФГБУ Московский НИИ психиатрии Минздрава России

В период любого жизненного кризиса, особенно, если его морфология скрывает суицидальность, актуализируются экзистенциальные проблемы индивида. Суициденты онтологически связаны с вопросами жизни и смерти, любви и одиночества, свободы выбора и ответственности, смысла. Смысловая потребность, как другие потребности, и «ноогенные», и «витальные», у личностей, склонных к аутоагрессивному поведению, отличается большой напряженностью [1,2,5].

Целями исследования становятся создание диагностической методики для выявления предиспозиционных факторов суицида и построение модели психотерапии для воздействия на их ценностно-смысловые предпосылки.

Структура опросника состоит из четырех групп детерминант:

- а) факторы личностной уязвимости;
- б) актуальный стресс и микросоциальные конфликты;
- в) признаки социально-психологической дезадаптации;
- г) резервы личности и ситуации, coping-стратегии.

Психотерапевтический метод, который мы предлагаем [2], основан на интеграции логотерапии Frankl V. – Längle A. [5], аксиоанализа Ларичева В.П., а также изучения Гуровичем И.Я., Леонтьевым Д.А. феномена жизнестойкости [3,4]. Модель структурирована:

I этап. Изложение пациентом первичного представления о своих проблемах и подкрепление логогностического взаимодействия, которое открывает новые и переоценивать известные смыслы существования.

II этап. Экзистенциальный анализ иерархии ценностных ориентаций и суицидогенного ценностно-смыслового конфликта.

Можно сделать следующие выводы:

1. Цели профилактики определяют предмет исследования: им должна быть ранняя фаза пресуицидального периода.

2. Уровень суицидального риска может быть сформулирован как результирующая суицидогенных и антисуицидальных показателей, одним из которых является переживание смысла.

ВРАЧ-ПСИХИАТР И КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

**Бородин В.И., Бобракова О.Т.,
Олефиренко Л.В.**

Москва

Реабилитационные подходы к коррекции и восстановлению больных с пограничными психическими расстройствами предполагают практическое взаимодействие специалистов разного профиля: психиатров, психологов, социальных работников и др. В такой ситуации вопросы оптимизации взаимодействия врача-психиатра и клинического психолога выступают как наиболее актуальные.

В традиции клинической психиатрии врач-психиатр является ключевой фигурой в диагностическом и лечебном процессе, поскольку на нем лежит главная ответственность за жизнь и здоровье пациента. В основе ведущего для психиатра клинико-психопатологического метода лежит описательный подход к психическим нарушениям, с использованием таких понятий, как «симптом», «синдром», «нозология», отражающих не содержание, а форму психических расстройств, и нацеленных, прежде всего, на решение дифференциально-диагностических задач. «Побочным эффектом» такого подхода является негласный запрет на «психологизацию», приводящий в итоге к недооценке необходимости психологической работы с пациентом, а также чрезмерный акцент на медикаментозной терапии.

Позиция клинического психолога иная, поскольку его психотерапевтическая и психокоррекционная работа ориентирована на понимание личности с ее проблемами и переживаниями (часто трудно осознаваемыми). Психопатологические понятия для клинического психолога имеют значение только в качестве внешних границ, в рамках которых его методика не приведет к нежелательным последствиям (ложное понимание и ухудшение психического состояния).

Принципиальные методологические различия в подходах к одному и тому же предмету деятельности (пациент с пограничным психическим расстройством) со стороны врача-психиатра и клинического психолога неизбежно приводят к яв-

ной или скрытой конкуренции между ними и даже отказу от взаимодействия, что может сказываться крайне негативно на результатах лечения и реабилитации больных.

В связи с этим необходимо осуществлять активные усилия по поиску путей и организационных принципов взаимодействия между врачом-психиатром и клиническим психологом. При этом инициатива должна исходить, в первую очередь, от врача-психиатра, поскольку именно он выступает как центральное звено лечебно-реабилитационного процесса (как в плане лечения, так и ответственности за больного) в условиях психиатрического стационара. Требуется особое обсуждение роли лечащего врача в мотивировании пациента на получение психологической помощи вообще и формировании у него запроса на психотерапию.

Таким образом, взаимодействие врача-психиатра и клинического психолога в психиатрическом стационаре, на наш взгляд, должно основываться, во-первых, на тесном их сотрудничестве в реабилитационном процессе (регулярные обсуждения динамики состояния больных, сотрудничество в рамках долгосрочных психообразовательных, психотерапевтических и других реабилитационных программ), а во-вторых, – на четком разделении ответственности и ограниченном невмешательстве в работу каждого из специалистов, не исключающем возможность контроля лечебно-реабилитационного процесса в целом со стороны главной ответственной фигуры – врача-психиатра.

Учитывая пока еще низкий уровень психологической культуры населения нашей страны и актуальность проблем, связанных со стигматизацией и самостигматизацией больных с пограничными психическими расстройствами, на амбулаторном этапе лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо активнее использовать профессиональные возможности социальных работников. Прежде всего, это психообразование, информирование пациентов и членов их семей о способах получения медицинской и психологической помощи, коррекция проявлений стигматизации и самостигматизации, а также привлечение внимания государственных и общественных структур к нуждам больных.

СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ПЕРВЫМИ ПРИСТУПАМИ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ

Ханько А.В.

Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить особенности психологических реакций на болезнь у мужчин и

женщин с первыми приступами шизофрении и определить специфику психологического сопровождения больных с учетом пола.

Материалы и методы. Объект исследования – 2 группы пациентов – 50 мужчин и 50 женщин с параноидной шизофренией (длительность заболевания не более 5 лет, в анамнезе не более 3 психотических приступов). Все пациенты находились в стационарных отделениях «первого психотического эпизода». Использовались экспериментально-психологические методики: психологической диагностики типов отношения к болезни (методика ТООБЛ); «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; Гиссенский личностный опросник в адаптации Е.А. Голькиной с соавт.; копинг-тест Лазаруса (адаптация методики WCQ).

Результаты. Установлено, что для мужчин и женщин с первыми приступами шизофрении характерны три основных типа психологических реакций на болезнь: самостигматизация (соответственно $16,9 \pm 1,7$ и $18,2 \pm 1,8$), «уход в работу» (соотв. $17,4 \pm 2,3$ и $17,5 \pm 2,1$) и анозгнозия (соотв. $12,6 \pm 2,6$ и $14,4 \pm 2,6$). Самостигматизация у мужчин сопровождается стремлением занять безопасную зависимую позицию в межличностном взаимодействии ($r = -0,31$, $p < 0,05$), а у женщин – стремлением преодолеть свою уязвимость в связи с заболеванием ($r = 0,37$, $p < 0,01$) и попытками укрепить свою социальную позицию ($r = 0,53$, $p < 0,001$). «Уход в работу» у мужчин формируется в связи с не критичностью по отношению к заболеванию ($r = 0,37$, $p < 0,01$) и проявляется демонстрацией себе и окружающим своей независимости, адекватности и социальности, а у женщин – в связи с сензитивностью ($r = 0,28$, $p < 0,05$) и имеет целью не допустить идей самоуничтожения, доказать окружающим свою дееспособность. Анозгнозия у мужчин сопровождается повышением уровня социальной активности ($r = 0,29$, $p < 0,05$), а у женщин – повышением эмоционально-волевого контроля ($r = 0,43$, $p < 0,01$). В целом женщины с первыми приступами шизофрении, несмотря на меньшую аффективную сдержанность (соответственно $9,3 \pm 1,0$ и $6,5 \pm 0,9$; $t = 2,1$, $p < 0,05$), характеризуются большей критичностью, оптимистичностью и готовностью к реабилитационным мероприятиям (соответственно $5,3 \pm 1,1$ и $8,7 \pm 1,3$; $t = 1,98$, $p < 0,05$), по сравнению с мужчинами, проявляющими большую эмоциональную скупость по отношению к себе, своему здоровью и перспективам лечения.

Выводы. Психологическое сопровождение мужчин с первыми приступами шизофрении, в первую очередь, должно быть направлено на дестигматизацию, предполагающую коррекцию самооценки

и стимуляцию активности в сфере межличностных контактов, а также выработку у больных адекватных представлений о своей болезни с сопутствующим формированием конструктивных программ поведения в отношении собственного здоровья. Психологическое сопровождение женщин должно быть ориентировано на стабилизацию аффективного фона, развитие самоконтроля, обучение «позитивному» мышлению и формирование адекватного Я – образа.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Седова А.А., Тимохина Е.В.,
Смирнова О.Ю., Моросеева Е.А.

Тверь, ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

Цель исследования: изучение особенностей социально-гигиенических и психологических факторов риска школьной дезадаптации.

Материалы и методы: обследовано 67 учащихся 10-х классов средней школы г. Твери. Метод-анкета ВОЗ, содержащая 88 учетных признаков.

Результаты. Как показал анализ полученных данных, большинство подростков проживают с матерями и только 25 % в полных семьях. При этом 8% мальчиков и 12 % опрошенных девочек испытывают чувства одиночества. Исследование показали, что 46% молодых людей курят или пробовали ранее, также 29 % девочек считают себя курящими. Алкоголь употребляли 42% мальчиков и 48% девочек, причем 7% из них злоупотребили им. При возникновении проблем с алкоголем 29% мальчиков обращаются к друзьям. Наиболее значимыми лицами для подростков при возникновении проблем со здоровьем являются врачи, родители и родственники. Мальчиков в основном интересует тема спорта (63%), девочек также привлекает эта тема, но в 1,5 раза меньше. Свое здоровье субъективно оценили на <хорошо> и <отлично> 76,8 % детей. В тоже время 71,2% воспитанников пропускали занятия в течение года из-за болезни, что не соответствует оценки их субъективной оценки собственного здоровья. Наиболее привлекательными для всех подростковых групп являются занятия зарядкой и игровыми видами спорта (футбол, хоккей). Эти виды спорта преобладают у подростков, т. к. они не требуют вложения материальных средств и поэтому более доступны. У данных школьников преобладают пассивные формы восприятия информации, не требующие познавательных усилий. Чаще всего это легко воспринимаемые видеоряды и устные пересказы общеизвестных фактов. Надо заметить, что только 3 % мальчиков ответили, что за советом они бы обратились к родителям. Основ-

ным стимулом для укрепления здоровья подростки считают желание и силу воли. Наибольший вред здоровью, по мнению подростков, может нести употребление наркотиков, курение, и в меньшей степени употребление алкоголя. Исследование показало, что несмотря на осведомленность о вреде ПАВ, учащиеся вовлечены в разные формы аддиктивного поведения.

Выводы. Подростки воспитывающиеся в не полных семьях, наиболее часто подвержены социальной и школьной дезадаптации. Увеличивается число школьников имеющих искаженное представление о здоровье и методах профилактики заболеваний. Значительный процент школьников регулярно употребляет алкоголь и курит. Необходимо также принять во внимание, что подростки очень часто испытывают чувство одиночества и своей ненужности, что может вести к депрессивным состояниям и суицидальным попыткам. Полученные данные приводят к необходимости к выделению среди школьников группы риска – детей с различной степенью выраженности психической дезадаптации. Данную группу подростков должны постоянно курировать школьные психологи, педагоги и воспитатели, а при необходимости указанные учащиеся должны обращаться к врачу психиатру лечебно-консультативного приема в областной клинический психоневрологический диспансер.

ШКОЛЬНОЕ НАСИЛИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Воликова С.В., Нифонтова А.В.

Москва, Московский НИИ психиатрии Минздрава России,
МГППУ

Практически в любом школьном коллективе есть один или несколько детей, подвергающихся насмешкам и издевательствам со стороны сверстников, т.е. школьному насилию или буллингу. Постоянное пребывание в виктимной ситуации может приводить к снижению учебной мотивации, деликвентному поведению, появлению симптоматики тревожных и депрессивных расстройств, а также к увеличению суицидального риска (Бердышев, Нечаева, 2005). Взрослые, которые были жертвами школьного буллинга в детстве, имеют значительно более высокий уровень депрессии и более низкий уровень самооценки, чаще подвержены социальной изоляции, чаще проявляют симптомы социальной тревожности, черты асоциального поведения (Rigby, 2003; Arseneault, Bowes, Shakoor, 2010; Losey, 2011). За рубежом тема школьного буллинга (школьного насилия) активно изучается как специалистами, так и различными общественными организациями. В России эта тема изучена меньше.

Цель исследования: определить распространенность школьного насилия (буллинг), выявить связь уровня депрессии, тревоги и агрессии, а также восприятия учебной ситуации и школьного насилия.

Методы исследования:

1. анкета, позволяющая измерить уровень собственной вовлеченности в буллинг, а также степень и характер выраженности этого явления в классе;

2. опросник детской депрессии (CDI) М. Kovacs;

3. опросник личностной тревожности (А. М. Прихожан);

4. опросник «Школьная ситуация» (В.К. Зарецкий, А.Б. Холмогорова);

5. методика диагностики показателей и форм агрессии (А. Басс, А. Дарки).

Испытуемые: было обследовано 143 школьника 5-7 классов общеобразовательных школ г. Москвы.

Результаты: проведенное исследование показало, что 14,7 % детей (21 чел.- основная группа) из обследованной выборки признается в том, что регулярно подвергается физическому или психологическому насилию со стороны одноклассников. Среди причин школьного буллинга называется внешний вид детей-жертв, поведение, отличающееся от поведения одноклассников, плохая успеваемость, другая национальность. Было выявлено, что дети-жертвы буллинга чаще высказывают суицидальные намерения (33,3% подростков основной группы), чем дети, не подвергающиеся насилию (16%), чаще оказываются в группе риска по общему уровню депрессивности, у них выше общий уровень депрессивности ($p=0,000^{**}$), выше уровень тревоги ($p=0,000^{**}$). Обнаружена связь школьного буллинга и депрессии ($p=0,320^{**}$). У детей – жертв школьного буллинга выше уровень физической агрессии ($p=0,016^{*}$) и чувства вины ($p=0,049^{*}$). Большинство детей основной группы обладают высоким уровнем враждебности, что может быть как следствием буллинга (постоянное пребывание в виктимной ситуации развивает негативные чувства и оценки людей и событий), так и фактором, провоцирующим издевательство. Анализ ответов школьников обеих групп показал, что дети часто игнорируют, не вмешиваются в разворачивающуюся на их глазах ситуацию травли кого-то из одноклассников. Дети-жертвы особенно редко оказывают помощь одноклассникам, оказавшимся в виктимной ситуации, предпочитая не вмешиваться, или не замечают буллинга. Причина невмешательства связана со страхом вновь оказаться жертвой издевательств. Дети-жертвы, подвергаясь издевательствам, не могут дать отпор обидчикам, применяя в основном пассивное сопротивление или отказываясь от него, тогда как школьники контрольной группы утверждают, что им

удавалось остановить буллинг. В ситуации травли школьники-жертвы буллинга считают, что никто не может помочь, либо, в крайнем случае, обращаются за помощью к взрослым (учителям, администрации школы, родителям), не надеются на свои силы, практически никогда не обращаются к сверстникам. Школьники, не подвергающиеся травле, уверены, что могут справиться сами, обратиться за помощью к сверстникам. Как правило, отвергаемые дети испытывают трудности в общении со сверстниками. Они в одиночку или при помощи взрослых (которые обладают меньшим авторитетом в период подросткового возраста) пытаются справиться с буллингом, неизменно претерпевая поражение.

Школьный буллинг – явление, которое не просто отражает патологические отношения «булли - жертва», но свидетельствует о нарушениях на уровне системы в целом. Так, дети, наблюдающие школьный буллинг, зачастую предпочитают не вмешиваться, а иногда даже присоединяются к обидчикам, что косвенно или напрямую подкрепляет и усиливает издевательство. Учителя не всегда способны остановить буллинг, кроме того могут использовать унижение детей в «педагогических» целях, что безусловно не ведет к снижению издевательств в классе. Особенности взаимодействия в семье (родительская невключенность, враждебность или, напротив, гиперопека) также оказывают влияние на формирование и закрепление у ребенка позиции жертвы. Поэтому программы преодоления и профилактики школьного буллинга должны основываться на системном подходе, должны включать и быть ориентированы на всех субъектов учебно-воспитательного процесса.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ КАЧЕСТВАМИ

Брежнева О.Я., Шевцов С.А.

Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России

Введение. Влияние психических факторов на успешность физкультурно-спортивной деятельности в последние десятилетия активно изучается в нашей стране и за рубежом. При этом влияние психологических и психопатологических нарушений на ряд физиологических параметров становится всё более изучаемым и актуальным вследствие внедрения в современную науку биопсихосоциального, не одностороннего подхода к болезням и здоровью детского и взрослого населения России и всего мира (Смулевич А.Б., 2012; Yavuz H.U., Oktem F., 2012).

Значительная роль тревожности, дистресса, эмоционального выгорания, агрессии, депрессии и пессимизма при занятиях физической культурой и

спортом признается не только учеными (психологами, психиатрами и врачами спортивной медицины), но и большинством практикующих тренеров и преподавателей. Однако изучение влияния депрессивных расстройств на стандартные функциональные тесты врачебного контроля и психомоторные показатели занимающихся физкультурой и спортом представлено пока еще недостаточным количеством работ, причем и у нас в стране, и за рубежом (Ачкасов Е.Е., Руненко С.Д., Пузин С.Н., 2012; Dujic Z., Breskovic T., 2012).

Одним из наиболее важных физических качеств для занятий спортом и физкультурой являются выносливость, в частности, устойчивость к гипоксии. Проба Штанге, которая широко применяется в медицине спорта, при обследовании занимающихся физкультурой, при физиологических и психологических исследованиях, является одной из методик для её выявления. Из нормативов данного теста на устойчивость к гипоксии известно, что разброс времени пробы Штанге у подростков возрастного диапазона 12-18 лет имеет недостоверное различие, что позволяет объединить обследуемых разного возраста в одну группу (Басович С.Н., 2011).

Простая зрительно-моторная реакция (ПЗМР), как нейродинамическая характеристика тоже относится к методам измерения физических способностей, точнее – быстроты, человека и широко применяется в психофизиологических и психометрических исследованиях. Данный отрезок времени (в миллисекундах) можно измерить с помощью нескольких компьютерных программ для персонального компьютера и посредством специальных программно-аппаратных комплексов. Например, с помощью компьютерной программы «Эффектон», комплекса для психофизиологического тестирования «Иматон», аппаратно-программного комплекса «Биомышь» и многих других (Ильин Е.П., 2012).

Целью нашей работы было изучить влияние депрессии легкой и умеренной степени на ряд показателей функционального обследования и врачебного контроля спортсменов и занимающихся лечебной физкультурой.

Материал и методы. Во врачебно-физкультурном диспансере г. Подольск и в детской городской поликлинике №146 г. Москва обследовано 103 подростка мужского пола в возрасте 12-18 лет, средний возраст – 14,6±1,2 лет.

Клиническое обследование психического статуса проводили с использованием стандартизованных оценочных психометрических шкал: вышеназванной шкалы оценки депрессии Гамильтона (HDRS-17). Для первичной диагностики аффективных нарушений применяли тест самооценки депрессии Цунга и шкала Children's depression inventory

Для более дифференцированного анализа полученных данных, после проведенного скрининга, пациенты были разделены на три группы:

одна группа контроля (35 школьников) – без эмоциональных нарушений и две исследуемых группы (по 34 пациента) – с разной степенью депрессивных проявлений. Подростки с выявленной депрессией были разделены на две группы по выраженности депрессивного расстройства – легкая степень (minor depressive disorder, количество баллов по шкале HDRS-17 – от 8 до 16) и умеренная (major depressive disorder, количество баллов по шкале HDRS-17 – от 17 до 25).

По МКБ-10 диагнозы у пациентов были следующими – депрессивный эпизод, легкой степени, с соматическими симптомами (38 человека, 55,9%) и расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция (30 пациентов, 44,1%).

Использовали две методики: тест Штанге для оценки устойчивости к респираторной гипоксии (breath-holding test, static apnea) и измерение времени простой зрительно-моторной реакции (simple reaction time). В исследовании пробу Штанге проводили по стандартной методике.

Измерение ПСМР проводили с помощью компьютерной программы «Эффектон» и входящего в неё теста «Тир». В данном тесте испытуемому давали 10 попыток максимально быстро среагировать на изменение цвета картинки на экране монитора с помощью клавиатуры персонального компьютера с установленной операционной системой Windows, с определением наилучшего времени реакции.

Тестирование проводилось самим подростком с помощью врача или родителей в течение 10-15 минут с заполнением данных пациента в базу данных.

Изучение имело выборочный характер при скрининговом отборе подростков с разной степенью депрессии на амбулаторном приеме с соблюдением репрезентативности данной выборки при дальнейшем анкетировании. Обязательным условием было добровольное согласие респондента (и его родителей) на участие в исследовании.

Результаты и их обсуждение. Данное исследование позволило выявить достоверные различия во времени двух функциональных проб при разной степени эмоциональных нарушений у подростков.

При отсутствии депрессии (в контрольной группе) среднее время пробы Штанге было от 35 до 78 сек., среднее – 58±1,2, тогда как при легкой депрессии – от 29 до 51 сек., со средним значением в 46±1,7 сек., а для пациентов с умеренной депрессией – от 18 до 45 сек., среднее – 35±1,5.

Таким образом, выявлена зависимость между степенью депрессивного расстройства и устойчивостью подростков к респираторной гипоксии ($p < 0,05$), но данная корреляция была значима только между группами без депрессии и с умеренной депрессией. Достоверных отличий между контрольной группой и группой пациентов с легкой депрессией не выявлено ($p > 0,05$).

При оценке времени реакции на световой стимул в группе подростков без депрессии, среднее время ПЗМР составляло $205 \pm 3,2$ мс (от 114 мс до 247 мс). Этот показатель при легкой степени депрессии принимал значения равные $277 \pm 2,8$ мс (от 202 мс до 295 мс), а при умеренной степени депрессии отмечалось его статистически значимо выраженное повышение ($p < 0,05$) до $359 \pm 2,9$ мс (от 229 мс до 393 мс).

Изучение простой зрительно-моторной реакции подростков позволило установить, что увеличение степени выраженности депрессии вызывает снижение скорости реагирования на зрительный раздражитель ($p < 0,05$).

В результате проведенного дальнейшего анализа времени функционального тестирования при непсихотической депрессии достоверные возрастные различия не были выявлены ($p > 0,05$).

Тесты Штанге и ПЗМР позволили выявить достаточно характерные физиологические особенности подростков с клинически выраженной депрессией, что подтвердило психосоматический патогенез данного эмоционального расстройства и взаимосвязь центральной нервной системы с двигательной деятельностью.

Выводы. 1. Данное исследование показало, что наличие клинически выраженного (умеренного) депрессивного расстройства связано с уменьшением временных результатов пробы на устойчивость к респираторной гипоксии ($p < 0,05$).

2. Исследование выявило значимую зависимость ($p < 0,05$) между наличием клинически выраженного депрессивного расстройства непсихотического уровня и временем простой зрительно-моторной реакции.

3. Зависимости между временем данных тестов и слабой степенью депрессии у подростков не обнаружено ($p > 0,05$).

4. Полученные результаты указывают на необходимость профилактики и коррекции депрессивных расстройств умеренной степени у подростков для развития необходимых физических качеств, а также на необходимость тренировки выносливости и быстроты у пациентов с гипотимическими нарушениями.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ РОДИТЕЛЕЙ, РЕШАЮЩИХ В СУДЕ ВОПРОС О МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ РЕБЕНКА

Анцыферова О.А., Мокшанова С.В.

Пенза, ГБУЗ ОПБ им. К.Р. Евграфова

В периоды больших социальных перемен, общественно-политических кризисов всегда отмечается значительная нестабильность в обществе и, как следствие, - рост числа разводов. В нашей стране за последние 20 лет эта тенденция выражена достаточ-

но отчетливо. В связи с отмеченными тенденциями, а также в связи с повышением юридической грамотности членов Российского общества растет число граждан, обратившихся в суд на основании статьи 24 п.2 Семейного Кодекса РФ по поводу решения вопросов о месте проживания ребенка. Начиная с 2008 года, на базе отделения амбулаторных СПЭ Областной психиатрической больницы им. К.Р. Евграфова на основании постановления суда проводится один из новых и достаточно сложных видов комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ), целью которых является помощь суду в решении вышеуказанных вопросов, связанных с местом проживания детей. При этом предметом КСППЭ является оценка как психического состояния, так и индивидуально-психологических особенностей родителей и определения их влияния на эмоциональное состояние, психическое развитие и психическое здоровье ребенка. Данный вид экспертиз является еще довольно редким, однако накоплен уже достаточно богатый материал для изучения и анализа индивидуально-психологических особенностей родителей, являющихся участниками данных гражданских дел. За последние 5 лет в отделении амбулаторных СПЭ было проведено 13 экспертиз данного типа, с общим количеством подэкспертных – 36 человек, из них 12 детей, 21 родитель, 2 бабушки. Во всех случаях в семьях обследованных родителей имели место длительные конфликтные отношения между участниками судебных тяжб по поводу определения места проживания ребенка. Согласно заключению комиссии экспертов, практически все обследованные родители были признаны психически здоровыми людьми, за исключением одной подэкспертной мамы. Всем подэкспертным было проведено экспериментально-психологическое исследование, в ходе которого применялись традиционные методы исследования когнитивных процессов, а также такие методы исследования личности, как опросники ИТО, Леонгарда, проективные методики, кроме того, была использована методика детско-родительских отношений Варга – Столина. Обследованные родители имели средний или выше среднего уровень интеллекта. Патологических особенностей в структуре личности и эмоционально-волевой сфере выявлено не было. Однако у родителей, решающих в судебном порядке вопрос о месте проживания ребенка, имеются некоторые общие стержневые черты характера. Нужно отметить явную похожесть этих родителей, некую общность их характерологических особенностей, позволяющих отнести их к группе стенических личностей.

Все родители, прошедшие экспертизу, были активны, общительны, достаточно уверены в себе, у них преобладала мотивация достижения успеха, стремление к самореализации, к независимости, самостоятельности, имела тенденция к доминиро-

ванию и лидерству, отмечалась высокая самооценка и уровень притязаний. У всех родителей в структуре личности присутствовал демонстративный компонент. Все они были эгоцентричны, нуждались во внимании и признании со стороны окружающих. Как стержневой нужно отметить также фактор ригидности, проявляющийся в виде настойчивости, упрямства, потребности в отстаивании собственных установок, критичности в отношении иных мнений, что могло осложнять взаимоотношения с близкими людьми. У многих подэкспертных отмечалось повышение спонтанности, в конфликтных ситуациях проявлялась импульсивность. У родителей женского пола чаще в характере присутствовала эмоциональная лабильность, эмотивность, изменчивость настроения. В целом все родители в значимых ситуациях могли проявлять осознанный контроль над выражением своих эмоций и поведением.

Материал, имеющийся в распоряжении авторов статьи, конечно, не исчерпывает всего многообразия и вариаций индивидуально-психологических особенностей личности родителей, являющихся участниками гражданских дел по определению места проживания ребенка, но в целом проведенные экспертные исследования подэкспертных все-таки позволяют нарисовать их типичный психологический портрет.

СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ СТУДЕНТОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КАК РЕСУРС ПОСТРОЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СРЕДНЕ – СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Генералова Г.Е., Подольская М.Н.,
Ивашев С.П., Ивашев К.С.

Волгоград, ГОУ СПО Медицинский колледж № 1,
ГКУЗ «ВОДКПБ», МУЗ Поликлиника № 6

В числе прогрессивных форм организации решения проблемы психического здоровья детей и подростков является построение и совершенствование механизма межведомственного взаимодействия органов здравоохранения и образования. Базовые аспекты практической деятельности в данном направлении нашли отражение в реализации Программы изучения состояния психологического благополучия и уровня психического здоровья работников ГБОУ СПО «N-ского колледжа» и обучающихся.

По мнению большинства авторов, чем раньше начнется направленное личностное и профессиональное развитие человека, тем в большей степени можно прогнозировать его психологическое благополучие, уровень общего и психического здоровья, удовлетворенность жизнью и личностный рост.

Актуальность нашего исследования вызвана практической необходимостью в определении уровня психологического благополучия студентов, которое отвечает интересам сохранения и укрепления здоровья, обеспечивает должное качество жизни и уровень социального функционирования, способствует их адекватному поведению в проблемной и кризисной ситуации, самореализации как зрелой личности.

Цель исследования. Выявить системные закономерности психологического благополучия студентов и преподавателей в качестве инструмента оптимизации здоровьесберегающих технологий в учреждении средне-специального образования.

Материалы и методы. В данной работе основополагающим стало изучение психологического благополучия двух качественно отличающихся социальных групп – с одной стороны, студентов возраста ранней юности, с другой, - преподавателей N-ского ГБОУ СПО и построение корреляционной модели факторов, влияющих на психологическое благополучие. В рамках пилотного проекта для исследования были отобраны студенты-первокурсники в количестве 56 человек и преподаватели в количестве 64 человек. Для исследования использовалась вербальная методика «Шкала субъективного благополучия» К. Рифф (ШСБ). Использовались процедуры параметрической статистики – сравнительный и корреляционный анализ (Excel, STATISTICA 8.0).

Результаты и их обсуждение. Обнаружено, что группа студентов по параметрам вербального теста характеризовались наибольшим уровнем таких шкал, как «Личностный рост», «Цели в жизни» и «Позитивные отношения с окружающими». В свою очередь такие шкалы, как «Автономия» и «Управление средой» отличались наименьшим уровнем, что позволяет предположить у данной группы обследованных лиц фрустрированность соответствующих сфер психической деятельности.

Сравнительная характеристика представителей преподавательского корпуса по параметрам вербального теста выявило отрицательные сдвиги по всем параметрам. Из них статистически достоверными оказались различия по интегральному индексу «Психологического благополучия», а также по отдельным шкалам «Цели в жизни» и «Автономия». Различия на уровне тенденции, приближающейся к пороговому значению статистически значимой, отмечены в отношении шкал «Самопринятие» и «Личностный рост». Минимальные сдвиги оказались по параметрам «Управление средой» и «Позитивные отношения с окружающими». Полученные данные позволяют предположить, что вопросы перспективного планирования и спонтанности как значимые компоненты профессиональной деятельности педагога испытывают значительные трудности в плане их самоактуализации как проблемных, мотивирующих.

Корреляционный анализ значительно обогатил картину имеющихся различий. Процедура проводилась по сравнению корреляционных плеяд, построенных по средним и сильным парным корреляциям Пирсона. Интерес представляют взаимосвязи интегрального индекса «Психологического благополучия» с остальными параметрами субъективного благополучия, обнаружившие избирательную согласованность параметров.

Так, например, у группы студентов наблюдается «цикл» - 3-х вершинный граф положительных корреляций, объединяющий «Психологическое благополучие» - «Управление средой» - «Самопринятие». В свою очередь шкала «Автономии» действительно оказалась автономной, - имея минимальные связи с остальными «участниками» корреляционного пула. Вероятно, представленная картина может стать почвой патологизирующей системы с положительной обратной связью, в рамках которой фрустрированная потребность эффективно влиять на сферу социальных отношений негативно сказывалась бы на самооценке себя как личности и в конечном итоге обуславливала бы формирование субъективного образа психологического неблагополучия. При этом в случае неуспеха преодоления складывающихся трудностей возможным путем компенсации выступала бы подсистема «Автономии».

Группа, представленная корпусом преподавателей характеризовались согласованностью всех параметров субъективного благополучия с интегральным индексом «Психологического благополучия», иного цикла положительных корреляционных связей, включающего в себя «Психологическое благополучие» - «Автономии» - «Самопринятие». Содержательная интерпретация выявленных взаимосвязей позволяет предположить наличие более «напряженного» корреляционного пула, а также почвы для формирования «порочного круга», отличительной особенностью которого является чувство собственной несвободы. При этом в отличие от группы студентов сообщество преподавателей имеет меньше ресурсов для компенсации.

Выводы. Таким образом, следует отметить, что в первую очередь собственно сам учебный процесс должен быть пронизан идеологией оздоровляющего сопровождения. В этом случае внеаудиторные, внеклассные оздоровляющие мероприятия как по затратам временным, организационным, ресурсным будут приобретать соподчиненный характер.

В качестве модели применения здоровьесберегающих технологий следует признать практические семинарские занятия, в ходе которых наиболее полно представлено взаимодействие преподавателя и студента. Рождается диалог, в ходе которого формируется коммуникативная компетентность, как важнейший фактор личностного роста, который ка-

сается и студента, что вполне очевидно, и в не меньшей мере – преподавателя. Здесь, кстати, следует отметить немаловажный потенциал профилактики эмоционального, профессионального выгорания.

В качестве конкретной модели оздоровляющего мероприятия предлагается «ассамблейный урок» (например по химии – как одного из самых трудных предметов). Его особенностью является перенос акцента коммуникации с вертикальной «архитектуры» (преподаватель - студент) на горизонтальную (студент - студент). Последняя позиция, к сожалению, несет еще на себе бремя ригидной «школьной классики», накладывающий запрет на «списывания», «подсказки» и т.п. проявления спонтанно формируемых в образовательной среде способов «адаптации» к контролю параметров учебного процесса. Собственно «ассамблейное» качество занятия могло бы быть рядоположенным «круглому столу», естественным образом создающим условия для равноправного участия каждого индивидуума в коллективном прояснении содержания темы занятия.

Другой модельный аспект можно условно обозначить как «эффект подмастерья». Его смысл раскрывается категорией творчества в педагогике, пронизывающего функцию отношений «мастер - ученик». Представим следующую цепь рассуждений. Основным элементом Знания является его практическое применение. В современной культуре обучения и педагогики отсутствует или сильно редуцирован элемент практического применения знания полученного в средних и средне специальных образовательных учреждениях. Это означает, что на деле отсутствует такой элемент педагогики как «эффект подмастерья». В этом свете преподавателю надлежит выступить в роли мастера, т.е. специалиста активно формирующего средствами педагогического творчества проблемную ситуацию. Это позволит поставить и преподавателя, и студента «по одну сторону баррикады», по другую сторону которой находится собственно проблема – основа учебной мотивации. И еще одно замечание – поскольку мы имеем дело с проблемой, постольку эта ситуация создает общую почву для личностного роста как для учащегося, так и для преподавателя.

ВОСПРИЯТИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛЮДЬМИ ТВОРЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Демидова Л.Ю., Долныкова А.А.,
Елькина Д.Ю.

Москва, МНИИ психиатрии Минздрава России, МГППУ

В последние годы в нашем обществе активно обсуждается проблема толерантности. Но, как правило, речь идет о гастарбайтерах и о гомосек-

суалистах. Тема толерантности по отношению к психически больным звучит гораздо реже, а стигматизирующие высказывания – достаточно часто. В то время как успехи лечения позволяют улучшать качество жизни больного, стигматизация препятствует этому. Тому есть не только социальные, но и глубокие психологические корни. Причины возникновения многих психических болезней до конца не изучены. Болезнь может возникнуть в течение всей жизни. Психическая болезнь может приводить к изменению личности, может затруднять общение с человеком, к тому, что человек выпадает из обычной жизни. Заболеть психической болезнью и страшно, и возможно. Страх собственного заболевания, в отсутствие однозначно успешных способов избежать болезни (кроме зависимости от психоактивных веществ) способствует тому, что люди, считающие себя здоровыми, формируют представление о болезни и больных, максимально отдаляя больных от себя, проводя жёсткую границу между здоровыми и больными. Представление о больных, как о совсем других людях, «сделанных из другого теста» позволяет уменьшить страх собственного заболевания. Этому же способствует представление о больных, как о слабовольных, виноватых в нарушении нравственности, греховных людях. Такие воззрения позволяют человеку избежать страха собственного заболевания, ведь поступать нравственно, совершать волевые поступки подвластно сознательным усилиям. Представление о сложном устройстве психической жизни, о том, что не все поддаётся сознательному волевому контролю, что есть спонтанно возникающие душевные движения и эмоции не слишком распространены в обществе. Об этом, в частности, говорит частота употребления фраз типа: «возьми себя в руки», «не думай об этом», «брось, не переживай».

Мы предположили, что социальной группой, имеющей представления о сложной организации душевного мира человека, о неподвластности его волевым усилиям, о том, что сложные, а иногда и тяжёлые душевные переживания могут обладать некоторой ценностью помимо профессионалов, работающих в области психического здоровья, могут быть люди творческих профессий. Следовательно, мы предположили, что эти люди несколько иначе воспринимают психическую болезнь и больных, отличаются менее стигматизирующим отношением к больным. В рамках исследования факторов, влияющих на стигматизацию, мы поставили в качестве цели данной работы выяснение особенностей отношения к больным людям творческих профессий.

Для этого было проведено обследование 26 человек, студентов музыкальных и художественных вузов и уже работающих музыкантов и художников. Помимо основной группы была обследована группа экономистов, год назад окончивших вуз (25 человек). Испытуемым предлагался опросник «Со-

циальные представления о психическом здоровье» (Л.Я.Серебряйская с соавторами).

Были получены следующие результаты. Люди творческих профессий реже по сравнению с экономистами считают, что общение с психически больным «вряд ли будет полезным и приятным» (7% и 26% соответственно), чаще готовы принять больного в компанию своих друзей (78% и 42% соответственно). Ни один представитель творческой профессии из обследованных нами не считал, что больные люди не могут учиться в ВУЗе (среди экономистов таких было 26%), среди них меньше людей, которые считает, что больных, не понимающих, что они больны, нужно лечить принудительно (22% и 53% соответственно), меньше тех, у кого больные вызывают страх (17% и 47% соответственно). Но среди них оказалось несколько человек, у кого больные вызывают негодование и раздражение, в то время, как среди экономистов таких не оказалось вовсе. Среди людей творческих профессий не было никого, кто бы считал, что психически больные во многом сами виноваты в своей болезни, а среди экономистов таких 22%. Подавляющее большинство людей в обеих группах не считает, что болезнь может быть результатом безволия. Около трети, однако, полагает, что волевым усилием можно справиться с болезнью. Почти все представители творческих профессий (94%) считают, что больные во многом такие же как остальные люди, среди экономистов таких 67%. Экономисты гораздо чаще уверены, что больного можно распознать в толпе и при личном общении. Представители творческих профессий почти в два раза чаще считают, что болезнь может принести пользу для развития личности (72% и 38% соответственно). При анализе факторов опросника Серебряйской с соавт. были выявлены достоверные различия по такой шкале как «Агрессивное восприятие» и «Контроль и отвержение». По обеим шкалам показатели группы экономистов выше. В то время как по шкале «Небиологические представления о психической болезни» показатели двух групп очень близки. Но люди творческих профессий хуже экономистов относятся к психиатрии и психиатрам, среди них меньше людей, готовых обратиться к психиатру и больше – считающих, что психиатрия может использоваться как инструмент репрессий.

Таким образом, исследование подтвердило нашу гипотезу о том, что люди творческих профессий меньше склонны стигматизировать психически больных, легче их принимают. Как мы предполагаем, это связано с тем, что они лучше осознают собственные душевные порывы, свои эмоции, возможно, лучше представляют значение эмоций (не только положительных) для творческой деятельности. Эта среда, принимая творческую индивидуальность, вероятно, легче принимает любую другую индивидуальность, нестандартность.

Из этого можно сделать вывод о том, что одним из факторов уменьшения стигматизации является не только психиатрическое просвещение общества (с информацией о сложной этиологии болезней, возможностях лечения и пр.), но и психологическое просвещение, содержащее в себе представления о сложности нашего душевного мира, об индивидуальных различиях, о значении эмоций, в частности, отрицательных, о возможности анализировать свое эмоциональное состояние, о значении такого анализа для предупреждения психологических проблем.

СВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ С СЕМЕЙНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ И КАЧЕСТВОМ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ

Клименкова Е.Н., Краснова В.В.

Москва, Московский Городской Психолого-
Педагогический Университет

Актуальность данного исследования обусловлена широкой распространенностью социальной тревожности в студенческой среде. Отечественные исследования последнего десятилетия регистрируют рост социальной тревожности и застенчивости: в исследовании 2011 года было показано, что более половины студентов младших курсов имеют средний и высокий уровень социальной тревожности, при этом у 35% из них также присутствуют симптомы разной степени тяжести, в т.ч. тяжелой степени у 2,5% опрошенных (Краснова, 2011, 2013). Также в отечественных исследованиях последних лет отмечается высокий рост эмоционального неблагополучия среди молодежи, а некоторые исследователи отмечают связь эмоциональной дезадаптации с семейными дисфункциями (Холмогорова, Воликова, Полкунова, 2005, Холмогорова, Воликова, 2004). Такие результаты демонстрируют, насколько велик риск эмоциональной дезадаптации в студенческой среде у студентов, страдающих социальной тревожностью и застенчивостью.

Цель данного исследования: изучение распространенности и выраженности социальной тревожности у студентов, ее связи с эмоциональной дезадаптацией, семейными дисфункциями и качеством интерперсональных отношений. Были обследованы студенты 2 курса московских колледжей, всего 64 человека. Методический комплекс включал в себя 9 методик: шкала социального избегания и дистресса (SADS) D.Watson, R.Friend, шкала страха негативной оценки D.Watson, R.Friend, Краткая шкала социальной фобии J.R.T. Davidson et al, Шкалы депрессии и тревоги А.Бека, Опросник воспринимаемой социальной поддержки E. Sommer, G. Fydrich, Структурированное интервью «Москов-

ский интегративный опросник социальной сети» А.Б.Холмогоровой, Фрайбургский семейный опросник P. Schieb и Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» А.Б.Холмогоровой.

Результаты эмпирического исследования показали, что: 42,19% обследованных студентов отмечают у себя лишь легкие симптомы депрессии, всего 18,75% - симптомы умеренной тяжести. Ни у одного из обследованных нами студентов нет тяжелой депрессии, ни один из студентов также не выразил суицидальных намерений, но у 15,62% опрошенных есть пассивные суицидальные мысли, остальные студенты - 84,78% опрошенных мыслей о самоубийстве в самоотчете не отмечают. 48,44% испытывают симптомы тревоги умеренной выраженности, а 17,9% испытывают высокий уровень общей тревоги, лишь у 16,25% обследованных студентов нет симптомов тревоги. Данные, полученные в исследовании, свидетельствуют о среднем уровне социальной тревожности в исследуемой выборке. Согласно результатам, лишь 12,5% опрошенных набрали от 30 до 40 баллов по шкале социофобии, что в два раза меньше, чем аналогичный показатель, полученный в исследовании В.В.Красновой (Краснова, 2013). Ни у одного из обследованных студентов показатель социальной фобии не достиг уровня клинической выраженности, что можно считать признаком эмоционального благополучия данной выборки. Нами были получены результаты, свидетельствующие о том, что в группе студентов с высоким уровнем социальной тревожности значимо выше показатели депрессии и тревоги, статистически значимой разницы в этих группах по показателю суицидальной направленности выявлено не было, однако в среднем показатель выше в группе с высоким уровнем социальной тревожности. Результаты корреляционного анализа показывают, что депрессия тесно связана с социальным дистрессом и избеганием, социофобией. С социофобией также связана тревога, суицидальная направленность связана с социальным дистрессом.

При исследовании эмоциональных коммуникаций в семьях студентов с разным уровнем социальной тревожности выявлено, что у студентов с высоким уровнем социальной тревожности выше показатель семейных дисфункций. Согласно результатам, индуцирование недоверия к людям и элиминирование эмоций связано с высокими показателями всех компонентов социальной тревожности. Высокие показатели критики со стороны родителей в семье связаны с высоким страхом социальной оценки. С социальным избеганием связано стремление поддерживать видимость благополучия семьи.

В семьях студентов с высоким уровнем социальной тревожности затруднено распределение ролей, студенты с высоким уровнем социальной тревожности стараются скрывать недостатки своей

семьи, выглядеть прилично в чужих глазах и намеренно стараются исказить результаты обследования, что также тесно связано с желанием создать благоприятный внешний фасад. Результаты корреляционного анализа показали, что с социальным избеганием связаны все показатели семейного благополучия: адаптированность, распределение ролей, коммуникации и т.д. Страх социальной оценки и показатели социофобии связаны с нарушением распределения ролей. Также все проявления социальной тревожности тесно связаны с ростом показателей фасадности и сопротивления.

Исследование социальной сети показало, что у студентов с более высокими показателями выраженности симптомов социофобии больше размер социальной сети. Нами было выдвинуто предположение о том, что такой результат вызван тем, что социальная сеть студентов с высоким уровнем социальной тревожности больше за счет включения в нее большего количества родственников, чем у студентов со средним уровнем социальной тревожности. В группе студентов с низким уровнем социальной тревожности показатели эмоциональной и инструментальной поддержки, значимо выше, чем в группе с высоким уровнем социальной тревожности.

Результаты корреляционного анализа связи социальной тревожности и социальной поддержки показали, что низкий уровень эмоциональной поддержки тесно связан с высоким уровнем социального избегания и социофобии. Низкий уровень инструментальной поддержки также связан с высоким уровнем социального избегания. А удовлетворенность социальной поддержкой связана с высоким уровнем страха социальной оценки: студенты, опасаясь быть осмеянными и негативно оцененными, не стремятся к установлению большей близости с другими людьми, они, напротив, стремятся избежать ситуаций социального взаимодействия, а, следовательно, имеющийся у них уровень социальной поддержки их устраивает.

Проведенное нами теоретическое и эмпирическое исследование позволяет сделать некоторые выводы:

1. Высокий уровень социальной тревожности связан с выраженной эмоциональной дезадаптацией.

2. Высокий уровень социальной тревожности связан с интерперсональными нарушениями в виде низкого уровня эмоциональной и инструментальной поддержки, удовлетворенность социальной поддержкой выше у студентов с высоким уровнем социальной тревожности. Размер социальной сети больше у студентов, испытывающих более выраженные симптомы социофобии.

3. Высокий уровень социальной тревожности связан с дисфункциональным стилем коммуникации в родительской семье, а также с рядом особенностей функционирования актуальной се-

мьи студентов, например, низкой способностью семьи адаптироваться к новым условиям, нарушением распределения ролей в семье, нарушенной циркуляцией информации в семье.

Все это свидетельствует о деструктивном влиянии социальной тревожности у студентов на их эмоциональное состояние, учебный процесс и отношения с людьми. Таким образом, социальная тревожность является важной мишенью психологической помощи студентам вузов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ

Колесникова И.А., Ерофеева В.В.,
Ивашев С.П.

Волгоград, ГКУЗ «ВОДКПБ», ВолГМУ

Поводом для настоящего исследования явился прецедент происшедший в одном из учреждений интернатного типа: по представленным данным девочка отбилась от рук, убежала из N-го детского дома, находится на грани девиантного поведения. Для нее характерны эмоциональная неустойчивость, отсутствие близких доверительных контактов, необщительность и, вместе с тем, гибкие установки по отношению к социальным нормам (при том, что подросток обнаружил во время одного из уходов из детского дома явления социальной дезориентации, которые можно определить как дрейф). Проверка учреждения показала, что для решения трудных ситуаций использовались неадекватные рекомендации коррекционной работы лишь формально, по мнению персонала, девочка не относится к числу «трудных». При исследовании заключений выявлено много негативных моментов (может носить печать эмоционального выгорания). В связи с этим ГКУЗ «ВОДКПБ» предложило провести исследование в связи со сложившейся ситуацией, включающее исследование обстановки функционирования подростков, а также системный анализ факторов, определяющих психологическое благополучие несовершеннолетних. Предположительно, подростки, оставшиеся без попечительства родителей менее удовлетворены своей жизнью, ослаблен аспект личностных взаимоотношений, нарушено содержание целей в жизни, а так же нарушен мотивационный компонент деятельности.

Цель исследования. Выявить системные закономерности социально-психологического функционирования несовершеннолетних в интересах повышения диагностического потенциала методик, применяемых при исследовании и построении высокопотентных стратегий совладающего поведения рекомендуемых подросткам.

Материалы и методы. В данной работе основополагающим стало изучение психологического благополучия подростков двух качественно отличающихся групп – подростков-сирот и подростков из общеобразовательной школы – и построение корреляционной модели факторов, влияющих на качество жизни. В рамках пилотного проекта для исследования были отобраны подростки-сироты в количестве 23 человек 13-16 лет, являющиеся пациентами Центра психического здоровья детей и подростков ГКУЗ «ВОДКПБ» с относительно неглубокими расстройствами церебрально-органического генеза (F06 по МКБ-10). В качестве контрольной группы отобраны дети из ООШ в количестве 20 человек. Для исследования использовалась вербальная методика «Шкала субъективного благополучия» К. Рифф (ШСБ) и проективный Графический тест «Звезды и волны» Урсулы Аве-Лаллемант (ТЗВ). Использовались процедуры непараметрической статистики – сравнительный и корреляционный анализ (Excel, STATISTICA 8.0).

Результаты и их обсуждение. Обнаружено, что воспитанники детского дома по параметрам рисуночного теста характеризовались достоверно большей частотой встречаемости таких характеристик, как чувство одиночества, тревожность и аффективные переживания. Аналогичные различия по параметру подчиненность отмечены на уровне тенденции. В свою очередь, показатели школьников характеризуются высокой встречаемостью характеристик: целеустремленность и протест против правил.

Сравнение по параметрам вербального теста выявило тенденцию большего уровня психологического благополучия в контрольной группе. Средние данные по группам так же отличаются: для детей-сирот характерны низкие значения почти всех параметров, наиболее выделяются автономия и цели в жизни; школьники находятся в рамках нормативных значений, кроме параметра автономия.

Корреляционный анализ выявил большие различия.

Интерес представляет взаимосвязь вербального и невербального теста, обнаружившая избирательную согласованность параметров. Так, например, у контрольной группы школьников наблюдается меньше, чем у детдомовцев количество факторов, влияющих на «Позитивное отношение». К таким относятся «Личностный рост» и «Психологическое благополучие»: умение находить компромиссы во взаимоотношениях, способность к эмпатии положительно влияют на саморазвитие и реализацию собственного потенциала.

ДД характеризовались согласованностью, с одной стороны (ТЗВ), параметров «Аффективные переживания», «Подчиненность», «Стремление к приспособлению». Отличие явилось вовлеченность параметра «Протест против правил» вместо

«Чувства одиночества». С другой (ШСБ), - общим оказался только параметр «Цели в жизни», а в отличие от ДД в группе СОШ «активными игроками» оказались параметры «Управление средой», «Психологическое благополучие», «Осмысленность жизни».

Группа несовершеннолетних из детского дома также как и представители учащихся СОШ характеризовались согласованностью, с одной стороны, параметров «Аффективные переживания», «Чувство одиночества», «Подчиненность», «Стремление к приспособлению» (ТЗВ), с другой, - «Цели в жизни», «Автономия», «Позитивное отношение» (ШСБ).

Шкала «Позитивные отношения с окружающими» имеет положительную корреляцию со многими показателями: «Человек как открытая система», «Осмысленность жизни», «Стремление к приспособлению», свидетельствующее, что чем больше у подростка доверительных контактов, способности к эмпатии, тем проще ему выстраивать жизненные цели и получать новый опыт. Так же имеется и отрицательная взаимосвязь «Положительные отношения» с «Подчиненность».

Психологическое благополучие обеих групп зависит от различных факторов: детдомовцы находят зависимость в наличии доброжелательных, интимных контактов, а школьники – в аффективных переживаниях (чем больше сильных эмоциональных переживаний, прежде всего негативных, тем ниже показатель психологического благополучия – фрустрационный эффект).

Общее количество связей корреляционной плеяды представителей учреждения интернатного типа преобладает, что позволяет сделать вывод о большем напряжении динамики развития подростков из детского дома как системы.

Выводы. Исследование показало, что у подросткового контингента из общеобразовательной школы наблюдается следующее: сильный уровень аффективных переживаний отрицательно влияет на способность эффективно использовать жизненные обстоятельства, самостоятельно создавать условия для удовлетворения потребностей, следовательно, страдает психологическое благополучие, но при этом следует заметить, что так же личностный рост зависит от доброжелательных отношений с окружающими.

В свою очередь у несовершеннолетних из детского дома психологическое благополучие зависит от настроения: чем лучше настроение, хорошие отношения с людьми, тем выше показатель субъективного благополучия. Позитивное настроение рождает успех, желание его достижения и не возникает психологического синдрома неуспешности – развивается в результате несовпадения ожиданий родителей и достижений ребенка – у подростков не снижается самооценка, уровень мотивации, нет признаков депрессивного состояния.

Эти данные позволяют осмыслить направленность и сфокусированность профилактической и коррекционной работы с подростками с позиций системогенеза функциональных приоритетов ведущей деятельности. Так, если ведущим, системообразующим фактором у школьников является построение целенаправленного, совладающего поведения, который определяется эфферентным контуром саморегуляции, то у детдомовцев – еще преобладают процессы построения репрезентативной модели своего места в окружающем мире, что реализуется афферентным контуром саморегуляции.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ФАКТОР ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У СТУДЕНТОВ

Краснова В.В.

Москва, Московский НИИ Психиатрии

В студенческом возрасте наиболее высок риск манифестации психической патологии в связи с высоким уровнем нагрузки и стресса, являющимися важными факторами эмоциональной дезадаптации. Как отмечалось на XVI конгрессе Европейского союза школьной и университетской медицины и здоровья, который состоялся в 2011 г. в Москве, нервно-психические расстройства лидируют по распространенности среди других в студенческой популяции. Существует целый ряд факторов, ведущих к эмоциональной дезадаптации и психическим расстройствам у студентов: частое недосыпание, истощение, академические задолжности, трудности самоорганизации и несформированность конструктивных копинговых стратегий, дефицит социальной поддержки, сложные семейные обстоятельства, социальные стрессы, деструктивные интерперсональные отношения, невозможность обеспечить свою жизнь и др. Как показывают исследования, особенно высоки риски у студентов в середине процесса обучения – на третьем курсе, когда наиболее остро встают вопросы профессионального самоопределения, выбора конкретного направления, темы исследовательской работы. Для многих студентов этот период связан с созданием семьи или длительных партнерских отношений. Это время серьезных кризисов, больших нагрузок, переживаний и проблем, которые осложняются ценностями сдержанности, силы, успеха и совершенства, принятыми в современном обществе. Эти ценности способствуют социальной изоляции, возникновению негативных установок по отношению к эмоциям, трудностям переработки эмоционального напряжения и получения социальной поддержки (Гаранян, 2010; Евдокимова, 2008; Москова, 2008; Холмогорова, 2006, 2011).

Исследование, проведенное в различных московских вузах в 2006 году, показало, что более 30%

студентов третьего курса отмечают в самоотчете симптомы депрессии, а наличие суицидальных мыслей и желаний отмечают более 16 % (Холмогорова, Гаранян, Горшкова, Мельник, 2009). Более половины студентов испытывают симптомы тревоги средней и высокой степени тяжести (Гаранян, Холмогорова, Евдокимова, Москова, Войцех, Семикин, 2007). В связи с этим встает вопрос о факторах, затрудняющих успешное совладание с жизненным стрессом у студентов или, наоборот, содействующих поддержанию психического здоровья в столь трудный период.

Обучение в вузе тесно связано с социальным взаимодействием. Такое явление как социальная тревожность способно оказать серьезное негативное влияние на процесс социальной и эмоциональной адаптации и качество жизни и обучения студентов. Анализ литературы позволяет говорить о том, что от успешности интерперсональных. Социальная тревожность – это состояние выраженного эмоционального дискомфорта, страха, опасения и беспокойства, которые возникают в ситуациях общения с другими людьми и связаны, прежде всего, с возможностью негативной оценки с их стороны. Человеку, склонному к социальной тревоге, в ситуации взаимодействия с людьми кажется, что он будет выглядеть смешно или глупо, что окружающие его осудят или унижат. Зачастую эти опасения беспочвенны, однако нередко получается так, что из-за своей тревоги студент действительно не способен действовать эффективно в присутствии других людей. Даже при отсутствии каких-либо признаков негативной оценки со стороны окружающих, он приходит к мнению, что он не эффективен и его осуждают. В студенчестве негативные последствия высокой социальной тревожности могут особенно ярко проявляться в связи с необходимостью постоянного взаимодействия с другими студентами и преподавателями. Избегающее поведение, неспособность обратиться за помощью приводят к прокрастинации и отставанию в учебном процессе. Таким образом, социальная тревожность может стать серьезной помехой на пути развития и самореализации молодого человека.

Цель исследования: изучение распространенности и выраженности социальной тревожности у студентов и ее влияния на эмоциональное благополучие студентов.

Обследованные группы: всего было обследовано 553 студента третьих курсов гуманитарных специальностей московских вузов.

Методический комплекс включает 13 методик:

Для оценки уровня социальной тревожности: Шкала социального избегания и дистресса (Watson, Friend, 1969); Шкала страха негативной оценки (Watson, Friend, 1969); Краткая шкала социальной фобии (Davidson, et al, 1991).

Для оценки степени выраженности эмоционального неблагополучия: Шкала депрессии (Beck et al., 1961; адаптация Тарабрина, 2001); Шкала тревоги (Beck et al., 1961; адаптация Тарабрина, 2001).

Данные, полученные в исследовании, свидетельствуют о выраженности эмоционального неблагополучия в исследуемой выборке. Показатели по шкале социальной фобии от 30 до 40 баллов имеют 20% опрошенных студентов, что указывает на очень высокий уровень социальной тревожности, показатели более или равные 41 баллу имеют 1,6% студентов, что согласно данным исследований с высокой степенью вероятности указывает на наличие у них клинической формы социальной фобии. Показано, что у 35% студентов третьего курса отмечаются симптомы депрессии в самоотчете, причем 18% отмечают симптомы депрессии средней и тяжелой степени. Кроме того, данные исследования свидетельствуют о достаточно высоком суицидальном риске: 28% студентов отмечает в самоотчете наличие суицидальных мыслей, 4% сообщают о готовности совершить суицид в любой подходящий момент. Студенты демонстрируют высокие показатели тревоги: 77% всей выборки отмечают повышенный уровень тревоги, причем 26% - тревогу средней и высокой интенсивности.

В группе студентов с высоким уровнем социальной тревожности показатели симптомов депрессии и тревоги значимо выше, чем в группах с низким и средним уровнем. Так, в группе с высоким уровнем социальной тревожности частота встречаемости депрессии умеренной и тяжелой степени в три раза выше (26%), чем в группе студентов с низким уровнем (7%). Аналогичная картина наблюдается с выраженностью общих симптомов тревоги в группах с высоким и низким уровнями социальной тревожности – 38% и 13%.

Суицидальная направленность в группе студентов с высоким уровнем социальной тревожности значимо выше, чем в группах с низким и средним показателем социальной тревожности. Также выявлено, что в группе студентов со средним уровнем социальной тревожности показатели суицидальной направленности достоверно выше, чем в группе студентов с низким уровнем социальной тревожности. Кроме того, данные исследования свидетельствуют о достаточно высоком суицидальном риске в исследуемой группе с высоким уровнем социальной тревожности: 26% студентов отмечает в самоотчете наличие суицидальных мыслей и желаний, 7% - сообщает о готовности совершить суицид в любой подходящий момент.

По данным корреляционного анализа: выявлена значимая положительная связь между уровнем социальной тревожности и степенью эмоциональной дезадаптации в виде общих симптомов депрессии, включая суицидальную направленность и тревоги. Данные регрессионного анализа свидетельствуют

о том, что совокупность независимых переменных, характеризующих разные аспекты социальной тревожности (социальный дистресс и избегание, страх социальной оценки и социальная фобия), способствуют возникновению других проявлений эмоциональной дезадаптации, а именно симптомов депрессии и общей тревожности у студентов. Влияние указанных независимых переменных объясняет 25% дисперсии зависимой переменной «уровень депрессии» ($F=46,143$; $p<0,001$; $R^2=0,251$) и 20% дисперсии зависимой переменной «уровень тревоги» ($F=7,52$; $p<0,001$; $R^2=0,199$). Проявление социально фобических реакций (например, страх критики и избегание общения с людьми, выступлений) является предиктором симптомов депрессии, высокий страх социальной оценки связан с симптомами общей тревоги – вегетативным возбуждением, страхом, что произойдет что-то невыносимое.

Результаты исследования наглядно демонстрируют эмоциональное неблагополучие в студенческой популяции ставя задачи для организации направленной работы службы психологического сопровождения студентов и психопрофилактической работы в вузах.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

Кульгина М.А.

Москва, Московский Государственный Институт
Международных Отношений, Московский НИИ Психиатрии,
Научный Центр Психического Здоровья

В широком круге проблем, связанных с вопросами психического здоровья студентов, значительное место отводится распространенности функциональной психической патологии и изучению клиничко-психологических факторов, а также особенностей развития, предшествующих манифестным состояниям и требующих своевременной коррекции.

Особенности психических расстройств у студентов определяются возрастной и психологической спецификой данной популяционной группы. Многие исследователи отмечают преобладание депрессивной и тревожной, в том числе социофобической, симптоматики, а также кратковременность и частую психологическую обусловленность реакций и состояний. Обращают внимание также соматические эквиваленты психических нарушений и частые жалобы студентов, обращающихся за помощью, на ухудшение физического самочувствия и обострение хронических заболеваний.

Большое значение приобретает комплекс психосоциальных факторов, связанных с процессом обучения, академическими нагрузками, межличностными отношениями, профессиональным и личност-

тным становлением. Одной из наиболее актуальных проблем является исследование особенностей реагирования в условиях хронического стресса и роли психотравмирующих ситуаций в развитии функциональных психических расстройств.

К отличительным клинико-психологическим особенностям у студентов относятся также положительный комплаенс и хороший отклик на лечение, причем как на лекарственную терапию, так и на психотерапию, что делает еще более актуальной задачу поиска алгоритмов комбинированных терапевтических подходов.

Исследование осуществлялось на базе студенческой поликлиники одного из московских вузов. За период с 2009 по 2013 год было обследовано в рамках плановой диспансеризации 705 студентов гуманитарных факультетов. В комплексе клинико-психологических методов использовались полуструктурированное интервью, тест оценки тревожности Спилбергера, тест диагностики акцентуации личности Шмишека, тест психологических защит Келлермана-Плучека, субъективные шкалы. Для оценки копинг-стратегий применялся адаптированный опросник «Индикатор стратегий преодоления стресса» Амирхана.

Проведенный скрининг позволяет делать выводы о значительной распространенности проблем, связанных с психическим здоровьем, в студенческой среде: до 78 % студентов, обследованных в рамках ежегодных плановых диспансеризаций, обнаруживали признаки функциональной психической патологии разной степени выраженности: от стертых проявлений до манифестных состояний. При этом доманифестные состояния, квалифицируемые как состояния риска, отмечались от 32% до 50% в зависимости от курса обучения и сезона. Из психологических особенностей на доманифестном этапе обращала внимание повышенная сензитивность в сочетании со склонностью к тревожному реагированию и фиксации на негативных переживаниях.

В доманифестном периоде отмечались также такие особенности, как интеллектуальная диссоциированность и парциальная когнитивная недостаточность (неравномерность логических и лингвистических способностей), снижение когнитивной продуктивности за счет трудностей концентрации внимания, усвоения учебного материала, запоминания. В большинстве случаев имелись проблемы самоорганизации и распределения времени, избирательные нарушения социализации (несформированность коммуникативных навыков, эмоциональная обедненность, отсутствие доверительных отношений при выраженной потребности в поддержке), перфекционизм по типу «синдрома отличника», зависимость от награды.

К дополнительным признакам относились несоответствие психологического возраста (старше или младше паспортного), снижение субъективной

оценки эмоционального комфорта. Анализ стратегий преодоления стресса показал преимущественную склонность к опоре на окружающих или уходу от проблем, т.е. к зависимому или избегающему поведению в условиях стресса.

Активная фаза психических расстройств наблюдалась в среднем в 30%. Манифестации предшествовало накопление стрессовых факторов, которые имели преимущественно провокативное значение: интенсивные академические нагрузки, семейные дисгармонии в родительских семьях, разрыв отношений с партнером, социально-бытовая неустроенность (напряженность отношений с соседями в общежитии, отсутствие эмоциональной поддержки, общий дискомфорт). Наиболее часто квалифицировались смешанные расстройства со стационарным течением и с периодическим ослаблением и утяжелением.

Из соматических сопутствующих проблем обращала внимание высокая распространенность аллергических реакций у студентов: до 35%. Причем наиболее часто выявлялась склонность к аллергии в группе состояний риска - до 70% лиц, склонных к аллергии, обнаруживали стертые и субклинические функциональные психические нарушения. При этом склонность к аллергии коррелировала с тревожными реакциями и состояниями. У студентов с установленными психическими расстройствами также с большой частотой – до 80% - отмечались проявления синдрома соединительно тканной дисплазии в виде сочетания таких симптомов, как пролапс митрального клапана, сколиоз, плоскостопие, неправильный прикус.

Динамика фазных состояний коррелировала с сезонными колебаниями и этапами учебного процесса. На фоне проводимой комбинированной психофармакотерапии с привлечением психологических методов лечения удавалось добиваться стабилизации состояния и становления ремиссии.

При обращении за психологической помощью по самостоятельному запросу или по направлению врачей и администрации проводилась психотерапия интегративного типа с элементами когнитивно-поведенческих, психодинамических методов и гештальт терапии.

Положительная динамика отмечалась в 75% на фоне проводимого лечения и психотерапии. Улучшение состояния было связано с актуализацией своих потребностей и целей, с активизацией личностных ресурсов, а также с появлением значимых межличностных отношений и появлением перспектив. При этом оптимизирующими факторами являлись повышение осознания своих эмоциональных состояний и психологических проблем, более дифференцированное восприятие стрессовых ситуаций, выработка совладающих тактик с позитивным отношением и более уверенным поведением.

В ходе психотерапии прослеживалась характерная динамика проблем, которые оказывались в фокусе психологической проработки. Начиная с разбора соматических жалоб или анализа эмоционального состояния, через попытки преодоления мотивационного дефицита и межличностных затруднений, пациенты оказывались перед необходимостью решать вопросы самооценки и экзистенциальные задачи, связанные с поиском смысла жизни и определением собственной идентичности.

Разработаны принципы интегративной психотерапии, фокусированной на специфике проблем студенческого контингента и способствующей:

- психосоциальной адаптации и более эффективной социализации,
- взрослению и более зрелым формам реагирования за счет усиления собственного «Я», повышения уверенности, улучшения самоконтроля, развитию профессиональной и личностной идентичности,
- усилению личностных ресурсов и мотивации к личностному росту.

РОЛЬ ПСИХОЛОГОВ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ (В ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ). ТРЕНИНГИ ПО РАЗВИТИЮ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ

Лютая Н.В.

Тамбов, ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая
больница»

В последние годы в психосоциальной реабилитации используется бригадный метод оказания помощи, с целью оптимизации медицинской, психологической и социальной работы. В состав полипрофессиональной бригады входят врач-психиатр, психолог, медицинская сестра, специалист по социальной работе и социальный работник. Постоянный контакт специалистов бригады и тесное сотрудничество – важнейшее условие оказания качественной помощи нуждающимся. Основной задачей психолога является проведение психодиагностической и психокоррекционной (индивидуальной и групповой) работы; оказание эмоциональной поддержки пациентам и их родственникам; совместное с врачом-психиатром проведение психообразовательных программ для пациентов и их родственников. Одной из важнейших задач является помощь в восстановлении утраченных и формировании новых межличностных контактов. Для этого проводятся коммуникативные тренинги (тренинги по развитию навыков общения; тренинги по развитию социальных навыков, социально приемлемого и уверенного поведения, общения, решения повседневных проблем и т. п.)

Цель: развитие и совершенствование навыков общения и уверенного, социально приемлемого поведения в повседневной жизни.

Методы: коррекционные вмешательства (используются методы активного, директивного научения, бихевиоральные упражнения и ролевые игры, последовательное формирование элементов поведения, наставничество, подсказывания, а также осуществляется обобщение приобретённых навыков); арттерапия.

Используются упражнения: «дискуссия», «диспут», «карусель», «да», «интервью», «самоанализ», «визитная карточка», «реклама», «комплимент» и многие другие.

Все упражнения приходится видоизменять, адаптировать для наших больных. Каждое занятие, его план корректировать в зависимости от особенностей пациентов, пришедших на занятие. Проводятся циклы, в среднем по 10 занятий в каждом. На каждом занятии, в среднем, было от 4 до 10 человек.

В результате, после прохождения циклов, пациенты стали более общительными, стали себя более уверенно вести при общении, приобрели навыки социально приемлемого реагирования в конфликтных ситуациях, стали более спокойно реагировать в ситуациях бытовых конфликтов, расширилась социальная сеть пациентов.

Таким образом, в результате проведённых мероприятий, занятий пациенты восстанавливают навыки общения, учатся лучше понимать себя и окружающих, налаживают отношения с близкими, расширяют социальную сеть, осваивают навыки социально приемлемого и уверенного поведения.

ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА КАК СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМАЯ ПРОБЛЕМА

Михайлова С.А., Култышев Д.В.,
Приленский Б.Ю.

Тюмень, ГБУЗ ТО «ОКПБ» Детское
психотерапевтическое отделение

Актуальность. Возникновение в нашем обществе феномена одиночества признали и ученые, и далекие от науки люди. Но от простой констатации факта проблема не становится яснее. К сожалению, отечественные ученые мало уделяют внимания изучению этого вопроса. (Семке В.Я., Бохан Н.А., Аксенов М.М. 2010)

Цель. Выявить содержание, причины, условия, механизм возникновения одиночества, проследить его влияние на противоправное поведение подростков и разработать коррекционную программу по преодолению состояния одиночества в условиях общеобразовательной школы и спецучреждений закрытого типа.

Материалы и методы. На базе детско-подросткового психотерапевтического отделения ГБУЗ ТО «ОКПБ», на кафедре медицинской психологии и психотерапии ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава, было проведено комплексное исследование 613 подростков с феноменом одиночества. Первый этап коррекционной программы заключается в разъяснении подростку особенностей переживания одиночества и формирования установки о конструктивной составляющей этого феномена. Когда как данность одиночество может являться развивающим фактором для становления личности подростка. Второй этап коррекции заключался в психотерапии деструктивных межличностных установок, создания условий для поиска духовных ценностей и нахождения собственного пути самореализации. Длительность психотерапевтической группы составляла 36 часов. Численность группы колебалась от 8 до 12 подростков. Трехчасовые занятия длительностью до 12 сессий. 87 обследуемых подростков прошли групповой вариант психотерапии, 346 пациентов выбрали индивидуальную психотерапию и 170 подростков прошли курс психологического консультирования.

Диагностические возможности методики «Диагностика уровня субъективного ощущения одиночества». Д. Рассела и М. Фергюсона позволили получить информацию о содержании одиночества и особенностях его проявления. Кроме того, мы имеем возможность выявить особенности этого явления в зависимости от группы, к которой принадлежит подросток (законопослушные, девиантные, криминальные).

Таким образом, в результате пилотажного исследования можно сделать следующий вывод:

- 1) Больше всего испытывают состояние одиночества криминальные подростки;
- 2) Сила переживания состояния одиночества у криминальных подростков значительно выше по сравнению с девиантными подростками и подростками законопослушной группы;
- 3) Частота переживания состояния одиночества примерно одинакова как у криминальных, так и у девиантных подростков и значительно ниже у законопослушных.

Разработка исследуемой нами проблемы велась в двух направлениях. Во-первых, на массовом материале мы получили данные о содержании одиночества, о причинах, частоте и силе данного явления. Во-вторых, нам предстояло более конкретно исследовать форму проявления одиночества у законопослушных, девиантных и криминальных подростков. Проследить влияние одиночества на формирование личности подростка. Поэтому второе направление исследования заключалось в индивидуальном изучении одиноких подростков для получения необходимой информации об интересующем нас явлении. Материал об одиноких подростках собирался путем наблюдения, изучения личных дел, бесед с учителями, родителями, воспитателя-

ми, начальниками отрядов, одноклассниками. Беседы с самим подростком имели форму разговора о событиях в группе, классе, отряде, поступках ребят, во время которого задавались вопросы, позволяющие получить необходимую информацию о подростке. Весь собранный материал систематизировался в виде индивидуальной истории подростка. Одиночество подростка обусловлено рядом субъективных причин, в первую очередь, серьезными отклонениями в нравственном развитии. В направленности его личности. Неблагополучие в отношениях с окружающими подростка людьми обусловлено особенностью подросткового возраста – формированием морально-этических критериев оценки и связанных с определенными требованиями к его поведению.

Таким образом, неадекватность личностных качеств подростка социальным ожиданиям общества является одной из ведущих причин одиночества.

Выводы. Практическая значимость работы заключается в ее направленности на решение реальных запросов социальных институтов, работающих с подростками (общеобразовательные школы, СпецПУ, воспитательные колонии). Разработанная нами в ходе исследования техника позволяет практическим психологам специальных учреждений:

- 1) Научиться выявлять состояние одиночества, своевременно устанавливая кризисное состояние подростка, его причины и следствия;
- 2) Принимать действенные профилактические меры, изменяющие поведение подростка.

На основании исследования разработан курс практических занятий «Психология одиночества у подростков и пути его преодоления», который проводится в курсе «Психология девиантного поведения» на кафедре клинической и юридической психологии ТюмГУ института психологии, педагогики и социального управления для студентов пятого курса. Изучение студентами данного курса формирует у них психологическую готовность к работе в качестве психолога в специальных учреждениях.

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

Юдеева Т.Ю., Михайлян К.С.

Москва, ФГБУ «Московский НИИ психиатрии
Минздрава России

Актуальность работы и исследования определяется тем, что феномен перфекционизма является проблемой современного общества. Ученые психологи и психиатры проявляют особый интерес к исследованию данной черты личности, так как исследования зарубежных и отечественных психологов выявляют связь перфекционизма с депрессивными и тревожными расстройствами, нарушениями пище-

вого поведения (A.Beck, S.Blatt, M.Minarik, A.Ahrens, K.Halmi, S.Sunday, Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.), с психосоматическими расстройствами, сексуальными расстройствами (Hewitt, Flett, Blankstein); перфекционизм также может приводить к социальной изоляции; данный феномен связан и с суицидальным поведением (Hewitt, Flett, Donovan, Т.К.Гамильтон), обнаружена его связь с негативным аффектом (тревогой, разочарованием, чувством вины и стыда), нарушенной адаптацией, прокрастинацией (Missildine, Hollender, D. Hamachek).

Идеи о многомерности перфекционизма были разработаны в канадской (П.Хьюитт, Г.Флитт), британской (Р.Фрост), американской (Р.Слэни, Дж.Эшби) и отечественной школе (А.Б.Холмогоровой и Н.Г.Гараян). Каждая школа представляет определенную модель перфекционизма и методы его измерения. Отечественными психологами Гараян Н.Г. и Холмогоровой А.Б. был разработан оригинальный опросник перфекционизма. В данной работе исследуются психометрические свойства этого опросника.

Практическая значимость. Работа завершает цикл исследований психометрических свойств опросника перфекционизма (Гараян-Холмогоровой), что позволяет использовать его в научных исследованиях и практической работе.

Научная новизна. Работа продолжает исследования лаборатории Клинической Психологии и Психотерапии ФГБУ «МНИИ Психиатрии» Минздрава России. Опросник перфекционизма (Гараян-Холмогоровой) проверяется на надежность. В нашем исследовании мы предоставляли респондентам с Опросником перфекционизма (Гараян-Холмогоровой) шкалу социальной желательности Кроуна-Марлоу (адаптированную Ю.Ханиным) и шкалу лжи ММРІ для оценки правдивости ответов. Вторая часть исследования основана на методе экспертной оценки.

Цель исследования: проверить на надежность опросник перфекционизма (Гараян-Холмогоровой).

Объект исследования: психометрические свойства опросниковых методик.

Предмет исследования: надежность опросника перфекционизма (Гараян-Холмогоровой).

Гипотезы исследования:

1) Шкалы опросника перфекционизма (Гараян, Холмогоровой) положительно коррелируют со шкалами, тестирующими искренность ответов респондента.

2) Между показателями перфекционизма испытуемых (по опроснику перфекционизма Гараян-Холмогоровой) и аналогичными показателями, данными экспертами, различий нет.

Методики исследования. В исследовании были использованы Опросник перфекционизма (Гараян-Холмогоровой), Шкала социальной желательности Кроуна-Марлоу в адаптации Ю.Л.Ханина,

Шкала лжи из ММРІ. В первой части исследования респонденты заполняли одновременно данные методики, а во второй части эксперты (люди, хорошо знающие испытуемых) заполняли Опросник перфекционизма (Гараян-Холмогоровой) на респондентов.

Всего в исследовании участвовало 354 человека из общей популяции: 177 испытуемых и 177 экспертов.

Перед нами стояла задача проверить, насколько искренне испытуемые заполняют опросник перфекционизма (Гараян-Холмогоровой). Как известно, опросниковые методы построены на самоотчете испытуемых. Респонденты, отвечая на вопросы, могут быть неискренними и выбирать социально одобряемые ответы. Направленность испытуемых в тестировании на социальное одобрение была доказана зарубежными и отечественными психологами (А.Л.Эдвардс, Д.П.Кроун, Д.Марлоу, Н.Салмина, И.Тихонова, Ю.Ханин). Исследование перфекционизма актуально для нашего времени, поэтому важно, чтобы опросник, который диагностирует данную дисфункциональную личностную черту, был надежен. Разработанный отечественный Опросник перфекционизма (Гараян-Холмогоровой), как и другие наиболее известные опросники перфекционизма (MPS-F Frost R., MPS-H Hewitt P.), не содержит шкалу лжи, позволяющую измерять искренность и правдивость испытуемых. В проведенном исследовании мы предлагали респондентам вместе с опросником на перфекционизм (Гараян-Холмогоровой), заполнить шкалу лжи ММРІ и шкалу социальной желательности (Кроуна-Марлоу). Исследование должно было дать ответ на вопрос – нуждается ли Опросник перфекционизма (Гараян-Холмогоровой) в дополнении его шкалой лжи.

Апробация оригинального опросника перфекционизма (Гараян-Холмогоровой) проведена в лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «МНИИ Психиатрии» Минздрава России в соответствии с требованиями к психологическим инструментам. (31) Факторный анализ выявил 6-факторную структуру инструмента: 1. «восприятие других людей как делегирующие высокие ожидания» - при постоянном сравнении себя с окружающими), 2. «завышенные притязания и требования к себе», 3. «высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»», 4. «селектирование информации о собственных неудачах и ошибках», 5. «поляризованное мышление», 6. «контроль над чувствами» (31).

Все факторы обладали высокими показателями надежности (коэффициент а-Кронбаха в диапазоне от 0,6038 до 0,7855), за исключением фактора «Контроль над чувствами», который не был выделен в качестве отдельной шкалы.

Установлена высокая тест-ретестовая надежность инструмента (значение r-Spearman от 0,523

до 0,795), показана независимость результатов опросника от половой принадлежности, уровня образования, возраста, что позволяет предъявлять его любым испытуемым старше 18 лет. (31)

В опроснике перфекционизма (Гаранян-Холмогоровой) нет шкалы лжи, поэтому правомерно встает вопрос о его надежности. В проведенном исследовании по апробации отечественного инструмента диагностики перфекционизма данный вопрос нерешен. Работа продолжает исследования лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «МНИИ Психиатрии» Минздравсоцразвития.

Полученные нами данные свидетельствуют об искренности испытуемых при заполнении опросников и отсутствии у них стремления к выбору социально одобряемых ответов.

Результаты исследования выявили обратную связь между шкалами перфекционизма и шкалой социальной желательности. В исследовании было обнаружено, что чем выше показатель по таким параметрам перфекционизма как «восприятие других как делегирующих высокие ожидания», «селектирование информации о собственных неудачах и ошибках», тем ниже показатели по шкале социальной желательности; также было установлено, что чем выше общий показатель перфекционизма, тем ниже показатель по шкале социальной желательности.

По полученным результатам исследования опросник перфекционизма (Гаранян-Холмогоровой) можно считать надежным; данный опросник не нуждается в дополнении его шкалой лжи и социальной желательности. Результаты исследования свидетельствуют о том, что респонденты, заполняя опросник, искренни и не стремятся к социальному одобрению.

Во второй части исследования использовался метод экспертной оценки. Люди, хорошо знающие респондентов, заполняли опросник перфекционизма (Гаранян-Холмогоровой), выполняя роль экспертов. Статистическая обработка проводилась с помощью критерия ранговых сумм Уилкоксона для связанных выборок. Анализ полученных данных показал, что между показателями перфекционизма испытуемых (по опроснику перфекционизма Гаранян-Холмогоровой) и аналогичными показателями, данными экспертами, различий нет. Такая личностная черта как перфекционизм доступна наблюдению.

ТЕМПЕРАМЕНТ И ХАРАКТЕР У ПАЦИЕНТОВ С МОНОПОЛЯРНОЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Ковалева А.В., Рожкова Н.Ю.

*Иркутск, Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования*

Цель исследования: изучение формально-динамического уровня индивидуальности (темпера-

мента) и динамико-содержательных особенностей (характера) у больных непсихотической депрессией.

Материал и методы: изучена группа пациентов с непсихотическим единичным и рекуррентным депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках диагностической рубрики МКБ-10 (F3) «Расстройства настроения (аффективные расстройства)». Количество пациентов 40 человек, из них 34 женщины (85%), 6 мужчин (15%), средний возраст на момент обследования составил $48,3 \pm 1,95$ лет ($M \pm s$). Анализ социально-демографических показателей свидетельствует о высоком преморбидном уровне профессионального образования: имеют высшее образование 32,5%, среднее специальное образование - 47,5%. Легкая степень тяжести ДЭ диагностирована у 2 пациентов (5%), умеренная - 6 (15%), промежуточная степень тяжести ДЭ между умеренной и тяжелой - 12 (30%), тяжелый без психотических симптомов ДЭ - 20 (50%). По типу течения выделены: единичный ДЭ у 21 пациента (52,5%), рекуррентный тип течения - 19 пациентов (47,5%).

В результате проведенной фармакотерапии в сочетании с рациональной психотерапией пациенты являлись респондерами в 77,5%, в 22,5% наблюдений достигнута стадия ремиссии. После медикаментозного купирования ДЭ оценка индивидуально-психологических особенностей (темперамента) проводилась с помощью опросника формально-динамических свойств индивидуальности - темперамента (Русалов В.М., 2004), определение черт характера с помощью опросника черт характера взрослого человека (Русалов В.М., Манолова О.Н., 2003). Исследование выполнено с соблюдением всех стандартных предписаний в отношении информирования пациента, согласованных с Комиссией по этике.

Результаты и обсуждение. В зависимости от балльной оценки эргичности, пластичности и скорости в психомоторной, интеллектуальной, коммуникативной сферах поведения и общей эмоциональности выявлены шесть типов темперамента.

Для изучения взаимосвязей между параметрами темперамента и чертами характера по К.Леонгарду использован корреляционный анализ (коэффициент корреляции Пирсона). Гипертимность обнаруживает наибольшее количество положительных корреляционных связей и наиболее тесно связана со следующими формально-динамическими характеристиками: моторной эргичностью (степень двигательной активности, «широта» сферы психомоторной активности, стремление к физическому труду, мышечная работоспособность) ($r=0,542$, $p=0,00$); коммуникативной эргичностью в виде потребности в общении, стремлении к установлению новых знакомств, степени общительности ($r=0,769$, $p=0,00$); моторной пластичностью в виде гибкости при переключении с одного вида деятельности на другой, склонности к разнообразным видам ручного труда

($r=0,409$, $p=0,01$); интеллектуальной пластичностью - гибкостью мышления, стремлением к разнообразным формам интеллектуальной деятельности ($r=0,423$, $p=0,01$); коммуникативной пластичностью - гибкостью мышления, выраженностью стремления к разнообразным формам интеллектуальной деятельности ($r=0,657$, $p=0,00$); моторной скоростью - темпом психомоторного поведения и скоростью в различных видах двигательной активности ($r=0,668$, $p=0,00$); интеллектуальной скоростью, определяющей скорость умственных процессов и скорость операций при осуществлении интеллектуальной деятельности ($r=0,346$, $p=0,029$); коммуникативной скоростью - речевой активностью и скоростью вербализации ($r=0,471$, $p=0,002$). Отсутствовали достоверные корреляционные связи гипертимности как черты характера с эмоциональными характеристиками темперамента (чувствительность к несовпадению реального с программируемым результатом в ходе выполнения моторного или интеллектуального действия, чувствительность в ходе неудач в общении). Гипертимность коррелирует с высокими показателями пластичности и скорости во всех сферах поведения человека (психомоторной, интеллектуальной и коммуникативной) и эргичностью в психомоторной и коммуникативной сферах.

Такая черта характера, как демонстративность имела положительные корреляционные связи со следующими свойствами темперамента: моторной эргичностью (потребность в движении, «широта» психомоторной активности) и коммуникативной эргичностью (потребность в общении, легкость в установлении социальных связей, стремление к лидерству) ($r=0,404$, $p=0,01$ и $r=0,632$, $p=0,00$); пластичностью в интеллектуальной (гибкость мышления и переход с одних форм мышления на другие, стремление к разнообразию форм интеллектуальной деятельности) и коммуникативной сфере (легкость вступления в новые социальные связи и переключения в процессе общения, импульсивность в общении, набор коммуникативных программ) ($r=0,402$, $p=0,001$ и $r=0,552$, $p=0,00$), скоростью в моторной, интеллектуальной и коммуникативной сферах поведения (темпом психомоторного поведения и скоростью в различных видах двигательной активности; скоростью умственных процессов при осуществлении интеллектуальной деятельности; скоростью речевой активности и вербализации) ($r=0,409$, $p=0,01$; $r=0,379$, $p=0,02$ и $r=0,497$, $p=0,001$). Достоверные связи с эмоциональными характеристиками темперамента отсутствовали. Демонстративная черта характера формируется под влиянием высокой эргичности в психомоторной и коммуникативной сферах, высокой пластичности в интеллектуальной и коммуникативной сферах, высокой скоростью во всех сферах поведения.

Эмотивность значимо положительно коррелирует с двумя формально-динамическими ха-

рактеристиками: чувствительностью к неудачам в ручном труде, интенсивностью эмоционального переживания в случае неудач в физической работе ($r=0,341$, $p=0,03$), а также интеллектуальной эмоциональностью – степенью выраженности эмоциональных переживаний в случае неудач в работе, требующей умственного напряжения ($r=0,513$, $p=0,001$). Экзальтированность в данной выборке исследуемых имеет две положительные корреляционные связи: с коммуникативной пластичностью - готовностью к общению, стремлением к новым социальным контактам ($r=0,537$, $p=0,01$) и чувствительностью к неудачам в ручном труде, возможному несовпадению задуманного и реального моторного действия ($r=0,336$, $p=0,03$). Черта характера в виде «Застревания» в данной выборке больных имела одну значимую положительную корреляционную связь, а именно, с эмоциональностью в коммуникативной сфере поведения - чувствительностью в случае неудач в общении, беспокойством в процессе социального взаимодействия, неуверенностью, раздражительностью в ситуации общения ($r=0,435$, $p=0,005$).

Циклотимность значимо положительно коррелирует лишь с одной формально-динамической характеристикой темперамента, а именно, эмоциональностью в интеллектуальной сфере поведения - чувствительностью по поводу расхождения между ожидаемым и реальным результатом умственной работы, беспокойством по поводу работы, связанной с умственным напряжением ($r=0,341$, $p=0,03$). Дистимность обнаруживала одну положительную корреляционную связь, с интеллектуальной эмоциональностью ($r=0,318$, $p=0,04$). Дистимность имеет отрицательные корреляционные связи с эргичностью моторной и коммуникативной ($r=-0,383$, $p=0,01$ и $r=-0,588$, $p=0,00$); скоростью моторной и коммуникативной ($r=-0,476$, $p=0,02$ и $r=-0,391$, $p=0,01$); пластичностью моторной, интеллектуальной и коммуникативной ($r=-0,364$, $p=0,02$; $r=-0,411$, $p=0,01$ и $r=-0,421$, $p=0,01$). Дистимная черта связана с более низкими значениями эргичности и скорости в моторной и коммуникативной сферах, а так же с низкими значениями пластичности во всех сферах поведения. Черты педантичность, тревожность и возбудимость на данной выборке больных не имели статистически значимых корреляционных связей с какими-либо проявлениями темперамента.

Выводы. Пациенты с монополярной депрессией характеризуются высокой степенью взаимосвязи активностных параметров темперамента (эргичность, пластичность, скорость) во всех сферах деятельности с такими чертами характера, как гипертимность и демонстративность. Черта дистимность, напротив, формируется под влиянием низких значений активностных параметров темперамента в психомоторной, интеллектуальной и коммуникативной сферах поведения.

| | | |
|------------------------|--------------------------------|--|
| А | | |
| Абатурова Ю.С. | 287 | |
| Абрамова Л.И. | 22, 35, 116, 160, 166 | |
| Абриталин Е.Ю. | 44 | |
| Аведисова А.С. | 141 | |
| Агамамедова И.Н. | 388 | |
| Агибалова Т.В. | 181, 249 | |
| Агишев В.Г. | 302 | |
| Адамова Т.В. | 256 | |
| Аксёнова И.О. | 24 | |
| Алекберова З.С. | 233 | |
| Александрова М.М. | 218 | |
| Александрова Н.В. | 288 | |
| Алексеева М.В. | 197 | |
| Алексеева Н.П. | 261 | |
| Алексеев Б.Е. | 366 | |
| Алиева Л.М. | 389, 390 | |
| Алимова Л.В. | 332 | |
| Алкеева-Костычева Е.А. | 391 | |
| Алфимова М.В. | 98, 116 | |
| Ананьева Н.И. | 149 | |
| Андреев А.Ю. | 8 | |
| Андреев Б.В. | 144 | |
| Андреев М.К. | 8, 77, 340 | |
| Анипченко А.В. | 251 | |
| Анохина И.П. | 250, 285 | |
| Антипова О.С. | 388 | |
| Антонен Е.Г. | 343 | |
| Антохин Е.Ю. | 5, 32, 338 | |
| Анцыферова О.А. | 384, 413 | |
| Ахадов Т.А. | 119 | |
| Ахмерова И.Ю. | 56, 99 | |
| Б | | |
| Бабин С.М. | 90 | |
| Багаев В.И. | 288, 404, 406 | |
| Багаутдинова Н.А. | 336 | |
| Баева А.С. | 184 | |
| Баздырев Е.И. | 312 | |
| Бакланов В.В. | 204 | |
| Балакирева Е.Е. | 289 | |
| Балашов П.П. | 175 | |
| Балтабекова Э.Г. | 340 | |
| Банников Г.С. | 194 | |
| Баранов А.А. | 58 | |
| Баранов В.С. | 91 | |
| Бардюркина В.А. | 32 | |
| Басамыгин А.В. | 353 | |
| Басинская И.А. | 64, 244 | |
| Батухтина Е.И. | 130, 269 | |
| Баширов Р.И. | 332 | |
| Башмакова О.В. | 18, 183 | |
| Бедина И.А. | 184, 189 | |
| Белебева Е.А. | 204, 206, 207 | |
| Белогурова Т.Ф. | 291 | |
| Бельцева Ю.А. | 330 | |
| Бенько Л.А. | 184 | |
| Берёзкин А.С. | 250 | |
| Бирюков Б.А. | 249 | |
| Блинникова Е.А. | 332 | |
| Блохина Е.А. | 261 | |
| Бобкова Е.Н. | 159, 188 | |
| Бобракова О.Т. | 408 | |
| Бобров А.Е. | 92, 151, 218, 232, 238, 388 | |
| Бобров А.С. | 6 | |
| Богдасаров Ю.В. | 178 | |
| Боев И.В. | 52 | |
| Боев О.И. | 161 | |
| Бойко Е.О. | 209 | |
| Бокша И.С. | 104 | |
| Бомов П.О. | 331 | |
| Бондаренко Е.В. | 164 | |
| Борисова О.А. | 160 | |
| Борисов Д.А. | 316 | |
| Борисов И.В. | 408 | |
| Бородин В.И. | 55, 391, 408 | |
| Борутенко К.В. | 38 | |
| Бохан Н.А. | 101, 130, 269 | |
| Бочкарёва И.Ю. | 260 | |
| Бочкарев В.К. | 100, 134 | |
| Боярко Е.Г. | 138 | |
| Брежнева О.Я. | 411 | |
| Брусов О.С. | 102, 112 | |
| Бубнова Ю.С. | 38 | |
| Бугорский А.В. | 403 | |
| Будза В.Г. | 5, 32, 331, 338 | |
| Букацик Н.И. | 175 | |
| Букин С.И. | 193 | |
| Букреева Н.Д. | 377 | |
| Буланов В.С. | 104 | |
| Булыгина В.Г. | 382 | |
| Бунькова К.М. | 33 | |
| Бураков А.М. | 261 | |
| Бурбаева Г.Ш. | 104 | |
| Буркин М.М. | 343 | |
| Бурминский Д.С. | 164 | |
| Буткова Т.В. | 370 | |
| Бутома Б.Г. | 9, 24, 65 | |
| Бутылин Д.Ю. | 391 | |
| Бушара Н.М. | 261 | |
| Быков Ю.В. | 251 | |
| Былим И.А. | 54 | |
| В | | |
| Ваксман А.В. | 34 | |
| Валинуров Р.Г. | 56, 99 | |
| Варавин А.П. | 58 | |
| Василенко А.В. | 347 | |
| Василенко Л.М. | 104 | |
| Васильева А.И. | 147 | |
| Васильев В.И. | 241 | |
| Васильев В.Н. | 292 | |
| Вассерман Л.И. | 149 | |
| Васянина Ю.Ш. | 209 | |
| Ваулин С.В. | 197 | |
| Введенский Г.Е. | 367, 371 | |
| Вельтищев Д.Ю. | 233, 241 | |
| Вербицкая Е.В. | 261 | |
| Веретенцева Т.В. | 331 | |
| Вершинина Н.В. | 293 | |
| Ветлугина Т.П. | 105, 130, 142, 269 | |
| Вильянов В.Б. | 106, 117, 131, 136 | |
| Виллом И.А. | 144 | |
| Вишневская О.А. | 199 | |
| Вобленко Р.А. | 353 | |
| Воликова С.В. | 410 | |
| Волков А.В. | 252 | |
| Волков В.П. | 133, 152 | |
| Волошко К.В. | 344 | |
| Воробьев Р.В. | 50 | |
| Ворона Ю.А. | 209 | |
| Ворсина О.П. | 198 | |
| Востриков В.М. | 107 | |
| Втюрина М.В. | 199 | |
| Выборных Д.Э. | 154 | |
| Выходцев С.В. | 246, 368 | |
| Вялова Н.М. | 108, 120, 124, 125 | |
| Г | | |
| Габаева М.В. | 122 | |
| Гажа А.К. | 58 | |
| Газизуллин Т.Р. | 22 | |
| Гайсина Л.М. | 5, 32 | |
| Гареева Г.А. | 282 | |
| Генералова Г.Е. | 414 | |
| Герасимова Л.А. | 69 | |
| Гильбурд О.А. | 4 | |
| Гладышева А.Г. | 212 | |
| Говорин Н.В. | 147, 171 | |
| Голимбет В.Е. | 122, 304 | |
| Голимбет В.И. | 116 | |
| Голланд В.Б. | 379 | |
| Гончаренко А.Ю. | 173, 174, 357 | |
| Гончаров В.Н. | 169 | |
| Горбачевская Н.Л. | 293 | |
| Горбунова Ю.В. | 38 | |
| Горелик А.Л. | 334 | |
| Горкина М.Г. | 171 | |
| Горобец Л.Н. | 104, 110, 151 | |
| Городошникова И.В. | 331 | |
| Горюнов А.В. | 294 | |
| Горюнова А.В. | 294, 312 | |
| Гофман А.Г. | 254, 265 | |
| Гранкина И.В. | 296 | |
| Грачева Т.Ю. | 59, 61 | |
| Гречаный С.В. | 254, 297, 362 | |
| Григорьева Е.А. | 154, 155 | |
| Григорьев М.Э. | 251 | |
| Гринченко О.Н. | 161 | |
| Грызунов Ю.А. | 111 | |
| Гурвич В.Б. | 334 | |
| Гурьянова Т.В. | 176 | |

| | | | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|------------------------|-----------------------|------------------|
| Гусева Т.П. | 238 | Злоказова М.В. | 16 | Кишка Т.Н. | 182 |
| Д | | Зозуля С.А. | 160 | Киян К.А. | 388 |
| Дальнова И.Г. | 271 | Зотова А.В. | 90 | Клименкова Е.Н. | 417 |
| Данилина К.К. | 293 | Зотов П.Б. | 191 | Климова В.Н. | 209 |
| Данилова Л.Ю. | 299 | Зубков Е.А. | 127 | Клюшник Т.П. | 29, 35, 135, 160 |
| Данилова М.Ю. | 321 | Зубов Д.С. | 128, 226 | Князева Л.В. | 204 |
| Дворниченко М.В. | 331 | И | | Кобзова М.П. | 293 |
| Дебрянская А.В. | 393, 401 | Ибрагимова М.В. | 303, 326 | Кобозев Г.Н. | 106, 117, 131 |
| Демешева Е.А. | 85 | Иванец Н.Н. | 145, 219 | Ковалев А.В. | 126, 266 |
| Демидова Л.Ю. | 415 | Иванова Г.П. | 110 | Ковалева А.В. | 426 |
| Демин А.Н. | 230 | Иванова Л.А. | 156 | Ковалева М.Е. | 113 |
| Дереча В.А. | 387 | Иванова Л.А. | 101, 108, 120, | Ковалева Т.С. | 302 |
| Дереча Г.И. | 387 | | 124, 125, 138, 157 | Ковалевская О.Б. | 233, 241 |
| Дерябина С.В. | 374 | Иванова Т.И. | 296 | Коваль-Зайцев А.А. | 135 |
| Дианова С.В. | 198 | Иванов М.В. | 128, 149, 226 | Ковшова О.С. | 93 |
| Добрецов Г.Е. | 111 | Иванов М.Д. | 398 | Кожекин И.Г. | 210 |
| Добровольская А.Е. | 280 | Иванов С.В. | 217 | Кожина Т.А. | 254 |
| Довженко Т.В. | 232 | Ивашев К.С. | 414 | Козин В.А. | 181 |
| Долныкова А.А. | 415 | Ивашев С.П. | 318, 414, 418 | Козлова С.Н. | 243 |
| Дроздов Я.А. | 161 | Иващенко Д.М. | 159, 188 | Козлов М.А. | 306 |
| Друзь В.Ф. | 332 | Идрисов К.А. | 62 | Козловский В.Л. | 115 |
| Дубинина Е.Е. | 333 | Изнак А.Ф. | 35 | Козлов Т.Н. | 250 |
| Дубицкая Е.А. | 84, 349 | Изнак Е.В. | 35 | Колесникова И.А. | 418 |
| Дудко Т.Н. | 256 | Изюмина Т.А. | 257 | Колесова С.Н. | 318 |
| Дьяконов А.Л. | 154, 155 | Исаева Е.Р. | 10 | Колмогорова В.В. | 172, 356 |
| Е | | Искалиева Д.Р. | 138 | Колоколов А.В. | 371 |
| Егоров Б.Е. | 393 | Исмаилова Ж.Р. | 358 | Коломиец В.М. | 64, 244 |
| Елькина Д.Ю. | 415 | Ищенко Д.А. | 233 | Колотыркина Ю.В. | 396 |
| Емцова Ю.В. | 300 | К | | Колпаков Я.В. | 259 |
| Ениколопов С.Н. | 194 | Кабизулов В.С. | 212 | Кондратьев Н.В. | 122 |
| Ерофеева В.В. | 418 | Казаков Р.Е. | 145 | Коновалова А.Х. | 11 |
| Ерошина О.С. | 83 | Казаковцев Б.А. | 345 | Коноркина Е.А. | 64, 244 |
| Ершов Е.Е. | 88 | Каледа В.Г. | 29, 104, 116, 119, 304 | Копейко Г.И. | 29 |
| Ефимцев А.Ю. | 263 | Калинина В.В. | 111 | Корень Е.В. | 307, 310 |
| Ж | | Калинин В.В. | 353, 357, 361 | Корзенев А.В. | 44 |
| Жарикова И.Ю. | 396 | Калиниченко Т.П. | 334 | Корзун Д.Н. | 381 |
| Жиляева Т.В. | 109 | Калькэ А.Р. | 161 | Кормачева Е.А. | 377 |
| Жукевич А.И. | 193 | Канаева Л.С. | 37 | Корнетов Н.А. | 203 |
| З | | Кан И.Ю. | 369 | Коровайцева Г.И. | 116 |
| Забозлаева И.В. | 301 | Карамышев Б.П. | 8 | Королевич Л.В. | 256 |
| Завьялова Т.И. | 302 | Каратюк В.И. | 63 | Костенко М.Б. | 63 |
| Заика В.Г. | 166 | Карашева Б.Г. | 369 | Костен Т. | 261 |
| Зайнуллина А.Г. | 99 | Карпов А.М. | 18 | Косторная А.А. | 376 |
| Залевская Т.В. | 166 | Карпова Н.С. | 112 | Коцюбинский А.П. | 9, 24, 65, 70 |
| Залуцкая Н.М. | 95, 333, 334, 403 | Касимова Л.Н. | 109, 199 | Кочарян Г.С. | 372 |
| Захарченко Д.В. | 333 | Кибитов А.О. | 249, 258, 261, | Кочегуров В.В. | 309 |
| Звартау Э.Э. | 261 | | 286, 329 | Краснов А.А. | 173, 185 |
| Зейгер М.В. | 380 | Кибрик Н.Д. | 369, 370 | Краснов А.Н. | 14, 41 |
| Зелтынь А.Е. | 233 | Кинкулькина М.А. | 219, 220, | Краснова В.В. | 417, 420 |
| Зиганшин Ф.Г. | 176 | | 224, 257 | Краснослободцева Л.А. | 151 |
| Зиновьев С.В. | 280 | Киреева Д.С. | 387 | Краузе К.А. | 402 |
| Зиньковский А.К. | 309, 350, 387 | Киренская А.В. | 113, 134 | Крахмалева О.Е. | 296 |
| Зиньковский К.А. | 351 | Киров Р.Н. | 259 | Кременицкая С.А. | 136 |
| Злобина Г.П. | 102 | Киселёва Ж.В. | 25, 271 | Кривулин Е.Н. | 260 |
| | | Киселёва И.В. | 242 | Крижановский А.С. | 38 |
| | | Кичук И.В. | 136 | Критская В.П. | 22 |
| | | | | Крупницкий Е.М. | 261 |
| | | | | Крылова Н.В. | 262 |

| | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Крылов В.И. | 3, 391 | Максимова П.А. | 349 | Незнанов Н.Г. | 3, 95, 128, 149, 226 |
| Крюкова Е.М. | 5 | Макушкина О.А. | 379, 382, 383 | Некрасов В.А. | 55 |
| Кувшинова Н.Ю. | 14, 41 | Малахов В.И. | 69 | Немкова Т.И. | 270 |
| Кудряшов А.В. | 106, 117, 131 | Малин Д.И. | 126, 266 | Никитина В.Б. | 105 |
| Кузнецова-Морева Е.А. | 179, 388 | Малинина Е.В. | 301, 306, 315, 322 | Никитина Т.Е. | 388 |
| Кузнецова М.В. | 247 | Малов С.С. | 358 | Николаев Е.Л. | 192, 193 |
| Кузнецов В.В. | 262, 401 | Мальцева Е.А. | 16 | Нифонтова А.В. | 410 |
| Кузнецов В.Е. | 401 | Мальцева Ю.Л. | 142 | Новиков А.В. | 49 |
| Кузьмич Г.В. | 312 | Мамохина У.А. | 293 | Новикова Е.Г./ | 318 |
| Кузьмичев Б.Н. | 311 | Мартынихин И.А. | 95 | Новотоцкий-Власов В.Ю. | 100, 113, 134 |
| Куй-Беда В.Ю. | 398 | Марченко А.А. | 31 | Носатовский И.А. | 270 |
| Кукес В.Г. | 145 | Масалов Д.В. | 261 | Носачев Г.Н. | 14, 25, 41, 162, 216, 242, 271, 349 |
| Куклина А.М. | 245 | Масланова Т.В. | 79 | Носачев И.Г. | 25, 91, 271 |
| Куликов А.Н. | 161 | Махортова И.С. | 236 | Нургалиев Р.А. | 248 |
| Куликов А.П. | 362 | Медведев Д.С. | 229 | | |
| Култышев Д.В. | 281, 287, 292, 314, 344, 423 | Медведев С.Э. | 70 | | |
| | | Мелешко Т.К. | 22 | | |
| Кулыгина М.А. | 421 | Меликсетян А.С. | 265 | О | |
| Куприянова Т.А. | 310 | Мельникова Т.С. | 98, 118, 126, 266 | Овечкина Л.А. | 192 |
| Курасов Е.С. | 31, 148 | Мельникова Ю.В. | 24, 65 | Олейникова И.Н. | 332 |
| Курбатова Е.А. | 362 | Менделевич В.Д. | 267 | Олейчик И.В. | 22, 35, 122, 160 |
| Курпатов В.И. | 398 | Меняйцева Т.А. | 142 | Олефиренко Л.В. | 408 |
| Курылев А.А. | 144 | Мещерякова А.А. | 268 | Омельченко М.А. | 104, 116 |
| Куташова Л.А. | 222 | Миняйчева М.В. | 86 | Орлова Е.А. | 236 |
| Куташов В.А. | 222 | Мирошниченко И.И. | 164 | Орлов Г.В. | 73 |
| Куговой А.В. | 161 | Мисионжник Э.Ю. | 111 | Орлов И.Ю. | 106, 117, 131 |
| Кутуева Р.В. | 377 | Митихина И.А. | 71 | Орловская Д.Д. | 107 |
| | | Митихин В.Г. | 71 | Осадший Ю.Ю. | 353 |
| Л | | Митрофанов И.А. | 73 | Осипова В.А. | 95 |
| Лазебник А.И. | 192 | Михайлова Н.М. | 336 | | |
| Лапин И.А. | 118 | Михайлова С.А. | 423 | П | |
| Лебедева Г.Г. | 10, 13 | Михайлов В.А. | 404, 406 | Павличенко А.В. | 27 |
| Лебедева Е.В. | 120 | Михайлян К.С. | 424 | Павлова Ю.М. | 21, 279, 319 |
| Лебедева И.С. | 119 | Мишарин В.Ю. | 336 | Павлов И.С. | 272 |
| Левина Н.Б. | 67 | Моисейчева О.В. | 223 | Пажитных Д.В. | 329 |
| Левченкова Е.В. | 256 | Мокшанова С.В. | 384, 413 | Палаткин В.Я. | 261 |
| Левчук Л.А. | 120, 124, 125 | Молина О.В. | 287, 314 | Панкова О.Ф. | 321 |
| Лежейко Т.В. | 122, 123 | Моор Л.В. | 38 | Пантелеева Г.П. | 22, 35, 160 |
| Летникова З.В. | 334 | Морозова А.Ю. | 127 | Панченко Е.А. | 196 |
| Лиманкин О.В. | 68, 69, 71, 90 | Морозова М.А. | 164 | Папсуев О.О. | 161 |
| Липатова Л.В. | 347 | Морозов Д.И. | 224, 227 | Парпара М.А. | 238 |
| Лисицына Т.А. | 233, 241 | Моросеева Е.А. | 72, 410 | Пастушенков А.В. | 175, 273 |
| Литвинцев Б.С. | 263 | Москаленко Д.А. | 401 | Пашковский В.Э. | 197 |
| Лобачева О.А. | 142 | Мурадян А.Л. | 350 | Певзнер А.А. | 154 |
| Логачева А.А. | 58 | Муракаева Ю.А. | 316 | Пенчул Н.А. | 24 |
| Лосенков И.С. | 108, 120, 124, 125 | Мурина И.Н. | 204, 206, 207 | Петрова Н.Н. | 169, 199, 324 |
| Луговых Н.А. | 315 | Мусина Л.О. | 351 | Петрунько О.В. | 39 |
| Лутова Н.Б. | 15, 162 | Мутных Е.М. | 151 | Пивень Б.Н. | 274 |
| Любов Е.Б. | 161, 212, 214, 408 | Мухина И.В. | 109 | Пилявская О.И. | 322 |
| Лютая Н.В. | 423 | Мягких Н.И. | 178 | Пиотровская В.Р. | 355 |
| | | Мязина О.Б. | 402 | Пирогова М.Ю. | 184 |
| М | | Мясникова Л.К. | 217 | Платова А.И. | 164 |
| Магурдумова Л.Г. | 211 | | | Платонова С.Е. | 340 |
| Мажаева О.В. | 195 | Н | | Плотников А.В. | 363 |
| Мазо Г.Э. | 38, 139, 142 | Назаров А.А. | 181, 195 | Подольская М.Н. | 414 |
| Макаревич О.В. | 18 | Назметдинова Д.М. | 353 | Подсытник Ю.В. | 316 |
| Макарова М.Н. | 192 | Насырова Р.Ф. | 128, 226 | Подугольникова М.М. | 55 |
| Макашева В.А. | 200 | Невидимова Т.И. | 130, 269 | Полецкий В.М. | 172, 356 |

| | | | | | |
|---------------------|---------------------------------|------------------|---------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| Полищук Ю.И. | 334 | Семакина Н.В. | 404, 406 | Сторожева З.И. | 137 |
| Полман-Горлова Т.А. | 302 | Семенихин Д.Г. | 18, 183 | Стоянова И.Я. | 105 |
| Польская Г.М. | 274 | Семенова Н.А. | 119 | Стрельник С.Н. | 42, 91, 162 |
| Полянский Д.А. | 357 | Семенова Н.В. | 75 | Струкова Е.Ю. | 58, 209 |
| Понизовский П.А. | 275 | Семенова Н.Д. | 86 | Субботин К.Ю. | 361 |
| Попинако А.В. | 276 | Семёнова Н.Д. | 87 | Сулимов Г.Ю. | 261 |
| Потанин С.С. | 164 | Семке А.В. | 138, 142, 157 | Сумарокова М.А. | 167 |
| Потапов И.В. | 165 | Семке В.Я. | 105 | Сумская А.В. | 236 |
| Прибытков А.А. | 236 | Серавина О.Ф. | 233, 241 | Сучков Ю.А. | 79 |
| Приленский Б.Ю. | 423 | Сергеева О.Е. | 304 | Сычев Д.А. | 145 |
| Проданец Н.Н. | 109 | Сергеев В.А. | 230, 359 | | |
| Прокопенко Ю.П. | 373 | Серебряная Н.Б. | 347 | Т | |
| Прокопович Г.А. | 197 | Сивакова Н.А. | 347 | Тараканова Е.А. | 353 |
| Прокопьева М.Л. | 234 | Сиденкова А.П. | 336, 341 | Тарасова О.А. | 171 |
| Пронин С.В. | 278 | Сизова И.С. | 79 | Тареева Ю.С. | 171 |
| Проскурякова Т.В. | 132 | Силкина Ю.А. | 400 | Тарумов Д.А. | 263 |
| Простяков А.И. | 179 | Симашкова Н.В. | 135 | Тарумов Д.В. | 44 |
| Псарева Н.А. | 145 | Симбирцев А.А. | 383 | Терехова В.Л. | 280 |
| Пуговкина О.Д. | 276 | Симонов А.Н. | 166 | Терешкина Е.Б. | 104 |
| Пудиков И.В. | 162 | Симуткин Г.Г. | 108, 120, 124, 125, 130, 269 | Тиганов А.С. | 29, 44 |
| Пуляткина О.В. | 357 | Синенченко А.Г. | 173, 175, 185 | Тимохина Е.В. | 410 |
| Р | | Скалий Ю.Е. | 262 | Тихобразова О.П. | 109 |
| Работа Т.Н. | 166 | Скалон А.Д. | 217 | Тихонова Ю.Г. | 219, 220, 224, 227 |
| Ракова Н.И. | 326 | Скворцов В.Ю. | 169 | Ткачев А.А. | 329 |
| Раковская Н.В. | 15 | Слѣзин В.Б. | 9 | Ткаченко А.А. | 97, 100, 113, 134, 377, 381 |
| Расторгуева Н.И. | 79 | Слободская Е.Р. | 200 | Томилин В.А. | 250, 285 |
| Ременник А.Ю. | 106, 117, 131 | Слоева Е.А. | 14, 41 | Трещѣв Д.Ю. | 358 |
| Речкин А.Н. | 169 | Случевская С.Ф. | 90 | Трущелѣв С.А. | 30 |
| Родяшин Е.В. | 191 | Смекалкина Л.В. | 323 | Тукаев Р.Д. | 401 |
| Рожкова М.Ю. | 156 | Смирнова Д.А. | 14, 41, 91 | Тулбаева Н.Р. | 56 |
| Рожкова Н.Ю. | 6, 426 | Смирнова О.Ю. | 410 | Тухватуллина Д.Р. | 336 |
| Рожков С.Н. | 68 | Смирнова С.А. | 331 | Тюрина А.А. | 261 |
| Романенко С.Г. | 233 | Смирнов И.И. | 312 | Тюшкевич С.А. | 293 |
| Романов А.Д. | 91 | Смолина Н.В. | 111 | | |
| Романова Т.Н. | 261 | Смулевич А.Б. | 217 | У | |
| Романов Д.В. | 14, 41, 51, 74, 91, 162, 380 | Собенникова В.В. | 234 | Узбеков М.Г. | 111 |
| Росман С.В. | 133 | Собенников В.В. | 234 | Уманская П.С. | 281 |
| Рудиков Е.В. | 138, 157 | Соболева Е.В. | 77 | Уманский С.М. | 281, 292, 314, 344 |
| Русина Н.А. | 405 | Соколов А.В. | 22 | Уранова Н.А. | 107 |
| Руш И.А. | 334 | Соколов Е.Ю. | 186 | Урнова Е.С. | 154 |
| С | | Соловьева Н.В. | 136 | Урняева С.И. | 136 |
| Сабитов И.А. | 21, 279, 319 | Солохина Т.А. | 78, 83 | Урываев В.А. | 213 |
| Саблина Т.Н. | 301 | Сомова В.М. | 186 | Усман Н.Ю. | 293 |
| Савельева М.С. | 333 | Сорокина В.А. | 59, 61, 138 | Усова А.А. | 168 |
| Савенко Ю.С. | 28 | Сорокина В.И. | 79 | Усов Г.М. | 168 |
| Савушкина О.К. | 104 | Сорокин М.Ю. | 18 | Устинов М.С. | 14, 41 |
| Самохин Д.В. | 195 | Сорокин С.А. | 35 | | |
| Самусь И.В. | 59, 61 | Сосин Д.Н. | 128, 226 | Ф | |
| Самылкин Д.В. | 100, 113, 134 | Софронов А.Г. | 19, 88, 197, 280 | Фаддеев Д.В. | 169, 324, 362 |
| Сагторов Р.С. | 303, 326 | Спикина А.А. | 19, 88 | Фактор М.И. | 112 |
| Сахаров А.В. | 171 | Старостина Е.Г. | 218 | Федоренко О.Ю. | 108, 138, 157 |
| Сботова Е.Ф. | 358 | Старостин О.А. | 401 | Филиппова Ю.В. | 229 |
| Святогор М.В. | 199 | Стельмах И.А. | 210 | Филиппов В.Л. | 229 |
| Сединкин А.А. | 301 | Степанов И.Л. | 223 | Фокин В.А. | 263 |
| Седова А.А. | 410 | Степунина Н.Е. | 307 | | |
| | | Стефанов Г.Б. | 401 | Х | |
| | | Столяров С.А. | 22, 122, 160 | Хайбуллина А.М. | 32 |

| | | | | | |
|-----------------------------|----------|-----------------------------------|-------------------|--------------------|--------------|
| Хайретдинов О.З..... | 325 | Ш | | Щ | |
| Халикова А.Р..... | 168 | Шадрина И.В..... | 184 | Щедрина Л.В..... | 333 |
| Ханько А.В..... | 409 | Шайдукова Л.К..... | 282 | Ю | |
| Харитонов С.В..... | 213 | Шалаева Е.В..... | 283 | Юдеева Т.Ю..... | 424 |
| Холодова Е.М..... | 211 | Шамакина И.Ю..... | 250, 285 | Я | |
| Хохлов Л.К..... | 239 | Шамрей В.К. 31, 44, 148, 174, 175 | | Ягубов М.И..... | 369, 376 |
| Хритинин Д.Ф..... | 181 | Шапошников Н.Н..... | 80 | Ягупова Н.Х..... | 340 |
| Хруленко-Варницкий И.О..... | 55 | Шац К.И..... | 368 | Языкова И.М..... | 341 |
| Хрящёв А.В..... | 77 | Швыдкая С.В..... | 161 | Яковлев А.Н..... | 329 |
| Худякова Ю.Ю..... | 20 | Шевцов С.А..... | 47, 323, 327, 411 | Яковлева Ю.А..... | 364 |
| Хуснутдинова Э.К..... | 99 | Шевченко Л.С..... | 81 | Якупова Л.П..... | 135 |
| Хяникяйнен И.В..... | 343 | Шейфер М.С..... | 380, 402 | Якушина А.М..... | 332 |
| Ц | | Шеллер А.Д..... | 68, 204, 206, 207 | Ялтонский В.М..... | 259 |
| Царенко Д.М..... | 232, 239 | Шеломкова О.А..... | 241 | Ярзуткин С.В..... | 21, 279, 319 |
| Царьков А.А..... | 202 | Шереметьева И.И..... | 363 | Яровицкий В.Б..... | 54 |
| Цупрун В.Е..... | 161, 201 | Шипилова А.А..... | 331 | Ясникова Е.Е..... | 49 |
| Цыганков Б.Д..... | 236 | Шипилова Е.С..... | 22, 35 | Ястребов В.С..... | 71, 81, 83 |
| Ч | | Ширяев О.Ю..... | 236 | Яхимович Л.А..... | 379 |
| Чалая Е.Б..... | 338 | Сихов С.Н..... | 111 | Яхин К.К..... | 22 |
| Чалая И.В..... | 338 | Школяр А.С..... | 20 | Яшкина И.В..... | 254 |
| Чальый В.А..... | 338 | Шманева Т.М..... | 139, 142 | | |
| Чеперин А.И..... | 68, 206 | Шохонова В.А..... | 132 | | |
| Чепракова В.А..... | 31, 148 | Шпорт С.В..... | 189 | | |
| Червинский А.Ю..... | 169 | Шувалова Г.В..... | 316 | | |
| Черемных Е.Г..... | 112 | Шувалов С.А..... | 286 | | |
| Черешнева О.С..... | 229 | | | | |
| Чернобровкина Т.В..... | 303, 326 | | | | |
| Чернова О.В..... | 327 | | | | |
| Чернявский Я.В..... | 359 | | | | |
| Четвериков Д.В..... | 274 | | | | |
| Чехонин В.П..... | 127 | | | | |
| Числов А.В..... | 280, 309 | | | | |
| Чистопольская К.А..... | 194 | | | | |
| Чухрова М.Г..... | 278 | | | | |
| Чуюрова О.Н..... | 6 | | | | |

РАЗДЕЛ 1**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ**

| | |
|---|----|
| ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА И СЕМАНТИКА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ДИАГНОЗА Незнанов Н.Г. | 3 |
| КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В КАТЕГОРИАЛЬНОЙ И ДИМЕНСИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛЯХ БОЛЕЗНИ Крылов В.И. | 3 |
| ГЕНЕТИКА ШИЗОФРЕНИИ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ Гильбурд О.А. | 4 |
| ОТДЕЛЬНЫЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Гайсина Л.М., Крюкова Е.М. | 5 |
| НЕМАНИФЕСТНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ С БИПОЛЯРНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Бобров А.С., Чуярова О.Н., Рожкова Н.Ю. | 6 |
| АЛГОРИТМ И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ON-LINE РЕЖИМЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Андреев М.К., Карамышев Б.П., Андреев А.Ю. | 8 |
| БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Бутома Б.Г., Коцюбинский А.П., Слэзин В.Б. | 9 |
| КОГНИТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. | 10 |
| РОДИТЕЛЬСКИЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Коновалова А.Х. | 11 |
| КОГНИТИВНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Лебедева Г.Г. | 13 |

| | |
|---|----|
| К ПРОБЛЕМЕ РАЗГРАНИЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ НОРМАЛЬНОЙ ГРУСТИ И ЛЕГКОЙ ДЕПРЕССИИ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО МЕТОДА В ПСИХИАТРИИ Смирнова Д.А., Краснов А.Н., Слоева Е.А., Кувшинова Н.Ю., Устинов М.С., Романов Д.В., Носачев Г.Н. | 14 |
| ВЗАИМОСВЯЗЬ СУБЪЕКТИВНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТА ВЗАИМООТНОШЕНИЯМИ ВРАЧ-БОЛЬНОЙ С ЛИЧНОСТНЫМИ И КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Лутова Н.Б., Раковская Н.В. | 15 |
| КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЗНИ Мальцева Е.А., Злоказова М.В. | 16 |
| ВОСПРИЯТИЕ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЕГО ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМИ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Семенухин Д.Г., Башмакова О.В., Карпов А.М. | 18 |
| ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ НА ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Сорокин М.Ю., Макаревич О.В. | 18 |
| ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Спикина А.А., Софронов А.Г. | 19 |
| АГРЕССИВНОСТЬ И МОДЕЛЬ ДЕФИЦИТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Худякова Ю.Ю., Школяр А.С. | 20 |
| ИССЛЕДОВАНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ЗАВИСИМОСТЕЙ ШКАЛ ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ ОПРОСНИКОВ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Ярзуткин С.В., Сабитов И.А., Павлова Ю.М. | 21 |
| СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯХ Яхин К.К., Газизуллин Т.Р. | 22 |

| | | | |
|--|----|--|----|
| ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИЙ ПРИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ (КЛИНИКО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ) Пантелеева Г.П., Мелешко Т.К., Критская В.П., Абрамова Л.И., Олейчик И.В., Столяров С.А., Шипилова Е.С., Соколов А.В. | 22 | ВЗАИМОСВЯЗЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ХОДЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Пантелеева Г.П., Клюшник Т.П., Абрамова Л.И., Олейчик И.В., Сорокин С.А., Шипилова Е.С. | 35 |
| МЕСТО НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ В СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Мельникова Ю.В., Аксёнова И.О., Пенчул Н.А. | 24 | КОНЦЕПЦИЯ РЕМИССИЙ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ. Канаева Л.С. | 37 |
| МЕСТО ЭТОЛОГИИ В МЕТОДОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Киселёва Ж.В. | 25 | АТИПИЧНАЯ ДЕПРЕССИЯ: ОТ ФЕНОМЕНОЛОГИИ К ЭНДОФЕНОМЕНОЛОГИИ Мазо Г.Э., Крижановский А.С., Бубнова Ю.С. | 38 |
| НАВСТРЕЧУ DSM-5: ИННОВАЦИИ И ПРОБЛЕМЫ Павличенко А.В. | 27 | НАРУШЕНИЯ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ Моор Л.В., Горбунова Ю.В., Боротенко К.В. | 38 |
| КАКУЮ ПАРАДИГМУ РЕАЛИЗУЮТ DSM-V И ICD-11? Савенко Ю.С. | 28 | ГИПОТИМИЯ И ТРЕВОГА КАК НЕОТЪЕМЛЕМЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ МОНОПОЛЯРНОЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ Петрунько О.В. | 39 |
| БИОМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ Тиганов А.С., Клюшник Т.П., Копейко Г.И., Каледа В.Г. | 29 | К ПРОБЛЕМЕ РАЗГРАНИЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ НОРМАЛЬНОЙ ГРУСТИ И ЛЕГКОЙ ДЕПРЕССИИ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО МЕТОДА В ПСИХИАТРИИ Смирнова Д.А., Краснов А.Н., Слоева Е.А., Кувшинова Н.Ю., Устинов М.С., Романов Д.В., Носачев Г.Н. | 41 |
| ТРАНСЛЯЦИЯ НАУЧНЫХ РАЗРАБОТОК В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ Трушелёв С.А. | 30 | ЭКОЛОГО-ХРОНОБИОЛОГИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ КАК ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ЭТИОПАТОГЕНЕЗУ, ДИНАМИКЕ И ТЕРАПИИ Стрельник С.Н. | 42 |
| ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ Шамрей В.К., Марченко А.А., Курасов Е.С., Чепракова В.А. | 31 | ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ И ПСИХОПАТОЛОГИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ Тиганов А.С. | 44 |
| ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Хайбуллина А.М., Бардюркина В.А., Гайсина Л.М. | 32 | НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ Шамрей В.К., Абриталин Е.Ю., Тарумов Д.В., Корзёнев А.В. | 44 |
| КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ Бунькова К.М. | 33 | РАЗРАБОТКА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММ ДЛЯ ЭВМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Шевцов С.А. | 47 |
| ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ЛИЧНОСТНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ Ваксман А.В. | 34 | | |

| | | | |
|--|----|---|----|
| МЕЖПОЛУШАРНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ И СОМАТОФОРМНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ Ясникова Е.Е., Новиков А.В. | 49 | ПРОГРАММЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СУБЪЕКТИВНАЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Варавин А.П. | 58 |
| ФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ СМЕШАННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В КЛИНИКЕ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА Воробьев Р.В. | 50 | ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ Грачева Т.Ю., Сорокина В.А., Самусь И.В. | 59 |
| ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ Романов Д.В. | 51 | ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТИЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Грачева Т.Ю., Сорокина В.А., Самусь И.В. | 61 |
| КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ЛИЧНОСТИ Боев И.В. | 52 | ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕЖЕНЦАМ В ПУНКТАХ ВРЕМЕННОГО ПРОЖИВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ Идрисов К.А. | 62 |
| РАЗДЕЛ. 2 ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ – ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА. ВНЕДРЕНИЕ И ОПЫТ РАБОТЫ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ | | ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ Каратюк В.И., Костенко М.Б. | 63 |
| ОСОБЕННОСТИ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРИГАДНОГО ПОДХОДА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ Былим И.А., Яровицкий В.Б. | 54 | РАБОТА ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА Коноркина Е.А., Басинская И.А., Коломиец В.М. | 64 |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА В РАЗРАБОТКЕ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В ДОРЕВОЛЮЦИОННЫЙ ПЕРИОД (1884-1914 ГГ.) Некрасов В.А. | 55 | ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСА ДНЕВНОЙ/НОЧНОЙ СТАЦИОНАР В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Коцюбинский А.П., Мельникова Ю.В., Бутома Б.Г. | 65 |
| МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Хруленко-Варницкий И.О., Бородин В.И., Подугольникова М.М. | 55 | ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ООО И «НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ» В ПРОЦЕССЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СЛУЖБ Левина Н.Б. | 67 |
| МОДЕРНИЗАЦИЯ КАК РЕГИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Валинуров Р.Г., Тулбаева Н.Р., Ахмерова И.Ю. | 56 | ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ Чеперин А.И., Шеллер А.Д., Рожков С.Н. | 68 |
| СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ Гажа А.К., Баранов А.А., Струкова Е.Ю., Логачева А.А. | 58 | РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА) Лиманкин О.В. | 68 |

| | | | |
|--|----|--|----|
| ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В СРАВНЕНИИ С РФ ЗА 20 ЛЕТ Лиманкин О.В. | 69 | К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В Г. КРАСНОДАРЕ Шапошников Н.Н. | 80 |
| ОПЫТ АКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, БОЛЕЕ ГОДА НАХОДЯЩИМИСЯ В СТАЦИОНАРЕ Малахов В.И., Герасимова Л.А. | 69 | ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗА НЕЦЕЛЕВОЕ И НЕЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ: ПРОБЛЕМЫ, ПОИСКИ, РЕШЕНИЯ Шевченко Л.С. | 81 |
| БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (СИСТЕМНЫЕ И ТРАНСГЕНЕРАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ) Медведев С.Э., Коцюбинский А.П. | 70 | АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ Ястребов В.С. | 81 |
| РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ОСНОВЕ МЕТОДА АНАЛИЗА ИЕРАРХИЙ Митихин В.Г., Лиманкин О.В., Ястребов В.С., Митихина И.А. | 71 | РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Ерошина О.С. | 83 |
| КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОГОРТЫ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕБНО-КОНСУЛЬТАТИВНУЮ ПОМОЩЬ Моросеева Е.А. | 72 | КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Ястребов В.С., Солохина Т.А. | 83 |
| ПОИСК МОДЕЛЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Орлов Г.В., Митрофанов И.А. | 73 | ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ, ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И ПСИХОТЕРАПИИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ (НА ПРИМЕРЕ ДЕПРЕССИЙ) Дубицкая Е.А. | 84 |
| ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА В САМАРСКОМ РЕГИОНЕ Романов Д.В. | 74 | БОЛЬНЫЕ ШИЗОФРЕНИЕЙ - МАТЕРИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ Демешева Е.А. | 85 |
| МНОГОУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Семенова Н.В. | 75 | ПСИХОДИАГНОСТИКА МОТИВАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ Семенова Н.Д., Миняйчева М.В. | 86 |
| ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ Соболева Е.В., Хрящёв А.В., Андреев М.К. | 77 | ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ МОТИВИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ Семёнова Н.Д. | 87 |
| РАЗВИТИЕ СИСТЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Солохина Т.А. | 78 | КОРРЕКЦИЯ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОДХОД Спикина А.А., Софронов А.Г. | 88 |
| ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Сучков Ю.А., Масланова Т.В., Расторгуева Н.И., Сизова И.С., Сорокина В.И. | 79 | РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА Ершов Е.Е. | 88 |

РАЗДЕЛ. 3**ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ
В ПСИХИАТРИИ**

ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ
Бабин С.М., Случевская С.Ф., Зотова А.В.,
Лиманкин О.В. 90

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД:
РОЛЬ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ
Баранов В.С., Романов Д.В., Стрельник С.Н.,
Носачев И.Г., Смирнова Д.А., Романов А.Д. 91

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ
Бобров А.Е. 92

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ
ПСИХОЛОГОВ В САМАРСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ
УНИВЕРСИТЕТЕ
Ковшова О.С. 93

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ НА
ИНТЕРНЕТ-САЙТЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА
ПСИХИАТРОВ
Мартынихин И.А. 95

О ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ,
ПРИНИМАЮЩИХ УЧАСТИЕ В ОКАЗАНИИ
ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ С
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ,
В ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ И СУППОРТИВНЫХ
МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ
Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Осипова В.А. 95

ПРЕДМЕТ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ
И ЭКСПЕРТНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ:
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО
ЭКСПЕРТА В СВЕТЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ
РЕФОРМ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Ткаченко А.А. 97

РАЗДЕЛ. 4**«БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ»
ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
(БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ,
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ,
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ)**

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ
И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ
НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ
ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЯХ
Алфимова М.В., Мельникова Т.С. 98

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА
И ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ
В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН
Ахмерова И.Ю., Валинуров Р.Г.,
Хуснутдинова Э.К., Зайнуллина А.Г. 99

ЧАСТОТНЫЕ И ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭЭГ БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРОДУКТИВНОЙ
И НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ
Бочкарев В.К., Новотоцкий-Власов В.Ю.,
Самылкин Д.В., Ткаченко А.А. 100

ПОИСК НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ:
ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ
Бохан Н.А., Иванова С.А. 101

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ,
ОЦЕНИВАЮЩИХ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ
ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В
ПРОЦЕССЕ ВЫХОДА ИЗ ПРИСТУПА
И ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ
Бруссов О.С., Злобина Г.П. 102

АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТАРНЫХ
ФЕРМЕНТОВ НЕЙРОМЕДИАТОРНОГО
И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА
КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР
ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ
ПСИХОТИЧЕСКИМ ПРИСТУПОМ
Бурбаева Г.Ш., Бокша И.С., Савушкина О.К.,
Каледя В.Г., Омельченко М.А.,
Терешкина Е.Б. 104

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ДИСФУНКЦИИ (НЭД)
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ
ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИКАМИ ПЕРВОГО
И ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН
С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И
ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ
Буланов В.С., Горобец Л.Н., Василенко Л.М. 104

ИММУНОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ
ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ
ДЕЗАДАПТАЦИИ
Ветлугина Т.П., Никитина В.Б.,
Стоянова И.Я., Семке В.Я. 105

ПОЛИМОРФИЗМ VAL158MET COMT
И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ
КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА
Вильянов В.Б., Орлов И.Ю., Кудряшов А.В.,
Кобозев Г.Н., Ременник А.Ю. 106

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| РОЛЬ ОЛИГОДЕНДРОГЛИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ШИЗОФРЕНИИ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Востриков В.М., Орловская Д.Д., Уранова Н.А..... | 107 | ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ КОГНИЦИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Коровайцева Г.И., Алфимова М.В., Голимбет В.И., Абрамова Л.И., Омельченко М.А., Каледа В.Г..... | 116 |
| ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИИ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS1132816 ГЕНА R1P5K2A С РАЗВИТИЕМ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Вялова Н.М., Лосенков И.С., Федоренко О.Ю., Симуткин Г.Г., Иванова С.А..... | 108 | ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ VAL66MET BDNF И VAL158MET COMT НА РАЗВИТИЕ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РЕЗУЛЬТАТЕ ИНСУЛЬТА Кудряшов А.В., Вильянов В.Б., Кобозев Г.Н., Орлов И.Ю., Ременник А.Ю..... | 117 |
| РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ АЛИМЕНТАРНО СПРОВОЦИРОВАННОЙ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В РАННЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ГОМОЦИСТЕИН-АССОЦИИРОВАННЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЛАБОРАТОРНЫХ МЫШЕЙ Жиляева Т.В., Проданец Н.Н., Тихобразова О.П., Касимова Л.Н., Мухина И.В..... | 109 | ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С КЛИНИЧЕСКИМИ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА Лапин И.А., Мельникова Т.С..... | 118 |
| УЧАСТИЕ ИММУННЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОИДИТОМ ХАШИМОТО Иванова Г.П., Горобец Л.Н..... | 110 | ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СВЕТЕ «ТРАНСЛЯЦИОННОЙ» ПСИХИАТРИИ Лебедева И.С., Каледа В.Г., Семенова Н.А., Ахадов Т.А..... | 119 |
| ОЦЕНКА АНТИОКСИДАНТНЫХ ФУНКЦИЙ АЛЬБУМИНА И СОСТОЯНИЕ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ МОНОАМИНОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ Калинина В.В., Грызунов Ю.А., Смолина Н.В., Узбеков М.Г., Мисионжник Э.Ю., Шихов С.Н., Добрецов Г.Е..... | 111 | ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА СЕРОТОНИНА 2С (HTR2C) В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Левчук Л.А., Вялова Н.М., Лосенков И.С., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Иванова С.А..... | 120 |
| ОВЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КОМПЛЕМЕНТА Карпова Н.С., Брусов О.С., Фактор М.И., Черемных Е.Г..... | 112 | ГЕНЫ, СВЯЗАННЫЕ С АЛЬТЕРНАТИВНЫМ МЕТАБОЛИЗМОМ ТРИПТОФАНА, КАК БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ШИЗОФРЕНИИ Лежейко Т.В., Олейчик И.В., Столяров С.А., Кондратьев Н.В., Габаева М.В., Голимбет В.Е..... | 122 |
| ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФУНКЦИИ СЕНСОРНОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И ПРОИЗВОЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ПОВЕДЕНИЯ Киренская А.В., Ткаченко А.А., Самылкин Д.В., Ковалева М.Е., Новотоцкий-Власов В.Ю..... | 113 | ГЕНЫ, СВЯЗАННЫЕ С АЛЬТЕРНАТИВНЫМ МЕТАБОЛИЗМОМ ТРИПТОФАНА, КАК БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ШИЗОФРЕНИИ Лежейко Т.В..... | 123 |
| «РАСКАЧКА» ИЛИ «КАЧЕЛИ» В МОДЕЛИРОВАНИИ ПРОГРЕДИЕНТНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЯ НА ЭТАПАХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ? Козловский В.Л..... | 115 | ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА GSK3B У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ РЕГИОНА СИБИРИ Лосенков И.С., Вялова Н.М., Левчук Л.А., Симуткин Г.Г., Иванова С.А..... | 124 |
| | | ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ КИНАЗЫ ГЛИКОГЕНСИНТАЗЫ 3B У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Лосенков И.С., Вялова Н.М., Левчук Л.А., Симуткин Г.Г., Иванова С.А..... | 125 |
| | | КОГЕРЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ Мельникова Т.С., Ковалев А.В., Малин Д.И..... | 126 |

| | |
|--|--|
| РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДЕПРЕССИИ, ВЫЗВАННОЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ СИТУАЦИЕЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ (ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ ГЕНОВ СЕРОТОНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ И ПОВЕДЕНИЯ) Морозова А.Ю., Зубков Е.А., Чехонин В.П. 127 | АССОЦИИРОВАННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА VAL158MET СОМТ С ТЯЖЕСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ Соловьева Н.В., Кременицкая С.А., Кичук И.В., Урняева С.И., Вильянов В.Б. 136 |
| ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ Насырова Р.Ф., Незнанов Н.Г., Иванов М.В., Сосин Д.Н., Зубов Д.С. 128 | ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПАТТЕРН НАРУШЕНИЙ СЕНСОМОТОРНОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ИНФОРМАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЛИЦ С ИМПУЛЬСИВНОЙ АГРЕССИВНОСТЬЮ. Сторожева З.И. 137 |
| ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЛЬФАКТOMETРИИ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ Невидимова Т.И., Батухтина Е.И., Ветлугина Т.П., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А. 130 | ВКЛАД ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS10828317 ГЕНА РР5К2А В КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ШИЗОФРЕНИИ Федоренко О.Ю., Боярко Е.Г., Рудиков Е.В., Искалиева Д.Р., Семке А.В., Сорокина В.А., Иванова С.А. 138 |
| ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА СОМТ VAL158MET ДЛЯ ДИНАМИКИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ВСЛЕДСТВИЕ ИНСУЛЬТА Орлов И.Ю., Вильянов В.Б., Кобозев Г.Н., Кудряшов А.В., Ременник А.Ю. 131 | ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА РИСКИ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ Шманева Т.М., Мазо Г.Э. 139 |
| ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОДЕРЖАНИЕ КОРТИКОСТЕРОНА В КРОВИ И УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ У ПОЛОВОЗРЕЛОГО ПОТОМСТВА Проскуракова Т.В., Шохонова В.А. 132 | РАЗДЕЛ. 5 ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ОТ НАУЧНОЙ ЛАБОРАТОРИИ К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ |
| ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ДИСПЕРСИОННЫХ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Росман С.В., Волков В.П. 133 | ИСТОРИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ АНТИДЕПРЕССАНТОВ СУИЦИДАЛЬНОСТЬЮ Аведисова А.С. 141 |
| КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛО- ГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Самылкин Д.В., Бочкарев В.К., Новотоцкий-Власов В.Ю., Ткаченко А.А., Киренская А.В. 134 | ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА НА РИСКИ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ Шманева Т.М., Мазо Г.Э. 142 |
| НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ (МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ) Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Якупова Л.П., Коваль-Зайцев А.А. 135 | КЛИНИКО-ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Семке А.В., Мальцева Ю.Л., Меньявцева Т.А. 142 |
| | ВЛИЯНИЕ ГЕНОТИПА СУР2D6 НА БЕЗОПАСНОСТЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Курьлев А.А., Виллом И.А., Андреев Б.В. 144 |

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2D6 И MDR1 НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Псарева Н.А., Сычев Д.А., Казаков Р.Е., Иванец Н.Н., Кукес В.Г. | 145 | КВЕТИАПИН (КЕТИЛЕПТ) В ТЕРАПИИ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ Иванова Л.А., Рожкова М.Ю. | 156 |
| РОЛЬ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОМАРКЕРОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Говорин Н.В., Васильева А.И. | 147 | ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОЗДНЕЙ ДИСКИНЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Иванова С.А., Федоренко О.Ю., Рудиков Е.В., Семке А.В. | 157 |
| ВОПРОСЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ Шамрей В.К., Курасов Е.С., Чепракова В.А. | 148 | ТЭС КАК МЕТОД ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Ивашиненко Д.М., Бобкова Е.Н. | 159 |
| ИНТЕГРАТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ Иванов М.В., Ананьева Н.И., Вассерман Л.И., Незнанов Н.Г. | 149 | НОВЫЕ КЛИНИКО- ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ И ПРЕДИКЦИИ КАЧЕСТВА РЕМИССИЙ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ Клюшник Т.П., Зозуля С.А., Олейчик И.В., Пантелеева Г.П., Абрамова Л.И., Борисова О.А., Столяров С.А. | 160 |
| ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Горобец Л.Н. | 151 | ОЦЕНКА ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТ) Куликов А.Н., Любов Е.Б., Боев О.И., Гринченко О.Н., Дроздов Я.А., Калькэ А.Р., Кутовой А.В., Папсуев О.О., Цупрун В.Е., Швыдкая С.В. | 161 |
| ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АРИПИПРАЗОЛА Бобров А.Е., Мутных Е.М., Краснослободцева Л.А. | 151 | ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ПСИХОЗАМИ НА КОМПЛЙАЕНС Лутова Н.Б. | 162 |
| НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМОРБИДНОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА И НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ Волков В.П. | 152 | ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКАЯ НЕФАРМАКОГЕННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ Носачев Г.Н., Стрельник С.Н., Пудиков И.В., Романов Д.В. | 162 |
| СИОЗС И ГЕМОСТАЗ У ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Выборных Д.Э., Урнова Е.С. | 154 | ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА (ТЛМ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЙ ШИЗОФРЕНИИ В РУТИННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Потанин С.С., Мирошниченко И.И., Бурминский Д.С., Бондаренко Е.В., Платова А.И., Морозова М.А. | 164 |
| ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Григорьева Е.А., Дьяконов А.Л., Певзнер А.А. | 154 | ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ (ТМС) В ТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНОГО ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА (ПИЛОТНЫЙ ЭТАП ИССЛЕДОВАНИЯ) Потапов И.В. | 165 |
| ПСИХОЗЫ СВЕРХЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КАК ВАРИАНТ ПОЗДНЕЙ ДИСКИНЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Дьяконов А.Л., Григорьева Е.А. | 155 | | |

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| СИНДРОМ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОБОЧНОГО ДЕЙСТВИЯ ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ Работа Т.Н., Заика В.Г., Залевская Т.В..... | 166 | МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАЩИХСЯ ВОЕННЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Краснов А.А., Синенченко А.Г., Гончаренко А.Ю..... | 173 |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГРЕССИОННОГО МЕТОДА ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АМИСУЛЬПРИДА (СОЛИАН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Симонов А.Н., Абрамова Л.И..... | 166 | АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ Шамрей В.К., Гончаренко А.Ю..... | 174 |
| СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ Сумарокова М.А..... | 167 | ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ВОЙСКАХ Шамрей В.К., Синенченко А.Г., Пастушенков А.В..... | 175 |
| ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ Усов Г.М., Халикова А.Р., Усова А.А..... | 168 | ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ РАБОТНИКОВ НЕФТЕХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА Балашов П.П., Букацик Н.И..... | 175 |
| НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СПБ ГКУЗ ГОРОДСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3 ИМ. И.И. СКВОРЦОВА-СТЕПАНОВА В ЛЕЧЕНИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ Фаддеев Д.В., Петрова Н.Н., Червинский А.Ю., Скворцов В.Ю., Речкин А.Н., Гончаров В.Н..... | 169 | ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БРИГАД В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Гурьянова Т.В., Зиганшин Ф.Г..... | 176 |
| РАЗДЕЛ. 6 МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ В ПСИХИАТРИИ. ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОПАТОЛОГИИ. ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ОРГАНИЗОВАННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ | | ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ОТБОР СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Мягких Н.И., Богдасаров Ю.В..... | 178 |
| ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ Тареева Ю.С., Горкина М.Г..... | 171 | ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЯ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ Простяков А.И., Кузнецова-Морева Е.А..... | 179 |
| РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ СРЕДНЕ- СПЕЦИАЛЬНОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ Говорин Н.В., Тарасова О.А., Сахаров А.В..... | 171 | ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ РАБОТАЮЩИХ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ Хритинин Д.Ф., Назаров А.А..... | 181 |
| ТИПОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ОБЛУЧЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО УРАЛА Колмогорова В.В., Полецкий В.М..... | 172 | СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ В АМБУЛАТОРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ ПРАКТИКЕ Агибалова Т.В., Козин В.А..... | 181 |
| | | ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СОТРУДНИКОВ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ Кишка Т.Н..... | 182 |

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ Башмакова О.В., Семенихин Д.Г. | 183 | РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА НЕЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В ЧУВАШИИ Макарова М.Н., Овечкина Л.А., Николаев Е.Л. | 192 |
| ДИСТАНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СО СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Бедина И.А., Баева А.С. | 184 | ДИНАМИКА СУИЦИДОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 1992-2003 ГГ. С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА Лазебник А.И. | 192 |
| БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ «ОРГАНИЧЕСКОЙ КОМБАТАНТОЙ ЛИЧНОСТИ» Шадрина И.В., Бенько Л.А., Пирогова М.Ю. | 184 | ДИАЛЕКТИКА ПОИСКА ПРЕДИКТОРОВ САМОУБИЙСТВА Букин С.И., Жукевич А.И. | 193 |
| СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ Синенченко А.Г., Краснов А.А. | 185 | СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ Николаев Е.Л. | 193 |
| ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ МВД РФ – ОСНОВА СОХРАНЕНИЯ ИХ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ Соколов Е.Ю. | 186 | АНТИВИТАЛЬНЫЕ НАСТРОЕНИЯ КАК ПРЕДИСПОЗИЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ Банников Г.С. | 194 |
| ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА АСПЕРГЕРА У ВЗРОСЛЫХ Сомова В.М. | 186 | ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ, ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА ЛИЧНОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ В НОРМЕ И ПОСЛЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. | 194 |
| ДИАГНОСТИКА ГОТОВНОСТИ К РИСКУ РАБОТНИКОВ СМП Ивашиненко Д.М., Бобкова Е.Н. | 188 | СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Самохин Д.В., Мажаева О.В., Назаров А.А. | 195 |
| ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ Шпорт С.В., Бедина И.А. | 189 | ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Панченко Е.А. | 196 |
| РАЗДЕЛ 7 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ | | САМОУБИЙСТВА ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ ПОСМЕРТНЫХ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ) Ваулин С.В., Алексеева М.В. | 197 |
| СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ РЕГИСТР – НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПРЕВЕНЦИИ Зотов П.Б., Родяшин Е.В. | 191 | КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ПОСЛЕ САМООТРАВЛЕНИЯ Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г. | 197 |
| СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В ТЮМЕНИ И ЮГЕ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012 Г.: ОПЫТ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО РЕГИСТРА Зотов П.Б., Родяшин Е.В. | 191 | АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ИРКУТСКА ПОСЛЕ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ Ворсина О.П., Дианова С.В. | 198 |
| | | СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Петрова Н.Н., Вишневецкая О.А. | 199 |
| | | СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Втюрина М.В., Касимова Л.Н., Святогор М.В. | 199 |

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ Макашева В.А., Слободская Е.Р. | 200 | СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА В МОСКВЕ Стельмах И.А., Кожекин И.Г. | 210 |
| ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ Цупрун В.Е. | 201 | СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ В СТОЛИЧНОМ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ Магурдумова Л.Г., Холодова Е.М. | 211 |
| СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ, ПРОХОДИВШИХ АМБУЛАТОРНУЮ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ Царьков А.А. | 202 | КАЧЕСТВО ОСВЕЩЕНИЯ ГАЗЕТОЙ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ Гладышева А.Г., Любов Е.Б. | 212 |
| МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ АНТИКРИЗИНОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РАСПОЗНАВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ТАКТИКИ ИХ ВЕДЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ В ЗАПАДНОЙ СИБИРИ Корнетов Н.А. | 203 | ПРОСУИЦИДНЫЕ И АНТИСУИЦИДАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ИНТЕРНЕТА Кабизулов В.С. | 212 |
| СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ Князева Л.В., Бакланов В.В. | 204 | КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ВИРТУАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ В ПРАКТИКЕ КБТ Харитонов С.В. | 213 |
| СТРУКТУРА ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ В 2010-2012 ГГ. (ПО ДАННЫМ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ) Шеллер А.Д., Белебеха Е.А., Мурина И.Н. | 204 | СУИЦИДОЛОГИЯ НА СТРАНИЦАХ СЕТЕВОГО ИЗДАНИЯ «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В РОССИИ» -WWW.MPRJ.RU Урываев В.А. | 213 |
| СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (НА ОПЫТЕ РАБОТЫ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ) Чеперин А.И., Шеллер А.Д., Белебеха Е.А., Мурина И.Н. | 206 | ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРАКТИКА РЕГИОНАЛЬНЫХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ: ТИПОВЫЕ БАРЬЕРЫ И РЕЗЕРВЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ Любов Е.Б. | 214 |
| АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ПО ПРОБЛЕМАМ ЗАВИСИМОСТЕЙ НА «ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ» ЗА 2008-2012 ГГ. (ПО ДАННЫМ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ) Шеллер А.Д., Белебеха Е.А., Мурина И.Н. | 207 | РАЗДЕЛ. 8 ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ | |
| ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ Бойко Е.О., Васянина Ю.Ш., Ворона Ю.А. | 209 | АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ И БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОДУХОВНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ РАЗДЕЛОВ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНЫ Носачев Г.Н. | 216 |
| ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С КРИЗИСНЫМ СОСТОЯНИЕМ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ Струкова Е.Ю., Климова В.Н. | 209 | РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ОНКОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ НОЗОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ) Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К., Скалон А.Д. | 217 |
| | | АФФЕКТИВНЫЕ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СОМАТОТРОПИНОМАМИ ГИПОФИЗА Александрова М.М., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. | 218 |
| | | ИНТЕРФЕРОНИНДУЦИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г. | 219 |

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| ДЕПРЕССИИ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г. | 220 | СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ГРАНУЛЕМОЙ ГОРТАНИ Зелтынь А.Е., Вельтищев Д.Ю., Романенко С.Г., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б. | 233 |
| АКЦЕНТУАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КОМОРБИДНОЙ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Куташов В.А., Куташова Л.А. | 222 | СТРЕССОВАЯ ИСТОРИЯ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА Ищенко Д.А., Вельтищев Д.Ю., Лисицына Т.А., Алекберова З.С., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б. | 233 |
| НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ С ОТЯГОЩЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Моисейчева О.В., Степанов И.Л. | 223 | КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЙ С ЭЛЕМЕНТАМИ СМЕШАННОГО АФФЕКТА Собенников В.В., Прокопьева М.Л., Собенникова В.В. | 234 |
| ИНТЕРФЕРОНИНДУЦИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АНАМНЕЗЕ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Морозов Д.И., Тихонова Ю.Г., Кинкулькина М.А. | 224 | СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИНДРОМА НОЧНОЙ ЕДЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА Махоргова И.С., Цыганков Б.Д., Ширяев О.Ю. | 236 |
| ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Насырова Р.Ф., Незнанов Н.Г., Иванов М.В., Сосин Д.Н., Зубов Д.С. | 226 | ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИКИ И СОМАТИЧЕСКОЙ СФЕРЫ: ПОИСК БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ (НА ПРИМЕРЕ ПСИХОГЕННОЙ КРАПИВНИЦЫ) Орлова Е.А., Прибытков А.А., Сумская А.В. | 236 |
| ИНТЕРФЕРОНОВЫЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С РЕКУРРЕНТНОЙ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Тихонова Ю.Г., Морозов Д.И. | 227 | ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ Парпара М.А., Гусева Т.П., Бобров А.Е. | 238 |
| АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА Черешнева О.С. | 229 | СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ И ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ Хохлов Л.К. | 239 |
| ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В., Медведев Д.С. | 229 | ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ Царенко Д.М. | 239 |
| ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ С ГИПЕРТОНУСОМ МИОМЕТРИЯ КАК ФАКТОР УГРОЗЫ ПЕРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ Демин А.Н., Сергеев В.А. | 230 | СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ШЕГРЕНА Шеломкова О.А., Вельтищев Д.Ю., Васильев В.И., Лисицына Т.А., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б. | 241 |
| РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Довженко Т.В., Бобров А.Е., Царенко Д.М. | 232 | РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОГРАНИЧНЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРОЦЕССЕ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ Киселёва И.В., Носачев Г.Н. | 242 |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| КОМОРБИДНАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Козлова С.Н..... | 243 | ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ И АЛКОГОЛИЗМОМ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С Волков А.В..... | 252 |
| ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА Коноркина Е.А., Басинская И.А., Коломиец В.М..... | 244 | О СИСТЕМЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАРКОЛОГИИ Гофман А.Г., Кожинова Т.А., Яшкина И.В..... | 254 |
| ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ Куклина А.М..... | 245 | ДИАГНОСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ Гречаный С.В..... | 254 |
| СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ВЗГЛЯД УРОЛОГА Выходцев С.В..... | 246 | ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СОЗАВИСИМОСТИ И УРОВНЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ Дудко Т.Н., Адамова Т.В., Королевич Л.В., Левченкова Е.В..... | 256 |
| АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ И ПСИХОТЕРАПЕВТА. Кузнецова М.В..... | 247 | ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДЕЛИРИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ЖЕНЩИН Изюмина Т.А., Кинкулькина М.А..... | 257 |
| СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФИЦИТА ВЕСА У БОЛЬНОЙ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ Нургалиев Р.А..... | 248 | ПРОГНОЗ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ДНК-ДИАГНОСТИКИ И ГЕНОПРОФИЛИРОВАНИЯ Кибитов А.О..... | 258 |
| РАЗДЕЛ. 9 НАРКОЛОГИЯ | | КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ «ДВОЙНОГО ДИАГНОЗА» Киров Р.Н..... | 259 |
| ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДМЕТНО-ОПОСРЕДОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Агибалова Т.В., Бирюков Б.А., Кибитов А.О..... | 249 | РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОТИВАЦИЯ КАК ПРЕДМЕТ ОЦЕНКИ В ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ Колпаков Я.В., Ялтонский В.М..... | 259 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВЫХ СТИМУЛЯТОРОВ ДОФАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АЛКОГОЛИЗМЕ Анохина И.П., Шамакина И.Ю., Томилин В.А..... | 250 | ОЦЕНКА КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АССОЦИИРОВАННЫХ ФОРМ АЛКОГОЛИЗМА У МУЖЧИН С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ Кривулин Е.Н., Бочкарёва И.Ю..... | 260 |
| НАРУШЕНИЯ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ И ИММУННОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ДЕЛИРИИ. Берёзкин А.С., Козлов Т.Н..... | 250 | | |
| ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕЛАТОНИНА В ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЕМ Быков Ю.В., Анипченко А.В., Григорьев М.Э..... | 251 | | |

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| СТАБИЛИЗАЦИЯ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ ИМПЛАНТАТОМ НАЛТРЕКСОНА: ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Блохина Е.А., Кибитов А.О., Вербицкая Е.В., Алексеева Н.П., Бушара Н.М., Тюрина А.А., Палаткин В.Я., Масалов Д.В., Бураков А.М., Романова Т.Н., Сулимов Г.Ю., Костен Т. | 261 | МЕТОДОЛОГИЯ ПРЕВЕНЦИИ АЛКОГОЛИЗМА У ВОДИТЕЛЕЙ (НА ОСНОВЕ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ): РЕАЛЬНОСТИ И МИФЫ Носачев И.Г., Киселёва Ж.В., Дальнова И.Г., Носачев Г.Н. | 271 |
| РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СИСТЕМЕ ОМС Кузнецов В.В., Скалий Ю.Е., Крылова Н.В. | 262 | МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Павлов И.С. | 272 |
| МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ НАРКОМАНИИ Литвинцев Б.С., Ефимцев А.Ю., Фокин В.А., Тарумов Д.А. | 263 | ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ СОДЕРЖАНИЯ ОПИОИДОВ В БИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДАХ Пастушенков А.В. | 273 |
| ХАРАКТЕР И ИНТЕНСИВНОСТЬ ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ ВО ВРЕМЯ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ Меликсетян А.С., Гофман А.Г. | 265 | НАРКОЛОГИЯ И ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОСТИ Пивень Б.Н. | 274 |
| КОГЕРЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ Мельникова Т.С., Ковалев А.В., Малин Д.И. | 266 | КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ОЛИГОФРЕНОВ Польская Г.М., Четвериков Д.В. | 274 |
| МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОТЕЧЕСТВЕННУЮ НАРКОЛОГИЮ Менделевич В.Д. | 267 | СТЕПЕНИ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ В СТАЦИОНАР Понизовский П.А. | 275 |
| ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ АКЦЕНТУАЦИЯМИ ХАРАКТЕРА Мещерякова А.А. | 268 | ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СКЛОННОСТИ К ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЕМ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ Попинако А.В., Пуговкина О.Д. | 276 |
| ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЛЬФАКТОМЕТРИИ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ Невидимова Т.И., Батухтина Е.И., Ветлугина Т.П., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А. | 269 | ИНФОРМАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Пронин С.В., Чухрова М.Г. | 278 |
| ПРОБЛЕМА СОМАТИЧЕСКОГО И НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГАЛЛЮЦИНОЗОМ Немкова Т.И. | 270 | СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ Г. УЛЬЯНОВСКА Сабитов И.А., Павлова Ю.М., Ярзуткин С.В. | 279 |
| ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ПРИ МАРГАНЦЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ Носатовский И.А. | 270 | ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ Софронов А.Г., Добровольская А.Е., Зиновьев С.В. | 280 |
| | | РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В Г. ТВЕРИ ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2012 ГГ. Терехова В.Л., Числов А.В. | 280 |
| | | ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ Уманская П.С., Уманский С.М., Култышев Д.В. | 281 |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| ОСОБЕННОСТИ АПАТО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, У ЖЕНЩИН, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ Шайдукова Л.К., Гареева Г.А..... | 282 | ПОШАГОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Горбачевская Н.Л., Данилина К.К., Тюшкевич С.А., Мамохина У.А., Кобзова М.П., Вершинина Н.В., Усман Н.Ю..... | 293 |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГРУППОВОЙ ПОЛИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Шалаева Е.В..... | 283 | ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА И ПСИХИАТРА Горюнова А.В., Горюнов А.В..... | 294 |
| ОТСТАВЛЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ РАННЕЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Шамакина И.Ю., Томилин В.А., Анохина И.П..... | 285 | ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Гранкина И.В., Иванова Т.И., Крашмалева О.Е..... | 296 |
| СЕМЕЙНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПО АЛКОГОЛИЗМУ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ И СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ Шувалов С.А., Кибитов А.О..... | 286 | ДИАГНОСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ Гречаный С.В..... | 297 |
| РАЗДЕЛ 10 ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА | | БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ ИСКАЖЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ БЕСПРИЗОРНЫХ ДЕТЕЙ Данилова Л.Ю..... | 299 |
| ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Абагурова Ю.С., Култышев Д.В., Молина О.В..... | 287 | ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПЕРВИЧНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЕТИ В ВОПРОСАХ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА Емцова Ю.В..... | 300 |
| ПРЕОДОЛЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС Александрова Н.В..... | 288 | КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Саблина Т.Н., Сединкин А.А..... | 301 |
| ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ И ПОДРОСТКОВОМУ НАСЕЛЕНИЮ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ Багаев В.И..... | 288 | НОВЫЕ ФОРМЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ПСИХИЧЕСКОМ И ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ НА ПРИМЕРЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДДИ № 4 Г. ПАВЛОВСК, СПБ Завьялова Т.И., Ковалева Т.С., Полман-Горлова Т.А., Агишев В.Г..... | 302 |
| ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ. Балакирева Е.Е..... | 289 | О МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ К РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ И ОКАЗАНИЮ ЭФФЕКТИВНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ Ибрагимова М.В., Чернобровкина Т.В., Сатторов Р.С..... | 303 |
| МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМУ НАСЕЛЕНИЮ С ПРОБЛЕМАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ Белогурова Т.Ф..... | 291 | | |
| ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ Васильев В.Н., Култышев Д.В., Уманский С.М..... | 292 | | |

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА МАНИФЕСТАЦИИ ЭНДОГЕННЫХ ПРИСТУПООБРАЗНЫХ ПСИХОЗОВ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ) Калед В.Г., Голимбет В.Е., Сергеева О.Е..... | 304 | КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (НА ОПЫТЕ РАБОТЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ СО СПНД) Муракаева Ю.А., Борисов Д.А., Шувалова Г.В., Подсытник Ю.В..... | 316 |
| СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДОМА-ИНТЕРНАТА ДЛЯ ГЛУБОКО УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ Козлов М.А., Малинина Е.В..... | 306 | МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ Новикова Е.Г., Колесова С.Н., Ивашев С.П..... | 318 |
| ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОДРОСТКАМИ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Корень Е.В., Степунина Н.Е..... | 307 | К ВОПРОСУ О НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРАХ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ Павлова Ю.М., Сабитов И.А., Ярзуткин С.В..... | 319 |
| ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНОЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Кочегуров В.В., Числов А.В., Зиньковский А.К..... | 309 | НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КОМОРБИДНОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Панкова О.Ф., Данилова М.Ю..... | 321 |
| ГРУППОВАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА Куприянова Т.А., Корень Е.В..... | 310 | «МЯГКИЕ» ПРИЗНАКИ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ Пилявская О.И., Малинина Е.В..... | 322 |
| ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МНОГОЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА) Кузьмичев Б.Н..... | 311 | ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Смекалкина Л.В., Шевцов С.А..... | 323 |
| ДЕТСКИЙ АУТИЗМ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА Кузьмич Г.В., Баздырев Е.И., Горюнова А.В., Смирнов И.И..... | 312 | МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ Фаддеев Д.В., Петрова Н.Н..... | 324 |
| КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ НА БАЗЕ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА Култышев Д.В., Уманский С.М., Молина О.В..... | 314 | ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ СИНДРОМА КАННЕРА И АТИПИЧНОГО АУТИЗМА С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛИНИКО- ЭТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА Хайретдинов О.З..... | 325 |
| БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД Луговых Н.А., Малинина Е.В..... | 315 | КАТАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРВИЧНО ВЫЯВЛЕННЫХ РАССТРОЙСТВ АДДИКТИВНОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В., Ракова Н.И., Сатторов Р.С..... | 326 |
| | | НУТРИЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ Шевцов С.А., Чернова О.В..... | 327 |

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| КОРРЕЛЯЦИЯ ШКАЛ ОПРОСНИКА КЛОНИДЖЕРА (ТС1-125) С ГЕНЕТИЧЕСКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ Яковлев А.Н., Кибитов А.О., Пажитных Д.В., Ткачев А.А..... | 329 | ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Сиденкова А.П., Мишарин В.Ю., Багаутдинова Н.А..... | 336 |
| РАЗДЕЛ 11 ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ | | СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ СМЕШАННОЙ АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКО-СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ОТ ЖЕЛАЕМОГО К ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ Тухватуллина Д.Р., Михайлова Н.М..... | 336 |
| ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И АДАПТАЦИОННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ЯВЛЕНИЯМИ ГОСПИТАЛИЗМА Бельцева Ю.А..... | 330 | АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ Чалая Е.Б., Будза В.Г., Чалый В.А., Чалая И.В., Антохин Е.Ю..... | 338 |
| ПОЗДНЕВОЗРАСТНЫЕ ДЕПРЕССИИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НИХ Бомов П.О., Будза В.Г., Веретенцева Т.В., Смирнова С.А., Городошникова И.В., Дворниченко М.В., Шипилова А.А..... | 331 | НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА Ягупова Н.Х., Андреев М.К., Балтабекова Э.Г., Платонова С.Е..... | 340 |
| СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АДАПТАЦИИ В ОБЩЕСТВЕ ОДИНОКИХ ПОЖИЛЫХ - БОЛЬНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА И ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИКИ Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., Алимова Л.В., Блинникова Е.А., Баширов Р.И., Якушина А.М..... | 332 | НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ НЕКОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЯХ Языкова И.М., Сиденкова А.П..... | 341 |
| СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПРООКСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАТНОЙ СИСТЕМ У ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ ДЕМЕНЦИЙ АЛЬЦГЕЙМЕРОСКОГО ТИПА, СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ И ДЕПРЕССИЕЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА Залуцкая Н.М., Дубинина Е.Е., Щедрина Л.В., Савельева М.С..... | 333 | РАЗДЕЛ 12 ЭПИЛЕПСИЯ И ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА – МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД | |
| ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ Захарченко Д.В..... | 333 | МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА Буркин М.М., Антонен Е.Г., Хяникяйнен И.В..... | 343 |
| ОПЫТ РАБОТЫ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ПРИ ЦЕНТРАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КАК НОВОЙ ФОРМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Полищук Ю.И., Летникова З.В., Гурвич В.Б., Калиниченко Т.П..... | 334 | ТУБЕРОЗНЫЙ СКЛЕРОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА Волошко К.В., Култышев Д.В., Уманский С.М..... | 344 |
| ОПЫТ ОЦЕНКИ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭЭГ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ ДЕМЕНЦИИ Руш И.А., Залуцкая Н.М., Горелик А.Л..... | 334 | ЭПИЛЕПСИЯ И ШИЗОФРЕНИЯ: КЛИНИКО-НЕЙРОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ Казаковцев Б.А..... | 345 |
| | | ВОЗМОЖНОСТИ ИММУНОМОДУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ Липатова Л.В., Серебряная Н.Б., Сивакова Н.А., Василенко А.В..... | 347 |

| | |
|---|--|
| КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫДЕЛЕНИЯ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Максимова П.А., Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А. 349 | ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПРИ ГАЛЛЮЦИНАТОРНОМ СИНДРОМЕ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И ШИЗОФРЕНИИ Сергеев В.А., Чернявский Я.В. 359 |
| РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ТВЕРСКОГО РЕГИОНА Мурадян А.Л., Зиньковский А.К. 350 | КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭПИЛЕПСИИ Субботин К.Ю., Калинин В.В. 361 |
| ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИЛИАРНОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ЭПИЛЕПСИИ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРАКСОНОМ Мусина Л.О., Зиньковский К.А. 351 | СЛУЧАЙ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Фаддеев Д.В., Курбатова Е.А., Куликов А.П., Гречаный С.В. 362 |
| МОТОРНАЯ АСИММЕТРИЯ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ Назметдинова Д.М., Калинин В.В., Басадыгин А.В. 353 | СОЦИАЛЬНЫЙ, ВОЗРАСТНОЙ И ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТЫ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ Шереметьева И.И., Плотников А.В. 363 |
| ПОПЫТКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦ ПОНЯТИЯ ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ Осадший Ю.Ю., Тараканова Е.А., Вобленко Р.А. 353 | ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ТОПИРАМАТОМ И ЛЕВЕТИРАЦЕТАМОМ Яковлева Ю.А. 364 |
| СПЕЦИФИЧНОСТЬ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В РАМКАХ ЛЕГКОГО КОГНИТИВНОГО НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА Пиотровская В.Р. 355 | РАЗДЕЛ. 13 ПРОБЛЕМЫ СЕКСОЛОГИИ И СЕКСОПАТОЛОГИИ |
| НЕЙРОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Полецкий В.М., Колмогорова В.В. 356 | К ВОПРОСУ О ПСИХОСЕКСУАЛЬНОМ ДИАТЕЗЕ Алексеев Б.Е. 366 |
| ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО- ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ Полянский Д.А., Калинин В.В. 357 | ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПАРАФИЛИЙ Введенский Г.Е. 367 |
| К ВОПРОСУ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА И ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ Пуляткина О.В., Гончаренко А.Ю. 357 | РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ) Выходцев С.В., Шац К.И. 368 |
| ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КАТАМНЕЗЕ ЭКЗОГЕННО- ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ Сботова Е.Ф., Исмаилова Ж.Р., Трещёв Д.Ю., Малов С.С. 358 | ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАЗМИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ Кан И.Ю., Ягубов М.И. 369 |
| | КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ Карашева Б.Г., Кибрик Н.Д. 369 |

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ГЕНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПО СЕКСУАЛЬНЫМ МОТИВАМ Кибрик Н.Д., Буткова Т.В. | 370 | ПРИНЦИПЫ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕННОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ Корзун Д.Н., Ткаченко А.А. | 381 |
| РОЛЬ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ В РЕГУЛЯЦИИ АНОМАЛЬНОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ Колоколов А.В., Введенский Г.Е. | 371 | СИСТЕМА СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ: ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ Макушкина О.А., Булыгина В.Г. | 382 |
| О РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДАХ К ОЦЕНКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПОЛОВОГО АКТА У МУЖЧИН Кочарян Г.С. | 372 | ВОПРОСЫ ПРОГНОЗА РИСКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ Симбирцев А.А., Макушкина О.А. | 383 |
| ТРАНСЛЯЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ СЕКСОЛОГИИ Прокопенко Ю.П. | 373 | КСППЭ ПО СУДЕБНЫМ СПОРАМ МЕЖДУ РОДИТЕЛЯМИ О МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ РЕБЕНКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ) Анцыферова О.А., Мокшанова С.В. | 384 |
| ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СНИЖЕНИЯ ЛИБИДО В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ЖЕНЩИН Дерябина С.В. | 374 | РАЗДЕЛ 15 ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ, ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ, СТИГМА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ | |
| КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ Ягубов М.И., Косторная А.А. | 376 | ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА СО СМИ КАК ОПТИМИЗАЦИЯ ПОЛИМОДАЛЬНОГО ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПОДХОДА Зиньковский А.К. | 387 |
| РАЗДЕЛ 14 СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ | | О НАПРАВЛЕНИЯХ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ Дереча В.А., Дереча Г.И., Киреева Д.С. | 387 |
| ПРЕДМЕТ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ И ЭКСПЕРТНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ: ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЭКСПЕРТА В СВЕТЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ РЕФОРМ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Ткаченко А.А. | 377 | ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ Агамамедова И.Н., Антипова О.С., Бобров А.Е., Киян К.А., Кузнецова-Морева Е.А., Никитина Т.Е. | 388 |
| УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Букреева Н.Д., Кормачева Е.А., Кутуева Р.В. | 377 | ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕСНО- ОРИЕНТИРОВАННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Алиева Л.М. | 389 |
| ОЦЕНКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Голланд В.Б., Макушкина О.А., Яхимович Л.А. | 379 | ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ АРТТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СООБЩЕСТВА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ Алиева Л.М. | 390 |
| ВЫДЕЛЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ДЕЕСПОСОБНОСТИ Зейгер М.В., Шейфер М.С., Романов Д.В. | 380 | | |

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Бородин В.И., Алкеева-Костычева Е.А..... | 391 | КОМПЛЕКСНАЯ КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИСТУПАМИ ПАНИКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ, ИССЛЕДОВАНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е., Кузнецов В.В., Стефанов Г.Б., Дебрянская А.В., Москаленко Д.А..... | 401 |
| НОВЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА Бутылин Д.Ю., Крылов В.И..... | 391 | ПРАКТИКА ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СТАЦИОНАРЕ САМАРСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Шейфер М.С., Краузе К.А., Мязина О.Б..... | 402 |
| ИССЛЕДОВАНИЕ СЦЕНАРИЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА С ПОМОЩЬЮ СТРУКТУРИРОВАННОГО ОПРОСА В РАМКАХ ИНТЕГРАТИВНО-ДИАЛОГОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНОГО-СПЕКТРА Дебрянская А.В..... | 393 | УСПЕШНОСТЬ СОВЛАДАНИЯ С СЕМЕЙНЫМ СТРЕССОМ РОДИТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОЗАМИ Залуцкая Н.М..... | 403 |
| КОРРЕКЦИЯ ИСТЕРИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ПСИХОАНАЛИЗЕ И ПСИХОТЕРАПИИ Егоров Б.Е..... | 393 | ШКОЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Бугорский А.В..... | 403 |
| ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОЕКТИВНЫХ ТЕХНИК В ПРЕОДОЛЕНИИ ТРУДНОСТЕЙ ОПИСАНИЯ СВОИХ ЧУВСТВ Жарикова И.Ю..... | 396 | ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Семакина Н.В., Михайлов В.А., Багаев В.И..... | 404 |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ Колотыркина Ю.В..... | 396 | ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Русина Н.А..... | 405 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИНАУРАЛЬНОЙ МУЗЫКОПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МАСТЭКТОМИЮ Куй-Беда В.Ю..... | 398 | ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Семакина Н.В., Михайлов В.А., Багаев В.И..... | 406 |
| ИННОВАЦИОННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА ОСНОВЕ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БРИГАД Курпатов В.И., Иванов М.Д..... | 398 | ОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ АУТОАГРЕССИИ И ЛОГОТЕРАПИЯ Борисов И.В., Любов Е.Б..... | 408 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПО ТЕЛЕФОНУ Силкина Ю.А..... | 400 | ВРАЧ-ПСИХИАТР И КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Бородин В.И., Бобракова О.Т., Олефиренко Л.В..... | 408 |
| ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ Старостин О.А..... | 401 | СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ПЕРВЫМИ ПРИСТУПАМИ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ Ханько А.В..... | 409 |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ Седова А.А., Тимохина Е.В., Смирнова О.Ю., Моросева Е.А..... | 410 | ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ Колесникова И.А., Ерофеева В.В., Ивашев С.П..... | 418 |
| ШКОЛЬНОЕ НАСИЛИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Воликова С.В., Нифонтова А.В..... | 410 | СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ФАКТОР ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У СТУДЕНТОВ Краснова В.В..... | 420 |
| ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМИ ФИЗИЧЕСКИМИ КАЧЕСТВАМИ Брежнева О.Я., Шевцов С.А..... | 411 | ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ Кулыгина М.А..... | 421 |
| ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ РОДИТЕЛЕЙ, РЕШАЮЩИХ В СУДЕ ВОПРОС О МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ РЕБЕНКА Анцыферова О.А., Мокшанова С.В..... | 413 | РОЛЬ ПСИХОЛОГОВ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ (В ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ). ТРЕНИНГИ ПО РАЗВИТИЮ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ Лютая Н.В..... | 423 |
| СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ СТУДЕНТОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КАК РЕСУРС ПОСТРОЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СРЕДНЕ-СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Генералова Г.Е., Подольская М.Н., Ивашев С.П., Ивашев К.С..... | 414 | ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА КАК СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМАЯ ПРОБЛЕМА Михайлова С.А., Култышев Д.В., Приленский Б.Ю..... | 423 |
| ВОСПРИЯТИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛЮДЬМИ ТВОРЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ Демидова Л.Ю., Долныкова А.А., Елькина Д.Ю..... | 415 | МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА Юдеева Т.Ю., Михайлян К.С..... | 424 |
| СВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ С СЕМЕЙНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ И КАЧЕСТВОМ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ Клименкова Е.Н., Краснова В.В..... | 417 | ТЕМПЕРАМЕНТ И ХАРАКТЕР У ПАЦИЕНТОВ С МОНОПОЛЯРНОЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ Ковалева А.В., Рожкова Н.Ю..... | 426 |
| | | ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ | 428 |

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
СОВМЕСТНО С СОВЕЩАНИЕМ ГЛАВНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ
И ПЛЕНУМОМ ПРАВЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

Конференция проходит в соответствии с Приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 31 июля 2013, № 511

**ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА –
ИННОВАЦИОННЫЙ ПУТЬ РАЗВИТИЯ
СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ**

19-21 сентября 2013 года
г. Самара

Тезисы конференции

**Под общей редакцией
проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова**

Технический редактор: Шубнякова И.Ю.
Дизайн, верстка: Альков А.С.

Подписано в печать 10.09.2013
Формат 60X88 1/8
Гарнитура «Таймс»

Электронное издание на CD
Тираж 350 экз.

ISBN 978-5-905498-16-9

© РОП, 2013
© Коллектив авторов, 2013