

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ: ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Материалы Российской научной конференции
с международным участием
9 июня 2017 года, г. Ростов-на-Дону

г. Ростов-на-Дону
2017 г.

УДК 616.89(063)

ББК 56.14

О 28

Общая психопатология: традиции и перспективы [электронный ресурс]. Материалы Российской научной конференции с международным участием 9 июня 2017 г., г. Ростов-на-Дону /ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФПК и ППС, кафедра психиатрии и наркологии. - Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2017. - 404 с.

ISBN 978-5-7453-0532-0

Материалы конференции являются рецензируемым изданием. Статьи включались в сборник после получения положительного заключения от рецензентов:

РЕТЮНСКИЙ К.Ю., д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой психиатрии
Уральского государственного медицинского университета

СОЛДАТКИН В.А., д.м.н., доцент,
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК и ППС
Ростовского государственного медицинского университета

ISBN 978-5-7453-0532-0

© ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России, 2017

ЦЕЛЬ КОНФЕРЕНЦИИ:

обсуждение вопросов клиники и дифференциальной диагностики психических расстройств - изучаемых давно и привлечших внимание недавно, с акцентом на значимость клинико-феноменологического подхода.

ОРГАНИЗАТОРЫ:

Российское общество психиатров;
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии ФПК и ППС.

ОРГКОМИТЕТ:

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ

- | | |
|----------------|--|
| Незнанов Н.Г. | д.м.н., профессор, директор НИПНИ им. В.М. Бехтерева, президент Российского общества психиатров |
| Шлык С.В. | д.м.н., профессор, ректор РостГМУ |
| Бойко Е.О. | д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» МЗ Краснодарского края, заведующая кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ |
| Солдаткин В.А. | д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК и ППС РостГМУ |
| Заика В.Г. | д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии РостГМУ |

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА

- | | |
|------------------|--|
| Перехов А.Я. | к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета |
| Мрыхин В.В. | к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета |
| Ковалев А.И. | ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета, заведующий психотерапевтическим отделением |
| Бухановская О.А. | к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета, главный врач ЛРНЦ «Феникс» |
| Крючкова М.Н. | ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета |
| Рудковская И.В. | менеджер кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета, ответственный секретарь конференции. |

СОДЕРЖАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ <i>Абдуллаева В.К.</i>	13
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ СО СТРЕССОМ <i>Абдуллаева В.К., Абдукудусов А.О., Полвонов Р.О.</i>	18
ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Абдуллаева В.К., Панченко С.И.</i>	21
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Абдуллаева В.К., Нурходжаев С.Н.</i>	25
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Абдуллаева В.К., Собиров Ж.А., Норматова К.Ю.</i>	29
ТРАНССРЕССИЯ И ТРАНСЦЕНДЕНЦИЯ В ВОЗНИКНОВЕНИИ И ПРЕОДОЛЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ <i>Арпентьева М.Р., Дувалина О.Н.</i>	33
ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ И ПОСТГУМАНИСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ <i>Арпентьева М.Р.</i>	39
ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОСОБО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ <i>Ашуров З.Ш., Шин З.В.</i>	44

МЕХАНИЗМЫ АФФЕКТИВНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В СПЕЦИФИЧЕСКОМ СОЦИАЛЬНОМ (РЕЛИГИОЗНОМ) ПРОСТРАНСТВЕ <i>Бабкин Р.А., Соловьев А.Г.</i>	49
ПРОТРАГИРОВАННЫЙ ЭТАП В РАЗВИТИИ АЛКОГОЛЬНОГО АМНЕСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ <i>Букановская Т.И., Дальсаев М.М., Дзапарова Л.К.</i>	52
ШИЗОФРЕНИЯ И АЛКОГОЛИЗМ: К ВОПРОСУ О ВЫРАЖЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ <i>Булейко А. А., Солдаткин В. А., Никонова Н. В.</i>	58
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ <i>Булейко А.А., Солдаткин В.А., Машкина Е.В., Куценко В. В.</i>	61
КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ <i>Бурджалиева А.Д.</i>	66
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ <i>Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О., Мальфина И.Ю., Бойчевская Ю.О.</i>	70
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О., Чернова А.А.</i>	76
ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНИСТОВ <i>Воякина В.Г., Дубатова И.В.</i>	80
ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, ПРИБЕГАЮЩИХ К ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ <i>Габриелян А.К., Сукиасян С.Г.</i>	84
КЛИНИКА АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ <i>Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Боброва Н.А., Воронкова Н.А.</i>	88

ФИЛЬМОТЕРАПИЯ В ПРОЦЕССЕ РЕАДАПТАЦИИ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ ПРОФИЛАКТОРИЯХ <i>Григорьева И.В., Кралько А.А., Шумай В.В., Ладо А.В., Сергеенко И.В.</i>	93
ПРИМЕНЕНИЕ ТКМП В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ <i>Гуцалова В.П., Митюрин О.А., Пустовет Е.Н., Лигунова Д.М.</i>	99
ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НАБОРА ВЕСА ПРИ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ <i>Дмитриев М.Н., Дмитриева Н.С., Худина Ю.С.</i>	103
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Дмитриев М.Н., Щеголева А.О., Маркова К.П., Рабаданова А.А., Никитенко Е.А.</i>	108
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВУ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ДИЗАЙНЕРСКИХ НАРКОТИКОВ <i>Дубатова И.В., Стоякин И.В., Крат К.А.</i>	112
НЕВРОТИЧЕСКИЕ И НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА <i>Жукова Д.И.</i>	118
ДЕПРЕССИИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И УРОВЕНЬ КАЛЬЦИДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ <i>Задорожная М.С.</i>	123
ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА В НОРМЕ И ПРИ ДЕПРЕССИИ <i>Золотарева А.А.</i>	127
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ, КАК ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ <i>Золотова А.Н.</i>	131
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ <i>Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Хамраев М.М.</i>	134

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА <i>Искандарова Ж.М.</i>	139
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «КАРТЫ СИМПТОМОВ» В МОНИТОРИНГЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ <i>Каргин М.В., Кобилинский С.А., Замулина Т.В.</i>	143
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТКМП В ТЕРАПИИ ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ <i>Кобылянская Н.М., Молчанова И.Г., Тер-Минасьян А.Г., Бодякин Ю.И., Пустовет Е.Н.</i>	148
АГОРАФОБИЯ: РОЛЬ И МЕСТО В КОНТИНУУМЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ <i>Ковалев А.И., Тер-Минасьян А.Г., Логвинова А.Т.</i>	152
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ: ПЕРСПЕКТИВЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ <i>Колесников А.С., Холодова Н.Б., Локосов А.В.</i>	156
НЕКОТОРЫЕ СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ <i>Коновалова О.Ю., Пащенко И.Е., Данилкова Е.В., Черногорова Е.В., Гельбинг Д.А.</i>	159
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР <i>Кривулина О.Е.</i>	163
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ВОПЛОЩЕННОГО ПРИСУТСТВИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ПЕРЕНЁСШИХ ДЕЛИРИЙ <i>Крысенко П.Б., Солдаткин В.А.</i>	166
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ И ДЕПРЕССИЯ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ <i>Крючкова М.Н., Ибишев Х.С., Солдаткин В.А.</i>	170

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ТИПОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К АНАЛИЗУ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ <i>Куликова О.С.</i>	174
КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕВАРИНА У БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ <i>Кучеренко И.Н., Дубатова И.В., Соловьева С.А.</i>	179
АТИПИЧНАЯ НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЛИГО-АМЕНОРЕЕЙ <i>Лев Л.М., Заика В.Г., Андреева В.О.</i>	183
СЛУЧАЙ БРЕДА РЕВНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>Логвинова А.Т.</i>	188
ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ <i>Локосов А.В., Холодова Н.Б.</i>	191
КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Магзумова Ш.Ш., Мухторова Х.К., Мухаммадиева Н.Б., Рузиева Г.Х.</i>	196
АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ ИН-ФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Магзумова Ш.Ш., Мухторова Х.К., Мухаммадиева Н.Б., Ядгарова Н.Ф.</i> ..	201
ФЕНОМЕН СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ <i>Мрыхин В.В., Анцыборов А.В.</i>	207
ОЦЕНКА НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ <i>Мысливцева А.В.</i>	212
ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ В ПЕРИОД ПОСТМОДЕРНА НА ПРИМЕРЕ СИНДРОМА ДЕМЕНЦИИ <i>Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.</i>	216

**КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И/ИЛИ РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА:
ОБЩЕЕ И РАЗЛИЧНОЕ**

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. 221

МЕСТО ЛИЧНОСТИ В ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г. 225

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕРИОД ПОСТМОДЕРНА

Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А. 230

**К ПРОБЛЕМЕ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ
РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ
ДЕПРЕССИЯМИ**

Нурходжаев С.Н. 235

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ АГОНИСТА NMDA РЕЦЕПТОРОВ (МЕМАНТИН)
КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕГАТИВНЫХ
СИМПТОМОВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

Осадший Ю.Ю., Арчаков Д.С., Тараканова Е.А., Вобленко Р.А. 240

**СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЛЕГКОЙ КОГНИТИВНОЙ
ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, КАК ПРОФИЛАКТИКА
ДЕМЕНЦИИ**

Остапенко Г.Н., Малышко Л.В., Остапенко Н.С. 244

**ТОТАЛЬНАЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ В СТРУКТУРЕ
АУТОПЕРСОНАМНЕЗИИ**

Перехов А.Я. 254

**СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ ДУШЕВНОЙ БОЛЕЗНИ И НРАВСТВЕННОГО
ПОМЕШАТЕЛЬСТВА**

Перехов А.Я. 260

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ЭПИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТКМП
У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ**

Попова О.С., Попова С.И., Самотеев А.А., Гуцалова В.П. 265

**СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО
СОСТОЯНИЯ ПОДЭКСПЕРТНЫХ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ
«ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ»**

Попова-Шолохова Н.М., Холодова Н.Б. 269

ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ И СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ <i>Рузиева Г., Аминов А., Абдуллаев Б.</i>	273
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ В АКСАЙСКОМ ФИЛИАЛЕ ГБУ РО ПНД <i>Сааков А.Б., Дубатова И.В., Соловьева С.А., Кучеренко И.Н., Никонова Н.В., Стоякин И.В., Карнаух К.А., Трепко О.А.</i>	277
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ <i>Саидхонова Ф.А.</i>	282
ДИНАМИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ГЕСТАЦИИ <i>Сайдалиходжаева Д.Г.</i>	286
ДУАЛИСТИЧЕСКИЙ ТАНДЕМ ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ <i>Санников А.Н., Дыкина З.Э., Остапенко Г.Н.</i>	290
ДУШЕВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕН ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>Симак О.Я.</i>	295
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, ОПЫТ И ПУТИ РЕШЕНИЯ <i>Смирнов И.И., Бебчук М.А., Басова А.Я, Панкова О.Ф., Буромская Н.И.</i>	300
ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА <i>Смирнов О.Р., Казьмин С.А., Токарская С.В., Свешников П.А.</i>	305
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ – ОСНОВА ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ <i>Соколов Е.Ю., Фомин А.А., Кореняк Р.Ю., Сидоренко И.В., Магурдумова Л.Г.</i>	309
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ТИМОАНАЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ <i>Солдаткин В.А.</i>	313

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: К ПРОБЛЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ КОНЦЕПЦИИ <i>Солдаткин В.А., Мавани Д.Ч.</i>	317
К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕКТРОННЫХ ПАРОГЕНЕРАТОРОВ (ВЕЙПИНГА) В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ <i>Стрижев В.А., Симонян Н.Э., Якушина А.А.</i>	323
СИНЕРГЕТИКА КАК ОСНОВА НОВОЙ ПАРАДИГМЫ В ПСИХИАТРИИ <i>Сукиасян С.Г.</i>	325
ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОПАТОЛОГИЮ: МОДЕЛЬ ПОНИМАНИЯ ПРИРОДЫ ПСИХИКИ <i>Сукиасян С.Г.</i>	329
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН КАК ПСИХИЧЕСКИЙ АРТЕФАКТ: ПСИХОАРХЕОЛОГИЯ <i>Сукиасян С.Г.</i>	334
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ <i>Султанов Ш.Х.</i>	340
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ <i>Тарханов В.С., Ягупова Н.Х., Петракова А.В., Точина Е.Э., Денисова Е.А.</i>	345
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Ткаченко Н.В., Заика В.Г., Андреева В.О.</i>	349
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ <i>Туйчиев Ш.Т., Насыров А.А., Хамраев М.М.</i>	353
ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ <i>Туйчиев Ш.Т., Тураева Л.Ф., Каландарова Ю.Б.</i>	357
ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА СОСТОЯНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ <i>Фомин А.А., Соколов Е.Ю., Кореняк Р.Ю.</i>	360

ТРАНЗИТОРНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. МЕСТО ДАННОГО ДИАГНОЗА В МКБ-10 <i>Холодова Н.Б., Локосов А.В., Колесников А.С.</i>	363
ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ: ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Хохлов Л. К.</i>	368
ПЕРВИЧНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ <i>Хрящев А.В., Петракова А.В., Муратова Е.В., Коренченко Ю.В.</i>	372
ПСИХОДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ <i>Шаикрамов Ш.Ш.</i>	377
СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ <i>Шарипова Ф.К., Якубова М. А.</i>	381
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА <i>Шарипова Ф.К.</i>	385
ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К СОЗДАНИЮ «ПОНИМАЮЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ» <i>Шевченко Ю.С.</i>	390
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ <i>Шин З.В.</i>	396
ПОРТРЕТ ЛИЧНОСТИ СОВЕРШИВШЕЙ ДЕЯНИЯ ПО СТАТЬЯМ 131-135 УК РФ ПО ДАННЫМ АСПЭК ГБУ РС(Я) ЯРПНД <i>Яковлева М.В., Галкина Т.А., Поляниченко А.А.</i>	400

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Абдуллаева В.К.

г. Ташкент

Мотивационная сфера является одной из основных сторон наркологических больных. Однако исследования подобного рода отличает больший разброс концептуальных подходов к проблеме [1]. Имеется мнение, что с формированием наркомании психологические мотивы, определяющие стремление к употреблению ПАВ на предболезненном этапе, сохраняются и, более того, во многом определяют течение заболевания [3]. Многими исследователями подчеркивается, что больной с зависимостью от ПАВ движим комплексом мотивов [4]. На этапе формирования клинических признаков зависимости большинство своих психологических задач больные начинают решать патологическим способом – посредством систематической интоксикации (мотивы, определяющиеся потребностью в редуцировании субъективно тягостной психопатологической симптоматики); однако, по мнению ряда исследователей, у аддиктов и на этом этапе частично сохраняются нормативные механизмы психической адаптации [2].

Целью исследования явилось изучение особенностей мотивационно-побудительной направленности больных опийной наркоманией.

Материал и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 126 больных мужчин опийной наркоманией в возрасте от 18 до 41 лет. Клинико-психопатологическим методом изучены мотивационные процессы путем установлением клинико-динамического сродства преморбидных личностных девиаций с психопатологическими проявлениями синдрома зависимости – патологическим влечением к ПАВ и абстинентным синдромом. Диагностика наркомании осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Интенсивность патологического влечения к наркотику измерялась с помощью шкалы М.А. Винниковой (2001). Для увеличения числа дифференцирующих признаков, а также с целью объективизации данных, полученных в процессе клинической диагностики личностной сферы, все пациенты подверглись патопсихологическому обследованию с помощью теста СМИЛ (стандартизированный метод исследования личности - адаптированный вариант методики MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Результаты исследования и их обсуждение.

Мотивационная сфера аддиктивного больного рассматривалась

в контексте понятия «личностной составляющей» зависимости от ПАВ. Среди аддиктов преобладали лица с расстройствами личности эмоционально неустойчивого (38,6%), нарциссического (14,2%) и зависимого (18,7%) типов. Именно личностные расстройства определяли особенности мотивационно-побудительной сферы и поведенческого стиля у больных с зависимостью от ПАВ. В структуре синдрома патологического влечения к наркотику одно из основных мест занимала аффективная патология. Имелся аффинитет аффективных расстройств с синдромом сверхценных идей, при котором патологическое влечение к психоактивным веществам сопровождался неотвязными, доминирующими мыслями вокруг ситуации употребления. В процессе развития опийной наркомании личностные девиации трансформировались в основные синдромы зависимости или оказывали выраженное патопластическое влияние на их структуру. Так, преморбидные расстройства, протекающие по типу «негативной аффективности», приобретали синдромальное оформление в пределах аффективной составляющей синдрома патологического влечения. При обострении данного синдрома отмечались дисфория, апатия, ангедония, аффект скуки, флоттирующая бессодержательная тревога с преобладанием внутреннего напряжения неидентифицированным телесным дискомфортом. При развитии абстинентного синдрома наблюдалась инверсия структуры аффективности больного: негативная симптоматика, преобладающая в преморбидной личностной динамике и в картине обострения патологического влечения, частично сменялась позитивной (гиперестетической) относительно конфигурации аффективной «триады». В результате проведенного исследования личностной составляющей наркотической аддикции было выявлено клиническое значение мотивов при развитии зависимости от ПАВ. Среди них - личностный (мотивирующий) смысл непосредственного токсического эффекта наркотика – опьянения. ПАВ редуцируют, хотя и на короткое время, ангедонические состояния, витальное отчуждение, апатию, устраняют фазность и диссоциированность аффекта, ликвидировать сопряженные с этими явлениями субъективно тягостные деперсонализационные переживания, уменьшают реактивную лабильность, сопровождающую межличностные отношения. Установленные данные свидетельствуют в пользу выдвинутого ранее рядом авторов положения о том, что мотивы, сопряженные с синдромом патологического влечения, у героиновых наркоманов определяются не столько изначально обостренным стремлением к удовольствию («гедонистическая акцентуация»), сколько потребностью в «самокупировании» систематически возникающих у них субъективно тягостных психических ощущений, восходящих к преморбидному личностному развитию.

Личностные особенности болезненной наркотизации определялись

не только эффектами интоксикации, но и распространялись на переживания, связанные с отменой употребления ПАВ. Многие больные отмечали, что во время абстинентного синдрома они испытывали субъективно приятную, хотя и болезненно обостренную чувствительность, «сентиментальность», при которой подавленность, слабодушная слезливость легко сменялась эйфорией. Некоторые из них отмечали повышение активности в состоянии абстиненции, например, повышении либидо и эректильной функции, несмотря на тягостное общее физическое состояние. Больные опийной наркоманией подчеркивали, что «ломки», как и собственно токсический эффект «прихода», перекрывают ощущения «безжизненности», скуки и апатии, сопровождающие их трезвое существование – до знакомства с наркотиком, а также в ремиссиях и, особенно, в предрецидивные периоды при обострении патологического влечения. Даже при наиболее частых и «типичных» вариантах опийной абстиненции, сопровождающихся чувством вины или стыда, многие пациенты усматривали позитивный смысл: они в такие моменты наиболее интенсивно охвачены жаждой перемен, строят оптимистические планы на будущее.

Таким образом, как опьянение, так и абстиненция сопряжены для больных с переживаниями «оживления» чувств, влечений, общей активности, «осмысленности» существования, «прояснения» картины мира, с иллюзией обретения целостности собственной личности и, хотя и ложного, упорядочивания субъект-объектных отношений.

Совокупность выявленных мотиваций, определяющих различные стороны аддиктивного поведения, представлена тем, что болезнь, связанная с систематическим употреблением наркотика и с периодическими попытками преодолеть зависимость, конкретизирует сложный и противоречивый смысл жизни - теперь этим смыслом становится добыча очередной дозы ПАВ.

Другой мотив в динамике зависимости от ПАВ связан с реакциями на собственную наркологическую болезнь. Последние определяются характером личностного опосредования болезненной наркотизации, а также вытекающих из этого негативных соматических, психологических и социальных последствий («нозогенные реакции» по А.О. Фильцу, 1993). Изучение характера болезненных процессов у героиновых наркоманов имеет большое значение для выявления мотивов, направленных на лечение и, следовательно, для построения психотерапевтических программ в наркологии.

В 65,5 % случаев нозогенные реакции протекали в виде стертых, атипичных тревожно-апатических и деперсонализационных состояний. Наблюдались усиление явлений эмоционального отчуждения («негативной аффективности»). Больные лишь формально признавали нежелательность употребления ПАВ, его опасность для здоровья и социального

функционирования; тревога, гиперестетические кататимные аффекты выражены незначительно.

В 18,5% случаев в картине нозогенных реакций при опийной зависимости наблюдалась типичная депрессивная симптоматика с кататимно окрашенными идеями вины, чувством стыда, самобичеванием по поводу собственного «безволия», отсутствия контроля, с переживаниями по поводу пострадавшей репутации, ухудшения профессиональной ситуации, несчастий, причиненных членам семьи и другим близким. Также наблюдались реакции тревожно-ипохондрического характера, в содержании которых звучит тема вреда, нанесенного здоровью наркотиком.

У 10,8% больных встречался гипоманиакальный («отрицающий») тип реагирования на болезнь с праздным образом жизни, отрицанием патологического или хотя бы психологически деструктивного характера наркотизации с убежденностью в его необходимости и даже «пользе» для развития творческих способностей, повышения активности.

Общая закономерность нозогнозии наркологических больных хорошо известна: если преобладают мотивы к наркотизации (усиление патологического влечения), то критика болезни снижается вплоть до анозогнозии. В такие периоды пациенты фактически утрачивают способность адекватно тестировать реальность. В периоды ремиссии с полной либо частичной редукцией патологического влечения критика к болезни может становиться более адекватной реальному положению дел.

Выявлено, что в 90% случаев наркологические больные обнаруживали черты амбивалентной нозогнозии. Даже в состояниях охваченности генерализованным патологическим влечением отрицание болезни с позитивной аргументацией употребления ПАВ конкурировало с элементами осознания болезненности своего состояния и отражалась в содержании «борьбы мотивов». В период абстиненции преобладала гипернозогнозия, за которой скрывалась формальная критичность, легко сменяющаяся на гипо- и анозогнозию с отрицанием факта зависимости, игнорированием прошлого болезненного опыта. К 10% случаев относились практически полностью не критичные пациенты с гипоманиакальным (отрицающим) типом нозогенного реагирования.

Выводы.

Таким образом, при обследовании были выявлены элементы двойственного, расщепленного отношения к болезни и к себе самому. Данное соотношение между отдельными компонентами личностной составляющей, отражающееся на внутренней картине болезни (нозогнозии) было связано с состоянием мотивационно-потребностной сферы больного опийной наркоманией, с содержанием феномена «борьбы мотивов». Выделенные элементы личностной составляющей зависимости от ПАВ преимущественно находились друг с другом в соотношении обратной связи.

Личностные особенности определяли напряженность патологического влечения, нозогенные реакции – мотивы к сдерживанию патологического процесса, к прекращению употребления ПАВ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козлова Н. С. Связь характера ценностной ориентации наркозависимых лиц с их индивидуально-психологическими особенностями / Н. С. Козлова, Е. С. Корнилова // Молодой ученый. - 2014. - №10. - С. 372-374.
2. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения, М., МЕДпресс-информ, 2003. -328с.
3. Матусевич М. С. Организация профилактики наркозависимости в подростковом возрасте / М. С. Матусевич, В. А. Ткачук // Молодой ученый. 2014. № 3 (62). - С. 795–797.
4. Simons J., Correia C.J., Carey K.B. A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users // Addict-Behav. - 2000. - Vol.25, №1.-P.153-160.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ СО СТРЕССОМ

Абдуллаева В.К., Абдукудусов А.О., Полвонов Р.О.

г. Ташкент

На сегодняшний день одной из актуальных задач, стоящих перед психологической и общемедицинской практикой, является выявление и предупреждение факторов риска различных заболеваний. Интенсивное развитие психологии и медицины обуславливает возникновение новых объяснительных принципов в изучении роли психологических факторов в этиологии и патогенезе психических расстройств.

Актуальность данного исследования определяется также тем, что в настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения, такие психические заболевания, как шизофрения, аффективные и шизоаффективные расстройства остаются самыми распространенными заболеваниями современности и число людей, страдающих этими недугами, неуклонно растет [1, 4].

В литературе недостаточно исследованы факторы, способствующие развитию параноидной шизофрении в условиях психотравмирующей ситуации [2]. Большинство авторов придают главное значение наследственной предрасположенности, наличию астенических черт характера, неблагоприятному типу воспитания, настоящему личностному и социальному статусу, событиям, угрожающим жизни, здоровью больных, а также касающихся их социальных и семейных связей [3, 5]. Определение основных биологических и социально-психологических характеристик играет важную роль в установлении предрасполагающих факторов развития данного заболевания в условиях эмоционального стресса.

Взаимодействие психогенных факторов и расстройств шизофренического спектра остаются и в настоящее время одним из сложных и дискуссионных вопросов клинической психиатрии.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей параноидной шизофрении в условиях психотравмирующей ситуации.

Материалы и методы исследования.

Для решения поставленных задач было обследовано 44 пациента в возрасте 17-30 лет, перенесших дебют параноидной шизофрении в условиях воздействия психической травмы. Изученная выборка формировалась на основе констатации на момент обследования клинических признаков эндогенного заболевания и наличия анамнестических сведений о столкновении больного с одной или несколькими психическими травмами бесспорной

интенсивности непосредственно перед началом психоза или во время уже развившегося психотического состояния.

Использовались клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение.

У 55,4% обследованных больных в преморбиде преобладали личностные радикалы тормозимого круга. Чаще встречались шизоидные (28,4%), ананкастные и тревожные (22,9%, $p < 0,05$) черты характера. Эксплозивные, паранойяльные, эмоционально неустойчивые, синтонные качества личности были свойственны до начала болезни отдельным больным.

У больных в анамнезе были выявлены психические нарушения: тимопатические колебания настроения (83,8%, $p < 0,05$), которые у большинства больных носили сезонный характер (59,4%, $p < 0,05$) и проявлялись субдепрессиями или легкими гипоманиями.

Гипомании возникали в виде очерченных периодов хорошего настроения с приливом душевных и физических сил. При этом расстройства не выходили за рамки субклинического уровня, не достигали степени развёрнутого маниакального синдрома, отсутствовала идеаторная ускоренность и двигательное возбуждение. Во время субдепрессий больные становились вялыми, сонливыми и угрюмыми, с трудом справлялись с работой, быстро уставали, всё делали «через силу», «превращались в пессимистов». Чаще всего колебания настроения носили сезонный характер, и больные умели их «прогнозировать».

В анамнезе 35,1% больных отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки и др.), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям.

У больных в анамнезе под влиянием травмирующих ситуаций наблюдались различные психические расстройства: тревожно-фобические, истерические, депрессивные. Причем именно депрессии были наиболее частыми, так у 66,2% больных в прошлом наблюдались психогенные депрессии, у 39,2% депрессии отличались особо тяжестью и продолжительностью, выраженностью эмоциональных и конгруентных аффекту расстройств, достигали психотического уровня.

В результате исследования удалось выявить, что в возникновении дебюта параноидной шизофрении под влиянием психической травмы имели значение тимопатические колебания настроения. Психические травмы, предшествовавшие эндогенному заболеванию, оценивались по следующим параметрам: содержание, продолжительность воздействия, прогнозируемость, актуальность, значимость для больного, обратимость психотравмирующих событий.

Самым частым (97,3%) сюжетом психотравмирующего воздействия

служили ситуации эмоционального лишения, под которыми мы понимали угрозу жизни и здоровью родственника, его смерть, разрыв желанных отношений, разлуку с близким человеком, лишение свободы родственника.

79,8% больных перед началом психоза перенесли психотравмирующие ситуации угрозы личностному благополучию, под которыми понимались угроза жизни и здоровью больного, угроза лишения свободы, финансовые потери и материальная нужда.

Психические травмы у 64,9% больных были острыми, воздействовали одномоментно и кратковременно (дорожно-транспортное происшествие и т.д.), у 70,3% они оказывались неожиданными и непредвиденными (пожар, уничтожение имущества и т.д.). Для 71,6% пациентов травмирующее событие оставалось неразрешённым и актуальным во время последовавшего за ним острого психотического расстройства и стационарного лечения, для 45,9% травмирующие изменения в жизни оказывались обратимыми, оставалась возможность их благополучного разрешения (возможность возвращения ушедшего из семьи супруга). Для 54,1% больных перенесённые трагические события были даже теоретически неисправимыми (смерть близкого человека и т.д.).

Особенностью дебюта параноидной шизофрении, развившейся в условиях воздействия психической травмы, являлось наличие в его структуре истерических расстройств, как непсихотических (анестезия по типу «перчаток и носков», астазия-абазия, истерические припадки, истерическая рвота) – 18,9% ($p < 0,05$), так и расстройств психотического уровня (регресс психики, пурризм, псевдодеменция) – 8,1% ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Параноидная шизофрения, возникающая на фоне психогенных ситуаций, может проявляться на начальном этапе депрессиями невротического и психотического уровня или остро возникающими психотическими расстройствами.

2. Предрасполагающими факторами дебюта шизофрении после эмоционального стресса предположительно могут быть тормозимые личностные особенности, тимопатические расстройства, часто с сезонным характером и склонность к психогенным депрессиям на протяжении жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коцобинский А.П. с соавт. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание.- СПб.: Гиппократ. - 2004. - 336 с.
2. Лебедев С.В., Ениколопов С.Н. Адаптация методик исследования посттравматических стрессовых расстройств // Психологическая диагностика. - 2004. - №3. - С. 19-38.
3. Кузнецова С.О. Психологические особенности враждебности при шизофрении и аффективных расстройствах/ Кузнецова С.О., Ениколопов С.Н.// Психиатрия.- 2006. - №5.- с.34-40.
4. Beels C. Social Support and Schizophrenia. //Schiz. Bull. – 2001. - V.7, № 1. – P. 58-72.
5. Ching-Yen Chen, Chia-Yin Liu, and Yong-Yi Yang. Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia // Psychiatry and Clinical Neurosciences. -2001.-Vol. 55. -P. 383-387.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Абдуллаева В.К., Панченко С.И.

г. Ташкент

Актуальность изучения проблемы сосудистых заболеваний мозга определяется их значительной долей в структуре заболеваемости и смертности населения, увеличением количества соответствующих больных, развитием заболевания в более молодом возрасте, высокими показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности [6]. По данным ВОЗ, смертность от инсультов составляет 12-15 % общей смертности, занимая третье место после заболеваний сердца и злокачественных опухолей [7].

Психические нарушения занимают одно из основных мест среди патологических проявлений в клинике сосудистых заболеваний головного мозга и в значительной степени утяжеляют течение заболевания, снижают адаптацию больного к новому образу жизни, прежде всего, оказывая неблагоприятное влияние на качество и количество социальных связей больного [8]. Кроме того, психические расстройства после инсульта являются основным регулируемым фактором, влияющим на качество жизни данного контингента больных. При этом личностно-характерологические и микросоциальные факторы могут предстать в качестве декомпенсирующих причин, обуславливая дезадаптивную реакцию на заболевание, утяжеляя соматический и психический статус [3]. Часто сопровождают острое нарушение мозгового кровообращения депрессивные реакции, которые достигают 40–60%. Наличие депрессии повышает смертность в 2,6 раза, негативно влияет на процесс реабилитации [2]. Деменция возникает у 10–30% пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения [8]. Сопутствующие когнитивные и эмоционально-волевые нарушения относят к неблагоприятным прогностическим факторам, ассоциируемым с плохим восстановлением нарушенных функций [5]. Правильная оценка психопатологических синдромов является важным условием для построения патогенетического обоснованного лечения [1, 4].

Целью исследования явилось изучение особенностей аффективных расстройств у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Материал и методы исследования. В ходе исследования нами обследовано 63 больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), в том числе 53 (84,1 %) мужского пола и 10 (15,9 %) женского пола. Возрастная группа варьировала в пределах от 40 до 70 лет.

Критерием отбора больных являлся установленный в анамнезе диагноз острого нарушения мозгового кровообращения с давностью от 1 года до 3 лет. Всем больным были проведены клинические, лабораторные и инструментальные исследования с оценкой психиатрического, неврологического и соматического статуса. Принципом изучения психических расстройств у больных, перенесших ОНМК, был комплексный клинико-динамический подход, включающий в себя: анамнестический, клинико-неврологический, психопатологический, катамнестический и статистический методы исследования. Клиническое обследование включало анализ психического состояния, получение субъективных и объективных анамнестических сведений. Для стандартизации данных клинического обследования применялась специально разработанная карта, включавшая несколько полуструктурированных интервью.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническое исследование позволило выявить, что субъективные симптомы заболевания не носили специфического характера. Больные предъявляли большое количество жалоб, ведущими из которых были жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, ухудшение памяти, снижение работоспособности, эмоциональные, двигательные, координаторные расстройства, вегетативные нарушения, расстройства сна и др. Среди аффективных расстройств преобладающими были симптомы, характерные для депрессии. Довольно часто встречались тоска (65,1%), подавленность (82,5%), ангедония (76,2%), апатия (79,4%), утомляемость (95,2%), слабость (100,0%), нарушения аппетита (82,5%) и сна (92,1%), нарушения внимания (93,6%), безнадёжность (85,7%), идеаторная, моторная и вегетативная тревога (69,8%). Можно предположить, что эти признаки обладают относительной самостоятельностью, имеют особое диагностическое значение: некоторые из них более связаны с органическим поражением мозга (утомляемость, слабость и нарушение внимания), другие составляют особую категорию аффективных расстройств, сопутствующих депрессии (тревога). При анализе тревожных расстройств, манифестировавших после острого нарушения мозгового кровообращения, мы выявили, что в большей части случаев (82,5%) содержание тревоги связано с перенесенным ОНМК и постинсультной психотравмирующей ситуацией. При этом переживания тревоги касались многих сфер жизни больного (увольнение с работы, беспомощность в быту, потеря лидирующего положения в семье, невозможность вкладываться в воспитание детей и внуков, здоровья, работы). Тщательный анализ анамнестических сведений позволил установить, что у части больных тревожные расстройства развились до ОНМК, но сохранялись в постинсультном периоде (12,7%). Тревожные расстройства сопровождалась такими симптомами как раздражительность, моторные и вегетативные проявления, нарушения сна, утомляемость, трудности сосредоточения. Наиболее частыми провоцирующими

щими событиями являлись: отсутствие положительной динамики состояния, недостаток или отсутствие важной для больных информации (величина АД, данные лабораторных анализов, информация о диагнозах и последствиях различных заболеваний, информация о поведении в сложившейся ситуации, отсутствие известий из дома), новые диагностические или лечебные процедуры, новая психотравмирующая ситуация, ожидание затруднений в быту перед выпиской.

В большинстве случаев (n=52) подавленность и тоска больных были связаны с содержанием психотравмы, их интенсивность явно зависела от особенностей психотравмирующей ситуации, в которую попал больной, нарастали, когда больной концентрировался на текущих проблемах и уменьшались, когда больной отвлекался от них в каждодневных занятиях. У таких больных в переживаниях звучала тема перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, отмечались переживания по поводу инвалидизации, потери работы, утраты здоровья. Тоска у некоторых больных возникала как психологически понятная реакция на размышления о текущей ситуации. В других случаях (n=10) она переживалась очень ярко, как мучительная и разрывающая грудь, иногда сопровождалась чувством тяжести на сердце – была «загрудиной».

Наблюдавшиеся нами депрессивные расстройства после перенесенного ОНМК были чрезвычайно гетерогенными: разные радикалы настроения присутствовали у больных в различных сочетаниях, сопровождаясь различными сопутствующими расстройствами, среди которых наиболее встречались дисфории (66,7%), гиперестезия (60,3%), недержание аффекта (65,1%), фобические расстройства (95,2%). Эти данные совпадают с данными литературы [4, 7].

Наличие в клинической картине признаков дисфории может указывать на аффективные расстройства органической этиологии. Среди фобических расстройств встречались постинсультная агорафобия (5 больных - 7,9%), фобия животных (3 больных - 4,8%), постинсультный страх смерти (10 больных - 15,9%), страх всех тяжелых заболеваний (7 больных - 11,1%), фобия повторного инсульта (36 больных - 57,1%), страх падения (44 больных - 69,8%), ситуационные фобии (19 больных - 30,1%), фобия ситуации инсульта (4 больных - 6,3%).

В ходе проведенного исследования показано, что степень выраженности депрессивных расстройств определялась периодом патологического процесса. В ходе исследования нами было выявлено два периода манифестации депрессивных расстройств после перенесенного ОНМК: ранний восстановительный период, который совпадает со временем формирования очага и первичной психотравмой в связи с обнаружением неврологического дефицита. Второй период времени ассоциируется с вторичной психотравмой: столкновением с бытовыми и социальными последствиями невроло-

гического дефицита. Депрессивные расстройства с ранней манифестацией отличались большей выраженностью вегетативных симптомов (тревога, потеря энергии, утреннее ухудшение симптоматики, раннее пробуждение и потеря веса) и большей тяжестью депрессии по сравнению с более поздними депрессиями. Также в структуре депрессий, манифестировавших в раннем восстановительном периоде, чаще встречались отсутствие отражения психотравмирующей ситуации в клинической картине депрессии, наличие витальных симптомов, нарушения засыпания, апатия, идеаторная тревога, тоска, ангедония, пробуждения среди ночи были характерны для депрессий позднего восстановительного периода.

Выводы. Таким образом, исследование клинической картины аффективных расстройств, в частности, депрессивных нарушений, указывает, что они чаще протекают на фоне утомляемости и когнитивных расстройств, нередко имеют мозаичную структуру, в которой могут сочетаться разнообразные аффекты (тоска, апатия, дисфория), а также сопровождаются расстройствами выражения эмоций (неудержанием аффекта). Степень их выраженности и клинические формы определяются периодом патологического процесса и тяжестью неврологического дефицита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковальчук В.В. Коррекция когнитивных и психоэмоциональных расстройств у пациентов, перенесших инсульт / В.В. Ковальчук // Ж. Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова - 2014; 114, 10, 81-6.
2. Терешкина, В. А. Качество жизни у пациентов с постинсультной депрессией / В. А. Терешкина, В. В. Новиков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2014. - № 4. - с. 7-10.
3. Alghwiri A.A. The Correlation between Depression, Balance, and Physical Functioning Post Stroke / A.A Alghwiri // J Stroke Cerebrovasc Dis. – 2016. - 25(2). – p. 475-9.
4. Amaricai E. The post-stroke depression and its impact on functioning in young and adult stroke patients of a rehabilitation unit / E. Amaricai, D.V. Poenaru DV. // J Ment Health – 2016. - 25(2). – p.137-41.
5. Jiang X.G. Correlative study on risk factors of depression among acute stroke patients. / X.G. Jiang, Y. Lin, Y.S..Li // Eur Rev Med PharmacolSci - . 2014. – T.18(9). – с.1315-23.
6. Moore D.P. Textbook of Clinical Neuropsychiatry/ D.P. Moore // Oxford University Press, USA; 2 edition - 2008.
7. Quaranta D. Mood disorders after stroke: diagnostic validation of the poststroke depression rating scale / D. Quaranta, C. Marra, G. Gainotti // Cerebrovasc Dis – 2008. – Vol.26 – № 3 – p. 237-43.
8. Robinson R.G. Neuropsychiatric Disorders Following Stroke / R.G. Robinson // Can J Psychiatry – 2010. – Vol. 55. – № 6. – p.339–340.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Абдуллаева В.К., Нурходжаев С.Н.

г. Ташкент

Проблема изучения коморбидности заболеваний в целом, а также коморбидности аффективных нарушений и расстройств личности, ее влияния на клиническую симптоматику, течение аффективных нарушений, терапевтический ответ и возможности социальной адаптации соответствующих пациентов в последние годы приобрела особую актуальность в свете новых эпидемиологических данных как в отношении аффективных нарушений, так и расстройств личности, а также в связи с высокой частотой их сочетания в реальной клинической практике [2]. Данные современных эпидемиологических исследований свидетельствуют о высокой распространенности аффективных нарушений в разных возрастных группах и их частой коморбидности с другими психическими нарушениями, в том числе и с расстройствами личности. При этом до сих пор остается актуальным обсуждение концептуальной модели соотношения расстройств личности и аффективных нарушений [1, 3, 5]. Недавние исследования подтверждают, что аффективные и личностные расстройства существенным образом снижают качество жизни у соответствующих пациентов [6]. Отдельные работы показали более низкие показатели качества жизни, социального функционирования при аффективных нарушениях, коморбидных с расстройствами личности [4]. Таким образом, изучение вопросов частоты коморбидности аффективных и личностных расстройств, влияния данной коморбидности на основные клиничко-динамические характеристики, эффективность терапии и социальную адаптацию у соответствующих пациентов, разработка лечебно-реабилитационных программ, учитывающих коморбидность аффективных нарушений с расстройствами личности, является актуальным и обоснованным.

Цель исследования – оценка уровня социальной адаптации у пациентов с коморбидными аффективными и личностными расстройствами.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 52 пациента, в том числе 36 женщин в возрасте $44,4 \pm 10,2$ года и 16 мужчин в возрасте $40,6 \pm 11,0$ года с текущим единичным умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом – 22 человека, рекуррентного депрессивного расстройства – 12 человек, биполярного аффективного расстройства – 8 человек. Общая группа пациентов была разделена на две подгруппы. Первая подгруппа – 27 пациентов с аффективными нарушениями, комор-

бидными с расстройствами личности (основная группа). Вторая подгруппа – 25 пациентов с аффективными нарушениями без коморбидности (группа сравнения). Основными методами исследования явились клиничко-психопатологический, психометрические шкалы: шкала самооценки социальной адаптации – SASS (Social Adaptation-Self-evaluation Scale, Bosc M. et al., 1997) для оценки степени социального функционирования пациентов в разных сферах жизнедеятельности, для оценки уровня депрессии – шкала Бека, тревоги – шкала Шихана. Нами была проведена сравнительная оценка влияния клиничко-динамических характеристик на показатели социальной адаптации в основной группе и группе сравнения. Определение взаимосвязей между клиничко-динамическими особенностями и уровнем социальной адаптации в группах касалось нозологической структуры аффективных расстройств, степени тяжести текущего депрессивного эпизода у пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение пациентов анализируемых групп по уровню образования показало, что в обеих группах преобладали пациенты с высшим и средним специальным образованием (44,4 % и 52,0 %, $p < 0,001$). Статистически значимых различий по образовательному уровню у пациентов основной группы и группы сравнения не выявлено ($p > 0,05$). Большая часть пациентов исследуемых групп состояли в браке: в основной группе – 40,7 % ($p < 0,05$), а в группе сравнения – 60,0 % ($p < 0,001$). В ходе исследования выявлено, что группа пациентов с затрудненной социальной адаптацией оказалась самой многочисленной при рекуррентном депрессивном расстройстве – 81,5 % ($p < 0,05$) и биполярном аффективном расстройстве – 68,0 % ($p < 0,01$) в основной группе. Сравнительный анализ показал, что при единственном депрессивном эпизоде частота случаев дезадаптации и затрудненной социальной адаптации статистически значимо ниже, а хорошей социальной адаптации выше по сравнению с рекуррентным депрессивным расстройством и биполярным аффективным расстройством ($p < 0,05$). Анализ данных в группе сравнения показал, что большую долю среди пациентов составили пациенты с хорошей социальной адаптацией 76,0 %, 60,0 %, 64,0%, соответственно с депрессивным эпизодом, рекуррентным депрессивным расстройством и биполярным аффективным расстройством ($p < 0,05$). Статистический анализ выявил различия в уровне социальной адаптации при депрессивном эпизоде и биполярном аффективном расстройстве: у пациентов с биполярным аффективным расстройством чаще встречалась затрудненная социальная адаптация, с депрессивным эпизодом – хорошая социальная адаптация ($p < 0,05$). Сравнительный анализ в группах выявил, что в основной группе при депрессивном эпизоде удельный вес пациентов с хорошей социальной адаптацией был меньше (на 41,6 %), а при рекуррентном депрессивном расстройстве и биполярном аффективном расстройстве доля пациентов с затрудненной социальной адаптацией была больше (на 53,6 % и 34,8 % со-

ответственно) по сравнению с пациентами из группы сравнения ($p < 0,05$). Кроме того, в основной группе во всех нозологических категориях встречалась социальная дезадаптация, тогда как в группе сравнения пациентов с социальной дезадаптацией выявлено не было.

Нами было проанализировано влияние социальных факторов (трудовой занятости, профессионального статуса) на уровень социальной адаптации в исследуемых группах. В основной группе 66,7 % работающих, тогда как в группе сравнения – 84,0 %. В указанной выборке отмечается более низкий уровень субъективной оценки социальной адаптации в контингенте неработающих пациентов исследуемых групп ($p < 0,01$). Внутригрупповой анализ среди пациентов основной группы не показал статистических различий в уровне социальной адаптации ($p > 0,05$), тогда как в группе сравнения показатели уровня адаптации были значительно ниже среди неработающих пациентов ($p < 0,01$). При рассмотрении соотношения взаимосвязи между показателями SASS и образованием была выявлена статистически значимая взаимосвязь ($p < 0,05$) в основной группе пациентов. Полученные данные указывают на положительную взаимосвязь между уровнем образования пациентов и их социальной адаптацией: чем выше уровень образования, тем более высокой оказывается их социальная адаптация. В группе сравнения статистически значимой оказалась взаимосвязь между показателями SASS, профессиональной занятостью и профессиональным статусом ($p < 0,05$). Таким образом, отсутствие профессиональной занятости и нестабильный профессиональный статус являются предикторами затрудненной социальной адаптации.

При оценке показателей субъективной оценки пациентами исследуемых групп тяжести текущей депрессии по шкале депрессии Бека средний суммарный балл у пациентов основной группы составил $26,8 \pm 11,6$, группы сравнения – $23,6 \pm 7,8$. Показатели по шкале депрессии Бека выявили межгрупповые статистические различия среди пациентов исследуемых групп ($p < 0,05$), отражая большую тяжесть субъективно оцениваемой текущей депрессии в основной группе. Полученные результаты по выявлению степени взаимосвязи между показателями социальной адаптации и уровнем депрессии и тревоги в исследуемых группах пациентов показали, что как в основной группе, так и в группе сравнения с увеличением степени тяжести депрессии ухудшаются показатели социальной адаптации ($p > 0,05$), а также показателями уровня тревоги, регистрируемой по шкале Шихана (с ее увеличением снижался уровень социальной адаптации) (при межгрупповом сравнении $p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что наличие коморбидности аффективных нарушений и расстройств личности влияет на уровень субъективной оценки социальной адаптации и отчетливо демонстрирует его снижение в случае указанной коморбидности.

Аффективные нарушения в случае коморбидности с расстройствами личности отличаются по уровню нарушения социального функционирования, а имеющееся личностное расстройство усиливает негативную оценку уровня своей социальной адаптации у пациентов. Уровень субъективной оценки социальной адаптации у пациентов обеих исследуемых групп при отсутствии трудовой занятости был ниже, чем в случае сохранения трудовой занятости. Субъективная оценка пациентом уровня социальной адаптации является важной составляющей частью интегративной оценки тяжести текущего депрессивного эпизода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаранян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований, часть I / Н.Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 1. – С. 79–89.
2. Симуткин Г.Г. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности (обзор зарубежной литературы) / Г.Г. Симуткин, А.Л. Яковлева, Н.А. Бохан // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 2. – С. 91–97.
3. Смулевич А.Б. Расстройства личности и депрессия / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, В.В. Читлова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – Вып. 9. – С. 4–11.
4. Markowitz J.C. Longitudinal Effects of Personality Disorders on Psychosocial Functioning of Patients With Major Depressive Disorder / J.C. Markowitz, A.E. Skodol, E.Petkova // J. Clin. Psychiatr. – 2007. – V. 68 (2) – P. 186–193.
5. Millon T. Further thoughts on the relation of personality and psychopathology / T. Millon // World Psychiatry. – 2011. – V. 10. – P. 107–108.
6. Penner-Goeke K. Reductions in quality of life associated with common mental disorders: results from a nationally representative sample / K.Penner-Goeke, C.A. Henriksen, D.Chateau et al. // J. Clin. Psychiatry. – 2015. – V. 76 (11). – P. 1506–1512.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Абдуллаева В.К., Собиров Ж.А., Норматова К.Ю.

г. Ташкент

Аутистические расстройства проявляются с рождения в форме асинхронного дефицитарного дигенеза неполным и неравномерным созреванием высших психических функций [5]. Эта группа расстройств, характеризующихся нарушением психического развития, аутистической формой поведения и общения с окружающими, расстройствами речи, моторики, стереотипиями деятельности и поведением, приводящими к социальной дезадаптации. Существуют различные взгляды на причины возникновения расстройств аутистического спектра: биологические, социальные и психологические. Существуют гипотезы, объясняющие симптомы аутизма как следствие нарушений когнитивных процессов и эмоциональной сферы [3]. Другая гипотеза объясняет основные симптомы аутизма дисфункцией сенсорной интеграции, а аутистическое поведение - как отражение аномально го восприятия. Возникающие двигательные проблемы у детей, напоминают явления моторной диспраксии, которую можно рассматривать как один из причинных факторов нарушения речи. У детей с аутизмом в 100% случаев наблюдается нарушение сенсорной модуляции и моторные расстройства, формирующие сенсорную интеграцию, при которой мозг не способен осознать информацию, поступающую через органы чувств и обобщить ее в образы. Как следствие, дети с расстройствами аутистического спектра имеют недостаточно развитые способности связывать различные элементы в единое целое, что приводит к ограниченному восприятию и пониманию окружающего мира, к трудностям в понимании мыслей, намерений и чувств других людей. На когнитивном уровне это проявляется двойко: с одной стороны аутичный ребенок не понимает то, что он воспринимает, а с другой, - не может адекватно реагировать и планировать свой ответ [4].

Нарушение познавательной деятельности у этих пациентов является вторичным результатом аутистического поведения, которое препятствует формированию и созреванию интеллектуальных функций [1]. Познавательные функции определяются несколькими составляющими, но речь является основополагающим фактором формирования когнитивных способностей и интеллекта в дальнейшем. При этом среди детей, которые к 5 годам все-таки овладевают коммуникативной речью и обладают средним интеллектом, только половина имеют шансы на адекватную адаптацию [2, 6]. Гетерогенность аутистических расстройств подразумевает и различную

динамику заболевания, зависит от тяжести и особенностей психопатологической симптоматики.

Цель исследования – изучить клинико-психопатологические и психологические личностные особенности детей с детским аутизмом.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 35 пациента в возрасте от 6 до 14 лет. Критериями включения были общие расстройства психического развития, диагностируемые в соответствии с МКБ-10 рубрики F84 «Общие нарушения психологического развития». Критериями исключения являлась генетически обусловленная (хромосомно-обменная) и другая патология с аутистическими чертами. Для оценки степени выраженности аутистических проявлений, поведенческих нарушений использовалась рейтинговая шкала детского аутизма - «The Childhood Autism Diagnostic Scale» (CARS, E. Schopler, R. Reichler, V.R. Renner, 1988). Шкала включает в себя 15 позиций, описывающих все значимые для обследования психологические проявления деятельности ребенка в различных ее областях. Каждый из 15 параметров оценивается по шкале от 1 до 4 баллов. Значения итоговой оценки могут варьировать от 15 до 60 баллов (при 15-29 баллах отмечается отсутствие аутизма, а при 37-60 баллах определяется тяжелая степень аутизма, в том числе крайне тяжелая форма аутизма при значениях свыше 42 баллов). Во время тестирования оценивались все особенности поведения, выходящие за границы нормы. Изучение личностных особенностей с помощью проективных методик: «Дом, дерево, человек», «Несуществующее животное».

Результаты исследования и их обсуждение. Первичное обращение к психиатру приходилось на первый критический возрастной период развития в детстве (3-4 года). Поводами к обращению служили аутистические формы поведения, затрудняющие адаптацию в детском коллективе: трудности общения со сверстниками с предпочтением игры в одиночестве, избегание взгляда «глаза в глаза», двигательные стереотипии (бег по кругу, атетозоподобные движения в пальцах рук, ходьба на цыпочках), склонность к рутинному порядку. Имелись речевые особенности в виде нарушений произносительной стороны речи, ритма, темпа воспроизведения, отсутствия интонаций, нарушение коммуникативных функций с неспособностью поддерживать диалог, преобладанием эхололий, лепета, использование отдельных коротких слов, отсутствием построения фразеологической речи. Игровая деятельность была однообразной, с использованием неигровых предметов (дверей, воды, палочек). Дети были не способны сохранять внимание на занятиях, понимать инструкции и выполнять задания, были беспокойны, неусидчивы, негативны в отношении предъявляемых к ним требований.

Клинический и клинико-психологический анализ особенностей преморбида личности и дебюта клинической симптоматики показали, что аути-

стические формы поведения и нарушения речи появились после некоторого периода нормального развития, либо на фоне проявлений шизотипического диатеза (отсутствие реакции на голод и дискомфорт, застывший взгляд «в никуда», ритуальное поведение при засыпании, приеме пищи, одевании, негативное отношение к матери или амбивалентная симбиотическая связь с нею, ригидные игровые манипуляции с предметами неигрового назначения и т.п.), отмечалось дизонтогенетическое нарушение развития в виде асинхронии с эхолоалиями, отсутствием использования личных местоимений, скандированным стилем речепроизношения и трудностями поддержания коммуникаций. В поведении преобладали аутистические формы: отмечались трудности общения с другими детьми, отсутствие друзей в реальном окружении, но их воображаемое наличие в вербализациях. Также имели место сверхценные стереотипные односторонние увлечения, не соответствующие возрасту детей и имеющие странный, необычный, эксцентричный характер (например, интерес к устройству компьютера, телефонов; постоянное чтение энциклопедий и т.п.). Моторное развитие характеризовалось неуклюжестью и неловкостью движений. Отмечалось выраженное расстройство внимания в виде постоянной отвлекаемости, его избирательности, пассивности, неустойчивости, истошечности и отсутствием поведения, демонстрирующего его регуляцию со стороны внимания. Всем пациентам проводилось тестирование по шкале CARS. Наличие уровня тяжелых расстройств аутистического спектра было выявлено у 2 (5,7%) детей. У остальных детей по этой шкале было выявлено наличие аутистических черт, соответствовавших уровню легкого/умеренно выраженного уровня аутизма и не достигавшего уровня критерия «тяжелый аутизм».

При повторном обращении пациентов во второй критический возрастной период (соответствующий началу школьного обучения в возрасте 7 лет) в клиническом состоянии отмечалась динамика в психическом состоянии и развитии. У детей в речевой деятельности увеличился объем словарного запаса, в высказываниях появились короткие фразы, но сохранялись проявления эхололий, дети не могли поддерживать диалог при обращенной к ним речи. В поведении проявлялись трудности общения с другими детьми, отмечались стереотипные игры, действия и ритуалы.

Отмечались аутистические личностные особенности, проявлявшиеся сниженным, незрелым уровнем и амбивалентностью эмоциональных реакций, трудностями в установлении контактов, слабым пониманием социального контекста, норм и ожиданий, демонстрируемого реакциями негативизма и протеста, декларацией своеобразия интересов. Аутистические черты личности проявлялись в выраженных нарушениях поведения при протестных реакциях на средовые воздействия, избыточной возбудимостью, повышенной импульсивностью, склонностью к неожиданным и своевольным поступкам, агрессивными реакциями, выраженной избира-

тельностью в контактах, категоричностью суждений по отношению к любым мнениям.

Выводы. Таким образом, проведенное клинико-патопсихологическое обследование позволило выявить разную степень развития и проявления познавательной деятельности детей с расстройствами аутистического спектра. Такие дети проявляли интерес к заданиям, но обнаруживали при выполнении заданий отставание в моторном развитии, в способности формировать и поддерживать гибкое целенаправленное поведение с планированием цели деятельности. Такая диссоциация развития могла в дальнейшем затруднять усвоение ребенком учебной программы и требовала применения правильных индивидуальных педагогических подходов к нему. Патопсихологическая диагностика позволяет решить дифференциально-диагностические задачи, оценить интеллектуально-личностные характеристики детей с расстройствами аутистического спектра, определить актуальные и потенциальные возможности их обучения, адаптации и проводить динамическое медико-психологическое наблюдение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. - М.: Медицина, 1995. - 206 с.
2. Малинина Е.В. Аутизм, эпилепсия и эпилептиформная активность / Е.В. Малинина, И.В. Забозлаева, Т.Н. Саблина, А.А. Сединкин // Журнал Психиатрия. - 2013. - № 04 (60). - С. 11-15.
3. Расстройства аутистического спектра у детей. Науч.-практ. рук. / под ред. Н.В.Симашковой. - М.: Авторская академия, 2013. - 264 с.
4. Садовская Ю.Е. Аутизм и дисфункция сенсорной интеграции в детском возрасте / Ю.Е.Садовская, В.И.Родионова, Б.М.Блохин, Л.Битова // Журнал Психическое здоровье - 2010. - № 11. - С. 35-38.
5. Тиганов А.С. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве / А.С.Тиганов, М.Башина // Журнал неврологии и психиатрии. - 2005. - № 105(8). - С. 4-13.
6. GillbergС. Психиатрия детского и подросткового возраста / С.Gillberg, L.Hellgren; под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена; рус.изд. под общ. ред. акад. РАМНП.И.Сидорова; пер. со швед. Ю.А.Маккеевой. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 544 с.

ТРАНСГРЕССИЯ И ТРАНСЦЕНДЕНЦИЯ В ВОЗНИКНОВЕНИИ И ПРЕОДОЛЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Арпентьева М.Р., Дувалина О.Н.

*Калужский государственный университет
им. К.Э. Циолковского
г. Калуга*

Сознание современного секулярного общества характеризуется утратой связи с интеллигентным миром, в иллюзорном измерении которого жило традиционное общество. В результате возникают многочисленные и разнообразные нарушения психической жизнедеятельности, психического здоровья людей. Постепенное ослабление влияния нравственных ценностей на жизнь социума повлекло за собой переосмысление понятий «сакрального» и представлений о разуме и его предназначении [30]. Десакрализация или трансгрессия – один из феноменов, которые отражает и сопровождает этот процесс «плюрализации» представлений человека о себе и мире. Трансгрессия имеет две формы: позитивную (трансцендирующую, ресакрализирующую) и негативную (десакрализирующую). «Вектор (тренд) трансгрессии» и «вектор трансценденции» совпадают там, где трансгрессия обретает форму ресакрализации: поиск иного отказывается от своего [20; 27]. И, напротив, там, где десакрализация не завершается обретением новых ценностей, трансгрессия остается негативной. Условно говоря, можно развести трансгрессию как деградацию человека, ведущую к психическим и иным нарушениям в его жизни, и трансценденцию как развитие человека, ведущее к оздоровлению и исцелению психической жизни и иных аспектов жизни человека и общества. Трансценденция как реализация принципа предельности подразумевает не только опору на собственные силы и цели, но и открытость воздействиям Жизни, Бога, возникновение синергий, преобразующих человека, размыкающего свою жизнь как тела или личности до жизни общества или души. Трансгрессия может быть как более или менее упорядоченной, так и полностью хаотичной: сама идея отказа от ценностных оснований нарушает «принцип органа», подразумевающий, что каждое событие трансценденции или размыкания мира из себя или себя в мир подчинено строгим требованиям к содержанию и процессу, соответствия их формы и содержания, что позволяет понимать себя, сохраняя непрерывность и целостность жизненного потока не только в состоянии духовного делания, психотерапевтического диалога и т.д., но и в повседневности. с уходом тоталитаризма нравственный кризис не ушел, но только изменил свои проявления. Последние десятилетия следует рассматривать как его новый этап, который едва ли менее опасен, чем предыдущие: его проявления теперь не столь кричаще бесчеловечны, но

зато более широки, охватывая уже не изолированные страны, а современную цивилизацию в целом. Однако, в последние годы – магической эпохи постмодерна с его тотальной «плюрализацией» как десакрализацией, бесчеловечность отношений интенсивно нарастает: от войн и террористических актов к массовым концлагерям и рабству в самых разных формах, начиная с рабства в образовательных, социальных, здравоохранительных и правоохранительных учреждениях. Процесс социального взаимодействия, невозможный без выстраивания такой системы запретов и предписаний и следования им, предполагает (по крайней мере, в традиционном обществе) выход в сверхчеловеческую и сверхсоциальную сферу, которая и будет не чем иным, как сферой сакрального, Божественного. Сакральное, таким образом, осуществляет связь между внешним принуждением, исходящим от социальной среды, в которую включён данный индивид, и самим индивидом, который должен интернализировать те запреты и предписания, которые эта социальная среда навязывает ему. Индивид, входящий в данный социум, должен не просто подчиниться его воле, но и внутренне согласиться с ней. Только при согласии большинства членов социума в принятии данных ценностей социум сможет функционировать как таковой, при отказе от ценностей сверхчеловеческого уровня общество разрушается [30]. Одна из ступеней разрушения – маргинальная личность. «...Маргинальная личность (marginalis - находящийся на краю) - промежуточное состояние «между», когда человек ощущает глубокий дискомфорт и неудовлетворенность, потому что теряет Цель и Смысл своего существования. «От одного берега он отплыл, а к другому еще не пристал» [26, с.288]. Таких людей много в современном мире. О.В. Ивановская [7, с.2] пишет, что «от принципа тотального коллективизма и обезличенности маятник социальных отношений качнулся сегодня в сторону предельного эгоцентризма и девальвации социально-культурных ценностей...«золотая середина» маятника – между стадностью, стандартностью, стремлением быть точь-в-точь как все, с одной стороны, и крайним индивидуализмом, гиперэгоцентризмом...». Маргинал живет в мире гетеротопии и гетерохронии, являющейся сутью постмодерна с его лоскутными и симулированными реальностями. В этом контексте «трансгрессия - это жест, который обращен на предел» [25, с. 117], «преодоление непреодолимого предела», «опыт - предел» [5, с. 67], «край возможного», «жгучий опыт», который «не придает значения установленным извне границам» [2; 19, с. 36].

Гетеротопия, по представлениям М. Фуко, есть пространство за пределами всех других, в нем не действуют привычные для общества и личности правовые и нравственные законы, поэтому попадающий в гетеротопию (особенно, фронтирную, находящуюся на границе освоенного и неосвоенного им), вынужден адаптироваться к непонятным ему условиям и так или иначе совершать «акт трансгрессии», переступать через пределы традиционных, привычных для него и его среды норм и форм поведения – реализа-

ции этих норм. При этом акты трансгрессии являются одной из типичных форм реагирования на встречу с Чужим /Иным в новых для субъекта трансгрессии условиях, что дает личности или сообществу возможность продуктивных и эффективных способов адаптации к меняющимся условиям среды, но создает и риск деструкции и неэффективности [31, с.219]. таким образом, «трансгрессия сама по себе не является положительным или отрицательным явлением. Это один из механизмов приспособления к новым условиям существования, которые позволяют человеку или обществу выживать в сложных условиях гетерохронии или гетеротопии» [31, с.228]. «Не питаясь протестом, отталкиванием, он должен научиться жить в мире, т. е. найти мир, найти свое место в мире, найти тишину и согласие, в котором способно осуществиться человеческое существо» [1, 4, с. 15; 21; 22].

Р.В. Леушкин отмечает, что «В качестве ключевых характеристик социальной реальности выделяются аутонарративность и трансгрессивность, этим обусловлен способ представления социальной реальности, как интересубъективной, самореферентной и аутопоэтической. Это означает, что обыденная реальность имеет естественный и самоорганизующийся характер, а условия ее существования укоренены в самой жизни человека.» [14, с.98]. Однако, в разные эпохи и в разных странах «разброс реальностей» внутри реальности, мера лоскутности и территории культурно-смысловых и нравственно-идеологических «фронтиров» как зон между освоенным и неосвоенным человеком миром, различны [12; 13]. Возникают блуждающие или «мерцающие» границы и описывающие их понятия концепты и метафоры. «Слово, по выражению П. Клоссовски, ставшее «схватыванием убегающего бытия» [10, с. 84], и есть в нашем понимании блуждающее слово» [24, с.99], которое создает искрящиеся и взрывоопасные тексты, , которые являются «средством освобождения человеческого сознания». Сознание здесь освобождается от власти заданных теми или иными дискурсами траекторий смыслообразования, получает возможность смещать и перемещать перспективы . «По А. Шюцу смысловый градиент любой интенции состоит из темы - области релевантности, схемы - набора наличного знания и горизонта - области доступной типизации» [33, с.26]. на смен рационализму и монолоскутности приходит мистицизм и множественность смысловых лоскутом – реальностей, часть из которых симулякры, часть – обозначения Другости, еще одна часть - Ничто. Так, как отмечал Ш. Бодлер, опирающийся на идеи Ж. Де Местра, мистицизм выступает как поле между двумя полюсами магнита: «Только достигая глубочайших бездн падения, воображение по противоположности зажигает светоч высочайших идеалов... как свет тем ярче, чем резче тени» [18, с. 160]. «Трансгрессия, в свою очередь, является формой самосознания, которое движется в сторону само-утраты. Точнее сказать, здесь нет никаких сторон... В таком движении нет строгой направленности, но есть берег – предел... Перед нами не просто способ мысли, но способ из-живания мысли, которая, пытаясь уловить себя в движении

тотальности, невероятным образом норовит опередить самое себя в самодвижении к абсолютному, чтобы наблюдать собственную смерть» с.28. Ж. Батай своеобразно движется в пространстве этого дискурса: «Я определил “Я” как ценность, но я отказался смешивать его с глубинным существованием» [21, с. 34, 226]. ...он из-живает эту мысль до предельной крайности». «Систематическое принуждение себя к тому, чтобы ощущать свою отвратительность» [21, с. 36] – так Ж.-П. Сартр назвал этот опыт «жесточайшего омерзения» в отношении собственного существования. Он связан с тем, что человек желает того, чего не может не желать, но чему нет и не может быть подтверждения – «страсть, повелевающая такими играми и страшными сновидениями, – это не просто исступленное вожделение быть “Я”, это вожделение быть Ничто» [11; 21, с. 228].

Вообще говоря, «трангрессия нарушает пределы, но не возвращается затем в привычный мир, она открывает путь в неизведанное. «Любой прорыв в познании чего-либо, в раскрытии тайны, всегда связан с выходом за границы, с преодолением запрета» [6, с. 12]. А потому любое открытие... есть трангрессия, поскольку является выходом за пределы известного, понятного. Чаще всего результат новаторства не получает одобрения... Но идет время, и то, что было недопустимым, становится новой нормой» [9, с.97] «Однако же «преступление предела не есть его отсутствие» [9, с. 96, 3, с. 420; 8], и потому ключевым моментом здесь является тот факт, что в результате трангрессивного нарушения закона социальный мир не разрушается, но продолжает существовать, поскольку после точечного, конкретного акта трангрессии человек возвращается в стабильный мир законности, который невозможно пошатнуть единичным нарушением закона», по крайней мере, полностью и сразу, для всех. Вообще говоря, существует два противоположных способа прочтения реальности: герменевтика и трангрессия. Первый путь предполагает интерпретацию, сводящую гетерогенные сюжетные линии и единому смысловому и сюжетному центру, нарративу, к постижению единства и непрерывности жизни. Второй путь предполагает отказ от возможных истолкований и утверждение открытости, множественности и трангрессивности жизни и ее ситуаций, ее парадоксальности и сложности. «Превращение события, ситуации из повседневного фактора в неповседневную экстремальную ситуацию высвечивает фундаментальный феномен личностного смысла, без учета которого невозможно психологически адекватно определить феномен стресса, экстремальности, травмы и утраты», - пишет М. Магомед-Эминов [32, p.26]. Он отмечает также, что «кроме негативно-страдальческого лика, который вызывает основной интерес у психологов, экстремальность имеет другую, оборотную сторону — порождает стойкость, мужество, героизм, сострадание, помощь, иллюминацию, рост, развитие, трангрессию и др.» [16, с.28]. В чрезвычайных ситуациях частый феномен – удвоения личности, при котором «... личность дублируется на ... на повседневную и неповседневную, ординарную и экстре-

мальную, трансординарную самоидентичности. Противоречия между этими идентичностями, в том числе имеющие ценностно-смысловой характер [15, с. 112–121], в самих инцидентальной и постинцидентальной ситуациях создают как «паразитарные» структуры идентичности, так и структуры ретенции (задержки) трансгрессии и роста личности. Три самоидентичности: самоидентичность жертвы, самоидентичность уцелевшего и самоидентичность роста взаимосвязываются, создавая постсобытийную проблематичность существования человека в мире (в страдании, в стойкости и росте)» [16, с.34]. С уходом тоталитаризма широкое распространение практик и установок трансгрессии, «преступания» всех и всяческих норм стало новой формой саморазрушения сообществ [28] и саморазрушения людей. Психотерапия и иные духовные практики помогают понять опасность современной антропологической ситуации, состоящей в активной и разносторонней игре человечества «на понижение» (самого себя), трансгрессию и разрыв человеческих, братских или дружеских отношений (отношений любви), их замены отношениями потребления (власти и использования). Друг дарит другу возвращение к себе, к своей сущности, своему theion, и в дар он ждет такого же - своего theion [20, с.41]. Там, где нет нравственности, нет дружбы и свободы дружить, там возникает сплоченность как вариант насильственной синергии (термин С.С. Хоружего), «связанность одной цепью». «В «сплоченности» нет личного внимания друг к другу и участия, уважения, нет свободного и добровольного единства с другими - свободным [29, с. 782 – 783]. Духовная практика при этом сочетает аскезу и восторг души, помогает осознанию как понимаемо реальности - бодрствование и трезвение человека перед лицом угроз десакрализации и негативной трансгрессии [17]. С начала времен «человек приучался нести не только физическую, но и метафизическую нагрузку, и прежде всего заботу» о «вечных ценностях», «... все то, что сегодня люди сбрасывают с себя в погоне за собственным комфортом» [28, с.709]. Имитации возникают там, «где метафизические явления понимаются предметно, овеществляются: где «вечные ценности» - «не более чем предмет, который можно повторить ... где сознание отказывается идти на риск» - риск изменений и понимания, риск встречи и любви, риск неопределенности и выбора и т.д. [28, с.709].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агапов О.Д. Стратегии трансценденции и трансгрессии в социально-философском измерении // Социально-философские очерки: Казанско-Екатеринбургский сборник научных статей / Под ред. О. Д. Агапова. Казань: КГУ, 2014. - С. 4-18.
2. Батай Ж. Запрет и трансгрессия. URL: <http://vispir.narod.ru/bataj2.htm> (дата обращения: 10.10.2016)
3. Батай Ж. Суверенность // Батай Ж. Проклятая часть: сакральная социология. М.: Ладомир, 2006. 742
4. Бибихин, В. В. Внутренняя форма слова. -СПб.: Наука, 2008. -420 с.
5. Бланшо М. Опыт-предел // Танатография Эроса. СПб.: Мифрил, 1994. 346с.
6. Зимин В. А. Функция трансгрессии // Психоанализ и искусство / Сост. Е. А. Спирина. - М.: Когито-Центр, 2011. С. 11-35

7. Ивановская О.В. Трансценденция против трансгрессии // Научные проблемы гуманитарных исследований. 2010. № 1. С. 256-268.
8. Исаев Н.А. Преступление как акт трансгрессии // Общество и человек. 2013. № 3-4 (6). С. 75-77.
9. Каштанова С.М. Трансгрессия социальная и трансгрессия культурная // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2014. № 11-2 (49). С. 95-97.
10. Клоссовски П. Симулякры Жоржа Батая//Танатография Эроса: Жорж Батай и французская мысль XX века. СПб: Мифрил, 1994. -С. 79-91.
11. Круглова И.Н. «Внутреннее и внешнее»: игра трансгрессии // Вестник Томского государственного университета. 2008. № 309. С. 27-31.
12. Куликов Д.В. Феноменология трансгрессии обыденного сознания // Личность. Культура. Общество. 2013. Т. XV. № 1 (77). С. 112-116.
13. Лафицкая Н.В. Трансгрессия // Профессиональная психотерапевтическая газета. 2013. - Выпуск 2. - С.5-6.
14. Леушкин Р.В. Режимы конструирования социальной реальности: аутонаррация и трансгрессия // Философская мысль. 2015. № 11. С. 98-111.
15. Магомед-Эминов М.Ш. Психология уцелевшего // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. 2005. № 3. С. 112-121.
16. Магомед-Эминов М.Ш. Феномен экстремальности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2010.№ 1. С. 28-38.
17. Марков Б.В. Люди и знаки: антропология межличностной коммуникации . – СПб.: Наука, 2011. –522с.
18. Нольман М.Л. Бодлер. Судьба. Эстетика. Стиль. М.: Худ. лит., 1979. 316 с
19. Пугачева Л. Г. Феномен границы как основание интенциональности разума и предметного восприятия реальности//Известия Саратовского университета. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2009. Вып. 2. С. 36-41.
20. Седакова О.А. *Moralia*. Том IV. М.: Русский фонд содействия образованию и науке, 2010. – 505с.
21. Танатография Эроса: Жорж Батай и французская мысль середины XX века. СПб.: Мифрил, 1994. 346с.
22. Топчиев М.С. Религиозная трансгрессия и ее влияние на современное общество // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2015. № 11-3 (61). С. 153-157.
23. Топчиев М.С., Дрягалов В.С. Особенности религиозной трансгрессии на фронтире // Каспийский регион: политика, экономика, культура. 2015. № 4 (45). С. 257-260.
24. Фаритов В.Т. Проблема философского языка (трансгрессия и трансценденция в философском высказывании) // Актуальные вопросы общественных наук: социология, политология, философия, история. 2014. № 41-42. С. 94-100.
25. Фуко М. О трансгрессии//Танатография эроса. Жорж Батай и французская мысль середины XX века/Сост. С. Л. Фокин. СПб.: Мифрил, 1994. - 364 с. -С. 110-132.
26. Хоруженко К. М. Культурология: энцикл. слов. Ростов-н/Д: Изд-во «Феникс», 1997 С. 288.
27. Хоружий С. Зона // Альманах «Лебедь». 2005. № 445. 02 октября. Режим доступа: <http://www.lebed.com/2005/art4338.htm>, дата обращения 10.07.2016)
28. Хоружий С.С. От синергийной антропологии к социальной философии, или диалог с Максом Вебером // Хоружий С.С. Новые методы в решении фундаментальных проблем социальной философии: синергийная антропология. – М.: ПОзнание, 2009. – 715с.
29. Хоружий С.С. Трансформативная антропология глазами синергийной антропологии (к проблеме Постчеловека) // Фонарь Диогена. Проект синергийной антропологии в современном гуманитарном контексте. – М.: Прогресс – Традиция, 2010. – С. 782 – 783.
30. Цыгуля Н.П. Феномен сакрального в контексте социального бытия : дисс. ... канд. философ. наук. - Чебоксары: Чуваш. гос. ун-т им. И.Н. Ульянова, 2010. - 136 с.
31. Якушенкова О.С. Религиозная трансгрессия в условиях гетеротопии // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. 2015. № 113. С. 219-229.
32. Magomed-Eminov M. Post-traumatic stress disorders as a loss of meaning of life//States of mind/Eds. D. Halpern, A. Voiskunsky. Oxford, 1997. P. 238-250.»
33. Schutz A. Collected papers Vol. I. The problem of social reality. / Ed. by M. Natanson. The Hague: Martinus Nijhoff, 1962./1973. - 131p.

ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ И ПОСТГУМАНИСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Арпентьева М.Р.

*Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского
г. Калуга*

Философские основания повседневной практики - одна из ведущих проблем всех сфер научной деятельности, особенно важная там, где наука и практика тесно смыкаются. Например, в консультативной психологии и психотерапии. Психологическое консультирование как основной предмет консультативной психологии – особым образом организованный диалог, направленный, согласно экзистенциально-гуманистической модели, на повышение качества жизни, психологическую поддержку развития индивида и семьи. Психотерапия также обладает данной направленностью, включая в себя и коррекцию нарушений развития: помощь в преодолении блокад развития и внутренних и внешних психологических конфликтов [1; 3; 5; 7; 11; 12; 14; 15]. При этом примат отдается исследованию и развитию отношений людей к себе и миру в противовес вниманию предшествующих, традиционных моделей к технологиям помощи: ответы на вопрос «зачем» и «кто» важнее ответов на вопросы «как» и «при каких обстоятельствах». Помощь в осмыслении и преобразовании проблем, центральная для традиционных, сциентистских моделей, играет в рамках этой модели вспомогательную функцию. В постгуманистическом измерении сочетаются две тенденции: метатехнологическая и духовно-нравственная перспективы помогающего взаимодействия, которые в конкретной практике помогающего взаимодействия сливаются в единое целое. Это слияние не проходит просто и безболезненно: практики, связанные с медицинской традицией, продолжают пытаться удерживать приоритет технологий и никак и ничем не завершающиеся поиски «органического субстрата» психологических и психических нарушений; практики, обращенные к социальной традиции, пытаются толковать происходящее в клиентом в терминах «социальной среды», обстоятельств, а также ограничиваться разработкой конкретных технологий помощи [2; 6; 9; 10]. Метатехнологии помощи и ее духовно-нравственное осмысление, также как и попытки духовно-нравственного осмысления человеческой жизни остаются пока спорадическими и, а исключением нескольких самостоятельных течений, в том числе религиозно-ориентированное, парадоксально-провокационное, системно-стратегическое, процессуальное и антипсихологическое, - остаются часто вне поля зрения большинства клиентов и специалистов. Наука и практика консультативной психологии

«прощает» эксперименты наиболее известным представителям этих течений, восхищаясь харизмой и индивидуальностью последних, однако, в повседневной практике продолжают доминировать традиционные модели, «смягченные» элементами моделей экзистенциально-гуманистических. Постгуманистическая модель, однако, обращает внимание на «неутилитарные» аспекты бытия человека и неочевидные соотношения этого бытия. Метатехнологический ракурс позволяет соединить разрозненные представления и модели в единый комплекс, ввести в консультирование не просто ценностно-смысловые, но духовно-нравственные аспекты бытия человека, семьи. Человек перестает видится разумным автоматом, но начинает видится космическим существом, чья жизнь есть любовь и страдание, подъем и крушение, порядок и хаос, развитие и инволюция, нарушения в развитии и бытии которого есть ошибки и уроки, исправляя и выучивая которые человек обучает и воспитывает себя и окружающих людей. Персонализм гуманизма замещается «этическим персонализмом» постгуманизма и трансгуманизма, предполагающего, что человек не является последним звеном эволюции, он способен и нуждается в том, чтобы осмыслять себя и мир, совершенствоваться и совершенствовать, достигать тех возможностей, которыми обладает как космическое существо, достигать космической идентичности – жизни души, и преодолевать те ограничения, которые налагают повседневные обстоятельства, преодолевать сложившуюся идентичность, ограничения жизни разумного тела.

На этом пути психотерапия и психологическое консультирование выступает уже как духовная практика, практика духовно-нравственного развития, пытается выйти за пределы «ментального» характера традиционных и гуманистических моделей в «сверхментальное», в отношения любви [5; 13; 15]. Именно поэтому такие модели «непопулярны»: будучи моделями не-варварского, то есть не-массового взаимодействия, преодолевающими границы традиционного рассудочного и даже разумного, они показывают человеку, человечеству, реальным, но от того не менее фантастические «артефакты» исцелений и развития, недоступные тем, кто ходит «под законом» рассудка и разума: «Если же вы духом водитесь, то вы не под законом» [4, Галатам 5:18], «Плод духа: любовь, радость, мир, долготерпение, благость, милосердие, вера, кротость, воздержание. На таковых нет закона» [4, Галатам 5:22-23]. Метатехнологическое осмысление открывает дорогу к универсальным подходам и «золотым правилам» исцеления и развития, невозможным на предшествующих уровнях.

С точки зрения постгуманистической модели, источников и усугубляющих нарушения отношений человека с собой и миром, а также их результатов - психических и психосоматических нарушений и заболеваний, несчастных случаев и «сломанных судеб», иных форм страданий несколько:

1) эгоцентризм, проявляющийся как эгоизм и центрация на собствен-

ных желаниях, игнорирование собственных нужд и состояний, а также состояний и нужд окружающих людей, чрезмерно развитое чувство собственной значимости и значительности, приводящие к состояниям «бесчувственности» и поведению по типу циклических аутостимуляций, в которых попытки самоподдержания перекрываются поведением самозатруднения, деструктивное и аутодеструктивное поведение, включая наркомании и суициды;

2) отчужденность и психологическая зависимость на фоне неразвитой эмпатии, рождающие склонность к агрессивному и отчужденному поведению, множественным и глубоким конфликтам с окружающими, социопатическим нарушениям и переживаниям своей изолированности, перверсиям в сфере, связанным с чрезмерным акцентом отношений «власти-подчинения», например, садо-мазохизм и т.д.;

3) неискренность отношений, связанная с феноменом «двойной связи» и целенаправленными манипуляциями (макиавелизм), искаженность общения и отношений, приводящие к возникновению острых, травмирующих «несчастных случаев» и «разрывов» отношений, а также хронических психических и психосоматических нарушений, закреплению хамартических жизненных сценариев у членов семьи (рода);

4) жизнеотрицание как недовольство собой, окружающими людьми и миром, непринятие и нетерпимость к окружающим людям, депрессивные и астенические формы реагирования на мир, который «не поддается улучшению» и не стремится быть «улучшенным».

Данные аспекты отношений к себе и миру часто, как видно из описания, перекрываются, усиливая друг друга. В попытке достичь здоровья и «доказать» свою нормальность, человек или семья часто попадают в ловушку игр в неполноценность и игр в преследователя-жертву-спасителя. Отказываясь учиться воспринимать опыт жизни как данность, либо убегая от проблем и вытесняя их из сознания, либо, напротив, продолжая упорствовать в сохранении своей позиции, моделей поведения и т.д., человек или семья сталкивается с массой трудностей, переоценивая роль взаимоотношений с обществом и направляя ресурсы, данные ей для осуществления внутрисемейных преобразований, а также глубоких и обширных личностных изменений, на решение проблем отношений с представителями общества, болезнями и т.д.. При этом человек или семья нередко совершает целую серию серьезных по отношению к самой себе ошибок: 1) она пытается доказать обществу, что 2) она «хорошая» («нормальная»), 3) тем самым, пытается заслужить «любовь» сообщества и ее представителей, 4) получить помощь от него. Доказывая, семья понимает, что «доказать» что-то невозможно, процесс доказательства может, заняв всю жизнь, оказаться полностью бесплодным, если не вредным: поскольку становится источником огромного количества психологических игр, психологического шантажа, деформаций семейных отношений и даже – как известный феномен «двойной связи» - психических

отклонений у членов семьи. Семья понимает, что она и каждый из ее членов индивидуальны, а также осознает абсолютно идентичные для людских сообществ и каждого человека в отдельности механизмы возникновения, развития, исчезновения и взаимного превращения «плохого» и «хорошего». Семья также понимает, что любовь и принятие как внутри семьи, так и вне нее - со стороны общества невозможно заслужить. Его можно достигнуть, строя гармоничные отношения любви и принятия внутри семьи, строя гармоничные отношения каждого человека с самим собой. Тогда, состояния принятия и любви, а также конгруэнтности, аутентичности во многом возникают «автоматически»: семья осознает сущность любви и то, что любовь не есть неизменный комфорт, она, напротив, предполагает и более или менее существенные испытания. Однако, семья и пациент нередко пытается сохранять «очки» неведения, настраивая себя на соответствие представлениям и моделям поведения, не имеющим никакого отношения к реальности данной семьи и к реальности психического здоровья. Пассивно ожидая от мира помощи и поддержки, семья ограничивает свои собственные ресурсы и ответственность, препятствуя выздоровлению, исходя из бытующих в обществе и у врачей представлений о нормальном и ненормальном, о здоровье и болезни, о счастье и страдании. Активно изменяющаяся семья понимает, что ответственность за нарушения функционирования и препятствия развитию и активность в разрешении проблем, связанных с нею, с исцелением, лежит на ней самой: помощь мира необходима, но лишь постольку, поскольку не блокирует внутренние ресурсы, не способствует утяжелению имеющихся ограничений. За всеми попытками доказать, что у нее все «хорошо», заслужить этим любовь общества, получить от нее поддержку, семья нередко упускает из вида более важный момент: любовь как сущностное проявление человека и его отношений не требует того, чтобы ее заслуживали, она есть всегда. Вопрос в том, умеет ли человек любить в смысле проявлять любовь, способен ли он и готов ли он в тот или иной конкретный момент к истинно партнерским, сущностным, глубоко человеческим отношениям и, если нет, как его научить? Святые старцы Оптинского, отвечая на этот вопрос, призывают «делать дела любви»: даже если душа человека кажется ему самому и окружающим «бесплодной», делая «дела любви», человек дает ей место в своей жизни, внутри себя: «Если ты находишь, что в тебе нет любви, а желаешь ее иметь, то делай дела любви, хотя сначала без любви. Господь увидит твоё желание и старание и вложит в сердце твоё любовь», - писал преподобный А. Оптинский [8, с.324]. На языке психологическом, «делать дела любви» означает: заботиться, делиться друг с другом и заботясь друг о друге, жертвуя силы и время друг другу, в помощь окружающему миру; терпеть друг друга и бремя жизни как таковой («толерантность к неопределенности», «совладание», «жизнестойкость», «боль отношений», «умение отпустить» негативные переживания, трудности, других людей и себя самих,

давая событиям и людям «объяснять самих себя»); уважать себя и других, исправлять собственные ошибки, а не только и не столько ошибки окружающих, понимать, что дети – здоровые или инвалиды – отражают состояние души родителей, что гармония в душе родителей, их правильное поведение – достойное и уважающее себя и других людей, жизнь как таковую – залог счастливой жизни детей. Это и есть «метатеchnологии» постгуманистической модели: они не дают гарантированный немедленный результат, но рожают чудо. Чудо, как известно, приходит не «по заказу», размер и характер чуда также нельзя спрогнозировать. Единственно важной его чертой является то, что оно всегда больше того, на что человек может «рассчитывать», и если спросить человека, хотел бы он избежать страданий ценой невстречи с чудом, он, как правило, отвечает отрицательно. Важно также отметить, что ведущим модусом помощи должны при этом быть отношения взаимопомощи: вне служения другим людям, вне ощущения себя полноценным не только потребителем, но и производителем, вне любви, заботы, уважения, доброты, человек не может исцеляться и развиваться.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арпентьева М.Р. Психологическое консультирование и супервизия: вопросы теории и практики. – Калуга: КГУ им К.Э. Циолковского, 2016. – 430с.
2. Арпентьева М.Р. Психологическое консультирование и супервизия: практикум.. – Калуга: Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, 2016. – 618с.
3. Арпентьева М.Р. Теоретические и практические вопросы психологического консультирования и супервизии. – Калуга, КГУ, 2016. –430с.
4. Библия. Книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. –М.: Издательство Московской Патриархии, 2010. – 988с.
5. Легостаева М. Очерки православной психотерапии. Saarbrucken: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. - 140 с.
6. Меновщиков В Интернет-консультирование: краткое практическое руководство. – Saarbrucken: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2011. - 140 с.
7. Мещерякова Э. Персональный миф в психологическом консультировании. Теоретические и прикладные аспекты. – Saarbrucken: LAP Lambert Academic Publishing, 2011. – 288р.
8. Оптинские старцы: наставления, письма, дневники. М.: Лепта Книга, 2012. - 816с.
9. Потапов О.В. Клинико-антропологическая модель в социальной психиатрии, психотерапии, психологическом консультировании. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. – 404 с.
10. Broderick P.C., Blewitt P. The Life Span: Human Development for Helping Professionals. – Lindon: Pearson, 2014. - 20 p.
11. Clark J. Nobody Dies Alone: Hospice Stories. – New York: Date, 2015. - 65 p.
12. Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy .– New York: Brooks Cole, 2016. - 490 p.
13. Coue E. Simple Self-Healing: The Magic of Autosuggestion/ Ed. by Grimes T. - London: Cyrus Harry Brooks, 2017.- 210p.
14. Fisher C.B. Decoding the Ethics Code: A Practical Guide for Psychologists. .– New York: SAGE Publications, Inc., 2016. - 568 p.
15. Jones St.L., Butman R.E. Modern Psychotherapies: A Comprehensive Christian Appraisal (Christian Association for Psychological Studies Partnership). - New York: IVP Academic, 2011. - 496 p.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОСОБО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

Ашуров З.Ш., Шин З.В.

г. Ташкент

Актуальность. Основными задачами психотерапии при шизофрении являются предотвращение аутизации и изоляции больных в обществе; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения; подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма [2, 4]. Арт-терапия — это направление в психотерапии, психокоррекции и реабилитации, основанное на занятиях пациентов изобразительным творчеством. Арт-терапия может рассматриваться как одно из ответвлений так называемой психотерапии искусством (expressive arts therapies) наряду с музыкальной терапией, драматерапией и танцедвигательной терапией. Слово «арт-терапия» впервые начало использоваться в англоязычных странах примерно в 40-е годы XX века. Им обозначались разные по форме и теоретическому обоснованию варианты лечебной и реабилитационной практики [3, 6]. Применение арт-терапевтических методов в работе с психиатрическими пациентами представляется весьма перспективным и важным, поскольку эти методы позволяют затронуть те проблемы больных, которые не могут быть решены ни только биологической терапией, ни методами вербальной психотерапии. Преимуществом арт-терапии в психиатрической среде является то, что она дает возможность доступа к сложным, трудновербализуемым переживаниям пациентов [1].

Основной целью работы была коррекция социально-когнитивных расстройств. Реабилитация — это процесс, направленный на сохранение и повышение уровня функционирования душевнобольного человека. Главные задачи реабилитации — создание условий для развития позитивных аспектов личности пациента, минимизация имеющихся у него нарушений, установление им устойчивых отношений с окружающими [5]. В результате реабилитационной работы пациент должен достичь самостоятельности, обрести устойчивое чувство защищенности, независимости и самоуважения. В целом можно сказать, что проводимая мною работа должна способствовать достижению пациентами более стабильного психического состояния, предупреждать новое обострение болезни, а также служить преодолению

негативных последствий социальной изоляции, вызванной длительным пребыванием в психиатрическом стационаре, потерей работы, утратой социальных связей. Важно преодолеть стигматизацию больных.

На начальных этапах позиция терапевта достаточно директивна, целесообразно проведение тематических сессий. Впоследствии возможно снижение директивности: если члены группы ощущают себя достаточно комфортно, они смогут проявить самостоятельность и инициативу [7]. Целесообразно применять техники, направленные на освоение пациентами различных материалов, на их самопознание, а также выработку продуктивных способов взаимодействия с другими людьми. Представляется продуктивным стимулирование собственной творческой активности больных, применение мультимодального подхода в арт-терапии, использование элементов драма- и фототерапии.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 60 лет, находившихся на лечении в мужском отделении закрытого типа в городской клинической психиатрической больницы, г. Ташкента. Основными методами исследования были клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, социально-демографический. Для статистической обработки материала использовались количественные и качественные показатели, рассчитывалась достоверность результатов исследования по методу Стьюдента. Достоверным считалось достижение уровня значимости $p < 0,05$. Проводился факторный, а также корреляционный анализ с использованием метода четырехпольных таблиц. Статистический анализ данных осуществлялся с применением программы Microsoft Excel 2010 и статистического пакета SPSS 17.0.

Результаты и их обсуждение. Изучение распределения больных по возрастным группам показало, что среди обследованных преобладали пациенты в возрастном диапазоне от 35 до 50 лет (60,0%). В свою очередь лица в возрасте от 20 до 35 и от 51 до 60 лет составили по 20,0%, соответственно. На момент обследования большинство исследованных не состояли в браке (83,2%), причем преобладающая часть из них (56,6%) вообще никогда не были женаты. Состояли в брачных узах 10,0% лиц, проживали в гражданском браке 6,6%. Одиночество, неблагоприятная семейная атмосфера (развод, конфликты, безучастное отношение родственников к больным), безусловно, является фактором риска рецидива заболевания, прерывание психофармакотерапии, требующим коррекции. По образовательному уровню больные распределились следующим образом: наибольшее количество пациентов - 37,8% получили среднее образование, 33,3% больных – среднее специальное, 6,6% - обучались во вспомогательной школе, 8,9% - неполное среднее, 6,7%- окончили начальную школу и 6,7% обследованных имели высшее образование. Таким образом, исследованный контингент имел низкий образовательный уровень. Изучение динамики общей трудовой занято-

сти пациентов в двух временных интервалах показало значительное ухудшение трудовой деятельности: до дебюта заболевания не работали 22,2%, на момент обследования все 100,0% больных. Так как общепризнанно, что на формирование личности и ее возможность к адаптации весомое влияние оказывают именно условия воспитания в родительской семье, нами изучены особенности внутрисемейных детско-родительских взаимоотношений обследованных. Большинство пациентов воспитывались в конфликтных или неполных семьях (один родитель) с антиобщественной и противоречивой направленностью (88,7%). У 44,4% обследованных от всей выборки анамнестически выявлено наличие отягощающих наследственных факторов относительно психических расстройств по линии родителей. Распределение исследованных по возрасту начала заболевания: с детства — 6 (13,3%), 20 — 30 лет — 28 (62,2%), 31 — 40 лет — 10 (22,3%), 41 — 50 лет — 1(2,2%), таким образом преобладала группа больных в возрастном интервале 31-40 лет. Группу инвалидности по психическому заболеванию имели 82,2% обследованных. В структуре инвалидности преобладала инвалидность без динамики: 71,1% исследованных имели вторую группу инвалидности и 28,9% - третью. Продолжительность нахождения пациентов в психиатрической больнице на момент обследования была весьма значительной: у 69,9% — 7 лет, у 14,7% — 8 и у 15,3% — 10 лет. Становясь участниками общественно опасных и криминальных действий, больные попадали в поле зрения правоохранительных органов. Один эпизод судимости или принудительное лечение выявлено у 60,0%, два эпизода судимости или применение принудительных мер медицинского характера наблюдалось у 23,3% обследованных, три — у 13,3%, пять — 3,3% исследованных. 13,3 % пациентов находились ранее на принудительном лечении в психиатрических больницах, 86,7% — были признаны вменяемыми и отбывали наказание в местах лишения свободы.

Данное распределение отражает повышенную частоту контактов психически больных в криминальной среде, что сопровождалось длительной изоляцией, утратой социальных связей, формированием рентных установок и дезадаптивных форм поведения. При первых деликтах совершенных больными в 65,6% случаев имели место психопатологические синдромы, при которых в 43,8 % случаев отмечались продуктивные механизмы и в 1,8% случаях негативно - личностные. Повторные правонарушения совершались больными чаще вне обострения психопродуктивной симптоматики, состояние ремиссии или нестойкой ремиссии с остаточной психопатологической симптоматикой, выраженными психопатоподобными расстройствами, изменениями личности. Происходило значительное уменьшение доли всех психопатологических синдромов при соответствующем увеличении синдромов непсихотического регистра. Основной целью арт-терапии является постепенное уменьшение деструктивных и дефицитарных агрессивных проявлений и рост конструктивного вариан-

та реализации агрессивной составляющей поведения пациента. Задачи арт-терапевтической работы с больными шизофренией: 1) стабилизация психического состояния; 2) предупреждение обострений; 3) преодоление «синдрома госпитализма»; 4) восстановление ценных практических навыков и интересов пациентов; 5) повышение их самооценки и самостоятельности; 6) снижение уровня агрессивности; 7) преодоление социальной изоляции и стигматизации. Критерии включения в арт-терапевтическую группу: 1) больные близкие по возрасту и уровню образования; 2) наличие мотивации и способность к соблюдению определенных правил поведения и выполнению предлагаемых заданий и упражнений. Принцип работы группы: 1) четкий, структурированный стиль ведения (занятие четко спланировано, проводится в строго определенные дни и часы, продолжительность занятия 90 минут; 2) постепенный переход от жесткой структурированности с ориентацией на задания к большей спонтанности в межгрупповом взаимодействии; 3) четкая обратная связь со стороны ведущего; 4) запрет на критику; 5) насыщение занятия положительными эмоциями (обмен чувствами, наблюдениями и опытом на всех этапах работы). Структура сессии в арт-терапевтической группе включает три основных этапа: введение и разогрев; этап выбора темы и изобразительной работы; этап обсуждения рисунков и завершения сессии. Условия проведения арт-терапевтической работы: оптимальное количество участников – 6 человек; занятия осуществляются под руководством двух ведущих (врача-психиатра и психотерапевта). Сессии проводятся в специально отведенном помещении, 2 раза в неделю в течение 60-90 минут. Продолжительность арт-терапии составлять не менее 8 - 12 месяцев. Занятия арт-терапией в процессе психотерапевтических коррекционных мероприятий способствуют улучшению качества жизни пациентов не только в сфере физического, но и социального функционирования, повышают самооценку, помогают открыть новые творческие способности, вернуться к трудовой деятельности, помогают преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию, способствуют восстановлению навыков позитивного межличностного взаимодействия.

Выводы.

1. Комплексная психосоциальная помощь данному контингенту должна быть комплексной и целостной, включающей психофармакотерапию и психотерапию, специализированную социальную помощь, основной целью которой является направленность восстановления способности больного к интеграции в общество.

2. При разработке арт-терапевтических мероприятий в рамках психосоциальной реабилитации больных шизофренией, совершивших особо опасные деяния с целью предупреждения опасных действий в отношении контингента психических больных и вторичной профилактики правонарушений

в отношении пациентов, признанных судом невменяемыми и направленных на принудительное лечение в психиатрические стационары, необходимо учитывать клинические, психосоциальные, психологические и социальные характеристики данного контингента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Данилов Д.С. Лечение шизофрении / Д.С. Данилов, Ю.Г. Тюльпин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 274 с.
2. Евсегнеев Р.А. Современные стандарты лечения шизофрении / Р.А. Евсегнеев // Медицинские новости. – 2004. – N 1. – С. 44-49.
3. Коробова Е.Л. Когнитивные стили и социальное функционирование у больных шизофренией / Е.Л. Коробова // Вестник Балтийской Педагогической академии. – СПб., 2006. – Вып. 71. – С. 62-80.
4. Dixon L., Stewart B., Burland J. et al. Pilot study of the effectiveness of this Family-to-Family Education Program // *Psychiatric Services*. 2001. Vol. 52, № 6. P. 965–967.
5. Labelle A. Risperidone treatment of outpatients with schizophrenia: no evidence of sex differences in treatment response / A. Labelle, M. Light, F. Dunbar // *Can J Psychiatry*. – 2001. – P. 534-541.
6. Lindstrom E. Symptoms in schizophrenic syndromes in relation to age, sex, duration of illness and number of previous hospitalizations / E. Lindstrom, L. von Knorring // *Acta Psychiatr Scand*. – 1994. –P. 274-278.
7. Melkersson K.I. Dose requirement and prolactin elevation of antipsychotics in male and female patients with schizophrenia or related psychoses/ K.I. Melkersson, A.L. Hulting, A.J. Rane // *Br J Clin Pharmacol*. – 2004. – P. 317-324.

МЕХАНИЗМЫ АФФЕКТИВНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В СПЕЦИФИЧЕСКОМ СОЦИАЛЬНОМ (РЕЛИГИОЗНОМ) ПРОСТРАНСТВЕ

Бабкин Р.А., Соловьев А.Г.

г. Архангельск

Религиозность как социально-психологический феномен – сложное явление. Общественность, эксперты и даже исследователи, обсуждая религию, нередко прибегают к «ярлыкам» и предубеждениям [6, 10]. Религиоведы путаются в многочисленных классификациях, пытаются договориться, как отделить «традиционную» религию от «нетрадиционной» [2]. В центре внутррелигиозной дискуссии – несхожесть поведения членов небольших религиозных групп (РГ) и последователей крупных конфессий. Общественность обеспокоена жесткими правилами некоторых религиозных объединений, вовлекающих родственников и друзей неопита, или, наоборот, вынуждающих его отвергать близких. Юристы спорят о правовых коллизиях, сопутствующих фактам причинения явного вреда здоровью членов некоторых религиозных организаций [1]. Врачи сталкиваются с отказом от медицинской помощи по религиозным основаниям там, где она безусловно необходима.

РГ и религиозное пространство (РП) все чаще рассматриваются в качестве потенциальных объектов исследования. Социальное пространство – это особая среда, в которой складываются и развиваются социальные отношения [9]; а РП – особый вид социального пространства, формирующегося под воздействием взаимоотношений членов религиозной группы.

Целью исследования явилось обоснование механизмов аффективной трансформации у членов РГ.

Неоднократно выдвигался тезис о том, что пребывание человека в некой – т.н. «нетрадиционной» РГ – есть своего рода зависимость [3,5], как, например, зависимость от психоактивных веществ. На первый взгляд, между ними действительно много общего: человек утрачивает прежние социальные связи, не мыслит себя без общения с членами и лидерами РГ, получает удовольствие от религиозных собраний. Соответственно, возможна и параллельная оценка изменения социально-психологической адаптации, а также особенностей качества жизни адептов с учетом разработанных подходов в соматической и наркологической практике [4,8].

Оставляя за скобками попытки квалифицировать деятельность человека в той или иной религиозной организации в рамках какой-либо нозологии, следует обратить внимание на сходство аффективных процессов у зависимых и активных религиозных адептов. На интрапсихическом уровне представляется возможным трактовать аффективно-поведенческие симптомы

при, скажем, алкогольной зависимости с помощью понятия фрустрации. Так, в период между запоями происходит фрустрационная «зарядка» (накопление негативных эмоций), во время запоя – фрустрационная «разрядка» (высвобождение аффекта). Более того, своеобразная фрустрационная пульсация наблюдается и в реабилитационных мероприятиях. При этом не имеет значения, какой именно организацией они проводятся: медицинской, общественной, религиозной: накопление аффекта – вне активных оздоровительно-реабилитационных мероприятий, его разрядка – во время них (групповые занятия с психотерапевтом/психологом, встречи в клубах абстинентов, религиозные собрания).

Функционирование РП сопровождается поведенческими, когнитивными и аффективными механизмами воздействия на членов РГ. В литературе встречается описание преимущественно когнитивно-поведенческих способов воздействия на последователей различных религиозных направлений (социальная фасилитация, деиндивидуализация, огруппление мышления, изменение взглядов и поведения под влиянием лидера и др.); приводятся примеры физиологических мер воздействия: голод, депривация сна, прием психоактивных веществ [7]. Вместе с тем, специфической формой религиозной практики является именно духовное, аффективное воздействие. Многие ищут в религии сильные эмоции – восторг, экстаз, воодушевление, страх, гнев, ненависть. И часто религиозная деятельность предоставляет им возможность испытывать и проявлять такие эмоции. Важно также и то, что аффективные реакции в РГ тесно связаны с соответствующей практикой (ритуалы, обряды, общие молитвы и т.д.), так что аффективная динамика носит пульсирующий характер. Последнее обстоятельство сближает – по крайней мере, внешне – поведение зависимых от психоактивных веществ и последователей различных религий.

Представляется правильным назвать специфические душевные переживания, присущие членам РГ, механизмами аффективной трансформации, потому что верующие являются не только объектом воздействия в РП, но и субъектом – источником сильных эмоций. Члены РГ не только подвержены влиянию специфических условий религиозной общины, но и сами создают их. Использование термина «механизм» кажется уместным, т.к. предполагается, что динамика фрустрационных эмоций заключена в рамки стереотипных поведенческих реакций, воспроизводимых членами РГ.

По нашему мнению, в РГ наблюдаются следующие механизмы аффективной трансформации (как способы формирования и поддержания РП):

- «фрустрационная асервация» (от лат. *acervatio* – накопление) / «зарядка»
- «фрустрационная детракция» (от лат. *detractio* – удаление, освобождение) / «разрядка».

Вместе указанные феномены составляют своеобразную фрустрацион-

ную пульсацию, отражающую сложный конгломерат эмоций членов РГ. Не исключено, что лица, составляющие РГ, наделены большим объемом фрустрационных эмоций, нежели представители иных социальных групп (в т.ч. и зависимые). Интерес представляет выявление амплитуды и динамики фрустрационных эмоций у членов РГ. Результаты подобного исследования позволят сформулировать закономерности, по которым функционирует РГ. Это, в свою очередь, сделает возможной попытку научного подхода к конструированию терапевтического пространства (комплексная «терапия средой») и управлению им.

Формы внедрения полученной модели терапевтического пространства в медико-социальную практику представляются разнообразными: группы реабилитации зависимых, группы социализации лиц с особыми потребностями и т.д.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьева И. Б. Термин «секта» и его использование в юриспруденции // Вестник Саратовской государственной академии права: научный журнал. 2010. № 3(73). С. 160-164.
2. Кантеров И. Я. Проблема классификации новых религиозных движений // Академическое исследование и концептуализация религии в XXI веке: традиции и новые вызовы : сб. материалов Третьего конгресса российских исследователей религии (7 – 9.10.2016, Владимир, ВлГУ). В 6 т. Т. 4/Владимирский государственный университет им. А.Г. и Н.Г.Столетовых. Владимир: Аркаим, 2016. С. 54-65. 327 с.
3. Кондратьев Ф.В. Современные культовые новообразования («секты») как психолого-психиатрическая проблема. Белгород: Миссионерский отдел МП РПЦ, 1999. 55 с.
4. Новикова Г.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Оценка нарушения социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации // Наркология. 2012. Т. 11. № 7 (127). С. 40-44.
5. Орёл Н. Н. Психологические механизмы влияния тоталитарных групп на личность: профилактика и преодоление зависимости // Контроль сознания и методы подавления личности: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко. Мн.: Харвест, М.: ООО «Издательство АСТ», 2001. 624 с. (Библиотека практической психологии). С. 413-443.
6. Савенко Ю.С. Технологии использования психиатрии в немедицинских целях снова наготове // Независимый психиатрический журнал. 2006. №4.
7. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Бабкин Р.А. Социально-психологические аспекты сектантства // Российский психиатрический журнал. 2001. №3. С. 29-33.
8. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Социально-психологические аспекты качества жизни больных сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. 2002. Т.48. № 1. С. 9-13.
9. Штомпка П. Социология социальных изменений. Под ред. В.А.Ядова; пер. с англ. А.С.Дмитриева. М.: Аспект Пресс. 1996. 416 с.
10. Hall J.R. Mass Suicide and The Branch Davidians // Cults, religion and violence / edited by David G. Bromley, J. Gordon Melton. Cambridge University Press, 2002. P. 149-169.

ПРОТРАГИРОВАННЫЙ ЭТАП В РАЗВИТИИ АЛКОГОЛЬНОГО АМНЕСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ

Букановская Т.И., Дальсаев М.М., Дзапарова ЛК.

г. Владикавказ, г. Грозный

Одним из ведущих поражений нервной системы алкогольного генеза является алкогольный амнестический синдром, описанный С.С. Корсаковым, как алкогольный паралич, представлявший собой картину сочетания полиневрита со своеобразным психозом, характеризующимся в основном расстройством памяти на текущие и недавние события и склонностью к конфабуляциям. Обычно картина корсаковского синдрома развивается остро, нередко после алкогольного делирия. Но еще С.С. Корсаков отмечал, что в большинстве случаев задолго до манифестации заболевания существуют продромальные симптомы паралича в виде болей, чувств онемения в конечностях, чувств ползания мурашек, судорог и. т.п. [8]. По данным различных авторов, частота клинических форм алкогольной полинейропатии (АП) составляет 9–30% [2,11], субклинических форм – до 67-70% [6]. Исследование больных, злоупотребляющих алкоголем, с использованием электронейромиографии (ЭНМГ) показало, что бессимптомные формы АП выявляются у 97-100 % [1,12]. В связи с этим некоторые авторы предлагают рассматривают АП не как осложнение, а как один из симптомов алкоголизма [10,11]. Мнестические расстройства также проходят красной чертой в симптоматике алкогольной зависимости (АЗ), но, поскольку не достигают уровня клинических очерченных амнестических синдромов, традиционно описываются в рамках алкогольной деградации личности [5,7]. В описаниях амнестического синдрома С.С. Корсаков разграничивал случаи, в клинической картине которых на первом плане выступает амнезия, и случаи, в которых более рельефно выступает конфабуляторная спутанность. В наших ранних работах с использованием методик нейропсихологического исследования [3,4] было показано, что практически у всех больных на второй стадии алкогольной зависимости, несмотря на отсутствие клинических очерченных амнестических расстройств, отмечаются выраженные мнестические нарушения, которые заключаются в следующем: 1) значительное снижение объема запоминания, граничащее с мнестической патологией; 2) изменения механизма запоминания в виде смещения от произвольного компонента (воспоминание) в сторону непроизвольного (узнавание); 3) большое количество ошибочных воспоминаний (парамнезий).

Целью исследования являлось изучение патогенетической взаимосвязи между доклиническими расстройствами памяти и начальными признаками полинейропатии у больных алкогольной зависимостью.

Материал и методы

Было обследовано 82 человек (все мужчины), находившихся на стационарном лечении с диагнозом «алкогольная зависимость средней степени, алкогольный абстинентный синдром». Средний возраст больных – $36,6 \pm 7,0$ лет (от 21 до 55 лет), более чем в половине наблюдений (57,3%), число предыдущих госпитализаций составило от 2 до 5 и выше. Из исследования исключались лица, страдающие алкоголизмом, сочетающимся с другими психическими заболеваниями, больные с острыми и хроническими алкогольными энцефалопатиями, больные с паретическими проявлениями алкогольного полиневрита, пациенты с сочетанным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ.

Всем пациентам проводилась ЭНМГ-исследование нервов верхних конечностей на электронейромиографе «Скайбокс» («Нейрософт», Иваново) по стандартной схеме [9]. Оценивались частота патологических феноменов (ПФ) при регистрации спонтанной активности и показатели распространения возбуждения (РВ) по моторным и сенсорным волокнам. Исследование функции запоминания проводилось по методике Тулвинга Э., позволяющей определить объем эпизодической или произвольной памяти (ЭП) и семантической или произвольной памяти (СП), а также величину ошибочных ответов (Ош) или парамнезий, рассматривавшихся в качестве скрытой тенденции к конфабуляциям. Статистический анализ проводился с использованием пакетов программ Statistica 6.0. Использовались критерий Стьюдента (t), критерий Фишера (ϕ^*).

Результаты и обсуждение

У большинства пациентов отмечались симптомы, характерные для начальной стадии АП (преходящие парестезии в виде «ползания мурашек», ощущение онемения, судорожные сведения икрожных мышц, слабость в конечностях). Общий объем памяти или ООП (из 30 заученных слов – число правильно найденных в списке из 120 слов) составил $11,3 \pm 6,2$ слов, в его составе объем ЭП был равен $9,8 \pm 5,9$ слов, объем СП – $1,5 \pm 1,9$ слов, число Ош – $6,2 \pm 6,9$ слов. Анализ данных ЭНМГ проводился в кругах наблюдений в зависимости от показателей памяти (см. табл. 1). Исследование спонтанной активности показало, что регистрируемые ПФ в виде фасцикуляций и фибрилляций чаще отмечались у больных с крайне низким объемом запоминания (2-9 слов из 30 заданных), но статистическая значимость была установлена для фасцикуляций (табл.2). Такая же тенденция отмечалась у больных с низким объемом ЭП, а у больных с высокими показателями СП достоверно чаще отмечались позитивные острые волны (табл. 3). Неожиданным результатом явился тот факт, что частота фасцикуляций была гораздо меньше у больных с высоким числом ошибочных ответов (табл. 4).

Таблица 1.

Группы наблюдений в зависимости от показателей запоминания
 (средние значения)

I круг (группы)	ООП (число слов)	Ош (число слов)	II круг (группы)	ЭП (число слов)	СП (число слов)
1-я (n=13)	6,1±2,0	10,3±4,9	5-я (n=30)	4,2±1,9	1,0±1,3
2-я (n=25)	5,8±2,7	1,6±1,4	6-я (n=36)	13,3±4,6	0,7±0,9
3-я (n=20)	16,6±4,4	14,2±7,5	7-я (n=16)	12,7±5,3	4,3±2,2
4-я (n=24)	15,5±4,4	2,1±1,5			

Таблица 2.

Частота ПФ, регистрируемых при спонтанной активности в группах наблюдений в зависимости от общего объема памяти (ПОВ-позитивные острые волны)

Спонтанная активность	в состоянии покоя		при мышечной нагрузке		
	Группы наблюдений	1 и 2 группы (2-9 слов)	3 и 4 группы (10-28 слов)	1 и 2 группы (2-9 слов)	3 и 4 группы (10-28 слов)
ПОВ		11 (28,9%)	11 (25,0%)	25 (65,8%)	28 (63,6%)
Фасцикуляции		3 (7,9%)	1 (2,3%)	15 (39,5%)*	9 (20,4%)*
Фибрилляции		6 (15,8%)	4 (9,1%)	7 (18,4%)	4 (9,1%)

Статистическая значимость по критерию Фишера (φ*): * - p<0,05

Таблица 3.

Частота ПФ, регистрируемых при спонтанной активности в группах наблюдений в зависимости от объемов эпизодической (ЭП) и семантической памяти (СП)

Мнестические показатели	Объем ЭП		Объем СП		
	Группы наблюдений	5-я группа (0-7 слов)	6 и 7 группы (8-28 слов)	6-я группа (0-2 слов)	7-я группа (3-11 слов)
ПОВ		20 (66,7%)	33 (63,5%)	20 (55,5%)*	13 (81,2%)*
Фасцикуляции		11 (36,7%)	13 (25,0%)	9 (25,0%)	4 (25,0%)
Фибрилляции		6 (20,0%)	5 (9,6%)	4 (11,1%)	1 (6,2%)

Статистическая значимость по критерию Фишера (φ*): * - p<0,05

Таблица 4.

Частота ПФ, регистрируемых при спонтанной активности в группах наблюдений в зависимости от числа ошибочных ответов

Спонтанная активность	в состоянии покоя		при мышечной нагрузке		
	Группы наблюдений	1 и 3 группы (6-36 слов)	2 и 4 группы (0-5 слов)	1 и 3 группы (6-36 слов)	2 и 4 группы (0-5 слов)
ПОВ		7 (21,2%)	15 (30,6%)	24 (72,7%)	29 (59,2%)
Фасцикуляции		2 (6,1%)	2 (4,1%)	6 (18,2%)*	18 (36,7%)*
Фибрилляции		6 (18,2%)	4 (8,2%)	6 (18,2%)	5 (10,2%)

Статистическая значимость по критерию Фишера (ϕ^*): * - $p < 0,05$

Исследование РВ моторной показало, что практически у всех больных АЗ отмечалась крайне низкие значения амплитуды М-ответа на электростимуляцию, в отличие от амплитуды сенсорного ответа, имевшей нормативные значения. Больные с низкими показателями ООП и ЭП отличались более длительным периодом латентности при прохождении импульса по моторным волокнам (табл. 5). Исследование РВ сенсорной показало, что более лучшие показатели латентности и скорости проведения импульса отмечались у больных с высоким числом Ош (табл. 6). Такая же тенденция отмечалась у больных с высокими показателями СП (табл.7).

Таблица 5.

Показатели РВ моторной (Abductor pollicis brevis, Medianus, точка стимуляции – запястье) в группах наблюдений в зависимости от объема памяти и числа ошибочных ответов

Мнестические показатели	Общий объем памяти		Число ошибочных ответов		
	Группы наблюдений	1 и 2 группы (2-9 слов)	3 и 4 группы (10-28 слов)	1 и 3 группы (6-36 слов)	2 и 4 группы (0-5 слов)
Амплитуда М-ответа (мВ)		0,54±1,00	0,27±0,56	0,48±0,87	0,34±0,75
Латентность (мс)		12,9±9,9**	7,8±6,9**	10,0±7,2	9,5±8,6
Скорость (м/сек)		33,4±44,6	31,2±44,4	31,5±41,7	32,8±45,4

Статистическая значимость по критерию Стьюдента (t):

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Таблица 6.

Показатели РВ сенсорной (n. Cutaneus antebrachii lateralis, точка стимуляции – середина предплечья) в группах наблюдений в зависимости от ООП и числа ошибочных ответов

Мнестические показатели	Общий объем памяти		Число ошибочных ответов		
	Группы наблюдений	1 и 2 группы (2-9 слов)	3 и 4 группы (10-28 слов)	1 и 3 группы (6-36 слов)	2 и 4 группы (0-5 слов)
Амплитуда М-ответа (мВ)		20,3±27,9	23,3±39,1	23,0±34,9	21,2±33,8
Латентность (мс)		4,6±4,0	4,0±3,6	3,6±4,0*	4,7±3,7*
Скорость (м/сек)		55,7±45,4	64,9±46,3	78,5±47,9**	48,7±40,6**

Статистическая значимость по критерию Стьюдента (t):

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Таблица 7.

Показатели РВ моторной и РВ сенсорной в группах наблюдений в зависимости от объемов эпизодической (ЭП) и семантической памяти (СП)

Мнестические показатели	Объем ЭП		Объем СП	
	Вид ЭНМГ	РВ моторная		РВ сенсорная
Группы наблюдений	5-я группа (0-7 слов)	6 и 7 группы (8-28 слов)	6-я группы (0-2 слов)	7-я группа (3-11 слов)
Амплитуда, мкВ	529,2±1013,7	314,6±642,6	24,4±33,5	26,7±47,6
Латентность, мс	14,0±10,6°	8,2±6,9°	4,8±4,1°	3,1±3,0°
Скорость, м/сек	26,3±37,3	36,2±47,4	57,8±45,0°	72,9±49,3°

° - значения, близкие к статистической значимости

Выводы

Полученные данные указывают на то, что развитию алкогольного амнестического синдрома предшествует протрагированный этап, характеризующийся прогрессирующим снижением памяти, в особенности эпизодической, в сочетании с начальными признаками алкогольной полинейропатии, определяемой при ЭНМГ-исследовании в виде удлинения периода латентности проведения импульса преимущественно по моторным волокнам, а также наличия фасцикулляций и фибрилляций. Значение другие мнестических феноменов, как склонность к парамнезиям и семантическому забыванию, коррелирующих с более позитивными показате-

лями сенсорной проводимости, следует рассматривать в рамках патогенетически единого компенсаторного комплекса в структуре алкогольной энцефалопатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ангельцева О.И. Алкогольная полиневропатия // Неврол. журн. – 2006. - № 1. - С. 51-55.
2. Белоглазов Д.Н., Лим В.Г., Свистунов А.А. Алкогольная полиневропатия // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – № 1 (Т.6) – С. 117-120.
3. Букановская Т.И., Дзапарова Л.К. Мотивационные аспекты нарушений памяти при алкогольной зависимости: отсутствие мотивации к запоминанию или мотивация к забвению? // Междунар. научно-исслед. журнал. Екатеринбург – 2013. – № 5 (12), Часть 3. – С. 52-56.
4. Букановская Т.И., Дзапарова Л.К.. Мотивационные аспекты нарушений памяти у больных алкогольной зависимостью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014, Т. 24, № 3. – 18-23.
5. Гофман А.Г. Клиническая наркология / А.Г. Гофман // М.: Изд-во МИКЛОШ, 2003 – 215с.
6. Емельянова А.Ю., Зиновьева О.Е., Самхаева Н.Д., Щеглова Н.С. Нервно-мышечные нарушения при хронической алкогольной интоксикации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. - № 7(2). – С.80-85
7. Иванец Н.Н. Наркология: национальное руководство /Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 – 720 с.
8. Корсаков С.С. Учение о корсаковском психозе / С.С. Корсаков. Избранные произведения – Изд-во: Государ. изд-во медиц. литер. 1954. – С. 263-425.
9. Николаев С.Г. Атлас по электромиографии. – Иваново: ИПК «ПресСто», 2010. – 468с.
10. Паникарский В.Г. Алкогольная полиневропатия / В.Г. Паникарский, М.Г. Боро // Врачебное дело – 1988. - № 6. – С. 100-102.
11. Ходулев В.И. Электронейромиографическая характеристика алкогольной полиневропатии /В.И. Ходулев, Н.И. Нечипуренко, С.В. Марченко //Журн. неврол. и психиатр. – 1999. № 12. – С. 47-49.
12. Dyck P.J. Peripheral neuropathy / P.J. Dyck, P.K. Thomson //W.B. Saunders Company. – 1984. – Vol. I-II – P. 1912-1931.

ШИЗОФРЕНИЯ И АЛКОГОЛИЗМ: К ВОПРОСУ О ВЫРАЖЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ

Булейко А. А., Солдаткин В. А., Никонова Н. В.

г. Ростов-на-Дону

Пациенты, страдающие шизофренией, подвержены повышенному риску развития алкогольной зависимости[1]. Имеются данные об общих звеньях патогенеза шизофрении и зависимого поведения[2, 3]. Существуют различные варианты взаимовлияния указанных заболеваний, приводящие к специфике течения каждого из них[4]. При этом данные исследований, посвященных этой теме, носят зачастую противоречивый характер [5, 6]. Гендерные особенности клиники обоих заболеваний также могут играть существенную роль в патопластическом взаимовлиянии[7].

Целью данной работы является исследование особенностей выраженности структурных нарушений мышления у пациентов, страдающих шизофренией и алкогольной зависимостью, с учетом гендерных характеристик.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Аксайского филиала ГБУ РО «Психоневрологический диспансер». Группу исследования составили 200 больных параноидной шизофренией. У 89 из них был выявлен синдром зависимости от алкоголя (ОГ), остальные 111 человек составили контрольную группу (КГ). Сразу следует отметить, что в настоящем исследовании выявлен показатель алкоголизации среди страдающих шизофренией.

Критерием включения в исследование являлся диагноз «Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, эпизодический тип течения со стабильным дефектом, рекуррентный тип течения», верифицированный по МКБ-10. Из исследования исключались пациенты при наличии у них интеркуррентного тяжелого декомпенсированного соматоневрологического заболевания. Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено на заседании Локального независимого этического комитета ФГБОУ ВО «Ростовского государственного медицинского университета» Минздрава России.

Средний стаж заболевания шизофренией составил в ОГ $17,9 \pm 8,1$ лет, в КГ $18,2 \pm 10,1$ лет. На момент включения в исследование пациентов ОГ длительность злоупотребления алкоголем составила $16,1$ ($10-22$) лет. При этом у мужчин алкогольный стаж был достоверно больше: $19,3$ ($12-25$) лет, тогда как у женщин он составил $15,2$ ($9-20$) лет ($p=0,028$).

На момент исследования 48 пациентов ОГ (53,93%) и 58 в КГ (52,25%) получали терапию галоперидолом в средней дозе $7,5 \pm 1,5$ мг/сут. У 37 человек в ОГ (41,57%) и 49 в КГ (44,14%) имела место монотерапия трифлуоперазином в средней дозе $12,5 \pm 2,5$ мг/сут. Единичные случаи представлены приемом рисперидона и оланзапина. Проводимая терапия соответствовала клиническим рекомендациям и Стандартам оказания помощи. Достоверные различия по этому признаку в группах сравнения отсутствовали.

Основным методом исследования являлся клинико – психопатологический. Наличие структурных нарушений мышления определялось психологическим методом: анализ пиктограмм по Б. Г. Херсонскому [8], определение степени выраженности нарушений мышления по методикам «исключение лишнего» [9]. Выраженность структурных нарушений мышления оценивалась на основании выявления шизофренического патопсихологического симптомокомплекса по И. А. Кудрявцеву и определения степени его выраженности. Статистическая обработка: Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica 10. Для получения результатов в группах использовался пакет порядковых описательных статистик, учитывающий тип распределения. Для сравнения групп применялся критерий Манна – Уитни. Для сопоставления наблюдений применялся двусторонний критерий Фишера, критерий хи-квадрат. При анализе множественных сравнений применялся медианный тест. Данные представлены в виде медианы и межквартильного размаха (25%-75%). Уровень достоверности соответствовал $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Распределение структурных нарушений мышления у испытуемых носит следующий характер. В ОГ легкий уровень встречался у 4,49% ($n=4$), умеренный в 51,69% ($n=46$), а выраженный в 43,82% ($n=39$) случаев. В КГ легкие нарушения представлены 2,70% ($n=3$), умеренные - 50,45% ($n=56$), выраженные наблюдались у 46,85% ($n=52$). Результаты в группах сравнения сопоставимы, легкие нарушения встречались достоверно реже ($p=0,001$). Различия между группами сравнения недостоверны ($p > 0,05$). Таким образом, на первый взгляд полученные данные свидетельствуют об отсутствии значимого влияния алкогольного фактора на выраженность шизофренических нарушений мышления больных.

Гендерная структура ОГ была представлена следующим образом: мужчины - 61,8% ($n=55$), женщины - 38,2% ($n=34$). В КГ женщины составляли 59,5% ($n=66$), мужчины 40,5% ($n=45$). Подтверждается общая тенденция большей уязвимости мужчин к развитию алкогольной зависимости; больные шизофренией не стали в этом плане исключением.

Легкие искажения мышления у женщин в ОГ составили 5,89% ($n=2$), умеренные 50,00% ($n=17$) и выраженные 44,12% ($n=15$). В КГ легких нарушений не обнаружено, умеренные - 42,42% ($n=28$) и выраженные - 57,58% ($n=38$).

У мужчин в ОГ легкий уровень составил 3,63% (n=2), умеренный 52,73% (n=29) и выраженный 43,64% (n=24). В КГ легкие нарушения составили 6,67% (n=3), умеренные 62,22% (n=28), выраженные 31,11% (n=14).

У мужчин достоверных различий в группах сравнения не выявлено. У женщин же сопутствующая алкогольная зависимость оказалась достоверно связанной с меньшей тяжестью шизофренических изменений мышления.

Вывод. Исследование не выявило достоверных отличий выраженности структурных нарушений мышления у больных шизофренией с сопутствующей алкогольной зависимостью. Однако, при учете гендерного фактора, этот постулат требует коррекции: у женщин, страдающих шизофренией и алкогольной зависимостью, выраженность структурных нарушений мышления меньше, чем у больных без сопутствующей наркологической патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шитов Е. А., Киселев Д. Н., Шустов Д. И. Краткий обзор проблемы «двойного диагноза» (сочетание психических расстройств и расстройств зависимости от психоактивных веществ) // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. – 2009. – №. 2. – С. 100-105.
2. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – №. 3. – С. 21-27.
3. Fu Q., Heath A.C., Boucholz K.K., Nelson E., Goldberg J., Lyons M. J., Eisen S. A. Shared genetic risk of major depression, alcohol dependence, and marijuana dependence: contribution of antisocial personality disorder in men // Archives of General Psychiatry. – 2002. – Vol. 59. – N. 12. – P. 1125-1132.
4. Психиатрия. Ростовская научно – педагогическая школа: учебник /Под ред. В. А. Солдаткина; ФГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов – н/Д: Профпресс, 2016. – С. 346-347.
5. Барыльник Ю. Б., Филиппова Н. В., Деева М. А., Собакина О. Ю. Коморбидность шизофрении с синдромом зависимости от алкоголя (результаты изучения на протяжении века) // Наркология. – 2015. – Т. 14. – №. 4. – С. 102-105.
6. Grant J. E., Leppink E. W., Redden S. A. Odlaug /B. L., Chamberlain S. R. COMT genotype, gambling activity, and cognition // J. Psychiatr Res. – 2015. – Vol. 68 – P. 371-376
7. Singh J. P., Volavka S., Czobor P., Van Dorn R. A. A meta-analysis of the Val158Met COMT polymorphism and violent behavior in schizophrenia // PloS one. – 2012. – Vol. 7. – N. 8. – P. e43423.
8. Херсонский Б. Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний // К.: Здоровья. – 1988.
9. Мироненко И. А. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. Пособие/ВД Балин, ВК Гербачевский и др. – Спб.: Изд-во «Питер», 2000. – 560с.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**Булейко А. А., Солдаткин В. А., Машкина Е. В.,
Кущенко В. В.**

г. Ростов-на-Дону

Одной из важных проблем психиатрии и наркологии является злоупотребление алкоголем пациентами, страдающими шизофренией. Существуют различные варианты взаимовлияния указанных заболеваний, приводящие к специфике течения каждого из них [5]. До сих пор отсутствует единое понимание вопросов патогенеза и патопластических особенностей при коморбидности данных расстройств [1].

Объединяющим звеном в патогенезе шизофрении и алкогольной зависимости является нарушение дофаминовой передачи в головном мозге [4, 7]. Общность патогенеза реализуется посредством ферментативной активности моноаминоксидазы и катехол-орто-метилтрансферазы (COMT), участвующих в деградации дофамина [3]. По данным последних метаанализов можно проследить определенную гендерную специфичность [8]. Особенности полиморфизма COMT напрямую связаны с уровнем утилизации дофамина [2]. Носители аллеля 158Met обладают сниженной в 3-4 раза ферментативной активностью, у гетерозигот Val158Met инактивация моноаминов ниже в 1,5 – 2 раза, а у гомозигот по аллели 158Met – в 4 раза [4].

Исходя из вышеизложенного, целью работы явилось изучение особенностей клинической картины шизофрении с сопутствующей алкогольной зависимостью, с учетом возможного влияния гендерных и генетических факторов.

Задачи: 1. Изучить клинические особенности течения шизофрении, сочетающейся с алкогольной зависимостью (возраст дебюта, продолжительность и частота приступов, синдромальная структура психоза, вид ремиссии); 2. Выявить особенности полиморфизма Val158Met гена COMT у пациентов, страдающих шизофренией и алкогольной зависимостью; 3. Проанализировать возможное влияние гендерных и генетических факторов на особенности клинической картины шизофрении, сочетающейся с синдромом зависимости от алкоголя.

Материалы. В исследовании приняли участие пациенты, находившиеся на лечении в Аксайском филиале ГБУ РО «Психоневрологический диспансер»: 200 пациентов, 100 мужчин и 100 женщин. Критерии включения: наличие верифицированного по МКБ-10 диагноза «Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, эпизодический тип течения со стабильным дефектом, рекуррентный тип

течения». Из исследования исключались пациенты при наличии актуального декомпенсированного соматического или неврологического расстройства.

Методы. Общая выборка была разделена на основную группу (ОГ), в которую вошли пациенты с коморбидным синдромом зависимости от алкоголя, и контрольную группу (КГ), состоящую из здоровых в наркологическом плане.

На момент исследования 54% пациентов ОГ и 52% в КГ получали терапию галоперидолом в средней дозе 7 (5-10) мг/сут. У 42% в ОГ и 44% в КГ имела место монотерапия трифлуоперазином в средней дозе 12 (7,5-15) мг/сут. Единичные случаи представлены приемом рисперидона и оланзапина. Проводимая терапия соответствовала клиническим рекомендациям и Стандартам оказания помощи. Достоверные различия по этому признаку в группах сравнения отсутствовали.

Основным методом в исследовании являлся клиничко – психопатологический. Для выявления особенностей полиморфизма Val158Met применялся генетический метод. Осуществлялся забор цельной крови, дальнейшее осаждение клеток путем центрифугирования и выделение ДНК из лейкоцитов. Полиморфизм Val158Met гена COMT анализировали методом аллель-специфичной полимеразной цепной реакции с амплификацией. Анализ продуктов амплификации проводили методом горизонтального электрофореза в 3% агарозном геле.

Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica 10. Данные представлены в виде медианы и межквартильного размаха (25%-75%). Уровень достоверности соответствовал $p < 0,05$.

Результаты. Синдром зависимости от алкоголя выявлен у 89 (44,5%) пациентов. Из них 34 (38,2%) - женщины, 55 (61,8%) - мужчины. Полученные цифры существенно превосходят уровень алкоголизации среди населения [6].

В ОГ длительность злоупотребления алкоголем составила 16,1 (10-22) лет. При этом у мужчин алкогольный стаж был достоверно больше: 19,3 (12-25) лет, тогда как у женщин он составил 15,2 (9-20) лет ($p = 0,028$). В исследовании включались пациенты с длительностью воздержания от алкоголя не менее 7 дней. Таким образом, исключалось возможное влияние проявлений абстинентного синдрома на результаты психологических методик.

Средний возраст дебюта шизофрении 23,0 (19-30) в ОГ и 26,0 (20-35) в КГ. Группы достоверно отличаются по возрасту ($p = 0,02$), что позволяет говорить о более раннем начале заболевания среди лиц, с коморбидным синдромом зависимости от алкоголя.

Средняя продолжительность приступов в обеих группах сравнения была сопоставима, составила 2 (1-2) месяца. Средняя длительность ремиссии в ОГ составила 16 (12-18) месяца, в КГ 17 (9-24) месяца, различие недоосто-

верны. Качественная стойкая ремиссия в ОГ обнаруживалась у 28 (31,5%) пациентов, в КГ – у 42(37,8%). Неполная ремиссия с остаточной резидуальной симптоматикой была выявлена у 61 (68,5%) пациента в ОГ и 69(62,2%) в КГ ($p>0,05$). Преобладание аффективно – бредовой (АБ) картины в обострении имело место у 25 (28,1%) пациентов ОГ, галлюцинаторно – параноидная (ГП) симптоматика отмечалась у 61 (68,5%), оставшиеся единичные случаи (3,4%) были представлены преимущественно психопатоподобной симптоматикой. В КГАБ симптоматика преобладала у 35 (31,5%), ГП у 76(68,5%) ($p>0,05$).

Достоверно различался возраст дебюта, шизофрении, причем в ОГ у женщин он составил 25,0 (20,0-33,0) лет, а у мужчин 23,0 (18,0-27,0) лет ($p=0,04$). В КГ у женщин средний этот показатель находился на уровне 30,5 (23,0-38,0) лет, а у мужчин, в свою очередь, 22,0 (18,0-27,0) лет ($p=0,00001$). Длительность обострения в рамках гендерных подгрупп в ОГ была сопоставима и достоверно не различалась. У женщин 2 (1-3) месяцев, у мужчин 2 (2-2) месяцев. В КГ продолжительность приступа у женщин была достоверно меньше ($p=0,04$): 2 (1-2) месяца против 2 (2-2) у мужчин.

Качественная ремиссия наблюдалась в ОГ у 10 (18,18%) мужчин и 18 (52,94%) женщин. Остаточная симптоматика определялась у 45 (81,82%) мужчин и 16 (47,06%) женщин. В КГ полную ремиссию продемонстрировали 9 (20,00%) мужчин и 33 (50,00%) женщины. Неустойчивая ремиссия соответственно имело место у 36(80,00%) мужчин и оставшейся половины женщин. Качество ремиссии у мужчин в обеих группах сравнения было достоверно хуже (ОГ: $p=0,0009$; КГ: $p=0,002$).

Гендерное распределение структуры преобладающих синдромов носит следующий характер. В ОГ АБ симптоматика наблюдалась у 12 (21,81%) мужчин и 11 (32,35%) женщин. ГП структура выявлялась у 40 (72,73%) мужчин и 23 (67,65%) женщин. В КГАБ симптоматика отмечалась у 14 (31,11%) мужчин и 21 (31,82%) женщины. ГП у 31(68,69%) мужчины и 45 (68,18%) женщин. Кроме того имело место единичные наблюдения с преобладанием психопатоподобной симптоматики в обострении, приходящиеся на мужчин из ОГ (5,45%) ($p>0,05$).

Общие результаты распределения особенностей полиморфизма Val158Met гена COMT, представлены в таблице 1. В группах сравнения достоверные отличия не выявлены. При проведении анализа с учетом гендерного фактора обратил на себя внимание гетерозиготный вариант. В обеих группах сравнения у носителей аллеляVal158Met женщины демонстрировали достоверно более поздний дебют. В ОГ показатель составил 29 (21-39) лет у женщин против 22 (17-25) лет у мужчин ($p=0,004$); в КГ женщины заболели в 30 (23-38) лет, в мужчины в 21 (18-27) лет ($p=0,001$). Остальные показатели были сопоставимы с полученными ранее результатами и достоверно не различались.

Таблица 1.

*Особенности возраста дебюта шизофрении
 с учетом полиморфизма Val158Met гена COMT*

	Val158Val (n=45) Медиана (25%-75%)	Val158Met (n=115) Медиана (25%-75%)	Met158Met (n=40) Медиана (25%-75%)
ОГ (n=89)	22,0 (18,0-24,0)	23,5 (19,0-29,0)	24,0 (21-32)
КГ (n=111)	28,5 (21,0-37,0)	25,0 (19,0-34,0)	26,0 (22,0-35,0)

Длительность приступа в месяцах, в группах, сформированных по полиморфизму Val158Met гена COMT, составила в ОГ у носителей аллеля Val158 2,00 (1,00-3,00); 158Met - 2,00 (1,50-2,00); Val158Met- 2,00 (1,75-2,00). В КГ распределение следующее: Val158 – 2,00 (1,50-2,00); 158Met – 2,00 (2,00-3,00); Val158Met 2,00 (1,00-2,00). Достоверных отличий не выявлено.

В ОГ у лиц с гомозиготным аллелем 158Met качественная ремиссия наблюдалась у 6,74%, с гомозиготным аллелем Val158 у 13,48%, с гетерозиготным аллелем у 17,98%. Остаточная психопродуктивная симптоматика встречалась среди пациентов с гомозиготными аллелями 158Met у 6,74%, Val158 – у 14,6%; среди обладателей гетерозиготного аллеля у 40,45%. В КГ частота встречаемости качественной ремиссии у лиц с гомозиготными аллелями составила в группе 158Met 8,11%, в Val158 – 10,81%; у носителей гетерозиготного аллеля была представлена 18,92%. Неполная ремиссия наблюдалась у 11,71% лиц с Met158Met; 12,61% с Val158Val и 37,83% носителей гетерозиготного аллеля ($p>0,05$). Вместе с тем, в ОГ у мужчин качественная ремиссия наблюдалась у 10,91%, остаточная симптоматика обнаружена у 49,09%. У женщин эти показатели составили 29,41% и 26,47% соответственно ($p=0,01$). В КГ у мужчин стойкая ремиссия выявлялась в 11,12%, нестойкая в 51,12%. У женщин картина была представлена 24,24% и 28,79% соответственно ($p=0,03$).

Таблица 2.

*Преобладающая структура синдрома с учетом полиморфизма
 Val158Met гена COMT*

	ОГ (n=89)			КГ (n=111)		
	Val158Val (n=19)	Val158Met (n=52)	Met158Met (n=18)	Val158Val (n=26)	Val158Met (n=63)	Met158Met (n=22)
АБ	7,87%	14,61%	5,62%	9,01%	15,32%	7,21%
ГП	13,48%	43,82%	14,61%	14,41%	41,44%	12,61%

Структура синдромов в обострении с учетом особенностей полиморфизма Val158Met гена COMT представлена в таблице 2. Достоверных отличий между группами не выявлено, в том числе с учетом возможного влияния гендерного фактора ($p>0,05$).

Исходя из вышесказанного, можно сформулировать следующие

ВЫВОДЫ:

1. Развитие алкогольной зависимости у пациентов, страдающих шизофренией, ассоциировано с более ранним дебютом процессуального заболевания.
2. Установлено влияние сочетанной алкогольной зависимости на увеличение продолжительности приступа у женщин.
3. Выявлена связь аллеля Val158Met гена COMT со сравнительно более ранним дебютом шизофрении и худшим качеством ремиссии среди мужчин, ассоциированная с более длительным алкогольным стажем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барыльник Ю. Б., Филиппова Н. В., Деева М. А., Собакина О. Ю. Коморбидность шизофрении с синдромом зависимости от алкоголя (результаты изучения на протяжении века) // Наркология. – 2015. – Т. 14. – №. 4. – С. 102-105.
2. Голимбет В. Е. Молекулярно-генетические исследования познавательных нарушений при шизофрении // Молекулярная биология. – 2008. – Т. 42. – №. 5. – С. 830-839.
3. Колмакова Т.С., Григорян Н.А. Молекулярно-генетические основы формирования шизофрении и алкогольной зависимости как коморбидных состояний // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 6. – С. 241.
4. Менделевич В. Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал. – 2010. – №. 3. – С. 21-27.
5. Психиатрия. Ростовская научно – педагогическая школа: учебник /Под ред. В. А. Солдаткина; ФГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов – н/Д: Профпресс, 2016. – С. 346-347.
6. Шустов Д. И., Новиков С. А., Шустов А. Д. Психотерапия больных алкогольной зависимостью с учетом типа их личности и проявлений аутоагрессивного поведения // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Т. 13. – №. 5. – С. 112-117.
7. Fu Q., Heath A.C., Boucholz K.K., Nelson E., Goldberg J., Lyons M. J., Eisen S. A. Shared genetic risk of major depression, alcohol dependence, and marijuana dependence: contribution of antisocial personality disorder in men // Archives of General Psychiatry. – 2002. – Vol. 59. – N. 12. – P. 1125-1132.
8. Singh J. P., Volavka S., Czobor P., Van Dorn R. A. A meta-analysis of the Val158Met COMT polymorphism and violent behavior in schizophrenia // PloS one. – 2012. – Vol. 7. – N. 8. – P. e43423.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Бурджалиева А.Д., врач психотерапевт, нарколог

*Ивановский областной наркологический диспансер
г. Иваново*

Вопрос взаимосвязи между депрессивными расстройствами и алкогольной зависимостью волнует зарубежных и отечественных ученых ни первое десятилетие (Жислин С.Г., 1935; Лукомский И.И., 1970; Ойфе И.А., 1990; Гофман А.Г., 1985; Kraepelin E., 1910, 1927; Bleuler E., 1920; Broun S.A., 1987; Sontag H., 2000). В результате исследований взаимосвязей между депрессией и алкоголизмом, удалось выявить общие биологические (наследственные) особенности метаболизма нейромедиаторов (дофамина, серотонина, норадреналина) с нарушением функционирования рецепторов (Альтшулер В.Б. и др., 1998; Littleton J., Qutari M., 1997; Badawy A., 1998). Из работ И.П. Анохиной (1975; 1998; 2000; 2002) следует, что постоянное употребление алкоголя ведет к нарастающему дефициту катехоламинов в мезолимбических отделах мозга, что, в свою очередь, ведет к снижению настроения и жизненной активности, вплоть до депрессивных состояний. Существуют научные доказательства генетической взаимосвязи (предрасположенности) в развитии алкогольной зависимости и депрессии (Goodwin D.W., 1984; 1989; Katz R.S., Kravitz H.M., 1996; Johnson E.O. et al., 1998). K.S. Kendler et al. (1997) в результате обследования 2163 близнецовых пар выявили распространенность депрессивных расстройств в 23-31% случаев и алкоголизма, соответственно, в 8-17% наблюдений. Это указывает на выраженную коморбидность и генетическую связь между депрессивными расстройствами и алкоголизмом. M.A. Schuckit (1985, 1986), M.G. Kushner et al. (1996; 1999), Ch. Bourgault, A. Solitary (1997), Goldenberg et al. (1997) отмечали, что некоторые больные часто начинают употреблять алкоголь в качестве средства купирования депрессии, что, со временем, приводит к развитию алкоголизма.

Также нельзя забывать о значении препорбидных особенностей личности в развитие депрессий у страдающих алкоголизмом (Соцевич Г.Н. и др., 1987; Виноградова Л.Н., 1989; Белов В.П. и др., 1990; Коноводова И.Н., 1998; Duggan C.F. et al. 1990; Forgays D.G., Forgays D.K., 1991). Наиболее характерными для больных алкоголизмом были названы эмоционально-лябильный и тревожно-депрессивный типы личности. По мнению D. Maneva and M. Vlahova-Nikolova (1990); M.P. Chaplin and J.L. Orlofsky (1991) для страдающих алкоголизмом характерны: доверчивость, уступчивость, отзывчивость в сочетании с социальной пассивностью.

О.Ф. Ерышев и Т.Е. Тульская (2000) обследовали 246 больных алкоголизмом с рецидивами в течение первого года ремиссии, а также после ремиссий, длившихся более одного года. Они выявили выраженные депрессивные и субдепрессивные расстройства у 33% пациентов. При этом, наиболее распространенными типами депрессивных расстройств у больных алкоголизмом 2 стадии были: дисфорический, тревожно-депрессивный и депрессивный. У пациентов были выражены как аффективные, так и вегетативные расстройства. Наибольшая частота рецидивов пришлась на 3-4 месяц, а наибольшая выраженность аффективной симптоматики на 8-10 месяц ремиссии. На более отдаленных этапах ремиссии выявлялись тревожные и дисфорические проявления. Особенности аффективных нарушений на начальном этапе ремиссии авторы считают их короткое существование, отсутствие моторной и идеаторной заторможенности. Наличие в любом типе депрессий при алкоголизме тревожности, дает возможность рассматривать сами депрессии в данном случае как своеобразное реактивное состояние в ответ на переживания, ухудшение состояния здоровья и т.д. При более продолжительных ремиссиях (О.Ф. Ерышев и Т.Е. Тульская, 2000) особенностями аффективных нарушений являются их сложность, атипичность, смешанность, диссимуляция с анозогнозией и алекситимия. В данном исследовании отдельное внимание уделялось больным с апатическими депрессиями. Отмечались заторможенность, равнодушие, плохой сон, тревожность, внутреннее напряжение, неусидчивость, чувство дискомфорта с дисфорическим радикалом, раздражительность, вегетативные симптомы.

К числу особенностей алкогольной зависимости, оказывающих неблагоприятное влияние на течение алкоголизма, относится частая коморбидность с аффективными расстройствами. Частота коморбидной депрессии достигает 30% у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, и 60—70% у страдающих алкогольной зависимостью женщин (Bolton J.M., Belik S.L., Enns M.W. et al. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 7: 1139—1149.)

Поэтому целесообразно использование антидепрессантов при лечении алкоголизма с целью улучшения качества жизни пациентов и продления ремиссии.

Материалы и методы.

В период с июля 2014 года по август 2015 года было обследовано 120 пациентов, проходивших лечение в Ивановском областном наркологическом диспансере. Были обследованы больные — мужчины славянской этнической принадлежности, не родственные между собой с диагнозом зависимости от алкоголя 2—3-й стадии (F10.2 по МКБ-10). Их средний возраст был $44,5 \pm 6,4$ года. До текущей госпитализации они имели не менее двух терапевтических ремиссий. Использовались следующей батареи методик:

20-факторный опросник Цунга, опросник Бека для выявления депрессии, госпитальная шкала тревоги и депрессии Зигмонда, методика-опросник Гамильтона, тест ШРЛТ Спилбергера-Ханина, методика определения уровня самооценки по Дембо-Рубинштейну. Наравне с тестовыми методиками, проводилась индивидуальная беседа с каждым из пациентов с целью выявления симптомов депрессии и жалоб самих обследуемых на пониженный фон настроения. Согласно жалобам, предъявляемым во время беседы (жалобы на плохое настроение, ангедонию, снижение работоспособности, снижение аппетита и отсутствие удовольствия от еды, плохое самочувствие с болями в ЖКТ, снижение либидо; мысли о собственном бессилии и ненужности), симптомы депрессии выявлены у 64 из 120 пациентов, получавших лекарственную терапию (76,80% обследованных). У большинства пациентов в ходе беседы отмечалась замкнутость, заторможенность, симптомы алекситимии. Каждый пациент проходил полное обследование во время лечения в стационаре и после выписки, в период ремиссии, в рамках амбулаторного приема в Ивановском областном наркологическом диспансере. В обязательном порядке проводилась беседа с родственниками пациентов (чаще всего мать, сестра или супруга) для уточнения анамнестических данных. Для исследования статистически значимых различий в исследовании использовался критерий Манна—Уитни (U). Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение.

У большинства пациентов, страдающих алкоголизмом в результате исследования, выявлены признаки депрессии по всем тестовым методикам, а у 39, 17% или 47 из 120 пациентов ($p < 0,05$) отмечается сочетание показателей депрессии и тревоги. При этом для лиц, страдающих алкоголизмом, согласно исследованию, преобладают (тест ШРЛТ) показатели реактивной (ситуативной) тревожности, по сравнению с личностной (повышенный уровень реактивной тревожности 49 чел. или 40,83% при повышенном уровне личностной тревожности у 25 чел. или 20,83% обследованных - $p < 0,05$). С момента выписки из стационара до момента третьего тестирования по Беку все 120 человек принимали антидепрессанты, преимущественно флуоксетин, в дозе 40 мг/сут., 4-6 недель (64 человека из 120, или 53,33% всех принимающих антидепрессанты – $p < 0,05$). 30 человек из 120 (25,0%) принимали паксил, в дозе 40 мг/сут, 4-6 недель. И, 26 человек из 120 (21,67%) принимали стимулотон в дозе 50 мг/сут, 4-6 недель. ($p < 0,05$). При первом тестировании, до приема антидепрессантов, в начале лечения, умеренная депрессия выявлена у 48 человек (40,00%), выраженная депрессия – 43 человека (35,83%) и легкая депрессия у 29 обследованных (24,17%). Во время третьего тестирования по Беку в рамках амбулаторного приема, при посещении однократно или в динамике, психотерапевта, в ремиссию, которая у разных пациентов составляла от 1-2 до 7-9 месяцев, выявлено снижение

числа лиц с умеренной и выраженной депрессией (35 человек или 29,17% и 22 человека или 18,33%, соответственно - $p < 0,05$). Число лиц с легкой депрессией составило 32 человека (26,67%), у остальных пациентов признаков депрессии не обнаружено.

Выводы.

Таким образом, применение антидепрессантов, благоприятно сказывается на результатах лечения пациентов с коморбидностью алкоголизма и депрессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., Павлова О.О. Соотношения между депрессией, патологическим влечением к алкоголю и влечением к опиатам // Материалы конференции психиатров. М., 1998. - С. 294.
2. Анохина И.П. Алкоголизм и депрессии взаимосвязь биологических механизмов // Рос. психиатр, журн. - 1998. - № 6. - С. 30-33.
3. Коноводова И.Н. Значение учета личностных особенностей при лечении алкоголизма// Врачебное дело. 1998. - № 1. -С. 152-154.
4. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. Л.: ЛГУ, 1989. - 192 с.
5. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990. - 415 с.
6. Ерышев О.Ф., Тульская Т.Ю. Применение леривона для коррекции аффективных нарушений у больных алкоголизмом // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. М., 2000. -С. 37-38.
7. Sontag Н. Клиническое исследование влияния миансерина на алкогольную депрессию, возникающую после детоксикации // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. М., 2000. - С. 46-51
8. Лукомский И.И. Алкоголизм и аффективная патология // Вопросы социальной и клинической психоневрологии: Материалы научной конференции / Под ред. Л. Л. Рохлина.-М., 1970.-С. 175-181.
9. Жислин С.Г. Похмелье, клиника алкоголизма и экзогенные формы реакций // Сов. психоневрология. 1935. - № 4-5. - С. 142-151.
10. Ойфе И.А. Злоупотребление алкоголем и эндогенные депрессии (клинический аспект проблемы): Дис. .канд. мед. наук. -М., 1990. -220 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

**Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О., Мальфина И.Ю.,
Бойчевская Ю.О.**

г. Краснодар

По данным Всемирной организации здравоохранения распространенность расстройств аутистического спектра (РАС) составляет около 1% детской популяции и встречается у одного из 160 детей. Эти данные являются усредненными и значительно варьируют между исследованиями. Единых статистических данных по распространенности РАС в РФ нет. По мнению современных исследователей, значительное увеличение контингента детей с РАС, наблюдаемое в России в последние годы, связано, прежде всего, с совершенствованием диагностики аутистической симптоматики, однако также имеет место процесс «перекодировки» ряда других психических расстройств, в соответствии с критериями медико – социальной экспертизы.

Систематическая работа по выявлению, диагностике, лечению и медицинской реабилитации детей с РАС в Краснодарском крае проводится специалистами психиатрической службы с 1996 года; с 2004 года ведется краевой регистр детей - аутистов. На 01.01.2017г. в Краснодарском крае зарегистрировано 1282 человека с расстройствами аутистического спектра, из них 1193 ребенка в возрасте до 15 лет включительно (2016г. – 1213; 2015г. – 1092; 2014г. – 836, 2013г. –751), что составляет 126,1 на 100 тыс. детского населения. В гендерном аспекте отмечается значительно преобладание мужского пола (соотношение девочек и мальчиков составляет 1:4). Около трети наблюдаемых пациентов (более 68%) имеют выраженное снижение интеллекта. Большинство пациентов с РАС (около 87%) в связи со стойкой выраженной социальной дезадаптацией имеют статус «ребенок – инвалид».

По мнению большинства экспертов причиной возникновения расстройств аутистического спектра чаще всего является одновременное воздействие различных этиологических факторов. Генетические гипотезы развития РАС являются наиболее обоснованными. Не подлежит сомнению также влияние совокупности эпигенетических факторов (системные аутоиммунные заболевания, соматические заболевания; токсические воздействия) и комплекса перинатальных факторов (органическое поражение ЦНС, врож-

дённные дефекты /нарушение созревания головного мозга; структурные нарушения в синапсах и клетках микроглии; кровотечения, иммунохимические нарушения у матери во время беременности, несовместимость порезус - фактору).Поэтому очень перспективным диагностическим направлением представляется более широкое внедрение в практику генетических и иммунохимических исследований.

Специалистами психиатрической службы, с целью повышения компетенции врачей первичного звена здравоохранения по вопросам раннего выявления РАС у детей для своевременного проведения лечения и медицинской реабилитации, регулярно проводятся краевые научно – практические конференции и межрайонные обучающие семинары. Также подготовлены к публикации методические рекомендации для специалистов помогающих профессий «Актуальные вопросы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра».

Степень выраженности в клинической картине пациентов аутистической симптоматики чрезвычайно вариабельна: от шизоидного склада личности, так называемого «аутистического диатеза», аутоподобного поведения, аутистических симптомов или включений, синдрома аутизма, аутизма, атипичного аутизма - как основной нозологии, и, наконец, до аутистической симптоматики в рамках шизофрении, шизоидной психопатии, шизофреноподобных расстройств; при этом собственно аутизм как основная нозология диагностируется примерно в 25% - 30% случаев и около 70% - 75% - составляют расстройства аутистического спектра.

В целом, для наблюдаемых пациентов с РАС характерны качественные нарушения эмоций и социального взаимодействия, качественные и количественные речевые нарушения, стереотипное поведение с дефицитом творчества и спонтанности, а также неравномерность развития или дефицитарность когнитивных функций.

В соответствии с принятой Концепцией развития системы комплексного сопровождения лиц с расстройствами аутистического спектра в Краснодарском крае, сопровождение лиц с аутизмом носит комплексный – медико-социальный и психолого-педагогический характер при ведущей роли психолого-педагогических методов.

Психолого-педагогический аспект сопровождения включает смягчение основных трудностей детей с аутизмом (развитие потребности в коммуникации, овладение формами и средствами коммуникации и социального взаимодействия, включая речь; смягчение сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов; преодоление проблем нежелательного поведения), формирование важных аспектов «жизненной компетенции» (са-

мостоятельность, самообслуживание, бытовые навыки, формирование целенаправленного поведения), выбор адекватной формы и сопровождение школьного обучения; а также профориентационную и начальную профессиональную подготовку.

Выбор образовательного маршрута, формы обучения и методов психолого-педагогического воздействия лицам с РАС осуществляется с учетом индивидуальных особенностей ребенка, его семьи и может включать в себя пребывание в коррекционных группах для детей со сложным дефектом развития, с задержкой психического развития или речевыми нарушениями, а также обучение в общеобразовательных или специальных (коррекционных) учреждениях, в том числе для детей с нарушениями речи, с задержкой психического развития и умственной отсталостью. Перспективными направлениями в образовании детей с РАС являются инклюзивное обучение и интеграционное обучение в условиях ресурсного класса с тьюторской поддержкой.

Взаимодействие специалистов помогающих профессий с семьей обучающегося с аутизмом – одно из главных условий эффективности коррекционно-образовательного процесса. Работа с семьей подразумевает различные формы психологической помощи родителям, разъяснение истинных проблем ребёнка, обучение приемам и методам работы с ребёнком в условиях семьи, способствующим повышению его социальной адаптации.

В рамках *медицинского аспекта сопровождения* детей с РАС с целью раннего выявления риска развития расстройств аутистического спектра у детей и своевременного оказания дифференцированной психологической и психотерапевтической помощи семьям в 2016г. была открыта круглосуточная линия «Телефон доверия» психиатрической службы Краснодарского края для детей и подростков и две «Школы для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития» (г. Краснодар), в которых ежемесячно проводятся заседания, посвященные актуальным вопросам воспитания, медико-социального сопровождения детей с особенностями психического развития, а в дальнейшем запланировано расширение сети школ для родителей в крупных городах края. Специалистами психиатрической службы, с целью повышения компетенции родителей по вопросам своевременного выявления РАС у детей и организации раннего вмешательства было опубликовано руководство для родителей «Расстройства аутистического спектра». На информационных стендах для родителей в медицинских организациях размещены материалы просветительского характера, посвященных особенностям воспитания, психолого–педагогической коррекции детей с РАС.

Одной из основных задач медицинского аспекта сопровождения детей с РАС является создание условий для продуктивной коррекционной работы педагога и психолога с целью достижения максимально возможной (по состоянию пациента) адаптации.

Терапевтические стратегии, применяемые для лечения детей с РАС, являются мультимодальными и основаны на принципах индивидуальности и комплексности. В соответствии со стандартами первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) (приказы Министерства здравоохранения РФ от 02.02.2015г. №31н, №32н) и клиническими рекомендациями помощь оказывается врачами – психиатрами с привлечением врачей смежных специальностей (врача – педиатра, врача – невролога, врача – генетика, врача эндокринолога) и медицинских психологов. Оказание специализированной психиатрической помощи детям осуществляется врачами – психиатрами с письменного согласия родителей (или иных законных представителей), в амбулаторных и стационарных условиях (два профильных детских отделения: на базе ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края и ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница №7» министерства здравоохранения Краснодарского края); при этом на базе детского отделения ГБУЗ «СПБ №7» выделено 4 койки для совместного пребывания в стационаре матерей и детей младшего возраста, страдающих РАС.

По медицинским показаниям, строго дифференцированно проводится курсовое медикаментозное лечение препаратами различных групп: с успехом используются ноотропные и нейрометаболические препараты (пантогам - актив, мексидол, глиатилин, энцефабол, кортексин, церебролизин, фенибут, семакс, когитум, ноотропил, фенотропил и др.) и сосудистые средства (ницерголин, винпоцетин, циннаризин и др.). С началом применения в лечении детей с аутизмом препаратов из группы атипичных нейролептиков отмечается значительное уменьшение негативной симптоматики, прежде всего аутистических проявлений, улучшаются показатели социализации этого контингента больных. В настоящее время с успехом используются рисперидон, кветиапин, флупентиксол, амисульприд, алимемазин. Дозировки препаратов подбираются строго индивидуально, с учетом особенностей каждого ребенка. Важными составляющими комплексного лечебного воздействия являются также использование физиотерапии, массажа, организация рационального режима дня, нормализация сна.

Приоритетными принципами медицинской реабилитации, осуществляемой в условиях районных и межрайонных социальных центров для детей с ограниченными возможностями здоровья являются раннее начало, комплексный подход, индивидуальный «маршрут» пациента, непрерывность, преемственность, обучение членов семьи для организации реабилитации детей в домашних условиях. Основными направлениями деятельности являются проведение физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры, ортопедического лечения, кинезиотерапии, коррекции двигательных нарушений с использованием метода биологической обратной связи, в сочетании с оказанием психолого-педагогической помощи и логопедической коррекции, с использованием стационарных и стационарозамещающих технологий. В рамках совершенствования комплексной реабилитации запланировано дальнейшее перепрофилирование коек для совместного пребывания в стационаре матерей и детей, страдающих РАС и выделение профильного круглосуточного реабилитационного отделения.

К дополнительным (вспомогательным) не медицинским методам коррекции, в целом, благоприятно воздействующим на эмоциональное состояние пациентов и помогающим развитию коммуникативных навыков следует отнести очень популярные среди родителей различные виды анималотерапии (пет-терапии): иппотерапия, дельфинотерапия, канистерапия, фелинотерапия, наблюдение за рыбками в аквариуме, взаимодействие с птицами. Эти методы не приводят к уменьшению симптомов аутизма, однако позволяют ребенку снять напряжение и получить удовольствие от взаимодействия с окружающим миром.

Социальный аспект сопровождения лиц с РАС включает реализацию программ абилитации и реабилитации, социальную поддержку семей лиц с РАС. Важными перспективными направлениями в данной сфере являются развитие программ поддерживающего проживания и сопровождаемого трудоустройства лиц с РАС.

Выводы: Терапевтические стратегии, применяемые для лечения детей с РАС, являются мультимодальными и основаны на принципах индивидуальности и комплексности. Одной из основных задач медицинского аспекта сопровождения детей с РАС является создание условий для продуктивной коррекционной работы педагога и психолога с целью достижения максимально возможной (по состоянию пациента) адаптации. Важными перспективными направлениями в социальной реабилитации представляется развитие программ поддерживающего проживания и сопровождаемого трудоустройства лиц с РАС.

В целом, организация комплексного медико – психолого – педагогиче-

ского сопровождения пациентов с расстройствами аутистического спектра (РАС) и их семей является приоритетной межведомственной и междисциплинарной задачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айрес Э. Джин. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. Изд. 4-е. – М.: Теревинф, 2016. – С.25 - 38.
2. Делани Т. Развитие основных навыков у детей с аутизмом. Эффективная методика игровых занятий с особыми детьми. – М.: Рама, 2014. – С.5 – 8.
3. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. Изд. 8-е, стер. – М.: Теревинф, 2014. – 288с.
4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. Изд. 3-е. – М.: Теревинф, 2011. – 224с.
5. Темпл Грэндин, Скариано М. Маргарет. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма. Изд. 2-е. – М.: Теревинф, 2012. – С.6 - 8.
6. Янушко Е.: Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. Изд. 6-е. – М.: Теревинф, 2014. – С.7 - 17.
7. Расстройства аутистического спектра (РАС). Информационный бюллетень ВОЗ. Февраль 2016 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/ru/>

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О., Чернова А.А.

г. Краснодар

Проблема смертности населения от самоубийств – одна из важнейших проблем общественного здравоохранения в любой стране и в любом обществе по всему миру. Частота самоубийств - индикатор состояния психического здоровья и социального благополучия населения. По оценкам ВОЗ в результате самоубийств каждые 40 секунд в мире погибает 1 человек. В 2012г. число смертей от самоубийств достигло 804 тысяч человек, что составило 1,4% смертей в мире, ежегодный глобальный стандартизированный показатель частоты самоубийств - 11,4 на 100 000 населения (15,0 для мужчин и 8,0 для женщин). Каждое детское самоубийство является кризисом, трагедией, которая безвременно прерывает жизнь ребенка и распространяется, как круги на воде, нанося непоправимый ущерб не только родным, близким и друзьям, но и в масштабе общества в целом. В структуре смертности от неестественных причин, смертность детей и подростков Краснодарского края от суицидов традиционно занимает 3 - 4 места, после дорожно - транспортных травм, случайных отравлений и утоплений, опережая травмы, несчастные случаи и убийства и ежегодно составляя около 10% из этого числа. Учитывая социальную значимость проблемы, с 01.09.04г. на базе диспансерного отделения ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края организована работа по оказанию 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. В пре-суицидальный период, после первичного обращения пациента на «Телефон доверия» или в кабинет социально-психологической помощи детской территориальной поликлиники, психолог проводит оценку ситуации, при необходимости ребёнок направляется на консультацию к детскому психиатру. На этом этапе осуществляется психолого-психиатрическое обследование, подбор адекватной терапии в амбулаторных условиях, по показаниям решаются вопросы госпитализации и определяется индивидуальная психотерапевтическая тактика. В постсуицидальный период, согласно утверждённому порядку взаимодействия специалистов, неотложная помощь суицидентам оказывается в профильных отделениях медицинских организаций, затем данный контингент направляется на консультацию к детскому (районному) психиатру, в сложных случаях психиатры территорий направляют ребёнка на консультацию в краевой отдел. Отказ от специализированной помощи

психиатра с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации и пациент направляется под наблюдение психолога медико-социального отделения (кабинета) детской территориальной поликлиники. Специалисты краевого отдела детской психиатрии осуществляют комплексное психолого-психиатрическое и функциональное обследование, дифференциальную диагностику и подбор адекватной терапии в амбулаторных условиях, определяют индивидуальную психотерапевтическую стратегию и тактику, решают вопросы госпитализации по показаниям. Пациент, получивший специализированную помощь в краевых медицинских организациях, согласно рекомендациям краевых специалистов проходит по месту жительства у детского (районного) психиатра, психотерапевта, психолога курсовую реабилитацию.

За период мониторинга (2004 - 2016гг.) отмечался волнообразный характер показателя распространённости завершённых суицидов у детей на 100 тыс. детского населения Краснодарского края (в возрасте до 18 лет), который колебался в диапазоне от 3,3 в 2005 году до 1,0 на 100 тыс. детского населения в 2015 - 2016 годах. По мнению большинства исследователей, уровень этого показателя отражает действие совокупности негативных социально – психологических факторов на семейную систему, а в силу незрелости психики, под гнётом проблем наиболее уязвимы и сильнее страдают дети.

За весь период наблюдения можно выделить такие сложившиеся тенденции, как значительное преобладание по возрасту подростков 15 – 17 лет, явные гендерные различия (при незавершённых суицидальных попытках значительно преобладали девушки, а при завершённых суицидах - юноши); выбор в случаях истинных суицидальных намерений наиболее «травматичных» способов (повешения, падения с высоты, огнестрельные ранения), а в случаях привлечения внимания к своим проблемам - медикаментозные отравления. Не было выявлено связи суицидальных попыток с религиозными мотивами, с принадлежностью к подростковым субкультурам. По территориальному принципу большинство незавершённых суицидальных попыток было зарегистрировано в крупных городах края, а погибали от суицидов чаще подростки, проживавшие в сельской местности. По итогам обследования за весь период наблюдения около 10% освидетельствованных детей с суицидальным поведением были госпитализированы в психиатрические больницы края, остальные получили специализированную помощь в амбулаторных условиях. Главными причинами, приведшими к суицидальным попыткам, большинством пациентов (более 70 %) назывались конфликтные отношения в семье (жесткие авторитарные методы воспитания с физическим и психологическим насилием, либо игнорирование базовых потребностей детей); также причинами суицидов являлись отвержение в значимой группе сверстников (15%), проблемы успеваемости в школе (10%); неразделённые чувства (5%).

Важно отметить, что проблема профилактики детских суицидов всегда межведомственная, междисциплинарная. В рамках межведомственно-

го подхода к универсальной профилактике суицидов силами специалистов психиатрической службы регулярно проводятся обучающие практические семинары и научно - практические конференции для повышения компетентности педагогов, психологов, дефектологов, социальных работников образовательных организаций в области распознавания маркеров депрессии и суицидального риска у детей, используются разработанная анкета по оценке риска суицида у детей, памятка для родителей; распространяются изданные совместно с аппаратом уполномоченного по правам ребёнка Краснодарского края методические рекомендации «Проблемы суицидального поведения у детей и подростков». Также проводятся круглые столы по профилактике суицидального поведения и всех видов зависимости для учащихся старших классов. Своевременную психологическую помощь населению оказывают специалисты службы «Телефон доверия» (14 муниципальных образований края). В рамках междисциплинарного подхода дважды в год проводятся краевые научно-практические конференции, для психиатров, психотерапевтов, неврологов, психологов медицинских организаций края; регулярно проводятся межрайонные научно-практические обучающие семинары, посвящённых актуальным вопросам профилактики суицидального поведения для врачей первичного звена здравоохранения, оказывающих детям, находящимся в кризисных состояниях. В структуре медицинских организаций психиатрического профиля продолжают функционировать 8 кабинетов медико – социально-психологической помощи и 9 кабинетов «Телефон доверия» (в том числе, начиная с 2016 года - круглосуточная линия «Телефон доверия» для детей и подростков психиатрической службы Краснодарского края). Ежемесячно проводятся заседания «Школы для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития», посвящённых актуальным вопросам воспитания и медико - социального сопровождения детей. Специалистами психиатрической службы края систематически ведётся информационно – просветительская деятельность по повышению компетентности родителей, в рамках которой проводятся профилактические акции «День здоровья», выступления на радио и телевидении (краевого и муниципального уровня) по актуальным проблемам профилактики психических расстройств, кризисных состояний и суицидов, продолжается распространение практического пособия для родителей «Детская агрессия и суицид. Как избежать беды». В рамках селективной и антикризисной профилактики суицидов проводится оказание специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи детям суицидентам с подбором адекватного лечения и реабилитации, игровых и бытовых коппинг-стратегии для адаптации к стрессовым ситуациям и дифференцированная психотерапевтическая помощь суициденту и его социальному окружению.

Выводы. Специалистами психиатрической службы министерства здравоохранения Краснодарского края на постоянной основе проводится комплекс мероприятий универсальной, селективной и антикризисной профилактики суицидов, однако важно помнить, что проблемы смертности дет-

ского населения от внешних причин и суицидов носят межведомственный, междисциплинарный характер, а задачи по снижению детской смертности являются одним из приоритетных направлений работы всех ведомств и учреждений на федеральном и региональном уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А.Г. Роль личности в проблеме суицида // Актуальные проблемы суицидологии. – М.: Медицина, 1981. С. 35 - 49.
2. Дмитриева Т.Б. Психогенные депрессии в подростковом и юношеском возрасте (клиника, патогенез и лечение): Автореферат Диссертации кандидата мед. наук – М.: 1981. – 17 с.
3. Suicidreportaglobalimperative (Rus). Organisation mondiale de la SanteBureauregionaldel" Europe: 102, 2014. <http://www.euro.who.int/ru/home>
4. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста.- М.:Медицина,1995. С.56 - 78.
5. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. С.41 -55.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология.- М.: МЕДпресс, 1998. С. 370 - 377.
7. Сосюкало О.Д., Калашникова А.А., Татарова И.Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессий у детей и подростков // Журнал Невропатология и психиатрия – 1983. т. 83, вып. 10, с.1522-1526.
8. Старшебаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: «Когито – Центр», 2005. – 376с.
9. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств// Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М: Когито-Центр, 2001. С. 353-359.
10. Суицидальное поведение подростков. Методические рекомендации./ Авторы-составители: Л.К.Стадухина, Н.В.Петрова, Е.Л.Норкина, О.А.Маркова, М.Ю.Бондаренко. – Йошкар-Ола: Издательство «Весть», 2013. - 30 с.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНИСТОВ

Воякина В. Г., Дубатова И. В.

г. Ростов-на-Дону

Несмотря на то, что тревожно – депрессивные расстройства (ТДР) в практике врачей – интернистов являются хорошо изученной проблемой, не всегда этому спектру психических расстройств уделяется должное внимание [5]. Нередко пациенты предъявляют соматические жалобы на неприятные ощущения со стороны внутренних органов, обусловленные психической патологией. Врачи – интернисты часто называют такие симптомы соматизированными или функциональными [2]. Взаимодействие ТДР и соматической патологии мультифакторно и может проявляться в виде различных форм: депрессия в виде соматических расстройств (соматизированные депрессии); ТДР как следствие соматического заболевания; сосуществование ТДР и соматического заболевания; прием лекарственных средств (некоторые антигипертензивные (бета – адреноблокаторы), гормональные препараты могут способствовать развитию депрессии). Проблема коморбидности соматической и психической патологии, разнообразные психопатологические расстройства, имеющие самостоятельную динамику или наслаивающиеся на клиническую картину соматической болезни, затрудняют своевременное распознавание, диагностику и лечение таких пациентов. В случае коморбидности сердечно – сосудистых заболеваний и депрессии очень важным является изменение поведения таких больных: они меньше уделяют времени физической активности, больше курят, алкоголизируются, несбалансированно питаются, нарушают режим медикаментозной терапии [3]. По данным разных авторов распространенность тревоги и депрессии у стационарных больных колеблется в пределах 11 – 35% [1]. Риск заболеть ИБС и артериальной гипертензией (АГ) у лиц с ТДР в 2 – 3 раза выше, чем у лиц без аффективной патологии [4]. Также депрессия увеличивает риск летальности в 6,7 раз у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда или приступа нестабильной стенокардии. Депрессия – это такой же фактор риска развития сердечно – сосудистых заболеваний, как и ожирение, курение, низкая физическая активность, гиперхолестеринемия. По данным ВОЗ к 2020 году доля ТДР будет достигать почти 50%, что значительно приблизит их к сердечно – сосудистой патологии, причем ишемическая болезнь сердца останется ведущей патологией ухудшения качества жизни человека, а тревога и депрессия окажутся на втором месте. Поэтому необходимо более углубленно исследовать связь тревоги и депрессии с сердечно – сосудистыми заболеваниями, исследовать патофизиологические механизмы, ле-

жащие в основе этой связи, что позволит улучшить эффективность лечения и улучшить прогноз.

Цель исследования: выявить уровень тревоги и депрессии у пациентов терапевтического стационара и сопоставить ее с соматической патологией, а также установить структуру гендерного распределения ТДР.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе МБУЗ «ГБ №6 г. Ростова-на-Дону» у пациентов терапевтического отделения. Выборка составила 60 человек, из них 34 женщины (Ж) и 26 мужчин (М) в возрасте 21 – 59 лет ($\pm 43,4$). Пациенты были отобраны с учетом соматической патологии и разделены на две основные группы: заболевания легких (ЗЛ) – 30 человек и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – 30 человек. В группе ССЗ выделено две подгруппы: ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 14 человек и артериальная гипертензия (АГ) – 16 человек.

Для оценки тревоги и депрессии использовался комплекс стандартизированных валидных опросников. Анкету пациенты заполняли самостоятельно, подписывая информированное добровольное согласие. Она состояла из 3 клинических тестовых методик, предназначенных для оценки степени выраженности тревоги и депрессии. Анкета включала в себя международный опросник по изучению депрессии (CES-D); госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и шкалу проявлений тревожности Тэйлора. Полученные результаты сводили в единую базу (электронные таблицы Excel 2016) и производили проверку статистической значимости полученных результатов с использованием t – критерия Стьюдента.

Результаты исследования. По шкале HADS клинически выраженную тревогу/депрессию выявили у 51,67% пациентов, субклинически выраженную тревогу/депрессию у 18,33% пациентов; у остальных 30% пациентов уровень тревоги и депрессии не превышал нормы. Высокий уровень тревоги по шкале Тэйлора обнаружен у 20% пациентов, средний - 38,33% пациентов, низкий – 41,67% пациентов. И по шкале CES-D тяжелая депрессия была выявлена у 5% пациентов; депрессия средней тяжести также у 5% пациентов; легкая депрессия у 16,67% пациентов и у 73,33% пациентов отмечался на уровне нормы.

Основываясь на полученных показателях уровня тревоги и депрессии, все пациенты с соматической патологией были распределены по трем группам.

I группа: высокий уровень ТДР по шкале HADS обнаружили у 31 пациента (Ж – 47%, М – 53,8%), по шкале Тэйлора у 12 пациентов (Ж – 26,47%, М – 11,5%) и по шкале CES-D у 3 пациентов (Ж – 2,9%, М – 7,7%). С учетом перекрестной встречаемости высокий уровень ТДР обнаружили у 11 пациентов, что составило 18,33% от выборки ($n=60$). Из них соматическая патология распределилась следующим образом: ЗЛ – 3 человека (27,27%), ИБС – 6 человек (54,54%) и АГ – 2 человека (18,18%).

II группа: средний уровень ТДР по шкале HADS выявили у 11 пациентов (Ж – 23,5%, М – 11,5%), по шкале Тэйлора - 23 пациентов (Ж – 44,1%, М – 30,8%) и по шкале CES-D – 3 пациентов (Ж – 5,9%, М – 3,8%). С учетом перекрестной встречаемости выделили 18 пациентов, что составило 30,00% от общего количества (n=60). Из них ЗЛ – 8 человек (44,44%), ИБС – 2 человека (11,11%) и АГ – 8 человек (44,44%).

III группа: низкий уровень ТДР по шкале HADS выявили у 18 пациентов (Ж – 29,4%, М – 30%), по шкале Тэйлора – 25 пациентов (Ж – 29,4%, М – 57,7%) и по шкале CES-D - 44 пациентов (Ж – 67,65%, М – 80,8%). С учетом перекрестной встречаемости низкий уровень ТДР выявлен у 31 пациента, что составило 51,67% (n=60). Распределение по соматической патологии в этой группе выглядело следующим образом: ЗЛ – 19 человек (61,29%), ИБС – 6 человек (19,35%) и АГ – 6 человек (19,35%).

Таким образом, высокий и средний уровень ТДР наиболее характерен для патологии сердечно – сосудистой системы. При АГ повышенный уровень ТДР отмечался в 62,5%.

При проведении гендерного анализа у пациентов в I группе с высоким уровнем ТДР можно проследить статистически достоверное превышение числа Ж (26,47%) над М (11,5%) по шкале Тэйлора, тогда как по шкале HADS и CES-D не было отмечено статистически достоверной разницы между М и Ж. Во II группе со средним уровнем ТДР отмечено достоверное превышение Ж (23,5%) над М (11,5%) по шкале HADS и Тэйлора (Ж-44,1%; М-30,8%). В III группе с низким уровнем ТДР отмечалось достоверное превышение числа М (57,7%) над Ж (29,4%) по шкале Тэйлора и CES-D (М-80,8%; Ж-67,65%). По соматической патологии у пациентов с повышенным уровнем ТДР можно проследить статистически достоверное превышение числа Ж над М в группе с АГ (таблица 1).

Таблица 1.

Соотношение соматической патологии с уровнем ТДР и гендерным фактором

Гендерная принадлежность	Ж абс., %	М абс., %	Всего, %	Уровень значимости, р
Соматическая патология				
<i>высокий уровень ТДР у соматических больных (n=11) - 18%</i>				
ЗЛ (n=3)	n=3 27,27%	0	27,27%	p<0,05
ИБС (n=6)	n=3 27,27%	n=3 27,27%	54,54%	p<0,05
АГ (n=2)	n=2 18,18%	0	18,18%	p<0,05
<i>средний уровень ТДР у соматических больных (n=18) -30%</i>				

ЗЛ (n=8)	n=5 27,78%	n=3 16,67%	44,44%	p<0,05
ИБС (n=2)	0	n=2 11,11%	11,11%	p<0,05
АГ (n=8)	n=6 33,33%	n=2 11,11%	44,44%	p<0,05
<i>низкий уровень ТДР у соматических больных (n=31) -52%</i>				
ЗЛ (n=19)	n=9 29%	n=10 32,26%	61,29%	p<0,05
ИБС (n=6)	n=2 6,45%	n=4 12,9%	19,35%	p<0,05
АГ (n=6)	n=3 9,68%	n=3 9,68%	19,35%	

Таким образом, у пациентов с соматической патологией, повышенный уровень ТДР коррелировал с женским полом и наблюдался при сердечно – сосудистых заболеваниях, в частности, при артериальной гипертензии.

Проведенное исследование еще раз подтверждает практическую значимость своевременного выявления ТДР у пациентов с соматической патологией. Психиатрическая помощь в терапевтических стационарах не может, к сожалению, охватить всех нуждающихся в ней пациентов соматического профиля. Да и подавляющее большинство пациентов с соматической патологией из-за стигматизации психиатрии неохотно идут на консультацию к психиатру. Поэтому квалифицированный врач – интернист должен знать не только соматическую патологию, но и уметь оценить психическое состояние пациента. Это позволит ему своевременно выявлять сопутствующую психическую патологию и проводить весь комплекс лечебно – диагностических и профилактических мероприятий, при необходимости привлекая психологов, психотерапевтов и психиатров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белялов Ф. И. Психические расстройства в терапевтической практике. Рекомендации по диагностике и лечению: монография / Под ред. Ф. И. Белялова. – Иркутск, 2011. – 37 с.
2. Марценковский И. А., Соматические симптомы депрессии: взгляд через призму специализированной психиатрической и общей медицинской практики / И. А. Марценковский // *Neuronews*. – 2008. – № 3(1). С. 35 – 39
3. Ромасенко Л. В., Депрессия и сердечно – сосудистые заболевания. / Л. В. Ромасенко // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2009. – № 3-4. С. 8 – 11
4. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства в терапевтической практике: учебник / под ред. акад. РАН А.Б.Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 776 с.
5. *ClinicalKey* [Electronic resource], *Psychosomatics: past, present and future*. *Psychother-Psychosom*/ January 1, 2014; 83 (2); 65-9 Режим доступа: <http://www.clinicalkey.com>

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, ПРИБЕГАЮЩИХ К ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Габриелян А.К.¹, Сукиасян С.Г.^{2,3}

¹*Ереванский государственный университет, Ереван, РА*

²*МРЦ «АРТМЕД», Центр психического здоровья «Стресс», Ереван, РА*

³*Кафедра психиатрии и психического здоровья Армянского
медицинского института, Ереван, РА*

Ключевые слова. Образ тела, качество жизни

Удовлетворенность образом тела имеет субъективно важную для женщин значимость, и тесно связана с ощущением счастья, самооценкой, психологическим и социальным благополучием [4].

Структура образа Тела включает две составляющие: 1) степень удовлетворенности телом (оценочная компонента) и 2) субъективная значимость приписываемая внешнему виду (компонента вложения) [3]. Субъективный образ тела является одним из факторов, оказывающих влияние на психическое состояние человека, и тем самым снижающих уровень качества жизни. Согласно определению ВОЗ, понятие «качество жизни» включает в себя такие аспекты жизни человека, как физический (здоровье), психологический (эмоциональный фон, настроение, психическое благополучие), социальный (социальное функционирование и отношения, жизнедеятельность) и компоненты окружающей среды [1, 7]. Негативный образ тела может стать причиной различных психологических и психопатологических нарушений: от состояний личностных реакций и декомпенсаций, личностных конфликтов и межличностных проблем до состояний тревоги, депрессивных расстройств, аутодеструктивного (вплоть до суицидального) и аддиктивного поведения, сексуальных нарушений [2, 3]. Более того, возможны идеаторные расстройства в виде обсессивных нарушений и навязчивого стремления скрыть дефект при помощи макияжа, изменения стиля одежды или прически, физических упражнений или диеты [6].

Целью данного исследования является выявление особенностей качества жизни женщин прибегающих к эстетической хирургии до и после операции, а также влияние образа тела на качество жизни.

Материал исследования и методы.

Исследование проводилось в отделении эстетической хирургии медицинского центра «Измирлян» Еревана. Участники исследования, 80 женщин, были разделены на 3 группы: 1) экспериментальная группа 1 (ЭГ-1), включающая женщин, прооперированных 1-4 года назад; 2) экспериментальная группа 2 (ЭГ-2), включающая женщин, которые готовились к операции и 3) контрольная группа (КГ). Выбор участниц исследования проводился по сле-

дующим критериям включения: 1) возраст 20-50 лет, 2) женский пол, 3) отсутствие врожденных и приобретенных физических дефектов, 4) отсутствие медицинских показаний к хирургическому вмешательству. Критериями исключения были: 1) патологические проявления психики и 2) функциональные нарушения органов. Контрольную группу составляли женщины той же возрастной категории, которые были довольны своим внешним видом и не имели желания обращаться к эстетической хирургии.

Для исследования влияния образа тела на качество жизни была использована методика Cash T.F. и Fleming E.C. «The Body Image Quality of Life Inventory» (BIQLI). Методика оценивает не образ тела, а отрицательное или положительное влияние восприятия образа тела на различные сферы жизни [5].

Для оценки качества жизни была использована методика John E. Ware «SF-36 Health Status Survey» [8, 9]. Опросник оценивает общий уровень благополучия и удовлетворенности жизнью.

Статистический анализ полученных данных был осуществлен с помощью компьютерной программы SigmaXL 6.11. Для выявления корреляционных связей был использован корреляционный коэффициент Пирсона.

Результаты исследования.

Исследование влияния образа тела на качество жизни позволило выявить, что среди женщин обеих экспериментальных групп образ тела имеет выраженное положительное или отрицательное влияние на разные сферы жизни. Для методики BIQLI нормативными являются следующие данные: $\mu = 1,00$, $st.dev = 1,09$.

В ЭГ-2 средний показатель BIQLI оказался существенно ниже нормативных данных методики: $\mu = -0,5$, $st.dev = 0,94$, т.е. выявлен высокий уровень негативного влияния образа тела на качество жизни. В ЭГ-1 этот показатель оказался выше нормативных данных: $\mu = 1,45$, $st.dev = 0,71$. Это свидетельствует о выраженном положительном влиянии образа тела на качество жизни. В контрольной группе средний показатель BIQLI находится в пределах нормативных данных методики, $\mu = 1,02$, $st.dev = 1,05$. Согласно интерпретации авторов опросника, низкие показатели отражают недовольство образом тела, зависимость самооценки от удовлетворенности внешностью и склонность следовать стандартам красоты.

Более высокое, чем в норме, положительное влияние образа тела на качество жизни в ЭГ-1 позволяет предположить, что такое представление является компенсаторным и выражает фиксацию на внешность. Последняя сохраняется даже после операции, несмотря на то, что женщины прибегли к хирургическому вмешательству с целью преодолеть неудовлетворенность образом тела и улучшить качество жизни в личных, межличностных, профессиональных отношениях. Так, 40% женщин в ЭГ-1 ожидали, что после операции станут более привлекательными, 30% - более самоуверенными,

20% ожидали, что к ним будут лучше относиться, 10% надеялись на улучшение межличностных отношений.

С помощью методики SF-36 были оценены физические, социальные и психологические составляющие качества жизни. В интерпретации результатов акцент был сделан на последних двух составляющих, поскольку все участницы исследования были физически здоровыми. В таблице 1 представлен показатель общего здоровья, который во всех исследованных группах был выше среднего уровня.

Таблица 1.

Сравнение численных показателей качества жизни
в экспериментальных и контрольной группах

Группы	Жизненная активность	Социальное функционирование	Эмоциональное состояние	Психическое здоровье	Общее состояние здоровья
ЭГ-1	63.2	60	52.6	60.4	74.9
ЭГ-2	51	45.2	41.65	46.6	62.8
КГ	72.8	81	73.3	69.5	79

На основе исследования качества жизни в ЭГ-2, был выявлен значительно низкий уровень показателей *ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, социального функционирования и психического здоровья*. Показатель *жизненной активности* имеет среднюю выраженность.

Шкала социального функционирования определяет насколько физическое и эмоциональное состояние ограничивают социальную активность человека. Низкий показатель по данной шкале свидетельствует о наличии существенно ограниченных социальных контактов и о низком уровне общения, связанного с эмоциональным состоянием. Отметим, что 15% пациентов в ЭГ-2 ожидали улучшения межличностных отношений после операции, поскольку ожидаемое улучшение привлекательности образа тела будет способствовать снижению напряженности в любой социальной ситуации, чувства неловкости и избегания контактов.

Низкий показатель шкалы психического здоровья указывает на наличие подавленного настроения, депрессии, негативного эмоционального фона и низкого уровня психического благополучия. В ЭГ-2 была выявлена корреляция между шкалами *ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием* и *качеством жизни, обусловленным влиянием образа тела* ($r = 0,5$), $p < 0,05$.

В ЭГ-1 общий показатель уровня качества жизни выше, чем в ЭГ-2, но не достигает предела нормы. По сравнению с контрольной группой в ЭГ-1 выявлены более низкие показатели по шкалам *ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием* и *социальное функционирования*.

ние. В ЭГ-1 шкала психического здоровья коррелирует со шкалой качества жизни, обусловленным влиянием образа тела ($r = 0,7$), $p < 0,05$.

Выводы.

Анализ результатов данного исследования показал, что среди женщин, прибегающих к эстетической хирургии, образ тела имеет выраженное влияние на качество жизни, в частности, до операции - отрицательное, после операции - положительное. В первом случае результат объясняется высоким уровнем неудовлетворенности внешним видом, во втором – переоценкой роли внешности и приданием образу тела дополнительных функций.

Уровень качества жизни женщин, прибегающих к эстетической хирургии, до операции значительно ниже нормы. После операции отмечается положительная динамика в уровне качества жизни, что проявляется в снижении напряженности и чувства дискомфорта в социальных ситуациях. Тем не менее ожидания приобрести лучшие межличностные отношения и положительный эмоциональный фон не реализуются полностью, так как такие составные компоненты качества жизни, как социальное функционирование, эмоциональное состояние и уровень психического здоровья продолжают оставаться ниже нормы. Более того, сохраняется ориентированность на внешность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Сарвир И.Н. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами. Журн. психиатр. и мед. психологии. 2004; 4: 10-13.
2. Соколова Е.Т., Баранская Л.Т. Клинико-психологические основания эффективности эстетической хирургии. Соц. и клин. психиатрия. 2007; 17:3: 112.
3. Cash T.F., Pruzinsky T. Cognitive-behavioural perspectives on body image. New York, NY: Guilford Press; 2002: 38–46.
4. Cash TF, Pruzinsky T. Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. New York, NY: Guilford Press; 2002: 183-190.
5. Cash, T.F., Fleming, E.C.-The impact of body-image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. International Journal of Eating Disorders. 31: 4, 2002 May: 455-460.
6. Eliana V. Carraca, David Markland, Marlene N. Silva, Silvia R. Coutinho, Paulo N. Vieira, Claudia S. Minderico, Luis B. Sardinha, Pedro J. Teixeira- Dysfunctional body investment versus body dissatisfaction: Relations with well-being and controlled motivations for obesity treatment. Motivation and Emotion journal: vol. 35 n. 4, 2011; doi: 10.1007/s11031-011-9230-0: 423.
7. Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A.-The World Health Organisation WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychometric properties and results of the international field trial. Quality of Life Research journal. 13, 2004: 306-309.
- Thoma A., Sprague S, Veltri K.-Methodology and measurement properties of health-related quality of life instruments: A prospective study of patients undergoing breast reduction surgery.Health Qual Life Outcomes. 2005; 3: 44. doi: 10.1186/1477-7525-3-44: 13-26
8. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. The Health Institute, Boston, Mass.-1994

КЛИНИКА АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

**Горюнова А.В.¹, Данилова Л.Ю.¹, Боброва Н.А.¹,
Воронкова Н.А.²**

*¹ФГБУО РМАНПО МЗ РФ, ²НПЦ ПЗДПДЗ г. Москвы
г. Москва*

Диагностика аутизма и расстройств аутистического спектра в раннем возрасте – серьезная проблема, находящаяся на стыке детской психиатрии, педиатрии и неврологии. Критерии диагностики аутизма, предложенные МКБ-10 и ДСМ-4, практически неприменимы для детей раннего возраста. Более того, в дополнительной редакции к МКБ-10 «Нарушения психического здоровья и развития в младенчестве и раннем возрасте» расстройства аутистического спектра с началом в младенческом и раннем возрасте, выраженные на субклиническом уровне, размываются в нозологически неспецифичной группе «мультисистемные нарушения развития». Вследствие этого у педиатров и неврологов сложилось мнение о тождественности аутизма различного генеза, что является, на наш взгляд, одной из причин роста распространенности РАС. С учетом необходимости проведения психиатрами медосмотров детей в возрасте 1 и 3 лет жизни (приказ МЗ РФ № 1346 от 21.12.2012г.), разграничение аутистикоподобных форм патологии эндогенной (процессуальной и непроцессуальной), органической/неврологической и др. этиологии для выбора тактики лечебно-педагогической коррекции представляется очевидным.

Цель работы: описать специфические для аутистических синдромов разного генеза проявления нарушений психического развития у детей до трех лет.

Материал и методы исследования. Из 332 детей в возрасте от 6 мес. до 3 лет, обратившихся за консультацией в кабинет раннего возраста НПЦПЗДП Москвы в 2016 г., вн/работу вошли результаты исследования 265 детей с аутистическими расстройствами (АР). Больные распределены: 1 группа – младенческий возраст (6 мес. ÷ 11 мес. 29 дней) -36 детей и 2-я группа – ранний возраст (1г. ÷ 2 г.11мес.29 дней) -229детей.

В исследовании применялись неврологический, психопатологический и клиничко-динамический методы обследования, которые дополнялись по показаниям методами молекулярной генетики, МРТ, ЭЭГ.

Для оценки психического развития использовались основные показатели психомоторного развития и сроки их появления у детей младенческого и раннего возраста, описанные педиатрами, неврологами, психиатрами, психологами (4,7,9,11,12). К ним относятся: своевременное и последова-

тельное формирование двигательных функций (сидение, ползание, вертикализация, ходьба); динамика возрастных уровней общения с акцентом на инициативность, чувствительность ребенка к воздействиям взрослого, вовлеченность в общение и эмоциональное реагирование; параметры эволюции познавательной деятельности, которые включают внимание и интерес к предметам, познавательные и предметно-манипулятивные действия, становление игры от предметно-манипулятивной на первом году жизни до игры по подражанию, игры воображения после 1,5–2 лет; формирование предречи, понимание речи, экспрессивная речь, формирование социальных навыков. Для определения отклонений в психическом развитии использовали психодиагностический тест «ГНОМ» (6).

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту и диагнозу

	Синдром Каннера F84.1	Атипичный аутизм F 84.3	Др. нар-я развития F 84.8	Орг. пораж-е ЦНС с AP F 06.8	ЗППР с AP и гипер-актив-ностью F80.1,80.82, 80.88	Всего
1-я гр.	3	-	29	2	2	36
2-я гр.	16	21	165	7	20	229
Всего	19	20	194	9	22	265

Как видно из таблицы, у детей до года доминировал клинически и этиологически неопределенный диагноз F84.8. При обследовании детей старше года появлялась дифференциация диагнозов на синдром Каннера и атипичный аутизм (подразумевался процессуальный аутизм или аутизм как последствие дезинтегративного психоза). Группа «других нарушений развития» в 3 года по-прежнему оставалась большой.

Анализ наших наблюдений и данных анамнеза (ретроспективно) позволил выделить для младенческого возраста характерные симптомы аутизма, сгруппированные в блоки:

- Нарушения вегетативно-инстинктивных функций, возникающие даже при отсутствии перинатальной патологии спустя 1-3 мес. после родов и сохраняющиеся в последующие годы: расстройства сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства. Отсутствие реакции на физический дискомфорт и чувство голода.

- Нарушения ситуативно-личностного и эмоционального общения с взрослым с первых месяцев жизни, безразличие к окружающему, отсутствие фиксации взгляда на лице взрослого или контакта глаза-в-глаза, комплекса внимания, «подражания», интонационного крика; позднее появление ответной улыбки, слабость и искажение комплекса оживления, отсутствие смеха.

- Эмоциональная обедненность, гипомимия, «серьезный» взгляд с первых дней жизни, грустное, отстраненное выражение лица. Высокий уровень тревоги, готовность к паническим реакциям, раннее формирование страхов. Страх мытья головы.

- Снижение внимания и интереса к игрушкам, «за мороженностью» созерцанием ярких предметов, их движением. Своеобразная избирательность к игрушкам, их однообразию, замена бытовыми предметами с формированием сверхценного отношения к ним. Задержка игры на этапе предметных стереотипных манипуляций. Отсутствие познавательной активности и ситуативно-игрового контакта с взрослым.

- Нарушения инстинктивного поведения и социальных навыков: индифферентное отношение к матери, реже аффективный симбиоз с ней (нарушение системы «мать – дитя»); отсутствие указательного жеста, подражания мимике, звукам животных и речи, жестам, детских игр («ладушки», сорока-сорока и т.д.) .

- Задержка появления или искажение этапов предречи (бедное гуление и лепет, отсутствие слогов). Непонимание обращенной речи, отсутствие отклика на имя после бмес.

- Нарушение двигательного развития со скачкообразностью или задержкой локомоторики. Отсутствие позы готовности при взятии на руки, трудность фиксации позы. Часто отсутствие ползания. Расстройства мышечного тонуса: гипотония или дистония, «ходьба на цыпочках». Малая двигательная активность до 1 года, сменяющаяся гиперактивностью после становления ходьбы. Раннее появление двигательных ручных стереотипов.

В период раннего возраста (1–3 года) обнаруженные до года аутистические стигмы становятся более очевидными, сохраняется задержка становления локомоторики и ее совершенствования. В период раннего детства для нормально развивающегося ребенка ведущей является предметная совместная деятельность, яркая познавательная активность, которая у ребенка с АР оказывается искаженной и сниженной; развития речи практически нет. Отчетливо выявляются отрешенность ребенка от окружающего, отказ от любого общения, инкапсуляция, бедность мимики, отсутствие невербальных форм общения, коммуникативных жестов, отсутствие интереса к игрушкам, стереотипное поведение. Типичными признаками аутистических нарушений развития в этом возрасте являются:

- Отсутствие потребности в контактах, в том числе и невербальных, слабость выразительных мимических реакций, отсутствие коммуникативных жестов, безразличие к близким, отсутствие интереса к детям.

- Позднее появление слогов, слов, замена их звуками, «птичий» язык, интонационная невыразительность. Непонимание обращенной речи. Стереотипии в собственной речевой продукции. Выявляется диссоциация ре-

czego развития в виде задержки импрессивной и коммуникативной функции речи при достаточной или ограниченной артикуляции.

- Отсутствие игры по подражанию. Отсутствие воображения в игре. Своеобразная избирательность в игрушках, замена их бытовыми предметами с формированием сверхценного отношения к ним, бесцельные механические действия с ними, выкладывание в ряды, верчение. Протодиакризис.

- Ригидность, привязанность к стереотипам в одежде, распорядке дня, расположении предметов, к маршрутам. Трудности адаптации к переменам.

- Избирательность в еде, слабое жевание, предпочтение протертой пищи. Задержка формирования навыков опрятности, самообслуживания. Привычное обнюхивание предметов.

- Сниженное настроение в сочетании с высоким уровнем тревоги, готовность к паническим реакциям, раннее формирование страхов.

- Сочетание трудностей привлечения внимания с большой пугливостью и гиперчувствительностью. Гиперметаморфоз внимания.

На фоне специфического дизонтогенеза у детей с АР сохраняются соматовегетативные расстройства и возникают характерные расстройства психомоторики. Типичны разнообразные стереотипии: потряхивание кистями рук и предметами, однообразное вычурное шевеление и перебирание пальцами, потирание рук, импульсивные взмахи или сгибание-разгибание рук в локтевых и плечевых суставах; однообразные повороты головы или тела, раскачивания, биение туловищем и головой, безустанное кружение вокруг своей оси и манежный бег, подпрыгивания, внезапные застывания и замирания. Эти феномены были расценены как микрокататонические симптомы, реже как навязчивости или ритуалы.

Из других симптомов часто наблюдались диффузные плохо оформленные и, одновременно, глубокие витальные страхи (громких звуков, новых людей и предметов), а также нелепые страхи (определенной еды, ласкательных имен, бытовых процедур типа мытья головы или остригания ногтей, обычных домашних принадлежностей, мух, ветра).

На раннем возрастном этапе клинические проявления нарушений развития с АР(типичный и атипичный аутизм, ранняя детская шизофрения, аутистические синдромы вследствие органических поражений головного мозга, хромосомных и генетических синдромов) имеют много общих клинических признаков (1-3,5,8,10,13). Тем не менее, степень выраженности отдельных специфических нарушений позволяет уже в этом возрасте дифференцировать указанные расстройства (3, 13-15). Так, детям с АР вследствие органического поражения ЦНС или хромосомной патологии свойственны торпидность, дисфории, неврологические симптомы. У них выявляется тотальность умственного недоразвития, а не асинхрония. Их стереотипная деятельность сводится к примитивным привычным патологическим дей-

ствиям. Страхи также примитивны, сближаясь с проявлением общей тормозимости, часто ситуационно обусловлены.

Большое значение в дифференциально-диагностическом и прогностическом плане имеют оценка динамики общего психического развития и его составляющих, характер присоединившихся психопатологических расстройств, прогрессивное, стационарное или регрессивное развитие аутизации, семейный анамнез. Можно надеяться, что по мере взросления детей, в группе «других нарушений развития» (F84.8) будет возможно проведение более точной дифференциальной диагностики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: «Медицина», 1999. – 236 с.
2. Воронков Б.В., Рубина Л.П. Актуальные вопросы дифференциальной диагностики аутизма. С-Пб., 2014. – 66с.
3. Горюнова А.В. Аутизм и расстройства аутистического спектра у детей // Детская и подростковая психиатрия /Под ред. проф. Ю.С.Шевченко.–М.: «МИА», 2017 – с.392-419.
4. Гречаный С.В. Психопатологическое обследование в раннем детстве: теоретическое обоснование и практическая работа // Юбилейные Сухаревские чтения – М, 2016 г. – с. 32-33.
5. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л.: Медицина, 1981 – 208 с.
6. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «Гном». – М.: МГИУ, 2012.– 42 с.
7. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития у детей первого года жизни. – М.: Медицина, 1981 – 271 с.
8. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма.–М.: Просвещение, 1991 – 88с.
9. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения – М.: Педагогика, 1986.
10. Никольская О.С., Баенская Е.П., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. –М.:Теревинф, 1997 – 342 с.
11. Скворцов И.А., Башина В.М. Нарушения развития коммуникативных функций у детей при заболеваниях аутистического спектра. – Тула: Имидж Принт, 2013. – 320 с.
12. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет.– М.: МГПУ, 2003. – 128 с.
13. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте. – Дис. на соиск. д.м.н., 2006
14. Шевченко Ю.С., Горюнова А.В., Корнеева В.А. Ранний детский аутизм в эволюционно-биологическом аспекте // Неврологический вестник – 2016, № 1 – с. 32-39
15. Фред Р. Волкмар, Лиза А. Вайзнер. Аутизм – Екатеринбург: Рама Раблишинг, 2014.

ФИЛЬМОТЕРАПИЯ В ПРОЦЕССЕ РЕАДАПТАЦИИ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ ПРОФИЛАКТОРИЯХ

**Григорьева И. В., Кралько А. А., Шумай В. В.,
Ладо А. В., Сергеенко И. В.**

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья
г. Минск*

В настоящее время проблема пьянства и алкоголизма продолжает оставаться одной из наиболее значимых, так как влечет значительный медико-социальный и социально-экономический ущерб. Одним из инструментов для медико-социальной реадaptации граждан с синдромом зависимости от алкоголя находящихся в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП) может служить фильмотерапия. Кинотренинг является современным методом групповой психокоррекции с использованием кино, объединяющий искусство и психологию в действенный инструмент самопознания и личностного роста. Результативность данного метода подтверждена рядом исследований. Так, по данным Карповой Н.Л. и Шувикова А.И. (2006), Березина С.В. (2008, 2010) кинотренинг может использоваться как метод, способствующий преодолению алкогольной анозогнозии и повышению приверженности к терапии и труду [1, 2].

Применение фильмотерапии в комплексной медицинской реабилитации является тем компонентом, который способствует оптимизации реабилитационного процесса, повышению мотивации на лечение и улучшает комплаентные отношения со специалистами.

Включение фильмотерапии способно расширить комплекс мер в медико-социальной реадaptации, для оптимизации реабилитационного процесса с использованием внутриличностных ресурсов пациентов находящихся в условиях ЛТП. В процессе психосоциальной реабилитации происходит возвращение пациенту, находящемуся в ЛТП адекватного социального статуса; возвращение пациенту способности к самостоятельной жизни без употребления алкоголя, способности к общественно-полезному труду, самообразованию и развитию.

Цель исследования – разработка эффективной программы фильмотерапии для включения в комплексный метод реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в условиях ЛТП.

Основные цели эффективной программы фильмотерапии в процессе комплексной реабилитации: развитие рефлексии; актуализация и проработка подавленных эмоций и чувств; отреагирование психотравмирующих переживаний; гармонизация эмоционального состояния личности; измене-

ние стереотипов поведения и коррекция социально-психологических установок и ценностных ориентаций; нравственное и духовное воспитание.

Процесс включения в программу реабилитации различных фильмов соответствовал следующим критериям:

1) возможность фильма сфокусировать внимание на конкретной проблеме, актуальной для пациента (алкогольная зависимость, семейные конфликты, переживание неконтролируемых негативных эмоций);

2) основное содержание фильма аллегорически показывает возможность преодоления проблемы и личностного роста;

3) герои фильма демонстрируют личностные качества и модели поведения, которые необходимо развить у пациента (преодоление зависимого поведения, ответственность, формирование стандарта трезвости и т.д.).

4) основные социально-психологические характеристики героев фильма (пол, возраст, социальный статус) соответствуют тем характеристикам пациентов, которые создают психотерапевтическое воздействие через механизм проекции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие: основная группа (I группа) – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя находящиеся в условиях ЛТП в возрасте от 21 до 60 лет, проходящие метод комплексной медицинской реабилитации с использованием фильмотерапии (150 пациентов: 100 пациентов ЛТП №1 и 50 пациентов ЛТП №5).

Группа сравнения (II группа) – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя находящиеся в условиях ЛТП в возрасте от 21 до 60 лет, проходящие стандартную программу медико-социальной реадaptации (150 пациентов: 100 пациентов ЛТП №1 и 50 пациентов ЛТП №5).

Средний возраст в ЛТП №1 составил $39,8 \pm 9,4$ лет; в ЛТП №5 – $41,5 \pm 9,01$ лет. Средний стаж злоупотребления алкоголем у пациентов ЛТП №1 – 16,5 лет, пациентов ЛТП №5 – 16,7 лет.

Использовались методы: клинико-психопатологический (диагностика по критериям V (F) раздела МКБ-10 [3], клинического интервью и оценки потребности в помощи (Бел-ИТА/В-ASI) [4]). Для актуализации и стандартизации программы фильмотерапии при синдроме зависимости от алкоголя была применена диагностика парциальных позиций интернальности - экстернальности личности Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд (1984), направленная на исследование парциальных шкал локуса контроля [5].

Результаты и обсуждение.

С помощью оценки данных Бел-ИТА/В-ASI был выявлен имеющийся уровень социализированности и потребности в помощи пациентов относительно вопросов потребления алкоголя, взаимоотношений с людьми, проблем с законом, наличием проблем с жильем и финансовой стабильности, вопросов трудоустройства и досуга.

Важным критерием создания реабилитационной среды для лиц, зави-

симых от алкоголя является семья, которая создает благоприятный эмоциональный климат и взаимную поддержку. Исследование семейного положения и статуса показало, что 31,5% лиц из ЛТП не имеют в настоящее время семьи и проживают самостоятельно. У 9,5% лиц из ЛТП №1 и 7% из ЛТП №5 нет собственного жилья, и они вынуждены жить у своих родственников или знакомых. Только 27% лиц из ЛТП №1 и 26% из ЛТП №5 находятся в супружеских отношениях, которые, по их мнению, имеют проблемный характер. Полученные данные подтверждают, что у указанных лиц имеются значительные проблемы с созданием семьи, выстраиванием прочных доверительных отношений и решением вопросов, связанных с обеспечением жизненного пространства и автономностью социального статуса.

Злоупотребление алкоголем послужило одной из весомых причин совершения противоправных деяний данными лицами: 80% лиц имеют штрафы и иски за совершение административных правонарушений. Большинство имеют в анамнезе судимость -61,5%, что подтверждает наличие у данных лиц криминогенного прошлого опыта и поведения.

Частыми решаемыми вопросами явились затруднения в восстановлении рабочего статуса. Препградой к эффективной интеграции в обществе явились сложившиеся особенности криминогенного поведения, которое закреплялось при каждом совершении противоправных действий и попадании в поле зрения правоохранительных органов, последующем нахождении в ЛТП. Это в последующем отражалось на качественном формировании мотивации данных лиц к раскрытию собственного потенциала и выстраиванию перспективного жизненного сценария.

Оценка профиля проблем в отношении трудоустройства и организации досуга дала возможность оценить потребность в трудовой реадaptации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Среди пациентов ЛТП 82% высказали обеспокоенность трудностями с трудоустройством, потребность в помощи решения данных вопросов отметили 81% пациентов. Изучение анамнестических сведений показало, что не имели постоянной работы 80% человек, конфликтные взаимоотношения на работе отметили 35% пациентов. Увольнение в связи с нарушениями трудовой дисциплины имели 55% пациентов; основная причина увольнения – прогулы. Имеющиеся проблемы с трудоустройством и работой были обусловлены, по мнению пациентов, употреблением спиртных напитков и абстинентными расстройствами, по причине которых данные лица не выходили на работу.

В связи с отсутствием работы у 82,5% пациентов были финансовые затруднения, 80% пациентов имели долги и 85% неоплаченные административные штрафы. Финансовые затруднения пациентов были вызваны отсутствием постоянного заработка, частой сменой рабочего места и постоянной потребностью в приобретении спиртных напитков.

У 56% пациентов имелись сложности с самостоятельной организацией

своего свободного времени и досуга. Серьезные затруднения у пациентов вызывало проведение досуга без алкоголя, так как по мере развития зависимости досуг становился однотипным и сводился к времяпровождению в компании лиц с алкогольными ценностями. Организация досуга опиралась на стереотипные семейные и рабочие традиции с преобладанием алкоголизации.

Исходя из результатов оценки клинического интервью и оценки тяжести зависимости (Бел-ИТА/В-ASI) была составлена программа фильмотерапии, рассчитанная на просмотр в течение двух месяцев. Развивающаяся в процессе работы с кинофильмом способность адекватного понимания объективного содержания смысла фильма способствовала у пациентов пониманию жизни, себя и отношения с людьми. Программа фильмотерапии включала три последовательных блока.

1 блок - информационный (психопросвещение): работа данного блока состоит из последовательного просмотра 6 различных фильмов, с заданной тематической направленностью. Просмотр данных фильмов формировал представления о вредных последствиях действия алкоголя на физическое, психическое и социальное функционирование человека.

Видеоматериал данного блока рекомендован для применения на начальном этапе реабилитации: 1) в психопрофилактической работе для формирования познавательной мотивации, целеполагания, осмысленности и рефлексивности поведения; 2) просмотр отдельных эпизодов возможен для проведения психопрофилактических бесед; 3) после просмотра видеоматериала возможно групповое обсуждение тем, предложенных в программе; 4) во время проведения психокоррекции в индивидуальном формате может быть предложено рассмотрение вопросов, представленных в программе;

2 блок - мотивационный; работа данного блока состоит из последовательного просмотра 7 роликов и фильмов, просмотр которых акцентирует внимание человека с зависимым поведением на связь влияния нерешенных эмоциональных и социальных проблем на рецидивы злоупотребления алкоголем, а также на активизацию важной роли социальной сети поддержки в преодолении пагубного влечения к спиртному.

Видеоматериал может применяться в различных формах: 1) в психокоррекции для формирования мотивации на лечение; 2) в групповой или индивидуальной форме психотерапевтической работы по рекомендованным темам, указанным в программе; 3) для самостоятельного просмотра лицами с синдромом зависимости от алкоголя и обсуждения на групповых и индивидуальных психотерапевтических встречах;

3 блок - духовно-нравственный: включает 3 фильма, просмотр которых стимулирует человека к поиску выхода из сложных ситуаций благодаря уровню веры и примеру поведения главных героев. Просмотр фильмов фокусирует внимание на жизненных целях, потребностях и чувствах главных

героев, оказавшихся в непростой ситуации, мотивирует человека, зависимо-го от алкоголя, рассмотреть собственные жизненные ценности и способ-ствует нравственному возрождению.

Видеоматериал может применяться в различных формах: 1) для про-светительской работы, способствует формированию позитивного миро-воззрения; 2) для проведения психокоррекционной работы с обсуждением предложенных в программе вопросов; 3) для самостоятельного просмо-тра и обсуждения на групповых и индивидуальных психотерапевтических встречах.

В ходе фильмотерапии человек с синдромом зависимости от алкоголя заполняет «Дневник фильмотерапии» и анализирует просмотренный виде-оматериал. Этот материал используется в дальнейшем в диагностических целях специалистами для объективной оценки процесса фильмотерапии и эффективности реабилитационного процесса. Записи в дневнике стимули-руют воспроизведение в памяти пациента сюжета фильма, способствуют формированию привычки к осмыслению событий жизни, анализу и сопо-ставлению чужих историй собственным, дают возможность использования им наработанных позитивных выборов в реальной жизненной ситуации.

Дневник представляет собой вопросы и утверждения по отдельным блокам, которые помогают еще раз вспомнить и проанализировать полез-ную информацию видео, вопросы постепенно складываются в терапевтиче-скую цепочку необходимых шагов изменения локуса контроля относительно зависимого поведения в интернальную сторону, что в свою очередь предо-пределяет наработку новых жизненных выборов.

Материалы дневника фильмотерапии информационного блока необ-ходимы для формирования познавательной мотивации, целеполагания, осмысленности и рефлексивности поведения лиц с синдромом зависи-мости.

Программа мотивационного блока способствуют анализу и усвоению видеоматериала, эффективного для разбора принятия социальных ролей, моделей поведения современного общества, идентификации и анализа социальных проблем и жизненных обстоятельств, подтолкнувших к злоупо-треблению алкоголя.

Вопросы духовно-нравственного блока мотивируют анализ ситуаций и построение перспективного плана жизни лиц с синдромом зависимости. Вопросы и утверждения данного блока раскрывают глубокое эмоциональ-ное и духовное состояние, отображающее психологическую ситуацию, в ко-торой находятся герои фильма.

Выводы.

1) Использование в процессе комплексной реабилитации фильмоте-рапии способствует повышению мотивационной заинтересованности паци-ентов, зависимых от алкоголя в собственном реабилитационном процессе,

улучшает эмоциональный контакт и повышение комплайентных отношений между специалистами, участвующими в процессе реабилитации.

2) Ведение дневника фильмотерапии пациентами способствует эффективному анализу личных жизненных ситуаций, осознанию своих мыслей, нивелированию негативных переживаний и закреплению полученных знаний. Дневник является мотивационным инструментом для стимулирования аналитического способа мышления и дополнительным диагностическим материалом для анализа проведенной специалистами работы.

Результаты программы фильмотерапии находятся в процессе обработки и будут предоставлены по мере завершения комплексной реабилитационной программы пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в условиях ЛТП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карпова, Н.Л., Шувиков, А.И. Метод кино- и видеотерапии в логопсихотерапии// Психологические, логопедические и психотерапевтические аспекты восстановления нарушенного речевого общения при заикания: материалы науч.-практ. конф. памяти Ю.Б. Некрасовой. – Самара: Изд-во НТЦ, 2006. – 120 с.
2. Березин, С.В. Кинотерапия как метод вторичной профилактики наркомании в семье. – Материалы третьих антинаркотических чтений профессорско-преподавательского состава, студентов и практических работников, посвященных десятилетию действия Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах», 4 апр. 2008 г. Отв. ред. Галузин А.Ф., Лошкарев В.В. – Самара: Изд-во Самарского гос. экон. ун-та, 2008.
3. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинич. описания и указания по диагностике: 10-й пересмотр / пер. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина; ВОЗ. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
4. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) В.В. Поздняк и др. // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. – Дата доступа: 10.03.2017.
5. Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В.Козлов, Г.М.Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ТКМП В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ

**Гуцалова В.П., Митюринна О.А., Пустовет Е.Н.,
Лигунова Д.М.**

г. Ростов-на-Дону

По данным ВОЗ количество детей с задержкой речевого развития (ЗРР) и синдромами дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) с начала третьего тысячелетия возросло в несколько раз по сравнению с данными конца прошлого века и продолжает увеличиваться с каждым годом. И все эти синдромы характеризуются трудностями в обучении, нарушениями поведения, симптомами вегетативной дисфункции и расстройствами эмоциональной сферы. Ретроспективная статистика неумолимо показывает, что при отсутствии лечения только у 1/3 детей с такими проблемами симптоматика нивелируется по мере взросления. Остальные 2/3, как правило, с трудом осваивают программу среднего и профессионального образования, зачастую уже в подростковом возрасте попадают в поле зрения правоохранительных органов, не могут адаптироваться в обществе, начинают вести асоциальный образ жизни и совершать криминальные поступки. Исходя из вышесказанного, актуальность задачи по коррекции этих синдромов переоценить невозможно.

Но как раз задача коррекции и лечения СДВГ и ЗРР современной медициной решена не в полной мере. Большинство детских неврологов и психиатров сходятся на том, что лечение таких проблем должно быть комплексным. Терапия, широко применяемая в западных странах – стимуляторы и симпатомиметики – у нас используется весьма ограниченно, так как препараты (за некоторым единичным исключением) не зарегистрированы в РФ. В этих условиях возрастает роль поведенческой терапии и медикаментозной симптоматической, направленной на улучшение трофики, микроциркуляции, коррекции обмена. Поскольку при инструментальных исследованиях у детей с этими синдромами почти всегда выявляются нарушения кровотока в сосудах головного мозга, признаки повышенного внутричерепного давления и дизритмичными нарушениями регуляторных функций головного мозга, то медикаментозная терапия представляет собой традиционные схемы ноотропов, ангио- и церебропротекторов, и других препаратов, улучшающих мозговое кровообращение и питание. Помимо лекарств, в комплексное лечение этих состояний входят занятия с психологом и поведенческая терапия. Мы добавили к этой схеме еще транскраниальную микрополяризацию (ТКМП). При включении ТКМП в комплекс лечебных мероприятий их результативность заметно повысилась.

Транскраниальная микрополяризация представляет собой неинвазивный метод воздействия на отдельные структуры головного мозга очень слабым постоянным электрическим током. Сила тока от 0,1 до 0,5 мА сравнима

с силой тока собственных электрических процессов головного мозга. Ток подается с помощью 6 электродов, наложенных на определенные участки черепа, в зависимости от того, на какие структуры необходимо повлиять. Принцип метода заключается в том, что электрический ток такой слабой силы направленно изменяет функциональное состояние нейронов, улучшает взаимодействие между нервными клетками и отдельными структурами головного мозга без риска их повреждения и способствует тем самым восстановлению регуляции или развитию различных функций. Метод ТКМП применяется в разных странах более 20 лет, и его безопасность, эффективность и отсутствие побочных действий доказаны на практике. При лечении СДВГ и ЗРР мы располагали электроды над зоной проекции префронтальной коры и теменно-височной области, воздействуя током от 0,1 до 0,3 мА в течение 30 минут курсом из 12-15 сеансов, проводимых ежедневно или через день. Так как авторы метода в качестве единственного побочного эффекта транскраниальной микрополяризации указывают возможное повышение судорожной готовности, то перед назначением курса ТКМП пациентам в обязательном порядке снималась ЭЭГ, и в случае выявления на энцефалограмме очагов судорожной активности микрополяризация не назначалась. Во всем остальном никаких других специальных обследований или особых режимов при прохождении курса ТКМП не требуется.

На базе ДМЦ «Плюс» за 2016 год получали лечение по поводу ЗРР и СДВГ всего 86 детей. Из них 49 детей прошли курсы ТКМП и 37 детей получали лечение без ТКМП. Причем, из 49 детей, проходивших курсы ТКМП, 11 человек не получали вообще никакой медикаментозной терапии. Все эти дети имели диагноз: задержка речевого развития при нормальном развитии интеллекта; они занимались с психологом и ходили на сеансы ТКМП. В данной группе у всех пациентов после 3-4 сеансов ТКМП появилось проговаривание слов из нескольких слогов, стал быстро нарастать словарный запас и после 12-15 сеансов ТКМП все дети достигали примерно половины рекомендованного по возрасту количества слов и начали самостоятельно формировать простые словосочетания. Результаты наших мероприятий представлены в таблице №1.

Таблица 1.

Общие результаты лечения всех детей

Всего 86 из них	Кол-во детей, получавших комплекс лечебных мероприятий без применения ТКМП	Кол-во детей, получавших ТКМП
	37	49
Улучшение состояния после лечения	34	47
в %	91,9%	95,9%
Без эффекта от лечения	3	2

в %	8,1%	4,1%
Ухудшение после лечения	0	0

Под улучшением мы считали стойкое уменьшение или нивелирование патологической симптоматики, подтвержденное инструментальными методами исследования. К концу курса лечебных мероприятий у большинства пациентов отмечалось снижение гиперактивности, уменьшение эмоциональной неустойчивости, родители и учителя этих детей отмечали у них улучшение памяти, внимания и поведения в целом, за счет чего улучшались их социально коммуникативные навыки. Причем, если у части пациентов с СДВГ улучшение отмечалось не в полной мере, то у детей с синдромом задержки речевого развития улучшение зафиксировано в 100%. Результаты лечения по синдромам представлены в таблицах №2, №3 и №4.

Таблица 2.

Результаты лечения у детей с СДВГ (всего 19)

Общее количество 19 из них	Кол-во детей, получавших медикаментозную терапию + занятия с психологом + ТКМП	Кол-во детей, получавших только медикаментозную терапию
	9	10
Улучшение состояния после лечения	7 – 77,77%	7 – 70%
Без изменения состояния после лечения	2 – 22,22%	3 – 30%
Ухудшение состояния после лечения	0	0

Таблица 3.

Результаты лечения детей с ЗРР без СДВГ и задержки интеллектуального развития (всего 44)

Всего 44 из них	Кол-во детей, получавших медикаментозную терапию + занятия с психологом + ТКМП	Кол-во детей, получавших медикаментозную терапию + занятия с психологом	Кол-во детей, получавших только ТКМП
	13	20	11
Улучшение (фразовая речь)	13 – 100%	20 – 100%	11 – 100%
Без эффекта или ухудшение состояния	0	0	0

Таблица 4.

Результаты лечения детей со смешанной симптоматикой
(СДВГ, ЗРР, симптомы ППЦНС) (23 человека)

Всего 23 из них	Количество детей, получивших комплексное лечение + ТКМП	Количество детей, получивших комплексное лечение без ТКМП
	9	14
Улучшение состояния после лечения	9 – 100%	13 – 92, 85%
Без изменения состояния	0	1 – 7,15%
Ухудшение состояния после лечения	0	0

Как видно из вышеприведенных таблиц, ухудшения состояния пациентов при использовании ТКМП не наблюдалось ни разу, также ни у одного ребенка, получавшего ТКМП, не отмечалось никаких, даже слабо выраженных побочных эффектов.

Выводы

1. Применение транскраниальной микрополяризации головного мозга значительно повышает результаты комплексной терапии у детей с задержкой речевого развития, синдромом дефицита внимания и гиперактивности и признаками перенесенного перинатального поражения ЦНС.

2. Транскраниальная микрополяризация может применяться в качестве самостоятельной терапии у детей с задержкой речевого развития при нормальном интеллектуальном развитии без признаков СДВГ.

3. Безопасность и отсутствие побочных эффектов применения ТКМП в детской психиатрии и неврологии подтверждается практикой при условии предварительного контроля инструментальными методами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте М. Академия, 2006г.
2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека СПб, Питер, 2008г.
3. Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карабанова О.А. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков М., Академия, 2006г.
4. Булахова Л.А. Детская психоневрология Киев, Здоровья, 2005г.
5. Кропотов Ю.Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания СПб, Элби-СПб, 2005г.
6. Фесенко Е.В. Диагностика и лечение СДВГ у детей, автореферат диссертации СПб, 2009г.
7. Шелякин А.М., Преображенская И.Г. Применение локального постоянного тока в эксперименте и клинике Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова 2001г.
8. Шелякин А.М., Пономаренко Г.Н. Микрополяризация мозга. Теоретические и практические аспекты. Санкт-Петербург, 2006г.
9. Илюхина В.А., Матвеев Ю.К. Транскраниальная микрополяризация в физиологии и клинике Санкт-Петербург, 2006г.
10. Пинчук Д.Ю. Транскраниальные микрополяризации головного мозга: клиника, физиология, 20-летний опыт применения, Санкт-Петербург, 2007г.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НАБОРА ВЕСА ПРИ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

Дмитриев М.Н., Дмитриева Н.С., Худина Ю.С.

г. Ростов-на-Дону

Одним из наиболее частых нежелательных явлений при терапии психозов является повышение массы тела [1,14,15,17], которое может быть наиболее тягостным побочным эффектом по мнению пациентов [23]. Повышение веса и последующее ожирение является в свою очередь важнейшим фактором развития диабета и сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с шизофренией, что значительно снижает продолжительность и качество их жизни [17,21,22,24,27]. В выборке таких пациентов частота развития ожирения и метаболического синдрома может достигать 40% и 38% соответственно [32], а при длительной терапии избыточный вес обнаруживают у 50-60% , а развитие ожирения у 40-60 % [14].

Существуют многоуровневые взаимоиндуцирующие причины и механизмы роста массы тела при психозах [24]. В настоящей статье мы остановимся на некоторых из них.

В качестве неспецифических факторов риска можно выделить особенности диеты и малоподвижный образ жизни [26]. По сравнению с общей популяцией люди с психозами потребляют больше насыщенных жиров, рафинированного сахара, меньше растительных волокон с фруктами и овощами [26,28]. Негативно на набор веса у лиц, страдающих шизофренией, влияют значимая частота курения и злоупотребления алкоголем [20,22,32].

Важное значение имеет структура базовой терапии, прежде всего вид и дозы антипсихотика. Сразу надо оговориться, что применение нейролептиков (особенно комбинированное или в неадекватно больших дозах) да еще с преимущественно седативным эффектом без четкого клинического обоснования само по себе способно усиливать явления поведенческой токсичности, стимулируя вышеизложенные негативные факторы. Но существует и прямое влияние антипсихотиков на изменение пищевого поведения, приводящее к значимо большему потреблению еды, которое сопряжено со спектром их рецепторной активности [1,13]. Здесь можно выделить два вида нарушений: неадекватно сильный аппетит и невозможность получить насыщение. Одним из возможных объяснений является компенсаторный эффект блокады допаминовых рецепторов, что снижает способность получать удовольствие [14]. Нарушение насыщения может быть связано с действием на серотониновые рецепторы и опосредованное нарушение регуляторных нейрогуморальных механизмов на уровне гипоталамуса. Здесь наиболее значимую роль играет значительное повышение уровня лептина с разви-

тием нечувствительности к их ингибирующему аппетит действию (лептино-резистентность) [1,32]. Вполне возможно, что помимо чисто гуморальных (биохимических) механизмов в развитии этого феномена играют важную роль и психопатологическая составляющая - соматопсихическая деперсонализация, наиболее часто входящая в структуру тревожных и аффективных синдромов и симптомокомплексов. А эти нарушения по сути являются облигатными при расстройствах шизофренического спектра. Помимо прямого влияния на допамин и серотонин, что собственно и характерно для группы атипичных антипсихотиков, лекарства, обладающие наибольшим сродством к гистаминным H1 рецепторам (например, клозапин и оланзапин) вызывают наибольшее повышение массы тела при курсовой терапии [1, 10, 11].

Отдельно хотелось бы выделить аспекты нейрогормональных побочных эффектов, прежде всего нейролептическую гиперпролактинемию [2,3,19,31]. Гиперпролактинемия не является прерогативой исключительно ятрогенного действия именно нейролептиков и может наблюдаться при лечении широким спектром психотропных и соматотропных препаратов [16]. Но чаще всего её вызывают именно антипсихотики с высоким сродством к D-2 рецепторам, расположенным на уровне туберо-инфундибулярного тракта [2,3,13,19]. Принято считать, что гиперпролактинемию верифицируется при превышении уровня пролактина, обычно проводимого методом иммуноферментного анализа, у мужчин выше 500 мМЕ/л, а у женщин — 700 мМЕ/л. Ее клинические проявления помимо повышения массы тела [6, 15] проявляются спектром сексуальных и репродуктивных нарушений.

Особенность большинства исследований, посвященных нейролептической гиперпролактинемии является анализ общего уровня пролактина. Собственные исследования и разработки показывают, что наибольшее значение для риска развития нежелательных явлений имеет определение патологически активного пролактина [6,9], сопряженного с уровнем низкомолекулярной фракций. Именно динамика патологически активного пролактина более точно отражает степень ятрогенного побочного эффекта психотропного препарата и клинические особенности пролактинемии с учетом гендерных различий пациентов [6, 9].

Но ни этот эндокринный синдром, ни возникающие при терапии нейролептиками изменения углеводного и липидного обмена не в состоянии, с нашей точки зрения, объяснить быстрый набор массы тела в первые недели от начала лечения. А повышение веса более чем на 5% в течение первого месяца является лучшим предиктором и последующего долгосрочного набора веса [30]. Объяснить феномен быстрого набора веса может лишь нарушение водного обмена. Здесь важно вспомнить о возможности развития синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона [12]. Он описан, как и гиперпролактинемия, при применении самых разных психотропных средств, прежде всего антипсихотиков. В отечественной литерату-

ре мы не смогли найти работ, посвященных исследованию повышенной секреции вазопрессина при применении атипичных антипсихотиков. Однако в западных источниках эта проблема известна и описана достаточно давно [18,25,29]. Существуют сложности в адекватной диагностике этого синдрома в нашей стране [8], что связано с низкими лабораторными возможностями практических учреждений психиатрической службы, отсутствием реального междисциплинарного подхода как на этапе купирующей, так и на этапе поддерживающей терапии психозов. Даже при наличии необходимого оборудования сложность в распознавании синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона или Шварца — Барттерасвязана с двумя факторами: 1) неспецифичностью симптоматики: головная боль, тошнота; адинамия, вялость, нарушение сна, тремор, мышечные судороги, что может ошибочно расцениваться как проявление поведенческой токсичности вследствие нейролепсии или признаков экстрапирамидных расстройств; 2) трудность соблюдения алгоритма выявления в условиях психиатрического отделения [8]. Однако собственный опыт работы с пациентами, страдающими шизофренией, в амбулаторных условиях показал возможность соблюдения ограничений питьевого режима как главного фактора коррекции этого нейроэндокринного расстройства при сохранении достаточного высокого уровня комплаенса к терапии.

Обозначенные выше факторы развития повышения веса пациентов необходимо учитывать в практической работе на различных этапах оказания помощи пациентам. Накопленный опыт по выявлению и коррекции гормонально-метаболических расстройств [4,5,6,7] показывает, что это реально при наличии высокого уровня сотрудничества в связке «врач – пациент – родственник» в условиях консультативно-амбулаторного приема. При этом возможно соблюдать рекомендации по ведению пациентов, включая психотерапевтическую и психокоррекционную работу, формированию максимально возможного здорового образа жизни. Все вместе снижает уровень стигматизации оказания психиатрической помощи и формирует адекватный уровень комплаенса, являющийся основой для достижения долгосрочной ремиссии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алфимов П.В. Рывкин П.В., Ладыженский М.Я., Мосолов С.Н. Метаболический синдром у больных шизофренией (обзор литературы) // Современная терапия психических расстройств. – 2014. - № 3. – С.8-14.
2. Буланов В. С., Горобец Л. Н., Литвинов А. В. Синдром нейролептической гиперпролактинемии у амбулаторных больных с параноидной шизофренией и его коррекция каберголином // Современная терапия психических расстройств — 2016. — № 1. — С.17–23.
3. Горобец Л.Н. Нейроэндокринные побочные эффекты современной антипсихотической фармакотерапии. // Современные проблемы психиатрической эндокринологии: Сборник научных трудов. – М. – 2004. – С.22-45.

4. Дмитриев М.Н. Проблемы внедрения и применения современных антипсихотических средств //Главный врач Юга России. – 2010. - №1 (20). – С. 44-48.
5. Дмитриев М. Н., Локосов А. В. Достижения и проблемы комплексной терапии шизофрении на современном этапе // Главный врач Юга России. -2010. -№3(22). -С. 56-58.
6. Дмитриев М. Н., Коломыйцева Н. В., Карапетян Э. Г. Особенности клинических проявлений гиперпролактинемии при применении атипичных антипсихотиков // Материалы региональной научно-практической конференции молодых ученых ЮФО: «Психоонкология и другие вопросы психосоматической медицины» — 2012. — С. 16–19.
7. Дмитриев М.Н., Воякина В.Г., Финогенова О.С. Амбулаторное лечение шизофрении: возможность достижения полноценной ремиссии при существующих диагностических и терапевтических возможностях // Главный врач Юга России. -2015. -№1(42). -С. 65-71.
8. Дмитриев М.Н., Дмитриева Н.С. Нейрогормональные эффекты нейролептической терапии психозов: влияние на вес // Молодой ученый. – 2016. - №26-2(130). – С.9-11.
9. Дмитриев М.Н., Худина Ю.С. Патологически активный пролактин как показатель уровня нейрорегулирующей гиперпролактинемии// Молодой ученый. - 2016. - №26-2. - С. 11-13.
10. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. - М. – 2000. – 208 с.
11. Медведев В.Э. Лечение шизофрении современными атипичными антипсихотическими препаратами. Учебно-методическое пособие. – М. – 2014. – 70 с.
12. Пирагова Е.А., Дзеранова Л.К., Рожинская Л.Я. Клинические маски синдрома Пархона: случай из практики // Ожирение и метаболизм. – 2008. - №2. – С.42-44.
13. Хасан А., Фалкай П., Воброк Т. и соавт. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) // Современная терапия психических расстройств. – 2014. –Тематический выпуск. №2. -Терапия шизофрении. – С.3-36.
14. Юнилайнен О.А., Старостина Е.Г. Влияние антипсихотических препаратов на обмен веществ/. // Ожирение и метаболизм. – 2012. - №3. - С.11-13.
15. Юнилайнен О.А., Старостина Е.Г., Дзеранова Л.К. Ожирение, ассоциированное с приемом нейролептиков – роль гиперпролактинемии/.// Ожирение и метаболизм.- 2013.- № 2. - С33-37
16. Ящинский Л. Б., Касич И. Н., Старыгина В. В. Особенности лекарственно-индуцированной гиперпролактинемии // Молодой ученый. — 2016. — №26.2. — С. 54-61.
17. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW, et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (Suppl 7): 4-18.
18. Goldman M.B., Hussain. Absence of effect of olanzapine on primary polydipsia: results of a double-blind, randomized study// *J Clin Psychopharmacol.* – 2004. – Vol.24, №6. –P.678-680.
19. Green AI, Brown WA. Prolactin and neuroleptic drugs. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1988; 17:213–223.
20. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009a;8: 15-22.
21. De Hert M, Dekker JM, Wood D, et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness: position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry.* 2009b; 24: 412-424.
22. De Hert M, Correll CU, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders, I: prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10: 52-77.
23. Fakhoury WK, Wright D, Wallace M. Prevalence and extent of distress of adverse effects of antipsychotics among callers to a United Kingdom National Mental Health Helpline. *Int Clin Psychopharmacol.* - 2001. - 16: 153-162
24. Manu P, Dima L, Shulman M. Weight gain and obesity in schizophrenia: epidemiology,

- pathobiology, and management. *Acta Psychiatr Scand.* - 2015. - 132: 97-108.
25. Ogilvie A.D., Croy M.F Clozapine and hyponatraemia// *Lancet.* 1992. ;Vol.340/ - N8820 – P.672
26. Osborn DP, Nazareth I, King MB Physical activity, dietary habits and Coronary Heart Disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness: a cross sectional comparative study in primary care. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol.* 2007; 42:787-793.
27. Osborn D, Hardoon S, Omar RZ, et al Cardiovascular risk prediction models for people with severe mental illness. Results from the Prediction and Management of Cardiovascular Risk in People With Severe Mental Illnesses (PRIMROSE) Research Program. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72: 143-151.
28. Ryan M.C., Collins P, Thakore J. H. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naive patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;160: 284-289.
29. Spigset O, Hedenmalm K. Hyponatraemia and the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) induced by psychotropic drugs // *Drug Saf.* – 1995. – Vol. 12, №3.- P.209-225.
30. Vandenberghe F, Gholam-Rezaee M, Saigi-Morgui N (2015) Importance of early weight changes to predict long-term weight gain during psychotropic drug treatment. *J Clin.Psychiatry.* -2015. - 76: e1417-e1423.
31. Wieck A, Haddad P. Hyperprolactinaemia caused by antipsychotic drugs [editorial]. *BMJ.* 2002;324:250–252.
32. Yevtushenko OO, Cooper SJ, O'Neill R, et al. Influence of 5-HT2C receptor and leptin gene polymorphisms, smoking and drug treatment on metabolic disturbances in patients with schizophrenia. *BrJPsychiatry.* 2008;192: 424-428.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Дмитриев М.Н., Щеголева А.О., Маркова К.П.,
Рабаданова А.А., Никитенко Е.А.**

г. Ростов-на-Дону

Эмоциональные нарушения являются одной из самых прогрессирующих патологий современного человечества. Так по данным 2015г за десятилетие число людей, страдающих депрессией в мире, возросло на 18,4%, а тревожными расстройствами – на 14,9%. Наиболее высокие темпы роста в России демонстрируют непсихотические формы аффективных расстройств, значительно превосходя рост всей эмоциональной патологии [4]. Не являются исключением и студенты-медики, у которых психические расстройства являются одними из самых частых форм всей патологии [8]. Эмоциональные расстройства встречаются чрезвычайно часто у студенческой молодежи и представлены разными формами синдромально завершенных и незавершенных [3, 10] психосоматических феноменов, при этом чаще всего обнаруживаются расстройства депрессивного или тревожного спектра [12, 13]. Уровень распространенности такой пограничной патологии у студентов значительно превосходят данные ВОЗ или популяционные исследования.

Чаще всего регистрируются достаточно легкие формы нервно психических расстройств, что позволяет авторам относить их к пограничному уровню и судить об их невротическом генезе [11]. В качестве причин рассматриваются социально-стрессовые факторы [10]: межличностные и семейные конфликты, эмоциональное напряжение при учебе, бытовая неустроенность, страх перед будущим, переживания расставания с близким человеком или его смерти. Эти нарушения связывают с нарушением адаптационных механизмов личности [9], возникающим в определенных отрезки жизни молодых людей. Вместе с тем есть сведения о значительном уровне аутохтонных психических расстройств у студентов, также превосходящим общепопуляционные показатели: от аффективных нарушений [5,6,7] до расстройств шизофренического спектра [14]. Среди аффективных нарушений преобладают данные по высокому уровню депрессий[2], могущих достигать субпсихотического уровня и иметь структуру характерную для витальных эндогенных депрессий с высоким риском суицида, а также высоким показателям гипомании [1]. Последние данные согласуются с собственными исследованиями, выполненными в разные годы[5,6,7], показывающие, что в зависимости от вида выбранных скрининговых тестов уровень депрессий колеблется в пределах 18-25% от выборки студентов по данным Шкалы центра эпидемиологического исследования депрессии США (CES-D) и 6-11% по авторской методике Опросник самооценки состояния здоровья (ОССЗ). Аналогично уровень маниакального аффекта колебался по Шкале Альтмана

для самооценки мании (ASRM) от 10,5% до 13,%, а по OCC3 – 4,2-9,3%. Такой диапазон колебаний, обусловлен разной чувствительностью тестов показывает как раз отличия подхода к диагностике аффективной патологии по «жестким» и «мягким» критериям, отражающим представление о спектре аффективной патологии, в частности биполярного расстройства.

При анализе и обобщении литературных и собственных данных о частоте и виде аффективных расстройств возникает вопрос – что мы в действительности видим? Это варианты декомпенсации личностных черт (акцентуации) при попадании юноши или девушки в неблагоприятную жизненную ситуацию? Это появление реактивного (невротического) расстройства? Или же мы имеем дело с мощным пластом эндогенной (аутохтонной) психической патологии, которая уже заложена в текущем поколении молодых людей, рожденных в 90-е годы XX века, и которая начинает «всплывать» по типу феномена «айсберга» по достижении ими определенного возраста? А информационные и иные эмоционально-стрессовые переживания являются стимулирующим или просто пусковым фактором, обозначающим – почему эти расстройства стали проявляться в текущий период. Ведь при анализе социальной, политической и экономической ситуации видно, что современная молодежь испытывает достаточно типовые, не чрезмерные, нагрузки, через которые проходили и проходят все поколения студентов.

Для поиска ответов на эти вопросы были проанализированы личностные особенности студентов. Исследовали 105 обучающихся на 5 курсе Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ) в возрасте 21-27 лет. Все дали добровольное информированное согласие на участие в прохождении анкетирования и обработку данных. Аффективные нарушения в текущем статусе выявляли с помощью методик CES-D–депрессивные расстройства, и ASRM–маниакальный полюс. Анамнестические признаки гипомании, характерные для критериев «мягкого спектра» биполярной патологии, исследовали при ретроспективном анализе последнего года жизни по диагностическому опроснику гипомании (HCL-32). Оценка характеристик темперамента проводили с помощью «Методики оценки темперамента Akiskal K S.» — опросника TEMPS-A (адаптация Никитенко (Лас) Е. А.) [15]. Особенности личности и типов акцентуации определяли по опросник Леонагарда (ОЛ). Особенность дизайна исследования было то, что все методики относились к самоопросникам.

Обнаружили значимые признаки депрессии по CES-D у 19,99% (n=21), а по OCC3-Д – у 3,80% (n=4). У студентов с депрессией по CES-D преобладал циклотимный темперамент - 61% (n=13), реже встречались гипертимный -23,8% (n=5), возбудимый -9,52% (n=2) и дистимный – 4,86% (n=1). Значимый уровень акцентуации по ОЛ не был отмечен у 2 испытуемых. У 2 обследованных были заострения личностных черт только по демонстративному типу. У остальных 17 студентов было сочетание 2 и более типов акцентуаций, из которых наиболее часто выявляли циклоидный тип (13 человек), гипертимный (n=5), демонстративный (n=4) педантичный (n=4) , тревожный (n = 3) и эмотивный (n=2).

У 11 студентов (10,47% от общей выборки) выявили значимые показатели мании по ASRM. Наиболее часто встречался гипертимный тип темперамента 72,72% (n=7), реже – циклоидный 27,27% (n=3). Признаков акцентуации не было у 2 человек, а из остальных 9 наиболее часто встречались гипертимный тип (n=4), циклоидный (n=4), реже – демонстративный (n=2), возбудимый (n=1) и дистимный (n=1).

Признаки гипомании в анамнезе по HCL-32 встречались у 64,76% испытуемых (n=68). Здесь преобладал гипертимный темперамент – 64,7% (n=44), реже выявляли – циклоидный 25% (n=17), дистимный 14,7% (n=10), возбудимый – 8,82% (n=6). У многих обследованных было сочетание нескольких характерологических типов. Признаки акцентуаций по ОЛ отсутствовали у 18 человек (26,5% от выборки по HCL-32). У остальных преобладал гипертимный (n=25), циклоидный (n=25) тип акцентуаций. Реже были представлены демонстративный (n=16), экзальтированный (n=15), дистимный (n=12), неуравновешенный (n=10), тревожный (n=6), педантичный (n=5) и эмотивный (n=4) варианты.

Полученные результаты показывают, что среди студентов страдающими разными аффективными нарушениями могут быть лица имеющие различные, порой противоположные личностно-характерологические особенности либо даже не имеющие четких акцентуаций. Небольшая выборка отдельных показателей не позволяет получить достоверные связи типов аффективных нарушений и личностных черт. Можно судить лишь о тенденции к преобладанию у студентов с депрессией циклотимного типа характера в сочетании с циклоидными чертами акцентуации; у студентов с текущим гипоманиакальным эпизодом – значимо преобладал гипертимный тип характера, гипертимные и циклоидные типы акцентуации, а с гипоманией в анамнезе – аналогично – преобладание гипертимного темперамента, циклоидного и гипертимного типа акцентуаций.

Таким образом подтвердилась точка зрения о широком диапазоне характерологических и личностных особенностей у людей имеющих непсихотический уровень аффективной патологии. Эти особенности могут играть значимую роль как в клинической картине, так и типах реагирования на болезненное состояние, степень осознания патологии. Однонаправленные изменения векторов аффективных психопатологических синдромов и характерологических и личностных особенностей не позволяют провести четкую грань между началом болезненного состояния и декомпенсацией существующих индивидуальных особенностей. Но разнонаправленные векторы аффективных синдромов и личностно-характерологических особенностей заставляют предположить начало у этих испытуемых психического расстройства аффективного спектра, которое удалось выявить на доклинической стадии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гречко Т.Ю., Булгакова Т.С. Диагностика эмоционального состояния студентов медицинской академии с помощью опросника гипомании (HCL-32) // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья – 2015. - №59 – С.40-43

2. Гречко Т.Ю., Семенова Е.А., Красова А.В. Выявление и профилактика суицидальных тенденций на фоне нервно-психических расстройств у студентов-медиков // Прикладные информационные аспекты медицины. -2012. -Т. 15. № 1. С. 69-76.
3. Губарева Ю.А., Петрова Т.Н., Зуйкова А.А. Оценка уровня психического и соматического здоровья студентов Воронежской государственной медицинской академии с анализом факторов негативного влияния // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. XVIII, № 2. – С. 502-505.
4. Демчева Н.К. Динамика заболеваемости аффективными расстройствами в Российской Федерации в 1999-2010 // Всероссийская НПК с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» и НПК «Современные проблемы социальной и клинической сексологии», тезисы / Под редакцией Н.Г. Незнанова, К.К. Яхина – СПб. – 2012. – С.18-19.
5. Дмитриев М.Н. Спектр латентных аффективных расстройств у студентов-медиков // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 2015г. Казань: тезисы / под общ. ред Н.Г. Незнанова. – СПб.: 2015 – с .52-53
6. Дмитриев М.Н., Булейко А.А., Карапетян Э.Г., Коломыйцева Н.В., Молчанова И.Г. Изучение латентных психических нарушений у студентов-медиков// Психиатрия: быть или не быть?!» Материалы научно-практической конференции с международным участием. Ростов-на-Дону. – 2011. – С.76-79
7. Дмитриев М.Н., Маркова К.П., Рабаданова А.А., Щеголева А.О. Исследование спектра аффективных расстройств у студентов-медиков // Синергия Наук.- 2017.- Т. 2. № 9.- С. 68-74.
8. Кожевникова Н.Г. Особенности заболеваемости студентов ВУЗа // Гигиена и санитария. -2011, №4. – С.59-62
9. Кулыгина М.А., Царенко Д.М., Семиглазова М.В. Выявление и профилактика психических расстройств у студентов Вуза // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 2015г. Казань: тезисы / под общ. ред Н.Г. Незнанова. – СПб.: 2015 – с .303-304.
10. Рогозина М.А., Подвигин С.Н., Семенова Е.А., Мищук Ю.Е. Изучение особенностей пограничных психических расстройств у студентов медицинского Вуза // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья . – 2010. - №39-3. – С. 59-62
11. Рогозина М.А., Подвигин С.Н., Ранняя диагностика пограничных психических расстройств у студентов медицинского Вуза // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2009. –Т.8.№3. – С.720-722
12. Хватова М.В., Юрьева Т.В. Состояние когнитивно-эмоциональной сферы как фактор психосоматического здоровья студентов // Валеология. – 2003. – № 2. – С. 39–43.
13. Чеснокова О.И. К вопросу о вероятной коморбидности депрессивных и тревожных расстройств у студентов медицинских университетов Сибири // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»: тезисы / под общ.ред. Н.Г. Незнанова. – СПб. - 2015 – С.81
14. Четверикова М.В. Особенности адаптации студентов с расстройствами шизофренического спектра // Омские социально-гуманитарные чтения - 2015 Материалы VIII Международной научно-практической конференции. Министерство Омской области; Омское отделение Российского общества социологов; Омский государственный технический университет, факультет гуманитарного образования, кафедра социологии, социальной работы и политологии; Омск. - 2015. - С. 348-352.
15. Akiskal H. S., Akiskal K. K., Radwan F. Haykal J., Sloan Manning, Pamela D. Connor. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis. Pisa, ParisandSanDiego. Autoquestionnaire, 2004.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ДИЗАЙНЕРСКИХ НАРКОТИКОВ

И.В. Дубатова, И.В. Стоякин, К.А. Крат

г. Ростов-на-Дону

Наиболее часто в психиатрической клинической практике имеет место сочетание расстройств эндогенного шизофренического спектра с потреблением психоактивных веществ (ПАВ). В отечественной литературе в этих случаях чаще говорят о коморбидной патологии. Данное сочетание не просто суммирует черты того или иного вида аддикции и эндогенного психического расстройства, а характеризуются спецификой возникновения, формирования, клиники, течения, исхода и прогноза [1].

Порой такое сочетание порождает разногласия в оценке основной диагностической концепции, особенно, если потребление ПАВ предшествовало развитию эндогенного расстройства, часто приводя к заключению о «двойном диагнозе». При этом наркологическая патология может рассматриваться либо как отдельное самостоятельное заболевание, либо как симптоматическая наркотизация. Возникает закономерный вопрос: «Что первично?» От его решения зависит не только диагностическая концепция расстройства, но и весь спектр лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий.

Основные подходы к диагностике психических расстройств базируются на тех или иных принципах классификаций, при разработке которых авторы стремятся интегрировать альтернативные подходы (описательный, категориальный, димENSIONАЛЬНЫЙ). На современном этапе развития психиатрии мировым стандартом, «законодателем» психиатрической диагностики является Руководство по диагностике и статистике психических расстройств DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), ставшем «живым (living) документом», в котором наиболее полно отражен квазидимENSIONАЛЬНЫЙ подход [6,7].

В МКБ-10, как и в новой версии международной классификации болезней (ICD-11) категориальный и димENSIONАЛЬНЫЙ подходы противопоставлены, а не объединены [5], рекомендуется применять лишь одну диагностическую рубрику. Этот подход, когда диагноз один, по мнению экспертной группы, является «оптимальным для практической работы» в здравоохранении. Одна диагностическая рубрика, один шифр, одна диагностическая категория. В психиатрии всегда считалось оптимальным, когда диагноз один. Но вот частый случай, когда клинической картины отвечает диагностическим критериям шизоаффективного расстройства

при очевидной экзогенной причине (потребление ПАВ), и врач становится перед выбором: диагностировать это расстройство как экзогенное, протекающее с «шизоформной» симптоматикой, либо шифровать как эндогенное расстройство, проявившееся клинически после экзогенной провокации. Если в первом случае возможно определение шифра заболевания без учета клинических тонкостей, то во втором, в МКБ-10 вообще не предусмотрена рубрика эндогенных расстройств, манифестировавших после потребления ПАВ. Нельзя не согласиться с мнением Е.В. Макушкина (2015), что «специализация психиатров в области наркологии (российский приоритет) нередко приводит к тому, что вторичное клинически созависимое состояние рассматривается как единственное» [3]. При этом меняются причинно-следственные взаимоотношения: первичное расстройство «зашоривается» более очевидной экзогенной, выступающей в качестве основной «мишени» терапевтического воздействия, отодвигая на второй план основную патологию. Принципиально важным является как диагностическая оценка состояния, так и выбор стандартов лечения для последующей клинической, психологической, трудовой реабилитации пациента, его качества жизни. Практической потребностью становятся функционально-динамические показатели биологической, психологической и социальной адаптации, отражающие целостный (холистический) подход в оценке состояния пациента [2]. К сожалению, МКБ-10 пока не может дать ответы на все эти вопросы.

Целью работы явилось сравнительное исследование клинической картины психических расстройств у потребителей дизайнерских наркотиков, а также у больных шизофренией с манифестным психозом шизоаффективной структуры.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 149 мужчин, госпитализированных в мужское приемное отделение Аксайского филиала государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Психоневрологический диспансер» за период 2013-2015гг. с психическими расстройствами шизоаффективной структуры. Среди пациентов были сформированы две группы. В 1-ю группу объединены 86 человек с психозом, развившимся на фоне употребления «дизайнерских наркотиков». В соответствии с критериями МКБ-10 этим пациентам был установлен диагноз - F 19.91 «психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и других психоактивных веществ». Во 2-ю группу включили 63 человека с манифестным психозом шизоаффективной структуры при отсутствии потребления ПАВ. В соответствии с критериями МКБ-10 пациентам 2 группы был установлен диагноз - F 25.2 «шизоаффективное расстройство, смешанный тип».

Для оценки клинической картины и ее динамики использовалась шкала общего клинического впечатления (CGI- I).

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы STATISTICA 10.0 (StatSoftInc., США).

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов 1 группы составил от 17 до 38 лет, в среднем $29,4 \pm 1,5$ лет. Возраст до 20 лет отмечен у 9 (10,5%), от 20 до 29 лет у 44 (51,2%), старше 30 лет у 33 (38,3%) пациентов. Возраст пациентов 2 группы находился в диапазоне от 17 до 46 лет, в среднем составив $25,2 \pm 1,3$ года. Среди обследованных, относящихся к возрастной группе до 20 лет было 6 (9,5%), от 20 до 29 лет – 39 (61,9%) и старше 30 лет – 18 (28,6%) пациентов.

Длительности потребления ПАВ у 7(8,1%) пациентов была менее 1 года, 49 (57%) больных употребляли наркотики систематически от 1 года до 5 лет, 20(23,3%) в течение 5-10 лет, 10 (11,6%) – более 10 лет. Средняя длительность потребления ПАВ – $3,9 \pm 0,8$ лет. Во 2 группе все пациенты отрицали потребление ПАВ.

В 1-й группе наследственность 37 (43,0%) пациентов былаотягощена психическими расстройствами: алкоголизмом, наркоманией, суицидами, депрессией, биполярным аффек-тивным расстройством (БАР), шизофренией. Во 2-й группе отягощенная наследственность психическими расстройствами отмечалась у 43(68,3%) пациентов. Во 2 группе неблагоприятный анамнез встречался статистически значимо чаще ($p=0,004$).

В 1-й группе до начала потребления ПАВ у 28 (32,6%) пациентов отмечались стертые аффективные колебания депрессивного спектра, ангедония, нечеткие деперсонализационные расстройства. Потребление ПАВ в этих случаях носило «коррекционный» характер: «улучшить настроение», «снять тоску», «прибавить энергии». В остальных случаях основным мотивом являлся эйфоризирующий эффект. Использовались энергетики, галлюциногены, растительные каннабиноиды, преимущественно в небольших дозах, с последующим переходом на дизайнерские наркотики. Перед развитием психоза на употребление «спайсов» переходили 19 (22,1%), «солей» 50 (58,1%) пациентов, 17 (19,8%) отмечали их сочетание.

Во 2-й группе психоз развивался аутохтонно, без видимых причин, в большинстве случаев без инициального периода, лишь в 8 (12,7%) наблюдений ретроспективно удалось выделить короткий период циклотимоподобных колебаний.

Клиническая картина психических расстройств в 1-й и во 2-й группах проявлялась развитием аффективно-онейроидного приступа различной степени выраженности. Фактически стереотип развития психических расстройств в 1 и во 2 группах соответствовал этапам развития онейроидного синдрома [4] с той разницей, что в 1 группе запуск психоза был обусловлен потреблением ПАВ, а во второй группе характерно аутохтонное начало. Следует особо подчеркнуть, что если запуск психоза в 1-й группе и был обусловлен интоксикацией, то в дальнейшем синдромокинез соответствовал

принципам развития эндогенных расстройств и в клиническом плане никак не отличался от спонтанно развивающихся психотических состояний шизоаффективной структуры 2 группы.

В большинстве случаев без статистически значимого различия ($p > 0,05$) в первой (73,0%) и второй группах (74,4%) отмечались аффективно-бредовые состояния с различными фабулами бреда инсценировки, преследования, ложными узнаваниями, галлюцинаторными расстройствами, аффективными и психомоторными нарушениями. У пациентов наблюдался страх, тревога, агитация, агрессивное поведение.

У 22 (25,6%) пациентов 1 группы и 17 (27%) больных 2 группы развитие психоза достигало этапа иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации с грубым нарушением самосознания, дезориентировкой, полярными аффективными колебаниями, иллюзорно-фантастическим восприятием окружающей обстановки.

Длительность таких состояний в обеих группах варьировала от 4 до 8 недель. Стратегия терапии в обеих группах была направлена на обрыв шизоаффективного приступа. Применялась психофармакотерапия (антипсихотики первого и второго поколения), общебиологические методы терапии (электросудорожная терапия, форсированная инсулинокоматозная терапия). Во всех случаях психоз был купирован. Следует отметить, что редукция психопатологической симптоматики в первой группе происходила на 1–2 недели раньше, чем во второй. Длительность психоза в 1-й группе была 4–6 недель, в среднем $4,9 \pm 0,5$ недель. Во 2-й группе психоз длился 6–8 недель, в среднем составив $7,2 \pm 0,4$ недель. В 1-й группе длительность психоза была достоверно короче ($p < 0,05$).

После купирования психоза в дальнейшем пациенты выписывались на поддерживающих дозах антипсихотиков (обычно атипичных) и нормотимиков под наблюдение районного психиатра. Амбулаторно пациенты продолжали психофармакотерапию, к реабилитационной программе присоединялась психотерапия и социотерапевтические мероприятия, способствующие улучшению межличностных отношений, восстановлению социальных связей, возвращению к прежнему жизненному укладу, профессии.

Последующие катamnестические наблюдения в 1 группе позволили наблюдать повторные психозы, которые в основном были связаны с возобновлением наркотизации. Вместе с тем, следует отметить, что у 7 человек (8,1%) повторные «шизоформные» психозы развились аутохтонно, без какой либо экзогенной провокации.

Во 2-й группе у 35 человек (55,6%) наблюдалась стойкая ремиссия в течение 2 лет. У 28 человек (44,4%) отмечались аутохтонно возникающие повторные шизоаффективные приступы с последующим длительным периодом аффективных (чаще субдепрессивных) расстройств, снижение работоспособности, социальной активности.

Таким образом, клинический анализ позволяет сделать вывод об отсутствии структурных различий психоза у потребителей «дизайнерских наркотиков» и больных шизофренией. Вместе с тем, в 1-й группе пациентов наследственная отягощенность встречалась реже, психоз был на 1-2 недели короче, ремиссии были высокого качества, повторные психозы в подавляющем числе случаев возникали после экзогенной провокации ПАВ. Это позволяет говорить о более благоприятном течении психоза шизоаффективной структуры, возникающего после экзогенной провокации ПАВ.

Структурная близость клинических картин в обеих группах, вероятно, связана с биологически сходными механизмами нарушений мозговой деятельности с той разницей, что у потребителей дизайнерских наркотиков провоцирующий характер ПАВ в развитии психоза был очевиден. Механизм развития можно представить себе следующим образом. В условиях мощной экзогенной интоксикации, вызванной потреблением ПАВ («спайсы», «соли»), развивался психоз с клинической картиной, соответствовавшей шизоаффективному расстройству. Последующие повторные психотические приступы шизоаффективной структуры возникали как после возобновления наркотизации (в большинстве случаев) так и без таковой, что, как мы полагаем, связано с эндогенизацией процесса. Можно предположить, что в дальнейшем будет постепенно утрачиваться связь с первоначальной (экзогенной) причиной психоза и болезнь будет протекать по эндогенному аутохтонному механизму

Исходя из этого, можно предположить, что шизоаффективная структура психоза у потребителей «дизайнерских наркотиков» знаменовала собой манифестацию эндогенного шизофренического процесса. Тем самым, мы можем говорить о провоцирующей роли «дизайнерских наркотиков» в развитии эндогенного шизофренического психоза.

Подтверждение своей точки зрения мы находим и в зарубежных работах. Некоторые авторы высказывают предположение о возможной иницирующей роли употребления синтетических каннабиноидов в развитии параноидной формы шизофрении [9, 10]. В исследованиях Paranti D. et al., (2013) делается вывод о триггерной роли «спайсов» в запуске шизофрении. Это позволило им ввести новый термин – спайсофрения («spicerehnia») [8]

Таким образом, клинический анализ психических расстройств, вызванных употреблением «дизайнерских наркотиков» позволяет отнести их к группе веществ, способных вызывать, «шизоформные» психозы, что определяет дальнейшие шаги как в клинко-диагностическом, лечебном процессе, так и в психолого-психотерапевтическом и социально-правовом подходе в разработке реабилитационных программ, направленных на поддержание длительного биологического, психического и социального благополучия пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бохан, Н.А. Коморбидность в наркологии/ Н.А. Бохан, В.Я. Семке. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 498 с.
2. Коцюбинский, А.П. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 2. /А.П. Коцюбинский, Шейнина Н.С., Бутома Б.Г. // Социальная и клиническая психиатрия. -2014. –Т.24, №1. -С.65-69.
3. Макушкин, Е.В. Перспектива диагноза и его психосоциальной структуры (отечественная история и международная современность)/ Е.В. Макушкин //Обзор психиатрии и медицинской психологии. - 2015. - №4. - С.33-38.
4. Пападопулос, Т.Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика)/ Т.Ф. Пападопулос. - М., Медицина, 1975. -192с.
5. Савенко, Ю.С. Две версии доказательной медицины /Ю.С. Савенко/Психиатрия в 2016 году: наука и искусство/ Материалы региональной научной конференции. – Ростов н/Д:ГБОУ ВПО, 2015. – С. 142-146.
6. Craddock, N. The Kraepelinian dichotomy—going, going... but still not gone/ N.Craddock, M.J. Owen // J. Br. Psychiatry. – 2010. – Vol. 196, N2. – P.92-95.
7. Kupfer D. Neuroscience – informed nosology in psychiatry: are we there yet?/D. Kupfer D.// AsianJournal of Psychiatry. – 2014. - V.7, №2. – P.4 – 5.
8. Papanti, D. «Spiceophrenia»: a systematic overview of «Spice»-related psychopathological issues and a case report human psychopharmacology / D. Papanti, F. Schifano, G. Botteon // Hum. Psychopharmacol.Clin. Exp. - 2013. –Vol.28, N4. – P. 379-389.
9. Vandrey, R. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids)/ R.Vandrey, K.E. Dunn, J.A. Fry, E.R .Girling// Drug Alcohol Depend. - 2012. – V.120. – P. 238–241.
10. Van der Veer N. Persistent psychosis following the use of spice/ N.Van der Veer, J. Fri-day// Schizophrenia Res. – 2011. – Vol.130. – P. 285–286.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Жукова Д.И.

г. Санкт-Петербург

В современной российской действительности, такими учеными как Семке В.Я., Краснов В.Н., Куприянова И.Е., Аксенов М.М и др., анализ природы социогенных влияний и механизмов личностного реагирования приобретает важнейшее значение, особенно в рамках превентивной психиатрии [4]. Происходящий в настоящее время рост числа пограничных состояний во многом определяется социально-экономическими преобразованиями в обществе, что приводит к формированию «нозогенных» неврозов или личностных девиаций. Среди факторов, способствующих личностной дезинтеграции отмечены такими авторами как Балашов П.П., Артемьев И.А., Абабков В.А., Лопатин А.А., Корнилов А.А., Вельтищев Д.Ю., Волошин П.В., Марута Н.А., Идрисова К.А., Краснов В.Н., Карвасарский Б.Д., которые имеют в виду значительное расслоение населения, усложняющиеся межличностные (в том числе этнические) конфликты, экологическое неблагополучие, семейно-бытовую неустроенность [5].

Ряд авторов, среди которых Менделевич В.Д., Залевский Г.В., Александровский Ю.А., Чехонин В.П., Luban-Plozza В., согласно которым 80 % всех выявленных больных страдают именно пограничными формами нервно-психической патологии, необходимость психопрофилактики этой патологии в охране психического здоровья нации становится очевидной. Важным является то, что клиническая специфика пограничных нервно-психических расстройств требует особых форм профилактики и реабилитации, максимально приближенных к трудовому процессу, общемедицинской сети, а также формирования звеньев внедиспансерной помощи различным категориям населения [1]. В связи с этим дальнейшая разработка дифференцированных реабилитационных программ, базирующихся на принципах превентивной психиатрии (анализ выявляющих и запускающих механизмов саногенеза) и способствующих повышению социальной реадaptации пациентов с пограничными психическими расстройствами, заслуживает особого внимания.

Различные стрессовые ситуации и экстремальные воздействия ведут к дестабилизации психических функций организма, которые проявляются как на донологическом уровне в неспецифических экстранозологических реакциях психической адаптации-дезадаптации, так и на нозологическом уровне пограничных психических расстройств, клинические формы которых отличаются все возрастающим многообразием [2, 3]. Определение факторов формирования различных клинических вариантов невротических рас-

стройств в меняющихся социально-экономических условиях страны - актуальная задача медицинской науки.

Таким образом, изучение общих закономерностей формирования и течения невротических и невротоподобных расстройств с последующей разработкой превентивных и реабилитационных программ должно базироваться на комплексном клинико-динамическом подходе, включающем исследования корковых механизмов регуляции психических функций, изучение психофизиологической адаптации, особенностей вегетативной нервной системы, психологического статуса, гормональной регуляции, нейроиммунной реактивности.

Цель нашего исследования: изучить клинико-патодинамические закономерности невротических и невротоподобных расстройств с последующей разработкой дифференцированных реабилитационных программ.

В целом в настоящее время в качестве факторов, предрасполагающих к развитию невротического расстройства, выделяют как психологические (особенности личности, условия ее становления и воспитания, развитие взаимоотношений с социумом, уровень притязаний), так и биологические факторы (функциональная недостаточность определенных нейромедиаторных или нейрофизиологических систем, делающая больных уязвимыми к определенным психогенным воздействиям).

Невротическое расстройство является психогенным расстройством из-за внутриличностного конфликта. Также его определяют как функциональное и конфликтогенное расстройства. Невротические расстройства имеют отношение к группе функциональных психогенных расстройств, способными к обратимому нормальному состоянию здоровой личности, но имеющими тенденцию к затяжному течению, приводящим к тяжелым расстройствам личности [6].

На данный период времени МКБ-10 в невротические расстройства включает F40-F48: тревожные расстройства, фобические тревожные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации, диссоциативные (конверсионные) расстройства, соматоморфные расстройства.

С целью проведения данного исследования нами было использовано 6 методик.

1. Опросник депрессивности Бека (BeckDepressionInventory- BDI).
2. Опросник перфекционизма Гарабян Н.Г., Холмогоровой А.Б.
3. Опросник определения уровня невротизации и психопатизации УНП.
4. Автобиографическое интервью Нурковой В.В.
5. Метод экспертных оценок рассказов.
6. Психофизиологический эксперимент электроэнцефалографии (ЭЭГ).

В результате нашего исследования мы получили следующие **выводы:**

1. Основные закономерности патогенетических механизмов (психологических, нейрофизиологических, психофизиологических, нейроиммуно-

эндокринных) при невротических и неврозоподобных расстройствах проявляются дисбалансом психонейрогуморальных систем и сопряжены с клиническим полиморфизмом заболевания.

2. В ходе клинко-биологического (нейрофизиологического, психофизиологического, нейроиммуноэндокринного, экспериментально-психологического) исследования установлены характерные особенности рассматриваемых заболеваний:

2.1. При неврозах отмечены: завышение показателей шкал астенического регистра, аффективной неустойчивости, снижение стрессоустойчивости, невозможность адекватно воспринимать, регулировать свое состояние; превышение уровня омега-потенциала правого полушария над уровнем омега-потенциала левого полушария мозга, выраженная межполушарная асимметрия на фоне значительного повышения суммарного омега-потенциала мозга; снижение количества Т-хелперов/индукторов, иммунорегуляторного индекса, дисбаланс спектра сывороточных иммуноглобулинов на фоне повышения концентрации кортизола, (3-эндорфинов; снижение концентрации половых гормонов, повышение атерогенных фракций липидов крови.

2.2. При расстройствах адаптации выявлены: слабость регуляторных психических процессов, преобладание мотивации на избегание неудач, снижение шкалы ипо-хондричности и аффективной неустойчивости; у пациентов преобладала активность левого полушария мозга на фоне высоких значений омега-потенциала, что коррелировало со значительным угнетением гуморального иммунного ответа.

2.3. Неврозоподобные расстройства соматогенного генеза характеризовались завышением шкал депрессии и психастении, занижением шкал психопатии и гипомании, что выражалось в тревожности, внутреннем напряжении, неуверенности в себе, склонности к разочарованию; снижением величины суммарного омега-потенциала мозга на фоне незначительной межполушарной асимметрии с преобладанием активности левого полушария мозга; нарушением нейроиммунодуляции, проявляющимся в умеренном угнетении параметров клеточного, гуморального иммунитета и в нейроэндокринном дисбалансе с увеличением выработки гормонов гипофиза (лактогенного и фолликуло-стимулирующего), а также снижением циркуляции половых гормонов. 3.3. При неврозоподобных расстройствах экзогенно-органического генеза наблюдалась высокая степень дезадаптации с повышением показателей шкал «депрессии», «истерии», «паранойальности», «психастении» и «шизоидности», «повышенное чувство опасности», «ригидность поведения»; значительное снижение омега-потенциала левого и правого полушарий головного мозга на фоне выраженного клеточного иммунодефицита и высокого уровня атерогенных липидов и липопротеидов.

3. Комплексный анализ с позиций клинико-динамических критериев диагностики пограничных расстройств позволил выявить патогенетические механизмы на различных стадиях заболевания:

3.1. Для невротических реакций характерна слабость регуляторных психических процессов, преобладание установки на избегание неудач, завышение шкал астенического регистра, снижение стрессоустойчивости на фоне высоких значений омега-потенциала полушарий мозга при преобладании активности левого полушария; в кардиоритмограмме доминировали дизэнце-фальные медленные волны второго порядка при снижении парасимпатических дыхательных волн; нейро-иммунодисрегуляция выражалась в угнетении параметров клеточного и гуморального иммунитета, снижении интерлейкинов II-- 2, 11.-4, 11-6, повышении концентрации кортизола, 3-эндорфинов.

3.2. Невротическим состояниям свойственно завышение шкал депрессии, психастении, занижение шкал психопатии, гипомании, тревожность, внутреннее напряжение, неуверенность в себе, склонность к разочарованию; резко выраженная межполушарная асимметрия со снижением активности левого полушария; значительное увеличение симпатических медленных волн первого порядка, сочетающееся со снижением медленных волн второго порядка и дыхательных волн, умеренно выраженными нарушениями иммунного гомеостаза на фоне гормональной дисрегуляции (увеличение гормонов гипофиза, снижение циркуляции половых гормонов).

3.3. Невротическому развитию присущи высокая степень дезадаптации с повышением показателей шкал депрессии, истерии, психастении, ригидности поведения; значительное снижение относительно нормы омега-потенциала левого $17,12 \pm 4,83$ мВ ($p < 0,001$) и правого $8,54 \pm 2,97$ мВ ($p < 0,001$) полушарий мозга; уменьшение дизэнцефальных медленных волн второго порядка до $32,50 \pm 9,82$ % ($p < 0,01$), увеличение вагусных дыхательных волн до $38,40 \pm 10,70$ % ($p < 0,05$), выраженное нарушение нейроиммунорегуляции с угнетением клеточного и активацией гуморального иммунитета на фоне снижения уровня половых гормонов и повышения концентрации атерогенных липидов и липопротеидов крови.

4. В особенностях автобиографической памяти выявлены черты, присущие личности, склонной к депрессии, в виде:

- в качестве значимых и ярких событий выступают события младшего школьного, подросткового и юношеского возраста, связанные с переживанием успеха и неуспеха;
- параметры эмоциональности искажены в сторону преобладания отрицательного характера;
- завышенные, по сравнению с индивидуальными возможностями, стандарты деятельности и цели;
- поляризованность воспоминаний и оценок событий;

- негативно-селектирование – преимущественная сосредоточенность на неудачах и ошибках при игнорировании реальных удач и достижений;
- перманентные сравнения себя с другими людьми при ориентации на полюс «самых успешных и совершенных»;
- восприятие других людей как делегирующих чрезмерно высокие ожидания;
- чрезмерные требования к другим и завышенные ожидания от них;
- противопоставление себя другим людям.

Таким образом, проделанное нами исследование открывает широкие перспективы для дальнейших работ. Наша работа будет полезна для исследования проблем, связанных с таким заболеванием, как невротическое расстройство.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова А.С. Факторы психической дезадаптации у лиц, работающих в особо опасных условиях // Современные проблемы пограничных и аддитивных состояний. Томск, 1996. - С. 27-29.
2. Аксенов М.М. Клинико-динамические особенности невротозов с различными профилями функциональной асимметрии // Акт.вопр. психиатрии. Томск, 1989. - Вып. 4. -С. 16-17.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2000. - 496 с.
4. Будза В.Г, Антохин Е.Ю. Психогенные факторы невротических расстройств в позднем возрасте // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. -Т. 2. № 1. -2005. - С. 84-88.
5. Карвасарский Б.Д. Патогенетическая психотерапия невротозов: основные направления и результаты исследований последнего периода // Физиология человека. 1995. - Т. 21. -№ 2. - С. 5-9.
6. Anticevic A. et al. The role of default network deactivation in cognition and disease. Trends Cogn Sci 16, 584-92 (2012).

ДЕПРЕССИИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И УРОВЕНЬ КАЛЬЦИДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ

Задорожная М.С.

г. Санкт-Петербург

В работе произведён клинико-психопатологический анализ эндогенных впервые выявленных депрессивных состояний, манифестирующих в возрасте от 18 лет до 27 лет у 52 пациентов, из них 18 мужчин и 34 женщины, средний возраст обследуемых составил 22.5 ± 2.8 год. Исследование проводилось на базе отделения интенсивного оказания психиатрической помощи и Дневного стационара №4 Городского психоневрологического диспансера (со стационаром) №7 города Санкт-Петербурга.

До начала лекарственной терапии пациентам определяли уровень витамина D(OH) в плазме крови, взятой натощак, автоматизированным методом на анализаторе «Architect i2000» (Abbott, США) с использованием реагентов, контрольных и калибровочных материалов производителя. Исследование проводили с октября по апрель, т.е. в осеннее-зимне-весенний период, когда, по мнению экспертов, солнце в Северо-Западном регионе России находится так низко, что синтез витамина D в коже практически не происходит.

На начальном этапе стабилизирующей терапии производилась клинико-шкальная оценка по Клинической шкале депрессии Гамильтона (HDRS), Колумбийской шкале для оценки тяжести риска суицида (C-SSRS). В качестве статистических методов использовался расчёт коэффициент корреляции Спирмена, регрессионный анализ в программе SPSS Statistics (Version 17), программа Microsoft Excel.

Результаты

Обращает на себя внимание отчётливое преобладание в группе депрессий молодого возраста лиц женского пола (65,4%). Полученные данные показывают, что чаще заболевание дебютирует в возрасте 23-26 лет (49.5% больных).

По результатам определения витамина D(OH) в крови больные были разделены на 4 группы: пациенты с тяжёлым дефицитом витамина D (концентрация 25(OH)D ниже 10 нг/мл) – 11 человек; пациенты с дефицитом витамина D (от 10 до 20 нг/мл) – 12 человек; пациенты с пониженным уровнем витамина D (от 20 до 30 нг/мл) – 19 человек; пациенты с нормальным уровнем содержания D (OH) (более 30 нг/мл) – 10 человек.

Распределение пациентов по полу (в %% от общего числа соответствующего пола) в зависимости от уровня витамина D и среднее значение показателя D(OH) в зависимости от пола у пациентов с депрессиями.

Пол/ Уровень витамина D	Тяжёлый дефицит витамина D (авитаминоз D)	Гиповитаминоз D	
		Дефицит витамина D	Пониженный уровень витамина D
Мужчины (%%)	22 (8,3±0,9)	39 (16,7±2,3)	28 (25,02±3,2)
Женщины (%%)	20 (8,9±1,2)	15 (17,9±2,3)	41 (26,3±4,1)

В структуре депрессий молодого возраста преобладали депрессивные расстройства средней степени тяжести (40%) при меньшей выраженности расстройств лёгкой степени (34,6%) и тяжёлых депрессивных расстройств (15,3%). Крайне тяжёлые депрессивные расстройства среди пациентов встречались лишь в 10,1% случаев. Мужчины были более склонны к тяжёлым и крайне тяжёлым расстройствам, в то время как женщины к расстройствам лёгкой и средней степени.

Распределение больных с депрессиями молодого возраста в зависимости от уровня D (ОН) в плазме крови и степени тяжести депрессивного синдрома (среднее значение показателя Клинической шкале депрессии Гамильтона для подгруппы).

Число больных/ Степень тяжести депрессивного син- дрома по шкале Га- мильтона	Тяжёлый дефицит витамина D	Дефицит витамина D	Пониженный уровень витамина D	Норма витамина D
Депрессивное рас- стройство лёгкой степени	-	2 (13,5±0,5)	8 (11±1,5)	9 (8,5±0,9)
Депрессивное рас- стройство средней степени	1 (18)!	7 (16,6±1,3)	10 (16,1±1,1)	1 (14)!
Тяжёлое депрессив- ное расстройство	5 (21,6±0,5)	3 (20±1)	1 (19)	-
Крайне тяжёлое депрессивное рас- стройство	5 (25,0±0,8)	-	-	-

При оценке анамнестических данных наличие суицидных попыток было выявлено у 23 пациентов (44%) из 52: среди них 7 мужчин и 16 женщин. 7 человек совершали неоднократные суицидные попытки, из них 1 мужчина и 6 женщин. Таким образом, суицидные попытки встречались у 38,5% мужчин и 47,5% женщин, однако повторные суицидные попытки были более характерны для женщин, это может быть обусловлено тем, что мужчины склонны к за-

вершенным суицидным. В процессе обследования наличие суицидных идей различной степени выраженности было выявлено у 35 человек (67%). У 46% обследованных был выявлен средний риск суицида, у 40% (21 пациент) – низкий риск, высокий риск суицида – у 13% (7 пациентов). Для женщин были характерны в равной степени низкий и средней риски суицидов, высокий риск определялся только у 12% женщин. У большинства мужчин (50%) был выявлен средний риск суицида, но высокий риск у них был зафиксирован с большей частотой, чем у женщин (у 17% мужчин, 12% женщин).

Распределение больных в зависимости от риска суицидального поведения и уровня D(OH) в плазме крови; (среднее значение уровня 25(OH)D в плазме крови).

Риск суицида по Колумбийской шкале оценки тяжести суицида	Уровень витамина D в плазме крови			
	Тяжёлый дефицит	Дефицит	Пониженный уровень	Норма
Низкий риск суицида	-	2 (17,85±0,5)	10 (26,2±2)	9
Средний риск суицида	5 (9,44±1)	9 (16,54±1,6)	9 (25,3±1,8)	1 (33,1)
Высокий риск суицида	6 (7,8±1,8)	1 (17,7)	-	-

В группе пациентов с авитаминозом D суицидные попытки встречались в 9 из 11 случаев (из них 6 с повторными суицидными попытками); у пациентов с дефицитом витамина D – в 7 случаях из 12 (один с повторными попытками), у 1 пациента с суицидной попыткой в анамнезе показатель уровня витамина D был в норме.

При оценке интенсивности суицидных идей по первому модулю Колумбийской шкалы тяжести суицида 25% больных (13 человек) подтвердили, что их посещают мысли о желании умереть или «перестать жить», или же о «желании заснуть и не просыпаться», 17,3% больных (9 человек) имели общие неспецифические мысли о желании покончить с собой при отсутствии размышлений о способах самоубийства, сопутствующих средствах. В 11,5% случаев (6 человек) пациенты подтверждали, что их посещают мысли о самоубийстве, размышления о хотя бы одном из способов его совершить, но без построения конкретного плана о том, где, когда и как это сделать. Активные суицидные мысли при заявлении о некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями, но при отсутствии конкретного плана были выявлены у 9,6% больных (5 человек), а мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями и некоторое намерение его осуществить, были у 7,6% больных (4 человека).

Распределение больных в зависимости от интенсивности суицидальных идей по С-SSRS -Колумбийской шкале оценки тяжести суицида и уровня D(OH) в плазме крови.

Уровень витамина D в плазме крови/Интенсивность суицидальных идей	Желание умереть	Активные неспецифические мысли о суициде	Актуальные суицидальные идеи при отсутствии намерения действовать	Актуальные суицидальные идеи при отсутствии конкретного плана	Актуальные суицидальные идеи при конкретном плане и намерении
Тяжёлый дефицит	3	1	1	2	4 (!)
Дефицит	3	1	5	2	-
Пониженное содержание	7	7	-	-	-
Норма	-	-	-	1	-

Выводы.

1. У пациентов с депрессиями молодого возраста наблюдается снижение уровня D(OH) в плазме крови: у 21% обследованных было зафиксировано состояние авитаминоза D (тяжёлого дефицита), у 59,5% - гиповитаминоза D.

2. Для мужчин при проявлениях депрессивной симптоматики характерны более низкие показатели уровня витамина D в плазме крови, чем для женщин.

3. Снижение уровня витамина D в крови способствует утяжелению депрессивного синдрома ($p < 0,0001$).

4. Снижение уровня кальцидиола при депрессиях не только связан с утяжелением течения заболевания, но и сопряжено с более тщательной проработкой плана самоубийства и интенсификацией намерения его совершить ($p < 0,0001$).

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА В НОРМЕ И ПРИ ДЕПРЕССИИ

Золотарева А.А.

г. Москва

Проблема тесной связи между влечением к совершенству и депрессией является, пожалуй, одной из наиболее популярных среди всех клинических исследований перфекционизма. Ее истоки восходят к работам японского психиатра М. Шимоды, который в 1950-х годах описал личностную композицию пациентов с монополярной депрессией при помощи понятия статотимии, обозначающего склонность к педантизму, повышенную требовательность к себе, неспособность к занятиям «обычными» делами и т.д. (Shimoda, 1950). В более поздние годы когнитивные психотерапевты обращали внимание на то, что наибольшую сложность в лечении депрессивных расстройств представляет собой сочетание последних с перфекционизмом, поскольку в таком случае речь идет о интроективной, или самокритической депрессии, которая характеризуется чувствами неполноценности, ничтожества, вины, а также страхом критики и потери одобрения значимых других (Blatt, 1995). Неудивительно, что вынужденные постоянно совершать какие-либо действия по самосовершенствованию, депрессивные перфекционисты часто добиваются больших успехов, однако вследствие их глубокой неспособности испытывать удовлетворение от достигнутых результатов, любая победа тотчас обесценивается, оборачиваясь чередой новых эталонов достижения.

Буквально несколько лет назад канадские ученые представили научно-му сообществу экзистенциальную модель перфекционизма и депрессивных симптомов (theexistentialmodelofperfectionismanddepressivesymptoms, EMPDS). В соответствии с ней люди с высоким уровнем социально предписываемого перфекционизма испытывают трудности в принятии своего прошлого и в конечном итоге впадают в депрессию, потому что изо всех сил пытаются консолидировать свой опыт в связную, насыщенную и осмысленную историю своей жизни (Sherryetal., 2015)¹. Любопытен тот факт, что все исследования, проведенные в русле EMPDS, смогли зафиксировать связи между депрессией и негативными, но не позитивными признаками перфекционизма (Grahametal., 2010). Между тем, склонность к депрессии рассматривается некоторыми авторами в качестве дифференциального критерия между нормальными и невротическими признаками перфекци-

¹Социально предписываемый перфекционизм – это убежденность в том, что другие ожидают от человека не меньшего, чем совершенство (Hewitt, Flett, 1991). Традиционно этот параметр относится к негативным признакам перфекционизма.

онизма: так, нормальные перфекционисты могут испытывать чувство, будто их выбили из колеи, однако они продолжают работать, чтобы облегчить дискомфорт, а невротические перфекционисты испытывают чувство утраты контроля над собственным эмоциональным состоянием, вследствие чего плохо себя чувствуют и избегают работы (Hamachek, 1978).

В психологической литературе существует достаточно большое количество работ, освещающих эмпирические исследования связи между перфекционизмом и депрессией. Однако главной особенностью всех этих работ является то, что перфекционизм измеряется с помощью шкал, диагностирующих исключительно негативные, нередко клинические проявления стремления к совершенству (например, Enns, Cox, 2009). Целью настоящего исследования стало сравнение феноменологии перфекционизма в норме и при депрессии, а именно изучение различий в нормальных и патологических проявлениях перфекционизма между больными депрессией и условно здоровыми респондентами.

В исследовании приняли участие 30 пациентов с депрессивными расстройствами (среди них 6 мужчин и 24 женщины, средний возраст $36,9 \pm 13,1$ лет), проходящих курс лечения в БУЗ ОО «Омская клиническая психиатрическая больница» им. Н.Н. Солодниковой. Пациенты распределялись по диагнозам следующим образом: депрессивный эпизод (67%), рекуррентное депрессивное расстройство (30%), пролонгированная депрессивная реакция (3%)². Выборку сравнения представили 30 условно здоровых респондентов (среди них 6 мужчин и 24 женщины, средний возраст $36,7 \pm 13,1$ лет), набранных по методу попарного отбора. Кроме того, все респонденты были уравнианы по уровню образования (в обеих выборках количество человек, имеющих среднее, среднее специальное и высшее образование, составило 30%, 37% и 33%, соответственно).

Методикой для диагностики феноменологии перфекционизма выступил Дифференциальный тест перфекционизма А.А. Золотаревой. Данный тест, предназначенный для оценки нормальных и патологических признаков перфекционизма, в предшествующих исследованиях продемонстрировал свою эффективность в исследованиях перфекционизма в популяционных и клинических выборках (Золотарева, 2013).

Анализ обнаруженных закономерностей показал, что пациенты с депрессивными расстройствами достоверно более склонны к патологическим и менее склонны к нормальным проявлениям перфекционизма, нежели условно здоровые респонденты (табл. 1). Величина размеров эффектов (dКозна) для обеих шкал превысила отметку 0,8, что свидетельствует о сильном эффекте.

²Клиническую диагностику пациентов в соответствии с МКБ-Х осуществляли лечащие врачи общепсихиатрического отделения БУЗ ОО «Омская клиническая психиатрическая больница» им. Н.Н. Солодниковой.

Таблица 1.

Различия в показателях перфекционизма между пациентами с депрессивными расстройствами и условно здоровыми респондентами

Шкалы	Пациенты с депрессивными расстройствами		Условно здоровые респонденты		tСтьюдена	Размер эффекта (dКоэна)
	M	SD	M	SD		
Нормальный перфекционизм	46,43	8,84	60,33	7,13	6,71 (p < 0,001)	1,86
Патологический перфекционизм	53,60	9,26	37,07	6,38	8,06 (p < 0,001)	2,09

Таким образом, результаты настоящего исследования, с одной стороны, согласуются с данными зарубежных популяционных исследований, в которых обнаружено, что негативные проявления перфекционизма являются фактором риска для развития депрессивных расстройств, в то время как позитивные проявления, напротив, способны сглаживать психопатологический эффект (Afsharetal., 2011). С другой стороны, тот факт, что в настоящем исследовании приняли участие больные депрессией, а не условно здоровые респонденты со склонностью к депрессивным проявлениям, побуждает к дальнейшему поиску диагностических и психотерапевтических приемов, позволяющих воздействовать на перфекционизм при депрессивных расстройствах. В одном недавнем исследовании группа зарубежных психологов обнаружила интересный факт: патологический перфекционизм в совокупности с повседневными жизненными неурядицами является более точным предиктором суицидального потенциала у пациентов с депрессивными расстройствами, нежели само их депрессивное состояние, чувство беспомощности и даже прежние суицидальные попытки (Hewittetal., 2014). Возможно, в этом смысле большее значение будет иметь работа психиатра, психотерапевта и психолога с нормальным перфекционизмом больного депрессией как потенциальным ресурсом для выздоровления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Золотарева А.А. Дифференциальная диагностика перфекционизма // Психологический журнал. 2013. Т. 34. № 2. С. 117–128.
2. Afshar H., Roohafza H., Sadeghi M., Saadaty A., Salehi M., Motamedi M., Matinpour M., Isfahani H.N., Asadollahi G. Positive and negative perfectionism and their relationship with anxiety and depression in Iranian school students // Journal of Research in Medical Sciences. 2011. Vol. 16. № 1. P. 79–86.
3. Blatt S.J. The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression // American Psychologist. 1995. Vol. 50. № 12. P. 1003–1020.
4. Enns M.W., Cox B.J. Perfectionism and depression symptom in major depressive disorder // Behaviour Research and Therapy. 1999. Vol. 37. № 8. P. 783–794. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00188-0

5. Graham A.R., Sherry S.B., Stewart S.H., Sherry D.L., McGrath D.S., Fossum K.M., Allen S.L. The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term, four-wave longitudinal study // *Journal of Counseling Psychology*. 2010. Vol. 57. № 4. P. 423–428. doi: 10.1037/a0020667
6. Hamachek D. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism // *Psychology*. 1978. Vol. 15. P. 27–33.
7. Hewitt P.L., Caelian C.F., Chen C., Flett G.L. Perfectionism, stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2014. Vol. 36. P. 663–674. doi: 10.1007/s10862-014-9427-0
8. Hewitt P.L., Flett G.L. Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment and association with psychopathology // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. Vol. 60. № 3. P. 456–470. doi:10.1037/0022-3514.60.3.456
9. Sherry D.L., Sherry S.B., Hewitt P.L., Mushquash A., Flett G.L. The existential model of perfectionism and depressive symptoms: Tests of incremental validity, gender differences, and moderated mediation // *Personality and Individual Differences*. 2015. Vol. 76. P. 104–110. doi: 10.1016/j.paid.2014.12.002
10. Shimoda M. Über das manisch-depressive Irresein // *Med ZischrYonago*. 1950. № 2. S. 1–2.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ, КАК ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Золотова А.Н.

г. Новороссийск

Актуальность. Суицид, в настоящее время, является одной из значимых проблем для современного общества. Показатель количества суицидов является важным индикатором психического здоровья населения и отражает благополучие общества в целом. Суицидальное поведение противоречит природе человека по всем канонам и всегда является трагическим событием, которое затрагивает как близкое окружение, так и касается общества в целом. Среди несовершеннолетних это ещё большее противоречие и несоизмеримое горе, которое вовлекает не только семью, но и огромное количество людей в силу активной социальной жизни несовершеннолетних и всегда мощного общественного резонанса. Последние годы во всем мире активно ведется большая профилактическая работа в отношении суицидального поведения и поиск наиболее продуктивных форм предотвращения суицидов. Одно из эффективных направлений профилактической работы - это поиск возможностей межведомственных взаимодействий, с участием сотрудников различных служб и ведомств. Роль веры в профилактике суицидов имеет большое значение и относится к ведущим из антисуицидальных факторов. Таким образом, в предотвращении суицидов, является актуальным исследование эффективных форм взаимодействия с различными общественными структурами и, в том числе с представителями духовенства.

Цель. Проблема суицидального поведения не ограничивается рамками только психиатрической науки, а выходит далеко за ее пределы, касаясь сфер образования, правопорядка, социальной и духовной. Учитывая распространенность проблемы суицидов за пределы медицины, необходимо осуществлять взаимодействие со всеми службами и ведомствами, сталкивающимися в своей работе с суицидальным поведением. Так как основным в профилактике суицидов является укрепление антисуицидальных факторов, позиции жизни в сознании подростка и это связано непосредственно с формированием духовных ценностей, необходимо искать пути и формы взаимодействия психиатрической службы и Русской православной церкви.

Материалы и методы. С целью реализации поставленных задач были составлены, утверждены и внедрены планы межведомственного взаимодействия служб системы профилактики и реализованы в 2015-2017 годах

в муниципальном образовании г. Новороссийска. Планы взаимодействия прошли согласование между службами здравоохранения, образования, министерства внутренних дел, средствами массовой информации и Новороссийской епархией. Ответственной службой за реализацию межведомственного взаимодействия явился ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» МЗ КК, Новороссийский филиал. Отдельно был утвержден план взаимодействия с миссионерским отделом Новороссийской епархии. С целью внедрения плана проводились мероприятия, направленные на повышение уровня осведомленности в отношении проблемы суицидального поведения, понятия принципов профилактики суицидов, обозначения роли и задач, каждой из структур. Особое внимание уделялось решению духовно-нравственных проблем в молодежной среде путем проведения совместных мероприятий представителя психиатрической службы и духовенства по повышению антисуицидальных факторов у молодежи.

Результаты и их обсуждение. В рамках реализации программы межведомственного взаимодействия сотрудники диспансера совместно с представителями Новороссийской епархии проводят различные профилактические мероприятия.

1. На территории храма проводятся лекции, круглые столы, беседы, которые рассчитаны на широкий круг слушателей (для молодежи, для родителей и совместные мероприятия). Данные мероприятия, и такое взаимодействие, имеют своей целью расширить охват лиц для пропаганды здорового образа жизни и повысить психообразовательный уровень населения. Темы встреч затрагивают разные аспекты жизни человека, психической сферы в норме и патологии: о зонах риска отклоняющегося, кризисного и суицидального поведения, способах раннего выявления и профилактики психических расстройств, по психогигиене, возрастных нормах формирования психики, об особенностях психики подростка, проблемах воспитания детей, конфликтологии и других.

2. Постоянно проводится санитарно-просветительская работа для молодежи в рамках «Урока правовых знаний». Эти уроки проводятся в школах и других учебных заведениях, в которых обучаются несовершеннолетние, на них молодежь получает актуальную информацию от представителей разных служб профилактики проблемного поведения (сотрудники МВД, социальной служб и других), вместе с информацией, по профилактике правонарушений и альтернативному проведению досуга, сотрудники психиатрической службы представляют данные о доступности психиатрической помощи, ситуациях, в каком случае необходимо за ней обращаться, раскрывается суть работы телефона доверия и возможные причины обращения, а представители духовенства затрагивают духовные основы жизнедеятельности и информируют о возможности обращения в храмы города, посещения служб, воскресных школ.

3. Врач-психиатр, представитель образования и духовенства совместно участвуют в проекте «Духовно-нравственные проблемы современного общества» (организованном на базе ГБПОУ КК «Новороссийский социально-педагогический колледжа»), в рамках которого проводятся конференции с участием молодежи, направленные на рассмотрение актуальных духовно-нравственных проблем современного общества разбора с разных позиций проблемы страстей, зависимого поведения и других (как раскрыта обсуждаемая проблема в Русской художественной литературе, в изобразительном искусстве, что представляет собой с медицинской и психологической точки зрения, а так же духовный аспект). 4. Психиатр ежегодно принимает участие в Духовно - образовательных Сергеевских чтениях, выступая на заседании секции Миссионерского отдела с лекциями для представителей духовенства Краснодарского края о психопатологических состояниях, с которыми могут столкнуться слушатели на местах, о проявлениях, особенностях, течении, выявлении и механизмах формирования психических расстройств (например, суицидального поведения, зависимого поведения). 5. При необходимости врачом-психиатром производится консультирование прихожан по рекомендации служителей храма (в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании»), а так же сотрудники психоневрологического диспансера направляют пациентов в храм для исцеления их души посредством веры. 6. В Психоневрологическом диспансере и других площадках города проводятся тематические школы, «круглые столы», тренинги для несовершеннолетних и их родителей по укреплению антисоциальных факторов, описанию предвестников и предупреждающих факторов самоубийства, тренинги по укреплению ресурсов для преодоления сложных жизненных ситуаций. В настоящее время продолжается начатая работа, количество охваченных лиц и интерес населения к мероприятиям возрастает, повышается обращаемость к специалистам.

Выводы. Результаты проведенной работы показали возможность широкого охвата и вовлечения в систему профилактики суицидов специалистов сопредельных служб, показаны пути и формы взаимодействия психиатрии и Русской православной церкви. Найдены формы взаимодействия, которые дают возможность широко и эффективно проводить профилактику суицидального поведения у несовершеннолетних путем укрепления духовных ценности молодежи, как ведущего из антисуицидальных факторов, а так же повышать общую психиатрическую грамотность населения, расширять возможности выявления групп риска и повышать общий духовно-нравственный уровень жителей города.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Хамраев М.М.

г. Ташкент

Тревожно-фобические расстройства широко распространены среди различных групп и популяций людей во всем мире. Цифры встречаемости этих расстройств среди населения колеблются от 0,6 до 2,7% [2]. Соотношение мужчин и женщин, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, составляет примерно 1:4. Тревожно-фобические расстройства имеют под собой серьезную генетическую основу: страдающие агорафобией имеют до 20% родственников с подобным расстройством, а для генерализованных тревожных расстройств характерна конкордантность 50% у однояйцевых и 15% у разнояйцевых близнецов [1].

Для тревожно-фобических расстройств невротического уровня характерны функциональные нарушения, требующие проведения дифференциальной диагностики с использованием мультидисциплинарного подхода, включающего данные различных медицинских специальностей (терапия, кардиология, гастроэнтерология, неврология и др.) и параклинических дисциплин (психология, физиология, гигиена и т.д.) [4]. Это касается, прежде всего, заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, хронических неспецифических болезней органов дыхания, эндокринных расстройств, при которых сложные взаимодействия неблагоприятных психических и соматических факторов способствуют формированию невротических расстройств, вызывающих нарушения механизмов социально-психологической адаптации. Тревожно-фобические реакции дезадаптации часто проявляются на фоне хронических соматических заболеваний. При этом заболевание представляет собой коморбидное расстройство, когда на фоне соматической патологии возникает невротическая симптоматика. Ухудшение психического состояния больного, усугубляющее его соматическое состояние, заметно снижает толерантность к стрессу. При этом отмечается так называемая «послестрессовая психосоматическая беззащитность», вызывающая повышение чувствительности к любым раздражителям внешней среды после перенесенного стресса [3].

Цель исследования. Исследовать типологическую структуру тревожно-фобических расстройств невротического уровня.

Материал и методы исследования. В ходе исследования нами было обследовано 38 пациентов с тревожно-фобическими расстройствами в пограничном отделении Городской клинической психиатрической больницы

г.Ташкента. Из них 26 женщин (68,4%) и 12 мужчин (31,6%) в возрасте от 18 до 45 лет. Отбор больных проводился согласно критериям МКБ-10 F40 Фобические тревожные расстройства. Применялись клиничко-психопатологические, экспериментально-психологические и клиничко-статистические методы. В группу исследуемых больных не включались пациенты с психотическими расстройствами, при которых также может наблюдаться тревожно-фобическая симптоматика (шизофрения, аффективные, органические психические расстройства). На каждого больного заполнялась индивидуальная карта обследования, включавшая паспортные, социальные, клинические и клиничко-психологические показатели.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований выявлено следующее. Содержание фобических нарушений, выявленных в настоящем исследовании, включает, с одной стороны, сюжеты: темноты, высоты, глубины, мистическими сюжетами. С другой стороны, фабула фобий заимствует информацию, доступную больному о катастрофах (техногенных авариях, природных катаклизмах). В контексте клинической квалификации рассматриваемых расстройств речь идет о двух психопатологических гетерогенных категориях – монофобиях как изолированном симптомокомплексе (или даже феномене), и синдромально очерченных, клинически более полиморфных тревожно-фобических, обсессивно-фобических и других состояниях. Доля монофобий составляет 59,7% от общего числа фобических нарушений. Среди монофобий преобладает никтофобия (34,1%), тогда как на все остальные, весьма разнообразные страхи (инсекто-/зоофобии – 8,2%, акро- 6,9%, монстро – 5,6%, батео – 2,9%, лигино – и другие фобии по 0,9%) приходится в общей сложности 25,6%. В пределах второй из выделенных выше категорий – психопатологически завершенных синдромальных образований (38,9%); максимальная доля – 20,7% – приходится на социофобические состояния. В структуре этого синдрома фобии представлены страхами социального взаимодействия, причем из них около половины непосредственно связаны с ситуацией общения (зрейтофобия, боязнь собственной некомпетентности, публичных выступлений и др.). На второй позиции после социофобий (суммарно – 8%) – аффективно заряженные, ассоциированные с тревогой фабулы, связанные с представлениями о смерти, одиночестве, разлуке, потере. Агорафобические сюжеты занимают у изученных больных третье по частоте место – 7,3%; доля мизо-/нозофобий составляет 1,8% от общего числа обсуждаемых фобических фабул.

Проведенное исследование позволило выявить различия не только в сюжетном оформлении страхов, но и в их распределении в зависимости от пола пациентов. При этом у мужчин достоверно чаще, чем у женщин обнаруживались изолированные страхи (одиночества), а также простые пространственные (высоты, глубины) и зоофобии. Указанные гендерные различия

распространялись также на ипохондрические фобии (всего 7 наблюдений – из них 5 мужчин). В то же время только у женщин отмечался страх избыточного веса – вейт-фобия. Выделены информативные признаки, определяющие структуру фобических образований и обеспечивающих их надежную психопатологическую дифференциацию. Проведен анализ клинической динамики изученных фобических нарушений для выявления прогностически значимых параметров.

В ходе исследования была выявлена патогенетическая неоднородность фобических образований. В обследованной выборке конституционально обусловленные изолированные фобии с простой конкретной фабулой, ассоциированной с природной средой и животными, выявлены у 21% больных. В отличие от других вариантов фобических образований, в этой части случаев в семьях отмечались идентичные фобические феномены («сквозные семейные симптомы»). Больные воспринимали свои опасения как реальные, естественные, мало задумывались о них вне столкновения с пугающими объектами, легко соглашаясь с недостаточной обоснованностью страхов (низкой вероятностью выпсть с балкона, встретиться со змеей в условиях мегаполиса). Такие изолированные фобии возникали на ранних этапах развития, не сопровождалась другими психическими расстройствами, не были связаны с эмоциональным и/или соматическим состоянием, личностными свойствами, возрастными кризисами.

Несмотря на сравнительно невысокую аффективную заряженность страха в момент столкновения с потенциально опасной ситуацией, они не предпринимали активных попыток борьбы с ней. Отсутствие связанных с такими фобиями активных жалоб отражало их низкую значимость для повседневного функционирования подростков. Батео-, акро, бронто- арахно-, офеофобии сопровождались психологически понятным избегающим поведением, непосредственно связанным с их сюжетами.

Выбранный пациентом паттерн избегания был проявлением «прямой защиты». Даже заметное ухудшение/улучшение (вплоть до полной редукции) основной симптоматики, определявшей состояние больных, не сопровождалась существенными колебаниями интенсивности страхов. При развитии реактивных фобий большинство из них относились к «фобиям внешнего стимула/импульса». При этом вектор страха направлен в будущее, видевшееся сквозь призму актуальных фобических опасений. Избегающее поведение сопряжено с тематикой стрессора, сохранялась тенденция к пассивному уклонению от объектов и явлений, связанных с фобической фабулой.

В ряде случаев выявлялось стремление пациентов не сталкиваться не только непосредственно с источником опасений, но и уклоняться даже от мыслей о нем. Значимость и практически неизбежное столкновение с объективно неблагоприятными реальными последствиями ухода от тягостных

социальных ситуаций (прогулов, отказа от ответов на уроках, сдачи экзаменов) вытеснялись переживаниями страха собственной возможной несостоятельности, неуспешности. По мере удаления по времени от момента психогенного воздействия утрачивают свою актуальность такие расстройства, как канефобия, агорафобические феномены со страхом пользования лифтом.

Мизофобические страхи объединяли боязнь загрязнения, заражения «микробами вообще». В качестве опасных, патогенных агентов больные рассматривали чаще всего бактериальную флору, иногда частицы земли, пыль. Источники угрозы выделялись им в любых «нестерильных», «грязных» поверхностях (дверные ручки, краны, клавиши унитазов, поручни метрополитена, наружная сторона повседневной одежды).

Даже мимолетное пребывание вблизи визуально неопрятного, неаккуратного человека на улице провоцировало новый цикл мизофобических опасений и символических, но сюжетно связанных с фобической тематикой ритуалов избегания (многократное мытье рук, головы, стирка и чистка одежды).

При невозможности довести до полного завершения нелепый по сложности выполнения, требующий большого количества времени и сил ритуал, больные ощущали неодолимую потребность повторять его до тех пор, пока он «не будет выполнен правильно, так, как это необходимо». Только после этого больные ощущали некоторое подобие душевного комфорта, точнее сказать отсутствие дискомфорта.

Нозофобии у таких больных отличались чуть большей конкретностью в восприятии потенциально пугающей ситуации, однако также характеризовались особой логикой выбора определенного заболевания. Часто речь шла о практически невероятных, исходя из способа заражения, возраста, образа жизни, для данного пациента страданиях (кипридофобиях при отсутствии эпизодов интимной жизни, спидофобии – переливания крови, лечения зубов).

Предпочтительным симптомокомплексом, сосуществовавшим с фобическими нарушениями, оказался астенический (88,9% больных). Личностные аномалии сочетались с фобиями примерно у 50% больных, причем лишь у пятой части из них можно было констатировать расстройства личности, преобладающим же оказался более легкий уровень девиаций.

Примерно 12 % больных обнаруживали фобии в сочетании с аффективными расстройствами депрессивного полюса: относительно легким уровнем депрессивного аффекта, неравномерной представленностью различных компонентов депрессии с крайне незначительностью идеаторной и моторной заторможенности. Преимущественно речь шла о гипотимии с чувством снижения настроения, унынием, вялостью, равнодушием к окружающим, ангедонией при минимальной представленности

витальных расстройств. Астено-депрессивные нарушения с превалированием симптомов истощения преобладали над собственно аффективными. Панические атаки у пациентов с фобиями выявлялись в 28,6 % случаев. Для них была характерна вторичная агорафобия, возникающая после панических атак.

Выводы. Таким образом, изолированные фобии (глубины, высоты, а также страх темноты как скрытой потенциальной угрозы) наследственно детерминированы, воспринимаются больным как часть его сущности и не приводят к дезадаптации. К ним примыкают фобии природных катаклизмов, техногенных аварий и других катастрофических событий, не затрагивающих непосредственно пациента. Они имеют социогенную природу, воспринимаются как нечто абстрактное. Фобии этого круга не соотносятся с какими-либо душевными болезнями, наследственной предрасположенностью. Они изменчивы по фабуле, редко сопровождаются избегающим поведением. При фобиях, развивающихся по реактивно-невротическому механизму, стрессорная ситуация, как правило, касается непосредственно пациента. Значимую роль в их формировании играет личностная (врожденная или приобретенная) структура, а именно - выраженность сенситивного радикала, повышенная впечатлительность, неуверенность в себе, склонность к тревожным ожиданиям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Быстрицкий А. С. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств / А. С. Быстрицкий, Н. Г. Незнанов, Э. Э. Звартау // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2006. - № 3. - С. 4-7.
2. Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия / В. Д. Вид, Ю. В. Попов. СПб.: Речь, 2006. - 402с.
3. Евсегнеев Р. А. Психиатрия в общей медицинской практике / Р. А. Евсегнеев. - М., 2010. - 589 с.
4. House A. Anxiety in medical patients ABC of psychological medicine (Clinical review) / A. House, D. Stark // British Medical J. 2002. - V. 325. - P. 207-209.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Искандарова Ж.М.

г. Ташкент, Узбекистан

Аннотация. Определено влияние дисморфофобических расстройств на формирование и выраженность депрессивной патологии у подростков с учётом конституционально-личностных особенностей. Состояние дезадаптации подростков, возникающее на фоне депрессии, сформированных в результате появления идей собственной неполноценности и внешней непривлекательности, приводит к появлению суицидальных мыслей и тенденций, развитию поведенческих нарушений.

Ключевые слова: подростковый возраст, типологические особенности личности, депрессивные расстройства, дисморфофобические расстройства.

Актуальность проблемы. С давних времён человечество волновали проблемы эталонов красоты и пропорций телосложения и привлекательности лица, у каждого поколения были свои определенные стандарты идеального человеческого образа. Это находит отражение в памятниках культуры и бесценного наследия Древней Греции, Египта, Эпохи Возрождения. XXI век- период глобальной информатизации и компьютеризации, когда социальные сети и сообщества. средства массовой информации, телевидение, интернет навязывают современной молодёжи «облик идеального тела», параметры супергероев, шаблоны атлетизма и культуризма. Всё это пагубно влияет на психоэмоциональное состояние незрелых в личностном плане подростков, стремящихся к совершенству и перфекционизму[2,3]. Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, формирующихся на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности[1,2]. Эпидемиологические и клинко-психопатологические исследования последних лет свидетельствуют о стремительном росте распространенности депрессивных расстройств в детском и подростковом населении[9,10]. Согласно данным ВОЗ депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине дисморфофобической патологии встречаются преимущественно в подростково-юношеском возрасте и составляют 8-16% в общей популяции 15-20-летних и более 50% всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста[7].

Депрессивные расстройства пубертатного периода с элементами дисморфофобии относятся к широко распространенной нервно-психической патологии и в тоже время представляют собой сложную медицинскую и

социально-педагогическую проблему, так как нередко сопровождаются расстройствами поведения, нарушением развития, соматическими проявлениями и изменением школьной дисциплины [4,5,6]. Большую опасность представляет суицидальное поведение, возникающее на фоне депрессивных расстройств. Повышенная опасность осуществления суицидальных тенденций связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью [8].

Цель исследования: изучить типологические особенности личности подростков с дисморфофобическими расстройствами депрессивного спектра для улучшения лечебно-реабилитационной помощи, оптимизации психотерапевтической тактики, профилактики и прогноза данных состояний.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были обследованы 50 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с жалобами на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Применялись клинико-психопатологический и патопсихологический методы исследования, сбор катamnестических данных. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использовался опросник Шмишека Леонгарда.

Результаты. На основании проведенного исследования все пациенты были разделены на три группы по преобладанию клинической симптоматики: дисморфофобической тип (28 больных-56%), деперсонализационный тип (12 больных-24%), ипохондрический тип (10 больных-20%). Был выявлен ряд особенностей клинических проявлений юношеских дисморфофобических симптомокомплексов. Пациенты с дисморфофобическим типом считали себя неинтересными, непривлекательными внешне, высказывали недовольство своим ростом, чрезмерным оволосением, кривыми и худыми ногами, болезненно относились к наличию угревой сыпи, «лопоухих» ушей, слишком большого размера носа, гиперемии и сальности кожных покровов, жаловались на слабоволие, винили себя в бесчувственности, скованности, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве. Пациенты с деперсонализационным типом характеризовались наличием убежденности в измененности лица, больные не узнавали себя в зеркале, лицо казалось чужим, безжизненным, с тупым, бессмысленным выражением, они заявляли, что у них постарела кожа, изменились пропорции тела. У них наблюдался симптом зеркала, пациенты подолгу разглядывали себя в зеркале, все больше убеждаясь в наличии у себя измененной внешности. Пациенты с ипохондрическим типом жаловались на облысение, маленький рост, непропорциональное телосложение, внешние недостатки, по их мнению, были

обусловлены соматическими нарушениями, неправильным образом жизни, неблагоприятной атмосферой, нарушением обмена веществ. Все пациенты предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. Также в формировании депрессивного симптомокомплекса были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В 76% случаев (38 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. На основе детального анализа, включающего оценку особенностей конституционально-личностного склада пациентов, их эмоциональной и коммуникативных сфер, характера реагирования на внешние средовые влияния, степени психофизической зрелости и ряда других клинических особенностей установлено, что для больных с дисморфофобическими расстройствами характерна выраженная неоднородность личностной структуры; в ходе исследования были установлены на основании тестирования по опроснику Шмишека – Леонгарда следующий ряд их разновидностей: 17 пациентов (34%) «мозаичные шизоиды»; 9 пациентов (18%) - «сензитивные шизоиды»; 13 подростков (26%) - «психастеники»; «эмоционально-неустойчивые»- 11 подростков (22%). Выявлена определённая взаимосвязь между типом личности и клинической картиной дисморфофобического синдрома.

Так, для мозаичных шизоидов характерны обсессивно-компульсивные, сенестоипохондрические, деперсонализационные депрессии; у пассивных шизоидов доминируют депрессии с идеями дефектов внешности и физического уродства; личностям с психастеническими чертами характера свойственны тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии; для больных, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны ипохондрические депрессии с доминированием соматовегетативных расстройств. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уход из дома, стремление к изоляции и одиночеству, появление суицидальных мыслей. Депрессивные расстройства влияли на все стороны личности, вызывая состояние дезадаптации, и в зависимости от степени тяжести и формы депрессии приводили к появлению поведенческих нарушений, в том числе и суицидальным мыслям и тенденциям.

Вывод. Проведенное исследование конституционально-личностных особенностей подростков с дисморфофобическими расстройствами депрессивного спектра показало возможность определения типологических вариантов клинических синдромов, выделение типов конституционально-

личностных особенностей, оценки феноменов клинических проявлений для осуществления оптимальной диагностики, правильного выбора медикаментозного и психотерапевтического подходов. Своевременный подход к терапевтической и коррекционной тактики может способствовать более успешному выздоровлению и профилактике рецидивов заболевания. Результаты исследования могут быть использованы в работе не только врачей-психиатров, но и врачей других специальностей: пластических хирургов, дерматологов, стоматологов, терапевтов, к которым нередко обращается этот контингент больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики и формирования гармонично развитой личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крайг Г. Психология развития. - СПб.: Питер, 2000 г.
2. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. – СПб.: Питер, 2004 г.
3. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. - М, 2000г
4. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Коморбидность депрессивно-дисморфофобических расстройств у подростков с учётом личностных особенностей. /Научно-практическая конференция с международным участием «Дроздовские чтения», Москва, 2015г.
5. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом личностных особенностей. /Актуальные вопросы психического здоровья/ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием посвящённой памяти профессора В.И. Григорьева. Рязань, 2015
6. Neumann P. Adolescent depression and social situation of development (in co-authoring with Olga Idobaeva and Andrei Podolskij).
7. Paper presented at the 6th European Conference on Adolescence. Budapest, Hungary, 1998.
8. Joffe R., Dobson K.S., Fine S., Marriage K. & Haley G. Social problem-solving in depressed, conduct-disordered, and normal adolescents. // Journal of Abnormal Child Psychology, 1990.- Vol.
9. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Особенности маскированных депрессий у подростков. /Материалы XV Конференции «Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике./ Санкт-Петербург, 2015г.
10. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Исследование поведенческих нарушений у подростков как варианта маскированной депрессии. /Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием/ Тула, 2015г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «КАРТЫ СИМПТОМОВ» В МОНИТОРИНГЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Каргин М.В., Кобилинский С.А., Замулина Т.В.

г. Таганрог

*Не только сам врач должен употреблять
в дело все, что необходимо, но и больной,
и окружающие, и все внешние обстоятель-
ства должны способствовать врачу
в его деятельности...*
Гиппократ.

Субстрат психической патологии и соответственно «предмет» психиатрии - это душа, психические процессы (восприятие, мышление, эмоции, воля, внимание, память). Предметом клинической психиатрии является патологические нарушения психических процессов конкретного человека. Пациент приходит к врачу-психиатру часто по собственной инициативе, иногда по инициативе родных и близких, а также в недобровольном порядке по инициативе третьих лиц. Поводом для его обращения является что-то, что беспокоит его в виде нарушений психического здоровья или поведения. Он приходит для их устранения и восстановления здоровья и психофизиологического комфорта. Именно это – результат деятельности врача – является целью больного, а не процесс осмысления, анализ расстройств. Но этот результат является следствием адекватности и полноценности распознавания, анализа и сути болезни врачом, следствием клинического диагностического процесса. Правильное диагностическое заключение выступает фундаментом тактики лечения, профилактики, риадаптационно-реабилитационных мероприятий. Только правильный индивидуальный диагноз, основанный на нозологическом принципе, позволяет наметить и разработать соответствующую терапевтическую стратегию и тактику. Клинический метод сочетается с психологическим и психометрическими методами. Тесты, шкалы и опросники широко используются в целях объективизации и количественной оценки психических расстройств. Эти методы позволяют индивидуализировать патологическое состояние отдельно взятого определенного человека. И в то же время позволяют формализовать, провести математический анализ, вывести доказательность динамики лечебного процесса.

Самым главным из элементов врачебной деятельности является постановка диагноза. Правильность в установлении диагноза определяет вероятность выздоровления пациента, а не редко и его спасение от гибели. На основании диагноза выписывается лечение, определяется режим и

трудоустройство больного. В более широком смысле диагностика заболевания имеет отношение и к врачебной экспертизе, и к анализу экспериментальных данных. Диагностика заболеваний – часть медицины, которая рассматривает симптомы и признаки болезней, а также методы и принципы, при поддержке которых устанавливается диагноз. В свою очередь, диагноз (слово «диагноз» зародилось в Греции и в медицине означает «распознавание») связан с определением характера и существа болезни при помощи всестороннего исследования болезни. Понятие диагностики болезней в науке включает в себя:

а) сбор диагностического материала (жалобы больного, результаты осмотра и т.д.);

б) оценку диагностической информации;

в) постановку диагноза.

Диагноз – информация, которая необходима для того, чтобы правильно назначить лечение и не повредить здоровью. Таким образом, можно сказать, что диагностика – это обычный медицинский процесс, который напрямую пересекается со сбором, передачей и переработкой медицинской информации.

Диагноз требует соблюдения ряда строго последовательных операций и выступает в виде системы «больной — врач». В общем виде эта система состоит из ряда звеньев: источника медицинской информации (больного); средств ее добычи; врача, осуществляющего переработку медицинской информации. В совокупность поступают и методы реализации лечебных воздействий, которые служат цепью обратной связи, поскольку правильность полученного диагноза в науке обычно подтверждается в конце успешного лечения.

Методы исследования в любой клинической дисциплине определяют эффективность диагностики заболеваний. От того, насколько совершенно разработаны методы исследования и насколько адекватно они применяются врачом, зависит успех диагностики каждого конкретного случая заболевания и эффективность лечения больного.

В отличие от методов исследования соматически больных обследование пациентов с душевным заболеванием имеет ряд существенных особенностей.

Во-первых, в силу специфики психической патологии, врач-психиатр в своем клиническом анализе болезни делает акцент не столько на внешних материальных патологических феноменах, сколько на то, какие внутренние идеальные субъективные переживания пациента они отражают.

Во-вторых, в ходе психиатрического обследования всегда следует учитывать значительное влияние на его проведение внешних средовых факторов (времени и места, интерьера, присутствие других лиц и пр.).

В-третьих, сама личность врача, его знания и опыт, профессиональные

установки привносят особенности в тактику обследования и могут влиять на его конечные итоги.

Из этого следует, что при обследовании психически больного каждый врач-психиатр неизбежно сталкивается с рядом специфических трудностей, как объективного, так и субъективного характера. Очевидно, что методы исследования в психиатрии должны отвечать следующим требованиям: 1) выявлять максимально достоверную информацию о характере психической патологии; 2) отличаться разносторонностью, позволяющей отразить различные уровни патологического процесса; 3) быть адекватными для данной ситуации (время, место обследования — кабинет, палата, наличие других пациентов и т. и.); 4) быть приемлемыми для личности больного и личности врача.

На современном этапе развития психиатрии существует целый комплекс научно обоснованных методов исследования психически больных. Их можно разделить на основные, дополнительные и уточняющие. Основной метод в психиатрии — клинико-психопатологический.

Клинико-психопатологическое исследование — метод обследования психически больного, имеющий целью распознавание психической патологии (симптомов), выявление ее структуры (синдромов) и динамики (синдромокинез, синдромотаксис), а также определение отношения больного к своему заболеванию и к отдельным его проявлениям.

В повседневной практической работе, врачи сталкиваются с такими проблемами как:

1. Недостаток времени.
2. Трудности в преемственности между врачами.
3. Недоверие пациентов и их родственников.

Мы разработали «Карту симптомов» и начали пользоваться ею в работе дневного стационара.

Суть предлагаемого психометрического метода заключается в том, что после беседы с пациентом признаки расстройств психического здоровья (феномены), при выявлении причинно – следственной связи с патологией, типизируются как симптомы, входящие в тот или иной синдром. Составляется оценочная «карта симптомов» для конкретного пациента, то есть основных болезненных проявлений, побудивших его обратиться к психиатру. Она может носить только субъективный характер – оценка самим пациентом своего состояния, так и более «объективный»: со стороны его родственников и врача.

По горизонтали указываются даты обследования с оценкой пациента, родственников и лечащего врача. По вертикали – симптомы в виде феноменологического описания и/или в психопатологическом формате. Лечащий врач, пациент и родственник больного оценивают выраженность симптома по интенсивности и/или частоте от 0% до 100 % (0% - это полное

отсутствие симптома, 100 % - симптом проявляется или каждую минуту в течение суток, или максимально нестерпим для пациента). Частота оценки состояния пациента варьируется в соответствии с задачами врача: это или еженедельная (каждые 2 недели) - на этапе подбора препаратов, дозировки, или ежемесячная на этапе стабилизации состояния и поддерживающего лечения (таблица 1).

Таблица 1.
 «Карта симптомов» больного с депрессивным синдромом

Симптомы	Оценка симптомов на момент поступления			Оценка симптомов			Оценка симптомов		
	пац.	род.	врач	пац.	род.	врач	пац.	род.	врач
Ведущие Тоска									
Обязательные Гипобулия Гипокинезия Замедление темпа мышления									
Дополнительные Пониженная самооценка Суицидальная настроенность Угнетение влечений									
Факультативные Тревога Страх Сенестопатии Астения Фобии Обсессии Панические атаки Дереализация Деперсонализация Бредовые идеи Галлюцинации									
Лечение									

Предлагаемый нами психометрический метод позволяет:

1. Детально оценить качество лечения пациента лечащим врачом совместно с родственниками больного и самим пациентом, выстроить более

доверительные отношения «врач-больной», когда виден (визуализирован) сам лечебный процесс, его результат.

2. Повысить уровень участия пациента, его родственников в лечебном процессе и долю их ответственности за результат лечения.

3. Сохранить в наглядном виде этапы диагностики и изменения состояния здоровья пациента в процессе лечения.

4. Оптимизировать по времени работу лечащего врача.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бухановский, А.О. Общая психопатология: атлас к пособию для врачей. – Ростов н/Д; Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2013. -390 с.
2. Психиатрия . Ростовская научно-педагогическая школа: Учебник/ под ред. В.А. Солдаткина - Ростов н/Д. Изд-во Профпресс, 2016. -1078 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТКМП В ТЕРАПИИ ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Кобылянская Н.М., Молчанова И.Г., Тер-Минасьян А.Г.,
Бодякин Ю.И., Пустовет Е.Н.**

г. Ростов-на-Дону

В практике врача-психиатра органические расстройства личности и поведения различного генеза занимают одно из первых мест по распространенности и трудности терапии, что, в совокупности с выраженными когнитивными нарушениями и социальной дезадаптацией таких больных, определяет актуальность поиска новых подходов к лечению этих заболеваний. Ведущим методом лечения органических расстройств, безусловно, являются фармакологический, но многолетняя практика доказала, что при комбинировании медикаментозной терапии с другими лечебными мероприятиями, в частности, с психотерапевтическими занятиями и нейротерапией, результативность лечения таких больных значительно повышается. В качестве нейротерапии в комплексном лечении органических расстройств нами была включена транскраниальная микрополяризация (ТКМП).

Транскраниальная микрополяризация представляет собой неинвазивный метод воздействия на отдельные структуры головного мозга очень слабым постоянным электрическим током. Сила тока от 0,1 до 0,5 мА сравнима с силой тока собственных электрических процессов головного мозга. Ток подается с помощью 6 электродов, наложенных на определенные участки черепа, в зависимости от того, на какие структуры необходимо повлиять. Принцип метода заключается в том, что электрический ток такой слабой силы направленно изменяет функциональное состояние нейронов, улучшает взаимодействие между нервными клетками и отдельными структурами головного мозга без риска их повреждения и способствует тем самым восстановлению регуляции или развитию различных функций. Метод ТКМП применяется в разных странах более 20 лет, и его безопасность, эффективность и отсутствие побочных действий доказаны на практике. При лечении органических расстройств мы располагали электроды над зоной проекции фронтальной и префронтальной коры и теменно-височной области, воздействуя током от 0,3 до 0,5 мА в течение 30 минут курсом из 12-15 сеансов, проводимых ежедневно или через день. Так как авторы метода в качестве единственного побочного эффекта транскраниальной микрополяризации указывают возможное повышение судорожной готовности, то перед назначением курса ТКМП пациентам в обязательном порядке снималась ЭЭГ, и в случае выявления на энцефалограмме очагов судорожной активности микрополяризация не назначалась. Во всем остальном никаких других спе-

циальных обследований или особых режимов при прохождении курса ТКМП не требуется.

Курсы ТКМП в комплексе лечебных мероприятий были проведены 48 пациентам в возрасте от 20 до 45 лет, страдающим органическими расстройствами личности и поведения различного генеза. Помимо нейротерапии эти пациенты получали медикаментозную терапию, состоящую из препаратов, улучшающих трофику, метаболизм и кровообращение в головном мозге (ноотропы, церебропротекторы, ангиопротекторы), часть больных также получала нормотимики и некоторые другие препараты. Кроме того, со всеми этими пациентами проводились психотерапевтические беседы, направленные на обучение и самостоятельное применение рациональной и поведенческой терапии. В контрольную группу мы отобрали 52 пациента в таком же возрастном диапазоне, получавших аналогичную медикаментозную терапию, но без нейротерапевтического лечения. Для объективности диагностики и контроля результатов лечения нами использовались методы инструментального обследования (ЭЭГ, РЭГ, в некоторых случаях СКТ И МРТ головного мозга) и экспериментально-психологические исследования (ЭПИ). Общие результаты по обеим группам представлены в таблице №1.

Таблица 1.

Общие результаты лечения в обеих группах

	Получавшие курсы ТКМП в комплексе лечебных мероприятий	Получавших комплексное лечение без нейротерапии
Количество пациентов	48	52
Улучшение после лечения по клиническим признакам (по субъективному и мнению близких)	47 (97,7%)	39 (75%)
Улучшение после лечения по сравнительным данным ЭПИ	42 (87,5%)	41 (78,8%)
Улучшение после лечения по сравнительным данным РЭГ	48 (100%)	43 (82,7%)
Ухудшение во время или после лечения	0	1 (2%)
Состояние осталось без изменений	1 (2,1%)	12 (23%)

Под улучшением мы считали стойкое уменьшение или нивелирование патологической симптоматики, подтвержденное инструментальными методами исследования. В клинической картине у большинства наших пациентов отмечалась заметная редукция многих патологических симптомов и уменьшение когнитивных нарушений. Результаты по отдельным симптомам показаны в таблице №2.

Таблица 2.

Сравнительные результаты лечения по отдельным симптомам

	Комплексное лечение + ТКМП	Комплексное лечение без нейротерапии
Улучшение памяти (кратковременной и долговременной, облегчение процессов запоминания) по субъективной оценке и подтвержденное ЭПИ	39 (81,2%)	36 (69,2%)
Улучшение внимания (нормализация баланса концентрации и подвижности) по данным ЭПИ	42 (87,5%)	39 (75%)
Улучшения в эмоциональной сфере (уменьшение лабильности эмоционального фона, снижение импульсивности, повышение контроля над эмоциями) по субъективной оценке и данным ЭПИ	42 (87,5%)	43 (82,7%)

Как видно из вышеприведенных таблиц, улучшение состояния в процентном соотношении отмечалось у большего количества пациентов, чем в контрольной группе. Для объективности результатов лечения всем пациентам из обеих групп были выполнены РЭГ и ЭПИ до начала лечебных мероприятий, после окончания полного курса и спустя 7 месяцев после завершения комплекса терапии. Результаты обследования через 7 месяцев предоставлены в таблице №3.

Таблица 3.

Результаты обследования пациентов обеих групп спустя 7 месяцев после комплексного лечения

	Пациенты, получавшие комплексную терапию + ТКМП	Пациенты, получавшие комплексную терапию без нейротерапии
Количество больных с положительной динамикой	41 (85,5%)	39 (75%)
Количество больных с отрицательной динамикой	0	4 (8%)
Количество больных без какой-либо динамики	7 (14,5%)	9 (17%)

Как видно, в группе получавших ТКМП состояние пациентов спустя 7 месяцев после курса лечения значительно лучше, чем в контрольной груп-

пе, что можно объяснить пролонгированным лечебным действием ТКМП, отмеченным ранее авторами этого метода. Кроме того, обращает на себя внимание то, что побочных эффектов и осложнений непосредственно при применении ТКМП не зафиксировано ни у одного пациента.

Обобщая полученные данные, можно отметить следующее:

1) В клинической картине у наших пациентов, прошедших курс ТКМП наблюдался заметный регресс патологической симптоматики: уменьшались нарушения в эмоциональной сфере, снижалась импульсивность при достаточной стабилизации эмоционального фона, повышалась социальная и коммуникативная адаптация пациентов.

2) По данным экспериментально-психологических исследований у больных уменьшалась истощаемость и нестабильность когнитивных функций, повышались концентрация внимания, умственная работоспособность, улучшались все виды памяти и способность самоконтроля

3) По данным реоэнцефалографических обследований наблюдалась стойкая тенденция к нормализации показателей кровотока в сосудах головного мозга и к нормализации регуляторных функций головного мозга

Выводы.

1. Транскраниальную микрополяризацию можно безопасно и эффективно применять в комплексной терапии органических расстройств различной этиологии при условии предварительного контроля инструментальными методами.

2. Применение транскраниальной микрополяризации головного мозга в комплексе лечебных мероприятий значительно улучшает результаты лечения у больных органическими расстройствами личности и поведения различного генеза.

3. Применение транскраниальной микрополяризации закрепляет и продлевает положительную динамику в комплексном лечении больных органическими расстройствами личности и поведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия М. Бином, 2006г
2. Цветкова Л.С. Восстановление высших психических функций М. Академический проект, 2004г.
3. Захаров В.В. Нарушения памяти М. Геотар-Мед, 2003г.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека СПб, Питер, 2008г.
5. Шелякин А.М., Преображенская И.Г. Применение локального постоянного тока в эксперименте и клинике Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова 2001г.
6. Шелякин А.М., Пономаренко Г.Н. Микрополяризация мозга. Теоретические и практические аспекты. Санкт-Петербург, 2006г.
7. Илюхина В.А., Матвеев Ю.К. Транскраниальная микрополяризация в физиологии и клинике Санкт-Петербург, 2006г.
8. Пинчук Д.Ю. Транскраниальные микрополяризации головного мозга: клиника, физиология, 20-летний опыт применения, Санкт-Петербург, 2007 г.

АГОРАФОБИЯ: РОЛЬ И МЕСТО В КОНТИНУУМЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ковалев А.И., Тер-Минасьян А.Г., Логвинова А.Т.

г. Ростов-на-Дону

Агорафобия – расстройство тревожного спектра, проявляющееся страхом открытых пространств или людных мест (гипермаркеты, площади, вокзалы и т.п.) с последующим формированием избегающего поведения. В рамках МКБ-10 выделяют две группы: агорафобию без панического расстройства и агорафобию, сочетающуюся с паническим расстройством. Часть исследователей выделяют агорафобию с ранним и поздним (после 65 лет) началом (5).

Распространенность расстройств тревожно-фобического круга весьма высока. Так, примерно у 2 – 5% населения в течение жизни встречается паническое расстройство (3,2). Агорафобическую симптоматику имеют от одной трети до половины этих пациентов (6). Примерно у трети пациентов с паническим расстройством и большим депрессивным расстройством развивается агорафобия (7). Агорафобия является важным фактором дезадаптации в структуре посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Такой высокий процент встречаемости агорафобии в популяции делает данную тематику актуальной для изучения. Результаты исследований последних лет показывают наличие коморбидности между агорафобией и другими расстройствами тревожного спектра, что само по себе повышает тяжесть заболевания и снижает эффективность проводимого лечения.

До сих пор нет единого мнения в отношении нозологической самостоятельности агорафобии. Формируется ли она вторично по отношению к паническому расстройству, либо возникает самостоятельно по другим механизмам (4).

С целью выявления в структуре пограничных психических расстройств агорафобической симптоматики было обследовано 874 пациента. Нам важно было увидеть наличие клинических различий агорафобии в рамках различных непсихотических психических расстройств, для разработки дифференциально-диагностических критериев, а также значение этих критериев для выявления факторов терапевтической резистентности агорафобии.

Распространенность агорафобии в вышеуказанной выборке пациентов была весьма велика (34,4%). Наиболее высокий процент встречаемости данной симптоматики отмечался в рамках панического расстройства (55,6%), социофобии (43,8%), ипохондрического расстройства (41,6%), эндогенных депрессий (38,3%). Ни одного пациента с симптомами агорафобии

мы не выявили при неврастении, низкий процент был при ПТСР (5,0 %) и специфических изолированных фобиях (8,8 %). Средние показатели имели место среди пациентов с диссоциативными расстройствами (28,8 %), реактивными депрессиями (25,4 %) и генерализованным тревожным расстройством (17,3 %).

Полученные результаты дали возможность разработать дифференциально-диагностические критерии агорафобического синдрома у пациентов с тревожными, ипохондрическими, депрессивными и истерическими расстройствами.

1. Критерий психопатологической структуры

Для оценки данного критерия необходимо выявить сопутствующие тревожные и депрессивные переживания, навязчивости, сенестопатии, характер избегающего поведения, содержание страхов, ситуационную вариабельность, признаки невротического формирования личности, динамику изменения жизненного уклада на фоне невротического заболевания. Наиболее важными клиническими факторами в формировании терапевтической резистентности у пациентов с агорафобией являются: деперсонализационно-дереализационные состояния, диссомнии, усложнение фобий, генерализация (полиморфизм) специфичной фобической симптоматики (присоединяются социальные фобии, изолированные фобии и др.), появление панагорафобии.

2. Критерий синдромокинеза

Данный критерий необходимо типировать, выявляя первичность или вторичность агорафобии в структуре непсихотического заболевания. Он включает варианты формирования агорафобического синдрома в начале или появление в процессе развития психической патологии. Так, при депрессивных расстройствах (как эндогенных, так и реактивных) агорафобия присоединяется по ходу развития основной симптоматики. При этом, чем длительнее течет основное пограничное психическое расстройство, тем выше терапевтическая резистентность агорафобии.

3. Критерий вегето-висцеральных расстройств

Наличие соматовегетативных проявлений в структуре агорафобической симптоматики и их характер является важным фактором развития затяжного течения агорафобии. Даже после купирования вегето-висцеральной симптоматики страх перед ее возобновлением еще долго дезадаптирует пациентов, «подкармливает» их страхи и пролонгирует избегающее поведение. Мы оценивали преобладание симпатoadреналовых, вагоинсулярных или смешанных расстройств, степень их выраженности и распространенности. Развернутая клиническая картина включала в себя 4 и более вегетативных симптома паники по МКБ-10, симптоматически бедная – менее 4 симптомов. Оценивая данный критерий всегда необходимо помнить о необходимости всестороннего обследования больного на предмет наличия

сопутствующей соматической патологии, которая может вызывать схожие симптомы: эндокринной, сердечно-сосудистой, неврологической, пульмонологической и т.п.

4. Критерий выраженности аффективной и вегетативной симптоматики

Характеризует соотношение в структуре агорафобических тревожных приступов вегетативных или аффективных симптомов, включая информацию о корреляции этого соотношения с динамикой агорафобии. Помогает при дифференциальной диагностике непсихотических психических расстройств. Аффективная симптоматика при агорафобии преобладала в рамках эндогенных депрессий и тревожных расстройств.

5. Критерий резидуально-органической почвы

Выявляет резидуальную церебрастеническую симптоматику: метеочувствительность, эмоциональную лабильность, мнестические нарушения и др. В анамнезе были выявлены: черепно-мозговые травмы, перинатальная патология, перенесенные инфекции и интоксикации центральной нервной системы. В преморбидерезидуально-органическая симптоматика преобладала при тревожных и ипохондрических расстройствах (> 20 %). Данный критерий существенно влиял на течение агорафобической симптоматики и учитывался при выборе терапевтической тактики.

6. Критерий типа течения

Агорафобия имела перманентное (постоянное), либо эпизодное (волнообразное) течение. В первом случае оно включало непрерывно-поступательный и стационарный варианты по И.И. Сергееву (1998), во втором – рецидивирующий и непрерывно-приступообразный типы. Непрерывно-поступательный и стационарный типы течения достоверно значимо чаще наблюдаются у терапевтически резистентных больных. В нашем исследовании постоянное течение встречалось при тревожных и истерических расстройствах. В остальных случаях отмечалось эпизодическое течение агорафобии.

7. Критерий возраста дебюта

Чем раньше появлялась агорафобическая симптоматика в структуре расстройства, тем менее благоприятно протекало заболевание. Согласно нашим данным дебют агорафобии в возрасте до 20 лет является фактором риска развития терапевтической резистентности.

8. Критерий аддиктивного поведения

Этот критерий оценивает злоупотребление, либо наличие зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в преморбиде, в начале и в процессе развития болезни. Важно выделение симптоматического употребления ПАВ. Нами были выявлены различия для пациентов с тревожным, ипохондрическим, а также депрессивными расстройствами. Критерий аддиктивного поведения является неблагоприятным фактором в отношении течения агорафобии.

9. Критерий наличия суточного ритма

Суточная динамика позволяет дифференцировать эндогенные и психогенные заболевания, включающие агорафобию.

10. Критерий клинического взаимодействия тревоги и агорафобии

Было выявлено два варианта соотношения межприступной тревоги и агорафобии:

- a. выраженность агорафобии зависела от выраженности тревоги (например, при паническом расстройстве);
- b. агорафобия возникла вне зависимости от уровня тревоги (например, при конверсионных расстройствах).

Является важным дифференциально-диагностическим критерием агорафобии в рамках истерических нарушений, включая диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства.

11. Критерий сцепленности с паническими атаками

Наличие панических атак утяжеляет течение агорафобии и является неблагоприятным фактором в отношении риска развития терапевтической резистентности.

Таким образом, проведенное исследование выявило наличие дифференциально-диагностических особенностей агорафобии по множеству критериев в рамках непсихотических психических расстройств. А это, в свою очередь, позволит верно оценивать факторы терапевтической резистентности и правильно выстраивать лечебно-профилактические мероприятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сергеев И.И., Шмилович А.А., Бородина Л.Г. Условия манифестации, клинико-динамические закономерности и феноменология фобических расстройств. Тревога и обсессии. Под ред. А.Б. Смулевича. М., 1998; с. 79–96.
2. Carlbring P., Gustafsson H., Ekselius L., Andersson G. 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002. Т. 37. № 5. — С. 207–211.
3. Kessler R. C., Chiu W. T., Jin R., Ruscio A. M., Shear K., Walters E. E. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch Gen Psychiatry*. 2006. Т. 63. № 4. — С. 415–424.
4. Schmidt N.B., Norr A.M., Korte K.J. Panic disorder and Agoraphobia: Considerations for DSM-V // *Research on Social Work Practice*. 2013.
5. Segui J., Salvador-Carulla L., Marquez M., Garcia L., Canet J., Ortiz M. Differential clinical features of late-onset panic disorder // *J Affect Disord*. 2000. Т. 57. № 1-3. — С. 115–124.
6. Weissman M. M., Bland R. C., Canino G. J., Faravelli C., Greenwald S., Hwu H. G., Joyce P. R., Karam E. G., Lee C. K., Lellouch J., Lepine J. P., Newman S. C., Oakley-Browne M. A., Rubio-Stipec M., Wells J. E., Wickramaratne P. J., Wittchen H. U., Yeh E. K. The cross-national epidemiology of panic disorder // *Arch Gen Psychiatry*. 1997. Т. 54. № 4. — С. 305–309.
7. Wittchen H. U., Nocon A., Beesdo K., Pine D. S., Hofler M., Lieb R., Gloster A. T. Agoraphobia and panic. Prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts // *Psychother Psychosom*. 2008. Т. 77. № 3. — С. 147–57.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ: ПЕРСПЕКТИВЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

Колесников А.С., Холодова Н.Б., Локосов А.В.

г. Ростов-на-Дону

Целью данной работы является предложение о внесении изменений в нормативную базу, касающихся диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Порядок проведения диспансерного наблюдения указанных категорий граждан регламентируется следующими нормативными актами: Приказ Министерства здравоохранения СССР от 12 сентября 1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями»; Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. N 1034н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»; Приказ Минздрава РФ от 23 августа 1999 г. № 327 «Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)», Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Не вызывает сомнения тот факт, что ряд положений указанных документов не соответствуют реалиям жизни и требуют пересмотра. Исторически необходимость диспансерного наблюдения сформирована потребностью в снижении экономического и социального вреда от определенных заболеваний. По сути диспансерное наблюдение является сплавом ограничительных мер медицинского и правового характера. Высокий уровень распространенности злоупотребления алкоголем и наркотическими средствами оборачивается значимым экономическим ущербом. Лица, страдающие хроническим алкоголизмом, берут в 2 раза больше дней административного отпуска, чем остальные работники, экономический ущерб в результате прогулов, расходов на поликлиническую и стационарную медицинскую помощь, выплат по листкам нетрудоспособности по группе злоупотребляющих алкоголем в среднем в 3 раза выше, чем в контрольной группе. У данных лиц не менее 15 — 20% невыходов на работу в год обусловлено злоупотреблением алкоголем. Злоупотребление алкоголем снижает производительность труда в среднем на 9,6%. [11] При исследовании затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом в 2008 г. в Республике Беларусь было выяснено, что экономический ущерб от потребления алкоголя превышает доходы от продажи спиртного в 8 раз. [13] По данным А.В. Немцова, около трети всех смертей в нашей стране в большей или меньшей степени связана с алкоголем. В разных регионах алкогольная смертность составляет от 30 до 46%, в среднем по стране – 37% от всех смертей. [16] По данным Харченко В. И. с соавт., алкогольная смертность в процентном соотношении от всех умерших в возрасте 16-65 лет в 2001 году с большим запасом преувеличением со-

ставила от 14,0% до 17,4% (в среднем 15,7%). [10] И хотя вышеуказанная информация противоречива, цифры смертности превышают аналогичные в связи с туберкулезом и др. социально опасными заболеваниями. Вышеприведенные данные свидетельствуют о высокой социальной значимости злоупотребления алкоголем, наркотическими и психоактивными веществами, опасностью данной категории граждан для себя и окружающих, что соответствует принципам недобровольности оказания медицинской помощи и диспансерного наблюдения по определению статей 26, 27, 29 Закона о психиатрической помощи. Социальная значимость наркологической патологии обозначена в Постановлении Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». В противовес этому, Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. № 1034н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения закрепил нормативно добровольность принятия диспансерного наблюдения.

При анализе вышеуказанных фактов было сформировано понимание диспансерного наблюдения как комплекса мер профилактического, медицинского, социального, экономического и правового характера, обеспечивающих защиту общества от последствий заболеваний, представляющих социальную значимость или социально опасных. Основной задачей диспансерного наблюдения является строгий учет лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с (вызванными) употреблением психоактивных веществ (F10 - F19 по МКБ-10), совершенствование методов первичной и вторичной профилактики, лечения и реабилитации больных. Из этого определения, которое авторы предлагают закрепить нормативно, и вытекает принцип недобровольности диспансерного наблюдения, что, впрочем, не исключает возможность информированного добровольного согласия при проведении тех или иных медицинских манипуляций. Находящийся на диспансерном наблюдении человек может получать поддерживающее лечение или отказываться от него, но он не вправе нарушать требования закона об ограничениях в плане трудоустройства на опасные и вредные виды работ, сроков диспансерного наблюдения и др. Данное определение как бы вычленяет медицинскую составляющую из широкого понятия диспансерного наблюдения. В нашем обществе сформировано малообоснованное мнение о том, что выполняя требования закона о диспансерном наблюдении и ограничениях, накладываемых при этом наблюдении, врач выполняет карательные функции. Возникает вопрос, не является ли врач карателем, организуя карантин при инфекционных заболеваниях либо ограничивая в праве управления транспортными средствами слабовидающих. Несомненно, ограничения, накладываемые диспансерным наблюдением при наркологической патологии, имеют функцию защиты общества. Ряд важных вопросов наблюдения за лицами, страдающими наркологической патологией, таких как вопрос правомерности установления профилактического наблюдения за лицами, находящимися в группе риска

развития наркологической патологии; критерии прекращения наблюдения; формы сотрудничества с органами внутренних дел; иерархия, ответственность и компетентность всех участников системы профилактики; вопрос диспансерного наблюдения как прерогативы наркологических учреждений государственной структуры, подробно изложены в Приказе Министерства здравоохранения СССР от 12 сентября 1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями». Вместе с тем, эти вопросы требуют переработки и нормативного отражения в свете нового понимания понятия диспансерного наблюдения.

Выводы. Предлагается ввести новое определение диспансерного наблюдения, разрешающее проблему недобровольности постановки на наркологический учёт и добровольности проведения медицинских вмешательств. Предлагается принять за основу создания нового порядка диспансерного наблюдения наркологических больных Приказ Министерства здравоохранения СССР от 12 сентября 1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями», внося вышеуказанные изменения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации.
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
3. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
4. Уголовный кодекс Российской Федерации.
5. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации.
6. Приказ Минздрава СССР от 21. 03. 1988 № 225 (ред. от 13. 02. 1995) О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи».
7. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации /Под общей редакцией В.М. Лебедева. М.: Норма, 2003.
8. Комментарий к Закону Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / Под общей редакцией Т.Б. Дмитриевой. М.: Спарк, 2003.
9. Комментарий к Гражданскому процессуальному кодексу Российской Федерации.
10. Харченко В.И., Какорина Е.П., Мишнев О.Д., Найденова Н.Г., Ундринцов В.М., Вирин М.М., Михайлова Р.Ю. «Сравнительный анализ алкогольной смертности населения России (проблемы диагностики, трактовки, регистрации, количественной оценки)», реферативный сборник «Новости науки и техники, сер. Медицина. Вып. №2 2004 Алкогольная болезнь, с. 1-20
11. Материалы сайта <http://www.medical-enc.ru>
12. Материалы сайта www.psu.ru
13. Материалы сайта <http://www.anidor.net>
14. Материалы сайта <http://meduniver.com/>
15. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма М.: Медицина, 1990. – 416 с.
16. Материалы сайта <http://alcoholismhls.ru>
17. Материалы сайта <http://www.mk.ru/>
18. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. № 1034н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения».
19. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 12 сентября 1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями».
20. Приказ Минздрава РФ от 23 августа 1999 г. № 327 «Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)».
21. Приказ Минздрава СССР, МВД СССР от 20.05.1988 № 402/109 «Об утверждении Инструкции о порядке выявления и учета лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических или других средств, влекущих одурманивание, оформления и направления на принудительное лечение больных наркоманией».

НЕКОТОРЫЕ СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ

**Коновалова О.Ю., Пащенко И.Е., Данилкова Е.В.,
Черногорова Е.В., Гельбинг Д.А.**

*ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая
больница № 1».*

Кафедра психиатрии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ

Минздрава России

г. Краснодар

Начиная с XIX века, около половины пациентов психиатрических заведений страдали от сифилиса нервной системы [1]. Актуальность вопроса нейросифилиса у психических больных в нашей стране возросла с периода активных реформ в системе здравоохранения, которые происходили во время развала Советского Союза. В этот период дерматовенерологическая служба перестала выполнять важную ключевую роль в рамках контроля по своевременному выявлению, диагностики и лечения сифилиса. В следствии этого неизбежно начал отмечаться рост сифилиса как в России, так и в других постсоветских республиках в период с 1989 года по 1998 год. По данным литературы заболеваемость выросла в 60 раз [1,5]. Следует отметить, что практически в тот же самый период поднимался уровень заболеваемости нейросифилисом и в США (параллельно с эпидемиями СПИДа и кокаиновой наркомании), когда в 1997г. медицинская служба Соединённых Штатов (The U.S. Public Health Service) взяла эпидемию под контроль и добилась снижения заболеваемости до минимального уровня [4].

К началу XXI века эпидемиологическая ситуация в стране стабилизировалась. Доля больных, страдавших от нейросифилиса, поступивших в психиатрические стационары, составляла уже не более 0.3% от всех впервые поступивших пациентов. Однако при этом изменилась структура заболеваемости, а также клинические проявления болезни. Значительно увеличился удельный вес скрытых, поздних форм, нейро- и висцерального сифилиса, с малосимптомным течением, что безусловно затруднило диагностику заболевания у пациентов, поступающих на стационарное лечение по неотложным показаниям, в том числе в психиатрические больницы [1,2,3]. В последние годы превалирует дементная форма течения болезни, а острая галлюцинаторно-бредовая форма практически перестала встречаться. Кроме этого, сложность в дифференциальной диагностике заболевания была обусловлена схожестью клинической симптоматики нейросифилиса с проявлениями деменции альцгеймеровского типа. Помимо этого, наблюдалась

выраженная тенденция к продолжающемуся развитию и формированию процесса слабоумия, приводящего к стойкой нетрудоспособности, а также и к летальному исходу [1,2,3,4,5].

В связи с наблюдаемой тенденцией к увеличению случаев заболевания нейросифилисом, Департаментом здравоохранения г. Москвы был издан приказ № 190 от 15.03.2012 г. «О взаимодействии врачей-дерматовенерологов с врачами смежных специальностей (неврологами, психиатрами, наркологами, офтальмологами, отоларингологами) при выявлении нейросифилиса и тактике ведения больных» [3], аналога которому до сих пор нет в ряде регионов, в том числе и в Краснодарском крае.

Исходя из вышеизложенного, мы пришли к выводу, что актуальность проблемы нейросифилиса в практике врача-психиатра в настоящее время сохраняется в виду недостаточной выявляемости болезни и адекватной своевременной тактики ведения больного.

С целью углубленного изучения данной проблемы, нами была проведена выборка медицинских карт стационарных больных, страдавших нейросифилисом, проходивших лечение в ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» в период с 2014 года по 2016 год, поступивших с разных районов Краснодарского края.

За исследуемый период было выявлено 15 случаев заболевания нейросифилисом у психических больных. Так в 2014 году было зарегистрировано 3 случая, в 2015 году - 4 случая и в 2016 году было выявлено 8 пациентов с психическими расстройствами, которые страдали нейросифилисом (репрезентативность данной выборки может быть соотнесена к данным исследованиям в других регионах Российской Федерации по данным литературы).

Среди пациентов преобладали лица мужского пола и составляли 11 человек. 4 больных из 15 выявленных случаев были женщины, что соответствует аналогичным исследованиям, проводимым в других регионах (Ленинградский областной центр специализированных видов медицинской помощи в 2011-2013гг. [2], ОГУЗ Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург, 2001 -2008гг. [1]).

Возрастной диапазон исследуемых больных составлял от 30 до 56 лет, в среднем это были лица около 45 лет. На период изучения данной проблемы из 15 пациентов, проходивших лечение в ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1», за исследуемый период 11 человек имели рабочие места на различных предприятиях. 3 пациентов были нетрудоспособными, имели вторую группу инвалидности, 2 больных официально нигде не работали. Необходимо отметить, что 6 пациентов проходили срочную воинскую службу, 3 человека были освобождены из мест заключения. В психиатрическую больницу пациенты поступали преимущественно впервые.

Во время анализа семейного статуса исследуемой группы выяснилось,

что 6 человек состояли в браке, 9 пациентов не имели собственной семьи, т.е. были холостые, разведённые или вдовствующие. 70% исследуемых пациентов, страдающих психическим расстройством, с сопутствующим заболеванием в виде нейросифилиса, проживали, преимущественно, в городах, 30% - составили жители сельской местности. 14 пациентов имели средне-специальное образование, 1 - среднее образование по программе 8-го вида. В большинстве случаев (78%), пациенты относились к диагностическим рубрикам F06 (Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга) и F07 (Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга). По одному случаю пришлось на диагнозы: параноидная шизофрения с непрерывным типом течения (F20.004) и умственная отсталость лёгкой степени со значительными нарушениями поведения (F70.19).

В 12 случаях из 15 (что составляет 80%) сифилис нервной системы был впервые выявлен только во время обследования в ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1». В 2х исследуемых случаях нейросифилис имел асимптомный тип течения, но в 13 случаях врач-дерматовенерологи выделили характерные клинические проявления, среди которых у больных наблюдались симптомы прогрессирующего паралича, а у 2 больных был выявлен сифилитический менингит.

По данным патопсихологического исследования, у всех пациентов наблюдались нарушения памяти, преимущественно механической, и эмоциональной сферы. В 3х случаях была выявлена аффективная неустойчивость, у большинства пациентов (11 человек) - эмоциональная лабильность и 1 имел эмоциональную уплощённость в рамках эндогенного процесса. Диапазон коэффициента Айзенка составил от 46 до 72 баллов, что соответствует снижению интеллекта.

14 из 15 пациентов, при установлении диагноза позднего нейросифилиса, получали специфическую терапию в ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1», назначенную врачом-дерматовенерологом. Одна пациентка отказалась от лечения. Ей были выданы рекомендации для наблюдения и лечения у психиатра и дерматовенеролога по месту жительства.

Ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, страдавших от нейросифилиса позволил нам прийти к следующим **выводам**:

1. Основную долю пациентов, страдающих психическими расстройствами, с впервые выявленным сифилисом нервной системы, составляют взрослые мужчины в возрасте в среднем около 45 лет со средним или средним профессиональным образованием, поступившие на лечение в психиатрическую больницу.

2. Процент психически больных с нейросифилисом, находящихся в законном браке, тревожно высок.

3. Особое внимание следует уделить тому, что большинство больных - это жители города, имеющие свободный доступ к поликлиникам и больницам, что может свидетельствовать как о низком уровне информированности пациентов в области венерических заболеваний, так и о недостаточной выявляемости таких пациентов медицинскими службами.

4. Обращает на себя внимание и тот факт, что поздний сифилис выявляется в такой категории пациентов как военнослужащие и освобожденные из мест заключения.

5. Следует также акцентировать внимание и на неспецифичность клинической картины позднего сифилиса, которая в большинстве случаев проявлялась только в виде психоорганического синдрома.

В связи с полученными нами выводами, представляется крайне необходимым полипрофессиональный подход к проблеме в системе здравоохранения, с включением в систему подготовки и переподготовки врачей разных специальностей более углубленного изучения этой темы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ретюнский К.Ю., Сурганова В.И., Колчанов А.Г. Проблема диагностики и терапии больных поздним нейросифилисом в условиях психиатрического стационара//Вестник последипломного медицинского образования. – 2009. - №3-4. – С. 51-54.
2. Бичун Е.А., Чухловина М.Л., Заславский Д.В., Егорова Ю.С., Пархоменко С.И. Клинические особенности позднего нейросифилиса на современном этапе//Фундаментальные исследования. – 2014. - №10. – С. 1461-1465.
3. Сюч Н.И., Полевщикова С.А., Якупов И.А., Галь И.А., Дулин П.А. Нейросифилис в клинической практике//Клиническая медицина. – 2014. - №4. – С.51-53.
4. Burton Hutto MD Syphilis in Clinical Psychiatry: a review//Psychosomatics. – 2001. – Vol. 42, №6. – P. 453-460.
5. Катунин Г.Л., Мелехина Л.Е., Фриго Н.В. Нейросифилис: эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика//Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. - №5. – С. 40-49.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Кривулина О. Е.

г. Краснодар

Актуальность исследования. По данным ВОЗ аутоагрессивное поведение в виде суицидов является сегодня одной из основных проблем здравоохранения. Средний показатель самоубийств за 2016 год составил 15,4 на 100 тыс. человек, таким образом, Россия занимает 30-е место в мире по частоте суицидов, а показатель самоубийств для мужчин в сравнении с аналогичным показателем для женщин составляет 3,5:1. Кроме того, самоубийства являются одной из наиболее распространенных причин смерти подростков во всем мире, здесь Россия находится на одном из первых мест. Данные в отношении суицидальных попыток имеются лишь в некоторых странах [1]. Следует отметить, что количество попыток самоубийства в 10-20 раз превышает число завершенных суицидов [2], что характеризует истинные масштабы происходящего явления. При этом на каждый суицид со смертельным исходом у подростков приходится не менее 10-100 суицидальных попыток [5]. Статистика парасуицидов колеблется в значительных пределах – от 60 до 220 на 100 тыс. населения. Повторные суицидальные попытки являются важнейшим фактором риска завершенных суицидов.

В настоящее время существуют достаточно противоречивые точки зрения различных исследователей на феномен суицида и вызывающие его причины [1,3]. Тем не менее, большинством суицидологов признается, что суицидальное поведение имеет многофакторную природу, в которой социально-демографические и клиничко-психологические факторы играют достаточно значимую роль [2,4,5]. По мнению ряда специалистов существует связь между повышенной напряженностью защитных механизмов и выявляющейся пресуицидальной и суицидальной активностью. Значительный уровень аутоагрессивных действий регистрируется при различных формах психической и наркологической патологии.

Целью исследования явилось провести анализ факторов риска суицидальных действий у несовершеннолетних, госпитализированных в психиатрический стационар.

Материалы и методы исследования. Клиничко-анамнестическому, клиничко-психопатологическому и клиничко-катамнестическому исследованию подверглось 60 детей и подростков в возрасте от 10 до 17 лет, госпитализированных в детское отделение Челябинской областной клинической

специализированной психоневрологической больницы №1. Психические и поведенческие расстройства несовершеннолетних 1 группы определялись эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, начинающимися обычно в детском и подростковом возрасте (F90-99) у 38 (63,4%) человек, органические расстройства личности (F 07,0-07,9) у 10 (16,7%) пациентов, в 3 (10,0 %) случаях расстройства адаптации (F 43.2), в единичных наблюдениях шизотипическое расстройство личности (F21,8), легкая умственная отсталость (F70,1) и нервная анорексия (F50,0).

Результаты исследования. Анализ некоторых социально-демографических и клиничко-психологических особенностей изучаемого контингента больных позволил установить, что среди суицидентов было 12 (20,0%) лиц мужского и 48 (80,0 %) женского пола. По возрастному фактору пациенты распределились следующим образом: 6 (10,0 %) ребенка до 12 лет, 44 (73,3%) от 13 до 15 лет и 10 (16,7 %) подростков в возрасте 16 – 17 лет. Все обследованные были учащимися образовательных учреждений. Третья часть детей и подростков воспитывались в полной семье 33,3 % (n = 20) и в 33,3% (n = 18) случаев одной матерью или отцом, 16 (26,7%) пациентов находились в детском доме и 4 ребенка (6,7 %) находились под опекой родственников. Независимо от состава семьи, большинство несовершеннолетних воспитывались в условиях гипоопеки (40,0%) безнадзорности (20,0%), эмоциональной депривации (26,7%) или отвержения (13,3%). До совершения суицидальных действий большинство лиц не состояли на учете у психиатра или нарколога и лишь 20 (33,3%) человек состояли на учете в психиатрическом диспансере. Личностные особенности несовершеннолетних в основном определялись неустойчивыми (46,7%), часть обследованных обнаруживали сензитивные (16,7%) либо сензитивно-шизоидными (13,3%) черты, в единичных случаях наблюдались истероидные, возбудимые, эмоционально-лабильные, и шизоидные (соответственно 10,0%; 6,7%; 3,3% и 3,3%). В структуре способов суицидальных действий ведущими были самопорезы (50,0%) и прием лекарственных средств (20,0%), реже наблюдались падение с высоты (16,7%) и самоповешенье (13,3%), причем, алкогольное опьянение наблюдалось лишь у 4 (6,7%) подростков. Анализ связи суицидов с временами года показал, что в 40,0% (n = 24) случаев суицидальные попытки совершены летом, с одинаковой частотой аутоагрессивное поведение отмечалось в другие времена года (соответственно по 20,0% осенью, зимой и весной). Причинами суицидального поведения в 36,7% (n = 22) случаев являлись обыденные, на первый взгляд, ситуации, которые несовершеннолетними переживались как субъективно – сложные или непреодолимые жизненные обстоятельства или конфликты с родителями - 36,7% (n = 22), реже причинами служили конфликты со сверстниками 16,7% (n=10), в единичных случаях конфликтные ситуации с родственниками и учителями.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволило определить некоторые социально-демографические и клиничко-психологические мишени суицидального поведения у несовершеннолетних, госпитализированных в психиатрический стационар, достоверно чаще наблюдалось у лиц женского пола (80%) в возрасте негативной фазы пубертатна (13-15 лет), воспитывающиеся в полной семье, либо одним из родителей в условиях дефицита внимания или эмоционального отвержения, характеризующиеся личностными особенностями неустойчивого, сензитивного или сензитивно-шизоидного типов. Суицидальные попытки достоверно чаще развивались в летний период времени на фоне обыденных жизненных ситуаций, которые переживались как экстремальные либо после конфликтов с родителями или сверстниками. Основными способами суицидов являлись самопорезы (50%), прием лекарственных средств (20%), реже падения с высоты (16,7%).

Следует обратить внимание на своевременное выявление пресуицидальных состояний у данного контингента лиц для оказания им адекватной социально – психологической и психотерапевтической помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А. Г., Вроно Е. М. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1985. № Ю. С. 1557—1560.
2. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2008. - 257 с.
3. Кривулин Е.Н. Социально-психологические характеристики лиц молодого возраста, находящихся в условиях социальной изоляции с наркологической патологией и аутоагрессивным поведением/ Кривулин Е.Н., Бецков А.С., Охтяркин Е.В. // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5. – С. 53-55.
4. Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. – 2005. – 33с.
5. Войцех В.Ф. Вопросы организации суицидологической помощи населению / В.Ф. Войцех // Матер. Российской конференции: Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. – М., 2004. – С. 233–235.
6. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России / В.Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16. – №3. – С. 22–27.
7. Apter A., Wasserman D. Suicide In Psychiatric Disorders During Adolescents // Suicide In Psychiatric Disorders. R. Tatarelli, M. Pompili et al. pp 3-17.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ВОПЛОЩЕННОГО ПРИСУТСТВИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ПЕРЕНЁСШИХ ДЕЛИРИЙ

Крысенко П.Б., Солдаткин В.А.

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Россия, г. Ростов-на-Дону
krysenko.72@mail.ru*

Актуальность. В психиатрии, как и в любой другой клинической специальности, есть малоизученные состояния. Одно из таких состояний в немецкой психиатрии получило название «Anwesenheit» - «воплощенное присутствие». В русскоязычной литературе чаще можно встретить название «воплощенное присутствие». Мы будем пользоваться термином «синдром воплощенного присутствия» (СВП) [7].

СВП характеризуется ошибочным ощущением присутствия постороннего существа в непосредственной близости [4]. Состояние возникает при ясном сознании, когда человек находится в одиночестве дома или в другом помещении. Калинин В.В. убедительно показал, что это ощущение часто сочетается с элементарными галлюцинациями - зрительными и тактильными [2].

СВП, как правило, описывается как «донозологическое» [1], «диатез» [6], «предболезнь» [5], [9]. Самая распространенная точка зрения на СВП состоит в том, что это «редкое состояние, которое является предвестником шизофренического психоза, указывающим на вероятное последующее развитие галлюцинаторно-параноидной симптоматики» [3]. Однако, этот постулат вызывает сомнения – особенно, в плане строгой нозологической «привязки».

Цель настоящего исследования: изучить распространенность, клинику и динамику СВП у больных с диагнозом «синдром алкогольной зависимости, состояние отмены алкоголя с делирием».

Дизайн исследования, характеристика материала. Исследование выполнено на базе Аксайского филиала ГБУ РО «ПНД». Включено 150 отобранных случайным методом больных мужского пола, в возрасте $38,3 \pm 10,1$ лет, со стажем алкогольной зависимости не менее 5 лет. Критерием включения было наличие в анамнезе верифицированного по МКБ-10 диагноза: синдром зависимости от алкоголя, 2 стадия, состояние отмены алкоголя с делирием (F10.40). Все больные обследованы вне психоза, после купирования алкогольной абстиненции, на этапе становления ремиссии, в сроки от 10 дней до 1 месяца после выхода из делирия. Критерием исключения являлось наличие у больного иного психического заболевания, психотических и выраженных когнитивных нарушений.

При сборе анамнеза внимание уделялось проявлениям СВП. Его удалось выявить у 41 пациента (27,3%, т.е. почти у каждого третьего больного!), они составили основную группу (ОГ). Остальные 109 человек (72,7%) вошли в контрольную группу (КГ).

Методы исследования: клинико-психопатологический, тест для выявления типа функциональной асимметрии мозга (ФАМ), шкала диссоциаций (ШД), статистический.

Результаты исследования.

Нами были выявлены следующие общие характеристики СВП у больных алкоголизмом, перенесших делирий:

а) Клиника СВП у 13 (31,7%) больных из ОГ отмечалась задолго (от 1 месяца до 5 лет) до настоящего психотического состояния.

б) У (17; 41,5%) пациентов ОГ клинические проявления СВП континуально, без «светлых» промежутков, перешли в алкогольный психоз, причем в структуре развёрнутого делирия клиники СВП уже не отмечалась.

в) У (6; 14,6%) пациентов ОГ отмечалась временное состояние отсутствия психопатологической симптоматики, когда клиника СВП появилась за несколько дней (от 1 до 10 дней) до развившегося в дальнейшем делирия, и затем исчезала.

г) У (5; 12,2%) пациентов из ОГ в анамнезе сначала отмечались неоднократные (от 1 до 5 раз) случаи проявления СВП с полной редукцией симптоматики, а затем, после очередного проявления СВП, отмечался переход в алкогольный психоз.

д) Во всех (100,0%) случаях больных ОГ клиника СВП не сохранилась после купирования алкогольного делирия.

е) СВП у больных алкоголизмом проявляется в виде возникновения ощущения присутствия рядом с собой «кого-то или чего-то невидимого, неопределенного, незримого» - «незнакомое человека или какой-то энергетической сущности». При этом объект восприятия всегда находится сзади или сбоку, иногда сверху от больного, никогда спереди.

ж) СВП у больных возникает не только в одиночестве и замкнутом пространстве, но также на улице (5; 12,2%), в присутствии других людей (2; 4,8%).

з) Проявления СВП, как правило, сопровождаются чувством страха и дискомфорта. Однако, у 6 человек (14,6%) СВП сопровождалось ощущением комфорта, умиротворения, спокойствия.

и) У больных алкоголизмом продолжительность СВП переменчива: от нескольких секунд до нескольких часов.

к) СВП у больных, перенёсших алкогольный психоз, имеет суточную динамику, возникая преимущественно в вечерне-ночное время (36; 87,8%) и не сопровождаемая признаками нарушений сознания. Реже (5; 12,2%) проявления отмечаются в течение суток. Возникновения СВП только в утренние или дневные часы нам не встречались.

л) У половины больных (19; 46,3%) СВП характеризовался повторяющимся течением (2-10 раз). Феномен возникал однотипно, по типу «клише».

В процессе изучения проблемы у нас возникла гипотеза о том, что количество перенесённых делириев является немаловажным фактором в возникновении СВП. Результат изучения вопроса приведён в таблице №1.

Таблица 1.
 Количество перенесённых делириев и СВП

Количество перенесённых делириев	ОГ n = 41	КГ n = 109
1 (один) делирий	29 (70,7%)	58 (53,2%)
2 (два) делирия	8 (19,5%)	35 (32,1%)
3 (три) делирия	4 (9,7%)	7 (6,4%)
4 (четыре) делирия	0%	6 (5,5%)
5 (пять) делириев	0%	3 (2,7%)

В обеих группах чаще встречались пациенты, перенесшие один металкогольный психоз. Значимых различий по этому параметру между группами сравнения не выявлено, т.е. наша гипотеза не нашла подтверждения.

Таблица 2.
 Тип ФАМ

Тип ФАМ	ОГ n = 41 (100%)	КГ n = 109 (100%)
Праволатеральный	1 (2,4%)	5 (4,5%)
Синистрелы	0 (0%)	0 (0%)
Преимущественно право ассиметричный	23 (56,1%)	83 (76,1%)
Преимущественно лево ассиметричный	7 (17,1%)	14 (12,8%)
Смешанный	10 (24,3%)	7(6,4%)
Амбидекстры	0(0%)	0(0%)

В обеих группах преобладали пациенты преимущественно с преимущественно право ассиметричным типом ФАМ (ОГ = 23 (56,1%), КГ = 87 (76,1%)), т.е. с доминированием левополушарных структур головного мозга, что противоречит общепринятому мнению о накоплении праволатеральных признаков сенсомоторного доминирования у пациентов страдающих алкоголизмом и преобладании у них правополушарных структур мозга, по сравнению с нормой [8]. Различия между ОГ и КГ по этому параметру были незначимыми ($p=,3051$). Достоверных различий между частотой лево ассиметричного типа ФАМ в ОГ (7; 17,1%) и КГ (14; 12,8%) также не получено ($p=,5666$). Нет достоверных статистических отличий и между пациентами с праволатеральным типом ФАМ из ОГ =1 (2,4%) и КГ = 5 (4,5%), $p=,5636$. При сравнении пациентов со смешанным типом ФАМ в ОГ=10 (24,3%) и

КГ=7 (6,4%) мы получили достоверные статистические различия ($p=,0076$). Таким образом, смешанный тип ФАМ, вероятно, является одним из факторов, облегчающих возникновение СВП у больных алкоголизмом.

Используя шкалу диссоциации (ШД), мы условно оценили выраженность диссоциативных проявлений в ОГ и КТ. Усреднённые результаты по шкале диссоциации в ОГ и КГ нами были получены путём сложения баллов всех участников каждой из групп и делением полученных сумм на общее количество пациентов в каждой из групп. Обнаружены достоверно большие показатели диссоциации в ОГ ($p=,0013$).

Выводы.

1) Синдром воплощенного присутствия не обладает нозологической специфичностью, не ассоциирован исключительно с шизофренией. У больных алкоголизмом его нельзя отнести к редким психопатологическим феноменам.

2) СВП у больных алкоголизмом с делирием развивается в 100% только в предделириозном этапе и не входит в структуру развёрнутого делирия, являясь скорее неспецифическим «маркером» напряжения систем адаптации.

3) Проявления СВП чаще встречаются у больных с одним делириозным эпизодом в анамнезе.

4) Смешанный тип функциональной асимметрии мозга и склонность к диссоциативным проявлениям являются факторами, облегчающими развитие СВП у больных алкоголизмом

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Казначеев В. П., Баевский Р. М., Берсенева А. В. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. Л.: Медицина, 1980. 207 с.
2. Калинин В. В. Симптоматика воплощенного присутствия как предвестник развернутых психозов у больных шизофренией // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. №5.
3. Калинин В. В. Редкие и малоизвестные психопатологические синдромы // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. №3. 14–18 с.
4. Карл Ясперс «Общая психопатология». Изд. «Практика» М.1997.- 1056 с.
5. Королев В. В. Проблемы разграничения психопатий и так называемых преклинических состояний в пограничной психиатрии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1983. Т. 83. №11. 1695–1699 с.
6. Коцубинский А.П., Шейнина Н.С. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний) пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011.- 22 с.
7. Солдаткин В.А. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: Учебник. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России Ростов н/Д. Профпресс, 2016.- 1078 с.
8. Тархан А.У., Нежданов Г.А., Зубова Е.Ю. и др. Связь особенностей межполушарной асимметрии головного мозга с нарушениями высших психических функций у больных алкоголизмом // Неврологический вестник — 2016 — Т. XLVIII, вып. 3. 44—54 с.
9. Шмидт Е. В., Бассин Ф. В. Проблема «предболезни» (о скрытых начальных фазах заболеваний мозга). Методологические аспекты науки о мозге/Под ред. О. С. Андрианова, Г. Х. Шингарова. М.: Медицина, 1983. С.192–203.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ И ДЕПРЕССИЯ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Крючкова М.Н., Ибишев Х.С., Солдаткин В.А.

г. Ростов-на-Дону

Согласно определению Европейской ассоциации урологов (EAU) синдром хронической тазовой боли – это постоянная или периодически рецидивирующая боль в тазу, сопровождающаяся симптомами дисфункции со стороны нижних мочевых путей, кишечника, половых органов.

Диагноз СХТБ устанавливается только методом исключения клинически значимых соматических заболеваний, способных вызвать имеющуюся боль, поэтому диагностика СХТБ проводится методом исключения и включает:

- клиническое исследование - стандартный сбор жалоб и уточнение анамнеза;
- трансректальное ультразвуковое исследование - для уточнения размеров и состояния простаты;
- при наличии симптомов нарушения мочеиспускания - определение объема остаточной мочи и урофлоуметрии;
- комплексную уродинамическую диагностику, включающую исследование давления/поток с одновременной регистрацией активности поперечно-полосатого сфинктера уретры и профиль внутриуретрального давления;
- общий анализ мочи с целью скрининга инфекции мочевых путей и гематурии;
- исследование мочи на атипические клетки, позволяющие заподозрить рак *in situ*
- проба Стими-Мирса с исследованием до- и постмассажной порций мочи у лиц с отсутствием уретрита (при отсутствии бактерий лейкоцитоз (более 10 в поле зрения), определяемый при микроскопии центрифугированной мочи постмассажной порции, соответствует воспалительной категории СХТБ (IIIА), а отсутствие бактерий и лейкоцитов — невоспалительному СХТБ (IIIБ);
- определение уровня простатоспецифического антигена (ПСА) (как правило, у большинства больных этой категории показатель ПСА в норме) (Varanowski A., 2006).

Только при исключении органической патологии по приведенному алгоритму устанавливается диагноз СХТБ. Довольно часто вместе с болью наблюдаются следующие симптомы и нарушения:

- мочевые: ноктурия, задержка мочеиспускания, слабая струя мочи, расщепление мочи, частота позывов, императивность позывов, недержание;

- половые: диспареуния у женщин, импотенция у мужчин;
- так называемые «психологические» (Baranowski A., 2006), включающие в себя психопатологические симптомы.

Интерес к последним в научной литературе в настоящее время обусловлен большим количеством больных, по данным некоторых авторов, у трети, а в некоторых исследованиях и у 60 %, страдающих урологическим СХТБ, у которых выявляются признаки депрессии, тревожного расстройства, канцерофобии, ипохондрии, истерии (Björn Riegeletal, 2014). Выявлена тесная корреляция урологического СХТБ и депрессии, причем степень ее тяжести определяет тяжесть урологического СХТБ (J. QuentinClemensetal, 2008 г., Björn Riegeletal, 2014).

Депрессия в настоящее время признана предрасполагающим фактором для развития хронических болевых синдромов. Ее влияние на болевой синдром может проявляться увеличением интенсивности и продолжительности боли, возникновением или усугублением имеющегося мышечного напряжения; расстройствами сна, появлением или усилением боли в период ночного сна. В свою очередь, хроническая боль способствует усилению симптомов депрессии.

Magni G и др. (1983) считали, что депрессия и боль идентичны, и рассматривали хроническую боль как вариант маскированной депрессии, при которой доминирующими в клинической картине служат разнообразные соматические и вегетативные расстройства, а собственно аффективные депрессивные нарушения (снижение настроения, замедление ассоциативных процессов, гипобулия), будучи маловыраженными, отступают на задний план. У больных соматизированной депрессией и СХТБ наблюдаются многочисленные жалобы на боли сенестопатического оттенка в промежности, в области «мочевого пузыря», в уретре, мошонке, половом члене. Часто сенестоалгии носят диффузный характер и мигрируют из одной перечисленной области в другую. Также, вместе с сенестоалгиями в области таза часто наблюдаются и сенестопатии, - алгии в области головы, груди, конечностей, ощущение «кома в горле», «сжатия», «замирания сердца», «страха смерти», учащенное сердцебиение.

Сенестоалгии обычно усиливаются в ночные и предрассветные часы, могут иметь сезонную динамику, при этом не купируются приемом анальгетиков. Больные патологически фиксированы на своем самочувствии, постоянно прислушиваются к своим телесным ощущениям, крайне обстоятельны в изложении своих жалоб, подчеркивая их мучительный, неприятный и выраженный характер. Описания болей не укладываются в рамки конкретных соматических заболеваний, так как обилие и характер болей превосходят недомогания, наблюдаемые при действительной патологии. Больные испытывают давящую, ноющую, тупую, сверлящую боль («ноет как в тисках», «душит», «давит», «распирает», «булькает», «пульсирует»), продолжительность которой может колебаться в широких пределах - от 6 месяцев до нескольких десятков лет. При этом боль будет являться главным, а зачастую единственным симптомом, к излечению которого стремятся больные. Сниженное же

настроение если и осознается ими, то объясняется упорными болями и безуспешным лечением. Что усугубляется частым наличием у таких больных алекситимии - состояния, когда пациенты не могут четко осознать и описать свои чувства, эмоции, а также дифференцировать свои эмоциональные переживания и телесные ощущения.

На фоне доминирующей в клинической картине боли всегда можно выявить стертые, амбулаторно протекающие депрессивные нарушения в виде беспричинного спада обычно присущей личности активности, вялости, усталости, подавленности, угрюмости, безразличия, но, так как последние мало выражены, больные не обращаются к врачу и эти симптомы выявляются при ретроспективной оценке.

Также часто у больных маскированной депрессией обнаруживаются факторы, предшествующие началу заболевания функционального (например, перенесенный ранее бактериальный простатит, оперативное вмешательство на органах таза) либо психогенного (изменение жизненного стереотипа, межличностные конфликты, длительное нервно-психическое напряжение) характера (Солдаткин В.А. и др., 20016).

Связь боли и депрессии объясняется общими нейрхимическими (в первую очередь, серотонин и норадренергических) механизмами: при депрессии наблюдается дефицит серотонина, норадреналина и дофамина; но известна также и роль серотонин- и норадреналинергических нейронов в передаче болевых импульсов. Поэтому нарушение в одной из систем приводит к расстройству в другой, что объясняет сосуществование болевого синдрома и депрессии (Saarto, Wiffen, 2007).

Кроме того, выявлено, что при депрессии облегчается сенсорная передача боли из-за повышенного внимания к болевой зоне. Депрессивное состояние обуславливает специфическое болевое поведение пациента с хронической болью и ограничивает выбор стратегий ее преодоления. Часто больные начинают воспринимать боль как состояние, угрожающее их здоровью и жизни, что еще больше усугубляет течение депрессии (Осипова В.В., 2010).

Предполагаются следующие взаимосвязи боли и депрессии:

- СХТБ приводит к развитию депрессии;
- СХТБ возникает на фоне уже существующей депрессии;
- СХТБ и депрессия развиваются независимо друг от друга и сосуществуют параллельно.

Не смотря на очевидную взаимосвязь СХТБ и депрессии, не разработаны простые и эффективные скрининговые методики выявления сосуществующих боли и психических расстройств. Так, Karen Cockledge BA и др. (2016 г), проведя обширный поиск литературы в базах данных за период времени с 1946 по 2015 гг. на предмет скрининговых методик для выявления коморбидности депрессии и болевого синдрома, обнаружили 43 статьи по теме, но ни в одной из них не были предложены комбинированные обобщенные инструменты скрининга депрессии и сопутствующей ей хронической боли. Исследования, как правило, проводятся на малых выборках и в подавляю-

щем большинстве представляют собой выявление только отдельных симптомов депрессии на основании существующих шкал.

Представляется обоснованным доказательное выявление психопатологии при урологическом СХТБ, нозологическое типирование психических расстройств, их патогенетическое осмысление, а также разработка алгоритма диагностики и комплексной терапии СХТБ и депрессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусов ИИ, Шангичев АВ, Коган МИ. Клинические особенности воспалительной и невоспалительной форм хронического абактериального простатита. Медицинский вестник Башкортостана. 2013;(2):14-16.
2. Дробижев МЮ и др. Медицинская психосоматика. По поводу одной даты. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011;(2):73-80.
3. Дробижев МЮ, Макух ЕА. Депрессии у больных, наблюдающихся врачами разных специальностей в общей медицине. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2007;(04): 33-39.
4. Осипова ВВ. Психологические аспекты боли. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010;(1):4-9.
5. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: учебник под ред. В. А. Солдаткина; ФГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Ростов н/Д. Профпресс. 2016. 1078 с.
6. Смулевич АБ, Сыркин АЛ, Львов АН. Дифференциальный диагноз в психосоматике. Психические расстройства в общей медицине. 2010;(3):4-15.
7. Смулевич АБ. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учеб.пособие. М. МЕДпресс-информ. 2009.
8. Смулевич АБ. Психосоматические расстройства в клинической практике: учеб.пособие. М. МЕДпресс-информ. 2016.
9. Abrams P, Baranowski A, Berger R et al. A new classification is needed for pelvic pain syndromes—are existing terminologies of spurious diagnostic authority bad for patients? J Urol. 2006;(175):1989-1990.
10. Brünahl CA, Riegel B, Höink J et al. SchmerzPsychosomatische Aspekte des chronischen unterbauchschmerzsyndroms. Der Schmerz. 2014;(1-8).
11. Clemens JQ, Brown SO, Calhoun EA. Mental health diagnoses in patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a case/control study. J Urol. 2008;(180):1378-82.
12. Clemens JQ, Brown SO, Calhoun EA. Mental health diagnoses in patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a case/control Study. J Urol. 2008;(180):1378-1382.
13. Cocksedge BA, Shankar R, Simon S. Depression and pain: the need for a new screening tool. ProgrNeurolPsychiatr. 2016;(Jan/Feb):26-32.
14. Dersh J, Polatin PB, Gatcher RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. PsychosomaticMedicine. 2002;(64):773-786.
15. George AK, Sadek MA, Saluja SS et al. The impact of neuropathic pain in the chronic pelvic pain population. J Urol. 2012;(188):1783-1787.
16. Kessler TM. Chronic pelvic pain syndrome: light at the end of the tunnel? Europ Urol. 2016;(69):298-299.
17. Koh JS, Ko HJ, Wang SM et al. The association of personality trait on treatment outcomes in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: an exploratory study. J Psychosomatic Research. 2014;(76):127-133.
18. Landis JR, Williams DA, Lucia MS et al. The MAPP research network: design, patient characterization and operations. BMC Urol. 2014;(14):58.
19. Naliboff BD, Stephens AJ, Afari N et al. Men and women with urologic chronic pelvic pain syndromes: case-control findings from the multidisciplinary approach to the study of chronic pelvic pain research network. J Urology. 2015;(85):1319-1327.
20. Parker J et al. Advancements in the Management of Urologic ChronicPelvic Pain: What is New and What Do We Know? CurrUrol Rep. 2010;(11):286-291.
21. Pontari A, Ruggieri AR. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. J Urol. 2008;(179):61-67.
22. Potts MJ, Payne CK. Urologic chronic pelvic pain. J Pain.2012;(153):755-758.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ТИПОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К АНАЛИЗУ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Куликова О.С.

г. Оренбург

Введение. Шизофрения определяется как хроническое психическое расстройство, характеризующееся прогрессирующим течением с постепенным формированием специфического когнитивного дефицита и обеднением эмоционально-волевой и потребностно-мотивационной сфер личности. Указывается на преимущественную манифестацию болезненного процесса в молодом возрасте и высокий процент инвалидизации пациентов, страдающих шизофренией [5; 6].

При этом несмотря на большое число исследований, посвященных патопсихологии шизофрении [10; 8; 11; 12; 1; 3], по-прежнему сложно назвать определенный признак или группу аномалий, свойственную шизофрении и не характерную для других нозологических форм [4]. В этом отношении определенный интерес представляют изменения когнитивных стилей, связанные с заболеванием и придающие мышлению пациентов большое своеобразие. Основываясь на структурно-уровневой концепции интеллекта [7], мы рассматриваем когнитивно-стилевые характеристики пациентов с параноидной шизофренией как обобщенные типологические особенности восприятия и мышления, отражающие обусловленное заболеванием нарушение (снижение) регуляции процессов обработки информации в целом.

Кроме этого, мы сделали предположение о возможности типологического подхода к исследованию когнитивных особенностей пациентов, страдающих параноидной шизофренией. Такой методический подход предполагает деление пациентов на несколько групп, каждая из которых отличается качественной спецификой познавательной деятельности, связанной с болезненными изменениями психики.

В связи с вышеизложенным *цель исследования:* изучение специфики нарушений регуляции познавательной деятельности пациентов, страдающих параноидной шизофренией. При этом мы опирались на концепцию когнитивного стиля как квадриполярного измерения [7]. Это позволило реализовать типологический подход к изучению познавательной деятельности, то есть выделить подгруппы пациентов в зависимости от качественных характеристик процесса регуляции познавательной деятельности.

Организация и методы исследования. В рамках проведенного эмпирического исследования было обследовано 80 пациентов (39 женщин, 41 мужчина) в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст – $32 \pm 6,23$ года), с кли-

ническим диагнозом «параноидная шизофрения» при длительности заболевания на момент проведения исследования – не более одного года. Группу сравнения составили 50 психически здоровых лиц (25 женщин, 25 мужчин) в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст – $29 \pm 6,63$ лет).

В рамках исследования для диагностики когнитивного стиля «узкий / широкий диапазон эквивалентности» была использована методика Р. Гарднера «Свободная сортировка» [9] в модификации В.А. Колги [2]. В этой модификации в качестве объекта сортировки выступают написанные на отдельных карточках слова, отражающие различные аспекты категории «время» (35 карточек). Испытуемому предлагается разложить карточки наиболее логичным, удобным и естественным с его точки зрения способом. Фиксируется количество сформированных групп. Чем больше выделенных групп, тем более узким расценивается диапазон эквивалентности. Дополнительно для вычисления показателя «коэффициент категоризации» учитываются основания сортировки с последующей их оценкой по следующим критериям: 0 баллов - если группа выделяется на основе формального, ситуативного либо субъективного признака, 1 балл - если объединение карточек со словами в одну группу осуществляется на основе обобщенного, категориального признака. Для расчета коэффициента категоризации сумма баллов по результатам оценки оснований выделения каждой из групп делится на количество групп: $(A_1 + B_2 + C_3 + \dots + Z_n) / n$; в этой формуле: A_1 – оценка предложенного обследуемым основания выделения первой группы; B_2 – аналогичная оценка для второй группы; Z_n – оценка признака, лежащего в основе выделения обследуемым n -ой группы; n – количество групп, выделенных в результате выполнения методики. Высокие (близкие к единице) значения коэффициента категоризации свидетельствуют о склонности к использованию в качестве оснований сортировки строгих высокообобщенных критериев; низкие (близкие к нулю) значения этого коэффициента отражают тенденцию к использованию в процессе сортировки объектов формальных, ситуативных или субъективных критериев.

Квадриполярная природа когнитивно-стилевых характеристик предполагает выделение (с использованием статистической процедуры кластерного анализа) до 4 субгрупп испытуемых в рамках каждого из когнитивно-стилевых параметров. Так, изучение когнитивно-стилевой характеристики «узкий / широкий диапазон эквивалентности» позволяет выделить на полюсе «узкий диапазон эквивалентности» подгруппы «детализаторов», формирующих большое количество групп на основе формальных, ситуативных или субъективных критериев, и «дифференциаторов», склонных использовать мелкомасштабные и в то же время строгие категориальные критерии сортировки. Противоположный полюс «широкий диапазон эквивалентности» скрывает «категоризаторов», выделяющих небольшое количество групп и использующих для этого обобщенные критерии, и «глобалистов», формиру-

ющих небольшое количество групп на основании формальных, ситуативных или субъективных критериев [7].

На этапе статистического обработки результатов измеренные когнитивно-стилевые показатели («число выделенных групп» и «коэффициент категоризации») были включены в процедуру кластерного анализа с целью разделения обследуемых на когнитивно-стилевые подгруппы. Далее применялся критерий ϕ^* - угловое преобразование Фишера – для сопоставления группы сравнения и экспериментальной группы по частоте встречаемости когнитивно-стилевой характеристики «узкий / широкий диапазон эквивалентности».

Результаты исследования, обсуждение результатов. По данным кластерного анализа, обследуемые группы сравнения могут быть разделены на 2 подгруппы: «категоризаторы» (характеризуются широким диапазоном эквивалентности, то есть склонностью к формированию при свободной сортировке объектов относительно небольшого количества групп, и использованием высокообобщенных критериев сортировки) и «дифференциаторы» (характеризуются узким диапазоном эквивалентности, то есть склонностью к формированию большого количества групп) и использованием мелкокомасштабных, но строго категориальных критериев сортировки). В экспериментальной группе можно выделить 4 подгруппы пациентов: «категоризаторы», «дифференциаторы», «глобалисты» (характеризуются широким диапазоном эквивалентности в сочетании с использованием формальных критериев анализа информации), «детализаторы» (характеризуются узким диапазоном эквивалентности на фоне тенденции объединять объекты на основе ситуативных или субъективных критериев).

Сводные данные о численности когнитивно-стилевых подгрупп, выделенных в группе сравнения и экспериментальной группе по когнитивному стилю «узкий / широкий диапазон эквивалентности», приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Когнитивно-стилевые подгруппы по параметру «узкий / широкий диапазон эквивалентности»

Группы обследуемых	Когнитивно-стилевые подгруппы							
	детализаторы		дифференциаторы		глобалисты		категоризаторы	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
группа сравнения (n=50)	-	-	10 (20%)	11 (22%)	-	-	15 (30%)	14 (28%)

экспери- менталь- ная группа (n=80)	15 (18,8 %)	11 (13,8 %)	10 (12,5 %)	12 (15%)	10 (12,5 %)	7 (8,8%)	6 (7,5%)	9 (11,3 %)
--	-------------------	-------------------	-------------------	-------------	-------------------	-------------	-------------	------------------

Примечание:

Сокращения в таблице расшифровываются следующим образом:

М – мужчины;

Ж – женщины.

Из вышесказанного понятно, что подгруппы «дифференциаторы» и «категоризаторы» представлены как среди обследованных пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения», так и в выборке психически здоровых лиц. На следующем этапе обработки результатов эмпирического исследования помощью критерия ϕ^* - углового преобразования Фишера были получены данные о достоверно большей представленности когнитивно-стилевых подгрупп «дифференциаторов» и «категоризаторов» в группе психически здоровых обследуемых, по сравнению с пациентами на инициальном этапе параноидной шизофрении ($\phi^*_{\text{эмп.}} = 13,95$; $p < 0,001$ и $\phi^*_{\text{эмп.}} = 4,63$; $p < 0,001$). Эти статистически значимые различия в численности выделенных когнитивно-стилевых подгрупп среди пациентов и психически здоровых лиц свидетельствуют о наличии связанных с болезненным процессом нарушений процесса регуляции познавательной деятельности у обследованной категории пациентов.

Выводы.

1. По когнитивно-стилевому параметру «широта / узость диапазона эквивалентности» для пациентов на начальных стадиях параноидной шизофрении характерно предпочтение формальных, ситуативных или субъективных критериев анализа информации, вследствие ослабленной регуляции процесса обработки информации и сниженной способности дифференцировать признаки разной степени обобщенности в содержании того или иного понятия, в отличие, от психически здоровых испытуемых, которые в большей степени склонны использовать обобщенные и строго категориальные критерии анализа информации.

2. Получены данные о достоверно большей численности соответствующих когнитивно-стилевых подгрупп «категоризаторов» и «дифференциаторов» среди психически здоровых лиц, что свидетельствует о наличии связанных с патологическим процессом нарушений регуляции познавательной деятельности уже на начальных стадиях параноидной шизофрении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зверева Н.В. Экспериментальное исследование особенностей речевой деятельности у мужчин, больных шизофренией. [Электронный ресурс] / Н.В. Зверева, Е.С. Михалева, С.С. Носов, Ю.Ю. Никитина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2011. - № 4. - URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 16.11.2014).

2. Колга В.А. Дифференциально-психологическое исследование когнитивного стиля и обучаемости: дис. ... канд. психол. наук / В.А. Колга.- Л., 1976. – 180 с.
3. Николаенко Н.Н. Современная нейропсихология / Н.Н. Николаенко. – СПб.: Речь, 2013. - 267 с.
4. Петрова Н.Н. Особенности психосоциальной адаптации и когнитив-ный стиль больных шизофренией / Н.Н. Петрова, В.Ю. Задвинский // Вестник СПбГУ. Сер. 11. - 2007. - Вып. 3. - С. 56-62.
5. Попов Ю.В. Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. - СПб.: ООО Изд-во «Речь», 2002. - 402 с.
6. Руководство по психиатрии // под ред. А.В. Снежневского. - Т. 1. - М.: Медицина, 1983. - 480 с.
7. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. / М.А. Холодная. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2004. - 384 с.
8. Andreasen N.C. Theory of Mind and Schizophrenia: A Positron Emission Tomography Study of Medication-Free Patients / N.C. Andreasen, C.A. Calage, D.S. O'Leary // Schizophrenia Bulletin. - 2008 vol. 34. - no. 4. - P. 708-719.
9. Gardner R.W. Cognitive control: A study of individual consistencies in cognitive behavior / R.W. Gardner, P.S. Holzman, G.S. Klein, H.B. Linton, D.P. Spence. - Madison, CT, US: International Universities Press, Inc., 1959. - 186 p. (Psychological Issues. Monograph, Volumes 1 Number 4).
10. Keefe R. Neurocognitive Impairments / R. Keefe, C.E. Easley // The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia / ed. by J.A. Lieberman, T.S. Stroup, D.O. Perkins. – VA: American Psychiatric Publishing, 2006. – 435 p. - P. 245-260.
11. Leitman D.I. Abnormal Superior Temporal Connectivity During Fear Perception in Schizophrenia / D.I. Leitman, J. Loughhead, D.H. Wolf, K. Ruparel, C.G. Kohler, M.A. Elliott // Schizophrenia Bulletin. – 2008. - vol. 34. - no. 4. - P. 673-678.
12. Pinkham A.E. An Investigation of the Relationship Between Activation of a Social Cognitive Neural Network and Social Functioning / A.E. Pinkham, J.B. Hopfinger, K. Ruparel, D.L. Penn // Schizophrenia Bulletin. - April 2008. - vol. 34. - no. 4. - P. 688-697.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕВАРИНА У БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЯМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кучеренко И.Н., Дубатова И.В., Соловьева С.А.

г. Ростов-на-Дону

Общемировой демографической тенденцией современности является увеличение продолжительности жизни и соответственно удельного веса пожилых людей в структуре населения нашей планеты. Это, в свою очередь, приводит к увеличению заболеваемости деменциями позднего возраста [2,7]. Как в зарубежных, так и в отечественных исследованиях показана высокая распространенность тяжелых когнитивных расстройств среди лиц старших возрастных групп [5,10,11]. Наиболее изучены когнитивные нарушения при деменциях, в то время как не когнитивные расстройства определяют, так называемое, «время деменции» за счет вовлечения в проблему широкого круга лиц, помимо самого пациента.

В настоящее время сформулированы основные аспекты базисной терапии деменции, включающие в себя методы лечения, направленные на предупреждение дальнейшего повреждения мозга и методы, обеспечивающие стабилизацию психических функций [1,4]. Основной задачей терапии является как можно более длительное поддержание автономного уровня бытового функционирования пациента, возможность проведения терапии в амбулаторных условиях. Симптоматическая терапия деменций включает в себя коррекцию имеющихся аффективных, психотических и поведенческих нарушений. Современный уровень диагностических и терапевтических возможностей медицины позволяет успешно решать подобную задачу. Однако низкая осведомленность населения в гериатрических вопросах, существующие стигмы в отношении психических расстройств и психиатрической помощи в целом приводит к тому, что родственники пациентов с деменциями обращаются к врачу на этапах развития поздних поведенческих расстройств, когда становится невозможным уход за ними в домашних условиях. С учетом современных клинических представлений госпитализация в круглосуточный психиатрический стационар больных с деменцией является вынужденной мерой и возможна только в крайних случаях, когда оказание амбулаторной помощи невозможно. Перед врачом-психиатром стационара стоит задача, как можно быстрее и качественнее купировать психотические и поведенческие расстройства, сведя при этом риск развития побочных эффектов терапии к минимуму и оптимизировать сроки госпитализации.

Для решения данной задачи последние годы достаточно успешно использовались антипсихотики второй генерации [3,8]. Однако для длительной поддерживающей терапии в амбулаторных условиях данная группа пре-

паратов не является приоритетной, в том числе в связи с необходимостью постоянного врачебного контроля за дозой, угрозой развития побочных эффектов вплоть до летального исхода [9].

Применение антидепрессантов из группы СИОЗС позволяют свести к минимуму такие побочные эффекты длительной антипсихотической терапии как экстрапирамидные нарушения и ортостатические коллапсы, повышающие риск травматизма, стабилизировать аффективный фон, демонстрируя минимальные нежелательные нейротропные и соматотропные эффекты, которые могут ухудшить течение сопутствующих заболеваний [6].

Целью работы явилось изучение эффективности одного из основных представителей СИОЗС - феварина при коррекции поведенческих расстройств у пациентов с дементным синдромом различной этиологии.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 36 пациентов (20 женщин, 16 мужчин) в возрасте от 70 до 86 лет, госпитализированных в геронтологическое отделение Аксайского филиала государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Психоневрологический диспансер» за период 2013-2015г.г. с выраженными психическими и поведенческими расстройствами при различных видах деменции.

Критерием включения явился синдром деменция различной этиологии (F00 – 03).

Все пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 18 человек. В соответствии с критериями МКБ-10 этим пациентам был установлен диагноз - F01, сосудистая деменция. Вторую группу составили 6 человек. В соответствии с критериями МКБ-10 этим пациентам был установлен диагноз - F00, деменция при болезни Альцгеймера. Третью группу составили 12 человек со смешанной деменцией, F00.2.

В течение первых 7-14 дней госпитализации с целью седации и купирования инсомнии использовался антипсихотик второй генерации кветиапин в дозе от 25 до 150 мг в сутки с последующим переводом на феварин с 14-го дня терапии. Феварин назначался в дозе от 50 мг до 100 мг в сутки, в комплексе с мепантином в дозе 20 мг в сутки у всех пациентов.

5 человек из второй и 10 человек из третьей группы наряду с мепантином получали препарат из группы ингибиторов антихолинэстеразы (экселон, трансдермальная форма, до-за 9.5 мг/сут.)

Все пациенты получали плановую терапию основного соматического заболевания (антигипертензивные препараты, пролонгированные нитраты, статины, антиагреганты).

Длительность исследования составила 8 недель.

Для оценки клинической картины и ее динамики использовалась шкала общего клинического впечатления (CGI- I).

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы STATISTICA 10.0 (StatSoftInc., США).

Результаты и обсуждение. Феварин в целом хорошо переносился пациентами. У 3-х больных первой группы в первые дни приема наблюдались соматические побочные явления в виде диспептических явлений, которые полностью нивелировались ко 2-ой неделе терапии и не потребовали отмены препарата. Первые признаки клинического эффекта феварина проявлялись спустя неделю после отмены кветиапина и проявлялись в виде уменьшения аффективной неустойчивости, редукцией тревожного компонента, нормализации цикла «сон-бодрствование». К 3-4 неделе терапии феварином появлялся и постепенно нарастал тимолептический эффект, отмечалось значительная редукция психомоторного возбуждения, суетливости, ажитации. Поведение больных в целом становилось более упорядоченным, снижались явления негативизма к проведению медицинских манипуляций, осуществлению гигиенических процедур. Уход за больными значительно облегчался, становился доступен для неподготовленных для этого лиц, что позволило ухаживать за ними в домашних условиях. Достигнутые результаты отличались в исследуемых группах.

В 1 группе к окончанию исследования «значительное» улучшение имело место у 8 чел. (44.4%), «существенное» улучшение у 6 чел. (33.3%), «без изменений» - у 4-х человек (22.2%). Во второй группе, у пациентов с болезнью Альцгеймера, «значительное» улучшение наблюдалось у 1 человека (16.7%), «существенное» улучшение наблюдалось у 2 человек (33.3%), в 3-х случаях (50%) изменений не достигнуто. В 3 группе пациентов со смешанной деменцией «значительное» улучшение имело место у 5 чел. (41.7%), «существенное» улучшение у 5 чел. (41.7%), в 2-х случаях (16.6%) – «без изменений».

В первой и третьей группах препарат был сопоставим по эффективности, «значительное» и «существенное» улучшение наблюдалось у 24 человек (66,7% от общего количества исследованных), что позволило выписать их через 8 недель от момента госпитализации с рекомендациями продолжить прием феварина в амбулаторных условиях в составе комплексной терапии. В группе пациентов с деменцией при болезни Альцгеймера препарат был наименее эффективным для купирования поведенческой симптоматики, у половины пациентов этой группы клинический эффект в сроки исследования не был достигнут. В целом купирование возбуждения у пациентов из этой группы наступало позднее, требовало применения доз феварина не менее 100 мг в сутки. У 10 пациентов всех трех групп (27,7%) значимого купирования психотической и поведенческой симптоматики не достигнуто, что потребовало увеличения сроков лечения, продления периода приема в стационарных условиях атипичных нейролептиков, присоединения к терапии препаратов других групп.

Таким образом, феварин является эффективным и безопасным препаратом в комплексной терапии поведенческих расстройств у лиц пожилого

возраста с деменциями различной этиологии. Имеющийся у него наряду с тимолептическим, отчетливый противотревожный эффект, а также его положительное влияние на инсомнию позволяет ожидать результата при купировании поведенческих расстройств у лиц с деменциями. Профиль безопасности феварина позволяет использовать его для долговременной терапии в сочетании с базовой патогенетической терапией, в условиях стационара с последующим переводом на амбулаторный прием. Успешный контроль с помощью феварина за поведенческими симптомами при деменции, сокращение сроков госпитализации в стационаре, минимизация побочных эффектов при долговременном приеме препарата позволяет существенно улучшать качество жизни пожилых пациентов и ухаживающих за ними лицами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Залуцкая Н.М. Проблемы долгосрочной терапии деменции /Н.М Залуцкая // Обзорные психиатрии и мед. психологии. – 2016. - № 2. – С. 78 – 85.
2. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера.-М.:Пульс, 2007.-359 с.
3. Левин О.С. Принципы долговременной терапии деменции /О.С Левин //Русский Медицинский Журнал. - 2007. - №24. - С.1772-1779.
4. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. М., 2005.- 38 с
5. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике /О.С Левин. - М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 256 с.
6. Левин О. С. Депрессия и деменция у пожилых пациентов /О.С Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. - 2012.- №4. - С.39-43.
7. Руководство по гериатрической психиатрии/Под ред. проф. С.И. Гавриловой.-М.:Пульс , 2011. -398 с.
8. Сероквель в лечении психотических и поведенческих симптомов болезни Альцгеймера/ И.В. Кольхалов, Я.Б. Калын, Н.Д. Селезнева, С.И. Гаврилова //Психиатрия и психофармакотерапия.- 2002. - №6. - С.218 - 222.
9. Risk of mortality among individual antipsychotic in patients with dementia // H.M. Kales, H.M. Kim, K. Zivin [et al.] // Am. J. Psychiatry.- 2012. - Vol. 169. - P. 71-79.
10. Robinson, L Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure / L. Robin-son, S. Iliffe, C. Brayne, C. Goodman, G. Rait, J. Manthorpe, P. Ashley // Int. J. of Geriatric Psychiatry. 2009. - Vol. 24. - P. 333—334.
11. Waldemar, G. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline / G. Waldemar, B. Dubois, M. Emre // Eur. J. Neurol. 2007. - Vol. 14 (1). -P. 21—26

АТИПИЧНАЯ НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЛИГО-АМЕНОРЕЕЙ

Лев Л.М.¹, Заика В.Г.², Андреева В.О.³

¹ГБУ РО «Психоневрологический диспансер»

²Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра психиатрии

³ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства
и педиатрии» Минздрава России
г. Ростов-на-Дону

Актуальность изучения различных аспектов нервной анорексии (НА) обусловлена увеличением ее удельного веса в патологии пубертатного периода, стойким нарушением менструального цикла и существенным патоморфозом [1]. Ведущим в проявлении НА является устойчивая дисморфобическая/дисморфоманическая идея, тесно связанная с особенностями личности [2]. В последние годы все чаще встречается НА с отсутствием основных симптомов расстройства, так называемая НА с атипичными проявлениями (АНА). По данным авторов, АНА значительно превышает в популярности типичные формы [3]. Отсутствие дифференцированных подходов к АНА затрудняет диагностику и осложняет прогноз расстройства, что в дальнейшем, может привести к психопатизации подростков и их социально-трудовой дезадаптации [4]. Патогенез НА не достаточно изучен, а относительно слабая эффективность психотропной терапии и негативный настрой большинства пациенток на лечение делает необходимым поиск более эффективной стратегии терапии [5]. В доступной литературе имеется мало данных об особенностях клинической картины атипичной НА на разных этапах ее течения. Выделение клинических особенностей подростковой АНА с олиго-аменореей представляется важным, с целью разработки первентивных мер ранней диагностики и подбора схем терапии.

Цель исследования: выявить особенности клинической картины дисморфобического и аноректического этапов атипичной НА для своевременной диагностики у девочек-подростков с олиго-аменореей.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 70 девочек-подростков (средний возраст 15,8 (17; 13) лет). Критериями включения являлись (МКБ-10,1999): сверхценная идея неполноценности собственной внешности; пищевое поведение со стремлением к снижению веса; вторичная олиго- и аменорея. Из исследования исключались пациентки, страдающие расстройствами личности и поведения, вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F07); шизофренией (F20); аффективной патологией (F30-33, умеренной и тяжелой степени и наличием суицидальных

попыток в анамнезе); расстройством личности (F60); а также с наличием первичной сомато-эндокринной патологии.

Для уточнения клинических особенностей были сформированы 2 клинические группы. В I группу были включены 28 пациенток с диагнозом атипичная (АНА) (F50.1), с вторичной олигоменореей (N91.4) и ИМТ 18,48 (19,7; 18) кг/м². Во II группу вошли 42 пациентки с типичной НА (F50.0 по МКБ-10), с аменореей (N91.1) и ИМТ 15,8 (16; 13) кг/м². В качестве контрольной группы были исследованы 20 здоровых девочек-подростков без нарушений менструального цикла, имеющих нормальный ИМТ 18 (20; 18) кг/м². Все группы обследованных пациенток были сопоставимы по возрасту, который, в среднем, составлял 15,8 (16; 13) лет.

Основными методами исследования были: клинко-психопатологический с соматическим, неврологическим обследованием; антропометрический, с расчетом ИМТ в динамике лечения. Применялись экспериментально-психологический и катамнестический методы. Для оценки выраженности и динамики психических расстройств использованы психометрические шкалы: Шкала депрессии Монтгомери - Асберга (MADRS), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП), обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна (Y-BOCS).

Результаты исследования. Клинические проявления продромального периода НА имели более стертый характер при АНА и возникали в возрасте 10,5 (11; 9) лет, на 1,5 года раньше, чем при типичной НА и реже - в 3,8 раз ($p < 0,01$). Психотравмирующие ситуации (насмешки сверстников, замечания близких) во II группе отмечались в 1,6 раз чаще, чем в I группе ($p < 0,05$) и являлись важным провоцирующим фактором к дальнейшему развитию НА, что указывало на значительное влияние социума на данную категорию пациенток.

Начало дисморфобического этапа в I группе приходилось на 13 (14; 12,8), что было раньше, в среднем, на 1 год, чем во II группе - 14 (15; 14) лет ($p < 0,05$). Его продолжительность не имела статистически значимых различий, тогда как дисморфобическая идея и эпизоды реализации снижения веса клинически ярче выражались и выявлялись при типичной НА. Аффективные расстройства на данном этапе НА в 1,8 раз чаще отмечались во I группе ($p < 0,05$), имея превалирующую гипотимную структуру.

Особенностями аноректического этапа у пациенток I группы являлись дисморфоманические переживания слабой степени выраженности при достаточно активном стремлении к снижению веса в виде частых физических нагрузок в сочетании с ограничением объема пищи. Данные клинические проявления в I группе наблюдались в 4 раза реже ($p < 0,05$), по сравнению со второй. В подтверждение этому отмечалось повышение среднего балла субшкалы ШОПП «стремление к худобе», в 10 раз выше значений контроль-

ной группы ($p < 0,05$), но меньше значений среднего балла II группы в 1,4 раза ($p < 0,05$). Средний балл субшкалы «неудовлетворенность телом» в группе с АНА также превосходил значения группы контроля - в 2 раза ($p < 0,05$), но был ниже показателей II группы в 1,4 раза ($p < 0,05$). Таким образом, стремление к снижению веса и недовольство внешностью было менее выражено в группе с АНА. Количество пациенток, диссимилирующих свое состояние (отрицание дисморфоманической идеи при сохраняющемся стремлении к снижению веса и коррекции внешности) преобладало при АНА (78,6%), по сравнению с типичной НА (14,3%). Аффективные расстройства на данном этапе по частоте и выраженности не имели статистически достоверных различий ($p > 0,05$), с преобладанием эпизодов гипотимии в I группе и симптомов эмоциональной лабильности и тревожно-субдепрессивных переживаний во II группе. Наличие аффективных нарушений на данном этапе отражалась повышением среднего балла шкал MADRS и HADS в обеих группах по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). Однако, отсутствие статистических различий между этими показателями в исследуемых группах ($p > 0,05$) указывает на почти одинаковую выраженность аффективных нарушений, как при атипичной, так и типичной НА.

Обсессивно-компульсивная симптоматика преобладала в группе с АНА: обсессивно-фобические симптомы встречались в 2,4 раза чаще ($p < 0,05$), чем в I группе, а обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР) – в 2 раза ($p < 0,05$). Эти данные подтверждались повышением среднего балла шкалы Y-BOCS, более выраженного во II группе ($p < 0,05$).

При АНА в 1,4 раза чаще выявлялся синдром измененной реактивности (учащение, усиление физических нагрузок, уменьшение объема пищи и кратности ее приема, появление булимических эпизодов) ($p < 0,05$). Также, при АНА в 2 раза чаще ($p < 0,05$) отмечался синдром психофизической зависимости (труднопреодолимое стремление к реализации эпизодов, направленных на снижение веса), тогда как изменение личности (заострение черт) не имели статистически достоверных различий ($p \geq 0,05$) между исследуемыми группами.

Возраст наступления менархе (13 (13; 12) лет), длительность аноректического этапа (17 (22; 10,5) месяцев) и появление нарушений менструального цикла (через 5 (6; 1,5) месяцев от начала аноректического этапа) в обеих клинических группах не выявляли статистически достоверных различий ($p > 0,05$). При этом, нарушение менструального цикла в I группе возникало, в среднем, на 2 месяца позже, чем во II группе ($p < 0,05$), что, возможно, было связано с нормальным ИМТ при атипичной форме. Олигоменорея при АНА, возникающая, несмотря на нормальный ИМТ, подтверждает сложный механизм нейроэндокринных взаимоотношений при этой патологии. Полученные результаты согласуются с данными литературы, указывающими, что только у 20% пациенток с НА нарушение менструального цикла развивается

до выраженного снижения веса [6]. Частота соматовегетативных нарушений, возникающих на аноректическом этапе НА не имела статистически достоверных различий между группами ($p > 0,05$).

Начало АНА происходило в возрасте 12-13 лет и психотравмирующие факторы, такие как некорректные замечания по поводу массы тела, переход в новую школу, разрыв романтических отношений играли не столь значимую роль, чем при типичной НА. Отличительными особенностями дисморфофобического этапа АНА являлись его более раннее и быстрое формирование, гипотимный преобладающий аффект и практически отсутствие попыток снижения веса, что подтверждали данные литературы [7]. В работе М.С. Артемьевой и Б.Д. Цыганкова (2016) при изучении типичной НА были выявлены нарушения пищевого поведения в виде аддитивных пищевых реакций, что согласуется с нашим исследованием [8]. В отличие от этого, при АНА было выявлено более раннее формирование нарушения пищевого поведения, что указывает на более выраженную прогрессивность расстройства. Обнаруженное нами превалирование ОКР при АНА согласуется с данными D. Le Grange et al. (2012), в работе которых указано, что у больных с АНА коморбидная психическая патология встречается заметно чаще – почти у 75% больных, по сравнению с типичными формами [9]. По данным J. Yager и A.E. Andersen (2005), чем более низкий вес (ИМТ) имеется у пациенток на аноректическом этапе НА, тем выше риск рецидива расстройства в будущем [10]. Кроме того, по данным М.С. Артемьевой с соавт. (2013) через 3-8 лет от начала болезни у 80% пациенток с НА присоединяется булимическая симптоматика, что значительно осложняет прогноз расстройства [8].

Таким образом, в проведенном исследовании обнаружены клинические признаки атипичной НА, имеющие существенные отличия от типичной формы НА, а именно: более раннее начало, стертая клиническая картина дисморфофобического и аноректического этапов, при сохранении пищевого поведения со стремлением к снижению веса и частыми физическими нагрузками. Значительно затрудняют диагностику расстройства превалирующая факультативная симптоматика и более позднее развитие нарушений менструального цикла с анозогностическими тенденциями. Диссимулирование симптомов и отрицание дисморфофобической идеи, а также превалирование обсессивно-компульсивных расстройств у большинства пациенток, указывает на стойкость и выраженность психопатологических нарушений с преобладанием идеаторного компонента над аффективным, по сравнению с типичной формой НА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цыганков, Б.Д. Коррекция синдрома ночной еды у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами / Б.Д. Цыганков, И.С. Махортова, О.Ю. Ширяев // Психические расстройства в общей медицине. - 2013. - №3. - С. 36-39.

2. Коркина М.В. Нервная анорексия / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилов. – М.: Медицина, 1986. – 171с.
3. Smink, F.R. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates / F.R. Smink, D.van Hoeken, H.W. Hoek // Curr. Psychiatry. Rep. 2012. Vol. 14, № 4. P. 406–414.
4. Барденштейн, Л.М. Патологическая агрессия подростков / Л.М. Барденштейн, Ю.Б. Можгинский. – М.: ИД Медпрактика-М, 2005. – 260 с.
5. Lock, J. Treatment manual for anorexia nervosa. A Family-based approach / J. Lock, Le Grange D. – New York, London: The Guilford press, 2015. - 281 p.
6. McBride, J. / The Medical complications of anorexia nervosa and their treatments // J. McBride, K. Walsh, S.P. Mehler // Current Women's Health Reviews. - 2015. – Vol. 11, № 2. - P. 143-151.
7. Fairburn, C.G. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality / C.G. Fairburn, Z. Cooper // Br. J. Psychiatry. - 2011. - Vol. 198, № 1. - P. 8–10.
8. Артемьева, М.С. / Нарушения пищевого поведения (клинико-психофизиологические корреляции) // М.С. Артемьева, Б.Д. Цыганков. – М.: Рос-сийский университет дружбы народов, Просвещение, 2016. – 180 с.
9. Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population / D. Le Grange, S.A. Swanson, S.J. Crow, K.R. Merikangas // Int. J. Eat. Disord. - 2012. - Vol. 45, № 5. - P. 711–718.
10. Yager, J. Anorexia Nervosa / J. Yager, A.E. Andersen // N. Engl. J. Med. – 2005. - № 353. – P. 1481-1488/

СЛУЧАЙ БРЕДА РЕВНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Логвинова А. Т.

г. Ростов-на-Дону

В практике врача-психиатра выездной психиатрической бригады, большие с нарушениями мышления, а именно его содержания занимают ведущее место.

Бред, как один из признаков психоза, характерны для большинства психических расстройств, с которыми обращаются за помощью к врачу психиатру. Однако случаи бреда ревности, в моей более 10 летней практике, именно как истинно паранояльный бред встречается не часто.

Известно, что ревность, как яркое эмоциональное чувство, характерно не только для психически больных, но и абсолютно здоровых людей.

Блаженный Августин в своем высказывании «кто не ревнует, тот не любит» навсегда связал любовь и ревность. Однако другие мудрецы считали, что ревность это не любовь, а лишь желание ее иметь или страх ее потерять. Считалось, что ревнивцы это неуверенные в себе люди с заниженной самооценкой. М. Веллер писал: «Если бы Отелло был белым, молодым, красивым и образованным, он бы высморкался в этот проклятый платок, или к Дездемоне в койку, заниматься любовью, всех и делов-то». Поэтому многие авторы считают, что преморбид для возникновения бреда ревности это подозрительные неуверенные личности, которые стремятся безраздельно подчинить себе другого человека. Однако не всякая ревность это бред. В семейных отношениях ревность затрагивает глубинные эмоционально-значимые ценности личности, а именно ситуацию супружеской измены, которые проявляются в сверхценных идеях, когда чувство ревности базируется на имевшем место конкретном случае измены или подозрении на измену. Это аффективно насыщенные, стойкие убеждения, критика к ним со стороны индивидуума снижена или формальна, но эта идея не затрагивает ядра личности и часто теряет свою актуальность с течением времени, а так же координируется извне. Как правило, такие пациенты в поле зрения врача психиатра не попадают.

«Зеленоглазое чудовище», «синдром Отелло», «садомазохистический комплекс» - все это поэтические названия психической патологии, а именно бреда ревности. Бред – это продуктивное расстройство содержания мышления, при котором непоколебимые суждения, ложные умозаключения не соответствуют реальным событиям и не поддаются коррекции, что приводит к дезадаптации личности в обществе. Бред ревности по своей структуре является первичным, интер кретативным, систематизированным бре-

дом, и имеет, как правило, медленное хроническое течение. Он, как и любой другой бред проходит определенные этапы развития, а именно: бредовое настроение, бредовое восприятие, бредовое толкование и наконец, кристаллизация бреда. Бреду ревности присуща убежденность в измене партнера базирующаяся на фантастических, ложных убеждениях, и как правило имеет яркую эмоциональную окраску. Бред ревности входит в структуру самых различных заболеваний, чаще описаны случаи бреда ревности при алкогольных психозах и в течение инволюционных психозов, т.е. психозов позднего возраста.

Впервые случай убийства жены на почве ревности был описан еще в 1846 году Coben van Varen. В начале XX века этой проблеме уделяли внимание Крафт Эбинг (1901), С..Корсаков (1901), К.Ясперс (1910), С.Г.Жислин (1939), и др. Данная патология описана достаточно полно во многих работах современных авторов: Н.А.Опря, Е.И.Терентьев и др.

Считается, что бред ревности встречается чаще у мужчин в возрасте 40-60 лет, однако описаны случаи бреда ревности женщин, но значительно реже. Особенности течения бреда ревности определяются как преморбидными чертами характера конкретной личности, так и национально-этническими особенностями семейных отношений, гендерными и возрастными особенностями.

В описываемом ниже случае ревности, данная патология была впервые диагностирована у мужчины в возрасте 78 лет. Из анамнеза известно, что ранее к врачу психиатру не обращался, лечение не получал. С супругой совместно проживал более 50 лет, имел двоих взрослых детей, внуков, которые проживают отдельно.

Со слов жены в семье всегда доминировала патриархальная модель отношений. Изменения в психическом состоянии мужа супруга стала отмечать в течение последних 5-6 лет.

Со снижением сексуальных возможностей у супруга появились обвинения жены в супружеской неверности. Со слов жены муж алкоголем не злоупотреблял, в молодом возрасте патологическим ревнивцем не был. Однако на протяжении последних 5-6 лет стал требовать от жены «необыкновенных», «изысканных» ласк, исполнения супружеского долга по любому требованию. Любой отказ воспринимался как супружеская измена, стал подозревать, что возможно жена изменяет ему с соседом. (Соседу 85 лет). Объяснял это тем, что сосед приносил лестницу, а жена ему улыбалась. Стал замечать, что жена стала часто менять белье, уходить из дома и т.д. На момент осмотра выраженных интеллектуальных нарушений не выявлено. Освоил мобильный телефон, интернет, стал следить за женой с помощью мобильных устройств. Снимал жену на фото в момент ее переодевания, в душе, в интимной обстановке, и представлял это как факт ее «распутства». Стал оскорблять жену, занимался рукоприкладством, избивал.

Все эти годы, в силу воспитания и личных особенностей жена никому о происходящем не сообщала, т.к. считала это «стыдом». А когда муж угрозил ей убийством, решила рассказать об этом дочери. Однако и дочь посоветовала матери терпеть.

Женщина работала ночным сторожем в школе, в одну из ночей муж «больше не мог терпеть издевательств и унижения» и пришел в школу, где жена была на дежурстве; с целью ее убить, вооружившись ножом, но жена успела закрыться в классе и вызвать полицию.

Наряд полиции задержал пациента, когда тот бежал по улице с ножом. Поведение мужчины полицейские сочли неадекватным и вызвали на место происшествия псих бригаду.

При осмотре пациента обращала на себя внимание общая раздражительность, возбужденность, несдержанность, агрессивность. Пациент был многоречив, охотно делился своими подозрениями в адрес жены, был твердо убежден, что своими действиями предотвратил измену жены. Критики к своему поведению не имел, был готов к агрессивным действиям в адрес жены и в дальнейшем. Учитывая потенциальную опасность для окружающих было принято решение о применении ст. 29 п. 2а и «в» «Закона о психиатрической помощи» с целью недобровольной госпитализации пациента в психиатрический стационар с предварительным диагнозом хроническое бредовое расстройство.

Выводы.

1. Бред ревности распространяемое психическое расстройство, которое приводит к разрушению ядра личности и часто приводит к социально опасным действиям.
2. Больные страдающие данной психической патологией требуют повышенного внимания со стороны врача психиатра с целью диспансерного наблюдения и лечения в условиях психиатрического стационара.
3. В связи с увеличением доли пациентов пожилого возраста, в структуре общей заболеваемости, можно прогнозировать рост числа пациентов с бредом ревности.
4. Необходимо проведение профилактических мероприятий среди лиц определенной возрастной группы, т.к. данная патология социально опасна и требует обращения за специализированной помощью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Качаев А.С. Алкогольный параноид. М., Медицина 1977
2. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М., 1964
3. Гаврилов С.И. Выявляемость психических расстройств в пожилом и старческом возрасте. Журнал «Неврология и психиатрия» 1984г. т.84
4. Жариков Н.М. Психозы в предстарческом и старческом возрасте «Руководство по судебной психиатрии» М., Медицина, 1977
5. Опря Н.А. Клинические аспекты патологической ревности. Кишинев, 1986г.
6. Терентьев Е.Н. Паранойя ревности. Воронеж, 1982.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Локосов А.В., Холодова Н.Б.

г. Ростов-на-Дону

Несмотря на признание необходимости использования методов психокоррекции и психологического консультирования в реабилитационном процессе при эндогенных психических заболеваниях, в частности, при шизофрении, вопрос о методических подходах в данном случае остается остро дискуссионным [6]. Существует точка зрения, опирающаяся на определенную традицию отрицания возможности использования личностно-ориентированных методов в этом процессе [2; 1]. Представители биологического направления, руководствуясь обоснованными опасениями за состояние пациента, фактически «дегуманизируют» и «стигматизируют» его, в определенной степени отказывая ему в праве быть человеком и сводя его личность к болезни. Такой подход вызывает закономерный вопрос о том, является ли личностью человек, страдающий эндогенным психическим заболеванием, можно ли на фоне болезни проигнорировать проявления его индивидуальных личностных особенностей и полностью отрицать вероятность проявления личностных реакций и «здоровых» эмоциональных импульсов. В свою очередь представители «антипсихиатрического направления» напротив, практически полностью игнорируют проявления эндогенной патологии, ее влияние на личность, что приводит к очевидному риску ятрогенного воздействия на состояние пациента [5; 4; 3].

Данная дискуссия в большинстве случаев не носит какого-либо конструктивного характера, а является отражением фанатичной констатации крайних позиций, где с одной стороны выступают представители биологического подхода, отрицающие или минимизирующие роль личностных факторов в течение эндогенного заболевания, с другой стороны, ориентированные на неограниченное применение постулатов своей методической школы представители психодинамического, гуманистического, гештальт-терапевтического подхода, а так же специалисты, считающие себя «антипсихиатрами», в порыве борьбы за права психически больных порой забывают о главной заповеди врачевания «не навреди». В этом случае они оказывают больше вреда, чем пользы, типичным примером чему является проведение суггестивных техник у пациентов, страдающих шизофренией, особенно параноидной. Нередко при этом возникает обострение симптоматики, актуализация бредовых идей. С нашей точки зрения это является грубой психотерапевтической ошибкой.

Мы полагаем, что вопрос о применимости либо не применимости психокоррекционных техник, по сути, подменяет вопрос о правильности или неправильности их использования. При этом, как принято говорить, «дьявол кроется в мелочах», и наиболее существенным, по нашему мнению, является не столько то, какие методы допустимо использовать в процессе реабилитации, как то, как их можно использовать. Этот вопрос связан с тем, что КПТ, значение которой в процессе реабилитации признается многими специалистами, лишь косвенно влияет на негативную симптоматику в аффективной и мотивационной сфере, субъективные переживания пациента, и это, собственно, не является ее основной целью.

Представляется, что применение элементов гуманистического консультирования и гештальт-терапии возможно только при соблюдении ряда условий.

1. Применение лично-ориентированных методов психологического консультирования в процессе реабилитации людей, страдающих шизофренией возможно только в состоянии устойчивой ремиссии либо при мало-прогредиентных формах болезни.

2. Превалирование объективно подтверждающихся жалоб пациента на проявления негативной симптоматики в аффективной и мотивационной сфере, а так же в социальной сфере, что значимо препятствует его адаптации и повышению качества жизни.

3. Проведение любых психокоррекционных мероприятий только при условии постоянного контакта с лечащим врачом, наблюдающим пациента.

Применение лично-ориентированных методов в реабилитации шизофрении, на наш взгляд, должно соотноситься с целями реабилитации. В данном случае, важнейшими целями реабилитационного процесса являются:

1. Улучшение социальной адаптации, нарушение которой, в частности, связано со снижением способности к построению эмоционального контакта, снижением способности к эмпатии, идентификации эмоциональных состояний партнера по общению.

2. Уменьшение проявления «сглаженности» в эмоциональной сфере.

3. Уменьшение проявления снижения побудительной и смыслообразующей функции мотивов.

4. Уменьшение чувства собственной неполноценности при восприятии заболевания, переживанием собственной «инакости», чувства «непонятости», и связанным с этим чувством одиночества и отчужденности. Повышение самооценки, принятия своих особенностей.

Необходимо отметить, что использование элементов лично-ориентированных методов психологического консультирования в реабилитации эндогенной психической патологии может быть признано обоснованным только в том случае, если проявления мотивационных нарушений

и аффективной сглаженности, нарушений социальных связей являются объективно значимой проблемой для пациента, с которой он обращается к психотерапевту. Исходя из соотнесения возможного вреда и вероятной пользы, необходимо каждый раз оценивать обоснованность использования данных методов, так как переживания, которые могут усилиться вследствие осознания глубины своих проблем и их актуализации так же могут спровоцировать ухудшение состояния пациента.

Выводы. Использование элементов личностно-ориентированных методов требует соблюдения ряда строгих ограничений и принципов:

1. Принцип недирективности, связанный с опорой на компенсаторные ресурсы и возможности личности. Данный принцип исключает возможность «грубых» директивных интервенций специалиста.

2. Строжайшее исключение использования психокоррекционных техник, вызывающих чрезмерное усиление аффекта.

3. Исключение психокоррекционных техник, связанных с «эмоциональной конфронтацией» и направленных на интеграцию разнонаправленных эмоциональных импульсов.

В ходе проведения психотерапевтической работы с пациентом необходимо поддерживать и принимающее отношение, недирективное установление контакта, акцентирование внимания на существующих эмоциональных реакциях. Создание условий для безопасности эмоциональных отношений, повышения уровня доверия. Целесообразна фокусировка на позитивных эмоциях, на успешных сторонах жизни пациента. Повышение и развитие интереса и вовлеченности в реальные события собственной жизни. Поддержание и усиление осознанности, конструктивной мотивации, направленной на повышение уровня социальной и профессиональной адаптации.

Представленные теоретические положения были проверены в практической деятельности в ходе лонгитюдного исследования. В качестве гипотезы мы рассматривали предположение о том, что использование отдельных приемов гуманистического подхода и гештальт-терапии в процессе реабилитации малопрогредиентных форм шизофрении в условиях длительной ремиссии оказывает позитивное воздействие на компенсаторные механизмы личности и способствует повышению уровня социальной адаптации. При этом предлагаются приемы, связанные с повышением осознанности эстетических и социальных эмоциональных реакций субъекта, а так же элементы клиентоориентированного, безоценочного и принимающего подхода к процессу консультирования.

Целью исследования является изучение влияния использования отдельных техник гештальт-терапии и гуманистического подхода к консультированию в процессе психологической реабилитации больных малопрогредиентными формами шизофрении на редукцию негативной симптоматики в

аффективной и коммуникативной сфере (степень аутизации и аффективной сглаженности), а также на уровень социальной адаптации в целом.

Предметом исследования является уровень аутизации и социальной отчужденности лиц, страдающих малопрогрессирующими формами шизофрении, а так же уровень их социальной адаптации.

Объектом исследования являются лица, страдающие малопрогрессирующими формами шизофрении в стадии устойчивой ремиссии, предъявляющие жалобы на негативную симптоматику в аффективной сфере, снижение мотивации к деятельности и нарушение общения. Данные лица проходили первичное и повторные патопсихологические психодиагностические исследования в процессе терапии у психиатра и по его направлению. В экспериментальную группу вошли 18 человек в возрасте от 24 до 45 лет, 8 мужчин и 10 женщин. Эти лица проходили психологическую реабилитацию с использованием указанных выше методов на фоне фармакотерапии в течение 5 лет.

В контрольную группу были включены лица, страдающие малопрогрессирующими формами шизофрении в стадии ремиссии, 20 человек в возрасте от 23 до 47 лет, 7 мужчин и 13 женщин, которые проходили лечение у врача - психиатра, направлялись на первичное и повторное психодиагностическое исследование, но не принимали участие в процессе психологической реабилитации и консультативной помощи психолога не получали.

Методы исследования. В качестве методов исследования использовались Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММПИ) в адаптации Л.Н. Собчик. Кроме этого использовался опросник, содержащий вопросы о семейном положении, профессиональном статусе, проведении досуга, круге общения. Для статистической обработки результатов использовалась программа SPSS 2.0. При анализе результатов СМИЛ для оценки степени проявления негативной симптоматики в эмоциональной сфере и степени нарушений социальной адаптации учитывались показатели шкал 2 (депрессия), 8 (индивидуалистичность), 0 (социальная интроверсия).

Результаты. При сравнении результатов по шкалам СМИЛ 2,8,0 на момент начала исследования и на момент окончания исследования в экспериментальной группе отмечены статистически достоверные различия (достоверность 99,9%) по всем трем шкалам, указывающие на снижение уровня депрессивных переживаний, аутизации и социальной отчужденности и повышении социальной адаптации. В контрольной группе статистически достоверных различий по результатам, полученным по шкалам 8,0 СМИЛ в начале и в конце исследования, не отмечается; отмечаются статистически достоверные различия по результатам, полученным в начале и в конце исследования по шкале 2 (депрессивность), указывающие на снижение интенсивности депрессивных переживаний, что, вероятно, связано с результатами проводимой фармакотерапии.

При сравнении результатов, полученных на момент начала исследования в контрольной и экспериментальной группе, статистически достоверных различий не выявляется. При сравнении результатов, полученных в контрольной и экспериментальной группах на момент окончания исследования, отмечаются статистически достоверные различия (достоверность 99,9%) по показателям шкал 8 и 0, отражающие статистически достоверное снижение уровня аутизации и социальной отчужденности в экспериментальной группе.

При сравнении результатов, полученных на основании опросника о социальном статусе на момент окончания исследования, отмечаются статистически достоверные (достоверность по каждому показателю 99,9%) различия между контрольной и экспериментальной группами, демонстрирующее большее количество работающих, имеющих собственную семью и постоянный круг общения лиц в экспериментальной группе.

Выводы. Таким образом, полученные результаты демонстрируют достаточно высокую эффективность гештальт-терапевтических и гуманистических методик, используемых в процессе психологического сопровождения и психологической реабилитации лиц, страдающих малопрогрессирующими формами шизофрении в стадии устойчивой ремиссии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бородин В.И., Миронова Н.В., Новиков Д.Д. Нежелательные явления в процессе психотерапии (обзор литературы)//ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва//http://old.consilium-medicum.com/media/bechter/04_03/22.shtml.
2. Вид В.Д., Вовин Р.Я., Мазо Г.Э. Обзор. психиатр.и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. 1995; 3-4: 5-12.
3. Гасан-заде Л.А., Эфендиев И.Р. Кукольный театр как метод психосоциальной реабилитации в психиатрической практике//НейроNews психоневрология и нейропсихиатрия № 10(55). – с. 14-16.
4. Гроф С.//Новая философская энциклопедия/Ин-т философии РАН; предс. научно-ред. совета В. С. Стёпин. — 2-е изд., испр. и допол. — М.: Мысль, 2010.
5. Хломов Д.Н. Философия гештальт-подхода. М.2008, - 88 с.
6. Ястребов В. С. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, Т. А. Солохина, И. И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 6. – С. 4-10.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

**Магзумова Ш.Ш., Мухторова Х.К., Мухаммадиева Н.Б.,
Рузиева Г.Х.**

*Ташкентская медицинская академия
Бухарский государственный медицинский институт*

Аннотация. Статьи Магзумовой Ш.Ш., Мухторовой Х.К., Мухаммадиевой Н.Б., Рузиевой Г.Х. «Клиническая динамика депрессивных состояний, возникающих на разных сроках после перенесенного инфаркта миокарда». В статье представлена клинико-динамическая характеристика депрессивных синдромов, возникающих после перенесенного инфаркта миокарда. Оказалось, что в этиологически депрессии, возникающие в первые месяцы после инфаркта миокарда, можно отнести к нозогениям, после шести месяцев – к соматогениям.

Актуальность проблемы. Депрессия часто является коморбидной другим, соматическим, заболеваниям, и в таких случаях заболевания двух разных сфер - психической и соматической - усугубляют друг друга, порой приводя к тяжелым последствиям. Среди больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями частота сопутствующей депрессии составляет 22–33%. У 17-27% пациентов с ишемической болезнью сердца, проходящих процедуру коронарной ангиографии, выявляются депрессии, а у больных в постинфарктном периоде депрессии обнаруживаются в 16-45% случаев. Наличие депрессии у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями не только осложняет течение и терапию этих расстройств, но и сокращает продолжительность жизни больных. Понятно и прогнозируемо, что наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда, так как даже при удовлетворительном самочувствии диагноз инфаркт миокарда ассоциируется у человека с угрозой для жизни. Наряду с тревожными опасениями за здоровье, появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи. Без соответствующего вмешательства эти нарушения закрепляются и сохраняются в течение одного года у 25% выживших. По другим данным, психические нарушения констатировались в 28% случаев. У 50% больных наблюдалась интенсификация невротических черт (Дробижев М.Ю., 2003, Краснов В.Н., 2001, Смулевич А.Б., 2001, Dickens С.М., McGowan I., Percival С. et al., 2004, Beckers Т., 2001).

Цель исследования – изучение клинико-динамических особенностей депрессивных состояний, возникающих после инфаркта миокарда.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 341 пациента с установленным диагнозом острого инфаркта миокарда. Пациен-

ты поделены на 2 группы. В первую, основную, вошли 233 больных с перенесенным острым инфарктом миокарда, у которых в последующем развились депрессивные расстройства, подтвержденные клинически и с помощью диагностических шкал; вторую группу составили 108 больных, также перенесших острый инфаркт миокарда, но не страдавших в последующем симптомами депрессии. Осуществлено клинико-динамическое наблюдение за больными в постинфарктном периоде с контролем состояния через месяц, три месяца, шесть месяцев, 12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда. Для выявления наличия симптомов депрессии использовался метод клинического наблюдения (с первых часов после поступления пациента в стационар с диагнозом «Острый инфаркт миокарда»), а также применялись шкалы Гамильтона и Монтомгери-Асберга в течении первых трех суток пребывания в стационаре. Если в первые сутки после перенесенной ишемической атаки депрессивных симптомов не обнаруживалось, то с диагностической целью шкалы применялись в условиях стационара ежедневно до обнаружения клинически значимых симптомов депрессии любой степени тяжести, после выписки из стационара – через три месяца, шесть месяцев, 12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ); после выявления наличия депрессивного расстройства применение шкал производилось в указанные выше сроки. Пациенты не включались в основную группу исследования, если симптомов депрессии не выявлялось на протяжении 3 месяцев после перенесенной ишемической атаки.

По МКБ-10, клинически значимое депрессивное расстройство складывается из следующих симптомов: основные – а) снижение настроения по сравнению с присущей пациенту нормой, которое отмечается почти ежедневно и большую часть дня, а также вне зависимости от ситуации; б) снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; в) уменьшение активности, повышенная (выраженная) утомляемость и снижение энергии; и дополнительные – а) нарушения сна любого типа; б) изменение аппетита (снижение или повышение) с соответствующими изменениями массы тела; в) повторяющиеся мысли о смерти, самоубийстве или самоповреждении; г) мрачное и пессимистическое видение будущего; д) идеи виновности и самоуничтожения; е) сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе; ж) снижение концентрации внимания, неспособность сосредоточиться, снижение способности мыслить, нерешительность или колебания при принятии решений. Легкая депрессия (F 32.0 по МКБ-10) характеризуется наличием двух основных и двух дополнительных симптомов. Умеренная депрессия (F 32.1 по МКБ-10) характеризуется наличием двух основных и трех-четырех дополнительных симптомов. Тяжелая депрессия (F 32.2 или F 32.3 по МКБ-10) характеризуется наличием трех основных, четырех и более дополнительных симптомов, часть из которых имеет значительную выраженность.

Результаты исследования. Среди больных ИМ с наличием ДС в первые дни после ИМ более половины (51,1%) отмечали у себя чаще других

симптомов постоянное снижение настроения, т.е. у данных больных проявлялся аффективный компонент депрессии, тогда как идеаторный компонент депрессии, который проявлялся в заторможенности мышления в той или иной степени был у 27,5% больных, двигательная заторможенность (моторный компонент) был выявлен у 21,5% наблюдаемых. У больных почти с одинаковой частотой отмечались тревожный и меланхоличный тип аффекта (47,0% и 41,2% соответственно), дисфорический тип аффекта встречался в 11,8% случаев, что в 4 раза меньше чем тревожный и в 3,5 раза меньше чем меланхолический тип.

В соответствии с задачами исследования было проанализировано состояние пациентов через месяц, три, шесть и двенадцать месяцев после перенесенного инфаркта миокарда. Такой же анализ был проведен у пациентов контрольной группы. Оказалось, что через 1 месяц после ИМ лишь у больных контрольной группы не было депрессивных расстройств, тогда как в основной группе больных отмечались депрессивные синдромы. Клинически у 43,8% больных были отмечены астенические депрессии, у 32,2% ДС были квалифицированы как тревожные депрессии, у 13,7% - меланхолические, у 10,3% - дисфорические депрессии. Заметно изменение клинического вектора ДС в сторону увеличения астенических и уменьшения меланхолических и тревожных депрессий, что очевидно связано с улучшением соматического состояния пациентов и, связанного с этим более адекватного отношения к своему состоянию и заболеванию. Это подтверждается данными обследования пациентов через три месяца после перенесенного ИМ.

В основной группе заметна редукция симптоматики у больных с меланхолическими и дисфорическими депрессиями, но возрастает число больных с тревожными депрессивными состояниями. Интересно, что в контрольной группе через 3 месяца после ИМ появилось 18 пациентов (16,7%) с тревожной депрессией. Такое изменение произошло в связи с необходимостью определенных ограничений в жизни пациента: соблюдение режима труда и отдыха и режима терапии, отказа от привычного жизненного уклада и вредных привычек (курение, алкоголь), непривычной для пациента гиперопекой со стороны близких, переоценкой своих социальных ролей. Необходимо обратить внимание на эту группу пациентов, клиническим выражением депрессии у которых явилось: нарушение засыпания, поверхностный сон, чувство страха повторения ИМ, постоянных идей самообвинения в неправильном поведении, приведшем к ИМ, эпизоды вегетативных пароксизмов с выраженным сердцебиением, чувством нехватки воздуха, неприятными ощущениями в области сердца, которые пациенты принимали за очередную ИМ, вызывали «скорую помощь», считали, что их осматривают некомпетентные специалисты, спорили с врачами и близкими. Однако по шкалам Гамильтона и Монтгомери-Асберга эти ДС квалифицировались как легкие депрессии, что требовало больше психотерапевтического вмешательства в виде убеждения пациентов в отсутствии симптомов ИМ и коррекции сна.

Через 6 месяцев после ИМ количество пациентов без ДР значительно увеличилось. Оказалось, что при значимом уменьшении пациентов с тре-

возными и астеническими депрессиями появились больные с ипохондрическим вариантом ДС, который характеризовался постоянным поиском у себя симптомов ИМ, частым измерением пульса и АД, хождением по врачам-кардиологам и терапевтам, с частой сменой врачей и недоверием к консультациям. Кроме того, у этих больных изменилось отношение к окружающим, они требовали внимания своих родственников и пытались всем показать, насколько они тяжело больны, практически перестали работать и были пассивны к проблемам семьи. В контрольной группе более чем в 2 раза снизилось число больных с тревожными депрессиями.

Несколько иная картина наблюдается через год после перенесенного ИМ. Среди исследованных больных у 7,3% основной группы и 0,9% контрольной группы сохранялись симптомы депрессии. Среди ДС в основной группе отмечались тревожные и ипохондрические депрессии. По степени тяжести эти депрессии характеризовались как легкие. Осознание наличия серьезного заболевания, страх перед повторением ИМ, невозможность внутренне изменить отношение к перенесенному, недостаток объективной информации о заболевании и его последствиях создает почву для поддержания внутреннего психологического дисбаланса, который и нарушает эмоциональное реагирование пациента, в результате чего и сохраняются депрессивные расстройства. Очевидно, эта группа пациентов требует пристального внимания со стороны кардиологов и психиатров с разработкой плана психокоррекционного воздействия.

Обсуждение. В случаях длительного течения депрессии выраженность аффективных расстройств более часто напрямую коррелировала с тяжестью соматического состояния. Если не столь длительные депрессивные эпизоды были во многом обусловлены «собственным видением болезни», выраженность их симптоматики зависела от беседы с врачом и полученной от него информации, степени осведомленности о своем диагнозе, возможных осложнений и в не очень большой мере зависела от собственно общесоматического статуса, то течение затяжной депрессии у пациентов ухудшалось при утяжелении кардиологического и общесоматического состояния больных. Психосоматический параллелизм в случаях большинства затяжных депрессий проявлялся генерализацией астенических симптомокомплексов (усиление общей слабости, непереносимости нагрузок, вялости, адинамии, выраженная сонливость в дневное время в сочетании с ранней инсомнией) при ухудшении соматического состояния. Одновременно с этим было отмечено, что при затяжных депрессиях отмечались всегда в той или иной мере выраженные когнитивные расстройства (снижение памяти на события прошлого, ограничение возможности к осмыслению происходящего вокруг, забыванию новой информации, нарушения концентрации внимания).

На первом плане при более коротких депрессивных эпизодах проявляли себя подавленность, пессимистическое восприятие болезни, гипертрофированная оценка ее последствий, тревожные опасения повторного приступа стенокардии, страх смерти, неминуемой инвалидизации. Обостренное самонаблюдение с регистрацией малейших изменений самочувствия сочета-

лось с массой жалоб, иногда не имеющих достаточного соматического обоснования. Значительное место среди других составляющих депрессивного расстройства занимали истеро-конверсионные (ком в горле, тремор, онемения конечностей в форме «перчаток»), сомато-вегетативные (тахикардия, диспноэ, инсомния) и астенические (повышенная истощаемость, снижение активности, жалобы на слабость, утрату активности) симптомокомплексы. Обратное развитие таких депрессий совпадало с периодом стабилизации проявлений соматической болезни, когда минимизировалась опасность летального исхода, начинала восстанавливаться двигательная активность, снижался уровень тревоги.

Вышесказанное позволяет утверждать, что длительность депрессивного эпизода после перенесенного острого инфаркта миокарда может указывать на происхождение данного симптомокомплекса. Так, депрессивные эпизоды длительностью до полугода можно отнести к нозогениям, то есть состояниям, являющимся ответом психики на психотравмирующую ситуацию, в нашем случае – тяжелое соматическое заболевание. Депрессивные эпизоды с затяжным течением, вероятно, с высокой долей уверенности можно отнести к соматогениям, то есть состояниям, патофизиологически связанным с тяжелой патологией внутренних органов, т.е. у больных с более тяжелыми формами кардиальной патологии редукция депрессии происходит более медленными темпами.

Выводы.

1. Подавляющее большинство пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, испытывает при первичном диагностировании депрессивный эпизод средней (умеренной) степени тяжести (71,6% по шкале Гамильтона и 72,7% по шкале Монтомгери-Асберга);

2. Выявление симптомов депрессии в течении года после перенесенного ИМ, даже у пациентов контрольной группы диктует необходимость изучения комплекса факторов, приведших к формированию депрессивных расстройств у больных, перенесших ИМ.

3. Постинфарктные депрессивные эпизоды длительностью до полугода можно отнести к нозогениям; депрессивные эпизоды постинфарктного генеза с затяжным течением, вероятно, с высокой долей уверенности можно отнести к соматогениям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дробижев М.Ю. Лечение депрессий в общесоматической сети //Психиатрия и психотерапия. -М., 2003. -Т.5, №5. -С. 8-12.
2. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике //Рус. мед. журн. – М., 2001. -Т.9, N 25. -С. 1187–1191.
3. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. - М.: Медицинское информационное агентство, 2001. - 128 с.
4. Dickens C.M., McGowan I., Percival C. et al. Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction //Heart. -2004. -Vol.90. -P.518-522.
5. Beckers T. Symptoms of depression, acute myocardial infarction and total mortality in a community sample. Vision Res. 2001;411:417:2297-2303.

АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Магзумова Ш.Ш., Мухторова Х.К., Мухаммадиева Н.Б.,
Ядгарова Н.Ф.**

Ташкентская Медицинская Академия

г. Ташкент

Бухарский Государственный Медицинский Институт

Резюме. Статьи Магзумовой Ш.Ш., Мухторовой Х.К., Мухаммадиевой Н.Б., Ядгаровой Н.Ф. «Анализ демографических, психологических и медико-социальных факторов, способствующие развитию депрессий у больных инфарктом миокарда»

В статье представлен анализ комплекса демографических, психологических и медико-социальных факторов, способствующие развитию депрессий у больных инфарктом миокарда. Выявление факторов риска у больных с ИБС позволит проводить профилактические меры по развитию депрессий у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Актуальность проблемы. В последние 20 лет в клинической медицине особое внимание сосредоточено на изучении депрессивных расстройств в общей медицинской практике. В частности, в кардиологии было установлено, что депрессии, возникающие при заболеваниях сердца, являются самостоятельными факторами высокого риска неблагоприятного течения соматического заболевания. Одновременно стало ясным, что при междисциплинарном сотрудничестве интерниста и психиатра существенно повышается эффективность оказания медицинской помощи этой категории больных [Краснов В. Н., 1997; Топчий Н.В., 2005; Dickens C.M., McGowan I., Percival C. et al. 2004; Krishnan KR, Delong M, Kraemer H, et al. 2002; Whooley MA, Simon GE. 2000.]. В связи с этим интерес представляют различные факторы, способствующие развитию депрессивных расстройств при инфаркте миокарда.

Цель исследования – изучение демографических, психологических и медико-социальных факторов, способствующие развитию депрессий у больных инфарктом миокарда.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 341 пациента с установленным диагнозом острого инфаркта миокарда. Пациенты поделены на 2 группы. В первую, основную, вошли 233 больных с перенесенным острым инфарктом миокарда, у которых в последующем развились депрессивные расстройства, подтвержденные клинически и с помощью

диагностических шкал; вторую группу составили 108 больных, также перенесших острый инфаркт миокарда, но не страдавших в последующем симптомами депрессии. Осуществлено клинико-динамическое наблюдение за больными в постинфарктном периоде, также применялись шкалы Гамильтона и Монтгомери - Асберга для подтверждения клиники и степени тяжести депрессивного синдрома.

Результаты исследования. Среди анкетированных основной группы лиц в возрасте до 50 лет было 25,7%, 51-60 лет было 44,7%, 60 лет и старше 29,6%. В контрольной группе соответственно 22,2%, 42,6%, 35,2%. При анализе семейного статуса, выявлено, что 35,6% в основной группе и 79,6% в контрольной группе состоят в браке, из них более половины проживают с детьми и внуками. 33,9% больных в основной группе и 18,5% в группе сравнения являются вдовами (цами), но живут с семьями своих детей. Около четверти больных ИМ с ДС были одинокими, из них 77,2% после смерти супруга(и) жили одни, остальные были неженаты или незамужем, и проживали в основном отдельно от своих родных. Необходимо отметить, что именно среди одиноких очень высок риск развития депрессии, по сравнению с теми, кто проживал в полной семье.

Среди обследованного контингента в основной и контрольной группах соответственно 19,7% и 14,8% были рабочие, 15,0% и 25,0% служащие, 35,6% и 41,7 члены семьи (пенсионеры, домохозяйки, временно не работающие), 19,7% и 12,0% - работники села, 9,9% и 6,5% - предприниматели.

Проанализирована производственно-трудовая деятельность опрошенных по уровню образования, профессии, характеру труда, наличию эмоционального напряжения, стажу работы. Среди больных преобладали лица со средне-специальным, высшим образованием 52,4% в основной группе и 70,4% в группе сравнения, т.е. как среди больных с наличием ДР, так и без ДР преобладают лица с более высоким образовательным цензом. Необходимо отметить, что среди больных ИМ с наличием ДС, уровень образования относительно ниже, чем среди больных без ДС, так лица со средним образованием среди пациентов из основной группы в 16 раз больше чем среди больных в контрольной группе.

Отмечается обратная корреляция между вероятностью возникновения постинфарктной депрессии и уровнем образования пациента: чем выше уровень образования, тем ниже вероятность формирования депрессивных расстройств. Статистически достоверно можно считать, что лица с высшим образованием менее подвержены возникновению депрессивных расстройств после перенесенного инфаркта миокарда (количество таковых в основной группе почти в 3 раза меньше, чем в группе сравнения). Это, вероятно, объясняется большей медицинской грамотностью лиц с высшим образованием, их большим комплаенсом в взаимодействиях с медицинскими работниками и большей дисциплинированностью в отношении не-

обходимости соблюдения режима терапии. Очевидно, что высокий уровень образования дает большую возможность осмыслить создавшуюся ситуацию, более грамотно и конструктивно подойти к изучению и осмыслению информации медицинского плана, представляемой врачами, и сформировать благоприятный психологический настрой для адекватного лечения и эффективной реабилитации.

Среди опрошенных обеих групп относительно больший удельный вес составили лица преимущественно физического труда (соответственно 70,4% и 53,8%), однако, среди больных с ДС лиц с преобладанием физического труда было в 1,3 раза выше, чем среди больных ИМ без ДС ($P < 0,01$). Среди лиц, занятых преимущественно физическим трудом в большинстве своем были строители, разнорабочие, грузчики, работники села, уборщицы и др. Среди занятых, в основном, умственным трудом большой удельный вес занимали учителя, банкиры, экономисты, предприниматели и др.

Трудовая деятельность большинства опрошенных с ДС проходила в условиях повышенной эмоциональной напряженности, частых конфликтов на работе, трудностями, связанными с финансами, стрессами и т. д. Интересен тот факт, что среди депрессивных больных было больше лиц, работавших не на руководящих должностях.

Среди сравниваемых групп выявлено, что наличие на работе стрессов, эмоциональной напряженности в 2,6 раза повышает риск развития в первую очередь ИМ и в последующем депрессии. В настоящее время, когда многие начали заниматься предпринимательской деятельностью, банкротство является частой причиной острого ИМ и возникновения депрессивных состояний. В нашем случае мы обратили внимание, что в жизни у больных с ДС в 1,5 раза чаще имели место случаи банкротства, развала начатого дела, потери вложенного капитала. Среди больных с наличием ДС пятая часть отмечали в своей жизни сочетание вышеперечисленных факторов (21,4%), а у больных без ДС данные факторы в комплексе встречались всего лишь у 4,6%. Как видно из таблицы, больные, у которых на работе были частые стрессы, постоянные конфликты, банкротство имеют больший риск впасть в депрессивное состояние при ИМ.

При анализе психо-социальных характеристик выявлено, что ДС более чем в 5 раз чаще регистрируются среди эмоционально неустойчивых пациентов. Больные, имевшие в недавнем прошлом острый стресс или затяжные психотравмирующие ситуации, приблизительно в 3 раза чаще были склонны к развитию депрессивного синдрома, чем лица, не имевшие стрессовые ситуации. Необходимо отметить, что среди пациентов, не имеющих каких-либо проблем в семье в 4 раза меньше риск впасть в депрессивное состояние.

Стаж трудовой деятельности является основной характеристикой продолжительности работы в соответствующих условиях производственной

среды и воздействия вышеперечисленных факторов. Нами учитывались продолжительность работы на последнем месте (если больной менял место работы), где могло сказаться влияние факторов, способствующих развитию ИМ и в дальнейшем депрессии. Так, среди больных с ДС стаж работы в условиях высокой напряженности, постоянных стрессов был в 2 раза выше, чем среди больных без симптомов депрессии. По-видимому, работа в таких условиях способствует развитию не только ИМ, но и последующей депрессии в силу того, что ИМ для них является еще одним стрессом.

Основной процент больных считают свой уровень жизни удовлетворительным (55,0% в основной группе и 61,1% в контрольной группе). Необходимо отметить, что больные, у которых развился депрессивный синдром, в 6 раза чаще указывали на неблагоприятные условия проживания и низкий материальный достаток (работал всего лишь один член семьи или проживали на пенсию), чем больные из группы сравнения ($P \leq 0,01$). Можно предположить, что более хорошие условия жизни, уверенность и стабильность «материального тыла» пациента и способствуют большей уверенности в завтрашнем дне, в стабильности ситуации, а потому в некоторой степени уменьшают риск возникновения депрессивных состояний у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда.

В соответствии с поставленными перед исследованием задачами проведен анализ межличностных и семейных отношений. Результаты изучения отношения к пациентам со стороны окружающих показывают, что отношения в семье у пациентов, проживающих в семье, были благоприятными в основной группе — 39,8% и у 64,8% в контрольной группе. Необходимо отметить, что, среди больных с наличием ДС в 4,3 раза больше лиц, часто конфликтующих с другими членами семьи, чем среди лиц, не имеющих депрессивные симптомы. Интересен тот факт, что больные, у которых отношения в семье были нехорошими, не было доверия и взаимной поддержки, в большинстве своем и на работе находились в нейтральных отношениях с коллегами или вообще старались не иметь никаких отношений с окружающими. Такие категории больных в 4,4 раза чаще регистрировались среди больных с ДС по сравнению с больными без симптомов депрессии. По-видимому, развитие депрессии среди данного контингента связано с отсутствием поддержки во время болезни, как со стороны семьи, так и со стороны коллег, руководства, друзей. Кроме того, эти пациенты очевидно не умели выстраивать партнерские взаимоотношения с окружающими людьми вследствие завышенных требований к окружающим и неадекватной самооценки.

Родственники и окружающие не принимали во внимание ухудшение состояния пациента, к больному выдвигались требования, не отличающиеся от требований к здоровому человеку, не обсуждались вопросы его лечения и реабилитации, не старались принять какие-либо попытки улучшить состояние больного. Такое отношение в большинстве случаев было к больным,

которые будучи здоровыми, были отдалены от своей семьи, коллег и не принимали какого-либо участия в жизни семьи, общества.

С помощью клинического интервьюирования нами была предпринята попытка ретроспективно оценить длительность ишемической атаки, воспользовавшись информацией со слов самих пациентов и их родственников. Так, в группе пациентов с резвившейся постинфарктной депрессией почти у половины пациентов (47,7%) продолжительность болевой атаки составила более 20 минут, а у 38,6% представителей этой группы она продолжалась от 15 до 20 минут. В то же время в группе сравнения у подавляющего большинства обследованных длительность ишемической атаки не превышала 15 минут, что составляет 72,7%, число тех, у кого этот период составил 15 – 20 минут и более 20 минут равняется 15,2% и 12,1% соответственно. Несомненно, длительность болевых ощущений, возникающий следом страх способствует формированию депрессивных и тревожных состояний, неуверенности в себе, своем здоровье и в завтрашнем дне.

В основной группе подавляющее число пациентов (83%) пытались купировать приступ нитроглицерином (как известно, это препарат из группы нитратов, часто применяемый в экстренных целях для купирования приступов стенокардии), но безуспешно, у 4,5% больных основной группы эти попытки принесли некоторое облегчение, оставшиеся пациенты вообще не использовали нитроглицерин. В группе сравнения количество пациентов, не принимавших нитроглицерин для облегчения болевого синдрома, превысило половину всех больных данной группы (51,2%), это в 4,12 раза выше показателя основной группы; неэффективным оказался прием этого препарата в 12,1% случаев (в основной группе этот показатель в 6,9 раз выше), а лишь с незначительным эффектом – в 36,4%. Отметим, что попыток другими клинически целесообразными способами купировать болевой синдром пациенты, включенные в проводимое исследование, не предпринимали.

Опираясь на все вышесказанное, можно сделать вывод, что на возможность возникновения постинфарктной депрессии влияют такие характеристики основного соматического заболевания, как длительность ишемической атаки и возможные попытки самостоятельно (и неэффективно!) купировать приступ препаратом ряда нитратов (в нашем случае – нитроглицерином). Последний факт, вероятно, объясняется сформировавшимся страхом перед неотступностью болевого синдрома и уменьшением веры в оказание помощи.

Обсуждение. Анализ демографических, психологических и медико-социальных факторов, способствующие развитию депрессий у больных ИМ можно вывести ряд следующих положений:

а) В возникновении постинфарктной депрессии, согласно результатам проведенного исследования, не играют роли пол, возраст, национальность и область проживания пациента (городская или сельская местность).

б) Лица с высшим образованием в меньшей степени подвержены риску возникновения постинфарктной депрессии.

в) Более хорошие условия жизни способствуют большей уверенности в завтрашнем дне, в стабильности ситуации, а потому в некоторой степени уменьшают риск возникновения депрессивных состояний у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда.

г) Развитие постинфарктной депрессии больше обусловлено личностными особенностями и общим благополучием больного, его отношением к факту наличия семьи вообще, его «знанием» о возможности оказания поддержки, нежели наличием реальной поддержки со стороны семьи и значимых близких.

д) На возможность возникновения постинфарктной депрессии влияют такие характеристики основного соматического заболевания, как длительность ишемической атаки и возможные попытки самостоятельно и неэффективно купировать приступ.

Выводы.

1. На развитие депрессий у больных с инфарктом миокарда влияет ряд демографических, психологических и медико-социальных факторов: уровень образования пациента, условия его жизни, длительность болевого синдрома и попытки его купирования, взаимоотношения в семье.

2. Анализ указанных факторов диктует необходимость проведения профилактической работы с изучением лиц, имеющих факторы риска развития аффективной патологии у лиц с ИБС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Краснов В. Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты //Депрессии и коморбидные расстройства. - М.: НЦПЗ РАМН, 1997. - С. 80-97.
2. Топчий Н.В. Депрессивные расстройства в практике поликлинического врача //Фарматека: международный медицинский журнал. – М., 2005. - N10. - С. 36-41.
3. Dickens C.M., McGowan I., Percival C. et al. Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction //Heart. -2004. -Vol.90. -P.518-522.
4. Krishnan KR, DeLong M, Kraemer H, et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly //Biol Psychiatry. – 2002. -Vol.52. -P.559–588.
5. Whooley M A, Simon GE. Managing Depression in Medical Outpatients //NEJM. - 2000. -Vol. 343. -P.1942–1950.

ФЕНОМЕН СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Мрыхин В.В., Анцыборов А.В.

г. Ростов-на-Дону

Резюме. Синтетические каннабиноиды являются полными агонистами каннабиноидных рецепторов CB1R и CB2R типов. Многочисленными исследованиями доказана возможность развития психической зависимости вследствие употребления синтетических каннабиноидов. Предлагаемый обзор литературы представлен с целью систематизации данных в области изучения синтетических каннабиноидов.

Цель: систематизация накопленных научных данных в области изучения синтетических каннабиноидов, влияния данной группы психоактивных веществ на организм человека, оказываемых соматовегетативных и психоактивных эффектах, возможности формирования явлений психической и физической зависимости, клиники синдрома отмены.

Материалы. Использовались три основные базы репрезентативных данных: PubMed, Science Direct и Google Scholar периода с 2005-2016гг., а также правительственные сайты некоторых Европейских стран, WEB-платформа Европейского Центра Мониторинга Наркотических Веществ и злоупотребления наркотиками (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], Lisbonne), тематические сайты, форумы для специалистов

Методы. Применялись сочетания поисковых запросов: «synthetic cannabinoids», «Spice», «New Psychoactive Substances», «Substance use disorder», «adverse effects», «fatalities», «club drugs», «legal high», «toxicology Designer drugs», «pharmacology Designer drugs», «dependence on Designer drugs», «spice addiction».

Ключевые слова: синтетические каннабиноиды, «спайсы», дизайнерские наркотики, зависимость, психозы, каннабиноидные рецепторы, диагностика, классификация, синдром отмены, обзор.

Краткая история синтетических каннабиноидов

В 1970-х годах прошлого столетия, в научных лабораториях ряда стран, впервые были синтезированы синтетические каннабиноиды, с целью изучения эндоканнабиноидной системы человека, а также разработки новых методов лечения болевого синдрома при онкологической патологии [1]. В 2003-2004гг., вещества, называемые «спайсами» впервые появились на темных рынках Великобритании, Германии, и Швейцарии [2]. Данный термин, по мнению некоторых авторов пришел из произведений Фрэнка Херберта, в частности романа «Дюна», где герои употребляли специальную смесь, облегчающую их межзвездные путешествия [3]. В описываемый период не-

мецкие и австрийские исследователи были одними из первых, кто типировал состав новых психоактивных веществ: это был аминоквалиндола JWH-018 [4]. Именно это вещество было найдено в образцах спайс, в различных пропорциях, и сочетаниях [4-6]. Синтетические каннабиноиды первой-второй генерации обозначаются по первым буквам имен ученых, в чьих лабораториях они впервые были синтезированы: JWH-John W. Huffman; AM-Alexandros Makrjannis; CP- Carl Pfizer; HU- Hebrew University (Еврейский Университет, Иерусалим, Израиль) [7]. Входящие в состав третьей генерации синтетических каннабиноидов вещества получили свое название по первым буквам химического соединения: APICA (2NE1, SDB-001, N-(1-adamantyl)-1-pentyl-1H-indole-3-carboxamide; CHMINACA: N-[[1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazol-3-yl] carbonyl]-3- methyl-L-valine) [8]. На теневом рынке синтетические каннабиноиды представленные в виде таблеток, капсул, порошка, смесей для курения [7]. Также могут быть представлены в виде специальной пасты для жевания [9]. Относительно недавно появились жидкие формы для курения с помощью электронных сигарет. Одной из серьезных проблем употребления спайсов, является факт, что наркотические вещества одного и того же типа, могут содержать различные примеси, другие ПАВ, в различной концентрации и пропорциях, образующая т.н. «миксы» [10]. Начиная с 2008 года, более 160 новых синтетических каннабиноидов было обнаружено лабораторным путем, в различных составах спайсов, из них 24 обнаружено в 2015 году [2]. Каждый представитель группы синтетических каннабиноидов, имеет среднюю «продолжительность жизни» на теневом рынке от 12 до 24 месяцев, прежде чем заменяется новыми аналогами [8-10].

Фармакология

По результатам научных исследований, посвященных эндоканнабиноидной системе человека, можно говорить о том, что последняя оказывает влияние на аппетит, настроение, механизмы боли, и процессы воспаления [6]. Каннабиноидные рецепторы первого типа (CB1R), были обнаружены и описаны в 1990 году. В дальнейшем, в 1993 году были обнаружены и описаны каннабиноидные рецепторы второго типа (CB2R) [9]. Эти два типа эндогенных каннабиноидных рецепторов, принадлежат к суперсемейству G-протеинсвязанных мембранных рецепторов [5]. Основная масса CB1R рецепторов локализована в коре головного мозга, базальных ганглиях, мозжечке, таламусе, миндалевидном теле, боковых рогах спинного мозга. Данный тип рецепторов участвует в ингибировании аденилатциклазы, обуславливая взаимодействие с ионными каналами. Активность CB1R рецепторов может влиять на процессы памяти, механизмы регуляции боли, двигательные функции [4]. Рецепторы CB2R типа располагаются в свою очередь в клетках иммунной системы, а также в периферической нервной системе. Функции рецепторов CB2R типа, задействованы в регуляции процессов воспаления, действуя на миграцию медиаторов воспаления, влияя

ют на цитокины, за счет образования обратных связей [8]. Молекулы, входящие в состав большинства синтетических каннабиноидов, отличаются большой липофильностью [7], действуя как полные агонисты CB1R и CB2R рецепторов [3]. В отличие от Δ^9 -тетрагидроканнабинола, содержащегося в растительном каннабисе, синтетические каннабиноиды обладают сильным средством активных центров к лигандам CB1R и CB2R рецепторов [5-7]. В последние годы были достигнуты значительные достижения в идентификации и количественной оценки синтетических каннабиноидов. Это стало возможным благодаря использованию гибридного метода жидкостной хроматографии, тандемной масс-спектрометрии (ЖХ-МС/МС). Темпы синтеза новых генераций синтетических каннабиноидов, а также включение в состав некоторых видов спайсов витамина E, для создания дополнительных трудностей при лабораторной диагностике, значительно опережают развитие методик лабораторного типирования.

Психоактивные эффекты синтетических каннабиноидов

Острая интоксикация. Желаемые эффекты (согласно самоотчетам потребителей)

Механизмы реализации психоактивных эффектов спайсов на организм человека, можно условно свести в следующие группы: химический состав смеси, доза активного вещества, стаж употребления [5-8]. Основными «желательными эффектами» спайса у потребителей являются: ощущение благополучия, блаженства, эйфория, легкость в установлении новых социальных контактов [9]. Некоторые потребители в качестве «желательных эффектов» указывают на: легкую седацию, незначительную гиперестезию, эпизоды парейдолий, определённую «социальную индифферентность» (когда окружающие события не волнуют, не тревожат, не приковывают внимание) [6-8]. За описанными выше общими для всех типов спайсов психоактивными эффектами, скрываются различные по степени выраженности нарушения, уже зависящие от типа употребляемого вещества, в виде нарушений чувственного восприятия, транзиторных галлюцинаторных нарушений, нарушения восприятия времени (тахихрония, брадихрония) [5]. К наиболее распространенным соматовегетативным эффектам употребления спайсов относятся: гиперемия конъюнктивы, повышение аппетита, сухость во рту, эпизоды подъема АД, тахикардия (частота пульса может увеличиваться от 20% до 50% от исходной нормы, в течении нескольких минут, до 15 минут, максимально-до 3 часов [4-6]), слюнотечение, незначительный бронхоспазм [6]. В целом, клиника острой интоксикации может сохраняться в состоянии до 6 часов, после употребления. По сравнению с ТГК, период острой интоксикации для образцов спайсов содержащих JWH-018 составляет 1-2 часа. Для образцов спайсов содержащих CP47,497 и гомологи C8-5-6 часов.

Психические нарушения. Аддиктивный потенциал.

Длительное употребление синтетических каннабиноидов, может при-

водить к развитию в состоянии полярных аффективных расстройств, от депрессий различной структуры, до атипичных маниакальных состояний [10]. Описаны два случая развития в состоянии кататонической симптоматики после употребления синтетических каннабиноидов, у пациентов, ранее не обращавшихся за психиатрической помощью, нозологическая принадлежность данных нарушений в рецензируемых работах не обсуждается [7-9]. В структуре психотических нарушений, вызванных употреблением синтетических каннабиноидов, были описаны бредовые переживания, галлюцинаторные нарушения вербального характера, диссоциативные нарушения [10]. Аддиктивному потенциалу синтетических каннабиноидов посвящено множество научных исследований [11, 12]. Рост толерантности при употреблении спайсов, а также развитие симптомов абстиненции в период лишения наркотика, также были описаны в рецензируемой литературе [9-12]. По некоторым данным развитие и формирование явлений БНС происходит в относительно короткие сроки-от трех до шести месяцев, от начала потребления, и напрямую зависит от типа потребляемого вещества (химической структуры) [10]. В период лишения наркотика описано развитие тяжелого и длительного (до одного месяца) абстинентного синдрома, включающего в себя: тревогу, моторное возбуждение, нарушение темпа мышления, достигающее до степени скачки идей, полярные аффективные колебания, транзиторные эпизоды дереализации, постоянное чувство «автономного» страха (т.н. первобытный страх), сонливость (вялость), отсутствие чувства насыщения после принятия пищи, наряду со снижением аппетита, стойкие инсомнические нарушения [11, 12]. Развитие выраженных симптомов крэйвинга в результате употребления синтетических каннабиноидов, описано в некоторых работах [11].

Выводы.

Единичные публикации в полной мере не позволяют судить об этапах формирования БНС. Мало изучена феноменология синдрома отмены синтетических каннабиноидов (этапы, длительность, симптомология). Отдельную проблему представляют собой активные метаболиты практически всех синтетических каннабиноидов, их влияние на организм, способность вызывать психотические нарушения. Проблема самоубийств в результате употребления СКБ, практически не освещена в научной литературе. Методы лабораторной диагностики часто оказываются не чувствительными как новой генерации синтетических каннабиноидов, так и к тем веществам, которые давно известны [10, 12].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Cottencin O, Rolland B, Karila L. New designer drugs (synthetic cannabinoids and synthetic cathinones): review of literature. *Curr Pharm Des* 2014;20(25):4106–11.
2. Mills B, Yepes A, Nugent K. Synthetic cannabinoids. *Am J Med Sci* 2015;350 (1):59–62.
3. Castellanos D, Gralnik LM. Synthetic cannabinoids 2015: an update for pediatricians in clinical practice. *World J Clin Pediatr* 2016;5 (1):16–24.

4. Van Amsterdam J, Brunt T, Van Den Brink W. The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects. *J Psychopharmacol* 2015;29(3):254– 63 [Epub 2015 Jan 13].
5. Thakur GA, Nikas SP, Duclos Jr RI, Makriyannis A. Methods for the synthesis of cannabinergic ligands. *Methods Mol Med* 2006; 123:113–48.
6. Ustundag MF, Ozhan Ibis E, Yucel A, Ozcan H. Synthetic cannabis-induced mania. Case reports in psychiatry 2015; 2015:310930.
7. Khan M, Pace L, Truong A, Gordon M, Moukaddam N. Catatonia secondary to synthetic cannabinoid use in two patients with no previous psychosis. *Am J Addict* 2016;25 (1):25–7.
8. Andrabi S, Greene S, Moukaddam N, Li B. New drugs of abuse and withdrawal syndromes. *Emerg Med Clin North Am* 2015;33 (4):779–95.
9. <http://netnarkotiki.ru/blog/smert-ot-spajsov.html>-ревизия 02.2017
10. Мрыхин В.В., Анцыборов А.В. Психиатрические аспекты употребления дизайнерских наркотиков и новых психоактивных веществ//Интерактивная наука. — 2017. — № 12. — С. 64–74.
11. Асадуллин А.Р. Анализ распространенности синтетических каннабиноидов в Республике Башкортостан//Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – №6. – С. 61 - 64.
12. Асадуллин А.Р., Галеева Е.Х., Ахметова Э.А., Николаев И.В. Approach to Classifying «Design» Drugs and New Potentially Dangerous Chemical Substances, With a Brief Review of the Problem / // INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL & SCIENCE EDUCATION 2016, VOL. 11, NO. 14, 6697-6703 DOI: 10.12973/ijese.2016.565a.

ОЦЕНКА НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Мысливцева А. В.

г. Ростов-на-Дону

Актуальность исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире насчитывается порядка 60-80 млн человек, страдающих бесплодием. Благодаря достижениям медицинской науки разработали и внедрили в практику метод вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), реальную возможность иметь детей обрели супружеские пары, ранее обреченные на бездетность. Одним из наиболее перспективных методов лечения бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В настоящее время результативность ЭКО достигает максимумом 40%, а количество детей, родившихся в результате применения этого метода, исчисляется уже миллионами [1]. Вместе с тем, по мнению ряда авторов, большое влияние на фертильность и соответственно на результат лечения бесплодия имеет психическое состояние пациенток и в большей степени их психологические и психоэмоциональные особенности [2], [3]. В связи с этим, все большую актуальность приобретает проблема невротических состояний женщин с бесплодием, которые в дальнейшем применили экстракорпоральное оплодотворение.

Цель исследования: оценить невротические состояния пациенток с экстракорпоральным оплодотворением в динамическом аспекте, сравнив с состоянием пациенток, у которых беременность наступила спонтанно и физиологическим путем.

Задачи исследования:

1. Оценить невротическое состояния у пациенток в группах А1, А2 и сравнить результаты между группами.
2. Определить купируется или нет, спустя 6 месяцев после родов, невротический конфликт у пациенток группы А1.
3. Все полученные результаты подвергнуть статистической обработки для получения достоверной информации.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ФГБУ «РНИИ-ИАП» (Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии) с ноября 2015г по апрель 2017г. Критерии включения: пациентки на сроке от 20 до 30 недель беременности, наступление беременности с помощью ЭКО и физиологическим методом, пациентки с ЭКО спустя 6 меся-

цев после родов. Из исследования исключались пациенты с тяжелыми сопутствующими соматическими и инфекционными заболеваниями, а также имевшие признаки эндогенной психической патологии. В исследовании приняли участие 40 пациенток. В ходе работы было выделено две клинические группы. Группа А1 состоит из 20 пациенток, наступление беременности в этой группе было с помощью ЭКО. Возраст пациенток составил от 26 до 31 года. Группа А2 состоит из 20 пациенток, беременность в этой группе спонтанно наступившая и физиологически протекающая, без соматической патологии. Возраст пациенток этой группы от 20 до 27 лет. Все полученные данные являются результатом собственных наблюдений с помощью применения экспериментально-психологического метода: опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхина, Д.М. Менделевича). Опросник состоит из 68 вопросов и включает в себя шесть шкал: тревога, невротическая депрессия, астения, конверсионные расстройства (истерический тип реагирования), обсессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения. Статистическая обработка полученных результатов для сравнения долей пациенток осуществлялась с помощью таблицы сопряженности с последующим использованием точного F- критерия Фишера (уровень значимости $p=0,05$). Достоверность различий между группами при сравнении количественных параметров оценивали с помощью U-критерия Манна–Уитни.

Результаты исследования. По результатам опросника для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхина, Д.М. Менделевича) были выявлены следующие показатели у пациенток: в группе А1 уровень астении (-1,56) находится в зоне болезненного состояния, уровни тревоги (-0,16), невротической депрессии (0,5), истерического типа реагирования (0,84) и вегетативных нарушений (0,77) находятся в серой зоне. Уровень обсессивно-фобических нарушений (2,13) находится в зоне здоровья. В группе А2 уровни астении (-1,06), невротической депрессии (0,95) и истерического типа реагирования находятся в серой зоне. Уровни тревоги (1,68), обсессивно-фобических нарушений (1,73) и вегетативных нарушений (1,76) находятся в зоне здоровья. Группа А1 характеризовалась практически полным отсутствием «нормативных» показателей. Отчетливо доминировали болезненные и предболезненные проявления. Группа А2 отличались от основной группы А1, в ней ряд показателей соответствовал уровню здоровья, показателей уровня болезни было меньше. Результат статистической методики: U критерий Манна-Уитни: группа А1 и А2 Уэмп = 10. При сравнении показателей трех групп достоверных изменений по критерию Фишера (уровень значимости $p=0,05$) выявлено не было.

В ходе работы было выяснено, что невротический конфликт у пациенток группы А1, наступление беременности которых было с помощью ЭКО,

был наиболее высокий. В соответствии с этими данными пациентки данной группы были исследованы через 6 месяцев после родов и были получены следующие показатели: уровень астении (0,62), тревоги (1,21), невротической депрессии (1,09), истерического типа реагирования (0,28) находятся в серой зоне. Уровень обсессивно-фобических нарушений (1,65) и вегетативных нарушений (1,89) находится в зоне здоровья. В зоне болезни показателей нет.

Результаты статистической методики U критерий Манна-Уитни: при сравнении показателей здоровья у пациенток группы А1 до и после родов полученное эмпирическое значение Uэмп (4.5) находится в зоне неопределенности. При сравнении показателей серой зоны полученное эмпирическое значение Uэмп (17) находится в зоне незначимости. При сравнении показателей болезни полученное эмпирическое значение Uэмп (3) находится в зоне значимости. Результаты показателей по критерию Фишера: при сравнении показателей здоровья и болезни шкалы тревоги $\phi^*_{\text{эмп}} = 2.708$, шкалы депрессии $\phi^*_{\text{эмп}} = 1.679$, шкалы астении $\phi^*_{\text{эмп}} = 3.755$, полученные эмпирические значения ϕ^* находится в зоне значимости. Шкала истерического реагирования $\phi^*_{\text{эмп}} = 1.229$, шкала обсессивно-фобических нарушений $\phi^*_{\text{эмп}} = 0.486$, шкала вегетативных нарушений $\phi^*_{\text{эмп}} = 0.795$, полученные эмпирические значения ϕ^* находится в зоне незначимости.

Обсуждение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии наибольшего уровня невротизации в группе А1 у пациенток с ЭКО в отличие от пациенток, у которых беременность наступила физиологическим путем. Невротизация остается высокой, что говорит либо об исходно психологической дисгармонии и психопатологии невротического уровня (до проблемы бесплодия), либо о существенной роли бесплодия как невротизирующего фактора. Важно отметить, что искусственное решение проблемы (ЭКО) не разрешает эти душевные проблемы, пациентки по-прежнему нуждаются как минимум в психологической коррекции. Однако, ситуация изменяется у пациенток с ЭКО через 6 месяцев после родов. Показателей в зоне болезни нет, увеличиваются показатели в зоне здоровья, что подтверждается статистическими данными. Это может говорить о том, что невротический конфликт у пациенток, вызванный бесплодием и у которых был применен метод ЭКО, купируется спустя 6 месяцев после родов.

Выводы.

1. В группе А1 у пациенток с ЭКО в отличие от пациенток, у которых беременность наступила физиологическим путем, уровень невротизации значительно больше.

2. Невротический конфликт в группе А1 у пациенток, вызванный бесплодием и у которых был применен метод ЭКО, купируется спустя 6 меся-

цев после родов. Увеличиваются показатели в зоне здоровья, что подтверждается статистическими данными.

3. Рекомендуется включить в программу планирования беременности с помощью метода ЭКО, экспериментально-психологическое исследование пациенток и консультации врача психиатра и психолога, для оценки неврологического состояния.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пшеничникова Т. Я., Овсянникова Т. В., Волков Н. И. и др. Структура бесплодного брака // Опыт сотрудничества стран - членов СЭВ в области охраны материнства и детства. - М., 1988. - С. 50-55
2. Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф., Кулакова Е.В., Кузьмичев Л.Н., Трубочкова Н.О. Психотерапевтическое консультирование в программе вспомогательных репродуктивных технологий. Материалы VII Российского Форума «Мать и дитя», М. 11-14 октября 2005. С. 352.
3. Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф., Кулакова Е.В. Аффективные расстройства у женщин, страдающих бесплодием, в программе вспомогательных репродуктивных технологий. Материалы VIII Всероссийского научного Форума «Мать и дитя», М., 3-6 октября 2006. С.355-356.
4. Пшеничникова Т. Я. Бесплодный брак (проблемы и перспективы) // Бесплодный брак. - М., 1991. - С. 1-5.
5. Национальное руководство по акушерству. Под ред. Айламазяна Э.М. - М.: Мед-пресс. – 2008. - 1084 с.
6. Клиническая психометрика: учебное пособие / под ред. В. А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. — 312 с.
7. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В. Д. Менделевич — М. : МЕДпресс, 2001. — 592 с.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ В ПЕРИОД ПОСТМОДЕРНА НА ПРИМЕРЕ СИНДРОМА ДЕМЕНЦИИ

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

г. Самара

В настоящее время возникли определенные теоретические и практические особенности в «корзине» нейронаук, особенно в области клинических нейронаук, в первую очередь, неврологии и психиатрии. Теоретические проблемы обусловлены, с одной стороны, сменой парадигмы в философии науки с прагматизма на философию постмодерна, с второй – переходом на широкое использование когнитивной психологии без особенностей конкретной науки, а с третьей – повышенным использованием междисциплинарного подхода в клинических нейронауках (неврологии, психиатрии, наркологии, клинической психологии).

Постмодернизм родился как ответ на распространение в философии и деятельности прагматизма, когда, по мнению французского философа Ж.-Ф. Лиотара, в век информационных технологий прагматика становится недоступной науке. «Дистанцирование от науки пришло по вкусу многим философам» [1: 195]. Возникнув в постклассический период развития науки, постмодернизм стал моден в философии, в социальных науках, в частности в экономике и политологии и мало используется в медицине. Между тем, в клинических нейронауках, особенно наиболее молодой из них – наркологии, постмодерн стал особенно «моден». Доказательством может являться конференция в Казани (декабрь 2016 г.) [2; 3].

Вот какой краткий перечень концептов постмодернизма приводит отечественный философ В.А. Канке [1]: агонистика языковых игр (а не логика), дисконсенсус (а не консенсус), дискретность (а не конкретность и прогресс), множественность (а не единство), нестабильность (а не стабильность), локальность (а не пространственная общность), фрагментарность (а не целостность), случайность (а не необходимость), открытость (а не замкнутая системность), игра (а не плановая цель), анархия (а не иерархия, рассеивание (а не центрирование), негативность (а не позитивность), движение по поверхности вещей и слов (а не вглубь их), след (а не обозначаемое и обозначающее), симулякр (а не образ), лабиринт (а не линейность), неопределенность (а не определенность), имманентное (а не трансцендентное), эстетика парадоксально-возвышенного (а не прекрасного и представляемого), соблазн страстей (а не производство).

Подводя итог, В.А. Канке пишет: «Упрощая до крайности характеристику постмодернизма, можно определить его как деконструкцию и рассеивание текста, сопряженные с внезапностью соблазна» [1: 195].

В.П. Самохвалов, анализируя динамику философии и культуры XX века, пишет:

«...в ней сначала умирает Бог, вместе с ним - душа, далее в литературе умирает автор и смысл и, наконец, личность погружается из космоса в хаос, покрытый стромой паутины всякого рода случайных связей... Если постмодернизм является системой деконструкции всего, то постмодерн утверждает эстетику и философию неокладемизма как в искусстве, так и в науке, то есть знаменует эпоху Реставрации. Возможно, стройность прошлого и множественность настоящего являются лишь иллюзией, так как еще в архаической Греции одновременно существовали противоположные и противоречивые точки зрения, а в результате естественного отбора научных и философских идей стали доминировать лишь те, которые являются сутью времени и обладают эволюционной значимостью. Словом, постмодернизм и постмодерн могут быть результатом когнитивной эволюции как части эволюции человека вообще. Они существуют одновременно. Акценты на индивидуацию, мультикультурализм, многовекторность и многополярность противостоят консерватизму, сохранению традиций, общности и вечным ценностям» [3: 63].

Особый соблазн возник в новом веке у неврологов в отношении психопатологии, в частности синдрома деменции.

В отличие от психиатрии неврология является, как и большинство медицинских дисциплин, биологической (патобиологической) наукой, а не междисциплинарной между естественнонаучной и гуманитарной, как психиатрия, а, соответственно, и более прагматической дисциплиной.

Второй особенностью текущего времени является когнитивная психология как «новое» направление психологической науки. Когнитивная психология (когнитивная наука по Б.М. Величковскому – ученику и последователю А.Р. Лурия) – междисциплинарное направление, соединившее в себе психологию, в первую очередь, экспериментальную, нейрофизиологию, информатику и философию познания в 60-е годы XX века, а в конце века она стала широко внедряться в клиническую психологию и клиническую психодиагностику вначале в психиатрии, а позже и неврологии, где стала основой диагностики когнитивных расстройств (деменции) [4], вплоть до диагностики на основе клинко-психологического метода (опросники, тесты, шкалы).

Целью дискурса являются философско-методологический и психопатологический анализ диагностики синдрома деменции (слабоумия, тяжелого когнитивного расстройства).

Среди стратегических подходов к клинической диагностике, в частности синдрома деменции, первым – базисным - является терминологический (понятийный) подход.

В классический период психиатрии синдром деменции определялся как нарастающий распад (дефект локальный, тотальный) интеллекта, одно-

временно личности, в постклассический период – как тяжелое когнитивное расстройство.

Таким образом, «новое – это хорошо забытое старое», т.е., по существу, когнитивные и интеллектуальные расстройства являются синонимами. Так, клиническая картина того или другого органического психического расстройства зависит не столько от ведущего синдрома, сколько от нозологической природы развития синдрома когнитивных нарушений, включая синдром деменции: присоединение локальных корковых синдромов или их возникновение еще в остром (подостром) периоде (например, мультиинфарктная деменция).

Языковые игры постмодерна приводят к «растворению» психиатрии в неврологии и клинической психологии. Так, Н. Katschnig [13] в статье «Являются ли психиатры вымирающим видом?» допускает давления ряда базовых факторов на современную психиатрию: дискуссионность современных диагностических критериев; необоснованность психиатрических диагнозов для обычных человеческих реакций на сложные жизненные ситуации; нехватка психиатров во многих странах; разочарование эффективностью психофармакологии; «экспансия» неврологов в область психиатрии, включая предложение заменить термин «психическое заболевание» на «болезнь мозга». По мнению автора, возникает риск поглощения психиатрии другой медицинской специальностью, лишение её статуса медицинской дисциплины.

В качестве иллюстрации приведем некоторые психопатологические термины из национального руководства «Неврология» (2009). В главе 26 «Нарушения когнитивных функций» эти нарушения рассматриваются и как определение «деменции», и как «когнитивные нарушения (ухудшение памяти, интеллекта...)» [7, с.532]. Среди других симптомов «к поведенческим нарушениям» авторы относят: «апатию» (вместо абулии), «раздражительность, некритичность, бред, галлюцинации...» [7, с.535]. Клиническое обследование (глава 1) неврологического пациента начинается с исследования высших мозговых функций, при диагностике которых «необходимо последовательно изучить состояние сознания, ориентацию, внимание, память, счет, способность к обобщениям и абстрагированию, речь, праксис, гнозис». При этом все остальные психические и неврологические функции, за исключением сознания, отнесены к когнитивным функциям. Не вступая в дискуссию, хотелось бы уяснить различия между понятиями: «высшие мозговые функции», «высшие психические функции», «высшие корковые функции», «когнитивные функции». Но в обеих главах авторами понятие «интеллект» не раскрывается. Те же авторы в другом руководстве [8] повторяют те же составляющие когнитивных функций, но преимущественно на основе информации, в частности, «гнозис – восприятие информации...», «интеллект – способность к анализу информации...». И выделяют тяжелые, умеренные и легкие когнитивные расстройства и три степени деменции, но

как они соотносятся между собой - остается неопианным. А если добавить термины «додементные состояния», «преходящие деменции», то клиническая и аналитическая психопатология совсем размывается. И так, неврологи используют понятие «деменция» как сборное: и как синдромальное, и как нарушение познания.

Посмотрим, как обстоят дела с пониманием когнитивных нарушений в клинической психиатрии. В национальном руководстве «Психиатрия» [9] в главе 17 «Основные психопатологические синдромы» не обсуждаются когнитивные функции, а выделен «энцефалопатический синдром», включающий все основные когнитивные процессы, а эйфорический и апатический его варианты традиционно рассматриваются как органическое слабоумие (синдром деменции). Даже в главе 19 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства (ОПР)» автор практически избегает понятия «когнитивные расстройства», хотя, описывая синдром деменции, использует определения тех же психических процессов, включая высшие корковые (локальные) функции. «Клиническая картина синдрома деменции зависит от её этиологии, степени выраженности интеллектуального дефекта. Традиционно деменцию подразделяют на парциальную и тотальную». И подразделяет на три степени выраженности деменции: легкую, среднюю и тяжелую. К сожалению, подробного клинического описания степеней деменции не приводится ни с позиций когнитивных, ни с позиций интеллектуальных нарушений. Тот же автор [9, 352, 257] выделяет три основные группы клинических проявлений. Первая из них: «проявления собственно когнитивного дефицита: расстройства речи (афазия, дисфазия), в том числе, номинативная, моторная (экспрессивная), сенсорная (импрессивная) афазия; расстройства исполнительной деятельности (апраксия, диспраксия) при нарушенных моторных функциях; нарушения оптико-пространственной деятельности (агнозия, дисагнозия); нарушения памяти (амнезия, дисмнезия) и расстройства аналитико-синтетической деятельности, т.е. собственно интеллектуальных функций» [9: 358].

Итак, междисциплинарность в науке, особенно между естественными и гуманитарными науками, с одной стороны привела к появлению целого ряда метанаук (а с ними и метаязыка), к которым можно отнести когнитивную науку, частью которой стала когнитивная психология и целый ряд других нейронаук, со второй – создало множество «параллелизмов» (нейрофизиологический, психофизиологический, социопсихологический и др.), попытки осмыслить и «совместить» которые в естественнонаучной и гуманитарной парадигмах приводят к кризису, в частности к кризису современной психологии [20]. Неврология и психиатрия функционируют в разных парадигмах: неврология – преимущественно в естественнонаучной (биологической, морфологической), психиатрия – в смешанной (преимущественно гуманитарной). При формировании «новой» неврологии

(метанауки) со включением гуманитарной парадигмы смещаются присущие метанауке принципы, возникает закономерный вопрос: что же является базовой наукой - неврология, психиатрия, психология с их разными философиями науки и с четкими принципами демаркации? В.А. Канке указывает, что «в случае, если философия науки отходит от метанаучной направленности, она неминуемо вырождается в метафизику» [6:139], что естественно в период постмодерна.

Теоретические знания необходимы, без них не может развиваться ни одна дисциплина, но теория, в первую очередь, необходима для практики. Отсюда следует, что практика нужна врачу, как практику и ему ближе философия прагматизма. Познавательная ясность прагматизма достигается не впечатлениями, не мыслями, не языковыми играми и даже не попыткой практических действий, а достижением цели, т.е. рациональностью, как рациональной деятельностью (рациональная цель Ч.Пирса).

Назрела и теоретическая и практическая необходимость осмыслить и начать правильно интерпретировать и использовать в практике не только всю «корзину» нейронаук, но, в первую очередь, клинических нейронаук (неврологию, психиатрию, клиническую психологию), особенно в их организационно-правовых составляющих. Решение этих задач могли бы взять на себя профессиональные сообщества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Канке В.А. Философия науки: краткий энциклопедический словарь. М.: Омега-Л. - 2008. - 328 с.
2. Канке В.А. Общая философия науки. М.: «Омега-М», 2009. 354 с.
3. Зислин И. Почему постмодернизм не угрожает современной психиатрии? Тезисы и вопросы к проблеме // Неврологический вестник. - 2016. - Т. XLVIII. - В.4. - С.68-71.
4. Неврология: национальное руководство, под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцов, А.Б. Гехт.- М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2009. - 1040 с.
5. Носачев Г.Н. Психиатрия и наркология в период постмодернизма: методология теории и практики // Неврологический вестник. - 2016. - Т. XLVIII. - В.4. - С.77-81.
6. Психиатрия: национальное руководство: под ред. Т.В. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанов, В.Я. Семке, А.С. Тиганов. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2009. - 1000 с.
7. Самохвалов В.П. Психиатрия и постмодернизм: из настоящего в будущее // .Неврологический вестник. - 2016. - Т. XLVIII. - В.4. - С.63-66.
8. Katschnig H. Are psychiatrisis an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession, // World Psychiatry. – 2010. - №9. - P.21-28.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И/ИЛИ РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА: ОБЩЕЕ И РАЗЛИЧНОЕ

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

г. Самара

Когнитивная психология в наши дни стала «новым» направлением психологической науки. Когнитивная психология (когнитивная наука по Б.М. Величковскому – ученику и последователю А.Р.Лурия) – междисциплинарное направление, соединившее в себе психологию, в первую очередь, экспериментальную, нейрофизиологию, информатику и философию познания в 60-е годы XX века, а в конце XX века она стала широко внедряться в клиническую психологию и клиническую психодиагностику вначале в психиатрию и неврологи, а позже и в наркологию [5].

Современная когнитивная психология возникла на стыке информатики, психофизиологии и психологии познания для изучения и обоснования пространственно-векторных проявлений мозга в процессе системно-динамической модели когнитивных функций. Сегодняшняя когнитивная психология преимущественно изучает когнитивные функции: восприятие, память, внимание, распознавание конфигураций, решение мыслительных задач, психологические аспекты речи, когнитивное развитие и другие феномены, рассчитывая перейти от когнитивных феноменов к когнитивным законам и когнитивным константам (Сергиенко Е.А., 2002).

Постепенно из неврологической литературы стало исчезать понятие «интеллект», а позже и в психиатрии стало чаще появляться термин «когнитивный дефицит». А понятие «интеллект», несмотря на своё научное значение (понимание которого нередко у разных теоретиков своё), стало похоже на старый корабль, который так оброс ракушками, грязью, растениями, покрылся трещинами, что начинает идти ко дну, особенно от бесконечного числа обыденных и популяризаторских толкований.

Концепция креативности как универсальной познавательной творческой способности приобрела популярность после работ Дж.Гилфорда (1967). Основанием для этой концепции явилась его кубообразная модель структуры интеллекта: материал \times операции \times результаты – SOI (structureoftheintellect).

Дж.Гилфорд указал на принципиальное различие между двумя типами мыслительных операций: конвергенцией и дивергенцией. Конвергентное мышление (схождение) активизируется в том случае, когда человеку, решающему задачу, надо на основе множества условий найти единственно верное решение. В принципе конкретных решений может быть и несколько (множество корней уравнения), но это множество всегда ограничено.

Соответственно, Дж.Гилфлорд отождествил способность к конвергентному мышлению с тестовым интеллектом, т.е. интеллектом, измеряемым высокоскоростными тестами интеллекта (IQ) [5].

Таким образом, понятие «креативности» родилось при изучении и исследовании интеллекта, но стало развиваться далее, когда, с одной стороны, практически начало совпадать с понятием «интеллект», как бы углубляя это понятие за счет структурных особенностей, а с другой, ряд авторов видит в креативности (творческом мышлении), самостоятельный фактор, совпадающий с высокими проявления IQ (выше 120 IQ).

Появилось обилие опросников, шкал и тестов психодиагностики, используемых клинической психологией (клинико-психологический метод) с разделением на пато- и нейропсихологию (в новом столетии многие психиатры предпочитают заменить патопсихологическое на «модное» нейропсихологическое исследование).

В постклассический период развития науки в отечественных нейронауках, в частности в психиатрии, включая психопатологию, неврологии и клинической психологии, сложилась парадоксальная ситуация с использованием ряда понятий (терминов, категорий): «когнитивные», «ментальные», «интеллектуальные» функции (процессы, расстройства). А если сюда добавить еще термины «высшие психические функции», «высшие корковые функции», то картина в указанных клинических дисциплинах станет еще более запутанной. Остановимся на самом «модном», «современном» понятии «когнитивные» функции (расстройства) и сопоставим со «старым» понятием - «интеллектуальные».

Не останавливаясь на истории вопроса, отметим, что термин «познавательные» (когнитивные) пришел с одной стороны из философии и теории познания, а с другой – из психологии. Философ Т.Г.Лешкевич (2011) пишет: «В контексте современной познавательной проблематики анализируется не только проблема истинности с учетом ее современного решения, но и функция участия мышления и построения ситуации, три области соотношения мышления и речи, потенциал образного мышления в процессе мышледеятельности, а также методология эвристики как стратегии поиска в условиях неопределенности и ресурс философской инновации» [5]. В американской психологии появилось направление «когнитивная психология», в которой акцент делается на проблемах знания, научения, мышления, и которая состоит в понимании человека как рационального существа, а не умного, знающего, творческого, мудрого.

Самарская школа психиатров, созданная П.Ф.Малкиным (1959-1971), использовала сложное психическое образование «интеллект» (ум, разум, общие и специальные способности), складывающийся из трех блоков познания внешнего мира и ставший свойствами и качествами внутреннего мира человека: психических процессов, «духовного инвентаря» и собственно ин-

теллекта [4]. К психическим процессам относят сознание, восприятие, память, внимание, речь, воображение, мышление. Что практически совпадает с понятием «когнитивные процессы» в понимании отечественных неврологов (Яхно НН, 2002-2014; Левин О.С. 2002-2012; Захаров В.В., 2002-2010; и др.). Исключением являются сознание и воображение. Это приводит к ряду ошибочных результатов исследований когнитивных процессов неврологами у пациентов на 2-3-й день после черепно-мозговой травмы с опорой на психологические, чаще всего скрининговые, тесты и опросники. Как результат - диагностика «обратимых» деменций (как возрашающийся интеллект при количественных расстройствах сознания, например, обнубиляции) и протрагированной астении.

К «духовному инвентарю» относят запас знаний, навыки пользования этими знаниями, умениями и навыками в профессиональной, социальной и обыденной жизни в прошлом, настоящем и будущем (прогнозирование, предвидение). Всё это трудно осуществить исследовать с помощью клинико-психологического метода.

«Собственно интеллект» включает умение пользоваться «духовным инвентарем», способность к критике и самокритике, к формированию новых идей, новых точек зрения, формированию гипотез, научению и обучению новому, т.е. ведущим являются общие и индивидуальные способности к обучаемости. Обучаемость здесь рассматривается как комплексный показатель особенностей мышления (темп продвижения в новом материале, экономичность, самостоятельность и гибкость мышления, особенности обобщения и абстрагирования признаков и осознанность действий, «мозговой штурм», творческий инсайт), т.е. «мышление в действии».

В клинической психиатрии есть отдельные исследования когнитивного стиля как индивидуальный способ в решении задач (в частности, импульсивность-рефлексивность, зависимость-независимость и др.).

Следовательно, интеллект (или общие способности, или креативность) –интегративный психический процесс (интегративное психическое развивающееся (или) регрессирующее образование), который при наличии, сохранности и развитости познавательных процессов (психическое образование личности), включая сознание и бессознательное, используя запас знаний (навыков, интуиции, инсайта), осуществляет активные, абстрактные, логические, операционные, творческие мыслительные акты по тонкой адаптации индивида (группы, общества) в окружающей среде.

Изучение когнитивных процессов в настоящее время является базовым нейропсихологическим подходом в диагностике синдрома деменции (слабоумия, т.е. нарушения интеллекта) [4,5], без проявления интереса к когнитивным образованиям и когнитивному стилю личности.

Если исходить из мнения, что интеллект принадлежит не просто человеку, а личности как социальной составляющей каждого человека и учи-

тывать самое простое деление личности, то можно провести следующие условные параллели: индивид – узкие способности (музыкальные, математические и др.), субъект – интеллект (общие способности, ум), личность – разум, интеллект, универсум – мудрость. К сожалению, понятие «когнитивный стиль личности» мало используется и пока не наполнен содержанием. Что касается синдромального наполнения патологии интеллекта, то оно хорошо представлено в отечественной клинической психопатологии позитивными и негативными синдромами и возможными вариантами их соотношений [4,5], которые значительно богаче синдромов, используемых в МКБ-10.

Следует полностью согласиться с утверждением В.И. Крылова: «Существующие расхождения в понимании клинического содержания и диагностической значимости базисных психопатологических понятий создают трудности при сравнительном рассмотрении и обобщении результатов научных исследований. Разночтения в определении и интерпретации психопатологических понятий делают результаты научных исследований несопоставимыми и неприменимыми на практике» [1, с. 12-13].

Клиническая психопатология интеллекта является основой клинико-психопатологического метода и не может сводиться к клинико-психологическому, а последний никогда не заменит клинико-психопатологический, а будет по отношению к нему параклиническим (и базовым для клинического психолога с выделением пато- и нейропсихологических синдромов) [5]. Хотя расстройства интеллекта и когнитивные расстройства - почти синонимы, однако практически чаще проводится исследование когнитивных процессов (симптомов), преимущественно клинико-психологическим методом, реже - когнитивных состояний (синдромов) и не исследуется когнитивный стиль личности пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза).- Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им П.Б. Ганнушкина. - т. 13. - №4. - С. 9-13.
2. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. К дискурсу о классификации когнитивных расстройств при развитии деменции // Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания». 9-11 июня 2016 г. СПб. С.121-125
3. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. Когнитивные расстройства и/или расстройства интеллекта // XVI съезд психиатров России. Психиатрия на этапе реформ: проблемы и перспективы. 23-28 сентября 2015. – Казань. - С.508-509.
4. Носачев Г.Н., Романов Д.В., Носачев И.Г. Семиотика психических заболеваний. Общая психопатология: учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М. - 2015. - 336 с.
5. Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Психология и психопатология познавательной деятельности. Основные симптомы. М.: ФОРУМ: ИНФРА-М. 2015. 240 с.

МЕСТО ЛИЧНОСТИ В ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г.

г. Самара

Один из основных вопросов философии и психологии: Что такое человек?

На этот вопрос существует множество попыток ответа, начиная от Homo Sapiens – человек разумный, animal rationale – животное рациональное, a tool making animal – «животное, производящее орудия», animal symbolicum – «человек как символическое животное» и кончая «человек – существо, делающее выбор», «человек – это животное, способное обещать», «размышляющий человек – это просто испорченное животное». Всё это указывает на необходимость дальнейшего системного подхода к человеку как познающему окружающий мир и самого себя. П.И. Сидоров и И.А. Новикова [6], анализируя цивилизационные тренды развития ментальной медицины, идут дальше и считают, что в XXI веке человек познающий станет человеком понимающим. Но в период глобализма, постмодернизма, либеральных ценностей и двойных стандартов личность в ряд ли станет понимающей, ответственной и «познающей» хотя бы себя [3 -5].

Ни в классический, ни в постклассический, ни в постпостклассический периоды в общей психопатологии как разделе клинической психиатрии личность практически отсутствовала, хотя в контексте чувствовалась и появлялась как раздел расстройства зрелой личности (психопатии), неврозологии в частной клинической психиатрии.

Философия и психология Нового времени считает правомерным выдвинуть новую парадигму – взаимодействия субъекта и объекта, изучения познавательного отношения человека к действительности, где субъект является активным участником и инициатором познавательного процесса, как субъекта поведения, как субъекта и объекта сознания и самосознания (комплекса Я). А раз всё это - предмет психологии нормальной (здоровой) психической деятельности, то всё это и предмет патологии в психиатрии, а, соответственно, общей психопатологии, и проявляется в симптомах и синдромах у личности.

Индивидуальность человека проявляется не только в биологических, темпераментных, характерологических и личностных особенностях, но и в способностях (уме, интеллекте, разуме, знаниях, креативности), поведении, «комплексе Я». При равных внешних условиях разные люди были, есть и будут разными, они по-разному овладевают знаниями, умениями, навыками, поведением, самосознанием.

В.И Слободчиков, Е.И. Исаев [7] дают следующие определения: 1. Ин-

дивид – человек как представитель рода, имеющий природные свойства; телесное бытие человека. 2. Субъект – человек как носитель предметно-практической деятельности; распорядитель душевных сил. 3. Личность – человек как представитель общества, определяющий свободно и ответственно свою позицию среди других. 4. Индивидуальность – человек как уникальная, самобытная личность, реализующая себя в творческой деятельности. 5. Универсум – высшая ступень духовного развития человека, осознающего свое бытие и место в мире. И все эти этапы и стадии развития человека проходят в течение всей его жизни.

Среди разных теорий личности в психологии, остановимся на определении С.К. Бондыревой и Д.В. Колесова: «Личность – это виртуальный объект, образуемый нашим мышлением путем проекции некоторых («лично значимых») особенностей поведения на их субъекта. В первую очередь – это конкретность и определенность психических свойств индивида. По нейрофизиологическому и семантическому механизму личность – это проекция свойств комплекса Я на внутренний и внешний мир индивида: первое – путем умственной деятельности, второе – путем деятельности во внешнем мире. Развитой комплекс «Я = развитая личность», развитой и функционально устойчивый комплекс «Я = зрелая личность» [1, с.6].

Авторы считают, что «индивид имеет три пространства: внутриспсихическое пространство («внутренний мир») – пространство знаков, символов, ощущений и переживаний; ближайшее психологическое пространство: зону общения, параметры которого определяется характером воспитания и этническими особенностями; сферу значимого: совокупность значимых объектов во внешнем мире, причем это и реально-физические, и виртуальные аспекты [1, с. 14].

Любая болезнь, в том числе психическая, проявляется не в виде отдельных разрозненных признаков — симптомов, а в форме синдромов, т.е. типичной совокупности внутренне связанных симптомов (синдром — «совместный бег симптомов», симптомокомплекс, «стечение признаков болезни»). Существует два подхода к анализу (единице анализа) проявлений в психиатрии: классический – микросимптом – симптом – синдром – регистр – болезнь – больной (личность) и феноменологический: микрофеномен – феномен – личность с психическим расстройством. Но психические симптомы и синдромы развиваются, формируются и переживаются, осознаются «внутренним миром» личности.

Не менее сложным являются психологический и психопатологический диагнозы личности пациента, так как первый позволяет уточнить и дополнить второй не только при неврозах, но и психозах. Отсутствие завершенной типологии нормальных и аномальных личностей и размытость переходов между этими полюсами позволяет говорить уже о спектре личностных

аномалий в виде трихотомии: акцентуированные личности — невротические личности — психопатические личности (С.А. Овсянников, 1995).

В отечественной психиатрии 80-х годов XX столетия А.В.Снежневским и его последователями была начата и в какой-то степени завершена разработка шкалы классификации позитивных и негативных синдромов, которая позволила предложить и связь синдромов с их этиопатогенезом.

Если учесть все эти положения, то шкала позитивных и негативных синдромов как основа синдромогенеза может одновременно быть и шкалой синдромокинеза с отражением глубины поражения психической деятельности, расстройств личности, прогрессирования или регрессирования симптоматики, изменения и распада личности. Для этого целесообразно проведение связи между негативным и позитивным синдромами. Приведём несколько примеров:

1) аффективные расстройства в сочетании с амнестическими нарушениями указывают на грубоорганическое поражение головного мозга и дефект личности;

2) невротические расстройства на фоне снижения энергетического потенциала указывают на прогредиентность развития синдромов, нарастание расстройств личности и могут встречаться как при эндогенных, так и органических поражениях мозга;

3) судорожный синдром с субъективным осознанием расстройств «Я» — на эпилепсию без выраженных изменений личности и доброкачественный прогноз;

4) парафренный синдром с дисгармонией личности подтверждает наличие у больного широкого спектра психических заболеваний.

Синдромальный диагноз позволяет разрешить существующие в мире значительные расхождения в теоретических подходах к классификации психических расстройств. Синдромальная характеристика состояния больного более конкретна и постоянна, так как лишена теоретических амбиций различных психиатрических школ мира. Последняя международная классификация болезней (МКБ – 10) ВОЗ преимущественно основана на синдромальном принципе, но личность в неё встроена фрагментарно.

Синдром, психический статус, клиническая картина болезни возникают не просто у индивида, а у личности. Поэтому в системном анализе синдромов необходимо учитывать взаимоотношение, взаимодействие, взаимовлияние, взаимопроникновение, взаимоорганизацию синдрома и личности со стороны её социального существования и болезни в социуме.

Личность рассматривается в последние годы как антропологическая система биологических, психических и социальных компонентов, составляющих единство человека в норме и патологии (био психосоциальнодуховная модель) [3]. Больной человек, болезнь человека – это система биологических, психопатологических и личностных синдромов в их или взаимосвя-

зи, взаимопроникновении, или в расхождении, или в разной личностной оценке, или в личностной реакции на болезнь, или стигматизации и само-стигматизации личности в социуме. Повторяет антропологический подход и наиболее обобщающая «неофициальная» классификация в психиатрии: экзогенные (экзогенно-органические), эндогенные и психогенные (личностные) психические расстройства (заболевания).

В XX веке вместе с развитием психологии личности были попытки исследования личности в психиатрии. Так, E.Kretschmer (1930) выделены четыре склада личности в их связи с психической патологией разной глубины и тяжести от нормы к психозу, например, шизотимик (нормальный вариант структуры личности) – шизоид (шизоидная психопатия, шизоидное расстройство личности) – шизофреник (больной шизофренией).

Благодаря работам В.Н.Мясищева, Б.Д.Карвасарского и их учеников и последователей значительно лучше обстоит дело по изучению взаимоотношений «личность – синдром» при психогенных расстройствах, особенно неврозах с позиций психологии отношений и психологического конфликта. Возникло целое направление в психиатрии – пограничная психиатрия, где изучается роль личности в формировании психологического конфликта, развития невроза, невротического развития личности, психологических защит и особенно в практическом и теоретическом развитии и осмыслении психотерапевтического метода в психиатрии, медицине и человеческой цивилизации (психологической, социальной и философской моделях психотерапевтического метода) [4].

Единый взгляд на понятие «позитивные», а соответственно и «негативные», синдромы в настоящее время практически отсутствует. А в период языковых игр постмодернизма добавляются модные «когнитивные», «расстройства шизофренического спектра», т.е. размывается не только нозология, но и психопатология [5].

Н.Г. Незнамов, П.В. Морозов и И.А. Мартынихин в статье «Куда идешь?» подняли проблему кризиса современной психиатрии, а в заключении призвали вернуться к личности пациента [2]. Не обсуждая причины кризиса, согласимся с необходимостью в любых разделах психиатрии - и в философии, и методологии психиатрии, помнить и изучать личность.

На наш взгляд, психиатрия – прагматическая наука, как все медицинские и социальные науки, где преимущественно используется прагматический метод, хотя бы в практической парадигме, где один из главнейших концептов истины - принцип эффективности, т.е. обеспечение наиболее эффективного решения, обеспечение достижения наилучших результатов диагностики. А в медицине и, несомненно, в психиатрии этот принцип является базовым, так как опирается на этику ответственности в системе «человек – человек» [5].

Психиатрия является не только прагматической, но одновременно и ак-

сиологической наукой, где основная ценность - достижение психического здоровья. Принцип эффективности возникает тогда, когда врачи, действуя единообразно, оптимизируют ценности таким образом, что достигают максимальных результатов, а если эффективность обусловлена теорией, то теория превращается в рекомендации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондырева С.К., Колесов Д.В. Внутренний мир, сознание, духовность. -М., 2007. – 44 с.
2. Незнамов Н.Г., Морозов П.В., Мартынихин И.А «Куда идешь?» // Психиатрия и психофармакотерапия. – т.13. - №4. - с.4-8.
3. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. Биопсихосоциальнодуховный подход – миф или основа системного подхода в реабилитации психических и поведенческих расстройства // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность». Тезисы. СПб, 2014. - с.493-494.
4. Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Психотерапевтический метод: методологические проблемы и подходы // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2016. – N 3 (13) [Электронный ресурс].
5. Носачев Г.Н. Психиатрия и наркология в период постмодернизма: методология теории и практики // Неврологический вестник- 2016 – Т.XLVIII – в.4- с.61-65.
6. Сидоров П.И., Новикова И.А. Ментальная медицина. М.: «ГЕОТАР-медиа», 2014. – 728 с.
7. Сводобчиков В.И., Исаев Е.И. Психология человека. Введение в психологию субъективности. - М., 1995.- 387 с.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПЕРИОД ПОСТМОДЕРНА

Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А.

г. Самара

Изменения настроения (аффекта, эмоций) пронизывает всю биопсихосоциальнодуховную сущность человека в норме и патологии. Однако в МКБ-10 аффективные расстройства рассматриваются с трех, несколько противоречивых, подходов. Они включены и в рамки органического аффективного расстройства (F06.3), и в рамки тревожных и расстройств адаптации (F40-43), а базовыми являются аффективные расстройства (F 30-39), где среди эндогенных «растворились» и психогенные депрессии разной степени тяжести. В европейской и отечественной психиатрии преимущественно XX века этиологическим делением являлась, в частности, классификация депрессий К. Шнайдера на органические, эндогенные и психогенные. Как XX век был веком депрессий, так и в XXI прогнозируется еще большее увеличение числа депрессивных состояний и прежде всего именно психогенной природы за счет увеличения числа не только и не столько природных и техногенных катастроф, сколько за счет мирового финансового спада («депрессии»), социального и психического терроризма, глобализации, безработицы, разрушения института семьи и общины, личностной и профессиональной неудовлетворенности, отражающихся на представлениях о качестве жизни в обществе, стране, макро- и микросоциуме, собственно индивида и его понимания счастья и полноты жизни. Всё это приводит к несовпадению внешних и внутренних представлений в межличностных и внутриличностных отношениях, сопровождается снижением настроения как естественной реакцией организма на биологические, психологические, социальные или духовные потребности человека со стремлением преодолеть эти препятствия.

В период постмодернизма, языковых игр с термином «депрессия» стало происходить обилие анархических обобщений: в СМИ, в психологической и медицинской общественности практически любое снижение настроения, независимо от причин, расценивается как депрессия, и, соответственно, «нуждается» в лечении (что, конечно, всячески поддерживается фармацевтическими фирмами).

Мы имели возможность просить описать базовые эмоции Кэррола Изарда врачей и психологов. К сожалению, большинство из них испытывало затруднения назвать эти эмоции, а, тем более, описать и дифференцировать их.

Цель статьи – привлечь внимание к невербальному поведению и дать его описание, в частности, к достаточно объективной стороне проявлений основных эмоциональных состояний в норме и патологии по комплексу «поза – мимика – жест».

Эмоции рождаются и функционируют во внутреннем мире человека, но

у них есть и внешние проявления в двигательной сфере, преимущественно в виде простых комплексов поведения, прежде всего в мимике, жесте и позе. Рассмотрим с позиций комплекса «мимика – жест – поза» основные эмоции (табл. 1).

Таблица 1.

Комплекс «мимика – жест – поза» при основных эмоциях (по К. Изарду)

Эмоции	Мимика (М)	Жест (Ж)	Поза (П)	
			стоя	сидя
Интерес – возбуждение	-М. интереса -М. открытости -М. открытой улыбки -М. внимания -М. удивления -М. радости -М. благоговения -М. кокетства	-Ж. объятия -Ж. -акцент -Ж. одобрения -Ж. демонстрации -Ж. -хлопок	-П. Наполеона	Весьма разнообразны
Радость	-М. гордости -М. интереса -М. открытой улыбки -М. благоговения -М. кокетства	-Ж. объятия -Ж. одобрения -Ж. -акцент -Ж. демонстрации	Быстро меняется	Быстро меняется
Удивление	-М. интереса -М. открытой улыбки -М. стандартной улыбки -М. внимания -М. открытая	-Ж. открытости -Ж. одобрения -Ж. объятия -Ж. -акцент -Ж. демонстрации	-П. Наполеона -П. Давида -другие	-П. Родена -другие
Страдание	-М. напряжения -М. улыбка: грустная, вымученная, кривая -М. беспомощности -М. страдания -М. плача -М. непонимания	-Ж. покорности -Ж. обращения -Ж. смущения	-П. фараона -П. подчинения - П.раздумья	П. кучера -П. подчинения -П. наездника
Гнев	-М. гнева -М. напряжения -М. решимости -М. улыбка с оскалом	-Ж. акценты -Ж. обращения -Ж. -хлопок -Ж. завершения	-П. агрессии -П. постоянно меняются	- П. агрессии - неусидчивость

Отвращение	-М. отвращения -М. напряжения -М. улыбка: вымученная, кривая; -М. непонимания	-Ж. отвращения -Ж. -акценты	-П. Наполеона -П. Давида	-П. Родена -П. сосредоточения
Презрение	-М. презрения -М. отвращения -М. кривой улыбки -М. решимости -М. страдания -М. задумчивости	-Ж. задумчивости -Ж. отвращения -Ж. завершения	-П. раздумья -П. агрессии	-П. фараона -П. сосредоточения
Страх	-М. страха -М. беспомощности	-Ж. тревоги -Ж. акценты	-П. с фиксацией -П застывания	- неусидчивость -П. эмбриона
Стыд	-М. стыда -М. страдания -М. плача -М. непонимания -М. отвращения -М. беспомощности	-Ж. отвращения -Ж. покорности -Ж. смущения -Ж. отстранения -Ж. покорности	-П. Давида -П. подчинения	-П. кучера -П. подчинения -П. Родена -П. наездника
Вина	-М. беспомощности -М. стыда -М. плача -м. страдания -М. отвращения -М. беспомощности -М. тупости	-Ж. покорности -Ж. отстранения -Ж. отвращения -Ж. смущения -Ж. латентной тревоги	-П. подчинения -П. раздумья -П. Давида	-П. кучера -П. подчинения -П. моления -П. наездника -П. сосредоточения -П. эмбриона

Комплекс «мимика – жест – поза» несут в себе как общие для данной культуры проявления, так и множество индивидуальных проявлений мимики, пантомимики, простого поведения. Но «язык» мимики и жеста весьма диагностичен и позволяет на невербальном уровне отследить изменения во внутреннем состоянии человека, в первую очередь, эмоций, в том числе у пациентов с соматическими, неврологическими и невротическими реакциями и расстройствах адаптации.

Что касается аффективных синдромов, в первую очередь, депрессивных состояний, то в отечественной психопатологии их глоссарий наиболее

богат. Отсутствие этого богатства в МКБ-10 не могло не сказаться на практическом использовании вариантов депрессивных синдромов, в частности, практически исчезла апатическая депрессия, искажен подход к вариантам маскированных депрессий (Носачев Г.Н., 1996-2014) и т.д.

Для тоскливой депрессии характерны позы в положении стоя: позы Наполеона, Давида, подчинения, раздумья; в положении сидя – позы повышенной статичности, кучера, раздумья, моления, наездника, сосредоточения. Взгляд в сторону от врача (вниз, в сторону, на руки) (до 48-60 сек.) с большой продолжительностью.

Характерны также печальные брови со складкой Верагута, горизонтальными и вертикальными морщинами на лбу. Веки несколько приспущены, отмечается частое мигание с дрожанием век, иногда немигающий взгляд. Наблюдаются тусклые, печальные, безрадостные глаза. Руки фиксированы на бедре или коленях, кисти рук сжаты в замок, пальцы рук беспокойны. Индивидуальное расстояние было, чем у психически здоровых.

Наиболее характерны из мимических комплексов: мимика страдания, вины (стыда), беспомощности, задумчивости, гипомимия, которые носили монотонно стереотипный характер. Глазной контакт редок, чаще фиксирован на своем теле, реже - на теле врача. Среди жестов наиболее значимы жест-акцент, жесты покорности, задумчивости, отвращения, смущения, латентной тревоги.

При тревожной депрессии наблюдаются в положении стоя: позы Наполеона, Давида, подчинения и агрессии; в положении сидя – позы кучера, наездника, сосредоточенности. Взгляд по сторонам, вниз, в окно, на руках или одежде с постоянной сменой объекта с коротким взглядом в лицо врача (продолжительность до 3-9 сек). Рот удлинён, его оба угла или один подрагивают, реже отмечаются опущенные углы рта с облизыванием, иногда - позёвыванием. Практически у всех больных отмечаются печальные брови с множеством морщин на лбу, как вертикальных, так и горизонтальных. Веки часто подрагивают, мигают, напряжены. Печальный взгляд, иногда с симптомом Врубеля. Руки беспокойны, передвигаются с колен на бедра и назад. Кисти рук находятся в постоянном движении, то сплетаются в замок, то сжимаются или поглаживают друг друга, перебирают одежду, сплетаются и расплетаются, передвигаются на грудь, в область эпигастрия. Индивидуальное расстояние больные сокращают как в положении стоя, так и сидя, оно даже значительно короче, чем у психически здоровых лиц.

Среди нарушения мимических комплексов при тревожном варианте отмечены мимика страдания, вины в сочетании с мимикой внимания, непонимания, беспомощности, тревожности, напряжённости, которые как бы «перекачиваются по лицу», т.е. легко сменяют друг друга, особенно при присоединении внешних раздражителей и это существенно отличает друг от друга мимические комплексы тревожного и тоскливого вариантов. Иногда им на смену приходит вымученная, печальная, «приклеенная» улыбки. Глазной контакт постоянно меняется: перескакивает, передвигается с рук на пол, руки, колени и т.д. и реже всего на лице врача.

Наиболее часто встречаются жесты: жест-акцент и жесты латентной тревоги, обращения и смущения. Своеобразная моторика плеч и туловища, в которой часто наблюдаются вздрагивания, включающие не только плечи и верхнюю часть туловища, но иногда - головы при уменьшении реакции плеча. Вздрагивания увеличиваются при внешних раздражителях, при скрываемом плаче, при усилении тревоги.

При апатическом варианте в положении стоя наблюдаются следующие позы: подчинения, раздумья, поза на корточках; в положении сидя - поза повышенной статичности, позы кучера, эмбриона, наездника, сосредоточения. Постоянный взгляд в сторону, в окно или на любой случайный объект, но не на врача. Опущенные углы рта с зеванием, иногда облизыванием. Печальные брови, особенно со складкой Верагута не встречаются, но часто отмечаются горизонтальные и вертикальные морщины на лбу. Характерен немигающий взгляд, реже – прищуренные, либо тусклые, безразличными глаза. Руки безвольно брошены на колени.

Перекошены соотношения наклона головы, плеч и туловища, иногда односторонне, реже - по-разному слева и справа (перекошенность, разная подвижность, нарушения содружества). Индивидуальное расстояние остаётся достаточно большим без всякого стремления к сокращению, а иногда даже оно увеличивается.

Ведущими мимическими комплексами являются гипомимия, мимика безразличия, непонимания, асимметричной улыбки, улыбки Вольтера без положительного эмоционального сопровождения. Глазной контакт практически отсутствует. Из жестов наиболее характерны жесты покорности, задумчивости и отстранения. Характерна опущенная голова, иногда с тенденцией наклона не только вперед вниз, но и в бок, чаще влево.

Больные чаще всего лежат во сне на боку, отвернувшись от людей, довольно часто в эмбриональной позе с выраженным безразличием на лице. Походка скованная, замедленная, нередко вычурная с элементами угловатости. Больные довольно безразличны к чистоте тела и одежды.

Этологическая составляющая комплексного клинико-психопатологически-этологического метода исследования депрессивных синдромов позволяет выявить ряд дополнительных объективных признаков в психопатологической структуре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Носачев Г.Н. Эндогенные депрессии: систематика, психопатология терапии. Дисс. в форме научного доклада на соискание ученой степени докт. мед. наук.- М., 1991. - 51 с.
2. Носачев И.Г. Клинико-этологическая дифференциация эндогенных и психогенных депрессий в процессе терапии. Автореф. Дисс. канд. мед. наук. – Оренбург, 2004. - 27 с.
3. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В. Роль поведения (этологии) в формировании психопатологических синдромов / Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии. Сб. науч. трудов. В.13. Изд-во Саратовского ун-та. Саратов, 2015. – с. 243-244.
4. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. Депрессивное расстройство -депрессивная болезнь (эпизод) - депрессивная реакция - депрессивное настроение/ Конференция «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии». г. Чита. 26-27.05.2016.-с.73-76.

К ПРОБЛЕМЕ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Нурходжаев С.Н.

Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье отражены проблемы коморбидности депрессивных и личностных расстройств у женщин с терапевтически резистентными депрессиями, установлена определённая взаимосвязь между типологическими особенностями личности и тяжестью депрессивной патологии. Результаты исследования позволят более дифференцированно осуществлять комплексную лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов воздействия с учётом личностных особенностей.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, личностные особенности, терапевтически резистентные депрессии у женщин.

Key words: depressive disorders, personal characteristics, treatment resistant depression in women.

Актуальность. В последние десятилетия возрос интерес к изучению коморбидности депрессивных расстройств и личностных особенностей пациентов. Исследование, проведенное Московским НИИ психиатрии при изучении контингента больных с депрессивной патологией, зарегистрированных в психоневрологических диспансерах Москвы, показало, что в 12,2% всех случаев эндогенной депрессии отмечается ее сочетание с расстройствами личности.

Последнее время многие исследователи уделяют большое внимание изучению факторов, не только оказывающих влияние на клиническую картину депрессии, но и способных дать информацию относительно особенностей дальнейшего течения заболевания и его нозологической принадлежности. В связи с этим, особое значение приобретает изучение особенностей той конституциональной почвы, на которой развивается болезненное депрессивное состояние и её динамики [1]. Вместе с тем, при исследовании этой проблемы на популяции больных депрессиями, в одних случаях отмечается тенденция ограничиваться ориентацией на использование только стандартизированных психодиагностических и клинических методик, в других - только клинико-психопатологическим подходом, данные которого с трудом поддаются валидации и статистической оценке[4]. В связи с этим, особое значение приобретает целостный анализ особенностей личности больного, включающий как клинико-психопатологический подход, так и использование различных психодиагностических методов[5].

В настоящее время существует несколько направлений в оценке взаимосвязи личностных особенностей и формирования депрессивной патологии. Зарубежные исследователи отводят решающую роль конституционально-генетическим характеристикам, рассматривая их как определяющие дальнейшее течение и проявления заболевания, отмечают патопластическое влияние преморбиды на клиническую картину депрессии и выделяют определенные личностные черты, как предикторы развития депрессии[6].

В большинстве современных источников личностные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину терапевтически резистентных депрессий и требующих психотерапевтической коррекции в рамках терапии периодов обострения[3].

Цель исследования: изучить коморбидность личностных и депрессивных расстройств у женщин с терапевтически резистентной депрессией для осуществления комплексной лечебно-реабилитационной помощи и оптимизации психотерапевтического подхода в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

Материалы и методы исследования. Объектом для исследования явились 30 женщин в возрасте от 29 до 42 лет, находящихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице города Ташкента. Критерием для отбора пациентов было наличие на момент госпитализации депрессивной симптоматики и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также наблюдаемая в течении трёх недель госпитализации терапевтической резистентности к назначаемым психотропным препаратам.

Ведущими методами исследования являлись клинко-психопатологический и клинко-катамнестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера - Ханина, а для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI).

Результаты и обсуждения. В ходе исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались согласно МКБ-10, как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) - у 33,3% пациенток, рекуррентное депрессивное расстройство тяжелой степени (F 33.2) - у 26,7% женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) - у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) - у 17% женщин и рекуррентное депрессивное расстройство средней степени (F33.1) - у 3% обследованных. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической

фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 8 пациенток были зафиксирован конгруэнтный аффекту бред (самообвинения, самоуничужения, ипохондрический бред), который достигал своей выраженности и актуальности лишь на высоте аффекта, что свидетельствовало о тяжести и степени депрессивного синдрома. В анамнезе у 68% обследованных женщин отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки, нейродермиты), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям.

С целью установления возможных соотношений между структурой личности и нозологической принадлежности депрессивного расстройства проведены патопсихологическое, экспериментально-психологическое и психодиагностическое исследования. С помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI) было выявлено пять основных конституционально-личностных типов, характерных для больных с терапевтически резистентными депрессиями: шизоидное расстройство личности – у 12 пациенток (40%), эмоционально неустойчивое – у 8 пациенток (28%), истерическое – у 4 пациенток (12%); тревожное – у 3 пациенток (10%), ананкастное – у 3 пациенток (10%).

По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессивные расстройства тяжелой степени встречались у женщин с шизоидным расстройством личности, у которых выявлялись повышенная чувствительность, впечатлительность, легкая ранимость и обидчивость. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени по шкале Гамильтона.

Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25 % больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с тревожным расстройством личности в 75 % случаев была выявлена депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5 % случаев. У них имели место такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утрированному самонаблюдению; рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов.

Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 4 пациенток с истерическим типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная

потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей.

При эмоционально неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у двух пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений.

Среди всех обследованных ананкастный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики.

В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов.

Формирование депрессии у всех обследованных оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех женщин характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе.

При установлении взаимосвязи между типом личности и клинической картиной депрессивного состояния были получены следующие результаты: при шизоидном расстройстве личности характерны сенесто-ипохондрические и деперсонализационные депрессии; при истерическом расстройстве личности преобладают экзистенциальные депрессии и деперсонализационные депрессии с невротической, истерической деперсонализацией, при тревожном расстройстве личности отмечались тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии; для больных, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны соматизированные, маскированные депрессии, а для ананкастного расстройства личности наиболее часто характерно было развитие ипохондрических депрессий с доминированием обсессивно-компульсивных расстройств.

Выводы. Таким образом, установленная взаимосвязь между конституционально-личностной структурой и особенностями клинической картины терапевтически резистентных депрессий даёт возможности определить степень тяжести депрессии, особенности клинических проявлений, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет оптимизировать комплексность психофармакотерапии и более дифференцированно осуществлять психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей женщин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск, 2009 – 510с.
2. Винокур В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики //Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб., «Альта Астра» – 2015. –46с
3. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства. / Мосолов С.Н. М. 2007. - с. 58
4. Ротштейн В. Г., Богдан М. Н., Долгов С. А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А. Б. Смулевича. - М., 1997- - 308 с.
5. Danileviciute V. Affective disorder: clinical symptoms and present-day approach to treatment / V. Danileviciute // Medicine (Kaunas).-2002-V. 38, № 11- P. 1057-1065.
6. Teasdale J.D, Segal Z.V., Williams J. et al. Prevention of re-lapse/recurrence in major depression by mindfulnessbased cognitive therapy // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68. – P. 615–623.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АГОНИСТА NMDA РЕЦЕПТОРОВ (МЕМАНТИН) КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

**Осадший Ю.Ю., Арчаков Д.С., Тараканова Е.А.,
Вобленко Р.А.**

г. Волгоград

Цель и задачи исследования

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности и безопасности мемантина как дополнительного средства для лечения негативных симптомов при параноидной шизофрении у пациентов, принимающих поддерживающую терапию нейролептиком.

Материалы и методы

В исследование включались больные параноидной шизофренией (F 20.01 и F 20.02 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет. Для включения пациента в исследование, общая оценка по шкале позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) [1] не должна была превышать 65 баллов, оценка по субшкале позитивной симптоматики не должна была превышать 15 баллов, а оценка по субшкале негативной симптоматики должна быть не менее 20 баллов. Для оценки аффективных нарушений, использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [2]; результат более 10 баллов по любой из субшкал являлся критерием исключения. Основным критерием эффективности являлось изменение общего балла по шкале PANSS. Дополнительно эффективность терапии оценивалась при помощи шкалы общего клинического впечатления – динамика состояния (CGI-I) [3], а наличие или отсутствие аффективных расстройств определялось посредством опросника HADS.

Исследование включало: фазу скрининга (4 недели), рандомизацию (при помощи таблицы случайных чисел были сформированы 2 группы пациентов: нейролептик+плацебо и нейролептик+мемантин). Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Пациенты не были информированы о том, что они получают в качестве дополнительного средства; мемантин или плацебо. Мемантин и плацебо находились в желатиновой капсуле, что предотвращало возможность определить препарат по внешнему виду. Далее следовала фаза титрации дозы мемантина (3 недели): первая неделя – 5 мг/сут, вторая неделя – 10 мг/сут, третья неделя – 20 мг/сут, и фазу активной терапии (5 недель). Плановая оценка (физикальное обследование, PANSS, HADS) проводилась на первом визите (фаза скрининга) и далее 1 раз в 2 недели – на 2, 4, 6, 8, 10 и 12-й неделях. Опро-

сник CGI-I заполнялся на 8, 10 и 12-й неделях. Респондерами считались пациенты с оценкой 1 или 2 балла по шкале CGI-I и уменьшением суммарного балла PANSS на 25 % по сравнению с фоновым показателем. Отдельно оценивалось влияние на негативную симптоматику: респондерами считались пациенты со снижением показателей по субшкале негативной симптоматики PANSS на 20% и более. Критериями исключения во время исследования было увеличение общего балла по шкале PANSS на 25% и более или появление необходимости изменения текущей схемы фармакотерапии.

Характеристика больных

В исследование были включены 52 человека - мужчины (30 чел.) и женщины (22 чел.) в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст $32,2 \pm 11,6$) с диагнозом параноидная шизофрения, эпизодический тип течения со стабильным или нарастающим дефектом, что соответствовало рубрикам F20.014 (68,2%) и F20.024 (31,8%) по международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Длительность заболевания в среднем составляла $9,8 \pm 4,1$ год. Пациенты принимали монотерапию нейролептиком со стабильной дозой не менее 4 недель, предшествующих рандомизации (из дополнительной терапии допускалось использование только тригексифенидила в качестве «корректора» экстрапирамидной симптоматики со стабильной дозой в течение не менее 4 недель, предшествующих рандомизации). Все дозы препаратов соответствовали средним терапевтическим. У пациентов не наблюдалось острой психотической симптоматики и тяжелых аффективных нарушений на протяжении 4 недель, предшествующих рандомизации.

Из 52 пациентов, включенных в исследование, 47 было рандомизировано (23 пациента в группе плацебо, 24 в группе мемантин). Пятеро человек выбыли в период скрининга в связи с несоответствием критериям включения. Трое пациентов (все из группы нейролептик+мемантин) досрочно выбыли из исследования в связи с: увеличением балла по шкале HADS более 10 (оба случая субшкала депрессии) – 2 пациента, увеличение оценки PANSS более чем на 25 % – 1 пациент. Выбывшие пациенты не были включены в окончательный анализ.

Завершило исследование 44 пациента, которые и вошли в окончательную статистическую обработку. Группы были сопоставимы по основным клинко-демографическим показателям, включая показатели шкал PANSS и HADS (табл. 1).

Таблица 1.

Сопоставимость сравниваемых групп

	Мемантин+нейролептик	Мемантин+плацебо
Средний возраст	$30,3 \pm 10,8$	$34,1 \pm 12,2$
Мужчины	66,7%	60,9%
Женщины	33,3%	39,1%

PANSS (общий бал)	60,9±9,2	56,9±8,9
Субшкала негативных симптомов	29,6±3,8	25,6±3,6
Субшкала позитивных симптомов	12,1±2,5	10,1±2,4
Субшкала общих психопатологических симптомов	18,6±3,9	21,8±4,2
HADS		
Субшкала тревоги	5,7±2,4	6,3±2,4
Субшкала депрессии	5,1±2,5	4,7±2,5
Средняя длительность заболевания	8,7±4,1	10,9±4,2

Результаты исследования

Через 8 недель терапии (период титрации и период активного лечения), группа, получавшая лечение мемантином, обнаружила снижение общего балла PANSS на 4,2±6,8 балла. В группе плацебо также отмечалось некоторое снижение общего показателя по шкале PANSS на 3,6±6,6 балла. Однако, статистически значимой разницы между группами выявить не удалось ($p=0,39$). Также, не отмечалось статистически значимых различий ни по одной из субшкал PANSS по сравнению со стартовыми показателями.

Результаты CGI-I также не показали статистически значимых различий между группами ($p=0,43$): количество респондеров было одинаковым и составило 4,5%.

Процент респондеров по шкале PANSS составил 4,5% в группе мемантина и 6,8% в группе плацебо ($p=0,38$). Стоит отметить, что изменение оценки PANSS касалось, в основном, шкалы общих психопатологических симптомов: средний показатель снизился на 6,1±6,9 балла в группе мемантина и 4,8±6,8 балла в группе плацебо. Изменения по подшкале позитивных симптомов в группе мемантина и плацебо составили соответственно 2,8±6,4 и 3,2±6,5, а по подшкале негативных симптомов - 3,8±6,6 и 2,9±6,4 балла (межгрупповые различия статистически не значимы, $p=0,391$).

Обсуждение

Настоящее исследование получило «нулевой» результат: группа мемантина не отличалась статистически от группы плацебо. Наш результат дополняет список предыдущих исследований, которые не обнаружили эффективность мемантина как дополнительного средства в лечении негативной симптоматики при шизофрении [4]. Однако, при интерпретации нашего результата, нужно иметь в виду следующие потенциальные ограничения. Во-первых, исследование имеет некоторые недостатки в дизайне: отсутствие двойного ослепления и применение пациентами как атипичных, так и типичных нейролептиков. Например, существуют данные о положительном влиянии мемантина при комбинации именно с атипичными антипсихотиками [5]. Во-вторых, вызывает вопросы валидность использованной шкалы HADS для диагностики тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с шизоф-

рений [6]. В-третьих, не была оценена количественно степень выраженности экстрапирамидных расстройств, что могло повлиять на интерпретацию результатов. Наконец, актуальным остается и проведение исследования на большем количестве пациентов, с углубленным контролем влияния мемантина на когнитивные функции у больных шизофренией, используя, например, одобренную National Institute of Mental Health когнитивную батарею Matrix Consensus Cognitive Battery для контроля когнитивных функций у больных шизофренией [7,8].

Несмотря на отсутствие эффекта мемантина в данном и нескольких предыдущих исследованиях, обширная теоретическая база о вовлеченности глутаматергической нейротрансдукции в патогенез шизофрении предполагает продолжение поиска средств, направленных на ее коррекцию. В дальнейших исследованиях следует учесть недостатки предыдущих работ и сконцентрировать большее внимание не на терапии уже сформировавшихся негативных и когнитивных нарушений, а на предотвращении их появления. В этом ключе представляется интересным вопрос корреляции длительности заболевания и эффективности мемантина в отношении когнитивной и негативной симптоматики. Это может послужить предпосылкой для проведения дальнейших исследований, где мемантин будет назначаться пациентам с высоким риском развития шизофрении и / или больным с первым эпизодом.

Выводы

Проведенное исследование не продемонстрировало эффективность мемантина по сравнению с плацебо как дополнительного средства для лечения негативной симптоматики при параноидной шизофрении. При этом следует отметить, что мемантин может увеличивать количество побочных эффектов, в том числе за счет ухудшения психического состояния, однако этот вывод требует дополнительных исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств, Москва, «Новый цвет», 2001.
2. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* — 1983. — Vol. 67. — P. 361-370.
3. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology, revised 1976. Rockville, MD: National Institute of Mental Health. Psychopharmacology Research Branch. 1976:217–222. 313–31
4. Jung Goo Lee, Sae Woom Lee, et al. Adjunctive Memantine Therapy for Cognitive Impairment in Chronic Schizophrenia: A Placebo-Controlled Pilot Study // *Psychiatry Investig.* - 2012; 9(2). - P.166–173.
5. Rezaei F, Mohammad-Karimi M, Seddighi S, et al. Memantine add-on to risperidone for treatment of negative symptoms in patients with stable schizophrenia: Randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol.* 2013;33(3):336-342.
6. Allan R, Martin CR. Can the Hospital Anxiety and Depression Scale be used in patients with schizophrenia? *J Eval Clin Pract.* 2009 Feb;15(1):134-41
7. Kern RS, Gold JM, Dickinson D, et al. The MCCB impairment profile for schizophrenia outpatients: results from the MATRICS psychometric and standardization study. *Schizophr Res.* 2011;126(1–3):124–31.
8. Cynthia Z. Burton, Lea Vella, et al. Twamley Factor structure of the MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) in schizophrenia, *Schizophr Res.* 2013 May; 146(0): 244–248.

СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЛЕГКОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, КАК ПРОФИЛАКТИКА ДЕМЕНЦИИ

Остапенко Г.Н., Малышко Л.В., Остапенко Н.С.

г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Пожилой возраст является самым сильным и независимым фактором риска развития нарушений высших мозговых (когнитивных) функций. С увеличением численности лиц пожилого возраста возрастает число пациентов с когнитивными расстройствами. Поэтому представляются чрезвычайно важными своевременная диагностика и как можно более раннее начало терапии когнитивных нарушений у пожилых людей, так как при их поздней диагностике эти расстройства нередко достигают степени слабоумия. [1]. Необходимо отметить, что у лиц пожилого возраста наличие когнитивных расстройств являются следствием изменения поведенческих и психотических симптомов в структуре деменции. [2].

Цель нашего исследования: определение возрастной группы риска, ранняя диагностика (выявление) когнитивных нарушений на додементной стадии психоневрологических заболеваний у лиц пожилого возраста с учетом гендерных особенностей.

Задачи: мы предполагаем, что использование «личностной анкеты из 24 вопросов» врачами общей практики будет являться первым шагом к успеху терапии деменции, который напрямую зависит от раннего и своевременного выявления легкой когнитивной дисфункции у лиц пожилого возраста, при дальнейшем направлении их к профильному специалисту- психиатру или неврологу.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУ РО «Психоневрологический диспансер», по данным, полученным из: МБУЗ «Городская больница №1 им. Н.А. Семашко города Ростова-на-Дону», МБУЗ «Городская больница №4 г. Ростова-на-Дону», МБУЗ «Городская больница №6 г. Ростова-на-Дону», МБУЗ «Городская поликлиника № 10» г. Ростова-на-Дону с декабря 2016 г. по апрель 2017г.

Критерии включения: лица, давшие свое согласие на добровольное участие в исследовании; лица в возрасте 50-60 лет; 61-70 лет; 71-80 лет.

Критерии исключения: лица, не давшие свое согласие на добровольное участие в исследовании; лица, моложе 50 лет; лица, страдающие хроническим алкоголизмом и наркоманией.

В исследовании приняли участие 134 пациента, из них 95 женщин и 39 мужчин. В работе была использована «личностная анкета из 24 вопросов». Статистическая обработка данных проводилась с помощью сравнение ме-

диан в двух группах проводилось с помощью теста Манна-Уитни, частот – с помощью точного теста Фишера. Сравнение частот в более чем двух группах проводилось с помощью точного теста Фишера с поправкой на множественные сравнения по Холму. Различия признавались статистически значимыми на уровне $p < 0,05$. Расчёты выполнялись в R (версия 3.2, RFoundati onforStatisticalComputing, Vienna, Austria).

Мы получили следующие результаты.

Оценка влияния гендерной структуры респондентов на ответы в анкете.

Таблица 1.

Сравнение частот качественных показателей в группах мужчин и женщин

	женщины N=95	мужчины N=39	p
Возраст	65 [63; 69]	67 [64; 69]	0.1
Я забываю номера телефонов			
иногда	36 (38%)	19 (49%)	0.02
никогда	9 (9%)	2 (5%)	
очень часто	8 (8%)	10 (26%)	
редко	15 (16%)	2 (5%)	
часто	27 (28%)	6 (15%)	
Я забываю, что и куда положил			
иногда	36 (38%)	9 (23%)	0.02
никогда	3 (3%)	1 (3%)	
очень часто	3 (3%)	4 (10%)	
редко	33 (35%)	8 (21%)	
часто	20 (21%)	17 (44%)	
Оторвавшись от книги, не могу найти место, которое читал			
иногда	34 (36%)	16 (41%)	0.2
никогда	11 (12%)	5 (13%)	
очень часто	3 (3%)	2 (5%)	
редко	27 (28%)	4 (10%)	
часто	20 (21%)	12 (31%)	
Мне нужно составить список дел, чтобы ничего не забыть			
иногда	36 (38%)	9 (23%)	0.1
никогда	9 (9%)	8 (21%)	
редко	31 (33%)	17 (44%)	
часто	19 (20%)	5 (13%)	
Я забываю о назначенных встречах			
иногда	22 (23%)	8 (21%)	0.9
никогда	32 (34%)	12 (31%)	
очень часто	1 (1%)	1 (3%)	
редко	31 (33%)	13 (33%)	
часто	9 (9%)	5 (13%)	

	женщины N=95	мужчины N=39	р
Я забываю, что планировал сделать по дороге домой			
иногда	31 (33%)	6 (15%)	0.01
никогда	18 (19%)	19 (49%)	
очень часто	3 (3%)	0 (0%)	
редко	36 (38%)	11 (28%)	
часто	7 (7%)	3 (8%)	
Я забываю имена старых знакомых			
иногда	24 (25%)	7 (18%)	0.02
никогда	21 (22%)	18 (46%)	
очень часто	0 (0%)	1 (3%)	
редко	34 (36%)	9 (23%)	
часто	16 (17%)	4 (10%)	
Мне трудно сосредоточиться			
иногда	32 (34%)	12 (31%)	0.8
никогда	11 (12%)	6 (15%)	
очень часто	4 (4%)	0 (0%)	
редко	25 (26%)	12 (31%)	
часто	22 (23%)	9 (23%)	
Мне трудно пересказать содержание телепередачи			
иногда	34 (36%)	19 (49%)	0.4
никогда	17 (18%)	6 (15%)	
очень часто	5 (5%)	0 (0%)	
редко	22 (23%)	10 (26%)	
часто	17 (18%)	4 (10%)	
Я не узнаю знакомых людей			
иногда	23 (24%)	7 (18%)	0.02
никогда	37 (39%)	25 (64%)	
редко	25 (26%)	7 (18%)	
часто	10 (11%)	0 (0%)	
Мне трудно вникнуть в смысл того, что говорят окружающие			
иногда	29 (31%)	15 (38%)	0.9
никогда	10 (11%)	5 (13%)	
очень часто	3 (3%)	1 (3%)	
редко	35 (37%)	12 (31%)	
часто	18 (19%)	6 (15%)	
Я быстро забываю имена людей, с которыми знакомлюсь			
иногда	29 (31%)	11 (28%)	0.4
никогда	13 (14%)	5 (13%)	
очень часто	5 (5%)	0 (0%)	
редко	23 (24%)	7 (18%)	
часто	25 (26%)	16 (41%)	

	женщины N=95	мужчины N=39	p
Я забываю какой сегодня день недели			
иногда	26 (27%)	10 (26%)	0.7
никогда	23 (24%)	7 (18%)	
очень часто	3 (3%)	1 (3%)	
редко	23 (24%)	8 (21%)	
часто	20 (21%)	13 (33%)	
Когда кто-то говорит, я не могу сосредоточиться			
иногда	29 (31%)	12 (31%)	0.9
никогда	14 (15%)	7 (18%)	
очень часто	2 (2%)	0 (0%)	
редко	33 (35%)	11 (28%)	
часто	17 (18%)	9 (23%)	
Я проверяю закрыл ли я дверь, выключил ли плиту			
иногда	24 (25%)	7 (18%)	0.5
никогда	12 (13%)	2 (5%)	
очень часто	13 (14%)	8 (21%)	
редко	22 (23%)	10 (26%)	
часто	24 (25%)	12 (31%)	
Я пишу с ошибками			
иногда	32 (34%)	10 (26%)	0.1
никогда	30 (32%)	12 (31%)	
очень часто	2 (2%)	0 (0%)	
редко	24 (25%)	17 (44%)	
часто	7 (7%)	0 (0%)	
Я легко отвлекаюсь			
иногда	33 (35%)	17 (44%)	0.5
никогда	7 (7%)	4 (10%)	
очень часто	2 (2%)	1 (3%)	
редко	33 (35%)	8 (21%)	
часто	20 (21%)	9 (23%)	
Перед новым делом меня нужно проинструктировать несколько раз			
иногда	29 (31%)	6 (15%)	0.0005
никогда	11 (12%)	4 (10%)	
очень часто	10 (11%)	5 (13%)	
редко	30 (32%)	5 (13%)	
часто	15 (16%)	19 (49%)	
Мне трудно сосредоточиться, когда я читаю			
иногда	37 (39%)	18 (46%)	0.1
никогда	20 (21%)	4 (10%)	
очень часто	0 (0%)	1 (3%)	
редко	28 (29%)	8 (21%)	
часто	10 (11%)	8 (21%)	

	женщины N=95	мужчины N=39	p
Я тут же забываю, что мне сказали			
иногда	26 (27%)	12 (31%)	0.3
никогда	19 (20%)	7 (18%)	
очень часто	1 (1%)	0 (0%)	
редко	32 (34%)	18 (46%)	
часто	17 (18%)	2 (5%)	
Мне трудно принять решение			
иногда	32 (34%)	16 (41%)	0.3
никогда	20 (21%)	9 (23%)	
очень часто	1 (1%)	1 (3%)	
редко	25 (26%)	11 (28%)	
часто	17 (18%)	2 (5%)	
Я делаю все очень медленно			
иногда	28 (29%)	11 (28%)	1
никогда	9 (9%)	3 (8%)	
очень часто	6 (6%)	3 (8%)	
редко	28 (29%)	10 (26%)	
часто	24 (25%)	12 (31%)	
Моя голова бывает пустой			
иногда	19 (20%)	13 (33%)	0.4
никогда	33 (35%)	12 (31%)	
очень часто	3 (3%)	0 (0%)	
редко	26 (27%)	11 (28%)	
часто	14 (15%)	3 (8%)	
Я забываю какое сегодня число			
иногда	21 (22%)	8 (21%)	0.5
никогда	25 (26%)	7 (18%)	
очень часто	4 (4%)	3 (8%)	
редко	28 (29%)	10 (26%)	
часто	17 (18%)	11 (28%)	

Оценка влияния возрастной структуры на ответы в анкете.

Таблица 2.

Сравнение частот качественных показателей
 в группах 50-60, 61-70, 71-80 лет

	50-60	61-70	71-80	
	N=12	N=101	N=21	p
Пол				
ж	11 (92%)	69 (68%)	15 (71%)	0.3
м	1 (8%)	32 (32%)	6 (29%)	
Я забываю номера телефонов				
иногда	3 (25%)	44 (44%)	8 (38%)	0.1
никогда	4 (33%)	7 (7%)	0 (0%)	
очень часто	0 (0%)	14 (14%)	4 (19%)	
редко	1 (8%)	13 (13%)	3 (14%)	
часто	4 (33%)	23 (23%)	6 (29%)	
Я забываю, что и куда положил				
иногда	7 (58%)	31 (31%)	7 (33%)	0.1
никогда	2 (17%)	2 (2%)	0 (0%)	
очень часто	0 (0%)	5 (5%)	2 (10%)	
редко	2 (17%)	33 (33%)	6 (29%)	
часто	1 (8%)	30 (30%)	6 (29%)	
Оторвавшись от книги, не могу найти место, которое читал				
иногда	2 (17%)	38 (38%)	10 (48%)	0.02
никогда	2 (17%)	14 (14%)	0 (0%)	
очень часто	0 (0%)	5 (5%)	0 (0%)	
редко	7 (58%)	22 (22%)	2 (10%)	
часто	1 (8%)	22 (22%)	9 (43%)	
Мне нужно составить список дел, чтобы ничего не забыть				
иногда	4 (33%)	32 (32%)	9 (43%)	0.7
никогда	3 (25%)	11 (11%)	3 (14%)	
редко	4 (33%)	37 (37%)	7 (33%)	
часто	1 (8%)	21 (21%)	2 (10%)	
Я забываю о назначенных встречах				
иногда	3 (25%)	25 (25%)	2 (10%)	0.4
никогда	4 (33%)	31 (31%)	9 (43%)	
очень часто	1 (8%)	1 (1%)	0 (0%)	
редко	3 (25%)	32 (32%)	9 (43%)	
часто	1 (8%)	12 (12%)	1 (5%)	
Я забываю, что планировал сделать по дороге домой				
иногда	4 (33%)	26 (26%)	7 (33%)	0.9
никогда	4 (33%)	28 (28%)	5 (24%)	
очень часто	0 (0%)	2 (2%)	1 (5%)	
редко	4 (33%)	36 (36%)	7 (33%)	
часто	0 (0%)	9 (9%)	1 (5%)	

	50-60 N=12	61-70 N=101	71-80 N=21	p
Я забываю имена старых знакомых				
иногда	2 (17%)	19 (19%)	10 (48%)	0.3
никогда	4 (33%)	30 (30%)	5 (24%)	
очень часто	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	
редко	5 (42%)	33 (33%)	5 (24%)	
часто	1 (8%)	18 (18%)	1 (5%)	
Мне трудно сосредоточиться				
иногда	4 (33%)	33 (33%)	7 (33%)	0.2
никогда	2 (17%)	15 (15%)	0 (0%)	
очень часто	0 (0%)	3 (3%)	1 (5%)	
редко	5 (42%)	27 (27%)	5 (24%)	
часто	0 (0%)	23 (23%)	8 (38%)	
Мне трудно пересказать содержание телепередачи				
иногда	1 (8%)	44 (44%)	8 (38%)	0.1
никогда	4 (33%)	16 (16%)	3 (14%)	
очень часто	0 (0%)	5 (5%)	0 (0%)	
редко	6 (50%)	22 (22%)	4 (19%)	
часто	1 (8%)	14 (14%)	6 (29%)	
Я не узнаю знакомых людей				
иногда	3 (25%)	23 (23%)	4 (19%)	0.4
никогда	8 (67%)	43 (43%)	11 (52%)	
редко	1 (8%)	28 (28%)	3 (14%)	
часто	0 (0%)	7 (7%)	3 (14%)	
Мне трудно вникнуть в смысл того, что говорят окружающие				
иногда	1 (8%)	36 (36%)	7 (33%)	0.3
никогда	4 (33%)	10 (10%)	1 (5%)	
очень часто	0 (0%)	3 (3%)	1 (5%)	
редко	5 (42%)	34 (34%)	8 (38%)	
часто	2 (17%)	18 (18%)	4 (19%)	
Я быстро забываю имена людей, с которыми знакомлюсь				
иногда	4 (33%)	30 (30%)	6 (29%)	0.1
никогда	2 (17%)	15 (15%)	1 (5%)	
очень часто	0 (0%)	4 (4%)	1 (5%)	
редко	6 (50%)	20 (20%)	4 (19%)	
часто	0 (0%)	32 (32%)	9 (43%)	
Я забываю какой сегодня день недели				
иногда	1 (8%)	28 (28%)	7 (33%)	0.004
никогда	5 (42%)	23 (23%)	2 (10%)	
очень часто	0 (0%)	3 (3%)	1 (5%)	
редко	6 (50%)	24 (24%)	1 (5%)	
часто	0 (0%)	23 (23%)	10 (48%)	

	50-60 N=12	61-70 N=101	71-80 N=21	p
Когда кто-то говорит, я не могу сосредоточиться				
иногда	1 (8%)	32 (32%)	8 (38%)	0.2
никогда	4 (33%)	16 (16%)	1 (5%)	
очень часто	0 (0%)	1 (1%)	1 (5%)	
редко	6 (50%)	32 (32%)	6 (29%)	
часто	1 (8%)	20 (20%)	5 (24%)	
Я проверяю закрыл ли я дверь, выключил ли плиту				
иногда	4 (33%)	24 (24%)	3 (14%)	0.004
никогда	6 (50%)	7 (7%)	1 (5%)	
очень часто	0 (0%)	16 (16%)	5 (24%)	
редко	2 (17%)	25 (25%)	5 (24%)	
часто	0 (0%)	29 (29%)	7 (33%)	
Я пишу с ошибками				
иногда	2 (17%)	35 (35%)	5 (24%)	0.4
никогда	4 (33%)	32 (32%)	6 (29%)	
очень часто	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)	
редко	5 (42%)	29 (29%)	7 (33%)	
часто	1 (8%)	3 (3%)	3 (14%)	
Я легко отвлекаюсь				
иногда	4 (33%)	35 (35%)	11 (52%)	0.4
никогда	3 (25%)	7 (7%)	1 (5%)	
очень часто	0 (0%)	3 (3%)	0 (0%)	
редко	4 (33%)	33 (33%)	4 (19%)	
часто	1 (8%)	23 (23%)	5 (24%)	
Перед новым делом меня нужно проинструктировать несколько раз				
иногда	3 (25%)	27 (27%)	5 (24%)	0.07
никогда	3 (25%)	11 (11%)	1 (5%)	
очень часто	0 (0%)	12 (12%)	3 (14%)	
редко	6 (50%)	26 (26%)	3 (14%)	
часто	0 (0%)	25 (25%)	9 (43%)	
Мне трудно сосредоточиться, когда я читаю				
иногда	2 (17%)	43 (43%)	10 (48%)	0.4
никогда	5 (42%)	16 (16%)	3 (14%)	
очень часто	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	
редко	4 (33%)	28 (28%)	4 (19%)	
часто	1 (8%)	13 (13%)	4 (19%)	
Я тут же забываю, что мне сказали				
иногда	3 (25%)	27 (27%)	8 (38%)	0.02
никогда	6 (50%)	20 (20%)	0 (0%)	
очень часто	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	
редко	3 (25%)	40 (40%)	7 (33%)	
часто	0 (0%)	13 (13%)	6 (29%)	

	50-60 N=12	61-70 N=101	71-80 N=21	p
Мне трудно принять решение				
иногда	3 (25%)	38 (38%)	7 (33%)	0.9
никогда	2 (17%)	21 (21%)	6 (29%)	
очень часто	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)	
редко	4 (33%)	26 (26%)	6 (29%)	
часто	3 (25%)	14 (14%)	2 (10%)	
Я делаю все очень медленно				
иногда	6 (50%)	28 (28%)	5 (24%)	0.08
никогда	2 (17%)	10 (10%)	0 (0%)	
очень часто	0 (0%)	6 (6%)	3 (14%)	
редко	4 (33%)	30 (30%)	4 (19%)	
часто	0 (0%)	27 (27%)	9 (43%)	
Моя голова бывает пустой				
иногда	0 (0%)	24 (24%)	8 (38%)	0.3
никогда	5 (42%)	34 (34%)	6 (29%)	
очень часто	0 (0%)	2 (2%)	1 (5%)	
редко	5 (42%)	27 (27%)	5 (24%)	
часто	2 (17%)	14 (14%)	1 (5%)	
Я забываю какое сегодня число				
иногда	4 (33%)	18 (18%)	7 (33%)	0.2
никогда	4 (33%)	26 (26%)	2 (10%)	
очень часто	0 (0%)	5 (5%)	2 (10%)	
редко	4 (33%)	28 (28%)	6 (29%)	
часто	0 (0%)	24 (24%)	4 (19%)	

Обсуждения. Из полученных нами данных можно увидеть, что у лиц женского пола нарушение когнитивных функций более выражено, чем у лиц мужского пола. Несмотря на то, что современный уровень знаний о проблеме когнитивных расстройств не позволяет выделить однозначные точные предвестники прогрессирования легкого когнитивного расстройства в деменцию, на основании довольно простой в использовании личностной анкеты, нам удалось доказать, что в возрастной группе 61-70 лет процент встречаемости когнитивной дисфункции выше, чем в остальных группах. Внимание к проблеме легких когнитивных расстройств оправдано, поскольку его проявления могут быть предвестником деменций позднего возраста, в том числе – болезни Альцгеймера.

Так же из полученных нами данных можно наблюдать снижение когнитивных функций по таким критериям как память и праксис, что является не мало важным в повседневной жизни.

Таким образом, можно предположить, что пациенты, имеющие легкую когнитивную дисфункцию чаще всего, встречаются среди лиц женского

пола, в возрасте 61-70 лет, которые в основном изначально обращаются за медицинской помощью к врачам первичного звена, т.е. терапевтам в поликлиники по месту жительства. Отсюда следует, что врачи общей практики должны уделять особое внимание лицам данной группы, уметь заподозрить и провести раннюю диагностику когнитивных нарушений на додементной стадии психоневрологических заболеваний и своевременно направить к профильному специалисту, а именно к врачу – психиатру или неврологу.

В настоящее время нет общепринятого методического инструмента для нейропсихологической диагностики синдрома легких/умеренных когнитивных нарушений. Большинство используемых в исследовательских целях методик (тест слухоречевой памяти Рея, шкалы памяти Векслера, батарея многократных тестов для определения нейропсихологического статуса (RBANS) и др.), являются в значительной степени трудоемкими и требуют не менее 15 - 30 минут для проведения и интерпретации. Поэтому в клинической практике обычно применяются более простые методики, подходящие для скрининговой диагностики когнитивных нарушений, одной из которых является личностная анкета на 24 вопроса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Локшина А., Захаров В. Когнитивные нарушения в общеклинической практике, 2012г. <https://medi.ru/info/1165/>
2. Пономарева Е.В. Применение Тиапридала в лечении поведенческих и психотических расстройств у больных деменцией// ж. Психиатрия- 2016; 02: 70-78
3. Левин О.С., Штульман Д.Р. Неврология. Справочник практического врача, 2016г.

ТОТАЛЬНАЯ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ В СТРУКТУРЕ АУТОПЕРСОНАМНЕЗИИ

Перехов А.Я.

г. Ростов-на-Дону

Феномен аутоперсонамнезии (другие названия – биографическая амнезия, диссоциативная амнезия) описан еще в глубокой древности, но ранее встречался достаточно редко, расценивался как нечто экзвизитное и таинственное.

В последние десятилетия аутоперсонамнезия встречается все чаще в психиатрической практике и постоянно обсуждается и «смакуется» в средствах массовой информации. Достаточно много работ посвящено диссоциативной биографической амнезии [1,4,17,18,]. Успешно защищаются диссертации [5], посвященные биографической амнезии или аутоперсонамнезии. В психологии существует понятие автобиографической памяти. Она несёт в себе черты как сознательной памяти (знание фактов своей биографии, создание словесно оформленной истории жизни), так и эмоциональной памяти (представление прошлого в виде ярких эпизодов), но не может быть сведена к ним.

Автобиографическая память – это особая личностно обусловленная реальность, соединяющая в себе черты других видов памяти и в то же время обладающая внутренней цельностью. Проблема автобиографической памяти находится на стыке психологии личности и психологии памяти, что определяет специфику ее изучения.

Закономерности автобиографической памяти связаны как с мотивационно-смысловыми и эмоциональными, так и с познавательными процессами. Таким образом, информация, относящаяся к личности, подвергается максимально глубокой переработке и поэтому лучше всего запечатлевается в памяти. Автобиографическая память - подсистема памяти, оперирующая воспоминаниями о личносно значимых событиях и состояниях. Ее функционирование сопровождается особым психологическим состоянием персонозиса («Я вспомнил себя»), которое служит основой переживания себя как уникального, протяженного во времени, тождественного самому себе субъекта.

В отличие от семантической памяти, автобиографическая память служит хранилищем для субъективной, преломленной через призму личных мотивов и ценностей картины мира. Пристрастность здесь является не недостатком, а главным организующим принципом [7]. С точки зрения клинической психологии – забывание себя более характерно не для расстройств формальной памяти, а для нарушений глубинной личностной идентифика-

ции. Избирательное нарушение памяти собственного «Я» при сохранении памяти на последующие события и знания с материалистической точки зрения исключают классическое поражение памяти при органических поражениях головного мозга, при котором нарушения памяти о себе обязательно приведет к нарушениям памяти на все последующие события жизни человека после 3-4-х летнего возраста.

При биографической амнезии забываются определенные события и факты, имеющие отношение к личности больного, а не общие знания и навыки. Воспоминания не являются смутными или нечеткими, а полностью отсутствуют. В отличие от амнестических расстройств органического генеза сохранена способность к запоминанию новой информации. Будучи по сути функциональной, аутоперсонамнезия представляет собой наиболее тяжелую (в связи с тотальным характером формального мнестического выпадения) форму диссоциативной амнезии.

Психопатологическая симптоматика при этом расстройстве проявляется утратой памяти о собственной личности и событиях прожитой жизни без других когнитивных нарушений при сохранении формального интеллекта, общих знаний и профессиональных навыков [8]. Таким образом, при аутоперсонамнезии не страдает процедурная (связанная с автоматизированными действиями) и оперативная (функция фиксации) память, а выпадение остальных видов памяти имеет психогенный, селективный и обратимый характер.

В настоящее время именно диссоциацию, как психологический механизм, считают первопричиной таких феноменов как *дежа вю* и *жамэ вю*, деперсонализации и дереализации, *flash-back* феноменов и диссоциативных фуг, одержимости и расстройства множественной личности.

Для синдромотаксиса при биографической амнезии наиболее характерна следующая последовательность: воздействие стрессогенного фактора → диссоциативная fuga → диссоциативная биографическая амнезия [18]. Причем на момент фуги сохраняется полная амнезия даже при восстановлении остальных воспоминаний. Профессиональные навыки и общие знания у больных бывают сохранены. Однако их социальная дезадаптация достигает в большинстве случаев значительной степени.

Основными дискутантами по происхождению и структуре биографической амнезии, выступающими с диаметрально противоположных точек зрения, являются В.Г. Остроглазов (предложивший сам термин аутоперсонамнезии) [8,9,10,11,12,13, 14,15] и З.И.Кекелидзе [2,3]. З.И. Кекелидзе с сотрудниками указывают на появление нового синдрома нарушения памяти, вроде бы не известного ранее психиатрам, предполагают, что это расстройство относится к группе органических заболеваний ГМ, всегда связанного с интоксикацией психотропными веществами, причем какими-то ранее неизвестными для врачей.

В.Г. Остроглазов отстаивает точку зрения, что аутоперсонамнезия встречалась и ранее, была описана классиками психиатрии, относится к феномену тяжелых деперсонализационных расстройств, чаще всего встречается при процессуальной шизофрении. Многие исследователи традиционно относят феномен к конверсионным (истерическим по классическим представлениям) явлениям. Диагностические разногласия отдельных клинических случаев поражают, другого слова как «разброд» трудно и предложить [16].

Основная проблема аутоперсонамнезии связана с клинико-психопатологической трактовкой самого феномена, начиная с симптоматического и синдромологического уровней. Если первый этап диагностики в виде чувственного познания феномена болезни, выявления и подробного описания биографической амнезии выполняется (а иначе бы мы и не узнали об очередном случае), то уже на втором этапе типирования выделенных признаков проявляются ведущие ошибки. Если семиологически аутоперсонамнезию еще можно определить как амнестический симптомокомплекс, то уже на уровне синдромальном такого быть не может, так как самостоятельного такого синдрома (именно изолированной биографической амнезии) не существует и не может существовать, так как противоречит основным механизмам как формирования памяти в норме, так и ее поражения согласно закону Рибо-Корсакова.

С точки зрения синдромологии могут быть только аутоперсонамнестические варианты следующих синдромов: а) диссоциативного деперсонализационного истерического; б) диссоциативного деперсонализационного бредового уровня. Главным при аутоперсонамнезии является мучительное чувство собственной измененности, по хорошо известным механизмам психологической подсознательной защиты в виде вытеснения, приводящее к тотальному забвению своего «Я». В норме у человека имеется разграничение, противопоставление «Я» и всего окружающего мира как «не-Я», чувство уникальности и активности «Я», чувство единства «Я», неделимости, слитности отдельных психических процессов, составляющих психическое «Я», идентичности «Я». В связи с этим К. Ясперс сформулировал тезис: «Я» — это тот же самый «Я», который был день, год, двадцать лет назад». В то же время каждый человек способен как будто бы со стороны смотреть на самого себя, наблюдать за собой, думать о том, как он думает, как он говорит, как он смеется, разговаривает, как он поступает в том или другом случае. Подобного рода рефлексивные свойства, или рефлексия, в норме специально не фиксируются, это естественный автоматизированный процесс, реализующийся в автоматическом режиме, как и все остальные процессы синтетической мозговой деятельности.

Деперсонализация – это психопатологическое расстройство самосо-

знания с чувством отчуждения некоторых или всех психических процессов (мыслей, представлений, воспоминаний, отношений к окружающему миру), осознаваемое и болезненно переживаемое самим больным. При полной утрате ощущения собственного «Я», потере «Я», «исчезновении» своего «Я» говорят о развитии тотальной деперсонализации. К. Хауг различал «функциональную» деперсонализацию как обратимое проявление и органическую, или дефектную, деперсонализацию, при которой чувство отчуждения наступает в форме реакции на дефект или процесс, приводящий к этому дефекту.

Продуктивная тотальная деперсонализация в виде полного перевоплощения хорошо известна и встречается при парафренических психозах различной этиологии. При аутоперсонамнезии возникает негативная тотальная деперсонализация, когда личность стерта, потому что недоступна памяти. Это можно расценить как преимущественно негативную сторону расстройства - диссоциации по Джексону [8]. Т.е., аутоперсонамнезия не является амнестическим синдромом, следовательно, не должна рассматриваться в рамках органических заболеваний. При этом никто не отрицает наличие в клинике мощных экзогенных воздействий (преимущественно в виде интоксикации психоактивными веществами), но они всегда носят не причинную, а провокационную роль. Также не вызывает сомнений частая встречаемость т.н. «органического фона», в зависимости от теоретических «концептуальных» концепций его можно рассматривать как коморбидное расстройство или специфическую «слабость» головного мозга в виде условия более легкого возникновения и более тяжелого течения заболевания, причем как при личностно-истерическом, так и при эндогенно-процессуальном.

Подтверждается необходимость соблюдения методологии, логики и этапности диагностического процесса: при нарушениях методологического познания возникают ошибки нозологической диагностики, а вследствие этого лечения, профилактики и, самое главное, прогноза. Хорошо известна и многократно была описана диссоциативная биографическая амнезия. Психопатологическая симптоматика при этом расстройстве проявляется утратой памяти о собственной личности и событиях прожитой жизни без других когнитивных нарушений при сохранении формального интеллекта, общих знаний и профессиональных навыков.

Менее известна и описана биографическая амнезия при шизофрении. При эндогенном заболевании большинство случаев аутоперсонамнезии, выявляемых все чаще в рутинной психиатрической практике, проявляются амнестическими симптомами в рамках тяжелого бредового уровня «тотального» деперсонализационного синдрома, характерного для приступообразного течения. Сама аутоперсонамнезия при шизофрении всегда возникает в рамках приступа, часто сопровождается явной или латентной депрессией,

но может задерживаться при необорванном приступе на долгое время, иногда даже на десятилетия. При деперсонализационном варианте вялотекущей шизофрении (по А.В.Снежневскому) аутоперсонамнезия не описана.

Аутоперсонамнезия – далеко не единственный пример выхода на первый план феномена нарушения памяти при ее истинной сохранности; достаточно вспомнить феномен псевдодеменции при тяжелой депрессии, обычно у пожилых людей или той же псевдодеменции в рамках реактивных истерических психозов. Если следовать этой аналогии, то аутоперсонамнезия можно было бы назвать «псевдоамнезией» в рамках истерического или шизофренического расстройства.

Выводы. Итак, аутоперсонамнезия – не новое таинственное заболевание, да и фактически не новый синдром. Это – феномен в виде симптомокомплекса, встречавшийся и ранее, но вновь привлечший к себе внимание благодаря биологическому, социально-культуральному патоморфозу как эндогенных, так и психогенных психических заболеваний. Психологической составляющей аутоперсонамнезии является вытеснение из сознания той негативной информации, которая является конфликтогенной, или наносит урон субъективному образу собственного «Я». Фактически при этом возникает бегство в иллюзорный, искусственный, новый мир, где не будет комфорта, но и не будет мучительного ежесекундного существования в мире, где раньше находился пациент.

Таким образом, дифференциальная диагностика аутоперсонамнезии должна проводиться между диссоциативным деперсонализационным истерическим расстройством, деперсонализационной (бредового уровня) шизофренией и симулятивно-установочным поведением.

Изолированная аутоперсонамнезия не входит в понятие ретроградной амнезии и не может встречаться при экзогенно-органических заболеваниях. Феноменологический и клинико-психопатологический динамический методы при правильном их использовании не дадут возможности «открытия» все новых и новых психических заболеваний, диагностика которых определяется фактически обывательски-фельдшерским уровнем «что вижу – о том пою». Феномен появления «нового заболевания» и резкого увеличения количества пациентов с такой симптоматикой (пик в период с 2002 по 2009 гг.) очень напоминает историю с расстройством множественной личности (РМЛ) в США. До 1964 года в мировой литературе было описано всего шесть случаев РМЛ, а в период с 1985-1995 гг. этот диагноз был установлен более чем сорока тысячам пациентов [19].

Можно согласиться с точкой зрения В.В.Мотова [6], что резкий всплеск такого типа диагнозов (как РМЛ в Америке, так и аутоперсонамнезии в России) объясняется мощью и тотальностью brain-washing эффекта, продуцируемого современными масс-медиа. С нашей точки зрения также большое

значение имеет забвение клинико-психопатологического подхода и отказ от нозологического (категориального) направления в условиях постмодернистской психиатрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К. К вопросу о биографической амнезии. // «Психиатрия и психофармакотерапия» (consilium-medicum), 2010, №3, С. 42-46
2. Кекелидзе З.И., Ларцев М.А., Милехина А.В., Полякова Л.В. Биографическая амнезия. Сообщение 1 // Российский психиатрический журнал, 2008, №4, С 36-42
3. Кекелидзе З.И., Ларцев М.А., Милехина А.В., Полякова Л.В. Биографическая амнезия. Сообщение 2 // Российский психиатрический журнал 2008, №5, с. 48-53.
4. Коберская Н.Н., Пятницкий Н.Ю., Менделевич С.В., Дамулин И.В. Случай диссоциативной амнезии у пациента молодого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2007, №12.
5. Милехина А.В. Синдром биографической амнезии (клинико-психопатологические особенности и лечение): диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.18 / - Москва, 2009.- 157 с.: ил.
6. Мотов В. В. Расстройство в виде множественной личности в США: клинические и судебно-психиатрические аспекты // Независимый Психиатрический Журнал, 2005, № 1, с. 57-68
7. Нуркова В.В. Культурно-исторический подход к автобиографической памяти: диссертация ... доктора психологических наук: 19.00.01 / - Москва, 2009.- 661 с.: ил.
8. Остроглазов В.Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? Независимое сравнительное исследование. Часть 1// Независимый психиатрический журнал, 2004, № 4, с.51-58.
9. Остроглазов В.Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? Часть 2// Независимый психиатрический журнал, 2005, № 1, с. 35-41.
10. Остроглазов В.Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? //Часть 3. Независимый психиатрический журнал, 2005, № 2, с.34- 45.
11. Остроглазов В.Г. Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? // Независимый психиатрический журнал, 2005, № 3. С12-17
12. Остроглазов В.Г. Аутоперсонамнезия как дежавю. Расстройство памяти или деперсонализация? // Независимый психиатрический журнал, 2007, № 2, с. 38-56.
13. Остроглазов В.Г. Катамнез случая аутоперсонамнезии как дежавю // Независимый психиатрический журнал, 2008, № 1, с.32-47.
14. Остроглазов В.Г. О проблеме «биографической амнезии». // Психиатрия и психофармакотерапия, 2009; 11 (6): С. 56–61.
15. Остроглазов В.Г. О статье З.И. Кекелидзе, М.А. Ларцева, А.В. Милёхиной, Л.В. Поляковой «Биографическая амнезия (сообщение 1)». Критический реферат.// Независимый психиатрический журнал, 2008, № 4., С 44-58
16. Случай аутоперсонамнезии. Диагностический разброд – подарок антипсихиатрам (ведущие В.В.Калинин и М.Е.Бурно)// Независимый психиатрический журнал, 2010, № 2, с.32-47.
17. Портнова А.А., Серебровская О.В., Тохтуев В.Г., Тюменкова Г.В. Биографическая амнезия у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2003, №10.
18. Портнова А.А., Серебровская О.В, Тарасова А.В. О клинических симптомах, патопсихологических проявлениях и механизмах развития биографической амнезии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2004, №8.
19. Acocella J: The Politics of Hysteria, The New Yorker, April 6, 1998, p. 68.

СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ ДУШЕВНОЙ БОЛЕЗНИ И НРАВСТВЕННОГО ПОМЕШАТЕЛЬСТВА

Перехов А.Я.

г. Ростов-на-Дону

В современной психологии и психиатрии в процессе разработки научных теорий личности все яснее выступает стремление найти общие пути научного и религиозного (философского) понимания личности, а в практической работе психологов, психиатров и священников - идти путем взаимопомощи, взаимоуважения и обмена опытом в подходе к вопросам воспитания здоровой личности и лечения больных людей. Основой данного сообщения являются базовые работы известного психиатра советского периода Д.Е.Мелехова и ныне здравствующего ученого, преподавателя и клинициста Б.А.Воскресенского. Тезис, ставший в XIX веке догматом, о том, что наука может успешно свести все психические проявления человека к физическим и химическим понятиям, измеряемым в пространстве и во времени, расцениваются как «опасность современной цивилизации и важнейшая методологическая ошибка» (А. Харди). Так всеобщим и императивным требованием становится рассмотрение человека как целого, во всей полноте его физических, психических и духовных проявлений, как духовной личности. И это бесспорное достижение современной научной мысли, в особенности по сравнению с тем периодом, когда само понятие личности в нашей научной и художественной литературе было одиозным, а психология и социология, как ненаучные дисциплины, объявлялись ненужными. Верующий психолог или психиатр, современный думающий священник могут и должны с интересом следить за тем, как углубляется и расширяется мышление современных материалистов в исследованиях и теоретических концепциях личности и ее развития в норме и патологии. Атеисты и агностики, со своей стороны, должны обязательно учитывать многовековой опыт великих религий и, в первую очередь, христианства в понимании духовной сути человека, не подвластной прямому экспериментальному препарированию. [1] В свете решаемой проблемы принципиальным становится вопрос определения психического здоровья.

При использовании термина «психическое здоровье» возникает семиологическая путаница, а затем и нарушение методологического процесса рассмотрения проблемы. Это связано с тем, что в нашей стране за многие годы Советской власти нивелировались и забылись такие термины как «духовное и нравственное здоровье». Психическое (душевное) здоровье входит лишь составной частью в понятие «духовного» здоровья, фактически определяя наличие или отсутствие психопатологии.

При рассмотрении данной проблемы на первый план выступают два основных крайних направления, рассматривающих проблему соотношения психического здоровья и болезни. При нозоцентризме мышление ориентировано на поиск болезни или патологии. Проявляется тем, что любой отклоняющийся от ожидаемого признак человеческой психики квалифицируется как признак болезни, симптом или синдром. Доведенное до крайности и абсурда нозоцентрическое мышление во всем многообразии психической деятельности человека находит девиантность, «скрытые», «недоразвитые» или явные психические болезни. Это приводит к стигматизации психиатрии, «профессиональному кретинизму» психиатров с утверждением, что «здоровых людей нет, есть только недообследованные...» Подобный подход ведет к ортодоксальности, патернализму и, часто сочетаясь с гипердиагностикой психических болезней, способствует нарушению прав человека. При нормоцентризме мышление ориентировано на поиск только саногенных факторов. При таком подходе даже самые отклоняющиеся формы поведения психологизируются, объясняются ситуацией, воспитанием, социальной действительностью и не выводятся за рамки психического здоровья. Абсолютизация этого принципа лежит в основе антипсихиатрии [6].

Психическую болезнь в современной американско-европейской психиатрии определяют следующим образом (Оксфордское руководство по психиатрии, 1989): как отсутствие здоровья, как наличия страдания, как патологический процесс, проявляющийся формальными психопатологическими нарушениями в виде синдромов. Именно последнее позволяет четко ограничить рамки психических болезней, ведь абсолютного здоровья и отсутствия страданий практически не встречается, а если и встречается, то скорее свидетельствует о дефицитности психики, прежде всего эмоциональной сферы. Особенно это характерно для современной психотерапии, которая любое духовное и психологическое неблагополучие предлагает «лечить», хотя признаков психической болезни нет и в помине. Исторически человечество привыкло либо к «лечению» психических болезней либо к духовной (религиозной) помощи, которая в эпоху размывания веры востребовано мало (хотя в то же время в России практикуют сотни тысяч знахарей, колдунов, экстрасенсов), о том, что проблемы духовной, социальной жизни можно решать с помощью научной психологии большинство людей не знает. Точное методологическое (т.е. истинно научное) положение по отношению к психическому здоровью-нездоровью лежит в основе целостного учения о человеке на основе христианского опыта Макса Шелера — немецкого философа и социолога, одного из основоположников философской антропологии. В основе этого учения - необходимость учитывать все слои личности: соматические, витальные, психические и духовные в их взаимодействии. Предмет исследования - человек как целое, как духовная личность, обладающая известной автономией в отношении биологических и психических

процессов. Религиозные переживания не нечто случайное или только отражающее общественные отношения: они имеют определенные значения во всей целостной системе личности, в общей «иерархии ценностей» в жизни личности. того, личная духовная сфера мыслится как доминирующая и находящаяся в определенных отношениях с душевной и биологической. Именно на почве такого синтетического учения о личности человека («персоналистическая антропология»), учитывающего все слои бытия, возникают плодотворные отношения между теологом, психиатром и психологом, и устанавливаются правильные отношения между наукой и религией. Единство и гармония всех сторон человеческой личности считается признаком здоровой личности, состояние, которое дано было человеку в его первоизданной чистоте, затем было утеряно в результате пренебрежения законами духовной жизни и теперь является заданным человеку, искомым состоянием: «чтобы ваш дух, душа и тело были совершенны во всей полноте и без всякого недостатка». Это завещание апостола Павла проходит через все века.

Клиническая психиатрия рассматривает закономерности распада душевной деятельности; конечно, при этом могут нарушаться направленность личности, ее этические, эстетические установки, соматическое состояние, но эти сферы (духовная и телесная) имеют, прежде всего, свои закономерности нарушений, которые далеко не всегда сочетаются с душевной патологией, «подчиняются» ей. Клиницизм — это понимание психического заболевания как разрушения прежде всего душевных (в употребляемом здесь узком смысле) структур и соответствующих им соматоцеребральных сдвигов. [2] Важно не расширять рамки психической патологии, а это угроза вполне реальна при нынешнем интересе к пограничной психиатрии, при активном проникновении психиатров в соматические больницы, а психотерапии в сферу семейных отношений, межличностных контактов с попыткой объяснения смысла жизни («Психопатология обыденной жизни» З.Фрейда). Опасность представляют как упрощенная биологизация («психические болезни - болезни мозга»), так и вульгарное социологизирование, когда всякое социально негативное явление, любое тягостное для субъекта переживание оцениваются как источник или проявление психической патологии. Изолированное рассмотрение духовного не входит в компетенцию клинической психиатрии [3] Даже при психогениях врач не «перевоспитывает» больного, не «обращает его в иную «веру», а лишь подводит к этому. Разграничение душевного и духовного принципиально, оно позволяет не превращать психические болезни в социопатии в самом широком смысле. Не надо изгонять из психиатрии духовный мир личности, но предметом психиатрического анализа он может стать, только если в нем обнаруживается специфическое психопатологическое качество.

Часть душевных заболеваний имеет явно телесные, соматические,

основы (экзогенные психические расстройства). Другая группа — психогенные заболевания — обусловлена человеческими отношениями, столкновениями, При значительной части психических заболеваний не обнаруживается явных внешних патогенных воздействий, соматических (органических) или психотравмирующих. Эти болезни разворачиваются как бы спонтанно, эндогенно.

Психические болезни любой природы могут соматизироваться. (психосоматические расстройства). Классический пример – соматизированные депрессии. В других случаях страдает духовный облик больного, патологически изменяются мировоззрение, увлечения, нравственные понятия, поведение (психопатизация, деградация и распад личности). Классический пример – болезни зависимости. Каждое отдельное переживание, симптом могут «встречаться в норме» — иметь нормальный аналог или же обнаруживаться в цепи одного из путей психопатологического изменения личности. Так, злоупотребление алкоголем — это и бытовое пьянство, и невротическое изменение поведения, и симптоматический алкоголизм больного шизофренией, и расторможение, искажение влечений при органической патологии (в том числе и собственно алкоголизме). Педофилия – может быть особенностью характера, личностными влечениями (без реализации), девиантным безнравственным поведением, патологической болезненной сексуальной зависимостью, также безнравственной и преступной, но с уменьшением возможности контролировать свои деяния. А гомосексуализм выпал в настоящее время из критериев психического заболевания и должен рассматриваться только с психологической и социо-культуральной позиций. Если больные шизофренией (исходя из концепции В. А. Геодакяна о значении дифференциации полов в эволюционном преобразовании генетического фонда) — это люди будущего, если шизофреническая психика – «неудачный вариант» каких-то иных, новых форм психической деятельности, то проблема «гениальности и помешательства» (великие научные прорывы, совершенно новые направления в искусстве) в этом случае приобретает новый смысл. Иначе говоря, в будущем будут люди столь же интересные, оригинальные, как некоторые больные шизофренией, но только здоровые. Интересен в этой связи «рискованный вывод» Д. Е. Мелехова (1997), что особая духовная возвышенность, духовное здоровье в некоторых случаях возникают на основе душевной болезни: «Но это именно и есть такие случаи духовного здоровья, даже просветления при болезненной душевной организации, когда высокое духовное здоровье помогает компенсировать дефекты психической организации, но в то же время эта компенсация остается неполной и достигается только при условии такого именно модуса поведения». Трактовка нормы как оптимальной адаптации оказывается бессодержательной, так как, во-первых, окружающая среда бесконечно изменчива и, во-вторых, сущность человека определяется его творческим, созидательным отноше-

нием к действительности. Критерии нормы нравственной, правовой, культурной, этнической, психической («психопатологической») не совпадают. Можно быть гением, преступником и душевнобольным одновременно или лишь кем-то одним или же подпадать под два определения и прочее. Все эти варианты, сочетания — разный взгляд на единую по существу человеческую личность. «Одни и те же проявления психической жизни человека необходимо рассматривать в разных плоскостях духовного и душевного». [5] Здесь один из неустрашимых конфликтов психиатрии и общества, часто справедливых обвинений в расширении границ психической патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воскресенский Б.А. Некоторые аспекты клинического подхода к душевнобольным-верующим // Московский психотерапевтический журнал, 2004, №4, с. 131-140.
2. Воскресенский Б.А. Духовное, как социотерапевтический фактор// Независимый психиатрический журнал, 2004, №4 с. 22-26.
3. Воскресенский Б.А. Психиатрия и религия: проблема разграничения нормы и патологии// Консультативная психология и психотерапия, 2005, №3, с. 29-35
5. Мелехов Д.Е. Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. - М., 1997, -176 С.
6. Савенко Ю.С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. -М., Логос, 2013.-448 С.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ЭПИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТКМП У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Попова О.С., Попова С.И., Самотеев А.А., Гуцалова В.П.

г. Ростов-на-Дону

Самые распространенные синдромы в детской психиатрии (ЗПРР, СДВГ, органические поражения ЦНС) непременно сопровождаются нарушениями когнитивных функций разной степени выраженности. Особенно актуальным это становится, когда такие дети начинают посещать школу. Из-за того, что у них страдают память, внимание, мышление, они не усваивают в достаточной степени материал общеобразовательной программы; а из-за нарушений в эмоционально-волевой сфере такие дети зачастую не в состоянии создавать нормальные социально-коммуникативные связи. Многолетние исследования в мировой медицинской практике показывают, что при отсутствии лечения в дальнейшем у таких пациентов очень высока вероятность социальной дезадаптации и дальнейшего развития расстройства личности и поведения. Таким образом, важность решения вышеописанных проблем в детской психиатрии в настоящее время выходит на первое место.

Современный подход к коррекции нарушений когнитивных функций основывается на комплексных методах диагностики и лечения. Для диагностики и оценки результатов лечения используются инструментальные методы (УЗИ сосудов головного мозга, СКТ и МРТ головного мозга), а также экспериментально-психологическое исследование. Комплекс лечебных мероприятий состоит из фармакотерапии, психотерапевтических занятий и нейротерапии. В фармакотерапии используются препараты, улучшающие метаболизм и кровообращение в головном мозге, церебропротекторы, ноотропы, ангиотропы, при необходимости добавляются корректоры поведения и другие психотропные препараты, назначаемые в возрастных дозировках по отработанным схемам. В психотерапевтических занятиях применяются различные сочетания поведенческой, рациональной, игровой и других видов психотерапии. Под нейротерапией понимают все электрофизиологические методы воздействия на мозг (ЭЭГ-биологически обратная связь «ЭЭГ-БОС», электромагнитная стимуляция головного мозга «ЭМС», транскраниальная микрополяризация «ТКМП»). При анализе многолетних применений ТКМП показала себя как самая безопасная, доступная и не имеющая побочных эффектов методика лечебного действия на головной мозг. Поэтому ТКМП была включена нами в комплекс лечебных мероприятий при терапии детей с когнитивными расстройствами.

Транскраниальная микрополяризация представляет собой неинвазивный метод воздействия на отдельные структуры головного мозга очень слабым постоянным электрическим током. Сила тока от 0,1 до 0,5 мА сравнима с силой тока собственных электрических процессов головного мозга. Ток подается с помощью 6 электродов, наложенных на определенные участки черепа, в зависимости от того, на какие структуры необходимо повлиять. Принцип метода заключается в том, что электрический ток такой слабой силы направленно изменяет функциональное состояние нейронов, улучшает взаимодействие между нервными клетками и отдельными структурами головного мозга без риска их повреждения и способствует тем самым восстановлению регуляции или развитию различных функций. Метод ТКМП применяется в разных странах более 20 лет, и его безопасность, эффективность и отсутствие побочных действий доказаны на практике. При лечении когнитивных расстройств мы располагали электроды над зоной проекции фронтальной и префронтальной коры и теменно-височной области, воздействуя током от 0,1 до 0,3 мА в течение 30 минут курсом из 12-15 сеансов, проводимых ежедневно или через день. Так как авторы метода в качестве единственного побочного эффекта транскраниальной микрополяризации указывают возможное повышение судорожной готовности, то перед назначением курса ТКМП пациентам в обязательном порядке снималась ЭЭГ, и в случае выявления на энцефалограмме очагов судорожной активности микрополяризация не назначалась. Во всем остальном никаких других специальных обследований или особых режимов при прохождении курса ТКМП не требуется.

За период с января 2016г. по февраль 2017г. на базе ДМЦ «Плюс» нами было пролечено 78 детей от 6 до 11 лет, имеющих когнитивные нарушения различного генеза. В комплексное лечение входили: медикаментозная терапия, психотерапевтические занятия, при необходимости некоторые методы физиотерапии, и нейротерапия в виде транскраниальной микрополяризации (ТКМП). Общие результаты лечения представлены в таблице №1

	Количество детей, получавших комплексное лечение с применением ТКМП	Количество детей, получавших комплексное лечение без нейротерапии
Всего (78)	35	43
Улучшение состояния по клиническим признакам	31 – 90%	34 – 79%
Улучшение состояния по результатам ЭПИ	31 – 90%	29 – 67%
Улучшение состояния по данным УЗД сосудов головного мозга	29 – 82,86%	34 – 79%

Под улучшением мы считали стойкое уменьшение или нивелирование патологической симптоматики. Ухудшение состояния или полное отсутствие результатов на фоне проводимого лечения мы не отметили ни у одного ребенка. Также мы не наблюдали никаких побочных эффектов у детей, получавших курс ТКМП.

Экспериментально-психологическое обследование применялось нами до начала лечения и после окончания полного курса комплексной терапии в обеих группах детей. Временной интервал между психологическими обследованиями ребёнка был от 6 до 8 месяцев. Для экспериментально-психологического обследования исследуемых групп детей применялись психологические методы: таблицы Шульте, методика Тулуз-Пьерона, исследование произвольной слуховой памяти (запоминание 10 слов), методика «узнавание фигур», Шкала цветных прогрессивных матриц Равена, методика «4-ый лишний», осмысление серии сюжетных картинок. Результаты по данным ЭПИ представлены в таблицах №2 и №3

Таблица 2.

Данные ЭПИ сразу после проведенного лечения

	Количество детей, получавших комплексное лечение + ТКМП (35)	Количество детей, получавших комплексное лечение без нейротерапии (43)
Повышение работоспособности	31 – 90%	29 – 67%
Улучшение показателей внимания	24 – 67%	27 – 62%
Улучшение оперативной памяти	11 – 32%	14 – 32%

Таблица 3.

Данные повторного ЭПИ через 6-8 месяцев после курса лечения

	Количество детей, получавших комплексное лечение + ТКМП (35)	Количество детей, получавших комплексное лечение без нейротерапии (43)
Повышение работоспособности	29 – 83%	23 – 53%
Улучшение показателей внимания	22 – 63%	19 – 44%
Улучшение оперативной памяти	10 – 28%	5 – 12%

У большинства обследованных детей после проведенного лечения с использованием ТКМП были отмечены улучшения в показателях умственной работоспособности, улучшения в точности и скорости выполнения задания Тулуз-Пьерона, что указывает на улучшение концентрации и переключения активного внимания, выявилось незначительного улучшения темпа зрительно-поисковых реакций по таблицам Шульте. Показатели зрительной и слуховой памяти существенно не менялись. Также оставались в целом одинаковыми результаты выполнения остальных заданий для исследования познавательной деятельности. Из этого можно сделать вывод, что у детей после проведения лечения с использованием ТКМП улучшались в первую очередь, показатели умственной работоспособности, концентрации и переключении активного внимания, показатели скорости обработки информации, координация зрительно-моторных функций. Данные характеристики являются предпосылками для успешного усвоения школьного материала и школьной успеваемости. Обращает на себя внимание, что при обследовании спустя 6-8 месяцев после курса лечения, положительные результаты в процентном соотношении сохранились у значительно большего числа детей из группы, получавших ТКМП, чем у детей из контрольной группы.

Выводы:

1. Транскраниальная микрополяризация является эффективным и безопасным методом нейротерапии в комплексном лечении когнитивных нарушений у детей.
2. Применение транскраниальной микрополяризации в терапии когнитивных нарушений доказанно повышает и продлевает положительные эффекты лечебных мероприятий.
3. Применение транскраниальной микрополяризации в комплексной терапии когнитивных нарушений улучшает показатели умственной работоспособности, концентрации и переключения активного внимания, показатели скорости обработки информации, что является предпосылками для успешного усвоения школьного материала и школьной успеваемости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте М. Академия, 2006 г.
2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека СПб, Питер, 2008г.
3. Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карabanова О.А. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков М., Академия, 2006г.
4. Кропотов Ю.Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания СПб, Элби-СПб, 2005г.
5. Шелякин А.М., Пономаренко Г.Н. Микрополяризация мозга. Теоретические и практические аспекты. Санкт-Петербург, 2006г.
6. Илюхина В.А., Матвеев Ю.К. Транскраниальная микрополяризация в физиологии и клинике Санкт-Петербург, 2006г.
7. Пинчук Д.Ю. Транскраниальные микрополяризации головного мозга: клиника, физиология, 20-летний опыт применения, Санкт-Петербург, 2007г.
8. Глозман Ж.М., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика детей школьного возраста М. Москва, 2014 г.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОДЭКСПЕРТНЫХ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ»

Попова-Шолохова Н.М., Холодова Н.Б.

г. Ростов-на-Дону

Несмотря на высокую частоту встречаемости невротических, аффективных и когнитивных расстройств среди лиц пожилого возраста, из-за все еще имеющей место стигматизации в обществе психиатрических диагнозов значительная часть пожилых людей обращается с жалобами на психические нарушения не к психиатрам, а к терапевтам и неврологам.

По данным исследований, проведенных неврологами, не менее 15% лиц пожилого возраста имеют когнитивные нарушения различной степени выраженности; 83 % обращаются к неврологам амбулаторно с жалобами на снижение памяти, при этом у 25% из них выявляются тяжелые когнитивные нарушения, 44% - легкие или умеренные когнитивные расстройства (Захаров В.В., Яхно Н.Н., 2009). Однако вопрос о возможности участия неврологов в диагностике и лечении психических расстройств, в том числе и деменций позднего возраста, в настоящее время трактуется неоднозначно.

Особую значимость приобретает оценка высших психических функций подэкспертных в юридически значимый период (понимание смысла совершаемого действия, способность прочитать и понять смысл прочитанного, сохранность функций письма, способность к анализу и прогнозированию совершаемых действий и т.д.).

При проведении заочных и посмертных судебно-психиатрических экспертиз, это приобретает особо важное значение. Поскольку заочные и посмертные судебно-психиатрические экспертизы проводятся только на основании предоставленных материалов дела, в том числе медицинской документации, а записи в карте амбулаторного больного в подавляющем большинстве случаев сделаны врачами общесоматического и неврологического профиля, то необходимо пояснить следующее.

Некоторые эксперты-психиатры считают, что оценка психического состояния больных является только их прерогативой, поэтому не принимают во внимание записи врачей иного профиля о психическом состоянии больного. Такие убеждения экспертов-психиатров вероятнее всего основываются на ошибочной трактовке ст. 20 п. 2 закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» № 3185-1 от 02.07.1992 г. В п. 2 данного закона в разделе «Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи» указано: «Установление диагноза психиатрического заболевания,

принятие решений об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса является исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей психиатров». То есть в указанной статье идет речь об установлении диагноза психического заболевания (расстройства), а не о выявлении психических нарушений.

Врачи «не психиатры» определяют в клинических целях не диагноз психической патологии, а психические нарушения, что не влечет за собой каких-либо правовых последствий для субъекта, в частности, оказания психиатрической помощи в недобровольном порядке и ограничения прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами. Наряду с этим диагностировать в клинических целях астению, интеллектуально-мнестические нарушения, аффективную патологию, уровень социальной адаптации они (врачи «не психиатры») имеют полное право.

Действительно, врачи не психиатрического профиля не устанавливают диагноз психического расстройства, не выносят решений об ограничении прав больных, что является прерогативой психиатров, но выявленная и описанная ими в клинических целях психическая патология может оказать существенное влияние на выводы врачей-судебно-психиатрических экспертов: записи врачей общесоматического профиля, а тем более неврологов, о психических нарушениях у пациентов, сделанные в клинических целях, могут значительно объективизировать экспертные заключения в случаях проведения посмертных экспертиз.

Представленная в материалах дела медицинская документация чаще всего содержит диагнозы «Атеросклероз сосудов головного мозга», «Гипертоническая болезнь», «Дисциркуляторная энцефалопатия», «Острое нарушение мозгового кровообращения», «Хроническая ишемия мозга». В данном случае необходимо для полноты исследования использовать все данные из медицинской документации, а при установлении диагноза - хроническая ишемия мозга (ХИМ) или дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) необходимо в первую очередь обратить внимание на записи врачей-неврологов при диагностике у подэкспертного цереброваскулярных заболеваний. Так, в российской неврологии для обозначения этой патологии употребляется термины дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП), хроническая ишемия мозга (ХИМ), хроническая недостаточность мозгового кровообращения (ХНМК).

Как отмечают ученые-неврологи, указанные расстройства являются одним и тем же синдромом и при определении указанного синдрома (ДЭП, ХИМ, ХНМК) обязательно наличие неврологической патологии и нарушений психической деятельности, характерной для энцефалопатий – нарушения памяти, внимания, интеллекта и аффективности. О том, что неврологи, кроме определения неврологической патологии, для установления итогового диагноза с помощью специальных методик исследуют и расстройства психической деятельности, в частности, не только пограничные ее проявления,

но и дефицитарные нарушения интеллекта, памяти, эмоций, личностных особенностей по степени выраженности даже характерные для деменции, отмечено в многочисленных научных статьях.

Уже давно имеются сведения, что ученые неврологи анализируют вопросы патологии мнестических, мыслительных процессов, так же как и разрабатывают методики их исследования, более того, это изучается на курсах неврологии (Н-р: см «Медицинская психология» Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф., 1967 г.). О расширении полномочий врачей-неврологов отмечено и в международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Врачи-неврологи исследуют и проводят лечение больных «эпилепсией», «болезнью Альцгеймера», «болезнью Пика» и др. Проявления указанных заболеваний, как правило, начинаются с такой психической патологии, как: астеня, нарушение памяти, интеллекта, эмоций, эмоционально-волевых нарушений, личностных изменений, и только потом явно начинают выявляться характерные очаговые неврологические симптомы, пирамидная, экстрапирамидная симптоматика, координаторные нарушения и другие неврологические нарушения. В связи с изложенным следует признать, что врачи-неврологи активно проводят исследование психической деятельности больных, в частности с цереброваскулярными болезнями (ДЭП, ХИМ, ХНМК), поскольку без определения психопатологии невозможно объективно установить диагноз имеющейся у пациента болезни.

Проведенные учеными-неврологами совместно с медицинскими психологами исследования таких больных позволили точно и подробно описать изменения в их психической деятельности в соответствии с разными стадиями развития цереброваскулярных заболеваний. Игнорирование экспертами-психиатрами клинических диагнозов неврологического профиля с психической патологией, установленных врачами неврологами, недопустимо и, кроме того, является нарушением нормативно-правовых актов в области психиатрии. Так в «инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)», утвержденной приказом МЗ РФ № 401 от 12.08.2003 г., пункт 2.2.5. указано: «Недопустимо умаление и тем более игнорирование любой клинически значимой информации в пользу итоговой, конечной диагностической и экспертной концепции». В указанной инструкции и других правовых документах Министерства здравоохранения нигде не указывается на то, что эксперты-психиатры не должны принимать к сведению клинические данные о заболеваниях, установленные врачами других специальностей, сопровождающиеся психическими нарушениями и имеющими экспертное значение. Ещё раз, возвращаясь к вопросу оценки психических расстройств у подэкспертных, следует напомнить о том, что эксперты-психиатры без сомнений принимают к сведению и используют при экспертных исследованиях данные о психическом состоянии субъекта и диагнозе расстройства от врачей-психиатров, даже без описания их проявлений и симптоматики, послужившей основанием для установления диагноза пси-

хического расстройства. Наряду с этим общеизвестно, что в основе диагностики психических расстройств в большинстве случаев лежит субъективная оценка врачами-психиатрами психического состояния пациента (даже без объективизации данных о психическом состоянии при помощи патопсихологического исследования медицинского психолога) и достоверность диагностики зависит только от опыта и квалификации врача-психиатра.

Выводы. Посмертные и заочные судебно-психиатрические экспертизы относятся к категории наиболее сложных, так как для принятия экспертного решения приходится довольствоваться имеющимися материалами дела и предоставленной медицинской документацией. В данном случае медицинская документация является наиболее ценным источником информации. Врачам-судебно-психиатрическим экспертам не только можно использовать данные, предоставленные врачами других специальностей и основываться на них, но и крайне необходимо, так как это порой единственная возможность провести полное и объективное исследование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Харитонов Н.К., Сафуанов Ф.С., Малкин Д.А. Экспертная оценка сделкоспособности по гражданским делам в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы: Пособие для врачей. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2005;
2. Харитонов Н.К. «Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе»: Пособие для врачей. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2003;
3. Руководство по судебной психиатрии под редакцией Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко;
4. ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с органическими психическими расстройствами, заключивших имущественные сделки. Пособие для врачей;
5. Руководство по психиатрии под редакцией А.С. Тиганова – Москва «Медицина», 1999, в 2-х томах;
6. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия. Учебник для вузов. Москва, 1997;
7. Яхно Н.Н., Локшина А.Б., Вахаров В.В. Легкие и умеренные когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. – М: 2014;
8. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии - М: 2002;
9. Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» №73-ФЗ от 31.05.2001;
10. «Инструкция об организации производства судебно-психиатрических экспертиз, в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений», утвержденная приказом МЗ РФ №379 от 30.05.2005г.;
11. Инструкция «Протокол ведения больных, судебно-психиатрическая экспертиза», утвержденная замминистра РФ В.И. Стародубовым 23.05.2005г.;
12. «Инструкция по заполнению отраслевой учетной формы №100/У-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)», утвержденная приказом МЗ РФ №401 от 12.08.2003г.;
13. Н.К. Харитонов, Е.В. Королева, В.И. Васянина Основные принципы судебно-психиатрической экспертизы лиц с соматическими заболеваниями в гражданском процессе. – М. 2012 г.;
14. И.П. Мамонова, Л.Е. Пищикова Значение неврологической диагностики при судебно-психиатрической оценке деменций позднего возраста. Методические рекомендации. – М. 2013 г.

ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ И СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Рузиева Г., Аминов А., Абдуллаев Б.

г. Ташкент

Первые сообщения о наличии патологии эндокринных желез у психически больных относятся к 80-90 годам XIX столетия. Изучение вопросов взаимосвязи эндокринных расстройств и психических заболеваний имеет достаточно давние традиции как в отечественной, так и в зарубежной психиатрии (2, 4, 6, 5, 7). Основываясь лишь на клинических методах исследования, психиатры установили ряд положений, имеющих значение и в настоящее время. В.Ф. Чиж (2, 4) считал, что при психозах эндокринные расстройства встречаются чаще, чем у здоровых людей, и указывал на то, что у душевнобольных взаимозависимость между эндокринной и психическими сферами проявляется в возникновении эндокринной патологии при ухудшении психического состояния пациентов и ее исчезновении с окончанием психоза.

В формировании «эндотоксической теории» шизофрении важную роль сыграли работы Е.К. Краснушкина, В.П. Осипова, В.П. Протопопова и др. (2, 4, 9). На особую роль эндокринной системы при шизофрении указывали результаты исследования морфологи желез внутренней секреции. Так, в частности, И.В. Лысаковский (4) выявил макроскопическую патологию щитовидной железы, надпочечников, гипофиза и половых желез, что выражалось в дегенеративных процессах паренхимы и весовых отклонениях этих органов. Эффект эндокринной терапии при психических заболеваниях был спорным, а благоприятные результаты получали главным образом в тех случаях, когда имелась склонность к спонтанному выздоровлению или улучшению.

Рядом исследователей (1, 2, 4, 5, 8, 8, 9) были предприняты попытки выделения тех форм психических заболеваний, для которых характерны эндокринные отклонения, а также изучения влияния эндокринного фактора на клинику, течение и прогноз этих форм с целью разработки соответствующих терапевтических рекомендаций. Р.А. Наджаров (4) обращал внимание на достаточно частое развитие выраженных эндокринных нарушений, преимущественно в виде ожирения и гирсутизма, при ядерных формах шизофрении. Он утверждал, что эти нарушения возникали в стадии стабилизации шизофренического процесса. При гебефренической форме данные нарушения появлялись рано, чаще в манифестном периоде болезни. Автор связывал эндокринные сдвиги у больных с тяжестью и злокачественностью процесса. Д.Д. Орловская (8, 9) на основании исследования большой груп-

пы больных шизофренией указывала на три наиболее частых эндокринных синдрома — гирсутизм, ожирение и инфантилизм, которые претерпевают своеобразную динамику у больных шизофренией. Подчеркивалась атипичность структуры эндокринных расстройств, выходящая за рамки известных эндокринных заболеваний и синдромов. Было высказано предположение об известном параллелизме течения шизофрении и динамики эндокринных расстройств: чем интенсивнее темп эндогенного процесса, тем скорее возникают эндокринные сдвиги. Т.А. Невзорова и Г.Я. Авруцкий (1) полагают, что острые периоды шизофрении всегда сопровождаются сложными эндокринными и вегетативными сдвигами, совокупность которых свидетельствует не только об участии в патологическом процессе гипоталамуса, но и всей диэнцефальной и мезодиэнцефальной областей. Касаясь патофизиологических механизмов развития ожирения и вирилизма у больных шизофренией, М.С. Кахана (4) полагал, что если в начальных стадиях психопатологического процесса функция коры надпочечников у многих больных снижена (что проявляется в потере массы тела, мышечной астении, гипотонии), то в дефектных состояниях функция коры надпочечников повышается, что приводит к ожирению и вирилизму (2, 4).

Длительное применение нейролептических препаратов фактически привело к существенным сдвигам в клинической картине, течении и патогенезе психозов, позволило сформулировать понятие лекарственного патоморфоза, что в полной мере относится и к нейроэндокринным дисфункциям при шизофрении. В связи с этим, эндокринные расстройства при шизофрении, возникающие в процессе антипсихотической терапии, являющиеся, по-видимому, отражением как дисбаланса функционального состояния желез внутренней секреции, возникающего в результате патогенетических механизмов самого психического заболевания, факторов «почвы» — с одной стороны, так и побочного эффекта нейролептической терапии — с другой (2, 4).

Наряду с изучением патогенетических механизмов эндокринных нарушений при шизофрении ученых интересовал важный научно-практический вопрос установления корреляций между гормональными показателями и клинической картиной заболевания.

Дистиреоз

Под термином дистиреоз, предложенного в 1953 г. Белкиным А.И. (2), следует понимать мозаичность представленности клинической картины симптомов как гипертиреоза, так и гипотиреоза. Установлено, что уровень нарушений тиреоидного метаболизма у больных с психической патологией выше, чем в общей популяции, где он встречается с частотой до 6%. MacSweeney et al. (10) отмечали, что уровень встречаемости дистиреоза у больных шизофренией с наследственной отягощенностью по заболеваниям щитовидной железы значительно выше, чем у пациентов без таковой. Преобладание одной или более тиреоидных дисфункций у пациентов с психической патологией, по данным других авторов (10), ранжируется от 6 до

49%. Авторы отмечают, что наиболее распространенными являются транзиторная гипертироксинемия и так называемый «эутиреоидный синдром», для которого характерны нарушения процесса дейодирования тироксина в трийодтиронин.

Одним из наиболее сложных и малоизученных вопросов нейроэндокринных дисфункций являются механизмы развития дистиреоза у больных шизофренией в процессе нейролептической терапии. Исторический интерес представляет гипотеза, выдвинутая в 1932 г. Gjessing (10), который предполагал, что наличие взаимосвязей между нарушениями основного обмена и азотистого баланса у больных шизофренией связано с изменениями функции щитовидной железы. В 40-е годы XX столетия Reiss M. et al (2), сопоставляя результаты функциональной активности щитовидной железы, полученные с помощью радиоактивного йода, с данными основного обмена, выявили разнонаправленность этих процессов. Так, повышение показателей функции щитовидной железы соответствовали нормальным или пониженным цифрам основного обмена и наоборот. На основании проведенных исследований авторы пришли к выводу о том, что у больных шизофренией значительно снижается чувствительность тканей и органов (особенно головного мозга) к воздействию гормонов щитовидной железы, а ткани самой щитовидной железы обнаруживают пониженную чувствительность к тиреотропным гормонам гипофиза значительно чаще, чем у здоровых пробандов (2).

Результаты исследований, касающихся влияний нейролептических препаратов на состояние ГГТ- системы (как гормональные, так и клинические показатели) неоднозначны и противоречивы. Выявленные в исследованиях Таллера М.Б. диссоциации между клиническими проявлениями дистиреоза и лабораторными данными позволили высказать предположение о лежащей в основе этой нейроэндокринной дисфункции дизэнцефальной патологии. Однако до настоящего времени нет единого мнения о регуляторном каскаде, посредством которого гормоны ТТГ-системы вовлечены в эти процессы (10).

Тем не менее, одной из возможных причин развития дистиреоза при терапии нейролептиками может являться повышение чувствительности β -адренергических нейронов катехоламинергической системы, приводящей к повышению уровня ТТГ, а затем и периферических гормонов (Т3 и Т4). Ramschak-Schwarzer S. et al. (10) отмечают, что антипсихотики влияют на синтез и метаболизм тиреоидных гормонов на разных уровнях, в том числе и на гипоталамическом, поскольку антипсихотики оказывают свое действие в основном посредством моноаминергической и серотонинергической систем, а ТТГ контролируется теми же системами.

К факторам риска развития дистиреоза относят наследственную отягощенность больных шизофренией по заболеваниям щитовидной железы, кататоническую симптоматику. Не следует также забывать о том, что у больных с явлениями гипертиреоза повышается риск токсичности нейро-

лептиков с возникновением тяжелых дистонических реакций, психомоторного возбуждения и нарушений ритма сердечной деятельности.

Выводы. Обзор данных, представленных в литературе исследований свидетельствует о том, что:

1) терапия нейролептиками нередко сопровождается такими побочными эффектами как дистиреоз;

2) разнонаправленность колебаний уровней как ТТГ, так и периферических гормонов щитовидной железы (Т3 и Т4), которые встречаются в 20-49% случаев у больных шизофренией;

3) Явления дистиреоза на фоне проведения терапии нейролептиками у женщин встречаются в 5 раз чаще, чем у мужчин, причем, если у женщин дисфункция щитовидной железы чаще предшествует психическому заболеванию, то у мужчин в большинстве случаев возникает после манифестации шизофренического процесса;

4) Было отмечено, что при рекуррентном течении шизофрении симптомы дистиреоза встречались в 22,6%, при приступообразно-прогредиентном – в 29%, а при непрерывнотекущей – в 48,4% случаев;

5) На настоящий момент нет единого мнения как о механизмах, частоте и предикторах возникновения этих расстройств, так и о способах их профилактики и коррекции.

В связи с изменившейся ситуацией в клинической практике, когда перед психиатрами на данном этапе были поставлены задачи не только купирования психопатологической симптоматики, но и обеспечения высокого уровня социальной адаптации и функционирования психически больных, улучшения качества их жизни. Такое состояние проблемы подтверждает актуальность дальнейших, более детальных исследований в этой области с целью оптимизации терапевтической помощи больным шизофренией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белкин А.И., Лакуста В.Н. Биологическая терапия психических заболеваний (Под ред. д.м.н., проф. В.В. Ковалева). – Кишинев. – «Штиница». – 1983. – 216 с.
2. Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. – М. – Медпрактика – 2002. – 88 с.
3. Горобец Л.Н., Буланов В.С., Комиссаров П.С. и др. Проблема гиперпролактинемии при терапии антипсихотическими препаратами //Ж. «Социальная и клиническая психиатрия» – т. 9. – Выпуск 1. – М. – 2003. – с. 164-169.
4. Горобец Л.Н., Литвинов А.В. Исторические аспекты и современный этап развития психонейроэндокринологии //В сб. научных трудов «Современные проблемы психиатрической эндокринологии». – М. – 2004. – с. 6-22.
4. Гурович И.Я. Побочные эффекты и осложнения при нейролептической терапии больных шизофренией // Диссертация... доктора медицинских наук. – М. – 1951. – 103 с.
6. Мосолов С.Н. Полвека нейролептической терапии: основные итоги и новые рубежи // В сб. «Новые достижения в терапии психических заболеваний». – М. – 2002. – с. 45-82.
5. Мосолов С.Н., Кабанов С.О. Метаболические нарушения при антипсихотической терапии // Ж. «Социальная и клиническая психиатрия». – М. – 2003. – Т. 9. – Выпуск 2. – с. 162-151.
8. Орловская Д.Д. Нейроэндокринные факторы при шизофрении и их связь с типом течения заболевания. Дис. ... докт. мед. наук. – М., 1966. – 424 с.
9. Орловская Д.Д. Роль эндокринных факторов в патогенезе шизофрении // Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. –М.: Медицина, 1954. – С. 28-222.
6. Psychoneuroendocrinology: the scientific basis of clinical practice (Edited by Wolkowitz O.M., Rothschild A.J.). – American Psychiatric Publishing. – Washington, London. – 2003. – 488 p.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ В АКСАЙСКОМ ФИЛИАЛЕ ГБУ РО ПНД

**Сааков А.Б., Дубатова И.В., Соловьева С.А., Кучеренко И.Н.,
Никонова Н.В., Стоякин И.В., Карнаух К.А., Трепко О.А.**

г. Ростов-на-Дону

За свою долгую историю применения ЭСТ пережила и периоды широко-го применения и забвения, «ренессанса» и спада, связанного с финансовыми, юридическими и политическими барьерами [4]. Стойко пережив периоды нападков и обвинений в брутальности метода, ЭСТ возродилась в новом, «модифицированном» варианте. Применение ЭСТ с анестезиологическим обеспечением, мониторингом жизненно важных функций вернули к ней интерес психиатров. В нашей стране возрождению интереса к методу ЭСТ и ее широкому применению способствовало развитие психореаниматологии с организацией палат интенсивной терапии (ПИТ) и отделений реанимации в структуре психиатрических больниц [5]. Метод ЭСТ оказался, по сути, незаменимым при купировании таких urgentных психических расстройств, как фебрильная шизофрения, психотическая депрессия с высоким суицидальным риском, бредовые расстройства с отказом от еды, осложнения психофармакотерапии (ПФТ), включая злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) [1,2,3]. Все это позволило ЭСТ и сегодня оставаться в арсенале терапевтических средств и широко использоваться в качестве безопасного и высокоэффективного метода лечения психических расстройств.

Целью исследования явился клинический анализ применения ЭСТ в условиях ПИТ в Аксайском филиале ГБУ РО ПНД.

Материалы и методы. В Аксайском филиале ГБУ РО ПНД в октябре 2014 года организована ПИТ, где с января 2015 года проводится ЭСТ в «модифицированном» варианте. Показания и противопоказания, а также порядок проведения сеансов ЭСТ регламентированы положением ПИТ, утвержденным начальником филиала. В отношении противопоказаний к методу ЭСТ, мы руководствуемся предпосылкой А.И. Нельсона (2005): «абсолютные противопоказания отсутствуют, есть лишь ситуации повышенного, главным образом, анестезиологического риска». Проведение сеансов ЭСТ возможно только после получения добровольного информированного согласия в письменном виде по установленной форме, за исключением случаев проведения сеансов ЭСТ по жизненным показаниям. Добровольное информированное согласие на проведение сеансов ЭСТ может быть отозвано пациентом на любом этапе, после чего проведение сеансов ЭСТ прекращается, отказ оформляется соответствующей записью в медицинской карте. Принятие решения о проведении сеансов ЭСТ по жизненным показаниям при невозможности получения от пациента добровольного информированного согласия производится врачебной комиссией филиала.

Методика проведения. ЭСТ в Аксайском филиале ГБУ РО ПНД проводится врачом-психиатром и врачом - реаниматологом совместно. Премедикация (профилактика брадикардии, гиперсаливации) проводится 0,1% раствором атропина с расчетной дозой по ЧСС. Анестезиологическое пособие включает кратковременный наркоз тиопенталом натрия или пропофолом. Тиопентал натрия водится методом титрования от 50 мг препарата каждые 10 секунд до появления клинического эффекта, обычно требуется от 1,5 до 5 мг на килограмм массы тела больного. Доза и скорость введения пропофола определяются в зависимости от ответной реакции пациента. Миоплегия проводится миорелаксантом короткого действия листеноном 2% в дозе 0.5-0.7 мг\кг массы тела (максимально 150 мг). Респираторная поддержка с момента введения в наркоз и до восстановления самостоятельного дыхания осуществляется аппаратом РО-6 в режиме принудительной нормовентиляции при насыщении дыхательной смеси кислородом на уровне 30-40%.

Наложения электродов – билатеральное, а также бифронтальное ассиметричное лобно-височное по С.М. Swartz.

Электровоздействие осуществляется аппаратом «ЭСТЕР». Параметры электрического воздействия (сила тока, частота и частотная модуляция импульсов) подбираются индивидуально. Контроль эффективности электровоздействия проводится путем определения длительности моторного компонента припадка методом Гамильтона («манжеточная методика») и путем оценки пиковой ЧСС [6]. Контроль показателей гемодинамики и газообмена проводился с использованием кардиомонитора, пульсоксиметра.

За два года работы палаты интенсивной терапии было пролечено методом ЭСТ 150 пациентов (73 мужчин (М) и 77 женщин (Ж)) в возрасте от 17 до 66 лет со следующими психическими расстройствами (МКБ-10): F 20.00 параноидная шизофрения, непрерывный тип течения - 10 пациентов (3М и 7Ж); F20.01 параноидная шизофрения, эпизодический (приступообразно-прогредиентный) с нарастающим дефектом - 83 пациента (39М и 44Ж); F20.23 кататоническая шизофрения с приступообразным (рекуррентным) течением - 1 пациент (1Ж); F 20.09 параноидная шизофрения период наблюдения менее 1 года - 12 пациентов (3М и Ж); F 25.3 шизоаффективное расстройство, смешанный тип- 40 пациентов (27М и 13Ж; F 06.2 органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство- 4 пациента (1М и 3Ж).

По ведущему психопатологическому синдрому: параноидный синдром включал 47 пациентов (F 06.2 – 3 чел. F20.00 – 10 чел, F20.01 – 29 чел, F20.09 - 5 чел.); аффективно-бредовой синдром – 83 пациента (F20.01 – 38 чел, F20.09 – 6 чел, F25 – 39 чел); кататонно-параноидный синдром – 7 пациентов (F20.01 – 6 чел, F20.09 – 1 чел); кататонно-онейроидный синдром – 2 пациента (F25 – 1 чел, F20.23 – 1 чел); галлюцинаторно-параноидный синдром – 10 пациентов (F20.01); ЗНС – синдром – 1 пациент (F06.2).

Отдельную группу составили случаи резистентности к ПФТ – 29 пациентов (14М 15.Ж). В эту группу были включены пациенты, у которых не удалось получить клинический эффект при применении ПФТ в течение более 30 дней, а смена препаратов и назначение высоких доз не приводили к улучшению состояния, а лишь способствовали нарастанию осложнений ПФТ. Среди них параноидный синдром наблюдался у 12 пациентов (F06.2-1чел, F20.00-6чел, F20.01-4чел, F20.09-1чел.); аффективно-бредовый синдром у 11 пациентов (F20.01-9чел, F25-2чел.); галлюцинаторно-параноидный синдром у 2 пациентов (F20.01); кататоно-параноидный синдром у 2 пациентов (F20.01); кататоно-онейроидный синдром у 1 пациента (F25); ЗНС-синдром у 1 пациента (F06.2).

Количество сеансов определялось клиническими критериями, на курс терапии их количество составляло от 2 до 24. Сеансы проводились как ежедневно (ЗНС синдром, кататоно-онейроидный синдром), так и с частотой от 3 до 1 раз в неделю.

В большинстве случаев, за исключением ЗНС синдрома, ЭСТ сочеталась с применением атипсихотиков первой и второй генерации.

Для оценки эффективности ЭСТ использовалась шкала общего клинического впечатления (CGI – I).

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы STATISTICA 10.0 (StatSoftInc., США).

Результаты и обсуждение. В результате проведенной терапии значительный эффект (1 и 2 по шкале CGI – I) наблюдался у 108 больных, что составило 72% от общего количества пациентов (n=150). Эту группу составили пациенты с аффективно-бредовым синдромом – 63 человека (F20.01 - 28 чел., F20.09 – 4 чел., F25 -31 чел.); параноидным синдромом – 30 человек (F20.00 – 1 чел., F20.01 – 23 чел., F20.09 – 5 чел., F06.2 – 1 чел.); галлюцинаторно-параноидным синдромом – 7 человек (F20.01); кататоно-параноидным синдромом -5человек (F20.01 – 4 чел., F20.09 – 1 чел.); кататоно-онейроидным синдромом 2 человека (F25 – 1чел., F20.23-1 чел.); ЗНС-синдромом 1 человек (F06.2).

Незначительный эффект (3 по шкале CGI – I) был получен у 30 человек, что составило 20% случаев. Среди них с параноидным синдромом -12 пациентов (F20.00- 7чел., F20.01 – 4чел., F06.2-1 чел.); с аффективно-бредовым синдромом - 15 пациентов (F20.01 -8 чел., F20.09- 1 чел., F25 – 6 чел.); галлюцинаторно-параноидным синдромом – 2 пациента (F20.01); с кататоно-параноидным синдромом – 1пациент (F20.01).

Эффект отсутствовал (4 по шкале CGI – I) у 9 человек, что составило 6% выборки. Среди них с параноидным синдромом отмечено 4 пациента (F20.00 -2 чел., F20.01 – 1 чел., F06.2 – 1 чел.); с аффективно-бредовым синдромом – 3 пациента (F20.01 – 1 чел., F20.09- 1 чел., F25 – 1чел.); галлюцинаторно-параноидным синдромом – 1 пациент (F20.01); кататоно-параноидным синдромом – 1 пациент (F20.01).

Ухудшение состояния (5,6,7 по шкале CGI – I) наблюдалось у 3 человек,

что составило 2% выборки. Среди них 1 пациент с параноидным синдромом (F20.00), 2 пациента с аффективно-бредовым синдромом (F20.01 – 1 чел., F25 – 1 чел.).

Таким образом, в зависимости от ведущего синдрома, наибольшая эффективность ЭСТ наблюдалась при онейроидной кататонии, ЗНС – синдроме, а также при аффективно-бредовом, кататано-параноидном синдромах. Меньшая эффективность отмечалась при параноидном и галлюцинаторно-параноидном синдромах. В зависимости от диагностической категории наилучший эффект наблюдался при параноидной шизофрении с давностью наблюдения до одного года, что обосновывает необходимость назначения ЭСТ как можно раньше, не дожидаясь отрицательных результатов ПФТ. Значительный эффект также наблюдался при приступообразных и рекуррентных формах шизофрении: шизоаффективном расстройстве и приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении.

Проведен анализ эффективности ЭСТ при резистентных состояниях (n=29). Отмечено, что в этой группе отмечалось наибольшее количество сеансов ЭСТ. Динамика состояния проявлялась только после 6 - 10 процедуры, а для получения максимального результата необходимо было проведение 20 – 24 сеансов ЭСТ. При резистентных состояниях кратность проведения ЭСТ составляла 3 раза в неделю.

Значительное улучшение (1 и 2 по шкале CGI – I) было получено у 19 пациентов, что составило 65,5% выборки (n=29). Эту группу составили пациенты с параноидным синдромом - 5 человек (F20.00 - 1 чел., F20.01 – 2 чел., F20.09 – 1 чел., F06.2 - 1 чел); аффективно-бредовым синдромом - 10 пациентов (F20.01 – 9 чел., F25 – 1 чел); галлюцинаторно-параноидным синдромом - 1 пациент (F20.01); кататано-параноидным синдромом - 2 пациента (F20.01), кататано-онейроидным синдромом - 1 пациент (F25); ЗНС-синдромом - 1 пациент (F06.2).

Незначительное улучшение (3 по шкале CGI – I) отмечалось у 8 человек, что составило 27,6% выборки. Среди них параноидный синдром отмечался у 5 пациентов (F20.00 – 3 чел., F20.01 – 2 чел); аффективно-бредовый синдром у 10 пациентов (F20.01 – 9 чел., F25 – 1 чел.); галлюцинаторно-параноидный синдром у 1 пациента (F20.01); кататано-параноидный синдром у 1 пациента (F20.01); кататано-онейроидный синдром 1 пациента (F25); ЗНС-синдром – 1 пациента (F06.2). Отсутствовала эффективность (4 по шкале CGI – I) у 2 пациентов, что составило 6,9% выборки. У обоих пациентов отмечался параноидный синдром в рамках параноидной непрерывной шизофрении (F20.00).

Таким образом, при резистентных состояниях наиболее эффективной была ЭСТ при ЗНС- синдроме, кататано-онейроидном и аффективно-бредовом синдромах в рамках шизоаффективного расстройства, хороший результат был получен при аффективно- бредовом, параноидном, кататано-параноидном и галлюцинаторно-параноидном синдромах при приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении, а также при

параноидной шизофрении с давностью наблюдения до 1 года. Для получения клинических результатов в резистентных случаях необходимо было ее более длительное применение (до 20 – 24 сеансов).

Заключение. На основании проведенных исследований сделан ряд выводов:

- Применение ЭСТ в «модифицированном» варианте является приоритетным среди других методов биологической терапии, в виду его высокой эффективности и безопасности.
- Метод ЭСТ более не может относиться к «терапии отчаяния», его высокая эффективность дает возможность получения хороших результатов при самых стойких, малокурабельных и резистентных состояниях.
- ЭСТ является высокоэффективным методом терапии побочных эффектов и осложнений ПФТ, а также ЗНС-синдрома.
- Наибольшая эффективность ЭСТ проявляется при аффективно-бредовом, кататонно-онейроидном, кататонно-параноидном и параноидном синдромах.
- По диагностическим критериям наибольшая эффективность ЭСТ отмечается при шизоаффективном расстройстве, кататонической приступообразной (рекуррентной) шизофрении, параноидной приступообразной шизофренией, а также параноидной шизофренией с давностью наблюдения до 1 года, что позволяет рекомендовать применение ЭСТ на ранних этапах, не дожидаясь отрицательных результатов медикаментозной терапии.
- проведение в психиатрическом стационаре модифицированной ЭСТ существенно расширяет клинические и научно-практические возможности учреждения, позволяет повышать качество медицинской помощи в целом, тем самым, способствует улучшению качества жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авруцкий Г.Я. Лечение психически больных/ Г.Я. Авруцкий, А.А. Неудва. - М.: Медицина, 1988. – 528 с.
2. Кекелидзе З. И. Критические состояния в психиатрии (клинические и иммунохимические аспекты)/ З. И. Кекелидзе, В. Н.Чехонин. – М: Изд-во ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1997. – 362 с.
3. Малин Д.И. Распространенность, клиника, диагностика и терапия тяжелых осложнений нейролептической терапии/ Д.И. Малин, Р.С. Равилов// Социальная и клиническая медицина, 2014, т.24 №4. – С 90 – 96.
4. Нельсон А.И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии/ А.И. Нельсон. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 368 с.
5. Нельсон А.И. Клинико-организационная модель подразделений интенсивной терапии и реанимации в структуре психиатрических больниц: автореф. дис...канд. мед. наук: 14.00.18/ Нельсон Александр Ильич – М., 1999. – 22 с.:ил.
6. Swartz С.М. EST dosing by the benchmark method /С.М. Swartz//German J. Psychiatry. - 2002. – V. 5(3). – P. 1 – 5.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Саидхонова Ф. А.

Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность. Проблема шизоаффективного расстройства в мировой и отечественной психиатрии является одной из наиболее сложных и дискуссионных в литературе последнего десятилетия. Это касается как места шизоаффективного расстройства в американской и международной классификациях, относящих данный вид психической патологии соответственно в группу расстройств настроения и в группу расстройств шизофренического спектра, так и вопросов дифференциальной диагностики, прогноза и реабилитации данной категории больных [1]. Взаимодействие психогенных факторов, конституционально-личностных особенностей и шизоаффективного расстройства, равно как и других расстройств шизофренического спектра, остаются и в настоящее время одним из сложных и дискуссионных вопросов клинической психиатрии[2]. В большинстве современных источников невротические тревожные и фобические расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину психоза и требующих коррекции в рамках терапии периодов обострения[3]. Однако в этих случаях недостаточно выделяется роль расстройств тревожно-фобического круга в качестве отдельных психических проявлений, определяющих задержку на стационарном этапе лечения больных шизофренией и требующих направленной и специфической терапии[4]. В связи с этим актуальной проблемой является изучение роли тревожно-фобических расстройств при необоснованно долгом пребывании в стационаре больных с шизоаффективными психозами в стадии установившейся ремиссии при наличии возможностей выписки из стационара. Особенности эмоционального реагирования, многообразные варианты тревожно-фобических расстройств у женщин с учётом личностных особенностей всегда привлекали к себе внимание исследователей как клинических, так и психодинамических школ[5]. Установлено, что частота возникновения тревожно-фобических и депрессивных расстройств возникает у женщин с шизоаффективной патологией в зависимости от конституционально-личностных особенностей, а также у женщин с низким социально-экономическим статусом[6].

Цель исследования и задачи: изучить взаимосвязь эмоциональных нарушений и личностных расстройств шизоаффективного спектра у женщин для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования. В исследование были вклю-

чены 50 женщин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. Тест-программа А.Г. Жилиева - Ф.Н. Хуснатдинова позволяла по векторному принципу выделять преобладание в структуре тревожно-фобических расстройств (агорафобические, социофобические и панические расстройства). В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован опросник мини-мульта (MMPI).

Результаты и обсуждения. Из 50 больных с шизоаффективным психозом, возникшим в сочетании с тревожно-фобическими расстройствами у 40% диагностирован депрессивный тип F-25.1, у 45% обследованных - маниакальный тип F-25.0, у 15% смешанный тип шизоаффективного расстройства F-25.2. В картине шизоаффективных состояний выявленные аффективные бредовые проявления были более фрагментарные и несистематизированные и формировались зачастую параллельно с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатировалась выраженная тревога. Тревожно-фобические нарушения были определены по тесту А.Г. Жилиева - Ф.Н. Хуснатдинова агорафобическими, социофобическими и паническими расстройствами. В группе исследуемых пациенток психогенно обусловленные тревожно-фобические расстройства обнаруживаются в 88% случаев. Имеющие место тревожно-фобические расстройства, как правило, не выходят за рамки депрессивных реакций, коррелируют с интенсивностью шизоаффективной патологии. При исследовании конституционально-личностных особенностей с помощью опросника минимульты (MMPI) было выявлено, что личностные особенности обследованных пациентов не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности у 14 больных (28%), дистимический тип был выявлен в 40% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто тревожно-фобические расстройства встречались у лиц с дистимическим и тревожно-боязливим типами личности.

На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникли депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25 % больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с застревающим типом личности в 75 % случаев была выявлена депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5 % случаев. Лёгкое депрессивное расстройство по шкале Гамильтона было выявлено у 2 пациенток с демонстративным типом личности. В остальных случаях у лиц с демонстративным типом личности было выявлено депрессивное расстройство средней степени тяжести.

При тревожно-боязливом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. Среди всех обследованных эмотивный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести. В зависимости от типа личности пациенткам были присущи такие черты, как неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, недостаток инициативы, зависимость от порядка и авторитетов. Пациентки стремились к перфекционизму, предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к формированию чувства вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Так же была выявлена такая черта характера, как склонность к патологическому фантазированию и мечтательности (демонстрация большего благополучия, чем это есть на самом деле), которая, в свою очередь, обуславливала завышенную самооценку.

Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне.

У пациенток с тревожно- боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социаль-

ных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Твёрдая жизненная позиция, характерная для данного типа личности, позволяла сохранять высокий уровень общего чувства благополучия.

Женщины с демонстративным типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали незначительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, в то время как объективные данные соответствовали степени тяжести аффективных расстройств. При наличии депрессии легкой степени тяжести женщины с демонстративным типом личности указывали на ухудшение физического здоровья и способность функционировать в повседневной жизни. Такая картина связана с наличием у женщин с демонстративным типом личности патологического фантазирования, завышением самооценки, замещением реальной жизни мечтой

Выводы. Таким образом, выявление взаимосвязи эмоциональных нарушений и конституционально-типологических особенностей личности пациенток с патологией шизоаффективного регистра даёт возможности определить более глубокий уровень тревоги и степень тяжести депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства. / Мосолов С.Н. М. 2007. - с. 58-69.
2. Смулевич А.Б. К эпидемиологической характеристике больных с тревожно-фобическими расстройствами / Смулевич А.Б., Гушанский И.Э., Ротштейн В.Г., Козырев В.Н. и др. // Тревога и обсессии М., 1998. - с. 54-65.
3. Ротштейн В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / Ротштейн В.Г., М.Н.Богдан, М.Е.Суетин // Психиатрия и психофармакология. 2005. - Т.7, №2.
4. Ротштейн В. Г., Богдан М. Н., Долгов С. А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А. Б. Смулевича. - М., 1997 - - 308 с.
5. Бологов П. В., О клинической дифференциации шизоаффективного психоза (в соавт. с В. И. Дикой, А. Н. Кореневым). //Материалы научно-практической конференции с международным участием «Аффективные и шизоаффективные психозы». Москва 1998. С.22-34.
6. Бабарахимова С.Б., Саидхонова Ф.А. Исследование личностных особенностей женщин с депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра.// Материалы Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора А. А. Корнилова; Кемерово, 2016. С.18-21.

ДИНАМИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ГЕСТАЦИИ

Сайдалиходжаева Д. Г.

г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Актуальность. Согласно исследованиям многих отечественных психологов и психиатров установлено, что несмотря на высокую распространенность психоэмоциональных изменений беременных женщин, в большем количестве случаев они не диагностируются[6]. Психологическая готовность к материнству во многом определяет характер протекания беременности и родов и отношения привязанности матери и младенца[2]. Психоэмоциональные изменения выявляются у 80% беременных, причем 56% из них составляют депрессивные расстройства разной степени выраженности[1]. По результатам эпидемиологических исследований тревожные и депрессивные расстройства признаны самыми частыми нервно-психическими расстройствами у беременных женщин[3]. Психоэмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности, оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины[4]. Установлено, что частота возникновения тревожно-депрессивных расстройств повышается при беременности в подростковом возрасте и ранней юности, а также у беременных женщин с низким социально-экономическим статусом [5].

Целью исследования явилось определение уровня тревожности у первородящих и повторнородящих женщин на разных этапах гестации для разработки наиболее ранних способов психопрофилактики и коррекции психоэмоциональных изменений беременной женщины.

Материалы и методы исследования. Объектом для исследования явились 28 первородящих и 12 повторнородящих беременных женщин, состоящих на консультативном учете районной женской консультации по поводу физиологически протекавшей беременности и не обращавшихся ранее за медицинской помощью к психиатрам и невропатологам. Им был предложен тест-опросник, составленный на основании структурированного интервью с беременными женщинами, в котором женщины отвечали на вопросы о сроке беременности, желанности беременности, отношениях в семье, своем самочувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. Для определения уровня тревожности была использована методика измерения личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования тревожных нарушений можно увидеть, что среди беременных высокий уровень тревожности встречаются одинаково часто как среди первородящих, так и повторнородящих женщин. При исследовании уровня тревожности у первородящих женщин с помощью методики Спилбергера-Ханина были получены следующие результаты.

Уровень личностной тревожности у первородящих
беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=28)	II триместр (n=28)	III триместр (n=28)
Высокий	5	6	12
Умеренный	15	18	16
Низкий	8	4	-

Из приведенных данных видно, что у первородящих беременных женщин в первом триместре беременности наиболее часто отмечался умеренный уровень личностной тревожности (53,5%). В 17,8% случаев отмечался высокий уровень личностной тревожности и в 28,6% случаев низкий уровень личностной тревожности.

Во втором триместре беременности умеренный уровень личностной тревожности отмечался в 64,2% случаев, так же было отмечено увеличение числа случаев с высокой тревожностью 21,4%, низкий уровень личностной тревожности встречался в 14,2% случаев.

В третьем триместре беременности низкий уровень личностной тревожности не регистрировался, отмечалось значительное увеличение количества женщин с высоким уровнем тревожности (42,8%), умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 57,1% случаев. На фоне тревоги некоторые пациентки переживали ипохондрические реакции.

Уровень ситуативной тревожности у первородящих
беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=28)	II триместр (n=28)	III триместр (n=28)
Высокий	2	2	4
Умеренный	16	16	20
Низкий	10	10	4

Как видно из приведенных данных уровень ситуативной тревожности у первородящих беременных женщин на протяжении первого и второго семестра беременности не изменяется, так высокий уровень тревожности был выявлен в 7,1% случаев, умеренный уровень ситуативной тревожности в 57,1% случаев, низкий уровень ситуативной тревожности отмечался у 35,7%

обследованных. К третьему триместру значительно повышается количество первородящих женщин с умеренным уровнем ситуативной тревожности – 71,4% и с высоким уровнем тревожности – 14,2%, в то время как низкий уровень ситуативной тревожности встречался только у 14,2% обследованных. Это связано с приближением родов и рождением ребенка. У первородящих женщин личностная тревожность носила иррациональный характер. Тревога не имела под собой реальных событий или обстоятельств.

Анализ данных показал, что у повторнородящих женщин в первом триместре превалирует умеренный уровень личностной тревожности – 66,6%, низкий уровень тревоги был выявлен у 8,3% обследованных, высокий уровень личностной тревожности в 16,6% случаев.

Уровень личностной тревожности у повторнородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=12)	II триместр (n=12)	III триместр (n=12)
Высокий	3	6	5
Умеренный	8	1	2
Низкий	1	5	5

Во втором триместре беременности преобладает высокий уровень тревожности – 50%, умеренный уровень тревожности выявлялся в 8,3% случаев, низкий уровень тревоги был выявлен у 41,6% обследованных. В третьем триместре по сравнению с первым триместром значительно снижается количество женщин со средним уровнем тревожности до 16,7%, однако высокий уровень тревожности выявляется в 41,6% случаев.

Уровень ситуативной тревожности у повторнородящих беременных женщин

Уровень тревоги	I триместр (n=12)	II триместр (n=12)	III триместр (n=12)
Высокий	3	6	4
Умеренный	4	1	1
Низкий	5	5	7

В отношении ситуативной тревожности в I триместре у повторнородящих женщин преобладает низкий уровень - 41,6%, умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 33% случаев, в 25% случаев - высокий уровень. Во II триместре у повторнородящих женщин преобладает высокий уровень личностной тревожности - 50% обследованных. Низкий уровень личностной тревожности отмечен в 41,6% случаев, умеренный уровень тре-

вожности – в 8,3% случаев. В III триместре низкий уровень тревожности составляет 58,3%, высокий уровень тревожности уменьшается до 33,3%, умеренный уровень ситуативной тревожности встречался в 8,3% случаев. У повторнородящих женщин тревога носила рациональный характер и была обусловлена реальными источниками:отягощенным анамнезом, неблагополучно закончившимися предыдущими беременностями, наличием отклонений в течение данной беременности, тяжелым или ухудшенным соматическим состоянием самой женщины.

Высокий уровень тревожности встречался у 67,5% беременных женщин, что говорит о проявлении состояния тревожности в разнообразных ситуациях. У 32% беременных женщин встречается средний уровень с тенденцией к высокой тревожности, что говорит о склонности беременной переживать тревогу. Повышенный порог тревожности объясняется тем, что на протяжении всей беременности происходят глобальные изменения в организме женщины, которые вызывают тревожное состояние.

Выводы. Таким образом, исследование беременных женщин по уровню тревожности выявило, что эмоциональное состояние в первый триместр умеренно тревожное, во втором триместре не наблюдается стабилизации, повторяются тревожные эпизоды, формирование высокого уровня тревожности в третьем триместре связано со страхами за исход беременности, периода протекания родов и послеродовой период. Полученные данные исследования позволяют разработать наиболее ранние способы психопрофилактики эмоциональных изменений беременной женщины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боровикова Н.В. Психологическая помощь беременным. //Русский медицинский журнал. – 2000. № 3. – с. 10.
2. Добряков И. В. Перинатальная психология: Питер; СПб.; 2010. –234с.
3. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18–27.
4. Селенина Н.Н. Психологические особенности представлений беременных женщин о своем состоянии и будущем родителстве /Селина Н.Н.//Семья и личность, Армавир, 2015.- 83-87с.
5. Шамилова Н.В. Психологические причины нарушения адаптации к беременности и материнству/ ШамиловаН.В. //Проблемы современного педагогического образования, Ялта, 2016. - 226-232с.
6. Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. М.: Институт психологии РАН, 2002. 236 с.

ДУАЛИСТИЧЕСКИЙ ТАНДЕМ ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ

Санников А.Н., Дыкина З.Э., Остапенко Г.Н.

г. Ростов-на-Дону

Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 2001 г., в мире насчитывалось около 450 млн. людей с нейropsychическими расстройствами, включая униполярную и биполярную депрессию, шизофрению, эпилепсию, зависимость от психоактивных веществ, деменцию, паническое, обсессивно-компульсивное и посттравматическое стрессовое расстройства. В целом у каждого 4-го индивида на планете на протяжении жизни возникает одно или несколько психических и поведенческих расстройств. В этом докладе также указывалось, что распространенность генерализованного тревожного расстройства, лишь немногим меньше, чем депрессии. И по данным сети первичной медицинской помощи различных стран мира составляет около 7,9%.

Кроме того, тревожные расстройства стабильно входят в статистику ВОЗ по лидирующим причинам утраты трудоспособности и другим важным показателям влияния заболевания на здоровье населения. Так, например, паническое расстройство находится на 11-м месте среди всех причин по показателю YLDs (годы жизни, прожитые с потерей трудоспособности) среди лиц в возрасте 15-44 лет, сразу после дорожно-транспортных происшествий, опережая астму и зависимость от психоактивных веществ [3].

Данные, полученные при изучении общей европейской популяции в 2011 г., указывают на распространенность тревожных расстройств за 12 месяцев на уровне 14%, в течение жизни - 21%. Таким образом, ввиду широкой распространенности и серьезного влияния на трудоспособность, проблема лечения тревожных расстройств является одной из наиболее приоритетных для современной медицины [4].

Депрессия является основной причиной плохого состояния здоровья и инвалидности во всем мире. Всемирная организация здравоохранения сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество. По последним оценкам ВОЗ, на сегодняшний день более 300 миллионов человек в мире живут с депрессией, что означает рост более чем на 18% за период с 2005 по 2015 годы.

Ежегодно около 800000 человек погибают в результате самоубийства - второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15-29 лет. Из-за отсутствия поддержки и опасений стигматизации многие люди с психическими расстройствами не обращаются за лечением, необходимым для того, чтобы они могли жить здоровой и продуктивной жизнью [5, 9].

Цель работы - определить наличие эндогенной психической патологии, как фактора, способствующего возникновению тревожных и депрессивных состояний у пациентов, находящихся на стационарном обследовании и лечении в отделении №1 ГБУ РО «Психоневрологического диспансера».

Материалы и методы. Участниками исследования были пациенты, находящиеся на стационарном лечении и обследовании в отделении №1 ГБУ РО «Психоневрологического диспансера». В исследовании приняли участие 30 пациентов, из которых 15 (50%) были мужчины и 15 (50%) женщины. Критерии включения/исключения приведены в таблице № 1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [8]. Шкала состоит из 14 утверждений, и включает две части: тревога (I часть) и депрессия (II часть). Симптоматический опросник SCL-90 (адаптация Н.В.Тарабриной) [1]. Опросник состоит из 90 вопросов, охватывающих широкий спектр симптомов. В работе использованы шкалы: депрессия, тревога. Шкала депрессии Бека [1, 6]. Методика содержит 21 вопрос и позволяет оценить выраженность депрессии, учитывая ее когнитивный, соматический и эмоциональный компоненты. Шкала тревоги Шихана [2, 7]. Состоит из 35 вопросов и позволяет оценить выраженность тревожной симптоматики.

Таблица 1.

Критерии включения/исключения.

Критерии включения в исследование	Критерии исключения из исследования
1. Наличие подписанного информированного согласия. 2. Возраст от 18 до 65 лет.	1. Неспособность или нежелание участвовать в исследовании. 2. Делирий, деменция, амнестические и другие органические психические расстройства. 3. Алкоголизм, наркомании.

Использованные критерии допускали применение фармакотерапии антидепрессантами, анксиолитиками, антипсихотиками, тимоизолептикам и. У пациентов, участвующих в исследовании были следующие диагнозы: шизофрения параноидная (n=18); шизотипическое расстройство (n=2); рекуррентное депрессивное расстройство (n=4); биполярное аффективное расстройство (n=3); шизоаффективное расстройство (n=3).

Результаты исследования. В исследовании принимали участие 30 человек: 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%). Средний возраст всех испытуемых был $41,3 \pm 15,5$ лет, средний возраст женщин составлял $48,6 \pm 12,3$ лет, а средний возраст мужчин был $34 \pm 15,34$ года. Всех респондентов протестировали при помощи тестов HADS, Бека, Шихана и SCL-90. Статистическую обработку данных осуществляли при помощи пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft), MedCalc и MSEXcel 7.0. Все полученные

выборки данных были проверены на подчинение нормального закона распределения по критерию Шапиро-Уилка и Колмагорова-Смирного. После чего проводили проверку статистической значимости различий показателей проведенного тестирования по критериям t-Стьюдента, если выборка подчинялась нормальному закону распределения, и Манна-Уитни если выборка не подчинялась нормальному закону распределения. Для сравнения бинарных показателей использовали критерий сопряженности Пирсона χ^2 , а в случае, когда ожидаемая частота составляла менее 5, - критерий Фишера. Для анализа многомерных таблиц сопряженности использовали критерий χ^2 с последующим анализом статистической значимости. Все полученные результаты описаны в таблице №2.

Таблица 2.

Средние значения показателей тестов по группам

Показатели тестов		Общее (n=30) M±SD	Мужчины (n=15) M±SD	Женщины (n=15) M±SD	Норма	Уровень значимости*
HADS	Депрессия	8,53±4,32	7,73±4,16	9,33±4,46	0-7	P=0,031
	Тревога	9,03±4,39	7,73±4,21	10,33±4,32	0-7	P=0,01
Бека		17,06±12,11	16,53±12,64	17,6±11,98	0-13	P=0,008
Шихана		59,23±29,27	56,13±30,08	62,33±29,13	0-30	P=0,049
SCL-90	Депрессия	0,85±0,62	0,87±0,62	0,82±0,34	0,36	P=0,008
	Тревога	0,99±0,65	0,82±0,53	1,16±0,92	0,30	P=0,041

* при уровне значимости $p \leq 0,05$ различия статистически значимые показатели между значениями в группах мужчины Vs. женщины.

M - среднее значение, SD - стандартное отклонение.

Обсуждение результатов исследования. Согласно полученным результатам исследования депрессия в общей когорте выявлялась по шкалам Бека: у 20 пациентов (67%), HADS у 18 пациентов (60%), SCL-90 по шкале «депрессия» у 20 пациентов (67%). Полученные результаты соответствуют литературным данным [21-26], что частота выявления депрессии при шизофрении и других эндогенных психических расстройствах колеблется в широком диапазоне от 7% до 70%. У женщин показатели депрессии по шкалам: Бека (P=0,008), HADS (P=0,031), SCL-90 по шкале «депрессия» (P=0,008), достоверно выше, чем у мужчин. В ходе исследования наличие тревоги по

шкалам: HADS у 18 пациентов (60%), Шихана 27 пациентов (90%), SCL-90 шкала «тревога» 17 пациентов (57%). Анализ полученных данных показал, что тревога у мужчин и женщин по шкалам: HADS ($P=0,01$), Шихана ($P=0,049$) SCL-90 шкала «тревога» ($P=0,041$), имеет статистически значимые различия, заключающиеся в более высоком показателе тревоги у женщин.

Тревога и депрессия согласно исследованиям [11, 12, 27] могут проявляться, как тандем, то есть идущий один за другим процесс тревога, а затем депрессия или же депрессия, а в последующем может возникать тревога. Теории единого патогенеза тревоги и депрессии придерживался J. Angst и его сотрудники [13, 14, 15]. Другой срез на проблему тревоги и депрессии - это то, что они не имеют тождественных друг другу начал [10, 16]. По данным отечественной психиатрии депрессия и тревога являются отдельными, хотя и часто сочетающимися, психопатологическими феноменами [17, 18, 19, 20], то есть являющиеся дуалистическими.

Вывод. Тревога и депрессия не являются статическими состояниями, при этом ни одно не является доминантным, хотя оба состояния ярко выражены. Характерно лишь то, что на фоне депрессии тревога усиливается и принимает огромные масштабы. Каждое из этих состояний усиливает действие другого синдрома, а наличие основного эндогенного заболевания, является фактором, способствующим возникновению тревожных и депрессивных состояний у пациентов. Очевидно, что тревога и депрессия являются сателлитами эндогенных психических расстройств, которые в одном случае проявляются дихотомически, а в другом интеграционно. Парадигма взглядов на этиопатогенез аффективных состояний при эндогенных психических расстройствах, указывает на то, что этот вопрос далек от окончательного решения и требует новой постановки проблем и их решения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
2. Барканова О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум // Библиотека актуальной психологии. Вып. 2. Красноярск: Литера-принт, 2009. 237 с.
3. WHO. The World Health Report. – 2001. – 178 pp.
4. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 // EurNeuropsychopharmacol. – 2011. – P. 655-679.
5. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/ru/>
6. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuringm depression // Arch. Gen. Psychiatry, 1961. N 4. P. 561–571.
7. Sheehan D.V. The anxiety disease. New York: Scribers, 1983.
8. Zigmond A. S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // ActaPsychiatr. Scand. – 1983. - Vol. 67. - P. 361-370.
9. ВОЗ Информационный бюллетень №369, Апрель 2016.
10. Вознесенская Т.Г. Депрессия у женщин. ConsiliumMedicum 2008; 10: 7
11. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988. – 264 с.
12. Stahl S. M. // J. Clin. Psychiatry. – 1993. – V.54 (suppl. 1). – P. 33-38.
13. Angst J., Dobler-Mikola A., Binder J. // Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci. – 1984. – V. 234. – P. 13-20

14. Angst J., Dobler-Mikola A. // Eur. Psychiatr. Neurol. Sci. – 1985. – V. 235 – P.171-178
15. Angst J., Vollrath M., Merikangas K. R., Ernst C. // Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders / Maser J. D., Cloninger C.R. – Washington: DC AmericanPsychiatricPress. – 1991. – P. 123-153
16. Roth M., Gurney C., Garside R. E., et al. // Br. J. Psychiatry 1972. – V. 121. – P. 147-162.
17. Авруцкий Г. А., Недува А. А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – М.; Медицина, 1988. – 528 с.
18. Вертоградова О. П. Возможные подходы к типологии депрессий // Депрессия (психопатология, патогенез). – М., 1980. – С. 9-15.
19. Смулевич А. Б. Депрессии в общеймедицинской практике. – М: Берег, 2000. – 160 с.
20. Циркин С. Ю. // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 3. – С. 33-37
21. Martin RL, Cloninger C, Guze S et al. Frequency and differential diagnosis of depressive syndromes in schizophrenia. J Clin Psychiatry 1985; 46: 9–13.
22. Robins LN, Regier DA. Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study. NY: The Free Press (Macmillan), 1991.
23. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8–19.
24. Г.Э.Мазо. Влияние депрессии на течение шизофрении. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2006; 03: 22-24
25. Частота выявления депрессивных нарушений и их терапия при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра в клинической практике в России. И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова, Е. М. Кирьянова, Л. И. Сальникова, А. К. Гажа, Н. Е. Максимова, О. Н. Степанова, Ю. А. Сучков.
26. М.А. Кинкулькина, «Депрессии при различных психических заболеваниях. Клиника и лечение». Автореферат, 2007.
27. Бубнова Ю.С., Дорофейко В.В., Мазо Г.Э., Петрова Н.Н. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении. Психиатр. и психофармакотер. 2012; 4: 21–6.

ДУШЕВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕН ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Симаков О. Я.

г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Современные тенденции изучения шизофрении в рамках биопсихосоциальной модели придают немалое значение в возникновении, развитии и обострении эндогенного процесса микросоциальным факторам, например, неустойчивость в брачных отношениях, проживание вне семьи или в неполной семье (Коцюбинский А.П. и др., 2017, Власов В.А., 1993). В тоже время факт возникновения либо существования психического расстройства у одного из супругов и целый ряд межличностных, социальных, материальных, бытовых особенностей семейного уклада (Д. Ф. Хритинин и др., 2015) несет в себе определенный стрессогенный потенциал для партнера. И так, выявление и изучение психических расстройств у супругов лиц, страдающих шизофренией, вносит вклад как в изучение возможных провоцирующих факторов болезни Блейлера, так и в разработку мер профилактики психогенной патологии и своевременной психиатрической помощи обоим категориям обследуемых.

Цель настоящего исследования – изучение психопатологических расстройств у женщин, состоящих в браке с лицами, страдающими шизофренией и специфики внутрисемейного функционирования.

В задачи исследования входило:

1. Выявить психические расстройства у женщин, состоящих в браке с мужчинами, больными шизофренией.
2. Изучить психологические особенности у женщин, состоящих в браке с мужчинами, больными шизофренией.
3. Оценить особенности функционирования семей больных шизофренией, типировав выявленные конфликты.
4. Определить спектр параметров для совершенствования психолого-психиатрической помощи семьям больных шизофренией.

Материалы. В ходе исследования были изучены 56 человек, 28 мужчин и 28 женщин, ведущих совместное хозяйство более 3 лет. Все обследуемые были разделены на основную и контрольную группы. Основная группа была поделена на 2 подгруппы: О1 – 14 человек, мужчины, страдающие параноидной шизофренией по критериям МКБ-10 в стадии медикаментозной ремиссии, О2 – 14 человек, супруги данных пациентов. Контрольная группа состояла из подгруппы К1 – 14 человек, мужчин, без явных психических расстройств, и подгруппы К2 – 14 человек, женщин, состоящих в браке с лицами из группы К1. Все обследуемые были старше 18 лет, без когнитивного дефицита, перед исследованием все обследуемые подписали информационное согласие.

Методы исследования: анамнестический, клинико-психопатологический, статистический (для малых выборок: U-критерий Манна-Уитни, критерий корреляции Спирмена). Психические расстройства были типированы в соответствии с критериями МКБ-10. Оценка конфликтов в семье произведена по типологии DeutschN. (1973). Следует отметить, что оценка личностных особенностей обследуемых проводилась с помощью анализа анамнестических данных и психического статуса на момент собеседования.

Общая характеристика материала. В ходе исследования выявлено, что средний возраст в группе мужчин основной группы составил 38,6 лет (23-64 года), в контрольной группе возраст обследуемых мужчин составлял в среднем 40,7 лет (22-56 лет). Среднее время нахождения в браке мужчин с шизофренией составило 12,4 лет (1,25-37), здоровых обследуемых – 14,11 лет (0,83-35 лет). Возраст женщин в основной группе в среднем составлял 38,3 лет (24-63 года), возраст женщин в контрольной группе в среднем был 38,5 лет (22-55 лет). Длительность проживания в браке женщин основной и контрольной групп соответствовала аналогичным показателям у мужчин комплементарных групп. Длительность заболевания параноидной шизофренией в среднем составляла 2,13 лет (0,16-6 лет).

Результаты. Среди женщин основной группы текущими психическими расстройствами страдали 10 человек (71,4%), среди них неврастения (F 48.0) отмечалась у 6 человек (60%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство легкой степени (F 42.1) - у 2 человек (20%) и смешанное конверсионное расстройство (F 44.7) - у 2 человек (20%). В контрольной группе текущими психическими расстройствами страдали 6 человек (42,8%), из них у двоих лиц (33,3%) отмечалась субкомпенсация истерической акцентуации личности (F 60.4), у троих (50%) - неврастения (F 48.0), и у 1 (16,6%) – депрессивный синдром легкой степени в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (F 33.01). Значимых различий в частоте встречаемости психических расстройств у женщин в обеих группах не выявлено ($p > 0,05$, $U = 70$). В обеих группах выявлена связь между конфликтной ситуацией в семье и наличием у женщин психических расстройств: $r_0 = 0,749$, $r_k = 0,654$. Обследуемые в группе O2, вступившие в брак до болезни супруга (N = 9; 64%), отличались значительным разбросом характерологических черт, но только трое из них имели личностные особенности уровня акцентуации или превосходящие этот уровень (истерические черты в двух случаях и психастенические – в третьем). У обследуемых в группе O2, вступивших в брак после начала заболевания супруга шизофренией (N=5; 35,7%), во всех случаях отмечались личностные особенности, достигающие уровня легкой психопатии (по А.Е. Личко). Так, у трех из них были выявлены шизоидные/сенситивно-шизоидные черты личности, со своеобразием привычек, жизненных стереотипов, определенным «житейским» инфантилизмом, сниженной самооценкой. Еще одна из обследуемых обнаружила интеллектуальное недоразвитие и вступила в брак с пациентом по настоянию собственных родителей. Последняя обследуемая из этой подгруппы имела

черты гипертимно-неустойчивой личности, со склонностью к наркотической аддикции, а ее матримониальные мотивы представляются скорее рентными, нежели эмоциональными.

В группе К2 характерологические черты не выходили за рамки акцентуации и распределились следующим образом: истерические (N=4; 28,6%), эпилептоидные (N=2; 14,3%), шизоидные (N=1; 7,1%), без явных характерологических черт (N = 7; 50%). Оценка конфликтов в семье проведена с учетом выделения объективной конфликтной ситуации и ее образов у участников разногласий.

Семейные конфликты, в том числе смешанные (более 1 вида конфликта в семье), в группе пациентов с шизофренией отмечались в 12 семьях (85,7%), их них подлинные конфликты встречались в 1 случае (8,3%), случайные – в 1 случае (8,3%), смещенные – в 4 случаях (33,3%), неверно приписанные – в 1 случае (8,3%), скрытые – в 10 случаях (83,3 %) и ложные – в 5 случаях (41,6%).

В семьях условно здоровых мужчин семейные конфликты отмечались у 11 пар (78,6%), при этом подлинные конфликты встречались в 3 случаях (27,3%), случайные – в 7 случаях (63,6%), смещенные – в 2 случаях (18,2%), неверно приписанные – в 2 случаях (18,2%), скрытые – в 2 случаях (18,2%) и ложные – в 2 случаях (18,2%).

Значимых различий в частоте встречаемости конфликтов в обеих группах выявлено ($p > 0,05$, $U = 91$).

Обсуждение. Выявленные психические расстройства у женщин в обеих группах имели определенные закономерности. В группе О2 неврастения (N=6; 60%) выявлялась у женщин без явных акцентуаций личности, при этом у супруга преобладала негативная (апатико-абулическая) симптоматика. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (N=2; 20%) выявлено у женщин с психастеническим и шизо-сенситивным типами личности. Смешанное конверсионное расстройство (N=2; 20%) определялось у женщин с истерическими чертами и пограничным уровнем интеллекта.

Данные расстройства возникали у женщин вне зависимости от давности семейных отношений, однако отмечалось, что у супругов преобладало заострение паранойяльных, истерических и эпилептоидных черт личности.

В контрольной группе у двоих лиц (33,3%) отмечалась субкомпенсация истерической акцентуации личности на фоне материальной неудовлетворенности и проблем в отношениях с родственниками партнера. Неврастения была выявлена у троих лиц (50%): в 2 случаях на фоне субкомпенсации соматической патологии (артериальной гипертензии и сахарного диабета) и в 1 случае определялась длительная (более 6 мес.) стрессогенная ситуация на работе (активное сокращение персонала на предприятии). В 1 случае (16,6%) отмечался депрессивный синдром легкой степени в рамках рекуррентного депрессивного расстройства, не имевший явных внешних стрессовых провокаторов. Характер семейных взаимоотношений и реакции супругов на возникающие сложности различался в основной группе.

В семьях, сложившихся до заболевания супруга шизофренией (N=9; 64,3%), в подавляющем большинстве случаев (N=7; 77,8%) встречались конфликты с вербальной и невербальной агрессией и открытым противоборством. По характеру эти конфликты распределились следующим образом: подлинные, т.е. имеющие объективные причины (N=1; 14,3%); случайные, т.е. имеющие решение, которое, однако, не осознается сторонами (N=1; 14,3%); смещенные (N=4; 57,1%), т.е. возникающие из-за разных жизненных представлений членов семьи; либоневверно приписанные (N=1, 14,3%), т.е. связанные с личностными особенностями супруги пациента.

Следует отметить, что часть конфликтов в этой группе имели скрытый характер (N=6; 66,7%), когда психотравмирующая ситуация становилась привычной, исчезала агрессия и противоборство в конфликтах, а единственным проявлением их часто являлось хроническое раздражение и недовольство партнером/супругом. Конфликтные разногласия возникали на почве неудовлетворенных потребностей женщин в ценности и значимости своего «Я», проявлявшиеся в проблемах отношений с родственниками (мать супруга) и нарушением ролевых ожиданий (необходимость женщины материально обеспечивать семью и одновременно вести домашнее хозяйство, воспитывать детей). Помимо этого, в значительной части случаев имели место сексуальные проблемы в виде сниженной сексуальной активности супругов с шизофренией, дефектов интимной гигиены с их стороны, а также явлений монотонности и однообразия сексуальной жизни.

В ряде случаев актуальными являлись конфликты, возникающие из-за отсутствия семейной кооперации, взаимопомощи, расхождения в отношении к деньгам, возникновения физических оскорблений. В семьях, сложившихся после заболевания супруга шизофренией (N=5; 35,7%), преобладали т.н. привычные конфликты, имевшие достаточно сложную структуру, являясь, по сути, скрытыми конфликтами (N=4; 80%), базирующимися на неосознаваемых супругами противоречиях. Во всех случаях (N=5; 100%) имели место ложные конфликты, не имевшие объективных причин, и базирующиеся на психопатологических особенностях членов семьи.

Причиной напряжения в данных семьях выступали личностные особенности партнерш, а именно, своеобразные фантазии шизоидной личности, вступающие в противоречия с жизненными потребностями больного супруга (бытовые, материальные сексуальные потребности). Кроме того, в структуру конфликтов входили неудовлетворенные потребности (сексуальные, материальные), а также реакция членов семьи на почве пристрастия одного из супругов к алкоголю/наркотическим веществам. Количество семейных пар в контрольной группе с актуальными конфликтами практически не отличалось от такового в основной группе (N=11). Однако наметилась тенденция к типовому различию конфликтов в сравнении с основной группой: значительно чаще встречались подлинные (N=3; 27,3%) и случайные (N=7; 63,6%) конфликты, отражающие наличие объективных и решаемых противоречий и имеющий большой конструктивный потенциал.

Смещенные, неверно приписанные, скрытые и ложные конфликты имели место быть сочетанными в тех парах ($N=2; 18,2$), где супруги страдали конверсионным расстройством. В контрольной группе основной причиной конфликта являлись трудности коммуникации (с родственниками противоположной стороны), проблемы, связанные с детьми и их воспитанием (стремление к доминированию в воспитании либо уход от воспитания детей), сексуальные (несоответствие сексуальных предпочтений супругов) и финансовые проблемы (потеря работы, двойная экономическая нагрузка на партнера).

Значимых различий в частоте встречаемости конфликтов в семьях пациентов-мужчин с шизофренией и семьях здоровых мужчин не выявлено ($p>0,05$), однако в структуре конфликтных ситуаций значимо чаще в семьях пациентов с шизофренией встречаются скрытые конфликты ($p\leq 0,01$).

Выводы:

1. В ходе данного исследования у 71,4% женщин, состоящих в браке с мужчинами, больными шизофренией, были выявлены психические расстройства, в структуре которых преобладает пограничная психическая патология.

2. Психологические особенности женщин, состоящих в браке с больными шизофренией, в 50 % случаев определялись явными акцентуированными чертами личности и в 7,1% - пограничным уровнем интеллекта.

3. В 85,7% семей лиц с шизофренией выявлены дисфункциональные отношения в виде конфликтов с преобладанием смешанного и скрытого вариантов.

4. В рамках биопсихосоциальной модели психических расстройств для совершенствования психолого-психиатрической помощи семьям больных шизофренией необходимо учитывать высокий риск пограничных психических расстройств у партнеров лиц с шизофренией. Данное исследование требует дальнейшего проведения с расширением объема исследуемых лиц, спектра используемых методик, включая экспериментально-психологический метод.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева Т.В. Психология семьи: Учебное пособие. 3-е изд. – СПб.: Питер, 2014. – 336с.: ил. – (Серия «Учебное пособие»)
2. Власов В.А. Социальная адаптация больных шизофренией на поздних этапах течения заболевания (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1993.
3. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмонина О.Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы Часть 1. Уязвимость–диатез–стресс // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2016. – № 2– с. 3-7
4. Микросоциальная среда и психиатрическая помощь/ Д. Ф. Хритинин [и др.]. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2015. – 176 с.: ил.
5. Deutsch N. The constructive and destructive processes. — New Haven and London, 1973. — P. 13—17.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, ОПЫТ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

**Смирнов И. И., Бебчук М. А., Басова А. Я,
Панкова О. Ф., Буромская Н. И.**

г. Москва

По официальным данным ВОЗ за 2010 год [1], суицид остается проблемой с высокой частотой, встречающейся среди молодого населения. По последним данным главного внештатного специалиста-психиатра Минздрава России З.И. Кекелидзе, если в 2005 г. Россия занимала третье место в мире по уровню суицидов, то в 2016 г. она спустилась до 14-го. При этом уровень завершенных и незавершенных суицидов подростковых суицидов остается высоким. Известно, что на каждое законченное самоубийство у подростков приходится до 100–200 суицидальных попыток [2]. Результаты, полученные в РФ, свидетельствуют о том, что каждый 12-й подросток ежегодно совершает покушение на самоубийство и при этом риск повторного, в том числе завершенного суицида повышается [3].

Среди общего числа пациентов, госпитализируемых в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ в экстренном порядке, у 50–60% наблюдаются различные виды суицидального поведения. За период с 2014 по 2016 гг. отмечается устойчивый ежегодный прирост числа таких пациентов в среднем на 55%.

В 2016 году общее число госпитализаций пациентов с суицидальными проявлениями составило 637. В соответствии с традиционной для отечественной подростковой суицидологии систематикой [4] были выделены группы демонстративно-шантажных (52%), аффективных (5%) и истинных (43%) суицидальных проявлений.

Обследованные пациенты были разделены на три возрастные группы: детский возраст до 11 лет — 64 наблюдения (46 мальчиков и 18 девочек), что составило 10% от общего числа изученных случаев, младший подростковый возраст 12–14 лет – 235 наблюдений (69 мальчиков и 166 девочек), что составило 37%, старший подростковый возраст 15–17 лет – 338 наблюдений (110 мальчиков и 228 девочек), что составило 53%. Суицидальное поведение у мальчиков отмечалось в более раннем возрасте, в подавляющем числе случаев в младшей возрастной группе суицидальные проявления носили шантажно-демонстративный характер. В подростковой группе наблюдалось увеличение числа пациентов с аффективными и истинными суицидальными проявлениями.

Гендерные различия имели место в формах и способах суицидального

поведения. Среди девочек преобладали преднамеренные попытки отравления. В нашей практике приходилось наблюдать случаи, когда готовившиеся к смерти девочки-подростки серьезно относились к выбору способа самоубийства («упаду на асфальт с высоты – плохо буду выглядеть»), к своему внешнему виду (на этапе подготовки к суициду девочка потратила время на выбор и покупку платья готической «Эмо»). Лица мужского пола выбирают заведомо более опасные способы самоубийства, с более высокой вероятностью летальности (повешение, падение с высоты). Совершая суицидальные попытки реже, чем лица женского пола, они подходят к этим роковым поступкам с более очевидной готовностью умереть. Данные, предоставленные службой скорой медицинской помощи за 2013 год, свидетельствуют, что частота суицидов с летальным исходом почти в 5 раз выше у лиц мужского пола.

Существующая традиционная классификация суицидальных проявлений не может в полной мере отразить сложную гамму чувств и мотивов, движущих суицидентом. Суицидальные демонстрации, например, могут быть как хорошо продуманным манипулятивным актом со стороны эгоцентричного ребенка, так и способом привлечения внимания к серьезной душевной проблеме, которая в результате может явиться почвой для истинного суицидального поведения. Нельзя не учитывать и недостаточную способность детей и подростков прогнозировать безопасность своих действий. Изначально недостаточный самоконтроль может полностью блокироваться на фоне аффективного возбуждения.

Внешние причины и соответствующие им мотивы переживаний ребенка во многом обусловлены возрастным фактором. Например, в младшем школьном возрасте подобные проявления могут быть связаны с проблемами школьной адаптации. В формировании истинного суицидального поведения в подростковом возрасте, наряду с ситуационно-личностными факторами, важное значение приобретает часто дебютирующая в данном возрастном диапазоне психическая патология. Центральная роль принадлежит депрессиям различного генеза. Медленное, скрытое развитие психических расстройств подросткового возраста, наблюдаемые в их инициальной фазе маски в виде сомато-вегетативных нарушений, девиаций в поведении, смещают поиск мотивов суицидальных проявлений в сторону объяснения их с позиций отклонений в соматическом здоровье, влияния внешних причин, например, связанных с проблемами в семье или школе, тогда как истинный патологический фактор игнорируется.

Решение покончить собой у детей и подростков может возникать в короткий период времени и реализовываться практически молниеносно на фоне всплесков негативно окрашенных эмоциональных переживаний. В подростковом возрасте чаще приходится наблюдать растянутый во времени процесс, когда суицидальной попытке предшествует этап антивитальных

и суицидальных идеаций. Зарождение и развитие суицидальных тенденций в таких случаях может иметь непрерывный характер, сопряженной с вполне холодной рассудочной деятельностью. Реализация суицидальных установок также может происходить как в виде продуманного, подготовленного поведенческого акта, так и быть следствием состояния аффективного возбуждения, например, на почве конфликтной ситуации, которая нередко выступает последней каплей, подталкивающей пациентов к реализации ими уже ранее сформировавшейся модели суицидального поведения.

Дети и подростки с присущим им максимализмом, самоуверенностью, отсутствием устойчивых морально-этических ориентиров и привязанностей, склонностью к оппозиции общепринятым социальным нормам оказываются весьма уязвимой категорией. Анализ анамнестических данных наших пациентов позволил выделить следующие важные маркеры душевного неблагополучия: резкие изменения в настроении ребенка, снижение общей активности и успеваемости, утрата прежних интересов, появление склонности к уединению, ограничение круга общения вплоть до полной изоляции, предпочтение виртуального общения. Важным также является возникновение ранее не свойственных поведенческих реакций, изменение отношения к своей внешности с нередко сопутствующими отклонениями в пищевом поведении, чтение тематической литературы, посещение интернет-ресурсов, пропагандирующих или романтизирующих смерть и суицид, наличие соответствующих записей в дневниках, интернет-страницах, наличие специфических татуировок на теле. Следует обращать внимание на следы от порезов на теле (поверхностные порезы на конечностях, животе), которые, несмотря на внешнюю схожесть с действиями шантажно-демонстративного характера, имеют своей целью «испытать боль физическую», чтобы «заглушить боль душевную». В отличие от шантажно-демонстративных проявлений подобные самоповреждения могут наноситься на частях тела (бедро, паховая область, грудь, плечи и т.д.), малодоступных для обозрения посторонних.

Значительные сложности возникают при оказании лечебной и профилактической помощи детям и подросткам с суицидальным поведением. Во время бесед с подростками с суицидальными тенденциями или незавершенными попытками суицида складывается ощущение их намеренного отчуждения от социального окружения (семьи, друзей, школы и др.), норм и требований, диктуемых социумом. Попытки интервенции, помощи извне воспринимаются как бессмысленные или даже враждебные. Суицид рассматривается ими не только как выход из проблемной ситуации, но как вызов, месть обществу, семье. Социальный пессимизм становится благодатной почвой для формирования неформальных групп, деятельность которых реализуется в основном через интернет ресурсы, в которых пропагандируется негативное, нигилистическое отношение к традиционным социальным устоям и ценностям человеческого существования. Аутоагрессивное, вклю-

чая суицидальное, поведение нередко романтизируется, рассматривается как социально приемлемое.

При анализе истинного значения столь бурно обсуждаемых в СМИ «групп смерти» важно подчеркнуть их роль не столько как причинного фактора, сколько как триггерного фактора, способствующего развитию установок и тенденций, которые формировались у подростка на протяжении продолжительного временного периода и часто оставались без должного внимания, как со стороны окружения пациентов, так и специалистов. По мере роста популярности «групп смерти» в социальных сетях приходится наблюдать ситуации, когда участие в таких группах становится эффективным инструментом манипулятивного поведения подростков.

Выводы

Таким образом, особенностью суицидального поведения в детском и подростковом возрасте является многообразие его внешних проявлений, сложное, подчас противоречивое переплетение явных и скрытых мотивов, а также механизмов формирования и путей реализации.

Эффективным способом решения проблемы детских и подростковых суицидов должна стать четко организованная система полипрофессиональной помощи с акцентом на профилактику, в частности направленная на раннее выявление отклонений в психической деятельности и поведении, требующих своевременного специализированного психологического и медицинского вмешательства.

В структуре Департамента здравоохранения города Москвы ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ является ведущим учреждением в системе оказания специализированной помощи детям и подросткам с суицидальными проявлениями. В 2014 году в рамках нашего учреждения был разработан и внедрен унифицированный протокол по оказанию кризисной помощи несовершеннолетним, поступающим в психиатрический стационар. В зависимости от типа суицидальных проявлений, характера выявленных психопатологических и иных суицидогенных факторов применяются дифференциальные алгоритмы, предписывающие то или иное соотношение медицинского и немедицинского вмешательства, степень участия различных специалистов, этапность в их работе.

С 1 мая 2014 года на базе ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ действует Единый центр защиты детей (ЕЦЗД), располагающий круглосуточной службой «Телефон доверия», кабинетом кризисной помощи, консультативной бригадой, специалисты которой регулярно выезжают в детские многопрофильные стационары с целью проведения осмотра детей и подростков с суицидальными проявлениями. Возможность обращения в кризисный кабинет в структуре ЕЦЗД, как в той или иной степени автономной системы, представляется более привлекательной и безопасной для пациентов и их законных представителей. После первичного посещения кризисного кабинета

нета и получения исчерпывающей информации о психическом состоянии и возможных рисках пациенты и их законные представители с большей лояльностью относятся к предлагаемым им дальнейшим этапам медицинской и иной помощи, включая при необходимости госпитализацию.

В рамках межведомственного взаимодействия проводятся встречи сотрудников ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ с представителями системы образования, комиссии по делам несовершеннолетних, правоохранительных органов и других учреждений, своевременное участие которых чрезвычайно важно в осуществлении комплекса профилактических мероприятий. Данные встречи осуществляются в формате круглого стола, лекций, конференций, посвященных актуальным вопросам детской и подростковой суицидологии. Планируется издание методической литературы по выявлению и профилактике суицидального риска для педагогов, медицинских работников непсихиатрического профиля.

С сентября 2016 года в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ организована Школа родителей, в рамках которой регулярно проводятся лекции и занятия с родителями, в том числе направленные на обучение навыкам раннего распознавания суицидального риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. W. H. Organisation., «Preventing suicide: a global imperative», Geneva, 2014.
2. M. R. 2002, « Suicide.,» Lancet; 319–26, 360.
3. Положий Б.С., Панченко Е.А., «Факторы динамики суицидального процесса», Психическое здоровье, № 9., р. С. 65-68., 2011.
4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1977.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

**Смирнов О.Р., Казьмин С.А., Токарская С.В.,
Свешников П.А.**

г. Москва

Введение

Недостаточная изученность постпсихотических тревожных состояний при деменциях позднего возраста объясняет ненадежность существующих методов их распознавания и квалификации. Но как показывают наши работы последних лет [5, 6, 7], при внимательном рассмотрении каждого случая диагноз можно поставить если не в острой фазе, то сразу же после редукции двигательного возбуждения. Установлено, что все острые тревожные состояния – это или люцидная агитация, или экзогенно-органический психоз (делирий)[5]. В мозаичной структуре подострого (переходного) состояния синдромообразующим расстройством является тревога. По мере её угасания часть симптомов редуцируется, а другая -модифицируется (качественно или количественно) [6], и большой тревожный синдром становится малым [1, 5, 9]. На первый план выходят облигатные признаки основного заболевания [6]. Часть когнитивных расстройств редуцируется (в связи с улучшением концентрации внимания), а другая - становится более явной, если говорить о расплывчатости основных понятий и представлений, как это бывает при болезни Альцгеймера с ранним или поздним началом (БА) [1, 2, 4]. Следовательно, для правильного понимания наблюдаемых явлений необходимо учитывать природу и динамику как перенесённого психоза, так и основного заболевания [5,6,8]. Все эти условия были учтены при создании Шкалы оценки тревожных состояний при деменции (ШОТС) [8]

Цель

Исследование практической пригодности ШОТС, как вспомогательно-го диагностического инструмента.

В задачи входило исследовать с помощью данной шкалы 1) выраженность тревоги, 2) её психических и соматических симптомов при разных заболеваниях и после разных психозов; 3) уточнить диагностическую значимость синдромов тревожного истощения (СТИ) и тревожной активации (СТА) [7].

Объект и методы исследования

В наблюдательное исследование были включены 49 пациентов, 15 муж-

чин и 34 женщины, возрасте от 60 до 93 лет ($M=79,33\pm 7,814$). Диагноз деменции устанавливался геронтопсихиатром клинически и подтверждался психометрически с помощью MMSE [11], там, где это было возможно. Степень деменции определялась на основе комплексной оценки, учитывающей общее клиническое впечатление, результаты тестирования, степень сохранности навыков самообслуживания, основных понятий и представлений, способности адаптироваться в повседневной жизни или в больничных условиях. Начальная деменция была диагностирована у 23 человек (46,9%), умеренная – у 20 (40,8%) и у 6 (12,2%) – глубокая. БА была выявлена у 29 (59,2%) человек, смешанная деменция (СД) – у 14 (28,6%), васкулярная деменция (ВД) – у 2 (4,1%), деменция при иных нейродегенеративных заболеваниях (НДЗ) – у 4 больных (8,1%).

9 больных перенесли делирий, 40-люцидную агитацию [5]. Для скрининга некогнитивных расстройств на первом этапе диагностического поиска использовался вспомогательный инструмент - Нейропсихиатрический перечень (NPI) [10]. Это было сделано для того, чтобы избежать больших расхождений в толковании феноменов тревоги, а также выявить ведущие и второстепенные психопатологические расстройства. Кроме того, эта шкала была дополнительным инструментом для разграничения психотических и переходных тревожных состояний [7]. Частоты тех или иных факторов сопоставлялись путем построения таблиц сопряженности, рассчитывался хи-квадрат Пирсона. Для оценки связи между двумя переменными использовался коэффициент корреляции r Пирсона.

Результаты

Известно, что общий балл по NPI (ОБ-NPI) соотносится с тяжестью психического состояния [7]. Коэффициент корреляции между этим показателем и общим баллом по ШОТС (ОБ-Ш) r составил 0,413, $p=0,003$.

В шкале NPI значительная часть доменов связана с тревогой и, как мы предполагаем, общий балл по этой шкале соотносится с выраженностью психических симптомов тревоги.

В данном исследовании была выявлена значимая корреляция между ОБ-NPI, общим баллом по субшкале тревоги ШОТС (СТ-Ш), $r=0,292$, $p=0,042$, и баллом по субшкале психических симптомов тревоги ШОТС (СПТ-Ш), $r=0,382$, $p=0,007$. Следовательно, можно предположить, что баллы по СТ-Ш, и по СПТ-Ш соотносятся с тяжестью тревожного состояния и его остротой.

Была выявлена корреляция между возрастом обследованных и суммой баллов по субшкале соматических симптомов ШОТС (ССТ-Ш), $r=0,332$, $p=0,02$, чего нельзя было сказать о сумме баллов по СПТ-Ш.

Были исследованы взаимосвязи между двумя типами тревожных синдромов [7], природой перенесённого психоза, глубиной деменции и нозологией. Данные приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1.
 Глубина деменции, нозологический состав и вид перенесённого психоза в группах с преобладанием баллов по ССТИ и по ССТА [7]

Исследуемые факторы	Преобладание баллов по ССТИ, n=21		Преобладание баллов по ССТА, n=28	
	абс	%	абс	%
Начальная деменция	10	47,6	13	46,4
Умеренная деменция	8	38,1	12	42,9
Глубокая деменция	3	14,3	3	10,7
БА	12	57,1	17	60,7
СД	5	23,8	9	32,1
ВД	1	4,8	1	3,6
НДЗ	3	14,3	1	3,6
делирий	7	33,3	2*	7,1
Люцидная агитация	14	66,6	26*	92,9

Пояснения: ССТИ - субшкала синдрома тревожного истощения, ССТА - субшкала синдрома тревожной активации; БА – болезнь Альцгеймера с ранним или поздним началом, СД – смешанная деменция, ВД – васкулярная деменция, НДЗ-нейродегенеративное заболевание. * = $p < 0,001$

Таблица 2.
 Частота преобладающих тревожных синдромов, нозологический состав групп, перенесших делирий и люцидную агитацию

Преобладающий тревожный синдром и нозология	Перенесшие делирий n=9		Перенесшие люцидную агитацию n=40	
	абс	%	абс	%
ССТИ	6	66,7	1	2,5
ССТА	3	33,3	39	97,5
БА	1	11,1	28	70,0
СД	5	55,6	9	22,5
ВД	2	22,2	0	0
НДЗ	1	11,1	3	7,5

Пояснения: ССТИ - субшкала синдрома тревожного истощения, ССТА - субшкала синдрома тревожной активации; БА – болезнь Альцгеймера с ранним или поздним началом, СД – смешанная деменция, ВД – васкулярная деменция, НДЗ-нейродегенеративное заболевание.

Заключение и выводы

Учитывая значимую корреляцию общего балла ШОТС (ОБ-Ш) с ОБ-NPI, можно использовать этот показатель ШОТС для оценки тяжести переходного тревожного состояния.

Высокие баллы по субшкале тревоги ШОТС (СТ-Ш) указывают на остроту состояния. Об этом же говорят и высокие баллы по СПТ-Ш.

Соматические симптомы тревоги, улавливаемые ССТ-Ш, коррелируют с возрастом пациентов, следовательно, здесь можно говорить о влиянии возрастного фактора на этот вид расстройств, и о том, что ШОТС улавливает и оценивает это влияние.

Переходные тревожные состояния у этой категории больных отличаются клиническим разнообразием. Тестирование с помощью ШОТС может стать дополнительной полезной диагностической процедурой. Высокие оценки по субшкале СТИ чаще отмечаются после экзогенно-органических психозов. Преобладание баллов по субшкале СТА с высокой вероятностью указывает на то, что перенесённый психоз протекал без помрачения сознания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Букатина Е.Е. Старческое слабоумие, отношение к естественному старению и эндогенным психическим заболеваниям. Автореф. дисс. докт. мед.наук. Л. - 1988 - 37 с.
2. Букатина Е.Е. Ранняя диагностика старческого слабоумия, ограничение от психических нарушений при церебральном атеросклерозе и от эндогенных психических заболеваний в позднем возрасте. Методические рекомендации, М. 1988, с. 14, 16.
3. Василенко В.Х. Общая методология диагноза. Пропедевтика внутренних болезней. Под ред. Василенко В.Х. и Гребнева А.Л. М.: Медицина, 1983. С. 90-94.
4. Смирнов О.Р. Клиника деменций позднего возраста в кн. //Очерки клинической нейропсихиатрии, М., 2010, стр.112-136.
5. Смирнов О.Р. Особенности переходных тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием. Социальная и клиническая психиатрия 2013; Т. 23. №2. стр. 33-37.
6. Смирнов О.Р. Диагностически значимые особенности постпсихотических переходных состояний у пожилых. Социальная и клиническая психиатрия 2015; Т. 25. № 1. С. 31-35.
7. Смирнов О.Р., Токарская С.В. Возможности оценки постпсихотических тревожных состояний у дементных с помощью шкалы NPI. Психическое здоровье 2015; №8. стр. 45-49.
8. Смирнов О. Р. Шкала оценки тревожных состояний при деменциях. Доктор.Ру 2017. № 1 (130). С. 49–54.
9. Снежневский А.В. Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В.Снежневского М.: Медицина. 1983. Т.1. С. 82.
10. CummingsJL, MegaM, GrayK, Rosenberg-ThompsonS, CarusiDA, GornbeinJ. The neuropsychiatric inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology. 1994;44(12):2308–2314.
11. Folstein M. F., Folstein S.E., McHugh P. R. Mini-mental state (MMSE). Journal of Psychiatric Research, 1975. V.12. P.189-198.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ – ОСНОВА ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

**Соколов Е.Ю., Фомин А.А., Кореняк Р.Ю., Сидоренко И.В.,
Магурдумова Л.Г.**

г. Москва

Актуальность исследования. Особенности службы сотрудников спецподразделений – постоянные эмоциональные, интеллектуальные, физические нагрузки, требующие запредельной активизации ресурсов жизнестойкости [3,4,8,13]. Поведение сотрудников при выполнении своих профессиональных обязанностей носит рискованный характер. Травматический опыт, сопряженный с интенсивными отрицательными эмоциями (гнев, страх), становится источником посттравматических кризовых, аффективных расстройств [5,9,14,20]. Обнаружена пропорциональность между длительностью экстремальной ситуации и тяжестью посттравматических расстройств. В отдаленных периодах возможна манифестация аффективных и психотических расстройств [8,15,16,17].

Методы саморегуляции являются глубокой профилактической основой нервно-психического здоровья сотрудников МВД.

Цель исследования: оценка необходимости и эффективности оригинального модуля психотерапевтической работы для обучения военнослужащих методам саморегуляции с целью предотвращения постстрессовых кризисных, суицидологических расстройств.

Материал и методы исследования. Обследованы 103 сотрудника МВД РФ (96 мужчин, 7 женщин) 19-42 лет, профессиональные обязанности которых связаны с жизнеопасными ситуациями, боестолкновениями. Из них 101 – офицеры и контрактники, 1 – ветеран, инвалид 2й группы с органическим заболеванием ц.н.с. сложного генеза (черепно-мозговая травма, психотравмирующие ситуации, алкоголизм); 1 – гражданское лицо, врач с опытом работы в горячих точках.

Основные методы исследования: динамический клинико-психопатологический анализ, миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания.

Описание модуля. Предложены расслабляюще-успокоительные или стимулирующие, а также сочетанные упражнения для укрепления жизнестойкости сотрудников спецподразделений в индивидуальном и групповом форматах. Релаксационно-стимулирующие, энергоактивизирующие методы включают дыхательные элементы. Занятия проходят в различных условиях, приближенных к распорядку дня.

Акцентируется внимание военнослужащих на клинике кризисных расстройств. Роль ведущего: закреплять навыки саморегуляции, повышать ответственность, в первую очередь перед собой, с профилактическим вниманием относиться к здоровью как в мирной, так и боевой обстановке. Перед первым сеансом активные жалобы у 82% участников психотренинга отсутствовали. Однако при целевом расспросе выявлены разные астенические, депрессивные, ипохондрические состояния, к которым человек «привык» в такой степени, что перестал их замечать, принимая за «норму». После релаксационных приемов 71% участников отметили улучшение состояния в виде постепенного облегчения указанной симптоматики. При изучении уровней тяжести синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) с помощью опросника отмечены следующие данные: низкий уровень СЭВ наблюдается у 64,3% исследуемых; у 29,6% отмечен средний уровень; у 6,1% – высокий уровень. При изучении СЭВ у противоположных полов отмечено: низкий уровень встречается у мужчин и женщин соответственно в 65,9% и 50%; средний – в 28% и 33,3%; высокий – в 6,1% и 16,7%.

Клинические примеры из психотерапевтической работы

У 3-х больных исходные болевые ощущения (ушиб правой пяточной кости, травма ахиллова сухожилия справа, рана левой кисти) в процессе проведения сеанса ослабли или исчезли.

У пяти больных исчезли головные боли или уменьшилась степень их интенсивности.

У 4-х бойцов улучшился сон без использования снотворных медикаментов.

У 4-х – снизилась интенсивность болевых ощущений разной локализации.

Больной с сопутствующим ситуационно-депрессивным аффектом (опасался перевода в другую часть, отмечались антивитальные высказывания) уже в начале первого сеанса успокоился, появилась слабая, а затем уверенная, адекватная улыбка.

7 больных в процессе психотерапевтических сессий отметили у себя улучшение мыслительной функции, «просветление в голове», исчезновение тревожных «непонятных» опасений.

Обсуждение. Эмоционально-волевая устойчивость – важнейший показатель профессиональной подготовленности сотрудников. Это – способность сохранять в сложных условиях уравновешенное психическое состояние, отсутствие в экстремальных ситуациях психологических реакций, снижающих эффективность действий и порождающих ошибки.

Психотерапевтические методы позволяют достичь позитивных субъективно-объективных миорелаксирующих результатов, которые положительно сказываются на самочувствии человека в период тренинга и в по-

следующем. Индивидуально подбираемые методики помогают добиться снятия эмоционального напряжения, предотвратить появление отдаленных психосоматических расстройств. Применяемые психотерапевтические методы саморегуляции с практической точки зрения обладают хорошей переносимостью, способствуют лучшей адаптивности к трудным ситуациям в условиях психоэмоционального стресса, повышают антистрессовую устойчивость, в следствие которой организм приобретет новое качество-адаптацию в виде резистентности, устойчивости к стрессорному влиянию. Адаптационные реакции, приобретенные организмом в результате энергосберегающих методов саморегуляции, являются реакциями, предупреждающими повреждение структуры личности, и составляют основу естественной психопрофилактики. Методы саморегуляции способствуют более быстрой нормализации психоэмоционального состояния и повышению уровня социальной адаптации сотрудников после возвращения из «горячих» регионов.

Выводы. Синдром эмоционального выгорания, порою с депрессивной, кризисной симптоматикой разной глубины, имеющих боевой опыт столкновения со смертельной опасностью, наблюдается фактически в 100 %. Не зависимо от половой принадлежности сотрудников большая часть из них имеет низкий уровень тяжести СЭВ; число наблюдаемых, имеющих средний уровень СЭВ, в 2 раза меньше начального уровня, а количество исследованных с высокой тяжестью выгорания с имеющимися уже в той или иной степени психическими, личностными расстройствами, снизилось почти в 6 раз.

Одновременно необходимо полагать, что при продолжающихся нагрузках военнослужащие с низким уровнем СЭВ могут перейти в более высокие уровни. Для предотвращения этой картины обязательны профилактические и реабилитационные тренинговые энергосберегающие мероприятия.

С 2007 г. армия США обучает солдат распознавать симптомы посттравматического стрессового расстройства, не стесняться обращаться за медицинской помощью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Учебное пособие. М., Медицина, 2009, с. 315.
2. Алексеева Е.М. Устранение фиксации на стрессовом опыте и трансформация эмоционального реагирования. Сб-к м-лов 11й Всероссийской научно-практической конференции 25-26 ноября 2015, М., 2015, с. 6-11.
3. Американских солдат научат распознавать психические расстройства у служащих. Интернет, 18.07. 2007 г.
4. Баранов М.Л., Кореньяк Р.Ю., Яворский Р.А., Илларионова М.Д., Мухамедзянов Р.С. Возможности психотерапии в лечении последствий боевой психической травмы. Сб-к м-лов 11й Всероссийской научно-практической конференции 25-26 ноября 2015, М.2015, с. 55-60.
5. Войцех В.Ф., Виноградова Л.Н., Савенко Ю.С. Предотвращение суицидов в армии. М., 2008 г.

6. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). М., «Анахарисис», 2005.
7. Дмитриева Т.Б., Сафуанова Ф.С. Медицинская и судебная психология. Курс лекций. М., Генезис, 2009, стр. 606.
8. Краснов Е.В. Основные стратегии психической саморегуляции стресса в ходе служебной деятельности. Сб-к м-лов 11й Всероссийской научно-практической конференции 25-26 ноября 2015, М.2015, с. 257-263.
9. К. Маслач и С. Джекобсон. Опросник синдрома профессионального (эмоционального) выгорания, 1986 г., адаптированный Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой, 2005 г.
10. Панина Е.Н. Формирование психологической готовности сотрудников органов внутренних дел к действиям в экстремальной ситуации. Ж-л «Вопросы психологии экстремальных ситуаций», №4, 2014 г., стр. 19-28.
11. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М., Институт психотерапии, 2009.
12. Слепухина Г.В. Психология травматического стресса: учебное пособие. М., Норма, 2010, с. 4-5.
13. Соколов Е.Ю., Магурдумова Л.Г. Психокоррекция психосоматических расстройств у сотрудников опасных профессий. Ж-л «Вопросы психологии экстремальных ситуаций», №1, 2014 г., стр. 55-61.
14. Соколов Е.Ю., Фомин А.А. М-лы 11й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием по психологии спорта и физической культуры «Рудиковские чтения» - 2015» 3 – 4 июня 2015г. Психотерапия и профилактика отдаленных психосоматических расстройств у сотрудников специального назначения. стр. 357-360.
15. Соколов Е.Ю. Психотерапевтическое энергосбережение-основа жизнестойкости сотрудника. Сборник материалов 11й Всероссийской научно-практической конференции «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий». М., 2015 г., стр. 481-491.
16. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. Институт психологии РАН, 2009 г.
17. Тукаев Р.Д. Феноменология и клиника острого стрессового расстройства у спасателей-медиков. Ж-л «Психотерапия», №9, 2006 г., стр. 24-35.
18. Уфимцев В. Искусство саморегуляцией. Школа спецназа. Минск, 2008 г.
19. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. Учебно-методическое пособие. М., МГППУ, 2006, с.112.
20. McLean C.P., Su Y.J., Foa E.B. Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: does order of onset make a difference? //J Anxiety Disord. -2014 Dec; 28(8): 894-901.doi: 10.1016
21. PTSD treatments grow in evidence, effectiveness (Tori De Angelis. - January 2008. -vol.39.- №1.-p.40.).

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ТИМОАНАЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Солдаткин В.А.

г. Ростов-на-Дону

Современный этап психофармакотерапии депрессии характеризуется постепенным накоплением опыта стандартизации дифференцированного выбора антидепрессантов. Как правило, при этом приоритет отдается клиническим особенностям психопатологического состояния в интеграции с особенностями препарата. В то же время, известно, что учет гендерной специфики имеет немалое значение в успешности лечения. В настоящей краткой статье гендерные вопросы будут рассмотрены в трех ипостасях: а) особенности депрессии, б) характеристики влияния лекарственного препарата, в) особенности врача, выбирающего лекарственное средство.

А. Гендерные особенности депрессии.

Анализ публикаций на эту тему позволяет выделить характеристики депрессии у женщин.

Частота развития депрессии выше в 2 раза по сравнению с мужчинами (Тювина Н.А., 2003). У страдающих биполярным аффективным расстройством соотношение мужчин и женщин примерно одинаково, при этом I тип чаще встречается у мужчин, II – у женщин, мужчины более склонны к гипоманиакальным фазам, женщины – к депрессивным (Краснов В.Н., 2010). Следует отметить высокую вероятность гиподиагностики депрессии у мужчин и гипердиагностики у женщин вследствие множества факторов: у женщин выявляемость выше за счет более частой обращаемости; проявления болезни, как правило, связаны с социально-психологическими и семейными проблемами, о которых женщины активно сообщают врачу. Мужчины наоборот, не склонны к предъявлению жалоб. Депрессивные состояния у них чаще маскируются проявлением агрессии. Они стремятся самостоятельно справиться с болезненным состоянием – усиливают нагрузки на работе, занимаются агрессивными, экстремальными видами спорта, прибегают к алкоголизации, психоактивным веществам, пытаясь вернуть утраченные удовольствия и интерес к жизни (Тювина Н.А., 2003).

Особенности клинической картины депрессии у женщин: более раннее начало, большая частота депрессивных приступов, большая представленность атипичных симптомов (тревога, усталость, повышение аппетита, увеличение массы тела, гиперсомния, признаки соматизации), более редкие завершённые суициды. У женщин при депрессии чаще, чем у мужчин, отмечаются симптомы беспокойства, приступы плача, чувство беспомощности, одиночества, суицидальные идеи, повышенный аппетит и прибавка массы

тела, боли в теле, поза с опущенной головой как проявление уныния (Kiveld S.-L., Pahkala K., 1988; Young M., Scheftner W., Fawcett J. et al., 1990; Тювина Н.А., Балабанова В.В., Воронина Е.О., 2015).

В 15-летнем проспективном популяционном исследовании женщины сообщали о большем количестве симптомов при развитии депрессивного эпизода (Wilhelm K., Parker G., Asghari A., 1998). У женщин чаще в анамнезе отмечается лечение по поводу депрессии (Kornstein S. et al. 2000).

У мужчин к часто возникающим симптомам относятся: замедление движений, бедность жестов, замедленная речь (Kiveld S.-L., Pahkala K., 1988), невербальная враждебность (Katz M., et al. 1993). Некоторые исследователи (Van Pragg H., 1996) пришли к выводу о целесообразности выделения «мужского депрессивного синдрома»: внезапные и периодически возникающие приступы гнева, раздражительность, агрессивное поведение, алекситимия.

Б) При наличии столь ощутимых клинических различий стоит предполагать, что и влияние лекарственных средств тимоаналетической направленности будет иметь гендерные отличия.

В настоящее время к перечню антидепрессантов относят:

1. Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов (классические трициклические - ТЦА - и тетрациклические антидепрессанты): амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин;
2. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): сертралин, пароксетин, эсциталопрам, флувоксамин;
3. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН): венлафаксин, милнаципран, дулоксетин;
4. Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и дофамина (СИОЗНиД): бупропион (препарат не представлен в РФ);
5. Обратимые ингибиторы моноаминоксидазы типа А (ИМАО): моклобемид, пирлиндол;
6. Норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты (НаССА): миансерин, миртазапин;
7. Специфические серотонинергические антидепрессанты (ССА): тразодон;
8. Мелатонинергические антидепрессанты: агомелатин

Очевидно, что у каждого препарата есть отличающие характеристики, однако гендерные аспекты применения явно не входят в число изученных предикторов эффективности. В доступной литературе автором обнаружено лишь несколько интересных исследований.

Wohlfarth T., Storosum J.G., Elferink A. (2004) выполнили объемный метаанализ (30 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, 3886 пациентов - 1555 мужчин и 2331 женщин, терапия депрессии ТЦА). Авторы доказали, что эффективность ТЦА не имеет гендерных коррелятов.

Hildebrandt M., Steyerberg E., Stage K. (2001) включили в исследование 292 пациентов с меланхолической депрессией (196 женщин, 96 мужчин), получавших в рамках двойных слепых исследований терапию кломипрамином (150 мг/сут), циталопрамом (40 мг/сут), пароксетином (30 мг/сут) и моклобемидом (400 мг/сут). Проведен тщательный статистический анализ непараметрическими способами. Авторы установили, что в группе кломипрамина показатели частоты ремиссии оказались значимо выше. Плазменная концентрация кломипрамина у женщин оказалась достоверно выше, чем у мужчин; это требует пересмотра отношения к дозировкам. Выявлено отсутствие гендерных связей с эффективностью у всех сравниваемых антидепрессантов.

Quitkin F.M., Stewart J., McGrath P., et al. (2002) выполнили метаанализ. Проанализированы описания 1746 пациентов, получавших терапию ТЦА, ИМАО, флуоксетином и плацебо. Не выявлено тендерных различий при терапии ТЦА, флуоксетином и плацебо. Эффективность ИМАО оказалась у женщин достоверно выше.

Hisashi Higuchi, Kazuhiro Sato, Shingo Naito et al. (2015) изучили тендерные и возрастные аспекты эффективности флувоксамина. Установлен достоверно отличающийся результат терапии у молодых женщин. Авторы высказывают предположение о значимости уровня эстрогенов в реализации антидепрессивного эффекта флувоксамина.

Kornstein S., Schatzberg A., Thase M. (2000) посвятили исследование сравнению эффективности Сертралина и Имипрамина в терапии хронической депрессии (235 мужчин и 400 женщин). Доказана достоверно большая эффективность Сертралина у женщин и Имипрамина у мужчин.

В целом при анализе литературы возникает мнение, что неселективные антидепрессанты не отличаются в своей эффективности гендерной специфичностью, чего нельзя сказать о более современных, селективных препаратах.

В) Вероятно, есть гендерная специфика в выборе антидепрессанта со стороны врача. У автора статьи существовало предположение, что образование врача и его клинический опыт в некоторой степени модифицируются психологическими характеристиками, в том числе опосредованными гендерными особенностями. Для проверки этой гипотезы предпринято исследование. В анкетировании (8.2.17) приняли участие 50 врачей-психиатров Ростовской области, 35 женщин и 15 мужчин, средний возраст 39,6 лет, средний стаж работы психиатром - 14,4 лет.

Выявлены определенные «предпочтения» врачей. У психиатров женского пола предпочтения классов антидепрессантов выглядели следующим образом: СИОЗС - СИОЗСиН - ТЦА - мелатонинэргические препараты - НАССА - ССА - ИМАО; у мужчин: СИОЗС - СИОЗСиН - ТЦА - НАССА - мелатонинэргические препараты - ССА - ИМАО. «Тройка лидеров» в группе СИОЗС у

психиатров-женщин выглядела так: Сертралин, Флувоксамин, Пароксетин, а у мужчин - Эсциталопрам, Сертралин, Пароксетин.

Вывод. Гендерные аспекты тимоаналептической терапии представляют собой важную проблему. Депрессия имеет значимые клинические особенности, связанные с полом; современные антидепрессанты проявляют отличающиеся характеристики действия у мужчин и женщин; гендерные особенности «звучат» даже в выборе антидепрессанта врачом-психиатром. Описанные вопросы нуждаются во внимании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2010. С. 47–48.
2. Тювина Н.А. Депрессия у женщин. М.: Кафедра психиатрии и медицинской психоневрологии ММА им. И.М.Сеченова, 2003. С. 32– 62.
3. Тювина Н.А., Балабанова В.В., Воронина Е.О. Гендерные особенности депрессивных расстройств // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. №2.
4. Hildebrandt M., Steyerberg E., Stage K. Are Gender Differences Important for the Clinical Effects of Antidepressants? // Am. J. Psychiatry. 2001; 16Q:1S41-16S0.
5. Katz M., Wetzler S., Cloitre M. et al. Expressive characteristics of anxiety in depressed men and women // J. Affect. Dis. 1993. Vol. 28. P. 267–277.
6. Kiveld S.-L., Pahkala K. Clinician-rated symptoms and signs of depression in aged Finns // Int. J. Soc. Psychiatry. 1988. Vol. 34. P. 2229–2235.
7. Kornstein S., Schatzber A., Thase, M. et al. Gender differences in chronic major and double depression // J. Affect. Dis. 2000. Vol. 60. P. 1–11.
8. Kornstein S., Schatzberg A., Thase M. Gender Differences in Treatment Response to Sertraline Versus Imipramine in Chronic Depression // Am. J. Psychiatry. 2000; 157:7445.
9. Quitkin F.M., Stewart J., McGrath P et al. Are There Differences Between Women's and Men's Antidepressant Responses? // Am. J. Psychiatry. 2002; 159:1848-1854.
10. Van Praag H. Serotonin dysfunction and aggression control // Psychol. Med. 1996. Vol. 21. P. 15–19.
11. Wilhelm K., Parker G., Asghari A. Sex differences in the experience of depressed mood state over fifteen years // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1998. Vol. 33. P. 16–20.
12. Wohlfarth T., Storum J.G., Elferink A. Response to Tricyclic Antidepressants: Independent of Gender? // Am. J. Psychiatry. 2004; 161:370-172.
13. Young M., Scheftner W., Fawcett J. et al. Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorders // J. Nerv. Ment. Dis. 1990. Vol. 178. P. 200–203.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: К ПРОБЛЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ КОНЦЕПЦИИ

Солдаткин В.А., Мавани Д.Ч.

г. Ростов-на-Дону

Компьютерные технологии и интернет - неотъемлемая часть современной жизни. Согласно статистике Internet World Stats, уровень проникновения интернета в России в 2016 г. составил 70,5%. По данным Фонда «Общественное Мнение», ежемесячная аудитория интернета в России на сегодняшний день — 103,7 млн. пользователей. Соответственно, в стране высок и предполагаемый уровень интернет-зависимости.

После десятилетий изучения проблемы компьютерной зависимости (КЗ) родовая принадлежность и механизмы формирования расстройства остаются предметом дискуссий, выходящих далеко за пределы профессиональных сообществ психиатров и психологов. На основании проведенного изучения зарубежных и отечественных публикаций представляется возможным разделить существующие концепции формирования КЗ на несколько групп: социо-культурные, психологические и психоаналитические, медико-биологические, физиологические и комплексные.

Значимым ограничивающим фактором многих концепций являются характеристики аргументации, а именно методики получения научной информации (в частности, психометрический подход, анкетирование в интернете) и объединение в единую разноплановую группу зависимых от компьютерной деятельности в рамках единственного заболевания и в сочетании с иным психическим расстройством. В качестве альтернативы авторами предложено комплексное исследование, в рамках которого применены методы: клинический, психологический, генетический, нейровизуализационный, электроэнцефалографический, биохимический (уровень серотонина крови и суточной экскреции катехоламинов), статистический.

Предложение участвовать в исследовании было сделано 152 пациентам, обратившиеся за последние 5 лет за консультативной помощью по поводу чрезмерного влечения к компьютерным играм и интернету, а также из-за возникших в результате этого проблем в различных сферах их жизнедеятельности. После проведения клинического скрининга 107 из них было предложено комплексное обследование (у 45 человек не было выявлено клинических признаков зависимости). 93 пациента выразили добровольное согласие на прохождение комплексного амбулаторного обследования, они составили общую группу КЗ. После тщательного обследования у 49 пациентов было выявлено еще одно психическое расстрой-

ство: шизотипическое – 30 человек (61,3%), шизоаффективное – 2 (4,1%), параноидная шизофрения – 2 (4,1%), депрессивное расстройство - 5 (10,0%), биполярное аффективное расстройство - 4 (8,2%), обсессивно-компульсивное расстройство - 3 (6,1%), эпилепсия - 1 (2,1%), СДВГ – 2 (4,1%). На основании полученной информации пациенты были распределены в 2 группы: первичной КЗ (ПКЗ, 44 пациента) и сочетанной КЗ (СКЗ, 49 пациентов). Группы сравнения были сопоставимы по возрасту (16,2 лет, размах варьирования 15-17 лет), полу, социальной занятости. Контрольная группа (50 здоровых человек) набрана путем случайного отбора из числа согласившихся участвовать старшеклассников г. Ростова-на-Дону, с сохранением сопоставимости характеристик групп.

В результате исследования проведено семиотическое типирование феномена компьютерной зависимости, выделены симптомы и психопатологический синдром - зависимости и измененной реактивности. Описан синдромотаксис, выделены два этапа развития расстройства - инициальный и этап развернутой клинической картины, предложены клинико-динамические варианты развития КЗ.

При сущностном сходстве выявлен ряд различий в проявлениях ПКЗ и СКЗ. Так, в группе ПКЗ ведущим мотивом было стремление к развлечению, а в группе СКЗ – уход от проблем и переживаний. В группе ПКЗ преобладало компульсивное влечение без борьбы мотивов, в отличие от СКЗ, где прослеживался больший удельный вес нарушений обсессивного уровня. Патологическое влечение к компьютерной деятельности (КД) в обеих группах было неразрывно связано со специфическим состоянием психофизического комфорта при реализации влечения и дискомфорта при невозможности этого. Следует отметить, что в группе ПКЗ патологическая КД рассматривалась пациентами как один из способов получения дополнительного удовольствия, а в группе СКЗ – как единственный способ получения положительных эмоций. Психофизический дискомфорт возникал у пациентов обеих групп при невозможности осуществления или продолжения патологической КД. Вынужденное завершение эпизода КД преобладало в группе ПКЗ (88,6%), а аутохтонный выход оказался более характерным для пациентов с СКЗ (69,3%). Анализируя проявления синдрома измененной реактивности, можно отметить, что для пациентов как с ПКЗ, так и с СКЗ, было характерно изменение формы «психотропного эффекта», а именно, его угасание, что влекло за собой увеличение толерантности. При этом в основе возрастания продолжительности КД в группе ПКЗ лежало отсутствие возможности «пресытиться», а в группе СКЗ – потребность продлить психоэмоциональный комфорт. Происходило учащение эпизодов патологического поведения, они удлинялись по времени, приобретая систематизированный характер (серии эпизодов или «запой» КД в рамках симптома «изменение формы потребления»). Пациенты обеих групп не ощущали усталости,

даже при многочасовой патологической КД, что описано нами в рамках симптома «исчезновение защитных знаков».

При помощи психологического метода уточнены значимые черты пациентов, страдающих КЗ. Пациенты с ПКЗ характеризовались повышенной избирательной истощаемостью познавательных процессов в интеллектуальной деятельности, если она не касалась непосредственно игры (имеется ввиду собственно компьютерная игра), а также либо потенциально сохранным интеллектом, либо снижением интеллектуальных показателей вследствие органических, чаще резидуально-органических, нарушений. В группе пациентов с СКЗ на первый план выступали качественные характеристики их основных симптомокомплексов ведущего психического расстройства. Для них соответствующее зависимое поведение выполняло роль суррогатной компенсации базовых потребностей в снятии психической напряженности, самореализации, восполнении утраченных в реальной жизни переживаний успеха, победы.

В каждой из групп - ПКЗ и СКЗ - были обнаружены также и внутригрупповые различия, позволившие выделить дополнительные подгруппы. В группе ПКЗ можно выделить 2 подгруппы:

ПКЗ-1: пациенты с личностно-аномальным патопсихологическим симптомокомплексом, по степени выраженности отклонений - ближе к акцентуированным личностям;

ПКЗ-2: пациенты с лабильным вариантом органического патопсихологического симптомокомплекса.

В группе СКЗ мы смогли выделить качественно иные подгруппы:

СКЗ-Ш: пациенты с шизофреническим симптомокомплексом;

СКЗ-Аф: пациенты с аффективно-эндогенным симптомокомплексом (гипотимический вариант).

Следует отметить, что в подгруппе без органических знаков (ПКЗ-1) отмечалась наиболее часто встречаемая астенизация, тогда как в остальных подгруппах можно было обнаружить те или иные нарушения, типичные для базового состояния каждой из них, а именно:

а) в подгруппе ПКЗ-2 - типичные «органические» признаки;

б) в подгруппе СКЗ-Ш - структурные или мотивационные нарушения мышления;

в) в подгруппе СКЗ-Аф - специфические структурно-динамические нарушения мышления.

Выявленные особенности, в нашем понимании, имеют большое значение в формировании и поддержании КЗ, поскольку представляют собой сплав преморбидных характеристик, ассоциированных со слабостью «барьера психической адаптации» (в понимании академика Александровского Ю.А.) и приобретенных в ходе развития расстройства признаков.

Клиническим, психологическим, нейровизуализационным и генетиче-

ским методами уточнена предрасположенность к КЗ, причем выявлены достоверные отличия между ПКЗ и СКЗ.

В частности, как в группе ПКЗ, так и СКЗ отмечалась высокая частота наследственной отягощенности химической зависимостью (54 пациента; 58,1%). Случаи нехимической зависимости среди родственников пациентов встречались только в группе ПКЗ (6 пациентов; 6,5%). Характеризуя наследственную отягощенность психическим расстройством у родственников первой линии в группе КЗ, следует сказать, что она имела место в половине случаев. Случаи других психических расстройств в обеих группах встречались у 46 (49,5%) пациентов. Почти треть пациентов родилась от патологично протекавшей беременности (38 человек, 40,9%). Осложненные роды отмечались в 32 (34,4%) случаях. Период раннего развития характеризовался в большинстве своем дисгармоничностью, как с отставанием физического развития в 18 (19,3%) случаях и нервно-психического развития в 33 (35,5%) случаях, так и с опережением. Незрелость вегетативной нервной системы была выявлена у 18 (19,4%) пациентов.

Среди личностных особенностей в группе ПКЗ преобладали акцентуации по неустойчивому типу (21,5%) и психастеническому (16,1%), в СКЗ - по шизоидному типу (39,78%).

В 87 (93,5%) случаях стиль воспитания был патологическим. Преобладали: потворствующая гиперпротекция (51 человек; 54,8%), противоречивое воспитание (36 человек; 38,7%), эмоциональное отвержение (15 человек; 16,1%).

На снимках МРТ головного мозга у больных КЗ выявлено наличие патологических изменений в головном мозге в виде расширения субарахноидальных пространств (27,3%), преимущественно в лобных отделах, расширения боковых желудочков (17,0%), а также наличие кист головного мозга (17,0%). В сравнении с контрольной группой различия были статистически значимы. Между группами ПКЗ и СКЗ различия в выявленных патологических признаках были недостоверны. Выявленные структурно-морфологические особенности головного мозга пациентов с КЗ, с нашей точки зрения, отражают биологический компонент предрасположенности к данному расстройству. Учитывая критерии исключения, отсутствие у больных КЗ активных значимых сомато-неврологических заболеваний, которые могли бы вызвать структурные поражения головного мозга, мы считаем возможным говорить о врожденном, дизонтогенетическом характере выявленных нарушений.

Генетическим методом выявлены особенности, являющимися фактором предрасположенности к КЗ. Установлена значимость особенности полиморфизма Val158Met гена COMT: преобладание гомозигот по аллели Val. Это говорит о высокой ферментативной активности катехол-о-метилтрансферазы, что соответствует низкому уровню катехоламинов. Этот вывод нашел под-

тверждение в нашем исследовании, касающемся экскреции катехоламинов у больных КЗ. Там нами было выявлено достоверно меньшая экскреция ДОФА и норадреналина у больных КЗ по сравнению с контрольной группой. Это позволяет высказать предположение о том, что изначально предрасположенный уровень катехоламинов у этих больных был снижен и при возникновении провоцирующих факторов они испытали значительную потребность в появлении стимулятора, «допинга», которым для них стала компьютерная деятельность, принявшей характер «фетиша».

Наличие верифицированных электроэнцефалографических изменений, нарушений серотониновой и катехоламиновой нейромедиации позволяет судить об особенностях патогенеза расстройства.

В частности, диффузные изменения биоэлектрической активности в подавляющем большинстве отмечались в группе КЗ (при этом различия между группами ПКЗ и СКЗ недостоверны, а с контрольной группой – статистически значимы). Умеренные изменения преобладали в представленных ЭЭГ над легкими. В группе пациентов КЗ были выявлены специфические типы ЭЭГ, не встречающиеся в контрольной, а именно: дезорганизованный тип ЭЭГ с преобладанием как α -активности, так θ - и δ - активности, а также низкоамплитудный тип ЭЭГ (по Жирмунской Е.А., 1990; Нягу А.И. и соавт., 1998), что, вероятно, обусловлено дисфункцией на диэнцефально-стволовом уровне, с вовлечением ретикулярной формации, гипоталамуса, ядер таламуса. Выявленные нами данные имеют связь с отмеченной в группе пациентов КЗ генерализованной билатерально-синхронной волновой активностью в виде вспышек, указывающей на стволовой уровень дисфункции. Высокая частота встречаемости пароксизмальных нарушений в стволе мозга соответствует концепции патологических интеграций ЦНС академика Крыжановского Г.Н. (2005). Следует отметить, что выявленные изменения в большинстве случаев представлены в группе с ПКЗ. Между группой КЗ и контрольной группой изменения статистически значимы, между группами ПКЗ и СКЗ – различия недостоверны. По нашему мнению, установленные электроэнцефалографические изменения представляют собой сочетание как предрасположенных факторов (учитывая предоставленные выше сведения о структурном состоянии головного мозга), так и нарушений функциональной составляющей синхронизирующих процессов ЦНС на фоне развития КЗ.

У пациентов с КЗ отмечался достоверно меньший уровень экскреции ДОФА и норадреналина, чем у здоровых добровольцев, при этом достоверных различий между группами ПКЗ и СКЗ не отмечалось. По уровню экскреции дофамина группа КЗ и контрольная группа между собой не отличались. Однако между подгруппами КЗ выявлено достоверно значимое отличие по этому показателю - уровень дофамина в группе СКЗ оказался

достоверно выше, чем в ПКЗ, что, вероятно, обусловлено влиянием сопутствующего заболевания.

По уровню свободного серотонина выявлены статистически значимые различия между группами ПКЗ и СКЗ. В группе СКЗ показатель оказался достоверно ниже, что отражает риск развития депрессивных состояний. Выявленные изменения в обмене серотонина и катехоламинов, на наш взгляд, могут говорить о наличии дисбаланса в системе регуляции обменных процессов моноаминов в организме, что влечет за собой нарушение в интегративной системе внутреннего подкрепления, что согласуется с современными взглядами на биологическую основу формирования зависимости.

Вывод. Совокупность полученных в ходе исследования данных позволяет констатировать наибольшую обоснованность комплексной концепции развития компьютерной зависимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бухановский, А.О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Пособие для врачей / Бухановский А.О., Андреев А.С., Бухановская О.А., Заика В.Г., Ковалев А.И., Хмарук И.Н., Труфанова О.К., Турченко Н.М., Дони Е.В. - Ростов-на-Дону. 2002. 60 с.
2. Гриффитс М. Избыточное применение Интернета: онлайнное аддиктивное поведение. Тезисы дистантных зарубежных участников симпозиума «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития», 2009.
3. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор). Аддиктология, №1. 2005.
4. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика / В.Л. Малыгин и др. – М.: Арсенал образования, 2010. – 136 с.
5. Психиатрия. Ростовская научно – педагогическая школа: учебник /Под ред. В. А. Солдаткина; ФГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов – н/Д: Профпресс, 2016. – С. 346-347.
6. Руководство по аддиктологии/ под ред. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
7. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т.2/ А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 784 с.
8. Солдаткин В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва. 2010. 50 с.

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕКТРОННЫХ ПАРОГЕНЕРАТОРОВ (ВЕЙПИНГА) В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Стрижев В.А., Симонян Н.Э., Якушина А.А.

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
г. Краснодар*

В настоящее время проблема использования электронных парогенераторов (вейпинга) подростками во многих странах стоит еще острее, нежели курения «привычного» [1, 3]. Электронные парогенераторы – относительно молодой вид пристрастия к никотину и веществам, имитирующим и «заменяющим» курение. Основными компонентами раствора помимо никотина, являются пропиленгликоль с глицерином и ароматизаторы [2, 4]. Стремительным распространением вейпинга в молодежной среде обеспокоены в первую очередь медики. Учитывая сравнительно недавнее появление электронных парогенераторов на рынке, сложно делать долгосрочные прогнозы, однако оценка химических компонентов в составе жидкостей, используемых в парогенераторах, указывает на потенциальную цитотоксичность некоторых растворов, связанную с концентрацией и числом ароматизаторов [5]. В некоторых брендах уровень содержания токсичных веществ, таких как формальдегид, ацетальдегид, акролеин, столь же высок, как и в дыме от некоторых сигарет. Результаты последних исследований показывают, что проблематика сегодняшнего дня - широкое распространение, которое получили электронные парогенераторы среди подростков, обусловленное тиражируемой в рекламе «безвредностью» [1, 2].

Цель исследования. Анализ распространенности использования электронных парогенераторов (вейпинга) в подростковой среде, изучение информированности студентов колледжа по данной проблеме, определение отношения к вейпингу.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди студентов ГАПОУ «Краснодарский гуманитарно-технологический колледж» (КГТК). В исследовании приняло участие 93 студента в возрасте от 15 до 20 лет. В работе использовались тесты-опросники, позволяющие оценить распространенность вейпинга, информированность, отношение студентов, мотивы курения, риск аддиктивного поведения.

Результаты исследования. Выявлено 29 курящих (29,9%), 12 из них курят электронные сигареты (41%), у которых наблюдались следующие мотивы курения: стимулирование активности - 20,7%, ритуальные действия - 20,7%, расслабление - 13,8%, снятие тревожности - 38%, психологическая зависимость - 17,2%, привычка - 7%, несколько мотивов одновременно – 31,0%, мотив отсутствовал у 45,0%. Среди курящих были следующие группы риска зависимого поведения: не выражен у 45,0%, умеренно выражен

ный риск зависимого поведения у 31,0%, выраженные признаки склонности к зависимому поведению у 24,0%. По мнению 41,0% испытуемых в состав VAPE входит никотин, 46,0% считают, что в составе присутствуют ароматизаторы, 38,7% - пропиленгликоль, 46,2% - глицерин, 45% - не знают. Наиболее частыми источниками информации по итогам тестирования являются друзья и знакомые (58,0%), интернет и социальные сети (20,4%), школа (14%), телевидение (10,7%). 72% опрошенных однократно употребляли VAPE, 25,8% употребляли повторно. 39,8% пробовали VAPE в компании, 38,7% - с друзьями, 22,6% - самостоятельно. 58,0% студентов считают VAPE вредным для здоровья. Несмотря на то, что в группе курящих 62,0% считают VAPE вредным, 41,0% продолжают употребление. Наиболее распространенной причиной вредности опрошенные отметили различные болезни – 63,0%, рак - 16,4%, влияет на зубы, десны - 13,2%, изменяет поведение в худшую сторону - 7,4%. 44,0% считают, что VAPE вызывает зависимость, 56,0% - так не считают, среди курящих 31,0% ответили, что VAPE способен вызвать зависимость. 56,0% опрошенных (52 человека) отмечают преимущества VAPE над обычными сигаретами, из них 25,0% - курящие (13 человек).

Выводы. В ходе проделанной работы было выявлено, что распространенность и употребление VAPE в подростковой среде велики – 92,5% опрошенных знали о VAPE, у 82,0% есть знакомые, употребляющие VAPE, 72,0% пробовали сами, 25,8% употребляли повторно, из курящих табак 96,0% пробовали VAPE, из них 41,0% продолжают употреблять. Наиболее частыми источниками информации по итогам тестирования являются друзья и знакомые (58%), интернет и социальные сети (20,4%). Больше половины (около 60%) испытуемых считают VAPE вредным для здоровья, из них 32% курящие. В вопросе зависимости мнения разделились примерно поровну (44% считают, что VAPE вызывает зависимость, 56% - нет.) 56% опрошенных отмечают преимущества VAPE над обычными сигаретами, 45% курящих так же считают VAPE лучше.

Полученные результаты могут быть основанием для проведения психокоррекционной работы среди подростков, имеющих пристрастие к электронным парогенераторам и табакокурению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Логинова И.А., Мерибанова Ю.С., Шевяко А.Д. Некоторые медико-социальные и психологические аспекты использования электронных парогенераторов / Военная медицина, – 2016. - № 3 (41). – С. 29-33.
2. Логинова И.А. Неблагоприятные медико-социальные и психологические последствия использования электронных парогенераторов в подростковом возрасте / Современные тенденции развития науки и технологий, - 2016. - № 8-1. – С. 72-79.
3. Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Донитова В.В. Глобальное исследование об употреблении табака среди молодежи в возрасте 13-15 лет / Медицина, - 2016. – Т. 4. - № 4 (16). – С. 1-12.
4. Устюжанин А.В., Артемкина И.Ю., Алимов А.В. Опыт реализации профилактических программ, направленных на сохранение здоровья, личностное и профориентационное развитие подрастающего поколения / Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие, - 2016. - № 3. – С. 38-49.
5. The tobacco industry at a crossroads: cigarettes growth falters as focus falls on alternatives / Euromonitor international, - 2013. – 36 p.

СИНЕРГЕТИКА КАК ОСНОВА НОВОЙ ПАРАДИГМЫ В ПСИХИАТРИИ

Сукиасян С.Г.

Армения, г. Ереван

Методология исследования и анализа психики, представленная в настоящей статье, основана на концепции универсального эволюционизма, который исходит из принципа единого мира. Суть принципа в том, что развитие физического, биологического и социального миров происходит по единому сценарию, единым законам и механизмам. Эта концепция лежит в основе новой науки - синергетики. Это интегративная наука, которая определяется как «наука о самоорганизации физических, биологических и социальных систем, как наука об универсальных законах эволюции Природы» [4, 8, 9, 10, 12].

Изучая психику как феномен, имеющий свою историю развития и становления, так же как и вся Вселенная, как и человек, как все составляющие этого мира, мы рассматриваем психопатологические проявления как исторические артефакты, адекватные в актуальном времени и пространстве, однако приобретшие патологический характер в настоящее время. Подобный подход к психике основан на теории диссоциации Джексона. Психика понимается нами как многослойный феномен, отражающий этапность эволюционного процесса.

В силу методологической и предметной ограниченности каждой науки практически невозможно понять и объяснить мир в пределах одной науки, поскольку он очень многогранен и сложен [3]. Физика дает знание только о физической реальности, биология - о биологической. Но в мире существуют и такие феномены, как эмоции, чувства, мысли, которые практически всегда рассматривались как явления не материальные, поэтому не подвластные научному изучению в силу известной их субъективности. Знания о них накапливаются в опыте поколений, закрепляются в культуре (в сказках, легендах, мифах), в религии, нравственности. Следовательно, понять вселенную и все ее составляющие можно лишь применив интегральный подход, охватывающий объекты и субъекты физического (косного), биологического (живого) и социального миров на основе единых принципов развития. Такой подход позволяет найти общее в закономерностях развития, исследуемых разными науками, предложив для изучения эволюции природы и общества общую платформу во Вселенной, предложив, что наряду с вещественным (материальным в классическом понимании) миром существует мир сознания, мир информационных полей.

Эволюция Природы, физического мира, согласно законам термодинамики, происходила в устойчивом режиме с возможными флуктуациями в системе с обязательным возвратом (гашением). Это развитие сопровождалось ростом энтропии, что приводило к выравниванию всех градиентов в Природе: температуры, давления, энергии и т.д. И, как результат, физический (или косный) мир необратимо следовал к состоянию равновесия, к серому, однородному хаосу. Биологический мир подчиняется прямо противоположным законам: энтропия может падать, что приводит к росту порядка, разнообразия форм, непрерывному обогащению живого мира. Все, чем отличается живой мир от серого, однородного хаоса возникло и существует из-за падения энтропии в окружающую среду или отрицательной энтропии. Ею питается все живое и все созданное жизнью, а значит наука и искусство [2].

Но не все так ясно и понятно в социальном мире: как и куда он эволюционирует? где и как возник разум? где и как человек стал Человеком? Как же возникло это свойство материи мыслить отвлеченными понятиями? Сегодня не смысла доказывать, что человек обязан интеллектом своему большому мозгу. Но, при этом забываются или игнорируются два обстоятельства: 1) так называемый «синдром Маугли» или *Homo ferus* – феномен детей, выросших среди животных, и также обладающих большим мозгом; 2) из почти 1,5 килограммового мозга задействован всего лишь не более 10%. Следовательно, можно предположить, что интеллект обусловлен не только размером мозга. Скорее всего, большой мозг развился у людей как побочный результат неотении [6]. Но мир един, и не может он развиваться по разным законам. Естественно предположить, что в единой Природе должны соблюдаться единые законы эволюции физического, биологического и социального миров. Для всех этих законов характерна повторяемость, которая, в свою очередь, обусловлена причинно-следственным законом. Без причинно-следственного закона не смог бы действовать ни один закон природы или общества, а мироустройство распалось бы, чего, однако, не наблюдается. Здесь следует заметить, что синергетика, помимо устойчивого состояния, рассматривает и неустойчивые. То есть флуктуации могут не гаситься, а возрастать, старые структуры могут разрушаться, но на их месте возникают новые. Синергетика исходит из того, что все в природе подчиняется определенной иерархии по принципу каузальности, имеет подчиненность (организованность) и, вместе с тем, действует принцип стохастичности – случайности [5]. Процессы в природе имеют вероятностный характер. Каждый процесс подвержен действию многих неопределенных факторов: в любой системе возникают конкурирующие элементы, и происходит отбор по признакам, которые позволяют системе выжить. Эти признаки закрепляются, то есть наследуются. В этом аспекте синергетика является развитием дарвиновской теории эволюции («изме

нчивость→отбор→наследственность»), которая распространена на эволюцию физической, биологической и социальной Природы. В процессах развития Вселенной присутствуют случайные факторы, и процессы протекают в условиях некоторого уровня неопределенности (стохастичности). Вместе с тем, во Вселенной существует наследственность, настоящее и будущее зависят от прошлого, но не определяются им. То есть Вселенная представляет собой единую систему, в которой все процессы развиваются по единым эволюционным законам. Здесь уместно отметить эмпирические обобщения, предложенные В.И. Вернадским [1] - некоторые утверждения, не противоречащие опыту: 1) Вселенная представляет собой единую саморазвивающуюся систему; 2) в процессах развития Вселенной присутствуют случайные факторы, и процессы протекают в условиях некоторого уровня неопределенности; 3) во Вселенной существует наследственность, настоящее и будущее зависят от прошлого, но не определяются им; 4) в мире властвует принцип отбора; 5) принципы отбора допускают существование бифуркационных состояний, в которых невозможно предсказать путь дальнейшей эволюции, т.к. новое русло эволюционного развития в значительной степени определяется неконтролируемыми факторами в точке бифуркации. Дарвиновская теория предполагает плавное, предсказуемое развитие живого мира, в то время, как синергетика в триедином мире (физическом, биологическом и социальном) предполагает вероятность, неопределенность, неконтролируемость. На основе эмпирических обобщений В.И.Вернадского [1] Г.Н. Дульнев [3] делает ряд важных выводов: 1) из стохастичности мира следует необратимость эволюции и времени, то есть вероятность повторения какого-либо прошлого состояния равна нулю; 2) стохастика и бифуркация приводят в процессе эволюции к непрерывному росту разнообразия и сложности форм; 3) в процессе самоорганизации непрерывно происходит разрушение тех или иных существующих структур, дающих материал для возникновения новых. Происходит замещение менее стабильных структур более стабильными, более приспособленными к данной конкретной обстановке; 4) общий эволюционный процесс как процесс самоорганизации, несмотря на его стихийность, обладает определенной направленностью: идет рост разнообразных форм, сложности структур. Это утверждение сохраняет силу для любых объектов мира – биологических, психологических, физических, социальных.

Философской основой синергетики выступает так называемая «реалистическая философия», в которой преодолен крайний взгляд на Природу и Вселенную, который характерен для материализма и идеализма, каждый из которых по-своему решает «основной вопрос философии» [7]. Эта философия признает равнозначность материи, энергии и духа (вещества, силы и психики). Материя и Дух представляют непрерывное внутреннее единство на всех уровнях организации бытия. Вопрос о первичности материи или со-

знания является абсурдным, поскольку они являются разными ипостасями единой реальности. Психика также материальна, как и материя [11].

Развитие человека происходило параллельно развитию земной биосферы и в соответствии с его законами. Чтобы ответить на вопрос, «кто мы есть?», нам необходимо правильно понимать историю живого, в которой немало неясных и спорных страниц. Однако уже успехи эволюционной биологии, палеоантропологии, генетики и палеогенетики и других, сопряженных с ними наук резко сократили количество «белых пятен» в истории земной жизни. Общепринятая на сегодня идея единства мира требует и признания единства науки, объединения всех наук о природе и человеке. Вольно или невольно, но сегодня наблюдается тенденция к движению наук навстречу друг к другу: гуманизируются естественные науки, а гуманитарные науки все больше подчиняются логике естествознания [6]. Синергетика исходит из единства законов природы для всех миров - физического, биологического и социального (принцип универсального эволюционизма). Такой подход позволяет найти общее в закономерностях развития, исследуемых разными науками, предложив для изучения эволюции природы и общества общую платформу во Вселенной, предложив, что наряду с вещественным (материальным в классическом понимании) миром существует мир сознания, мир информационных полей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вернадский В.И. Размышления натуралиста: Научная мысль как планетарное явление. М.: Наука, 1977. Кн. 2, 191 с.-14
2. Волькенштейн М.В. Энтропия и информация. М.: Изд-во «Наука». 1986. 191 с.-11
3. Дульнев Г.Н. Роль синергетики в формировании нового мышления. // Мир Огненный. 1997. № 3 (14). С. 32-36. (URL: http://dolmen.narod.ru/7_13.htm; дата обращения: 21.10.2015). -2
4. Дульнев Г.Н. Введение в синергетику. СПб.: Проспект, 1998. 258 с.-6
5. Дульнев Г.Н. Развитие научной парадигмы в XXI веке // Космическое мировоззрение – новое мышление XXI века: Материалы Международной научно-общественной конференции. 9–11 октября 2003. Москва: Международный Центр Рерихов, 2004. В 3 т. Т.1. 352 с.-13
6. Клягин Н.В. Современная научная картина мира. М.: Логос, 2007. 263 с.-12
7. Ленин В.И. Полное собрание сочинений: 5 издание. Том 18. - М.: Издательство политической литературы, 1968. с. 131- 15
8. Моисеев Н.Н. Современный рационализм. М.: МГВП КОКС, 1995. 375 с. 7
9. Николс Г., Пригожин И. Познание сложного. М.: Мир, 1990. 342 с.-8
10. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса: новый диалог человека с природой. М., ЛКИ, Едиториал УРСС, 2008. 296 с. (URL: <http://vikent.ru/author/566/>, дата обращения: 21.10.2015). - 9
11. Сукиасян С.Г. О соотношениях психики и сомы: материальное или идеальное? (попытка психопатологического анализа) // Психология и психотехника, 2012. № 7. С. 7 – 18. - 16
12. Хакен Г. Синергетика. М.: Изд-во «Мир», 1980. 404 с.-10.

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОПАТОЛОГИЮ: МОДЕЛЬ ПОНИМАНИЯ ПРИРОДЫ ПСИХИКИ

Сукиасян С.Г.

Армения, г. Ереван

Предмет настоящего исследования является категория психопатологии в контексте понимания природы возникновения и развития человека и его психики. В настоящей статье мы не будем анализировать наиболее известные модели различных форм поведения человека - биологическую, бихевиоральную, психодинамическую, когнитивную, экзистенциально-гуманистическую, социокультурную (они представлены в предыдущих публикациях). Отметим, что мы их рассматриваем как некий континуум научной мысли, на одном полюсе которого биологическая модель, а на другом - социокультурная. Работа теоретическая и основана на анализе категориальных понятий и подходов, принятых в психологии и психиатрии. Мы постараемся представить наш оригинальный подход к пониманию природы и психики человека, названный нами «психопатологический».

Каждый человек приходит в этот мир с определенными биологическими задатками, предопределенными его геномом. Этот биологический механизм предопределяет (конечно, не абсолютно) тот жизненный путь, по которому пройдет каждый из нас. Абсолютизм здесь исключен, поскольку есть другой, совершенно уникальный, человеческий механизм, предопределяющий и обеспечивающий жизнедеятельность человека. Этот механизм очень специфический и сугубо человеческий, и действует он в особенном человеческом обществе, которое формирует каждого из нас на основе генотипа через влияние социальных институтов. Взаимоотношения генотипа с фенотипом формируют личность и поведение каждого из нас. Взаимоотношения между биологическими и социальными корнями человека имеет для научной психологии решающее значение [6], и могут стать причиной конфликтов, отклонений в поведении, причиной психических расстройств. Естественно, что возникает вопрос, как это происходит? Почему возникают те или иные формы проявлений, которые могут восприниматься и трактоваться или как нормальные, или как патологические? Если это реакции имеют адаптивный характер, как утверждают «эволюционисты», то почему они приводят к дезадаптации?

Необходимость объяснения причин, которые приводят к возникновению патологических форм поведения и, следовательно, патологических проявлений психики, способствовала появлению различных подходов и моделей (парадигм) [3, 5]. Каждая модель по своему правильна, исходит из конкретных посылок и понятий, но обязательно вступает в конфликт с дру-

гой моделью, опирающейся на совершенно другие, но также конкретные и адекватные посылки и понятия. Каждая модель ориентирует исследователей на какой-то один аспект человеческого функционирования и ни одна не может объяснить все аспекты патологии, более того, не пытается понять, как и когда зародились эти формы поведения, являющиеся аномальными. С нашей точки зрения, понять человека, его природу через понимание его аномального поведения (то есть, психопатологии), можно только учитывая и биологические, и психологические, и социокультурные аспекты человеческой проблемы, а не только какой-то один из них.

Все, что происходит в природе, имеет свои причины и следствия. Все, что происходит в природе, заложено в некоей программе, которая иногда дает сбой, срывается не всегда. Клиницисты (да и не только они) придерживаются концепции «предрасположенность-стресс»: то есть человек обладает определенной биологической, психологической или социокультурной предрасположенностью к тому, что у него проявляется, в том числе и к психическому расстройству. Но проявляется это лишь после непосредственного воздействия того или иного фактора (стресса). Но что такое предрасположенность? Это предрасположенность в буквальном смысле данного слова – как навык, способность, склонность или тенденция действовать определенным образом, как повышенная вероятность развития заболевания в силу каких-то особенностей организма или среды? Или же предрасположенность понимать, как проявление в силу непонятных пока причин архаичных механизмов функционирования психики, присущих человеку на более ранних стадиях его развития? *При втором подходе имеют место не какие-то факторы риска, известные каждому психиатру, а проявление адекватных в исторических эпохах форм психического функционирования, но уже неадекватных в современных условиях под влиянием факторов внешней и внутренней среды.* Еще в 70-х годах прошлого века видный советский ученый-историк Поршнев Б.Ф. [9], исследования которого не всегда «соответствовали» советской идеологии и официальной науке, писал, что психически больные люди есть *неизбежное, согласно законам генетики, воспроизведение у небольшой части людей отдельных черт предковой вида палеоантропов.* Автор имел в виду не широкий комплекс характерных признаков этой предковой формы, а лишь некоторые признаки. Он проводил аналогии с физическими (соматическими) признаками, и в доказательство своих предположений приводил пример людей с очень выраженным и распространенным волосняным покровом при отсутствии всяких других «неандертальских» предковых симптомов; есть люди с другими морфологическими проявлениями (скулы, надбровные валики, большой торс и длинные руки и т.д.). Отдельные предковые признаки проявляются в старости, причем у женщин статистически несколько чаще [12, 13]. Те люди, у которых в сильной форме воспроизводятся некоторые психические черты предковой

формы, попадают в категорию психически больных. Это в основной массе неконтактные личности. Они представляют интерес в плане проявляемого ими симптомокомплекса, который, как пишет Поршневу Б.Ф. [9], является лишь «памятником жизни существ, еще не перешедших в людей». Анализируя поведение «психотиков», автор заключает, что в положении психотика есть нечто генетически напоминающее паразитизм при вполне здоровом теле. В мире животных нет психопатологии. Неврозы у животных могут быть только экспериментальными, то есть в искусственно созданных человеком условиях. В природной обстановке животное-невротик обречено на смерть. Таким образом, чтобы как-то ответить на выше поставленный вопрос, следует определить, а что значит быть психически здоровым, какое поведение является не аномальным?

Мы не будем, в силу ограниченности объема статьи, останавливаться на обзоре и анализе категории «психическое здоровье». Отметим, что практически все психологические теории, исследующие личность во всех ее ипостасях, рассматривают в качестве основной проблему психологического благополучия. Так, Зигмунд Фрейд полагал, что функционирование зрелой личности характеризуется способностью продуктивно работать и поддерживать удовлетворительные межличностные, социальные отношения, что предполагает способность наслаждаться широким спектром эмоций без чувства угрозы, привносить созидательные элементы в удовлетворение сексуальных и агрессивных побуждений.

Альберт Бандура придерживается точки зрения, что деятельность человека есть продукт множественного действия событий окружающей среды, поведения человека и свойств его личности, особенно мышления [2]. Самым важным в функционировании человека автор считает способность удовлетворять требованиям жизни, выбирать именно те виды поведения, которые необходимы для достижения цели.

Абрахам Маслоу нормальной считает ту личность, которая адекватно ставит акценты в выборе и значимости потребностей - от наиболее примитивных (физиологические) и потребности безопасности (в наиболее возвышенным потребностям или наиболее «человеческим») (в истине и красоте). К категории нормальных людей Маслоу А. относит тех, кто обладает такими качествами, как эффективное восприятие реальности, потребность в уединении и частной жизни, принятие себя и других [7].

Как следует из выше приведенных ссылок на классиков, в проблеме понимания и дефиниции психического здоровья ключевым остается вопрос о критериях оценки последнего. Очевидно, что каким-то одним критерием определить суть проблемы просто невозможно, поэтому наиболее перспективным представляется комплексный подход к оценке психического здоровья человека, включающий следующие критерии, позволяющие оценить личность как здоровую или больную: психические свойства, состояния и

процессы [4]. Опираясь на критерии, выделенные Крыловым А.А. [4], можно сделать вывод, что психическое здоровье как составной элемент здоровья, включает в себя совокупность психических характеристик, обеспечивающих динамическое равновесие и возможность человеку выполнения социальных функций. Следовательно, мы можем сказать, что психическое здоровье, прежде всего, определяется особенностями баланса, гармонии, жизненных сил человека и своеобразия его жизненного пространства. Оно находится под постоянным воздействием среды, которое может иметь как конструктивный, так и деструктивный характер. Следовательно, любая форма поведения хоть каким-то образом отклоняющаяся от критериев вышеприведенной нормы, представляется как аномальная или патологическая. Она аномальная, потому что психические проявления, направленные на сохранение адаптации, гомеостаза, входят в противоречие с действительностью. В свете выше изложенного любое психопатологическое проявление на уровне реакции, состояния, нозологии есть одно из проявлений адаптации человека в изменяющихся условиях естественной и социальной среды.

Такая постановка вопроса, с нашей стороны, направлена на поиск решения проблемы, которую можно сформулировать как «являются ли психические расстройства (шизофрения и другие психозы) болезнью или это эволюционно закреплённая форма поведения, гомологичная или аналогичная поведению пациента с психическим расстройством». Это болезнь или архаическая форма поведения человека? Вопрос, конечно, риторический. Шизофрения и все психозы – такие же болезни, как многие другие физические (соматические) болезни, хотя бы потому, что подчиняются многим закономерностям, присущим общей патологии человека, потому, что ограничивают свободу жизни [1]. Но откуда берутся и как возникают психопатологические симптомы психозов? Почему человек слышит голоса или видит образы? Почему возникает слуховой или зрительный феномен без объективного источника? Может быть они «заложены» в самом психическом? Почему «звучат» мысли у больных, и они «доступны» всем? Почему психически больной человек может читать и передавать мысли на расстоянии? Почему он говорит о вещах странных, непонятных, нелепых с нашей точки зрения, но вполне адекватных с их позиций? И т.д. и т.п.

Это относится и к аутизму, сущность которого, прежде всего, заключается в нарушениях взаимодействия с окружающим миром, обусловленных дизонтогенезом, задержкой умственного и личностного развития. Но следует заметить, что эту задержку умственного и личностного развития не следует понимать исключительно лишь как онтогенетический процесс, поскольку этот онтогенез повторяет филогенез. Иначе говоря, это возврат к архаическим формам и механизмам. Так, по крайней мере, представляется этот процесс мне.

Представляет интерес и такая форма поведения как агрессия и аутоа-

гессия, как эволюционно приобретенная форма поведения. Высокий уровень самоубийств в различных обществах одного этноса позволяет предположить, что на ранних стадиях этногенеза некоторые поведенческие особенности, предрасполагающие к самоубийству, были зафиксированы в генофонде нации. В частности, об этом свидетельствуют исследования одного из самых рассеянных по европейскому континенту этносов - угро-финнов, представленных венграми, финнами, карелами, удмуртами, коми [11]. При этом этот этнос разделен не только географически, они отличаются многими социальными, экономическими и культурными особенностями. Изоляция отдельных народов друг от друга длится много веков [8, 10, 11].

Ни одна из известных нам моделей аномального поведения человека, следовательно, моделей развития психопатологической симптоматики не дает ответов на поставленные нами вопросы. Ответ на эти вопросы дает метод психопатологического анализа, определяемый нами как «психоархеология».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адо А.Д. и соавт. Патологическая физиология: Учебник для медицинских ВУЗов / А.Д. Адо, М.А. Адо, В.И. Пыцкий, Г.В. Порядин, Ю. А. Владимиров. – М.: Триада-Х, 2000. 607 с.
2. Бандура А. Теория социального научения / Пер. с англ. Н.Н. Чубарь. СПб.: Евразия, 2000. 320 с.
3. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 4-е международное издание. Издательство: Прайм-Еврознак, 2005. 640 с.
4. Крылов А.А. Психология: Учебник / Под ред. А.А. Крылова, 2007. 752 с.
5. Кун Т. Структура научных революций. М.: Прогресс, 1977. 300 с.
6. Леонтьев А.Н. Биологическое и социальное в психике человека. // Вопросы психологии, 1960; 6: 23 - 38.
7. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. М.: Смысл, 1999. 425 с.
8. Положий Б.С. Этно- и социокультуральные аспекты психического здоровья в современной России // Сборник научных трудов «Культуральные и этнические проблемы психического здоровья». Москва-Ижевск, 1996. Вып. 1, С. 4-13.
9. Поршнев Б.Ф. О начале человеческой истории (Проблемы палеопсихологии). М., «Мысль», 1974. 487 с.
10. Соколова Е.Д. Сравнительное психопатологическое исследование в межрегиональном, транскультуральном и микросоциальном аспектах: Автореф. дисс. доктора. мед. наук. М., 1986. 43 с.
11. Хабиб О. Суициды среди угро-финнов // Русский медицинский журнал, 1996, том 4, вып. 7. (URL: http://www.rmj.ru/articles_3097.htm#R5).
12. Sue D.W. A conceptual model for cultural diversity training. // Journal of Counseling & Development, 1991; 70: 99-105.
13. Sue D.W., Arredondo P., McDavis R.J. Multicultural Counseling Competencies and Standards: A Call to the Profession. Journal of Counseling & Development, 1992; 70: 477 - 486.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН КАК ПСИХИЧЕСКИЙ АРТЕФАКТ: ПСИХОАРХЕОЛОГИЯ

Сукиасян С.Г.

Армения, г. Ереван

Придя к идее психоархеологии на основе синергетического подхода к психике, я начал поиск в интернете с целью найти это понятие у других исследователей, посмотреть, как его понимают и толкуют в соответствующей литературе. Поиск оказался малоэффективным. На одном из сайтов [11] термин «психоархеология» представляется как «паранормальное средство археологических исследований или открытий, например, путем ясновидения, лозоискательства, снов, психометрии или общения с духами». Такими средствами и без других свидетельств исследователи приходят к раскопкам в нужном месте.

Другой, психоаналитический подход отмечается в психотерапевтическом направлении, известном как метод Хосе Сильвы, развиваемом украинским психотерапевтом Романом Барсуком. Задачей метода является овладение навыками работы с генетической памятью (Психоархеология), основанными на медитативных техниках активизации генетической памяти - регрессиях возраста. Предпосылки автора основаны на том, не опровергаемом факте, что «вся история человечества находится в генах любого из нас». Прошлое, с точки зрения автора, управляет нашим настоящим и создает наше будущее. Однако часть того прошлого, которое управляет нами, находится значительно глубже, чем память поколений. Второй источник наполнения характера находится в наших генах. Это и составляет материал для археолога [12].

Наконец, в известной книге психоаналитика юнганского толка Клариссы П.Эстес «Бегущая с волками: Женский архетип в мифах и сказаниях»[2], мы встречаем понятие «психоархеологические раскопки», посредством которых автор, исследуя мифы разных культур, показывает, как можно возродить исконный Дух женщины в области женского бессознательного. Автор считает, что именно «раскопав» здоровую, инстинктивную, ясновидящую, исцеляющую архетипическую Дикую Женщину, можно в душе каждой современной женщины возродить полнокровную жизнь.

Мой метод исследования «психоархеология» основан на учете общих законов развития Природы, на прошлом и настоящем в ее развитии. Я называю метод археологическим в платоновском понимании, который впервые употребил понятие «археология» в значении «история прошедших времен». Исследуется история психики и ее патологических проявлений, история ее формирования и развития. В отличие от археологии обычной, где вещественными источниками являются исторические артефакты в виде орудий

труда, осколков бытовой утвари, развалин крепостных стен, останков наших предков и т.д. и т.п., материализованными артефактами в психиатрии, с нашей точки зрения, являются симптомы и синдромы, психопатологические состояния и реакции, словом, все, что является результатом деятельности головного мозга и психики человека. Эти источники являются теми «вещественными» феноменами, которые были адекватными для той исторической эпохи становления психики и выступали тогда в качестве средств и способов, обеспечивающих адекватную адаптацию и коммуникацию людей. Человек не всегда был таким, какой он есть сегодня. И это доказано, в том числе и археологическими исследованиями. Но следует заметить, что достижения современной генетики и палеогенетики, позволяющие исследовать гены наших предков и человекоподобных существ, претендующих считаться нашим прародителем, а также работы по секвенированию и сравнительно-генетическому анализу ядерной и митохондриальной ДНК «прародителей», позволяют предположить, что современный человек не является монофильным, то есть имеет более одного предка, каждый из которых привнес свой вклад в его становление. Это и неандерталец, и денисовский человек, и флоресский человек (возможно и другие, не известные пока науке предки человека). Об этом мы писали в нашей статье «О природе человека: происхождение человека в свете новых антропологических находок» [1]. Если современный человек унаследовал биологические свойства и характеристики предков, то, следовательно, можно предположить, что и его психическая деятельность «складывается» из составляющих психики каждого из предков. При этом, следует учитывать, что каждый из видов человека имел свою эволюцию – и биологическую, и психическую. И эта психика отличалась от той, которая функционирует сегодня. Каким был человек по своим физическим данным, мы видим и судим по ископаемым артефактам, которые скрыты под пластами земли. Какой была психика человека, мы видим и судим по психическим артефактам, к которым мы относим те психические проявления, которые всплывают из-под пластов неопсихики, создавая те или иные формы дезадаптации, поскольку они приводят к ложному познанию и отражению объективной реальности, создают образы и представления не соответствующие действительности, не существующие в реальности.

Научно доказанным считается факт, что человек стал говорить лишь на очередной ступени своего эволюционного развития. Следовательно, правильно предположить, что происходило неречевое общение людей. Направляется аналогия с животными, то есть человек произносил звуки различной эмоциональной окраски, различной интенсивности, передавая своим сородичам ту или иную информацию о еде, опасности и т.д. Но подобные формы коммуникации сегодня мы встречаем лишь в случаях глубокого распада психики (деменция и маразм). То есть, в хронологическом плане такая коммуникация соответствует значительно более древним людям. В более легких же формах нарушения психики чаще наблюдаются качественно совершенно другие проявления, многие из которых любой клиницист отнесет

к симптомам первого ранга по К. Шнайдеру: симптомы озвучивания собственных мыслей, звучание голосов, передача мыслей на расстояние (открытость мыслей), звучание мыслей, отнятие мыслей или их вкладывание, чтение мыслей, экстракампинные слуховые галлюцинации. Те же закономерности мы видим и в отношении зрительных галлюцинаций. Что «видит» современный человек в состоянии психотического расстройства? «Видится» очень многое, но не все, что существует в реальном мире. Так, мы не встречали за свою практику пациентов, содержанием галлюцинаторных переживаний которых были бы, например, динозавры. Но встречали пациентов с галлюцинациями (в рамках помраченного сознания) космического, галактического содержания. Это обстоятельство наводит на мысль, что содержанием галлюцинаторных переживаний могут быть лишь те реальные образы (слуховые, зрительные и другие), с которыми человек сталкивался в своей эволюции. Будучи в свое время актуальными и адекватными, сегодня они стали архаическими, что предполагает уже неадекватность адаптации в современных условиях.

Наши рассуждения согласуются с исследованиями D.H. Ffytche и его коллег, которые проводили оригинальные исследования по выявлению нейронных механизмов формирования зрительных галлюцинаций [3,5, 6, 7]. Анализируя данные, визуализированные методом функциональной магнитно-резонансной томографии, Ffytche пришел к выводам о соответствии каждого типа галлюцинаций активации в определенных участках вентральных проводящих путей зрительного анализатора. Давно известен клинический факт, что у пациентов с очаговыми поражениями головного мозга каждое специфическое восприятие (цвет, распознавание лиц, восприятие движения) соответствует поражению отдельной специализированной области головного мозга. Галлюцинации, содержанием которых были лица, цвет, текстура, отдельные предметы, активировали те области мозга, которые отвечали за те или иные зрительные функции [3, 4, 7]. Кроме того, D.H. Ffytche и его коллеги наблюдали отчетливую разницу между картиной формирования реальных зрительных образов и картиной галлюцинаций. Так, например, представление окрашенного объекта не вызывало активации области V4, а цветовая галлюцинация возникала при неременной активации этой области. То есть, можно предположить, что различия между воображением и галлюцинациями не только в субъективности их познания, но и в их физиологических механизмах возникновения. D.H. Ffytche и соавторы говорят о том, что мозг не способен отличить видение от реального зрительного восприятия. Еще Шарль Бонне отмечал, что «разум не в состоянии отличить видение от реального зрительного восприятия».

D.H. Ffytche с соавторами доказал, что галлюцинации возникают при раздражении (активации) тех же областей зрительной коры и проводящих путей, как и при реальном восприятии. Они показали, что в основе возникновения галлюцинаций лежат конкретные морфологические структуры, конкретная материя (нервная система). Но наряду с этим есть и социальные,

психологические и культурные обоснования. Так, не может человек «видеть» то, чего он никогда не видел. Ярким примером сказанному являются зрительные галлюцинации Бонне, о которых мы скажем далее. Не может быть галлюцинаций с нотными знаками, числами или буквами у людей, которые никогда в жизни не видели нот, чисел или букв в реальной жизни. Опыт и память могут влиять на содержание воображения и галлюцинаций. Поэтому человек «видит» лишь то, что он когда-то видел в своем филогенетическом и онтогенетическом развитии. В рамках делириозных, онейроидных и галлюцинаторных переживаний зрительного и слухового характера, пациентами отмечаются некоторые странные галлюцинации, свидетельствующие о том, что наш мозг «продуцирует» образы, никак не связанные с реальностью и не направленные на больного. То есть, мозг дает продукт, архивированный когда-то в глубинных пластах психики. Эти образы пациенты даже не связывают с самим собой, со своим «Я», воспринимаются как реальные. Среди них отметим так называемый «синдром Алисы в стране чудес» (симптомокомплекс, включающий деперсонализации и дереализации с иллюзорным восприятием окружающего пространства и времени, алло- и аутометаморфозии, псевдогаллюцинации, психосенсорные расстройства, зрительные иллюзии); синдром Шарля Бонне у людей с выраженными расстройствами зрения (яркие сложные и простые зрительные галлюцинации, содержанием которых могут быть буквы, строчки печатного текста, ноты, числа, математические символы и другие типы условных знаков); синдром Экбома или дерматозный бред (пациенты убеждены, что их тело напичкано паразитами, которые проникают им даже под кожу, больные чувствуют зуд и укусы, расчесываются до крови); состояния метаморфозы (например, «клиническая ликантропия», ощущения «превращения людей в волков, собак, свиней, лягушек и змей); синдром Капгра или синдром двойника.

Безусловно, психика и ее патология есть продукт эволюции. Но эволюции не в дарвиновском понимании. Наша психика, как архив, хранит все, с чем человек когда-либо сталкивался и сталкивается в своей жизни. Кроме того, психика сохраняет и передает в поколения все то, что составляло его содержание в фило- и онтогенезе. Развитие мозга на каждом этапе сохраняло старые механизмы отражения и познания, но создавало свои новые, более адекватные в актуальном времени и пространстве механизмы. При расстройствах психики старые формы и механизмы проявляются как неадекватные, патологические феномены, вызывающие дезадаптацию в поведении в той или иной форме.

Метод психоархеологии опирается и исходит также из известной теории J.H. Jackson-a – теориидиссолюции. Он ввел это понятие для обозначения идущего в последовательности, обратной развитию в онто- и филогенезе процесса распада психических функций, и выделял в структуре нервной системы «эволюционные слои». В самом общем виде суть теории в том, что патогенный фактор, имеющий место при любой нервной патологии, повреждает, в первую очередь, наиболее развитые, высшие, в эволю-

ционном отношении, слою. Этими повреждениями определяются симптомы выпадения определенных высших функций. Повреждения высших эволюционных структур обуславливают выход из-под контроля низших слоев. Их неконтролируемая деятельность поражает полиморфные патологические симптомы, которые выглядят как неуместная активация некоторых психических функций [8, 9, 10]. Автор выделял три уровня локализации функций нервной системы: низший, средний и высший. Но говорил об уровнях не в смысле морфологических образований, а в смысле степени развитости «функциональной системы». Низший уровень включает спинальный или стволовой отделы мозга; средний уровень представлен корой больших полушарий, ответственных за двигательные или сенсорные функции; высший уровень представлен лобными отделами головного мозга. Анатомо-физиологические уровни и соответствующие им функции ЦНС выделяются и рассматриваются автором с эволюционных позиций. При заболеваниях нервной системы происходит процесс распада интегративной деятельности нервной системы. В результате этого психическая функция более высокого уровня «отключается» и «активируется» функция более низкого уровня развития. Точно так же идут процессы в социуме: то, что является последним (в смысле современным) достижением, отключается в первую очередь, и ему на смену приходит более раннее достижение (механизм, агрегат, материал и т.д.). При этом, эти ранние достижения не теряются и не забываются, они сохраняются в архиве, в подвале, в музее, в местах, далеких от цивилизации, и т.д., но при необходимости мы вновь начинаем пользоваться этим забытым или отстраненным механизмом. То есть, первый вывод из сказанного, - любой социальный феномен имеет биологический прототип. Второй вывод, природа ничего не теряет, а сохраняет старое под пластом новых механизмов, и в случае «поломки» нового автоматически запускает более ранний механизм.

Jackson рассматривает психозы под углом зрения процесса диссолюции, то есть, как «формы нарушения дифференцировки высших церебральных центров». В областях мозга, не пораженных патологическим процессом, имеет место развитие. При этом Jackson подчеркивает значение качества патологического процесса, приводящего к диссолюции. Jackson отмечал, что «...за незначительными исключениями, симптоматика при «минус поражениях» (по терминологии автора это соответствует функциональным расстройствам) состоит из двух противоположных элементов: негативного, который сам вызван болезненным процессом, и позитивного (или суперпозитивного), являющегося результатом деятельности неповрежденных нервных слоев». Диссолюция вначале действует на высший слой, тем самым обуславливая эффект, непосредственно вызванный патологическим процессом. Более глубокие слои, то есть более низкие уровни, продолжают функционировать. С точки зрения Jackson, в психозе проявляются «два взаимно противоположных фактора: негативный (то есть минус психических функций) и позитивный (то есть остаток, обязанный функциональному раз-

виту более глубоких слоев). Результатом является нарушение, нисхождение к более примитивным психическим структурам. Чем глубже процесс разрушения, чем более глубокие слои он затрагивает, тем слабее становится еще возможное «суперпозитивное развитие остатка». Таким образом, диссоляция и эволюция взаимно варьируют. Продуктивная психопатологическая симптоматика (по терминологии автора «иллюзии, бредаобразования, чудачества и ненормальные эмоциональные состояния) при психозах соответствует эволюции непораженных слоев. Но одновременно они включают в себя действие вредоносного начала. Более высокие уровни психики не снимают функциональные возможности и способности более низких уровней (слоев), а наслаиваются на них, сохраняя их в потенции.

Не менее значимо и утверждение Jackson о том, что «...нет основания утверждать, что болезнь (процесс) порождает симптомы. Строго говоря, деструкция высших центров «обуславливает» позитивные психотические состояния не больше, чем открытие шлюзов производит приток воды или перерезка обоих блуждающих нервов производит изменения сердечного ритма». То есть, органическое повреждение мозга открывает «шлюзы» для потока психотических проявлений. С другой стороны, та же травма, наряду с органическим, вызывает и психогенное расстройство, которое следует рассматривать как реактивное, то есть как биологическую реакцию вытеснения, защиты, ухода от реальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сукиасян С. Г. О природе человека: происхождение человека в свете новых антропологических находок // Концепт. – 2015. – № 12 (декабрь). – ART 15408. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/15408.htm>. – ISSN 2304-120X.
2. Эстес К.П. «Бегущая с волками: Женский архетип в мифах и сказаниях». - Издательство: София, 2008. – 656 с. - ISBN: 5-91250-157-9.
3. Ffytche D.H. et al. The anatomy of conscious vision: an fMRI study of visual hallucinations. // Nature Neuroscience, 1998. Vol.1, N8. pp. 738-742. -21
4. Ffytche D.H. Visual Hallucination and Illusion Disorders: A Clinical Guide. // ACNR, 2004. Vol. 4, N2. pp. 16-18. -22
5. Ffytche D.H. Visual hallucinations and the Charles Bonnet syndrome. // Current Psychiatry Reports. 2005. Vol. 7, N3. pp. 168-179. -18
6. Ffytche D.H. Visual hallucinatory syndromes: past, present, and future. // Dialogues ClinNeurosci. 2007. Vol.9. pp. 173-189. -19
7. Ffytche D.H., Blom J.D., Catani M. Neuropsychiatry Review series: Disorders of Visual perception. // J Neurol. NeurosurgPsychiatr. 2010. Vol. 81. N11. p. 1280. DOI: 10.1136/jnnp.2008.171348. -20
8. Jackson, H. J. The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system: Lecture I // The British medical journal. 1884. – Vol. 1, March 29, 1884. – P. 591 – 593.
9. Jackson, H. J. The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system: Lecture II // The British medical journal. – v. 1, April 5, 1884. – P. 660 – 663.
10. Jackson, H. J. The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system: Lecture III // The British medical journal. – vol. 1, April 12, 1884. – P. 703 – 706.
11. URL: <http://wap.byaza.borda.ru/?1-8-80-00000164-000-0-0> (дата обращения 04.01.2017)
12. URL: <http://www.ua-trening.com/obyavleniya/meditaciya/trening-po-metodu-silvy-psixologije.html> (дата обращения: 04.01.2017).

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Султанов Ш.Х.

*Кафедра психиатрии и психотерапии Ташкентского
института усовершенствования врачей
Узбекистан, г. Ташкент*

Медицинская статистика свидетельствует о неуклонном росте числа женщин, потребляющих наркотические вещества. Их доля среди общей популяции больных наркоманией колеблется от 20 до 38%. Ряд авторов (1-5) указывают на большое количество факторов риска у женщин для возникновения мотивации на потребление наркотиков. К этим факторам относятся: наследственная отягощенность наркотическими и психическими заболеваниями, отсутствие эмоциональной связи в родительской семье, хаотический уклад жизни без соблюдения семейных ритуалов и традиций, психопатическая структура личности со склонностью к импульсивным действиям, бедность интересов, слабая мотивация к учебе.

В данной работе мы решили изучить гендерные особенности формирования наркомании у мужчин и женщин. Были изучены особенности формирования наркотической патологии у женщин в сравнительном аспекте с мужчинами. Обследовано 109 больных героиновой наркоманией, добровольно обратившихся за медицинской помощью. Из числа больных с героиновой зависимостью 78,9% (88 пациентов) составили мужчины, а 21,1% (21 пациент) — женщины. Средний возраст мужчин 36,4 года, что достоверно ($p < 0,001$) превышало средний возраст женщин, который составил 26,7 лет.

По образовательному статусу больные героиновой наркоманией представляли все группы населения: с начальным (1,7%), незаконченным средним (8,2%), средним (75,3%) и высшим (14,8%) образованием. Более половины опрошенных женщин (57,1%) высказались, что в школе отдавали предпочтение гуманитарным наукам, в то время как склонность к гуманитарным дисциплинам проявляли только 35,3% мужчин. Распределение мужчин и женщин по достигнутому уровню образования существенных отличий не имело, в то время как их распределение по статусу занятости существенно различалось ($p < 0,001$). Это различие обеспечивалось за счет большей доли мужчин, имеющих постоянную работу (30,8%; соответственно женщин – 15,0%) и большей доли женщин-учащихся (50,0%; соответственно мужчин-учащихся – 23,4%).

Наследственная отягощенность выявлена у 24,8% всех обследованных больных героиновой наркоманией. Достоверно больше ($p < 0,01$) отличались

по этому признаку женщины, чем мужчины. Наибольший удельный вес имела отягощенность алкоголизмом — 16,5% случаев. Частота заболеваемости наркоманией составила 8,3% случаев.

Существенной характеристикой наших пациентов является то, что более двух третей мужчин и более половины женщин росли и воспитывались в неполных семьях. Из анализа межличностных отношений в родительских семьях наркоманов установлено, что 85,7% женщин и 53,4% мужчин ($p < 0,01$) отметили теплые семейные отношения с матерью. 13,6% наркоманов-мужчин теплых межличностных отношении в родительских семьях не имеют ни с кем, и только 15,9% их указали на наличие теплых межличностных отношениях с обоими родителями. Из числа мужчин самостоятельно, вне семьи, проживали только 8,9%, с родителями — 80,5% и в гражданском браке — 10,6%. Женщины по этому признаку распределились следующим образом: 2,2% ответили, что проживают самостоятельно, 83,3% — с родителями и 14,5% — в гражданском браке.

Женщины часто начинают употреблять наркотики, чтобы преодолеть свою пассивность, зависимость и сравняться с мужчинами в различных аспектах жизни, поднять тонус и сексуальную привлекательность, устранить чувство одиночества, нервозность. Часть женщин отличаются стремлением к риску и острым ощущениям. Многие женщины среди причин начала наркотизации называют в первую очередь жизненные и семейные проблемы, другие на первый план выводят влияние окружения, считая, что это в условиях современного общества является более важным фактором, обуславливающим приобщение женщин к наркотикам.

Между мужчинами и женщинами имеются различия и в видах предпочтительного наркотика. У женщин первыми препаратами, которыми они начинают злоупотреблять, чаще являются лекарственные средства, в первую очередь психотропные (барбитураты, транквилизаторы, антидепрессанты). В дальнейшем они переходят на употребление собственно героина.

Курить и употреблять алкоголь будущие наркоманы начинали в раннем школьном возрасте. Среди опрошенных мужчин первый опыт употребления алкоголя получен в 11-летнем возрасте, а курения — в 12-летнем. Употребление алкоголя и курение у женщин начинается с 16-ти лет. Первыми употребляемыми наркотиками в подавляющем большинстве случаев (58,7%) являлись препараты анаши. Однако женщины и мужчины разнятся по этому признаку: только 14,3% женщин ответили, что до употребления героина курили анашу, тогда как мужчины до употребления героина курили анашу ($p < 0,01$) в 69,3% случаев. На героин как первый употребляемый наркотик указали 57,1% женщин и 23,9% мужчин. На момент обследования практически все больные принимали героин внутривенно (79,9%), курили — 6,6%, нюхали — 13,5%. При этом внутривенное употребление героина отметили 81,6% мужчин и 71,7% женщин ($p > 0,05$). Средний возраст первого

употребления героина у мужчин составил 25,5 лет, а у женщин — 18,3 года ($p < 0,01$). У женщин в более сжатые сроки формируются основные синдромы наркомании. Они чаще и быстрее, чем мужчины, после начала наркотизации переходят на систематический прием наркотиков, минуя фазу эпизодического употребления. У женщин проходит значительно меньше времени от первого знакомства с наркотиками до формирования психической зависимости. Значительно короче продолжительность стадий опийной наркомании. Толерантность возрастает очень быстро, хотя в целом она у женщин ниже, чем у мужчин. У женщин в 2 раза чаще по сравнению с мужчинами наркомания формируется в течение первого года после начала использования героина. Почти у половины (46,5 %) наблюдавшихся женщин, наркомания сформировалась в течение 3 месяцев после начала наркотизации.

Среди обстоятельств, которые заставили больного задуматься и принять решение о необходимости лечиться от героиновой наркомании, более половины больных назвали озабоченность своим здоровьем и сложные семейные взаимоотношения. Распределение мужчин и женщин по самооценке побудительных сил к решению лечиться от наркомании существенно различалось. Мужчины значительно чаще приходили к такому решению совместно с родными и реже самостоятельно, в то время как женщины в равных долях приходили к радикальному решению как совместно с родными, так и самостоятельно. При оценке героиновой наркомании 92,7% всех пациентов посчитали, что это заболевание, и только по 3,7% - что это распушенность или вредная привычка. Мужчины и женщины практически единодушны во мнении о возможностях избавиться от героиновой наркомании. 85,2% мужчин и 85,7% женщин считают, что сделать это трудно, а 14,8% мужчин и 14,3% женщин признают, что это сделать невозможно. При этом около 81% как мужчин, так и женщин ответственность за результаты лечения возлагают на самого больного и только около 19% полагаются на искусство врача, перекалдывая на него все свои проблемы.

87,5% мужчин и 100% женщин свое лечение связывают с определенными планами на будущее. 70,4% всех больных в результате лечения предполагают уйти от проблем, связанных с самой наркоманией, 16,3% — поправить ситуацию, возникшую в образовательной сфере, и 13,3% — восстановить семью, восстановиться на работе, решить жилищные вопросы. Такие ожидания пациентов опираются на положительный опыт лечения от наркомании друзей и знакомых-наркоманов, о чем засвидетельствовали 51,1% мужчин и 76,2% женщин.

Медико-социальные последствия наркотизации у женщин более тяжелые, чем у мужчин. У них раньше и быстрее наступает психосоциальная дезадаптация. Не случайно среди женщин-наркоманок очень много - 71 %, лиц, занимающихся противоправной деятельностью (кражи, подделки документов, продажа наркотиков и т.п.). По нашим данным из числа женщин, со-

вершивших противоправные деяния, 44 % были осуждены за имущественные преступления. Но женщины значительно реже, чем мужчины, совершают тяжкие преступления. Особенно тяжелые медико-социальные последствия отмечаются при раннем начале наркомании (антисоциальные тенденции, раннее начало половой жизни). Потребление женщинами наркотиков во время беременности вызывает акушерскую патологию и разнообразные нарушения у плода и новорожденных. Таким образом, нами отличались следующие различия в течении героиновой наркомании у мужчин и женщин.

1. Между мужчинами и женщинами имеются различия и в видах предпочтительного наркотика среди первых препаратов, У женщин первыми препаратами, которыми они начинают злоупотреблять, чаще являются лекарственные средства,

2. Распределение мужчин и женщин по достигнутому уровню образования существенных отличий не имело, в то время как их распределение по статусу занятости существенно различалось. Это различие обеспечивалось за счет большей доли мужчин, имеющих работу и большей доли женщин-улицы.

3. Наследственная отягощенность у мужчин и женщин высокая - выявлена у 24,8% больных. Достоверно больше ($p < 0,01$) отличались по этому признаку женщины, чем мужчины. Наибольший удельный вес имела отягощенность алкоголизмом.

4. Курить и употреблять алкоголь будущие наркоманы начинали в раннем школьном возрасте. Среди опрошенных мужчин первый опыт употребления алкоголя получен в 11-летнем возрасте, а курения — в 12-летнем. Употребление алкоголя и курение у женщин начинается несколько позже 16-ти лет.

5. Систематический прием героина (преимущественно ежедневный) и увеличение их доз женщины также начинали под влиянием своих супругов, друзей или сексуальных партнеров. Женщины на начальных этапах наркотизации играют зависимую роль и при получении наркотиков Они редко сами покупают наркотики, их снабжают ими мужчины

6. Наркомания у женщин течет более злокачественно, чем у мужчин. У них в более сжатые сроки формируются основные синдромы наркомании. Они чаще и быстрее, чем мужчины, после начала наркотизации переходят на систематический прием наркотиков, минуя фазу эпизодического употребления формируются в течение первого года после начала использования героина.

7. Почти у половины (46,5 %) наблюдавшихся женщин, наркомания сформировалась в течение 3 месяцев после начала наркотизации. Более быстрое формирование наркомании у женщин по сравнению с мужчинами объясняют тем, что у мужчин наблюдается более длительный период эпизодического употребления наркотиков.

8. Медико-социальные последствия наркотизации у женщин более тяжелые, чем у мужчин. У них раньше и быстрее наступает психосоциальная дезадаптация.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Генайло С.П. Особенности преморбиды больных наркоманией// Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1990, №2. - С.42-47.
2. Горячев П.И. Клинико-психопатологический анализ состояния осужденных женщин, больных наркоманией и оценка нервно-психического развития их потомства: Автореф. дисс. канд.мед.наук.-Одесса, 1995.-23с.
3. Котов А.А., Мокарчук В.А. Социально-профессиональная характеристика наркоманов и перспективы их возвращения к трудовой деятельности. // Мед. аспекты оптим.труд. деятельности: Тез.науч-техн.семина.- Челябинск, 1990. - С. 22-23.
4. Fineman N.R., Bechwith L., Howard J., Espinosa M. Maternal ego development and mother-infant interaction in drug-abusing women// Subst.Abuse Treat. 1997. Vol. 14. №4.P.307-317.
5. Malow R.M., Jager K.B., Ireland S.J., PenedoF. Alcohol and drug abuse, HIV infection and risky sexual behaviors among women in treatment noninjection drug dependence// Psychiatr. Serv.1996. Vol.47. №11. P. 1197-1199.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

**Тарханов В.С., Ягупова Н.Х., Петракова А.В.,
Точина Е.Э., Денисова Е.А.**

г. Астрахань

Психотическая симптоматика при эпилепсии может быть проявлением пароксизмальных расстройств, так называемых иктальных психозов, и появляться в перииктальном и интериктальном периодах. Распространенность эпилептических психозов в зависимости от выборки составляет от 6% до 34%. Исследователи подчеркивают сложности диагностики эпилептических психозов в связи с их эндоформным или шизоформным характером, отсутствием четких дифференциально-диагностических критериев. Возникновение психозов связывают с ранним началом заболевания, перенесенным энцефалитом, определенной локализацией эпилептогенного очага, приемом антиэпилептических препаратов и другими факторами. Выявлена закономерность между вербальной псевдогаллюцинаторной симптоматикой при эпилепсии и локализацией очага эпилептической активности в левой височной области. В ряде работ делается вывод, что эпилепсия с психотическими симптомами может рассматриваться как «симптоматическая шизофрения», «экспериментальная модель патогенеза шизофрении». Значимой междисциплинарной проблемой, требующей систематического изучения, разработки мер профилактики является и социальная опасность лиц с психотической симптоматикой на фоне органического поражения головного мозга.

Цель исследования: выявление условий возникновения и особенностей психотической симптоматики у пациентов с эпилепсией, приведшей к госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях.

Материалы и методы. Проанализированы данные 17 пациентов с эпилептическими психозами, находившихся на лечении в 2016 году в ГБУЗ АО «ОКПБ» (5,9% случаев среди лиц с эпилепсией с психотическими расстройствами, зарегистрированных в Астраханской области). Общее количество госпитализаций за год было 31 за счет повторных поступлений. Все пациенты ранее получали стационарную помощь в связи с психическими расстройствами психотического и непсихотического уровней. Возрастной диапазон обследованных составил 21-67 лет, средний возраст 42 года. Соотношение мужчин и женщин - 41% и 59% (7 и 10 соответственно). В контрольную группу включены 18 пациентов с эпилепсией (средний возраст 42,6 лет), госпитализированных в связи с продуктивными непсихотическими расстройствами

(F02.80, F06.822, F06.828), в анамнезе у которых отсутствовали психотические эпизоды. Соотношение мужчин и женщин - 67% и 23% (12 и 6 соответственно). Используемые методы: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, инструментальный, статистический.

Результаты и их обсуждение. Начало заболевания в основной группе в 82,3% случаев пришлось на возраст до 18 лет: до 7 лет - 29,4%, с 8 до 18 лет - 52,9%. В 17,7% случаев заболевание дебютировало после 18 лет (аналогичное соотношение наблюдалось в контрольной группе). Средняя длительность заболевания к моменту госпитализации составила 30,1 года в основной группе и 30,6 лет в контрольной.

Из наследственных факторов в обеих группах отягощенность эпилепсией (29,4% и 27,7%), алкогольной и иной зависимостью (29,4% и 22,2%) существенно не различались. Наличие шизофрении у родственников обследованных отмечено только в основной группе - 11,8%.

По образовательному уровню пациенты отличались незначительно: среднее и средне-специальное - 41,2% (16,7% в контрольной), неполную среднюю школу закончили 29,4% (38,9% в контрольной), начальную и коррекционную школу - 23,5% и 38,9% соответственно, не учились по 1 человеку в каждой группе. Лиц с высшим образованием в обеих группах не было.

Среди органических факторов, предшествовавших возникновению эпилепсии, установлены черепно-мозговые травмы в 35,3% случаев основной группы и в 16,7% - контрольной. В контрольной группе дополнительно выявлены детский церебральный паралич 5,6% и патология при рождении (асфиксия) 11,1%. Из перенесенных соматических заболеваний следует отметить туберкулез легких (11,8% и 11,1%).

Общественно опасные деяния зафиксированы в 35,2% случаев основной группы и 22,2% контрольной. Особо тяжкие правонарушения против личности совершены пациентами основной группы, спустя более 10 лет от начала заболевания. Социальную опасность усугубляло злоупотребление алкоголем (17,6% и 16,6%).

К моменту госпитализации в 70,6% случаев пациенты проживали с родителями, близкими родственниками, в отдельных случаях имели свои семьи (11,8%), одинокими были 17,6%. Обращает внимание, что в основной группе только женщины (80%) имели собственную семью (на период обследования и ранее) и детей; в контрольной группе семьи были у 60% женщин и 16,7% мужчин. Все лица основной группы на момент исследования являлись инвалидами (I группа инвалидности - 29,4%, II группа инвалидности - 70,6%), в контрольной группе 16,7% пациентов группу инвалидности не имели. Лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, было 23,5% и 22,2% соответственно.

Проявления эпилепсии были представлены парциальными, генерализованными припадками, частота которых отличалась вариабельностью, в

анамнезе части обследованных отмечены серийные припадки, эпилептические статусы. В 41,2% случаев психотическая симптоматика возникала на фоне учащения припадков, в 47% их количество не менялось, в 11,8% припадков на протяжении ряда лет не наблюдалось. Такие проявления, как раздражительность, гневливость, жестокость, нарушения сна, отказ от приема лекарств наблюдались в обеих группах. Госпитализация в недобровольном порядке в соответствии с пунктами «а», «в» статьи 29 ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» отмечена в 11,8% случаев.

Клиническая картина психозов проявлялась следующими вариантами: сумеречное помрачение сознания, шизофреноподобные (бредовые) психозы (составляющие синдрома Кандинского-Клерамбо, паранойяльная, парафреническая симптоматика), галлюциноз. В рамках эпилептической деменции психотические проявления исчерпывались галлюцинаторными расстройствами. Вне признаков слабоумия симптоматика отличалась разнообразием. Содержание зрительных, слуховых галлюцинаций отражало религиозную, инопланетную тематику, животный мир. Расстройства восприятия сопровождались вторичными бредовыми идеями. Императивный характер галлюцинаций определял социальную опасность госпитализированных. В случае синдрома Кандинского-Клерамбо пациенты слышали в голове посторонние «голоса», испытывали идеаторные, сенсорные, моторные автоматизмы; говорили, что в них вселился «святой дух», принадлежащие им мысли известны окружающим, их «жгут в случае нарушения запретов». Собирались «изгонять бесов», «снимать порчу», были негативны к родственникам, так как у них «разные биополя». Приступов с онейроидным помрачением сознания, маниакальных эпизодов не отмечалось. В 11,8% случаев в анамнезе были депрессивные состояния с суицидальными попытками.

По данным ЭЭГ доминирующего типа нарушений не прослежено, у части больных фокус эпилептиформной активности находился в лобно-центрально-передневисочных отделах правого полушария с вторичной билатеральной синхронизацией.

В соответствии с МКБ-10 диагностированы: деменция в связи с эпилепсией с преимущественно галлюцинаторными симптомами (F02.822) - 35,3%; галлюциноз в связи с эпилепсией (F06.02) - 11,8%, бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с эпилепсией (F06.22) - 17,6%, другие психотические расстройства в связи с эпилепсией (F06.812) - 29,4%; другие психотические расстройства в связи со смешанными заболеваниями (F06.818) - 5,4%. Психотическая симптоматика у пациентов без признаков слабоумия возникала в 64,7% случаев.

Помимо традиционной антиэпилептической терапии, бензодиазепиновых транквилизаторов в схему лечения включались нейролептики избирательного антипсихотического действия (рисперидон, зуклопентиксол,

амисульприд, галоперидол), седативного действия (хлорпромазин, левомепромазин, тиоридазин). Пациентам пожилого возраста дозы нейролептиков наращивались постепенно, с учетом побочных действий препаратов, сопутствующей патологии и возрастных особенностей.

Острое и хроническое течение психозов находило отражение не только в длительности стационарного лечения, но и в повторных госпитализациях спустя непродолжительное время после выписки. Характерные для эпилепсии нарушения мышления, изменения личности являлись основными критериями в дифференциальной диагностике.

Заключение. Психозы у пациентов с эпилепсией возникали после длительного периода болезни, как на фоне учащения припадков, так и без изменения их количества. Психотическая симптоматика у лиц без признаков деменции проявлялась сумеречным помрачением сознания, шизофреноподобной симптоматикой, галлюцинозом; на фоне эпилептической деменции наблюдались галлюцинаторные расстройства. Эпилептические психозы имели острое и хроническое течение, отсутствие специфических для шизофрении негативных симптомов при хроническом течении было решающим в постановке диагноза. С учетом социально-демографических и клинко-психопатологических характеристик пациентов следует формировать индивидуальные программы реабилитации, направленные на профилактику возникновения психозов и совершения опасных действий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова А.С. Связь между шизофренией и эпилепсией: история вопроса и современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2016. - Т. 116, № 9. - С. 126-132.
2. Барыльник Ю.Б., Маслова Н.В. Психические расстройства при эпилепсии. Современное состояние проблемы // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2014. - №6. - С. 26-34.
3. Калинин В.В. Эпилептические психозы. Вопросы феноменологии, систематики, патогенеза и терапии // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. - 2008. - № 3. - С. 52-56.
4. Куташов В.А., Куташова Л.А. Изменение психического статуса у больных эпилепсией // Российский медицинский журнал. - 2014. - Т. 22, № 16. - С. 1153-1158.
5. Лекомцев В.Т. К феноменологии эпилептических психозов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2013. - № 9. - С. 8-17.
6. Напренко А.К., Процык В.А., Шкляревская Н.В., Хоменко Е.В. Эпилептический шизофреноподобный психоз. Клиническое наблюдение в динамике // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. - 2012. - № 2. - С. 142-154.
7. Усюкина М.В., Шахбази Т.А., Корнилова С.В., Харитonenкова Е.Ю. Систематика и дифференциальная диагностика шизофреноподобных расстройств при эпилепсии // Сибирский вестник психиатрии и наркологи. - 2013. - № 5 (80). - С. 67-71.
8. Cascella N.G., Schretlen D.J., Sawa A. Schizophrenia and epilepsy: is there a shared susceptibility? // Neurosci Res. - 2009. - Vol. 63 (4) - P. 227-235.
9. Clancy M.J., Clarke M.C., Connor D.J et. all. The prevalence of psychosis in epilepsy; a systematic review and meta-analis // BMC Psychiatry. 2014; 14:75. DOI: 10.1186/1471-244x-14-75.
10. Yu-Tzu Chang, Pei-Chun Chen, I-Ju Tsai, Fung-Chang Sung, Zheng-Nan Chin et all. Bidirectional relation between schizophrenia and epilepsy: A population-based retrospective cohort study // Epilepsia. - 2011. -Vol. 52 (11). - P. 2032-2042.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Ткаченко Н.В., Заика В.Г., Андреева В.О.

г. Ростов-на-Дону

Актуальность проблемы детского и подросткового ожирения существенно возросла в последние годы. И если ранее упор делался на метаболические нарушения, то в настоящее время исследователей интересуют психологические и психопатологические аспекты данной проблемы. Все больше авторов подтверждают факт повышения риска развития психопатологических расстройств у лиц с избыточным весом [1, 2]. Подростковый период в силу характерных психофизиологических и эндокринных перестроек организма, а также новой социальной роли создает реальные предпосылки для развития депрессии [3, 4]. Ожирение усугубляет данные проблемы и повышает риск развития психопатологических расстройств у подростков. По данным Э. А. Михайловой, Е. Э. Беляевой (2015) депрессия регистрируется у 45,4% детей и подростков с ожирением, причем девочки более склонны к развитию депрессии, чем мальчики [5]. Между тем, необходимо учитывать, что девочки с избыточным весом крайне редко попадают на прием к психиатру, а одной из наиболее частых причин обращения к врачу становится нарушение менструального цикла.

Цель исследования: изучить распространенность и характер психопатологических нарушений среди девочек-подростков с ожирением и их связь с нарушением менструального цикла.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись 130 девочек-подростков, из которых были сформированы две группы: I группу составили 90 девочек-подростков с расстройством менструального цикла и ожирением - индекс массы тела (ИМТ) 31,3 (34; 30); II группу сравнения - 40 девочек-подростков с ожирением - ИМТ 30,5 (33,2; 30), без нарушения менструального цикла. Группа контроля - 25 девочек-подростков без нарушений менструального цикла и с нормальным весом - ИМТ 20,6 (23; 19,5).

Средний возраст пациенток всех групп – 16,1 лет (17; 14,5). Из исследования исключались девочки младше 14 и старше 18 лет; страдающие шизофренией (F20); расстройствами личности (F60); расстройствами личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга (F07); умственной отсталостью (F70); хромосомными заболеваниями; воспалительными заболеваниями органов малого таза; инфекционными заболеваниями.

Проводилось клиническое обследование, включавшее сбор жалоб, определение соматического, гинекологического, психического статуса

пациенток, также изучались особенности личности путем заполнения личностного опросника «Мини-мульти», оценивались наличие или отсутствие депрессивного и тревожного состояния по шкалам HDRS, HARS, HADS в обследуемых группах.

Результаты и обсуждение. При оценке личностных особенностей пациенток I группы преобладали акцентуации психастенического (ананкастного) типа – у 40 чел. (44,4%) и шизоидного – у 25 чел. (27,8%), также были выявлены гипертимный тип – у 16 чел. (17,8%), астено-невротический – у 18 чел. (20%), сензитивный – у 7 чел. (7,8%), истерический – у 7 чел. (7,8%), эпилептоидный – у 4 чел. (4,4%). У пациенток II группы чаще выявлялись гипертимные черты – у 18 чел. (45%), кроме того, выявлены акцентуации психастенического (ананкастного) типа – у 9 чел. (22,5%), шизоидного – 6 чел. (15%), астено-невротического – 6 чел. (15%), истерического – 2 чел. (5%), эпилептоидного – 2 чел. (5%). Общее количество более 100%, т.к. преобладало сочетание черт.

При оценке психического состояния девочек I группы с помощью тестирования по шкале HDRS у 59 чел. (65,6%) были выявлены признаки депрессии, по шкале HADS - у 57 чел. (67,9%). Клинически это выражалось в чувстве недовольства собой при сравнении с подругами, эпизодах пониженного настроения, связанных с насмешками сверстников, нежелании разговаривать по телефону и отвечать на полученные сообщения. Реже встречались периоды грусти, когда пропадало желание выходить из дома, общаться со сверстниками, чем-либо заниматься, кроме многочасовых просмотров телевизора. Тревога обнаруживалась по шкале HARS у 62 чел. (68,9%) пациенток I группы, по шкале HADS - у 65 чел. (72,2%). Синдромологическая оценка характеризовалась в большинстве случаев субклинической выраженностью и неразвернутостью клинической картины. Клинически в I группе преобладала тревожно-субдепрессивная симптоматика – 25чел. (27,8%), несколько реже отмечалась субдепрессивная симптоматика в рамках субдепрессивного - 11 чел. (12,2%) и астено-субдепрессивного синдромов - 12 чел. (13,3%), также выявлялся тревожный – 9 чел. (10%) и тревожно-фобический – 7 чел. (7,8%) синдромы.

Во II группе по шкале HDRS лишь у 4 чел. (10%) было диагностировано легкое депрессивное расстройство, по шкале HADS у 3 пациенток (7,5%) была диагностирована субклинически выраженная депрессия. Преобладали жалобы на быструю утомляемость, вялость, раздражительную слабость, пациентки отмечали, что стали эмоционально не сдержаны, обидчивы, пласивы. За потерей жизненного тонуса скрывалась нерезко выраженная тоска. Отмечались нарушения сна в виде трудностей засыпания, поверхностного сна, разбитости по утрам. Симптомы тревоги обнаруживались по шкалам HARS и HADS у 6 чел. (15%). Клинически во II группе преобладал астено-субдепрессивный синдром – 4 чел. (10%), субдепрессивный и тревожно-субдепрессивный встречались реже – 1 чел. (в 2,5%).

Возраст начала избыточной прибавки массы тела в I группе варьировал, в среднем, составлял 11 лет (12,75; 9,25), однако при этом у 18 чел. (20%) начало избыточной прибавки массы тела приходилось на дошкольный и ранний школьный возраст, у 44 чел. (48,9%) – на препубертатный период, у 28 чел. (31,1%) – на период пубертата. Во II группе средний возраст начала прибавки массы тела составлял 12 лет (13,5; 10), у большинства пациенток он приходился на период пубертата – у 22 чел. (55%), у 13 чел. (32,5%) – на препубертатный период, у 7 чел. (17,5%) – на дошкольный и ранний школьный период. Нами было замечено, что социальная адаптация девочек напрямую зависела от возраста начала избыточной прибавки массы тела. Более ранний набор веса (дошкольный и младший школьный возраст) снижал адаптационные возможности пациенток, препятствовал формированию нормальной самооценки и полноценного круга общения и раньше приводил к нарушению эмоционального статуса. Однако, у девочек с набором веса в препубертате и пубертате сила эмоциональных переживаний была более выражена, эти пациентки были угрожаемы по развитию суицидальных мыслей. В I группе 11 пациенток (12,2%) с пубертатным и 2 девочки (2,2%) с препубертатным набором веса отмечали, что у них хотя бы раз возникали суицидальные мысли, 6 из них (6,7%) отмечали их неоднократный характер. В I группе подростков, у которых избыточный вес наблюдался с дошкольного и младшего школьного периода, и во II группе пациенток суицидальные мысли отрицались.

При оценке менструальной функции были обнаружены различия: так, у девочек I группы чаще выявлялись нарушения менструального цикла по типу аменореи, в том время как для подростков II группы было более характерным развитие олигоменореи.

Выявленные в результате исследования психопатологические расстройства тревожно-депрессивного спектра согласуются с данными литературы о высоком риске развития психопатологических расстройств у лиц с избыточным весом [6, 7]. Balik G. et al. (2014), обнаружили, что у девочек-подростков с нарушенным менструальным циклом отмечается повышенный риск депрессии и тревоги, что согласуется с результатами нашего исследования [8].

Однако, частота психопатологических расстройств в I группе достоверно превышала таковую во II группе ($p < 0,05$). Вероятно, можно говорить о том, что кроме возраста начала избыточной прибавки массы тела в развитии психопатологических нарушений и общей стрессоустойчивости играет роль превалирующий радикал личности. Преморбидные особенности психастенического и шизоидного типов в сочетании с ожирением предрасполагают к более быстрому и выраженному нарушению эмоционального статуса, существенному снижению социальной адаптации. Напротив, гипертимный радикал обеспечивает большую стрессоустойчивость, меньшую частоту разви-

тия психопатологических расстройств без явлений социальной изоляции.

Таким образом, проведенное исследование выявило частое развитие тревожно-депрессивной симптоматики у подростков с ожирением, которая зависит от личностных особенностей и возраста начала избыточной прибавки массы тела. Психопатологические расстройства способствует развитию нарушений менструального цикла и определяют их глубину.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Hryhorczuk, C., Sharma, S., Fulton, S.E. Metabolic disturbances connecting obesity and depression // *Front Neurosci.* – 2013. – Vol. 7. - P. 177.
2. Kurhe, Y., Mahesh, R. Mechanisms linking depression co-morbid with obesity: an approach for serotonergic type 3 receptor antagonist as novel therapeutic intervention // *Asian Journal of Psychiatry* - 2015. – Vol. 17. - P. 3-9.
3. Копейко, Г. И. Смешанные аффективные состояния в юношеском возрасте (исторический аспект, современное состояние проблемы, психопатология) / Г. И. Копейко // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2011. — № 10. — С. 4—11).
4. Кравченко, Н. Е. Депрессивные расстройства настроения у наблюдающихся в ПНД девушек-подростков / Н. Е. Кравченко // *Современная терапия в психиатрии и неврологии.* — 2012. — № 1. — С. 21—24.).
5. Михайлова, Э.А., Беляева Е.Э. Роль альтернативных методов обеспечения психологической адаптации детей с ожирением / Э.А. Михайлова, Е.Э. Беляева // *Медицинская психология.* – 2015. - № 2.
6. Luppino, FS, de Wit LM, Bouvy, PF et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies // *Arch Gen Psychiatry.* – 2010. – Vol. 67 (3). – P. 220-229.
7. Чернышова, Н.В. Психоземotionalные нарушения у детей с ожирением // *Bulletin of Medical Internet Conferences.* - 2014. Vol. 4.
8. Balik, G., Ustuner, I., Kagitci M., Kir Sahin F. Is There a Relationship between Mood Disorders and Dysmenorrhea? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology.* - 2014. – 27. P. 371-374.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Туйчиев Ш.Т., Насыров А.А., Хамраев М.М.

г. Ташкент

В психологической практике, в клинике наркологических заболеваний накопилось множество вопросов, касающихся механизмов возникновения и развития такого феномена, как психическая зависимость [1, 8]. Психическую зависимость можно определить, как состояние, при котором индивид теряет волевой контроль над собственным влечением [5, 9]. Отношение потребителей к психоактивным веществам характеризуется низким уровнем идентификации степени тяжести последствий их употребления при удовлетворительном уровне описания самих последствий, высокой конкретной осведомленностью, допускающими употребление установками, непоследовательными позициями по отношению к проблеме алкогольной зависимости [6, 7]. Изучение закономерностей приобщения к психоактивным веществам, особенностей формирования аддиктивного поведения и развития зависимости необходимо для выработки адекватных мер противодействия алкоголизации населения [1, 2, 3].

Цель и задачи исследования - изучение психологических особенностей адаптационных возможностей у лиц с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы исследования. Было проведено психологическое тестирование по опроснику методом Уровня субъективного контроля 24 пациентов мужского пола, находящихся на лечении в Республиканском Наркологическом Центре, в возрасте от 19 до 30 лет, с диагнозом – хронический алкоголизм. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили больные с низким потенциалом реабилитации. Вторую группу составили больные с высоким и средним реабилитационным потенциалом.

Результаты и их обсуждения. Предметом нашего исследования явилась поведенческая саморегуляция личности, выражающаяся в уровне субъективного контроля над поведением в различных ситуациях выбора. Проведение сравнения выраженности интернальности позволяет включить в понимание локуса контроля меру социальной ответственности личности.

Анализ представленных данных позволяет проследить тенденцию к тому, что у пациентов первой группы преобладает экстернальность по всем шкалам, тогда как во второй группе интернальный тип контроля обнаруживался по шкалам: Ид (интернальность в области достижений); Ис (интернальность в семейных отношениях); Из (интернальность в отношении здоровья и болезни). Так, по показателям общей интернальности (Io) для пациентов первой и второй группы характерен экстернальный локус контро-

ля ($I_o=4,3\pm 0,1$; $I_o=4,6\pm 0,1$, соответственно), что характеризует личность как зависимую от обстоятельств, случая, окружающих людей, неуверенную в своих силах.

Такие люди в меньшей мере считают себя способными контролировать жизненные события и ситуации. Они недооценивали роль собственных действий в происходящих событиях и ситуациях, не могли контролировать и прогнозировать свое поведение. Свои же успехи и достижения они приписывали внешним обстоятельствам, считали их удачей, подарком судьбы, то есть все события пускали на самотек, вместо активного воздействия на обстоятельства. По показателю интернальности в области достижений (I_d) имеются различия в исследуемых группах. Так, по данной шкале пациентов второй группы отличает внутренний локус контроля ($I_d=5,8\pm 0,2$). Это говорит о том, что пациенты второй группы в большей степени склонны считать свои достижения собственной заслугой, чем влиянием внешних сил, и что данные люди способны к достижению своих целей. В первой группе пациенты обнаруживали внешний локус контроля ($I_d=5,0\pm 0,1$). Они недооценивали роль собственных ошибок в ситуации неудачи, поэтому в своих просчетах они обвиняли других людей или объясняли это стечением обстоятельств. Следует отметить, что пациенты первой и второй группы также недостаточно критично относились и к причинам своих неудач ($I_n=4,1\pm 0,1$; $I_n=4,7\pm 0,1$, соответственно). Склонность приписывать внешним силам и обстоятельствам большое значение и считать их причинами собственных неудач, можно интерпретировать как неуверенность личности в своих силах, низкой самооценке.

По шкале интернальности в области семейных взаимоотношений пациенты второй группы обнаруживали достаточно высокий показатель $I_s=5,8\pm 0,2$. Это свидетельствует о том, что для них свойственно принимать на себя ответственность в области семейных взаимоотношений: семейных конфликтов, вопросов воспитания детей, семейного взаимодействия.

Пациенты первой группы обнаруживали экстернальный тип контроля ($I_s=5,0\pm 0,1$), считали себя не вполне способными контролировать семейные взаимоотношения, обычно они перекладывали всю ответственность за события, происходящие в семье, на плечи близких, не признавали своей вины в возникших семейных неурядицах. В то же время низкий показатель интернальности в производственных отношениях в группах обследованных пациентов ($I_p=4,1\pm 0,1$ в первой группе и $I_p=4,4\pm 0,1$ во второй группе) был обусловлен тем, что пациенты недооценивали роль собственных усилий в формировании отношений в коллективе, в организации собственной трудовой деятельности, в своих достижениях и неудачах. Они преувеличивали роль руководства, сотрудников, внешних обстоятельств, что еще раз подчеркивает ориентацию личности на принятие ответственности за процесс и результаты своей жизнедеятельности. По шкале интернальности в межлич-

ностных отношениях для пациентов первой и второй группы был характерен экстернальный локус контроля ($Им=4,9\pm 0,2$; $Им=5,2\pm 0,2$, соответственно). Зависимые от опиоидов считали свои межличностные отношения результатом активной деятельности партнеров. Для формирования своего круга общения они прилагали недостаточно усилий, больше полагаясь на случай. Что касается здоровья, то пациенты первой группы недооценивали своей собственной роли в его поддержании ($Из=4,8\pm 0,2$). В случае заболевания они надеялись только на врачей, не прилагали усилий для профилактики и для восстановления здоровья. Во второй группе пациенты обнаруживали интернальный локус контроля ($Из=5,9\pm 0,2$), что говорит о более выраженной ответственности за свое здоровье.

Проведенный анализ методики УСК показал, что у пациентов второй группы отмечается тенденция к снижению уровня субъективного контроля по шкалам: общей интернальности, неудач, производственных отношений, что свидетельствует об их слабо развитой потребности брать ответственность за свое внутреннее состояние, низкой адаптивности. Средние показатели уровня субъективного контроля по шкалам: в областях достижений, отношений здоровья, семейных и межличностных отношений свидетельствуют о стремлении контролировать свои отношения и указывают на наличие мотивации к отказу от приема спиртных напитков.

Выводы. Таким образом, у обследованных нами пациентов в первой группе были выявлены низкий уровень субъективного контроля в областях общей интернальности, интернальности неудач и производственных отношений, во второй группе - средний уровень субъективного контроля в областях достижений, отношений здоровья, семейных и межличностных отношений. Больным первой группы были более характерны черты экстернальности. Употребление спиртных напитков сформировало у этих больных чувство беспомощности, потребность в заботе, опеке окружающих. Особую значимость приобретают необходимость оберегания своей социальной позиции. Они ранимы, чувствительны, зависимы от мнения других, с низкой адаптивностью и страхом перед трудностями. В мотивации достижений прослеживается преобладание мотива избегания неудач, в межличностных отношениях из-за выраженности индивидуалистической позиции снижается потребность в общении, что способствует формированию поведенческой стратегии, направленной не на решение проблем, возникающих в процессе социализации, а на изменении собственного эмоционального состояния. Их дезадаптация возможно связана со стрессовыми ситуациями и отражает проявления временной адаптивной реакции, которая может свидетельствовать о неустойчивой личностной интеграции и отражать патологические изменения личности. Второй группе характерны средние значения УСК, что в жизненных ситуациях может проявляться сравнительной удовлетворенностью качеством своей жизни. Для пациентов данной группы более

выраженными являются характеристики ответственности, осознанности, субъективного контроля по отношению к своим действиям и жизненным ситуациям. В целом, они руководствуются внутренними побуждениями, проявляя интернальность или экстернальность в зависимости от ситуации. Все эти варианты объединяет определенный тип дезадаптации, индивидуально-личностный стиль переживаний и определенные методы защиты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации // Вопросы наркологии. - 2015. - №3. - С. 87-106.
2. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. - М.: Литера, 2002. - 256 С.
3. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопросы наркологии. - 2008. - № 3. - С. 80-92.
4. Катков А.Л. Психотерапия в программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ // Психотерапия. - 2012. - № 9. - С. 17-28.
5. Мандель А.И., Бохан Н.А. Преморбидные факторы в генезе аддиктивных расстройств // Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения: сб. матер. междунар. научн.-практ.конф. - Томск, 2003. - С. 176-180.
6. Шайдукова Л.К. Психотерапия алкогольной и наркотической зависимости: путь к «гедонистическому альтруизму» // Наркология. - 2011. - № 4. - С. 49-53.
7. Broome K.M., Simpson D.D., Joe G.W. The role of social support following short-term in patient treatment // Am. J. Addict. - 2002. - Vol. 11. - P. 57-65.
8. Goodman A. Neurobiology of addiction: An integrative review // Biochemical Pharmacology. - 2008. - Vol. 75, Iss. 1. - P. 266-322.
9. West R. Theory of addiction. Oxford: Wiley-Blackwell, England. - 2006. - 224 P.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Туйчиев Ш.Т., Тураева Л.Ф., Каландарова Ю.Б.

г. Ташкент

Проблема развития, обучения и воспитания детей и подростков с умственной отсталостью является одной из важнейших проблем современности. Многочисленные исследователи расширили представления о структуре психических нарушений умственно отсталых подростков и их адаптивных возможностях [2, 4]. Умственно отсталый ребенок постоянно находится в ситуации, при которой неблагоприятные социально-психологические факторы могут вступить во взаимодействие с неблагоприятной биологической почвой [3]. Для совладания с внешними и внутренними конфликтами, способности противостоять дезорганизации психики и поведения, иметь возможность избегать напряженности, дети и подростки с умственной отсталостью вынуждены более интенсивно использовать в своем поведении психологическую защиту. Механизмы психологической защиты функционируют в ежедневном опыте детей и подростков, позволяя им разрешать внутренние и внешние конфликты, бороться с тревогой. В ситуациях психологической угрозы они также используют различные копинг-стратегии. Каждая из множества поведенческих, эмоциональных и интеллектуальных копинг-стратегий личности может рассматриваться не только как осознанный вариант психологической защиты, но и включать в себя сразу несколько таких стратегий [1, 5].

Поведение умственно отсталого ребенка, также как и нормального, связано с характерологическими особенностями его личности. В этой связи актуальным представляется изучение психологической защиты у умственно отсталых подростков с различными типами акцентуаций характера, которые определяют развитие вариантов защитного поведения, приводящих к адаптации или дезадаптации таких подростков. Это позволит совершенствовать процессы их медико-психологического сопровождения и социально-психологической адаптации.

Цель исследования - выявить характерологические особенности, свойственные детям с умственной отсталостью и определить характерные копинг-стратегии.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 32 подростка с легкой степенью умственной отсталости 14-18 лет. Применялся патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов, 1994); опросник копинг-стратегий школьного возраста SCS1, адаптированный Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским (1994).

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования выявлено 15 типов акцентуаций характера, при этом наиболее часто встре-

чаются эпилептоидный (42,4 %), эпилептоидно-истероидный (18,2%), истероидный (7,6%) и шизоидно-эпилептоидный (7,6%). При исследовании типов характера изучены некоторые поведенческие особенности подростков. Так, выявлены реакции эмансипации, возможность формирования психопатий, риск попыток самоубийств, также у них повышены показатели рисков социальной дезадаптации и ранней половой жизни у подростков-девочек. Таким образом, можно полагать, что, выполняя адаптивную функцию во внутреннем мире подростка с умственной отсталостью, акцентуированные черты характера в то же время часто становятся причиной его дезадаптации к окружающим людям, среде и условиям жизнедеятельности. Они обусловлены врожденными свойствами нервной системы, интеллектуальным недоразвитием и особенностями эмоционально-волевой сферы, а также социальными факторами и, в первую очередь, недостатками воспитания. Установлено, что умственно отсталые подростки с гипертимной, сенситивной, эпилептоидной, шизоидно-эпилептоидной, шизоидно-истероидной акцентуациями характера составляют повышенную группу риска по возникновению нарушений поведения.

Изучение копинг-стратегий, используемых подростками с умственной отсталостью в неприятных ситуациях, показало, что наиболее значимыми напряженными ситуациями для подростков с умственной отсталостью являются: «были такие ситуации, но сейчас не помню» (25,8%), «ссора с родными» (17,7%), «ссора с подругой» (11,3%), «страх физической угрозы со стороны» (11,3%). Подростки с умственной отсталостью в напряженных ситуациях прибегают к использованию копинга «развлечение и физическая разрядка», т.е. используют поведенческие способы совладания с конфликтом. Следует отметить, что реализация стратегии разрешения проблем требует достаточно развитого мышления. У подростков с умственной отсталостью этот копинг занимает 3 место по использованию. Поведенческая стратегия «Уединение, избегание» активно используется в группе исследования. Следует отметить, что группы копингов, относящихся к «агрессии» и «выражению эмоций», выражены в наименьшей степени. Следует отметить, что наибольшее количество копинг-стратегий выявлено у умственно отсталых подростков с лабильным, сенситивно-шизоидным типами акцентуаций характера.

Анализ изучения эффективности стратегий показал, что умственно отсталым подросткам наиболее всего помогают справиться с беспокойством «развлечение и физическая разрядка» (19,4%), «поиск социальной поддержки» (17%). Следует отметить более низкий процент меры эффективности стратегии «поиск социальной поддержки» в экспериментальной группе. Вероятно, это связано с тем, что подростки с умственной отсталостью не всегда могут рассчитывать на помощь от окружающих их людей, особенно со стороны семьи. Такая особенность отмечена в списке причин неприятных ситуаций, где «ссора с родными» занимает первое место у подростков с умственной отсталостью.

При изучении стратегии защитного поведения, свойственные предста-

вителям различных типов акцентуаций характера, выявлено, что у умственно отсталых подростков с гипертимной, шизоидной, epileптоидной, истероидной, epileптоидно-истероидной акцентуациями защитное поведение направлено на «развлечение и физическую разрядку». Для умственно отсталых подростков с неустойчивой, сенситивной, сенситивно-шизоидной, лабильно-сенситивной, лабильно-истероидной акцентуациями характерно «облегчение души, планирование решения проблем» в трудных ситуациях. Лабильные подростки с умственной отсталостью пользуются стратегиями «поиск социальной поддержки» и «развлечение и физическая разрядка», астено-невротические подростки - стратегиями «облегчение души, планирование решения проблем» и «поиск социальной поддержки», шизоидные подростки - стратегией «уединение, избегание», лабильно-циклоидные - «поиском социальной поддержки», шизоидно-истероидные - стратегиями «выражение эмоций», «поиск социальной поддержки», «развлечение и физическая разрядка».

Выводы. Таким образом, акцентуации характера, недоразвитие интеллекта, недостаток семейного воспитания умственно отсталых подростков часто становятся причиной нарушения их благополучной социальной адаптации в окружающей среде. Среди различных акцентуаций характера у подростков с умственной отсталостью статистически чаще встречается epileптоидный тип акцентуации характера. Различные типы акцентуаций характера у подростков с умственной отсталостью существенным образом влияют на структуру психологической защиты. Наибольшая выраженность механизмов защиты выявлена у подростков с умственной отсталостью с сенситивно-шизоидной, сенситивной, гипертимной, астено-невротической акцентуациями характера, а копинг-стратегий - с лабильной, сенситивно-шизоидной, шизоидно-epileптоидной акцентуациями характера. Для акцентуированных подростков с умственной отсталостью наиболее эффективными копинг-стратегиями являются «развлечение и физическая разрядка» и «поиск социальной поддержки». Взаимосвязи механизмов психологической защиты, осознанных стратегий совладания и поведенческих особенностей подростков с умственной отсталостью свидетельствуют о комплексном влиянии психологической защиты на социально-психологическую адаптацию этих подростков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса. Ч.1.: «CopingStress» и теоретические подходы к его изучению. // Психологический журнал. -2006. Т.27. -№ 1. - С.122-133.
2. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003. - 391с.
3. Лясина Е.С. Механизмы психологической защиты умственно отсталых подростков с различными типами акцентуаций характера // Известия РГПУ им. А.И.Герцена: Аспирантские тетради: Научный журнал. - № 23 (54). – СПб., 2008. – С. 387-393.
4. Шипицына Л.М. Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. СПб.: Изд-во «ДидактикаПлюс», 2002. – 496 с.
5. Sharifi M., Kaveh M. The Effect of Teaching Coping Strategies on the Mental Health of 13-17 Male Adolescents Living in Boarding Houses of Tehran // Procedia-Social and Behavioral Sciences. – Vol.84. - P. 514-519.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА СОСТОЯНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Фомин А.А., Соколов Е.Ю., Кореняк Р.Ю.

г. Москва

Актуальность исследования. Столкновение со стрессовыми ситуациями обусловлено выяснением необходимости использования психотерапевтических мероприятий [5, 11] для предупреждения постстрессовых психосоматических осложнений у военнослужащих. Об этом говорит и многолетнее наблюдение за психическим здоровьем военнослужащих как в России, так и за рубежом, работа которых проходит в экстремальных условиях и связана с опасностью для жизни [3, 7, 12, 13, 14, 15]. У военнослужащего, переживающего стрессовую ситуацию, может произойти сбой в любой из систем восприятия, которые сообщаются с центральным пространством сознания и тогда реакции на стресс могут быть неадаптивными, чрезмерными, ведущими к фрустрации, психическому нарушению восприятия окружения, себя вплоть до суицидальных тенденций, соматическим расстройствам [2, 9, 10].

Цель исследования – изучение влияния психотерапевтических методов саморегуляции на состояние военнослужащих при работе в экстремальных ситуациях.

Материал и методы исследования. Исследованы мужчины. Исследовано психофизиологическое состояние 2-х групп (*исследуемая и контрольная*) военнослужащих по 40 человек в каждой, прибывших из командировки после выполнения боевых задач в горячих точках. Возраст обследованных 21-38 лет.

Основные методы исследования. Динамический, клинико-психопатологический анализ, миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания, шкала теста СМИЛ (стандартизированный метод исследования личности), психотерапевтические методы саморегуляции.

Исследуемая группа в мирный период прошла курс обучения психотерапевтическим методам саморегуляции, которые участники группы использовали на разных этапах выполнения боевых задач. Контрольная группа обучения психотерапевтической саморегуляции не проходила.

Этапы саморегуляции: 1. Повседневная деятельность и вводный период обучения. 2. Этап подготовки к командировке. 3. Боевой этап, 4. Межбоевые периоды. 5. После возвращения из районов выполнения служебно-боевых задач.

Используются расслабляющее-успокоительные, тонизирующие, дыхательные, сочетанные упражнения.

Результаты исследования и их обсуждение. Основные изучаемые психофизиологические параметры у обеих групп в течение 1-2х месяцев по возвращению из регионов со сложной оперативной обстановкой: фон настроения, субъективное чувство тревоги, неуверенность в собственные силы, ухудшение сна, раздражительность. В таблице 1 отражено соответствие частоты жалоб в исследуемой и контрольной группах.

Таблица 1.

Частота жалоб в контрольной и исследуемой группах
вскоре после возвращения из командировки

Жалобы	Контрольная группа (%)	Исследуемая группа (%)
фон настроения	70% (28 чел.)	45% (18 чел.)
чувство тревоги	80% (32 чел.)	20% (8 чел.)
ухудшение сна	65% (26 чел.)	45% (18 чел.)
раздражительность	90% (36 чел.)	55% (22 чел.)
Чувство неуверенности	45% (22 чел.)	20% (8 чел.)

Проведено *катамнестическое* исследование состояния через 6 месяцев после у обеих групп-таблица 2 - Частота жалоб в контрольной и исследуемой группах после возвращения из командировки через 6 месяцев.

Жалобы	Контрольная группа (%)	Исследуемая группа (%)
фон настроения	67,8% (19 чел.)	44,4% (8 чел.)
чувство тревоги	53,1% (17 чел.)	12,5% (1 чел.)
ухудшение сна	50% (13 чел.)	27,8% (5чел.)
раздражительность	36,1% (13чел.)	36,4% (8 чел.)
Чувство неуверенности	36,4% (8 чел.)	25% (2 чел.)

Через 6 месяцев после возвращения из экстремальной обстановки восстановление состояния здоровья военнослужащих исследуемой группы отмечено в большей степени, чем у военнослужащих контрольной.

Выводы

1. При подготовке к работе в экстремальных условиях необходимо уже в период мирного этапа заранее обучать психотерапевтическим методам саморегуляции в разных жизненных ситуациях.

2. Умение управлять своим психологическим состоянием необходимо довести до автоматизма, чтобы при экстремальной ситуации, организм сам смог отреагировать должным образом на стрессовый фактор для снятия эмоционально-физического перенапряжения, предупреждения ПТСР.

3. Психотерапевтическим методам саморегуляции необходимо одновременно и в первую очередь обучать *командующий состав всех подразделений* с целью предупреждения у него постстрессовых отклонений здоровья – важный пример для своих подчиненных.

4. Помимо умения выполнения разных методов саморегуляции, важное место занимает и метод *дебрифинга*.

8. Использование психотерапевтической саморегуляции позволяет снижать процент психологических потерь.

9. Отсутствие предбоевой психотерапевтической подготовки реально предполагает после боестолкновений возникновение постстрессовых (вплоть до криминальных, суицидальных) расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Учебное пособие. М., Медицина, 2009, с. 315.
2. Алексеева Е.М. Устранение фиксации на стрессовом опыте и трансформация эмоционального реагирования. Сб-к м-лов 11й Всероссийской научно-практической конференции 25-26 ноября 2015, М., 2015, с. 6-11.
3. Американских солдат научат распознавать психические расстройства у сослуживцев. Интернет, 18.07. 2007 г.
4. Вдовина И.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих и их реабилитация. Психологическая газета №5, стр. 13.
5. Войцех В.Ф., Виноградова Л.Н., Савенко Ю.С. Предотвращение суицидов в армии. М., 2008 г.
6. Козельский А.В., Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г., Кудрявцев А.А. Актуальность проведения специализированных мероприятий медико-психологической реабилитации летному составу. Сб-к м-лов 11й Всероссийской научно-практической конференции 25-26 ноября 2015, М.2015, с. 213-215
7. Краснов Е.В. Основные стратегии психической саморегуляции стресса в ходе служебной деятельности. Сб-к м-лов 11й Всероссийской научно-практической конференции 25-26 ноября 2015, М.2015, с. 257-263.
8. Ротштейн В.Г. Посттравматический стрессовый синдром. Руководство по психиатрии: в 2-х т.
9. Сидоров П.И. и др. Психическое здоровье ветеранов афганской войны. Издательский центр АГМА, 1999.
10. Соколов Е.Ю., Магурдумова Л.Г. Психокоррекция психосоматических расстройств у сотрудников опасных профессий. Ж-л «Вопросы психологии экстремальных ситуаций», №1, 2014 г., стр. 55-61.
11. Соколов Е.Ю., Фомин А.А. М-лы 11й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием по психологии спорта и физической культуры «Рудиковские чтения» - 2015» 3 – 4 июня 2015г. Психотерапия и профилактика отдаленных психосоматических расстройств у сотрудников специального назначения. стр. 357-360.
12. Соколов Е.Ю. Психотерапевтическое энергосбережение-основа жизнестойкости сотрудника. Сборник материалов 11й Всероссийской научно-практической конференции «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий». М., 2015 г., стр. 481-491.
13. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. Институт психологии РАН, 2009 г.
14. Уфимцев В. Искусство саморегуляцией. Школа спецназа. Минск, 2008 г.
15. PTSD treatments grow in evidence, effectiveness (Tori De Angelis.- January 2008.-vol.39.-№1.-p.40.).

ТРАНЗИТОРНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. МЕСТО ДАННОГО ДИАГНОЗА В МКБ-10

Холодова Н.Б., Локосов А.В., Колесников А.С.

г. Ростов-на-Дону

Диагноз «транзиторное расстройство личности» предусмотрен ст. 18 «б» (Постановление Правительства РФ от 4 июля 2013 г. № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе») и используется при определении категории годности лиц к военной службе. В МКБ-10 он не встречается. Однако гражданские врачи-психиатры несмотря на это, используют его, при этом кодируют как F 60.8, то есть относят к классу психопатий. В связи с этим возникают не просто диагностические ошибки, порой такой диагноз устанавливается врачебной комиссией, решается судьба подэкспертного — он признается не годным для определенной профессии.

Представляется целесообразным рассмотреть подробно, что же из себя представляет «транзиторное (парциальное) расстройство личности». Данный термин впервые был введен В.В. Нечипоренко в 1989 г. в военной психиатрии специально для обозначения возникновения отклонений в поведении и реагирования на изменение внешних условий у военнослужащих. Понятие о транзиторном расстройстве личности дополнено С.А. Королёвым (2004 г., 2008 г.). «Транзиторное расстройство личности» (ТРЛ) это – кратковременная, преходящая дисгармония личности, носящая парциальный характер, вызывающая дезадаптацию в экстремальных условиях и не приводящая к формированию стойкой патологии личности. ТРЛ развивается чаще у лиц с различными акцентуациями характера.

В формировании ТРЛ выделено 2 этапа: 1) развитие общих дезадаптационных расстройств, которые предшествуют личностной реакции и характеризуются отдельными, abortивными астено-невротическими проявлениями; 2) присоединение личностного реагирования и формирование ТРЛ, поскольку дезадаптация ослабляет контроль за эмоциями и поведением. Установлены следующие диагностические критерии ТРЛ: парциальность и отсутствие стабильности дисгармонии личности, проявление преимущественно в молодом возрасте, в строго регламентированных условиях военной службы эмоциональными и поведенческими нарушениями, с обратимостью динамики.

Диагноз ТРЛ должен носить динамический, этапный характер и в последующем при наступлении стойкой социальной адаптации (отсутствие эмоционально-волевых и поведенческих нарушений) подлежать пересмотру. Рассмотрим подробнее, в чем же отличие транзиторных расстройств личности и специфических расстройств личности – психопатий.

Континуум расстройств личности может быть представлен в следующей последовательности: норма – акцентуация характера – транзиторное расстройство личности – расстройство личности (психопатия). В зависимости от складывающихся условий жизни и военной службы динамика транзиторных расстройств личности может привести либо к их компенсации и возврату к характерологической норме, либо – к формированию постоянного типа психопатического реагирования и развитию психопатии. Ввиду того, что процент диагностических ошибок тем выше, чем в более раннем возрасте устанавливается диагноз «психопатия», у лиц юношеского и молодого возраста целесообразно применять динамический (этапный) диагноз. Окончательную же диагностику целесообразно осуществлять по достижении пациентами 25-летнего возраста.

Учитывая, что практически все подростковые психопатологические феномены имеют свои непатологические аналоги, важным звеном является отграничение психических расстройств от не болезненных кризовых или социогенных проявлений, педагогической или социальной запущенности. Кроме этого, использование в практике диагноза ТРЛ вызывает ряд принципиальных вопросов. Эти вопросы связаны с противоречиями, возникающими в отношении общепринятого научного понимания таких явлений как личность, структура личности, характер, появляется неопределенность в отношении того, что именно мы расцениваем как патологию личности.

В соответствии с положениями современного научного подхода, как в психологии, так и в психиатрии личность и ее особенности, структура черт характера, считаются стабильными образованиями. Эти структуры формируются в течение длительного времени под воздействием постоянных факторов, в первую очередь воспитания и социальной среды. Изменения личностных особенностей может происходить только при влиянии длительных и интенсивных факторов, либо при столкновении личности с событиями «катастрофического» характера, и, как правило, такие изменения так же считаются стабильными. Таким образом, мы считаем, что дополнительного и обстоятельного изучения заслуживает вопрос о том, какие именно явления ложатся в основу диагноза ТРЛ в настоящее время.

С нашей точки зрения существует вероятность того, что реактивные эмоциональные состояния, невротические реакции и связанная с ними поведенческая дезадаптация может быть ошибочно отнесена к патологии личности. Анализируя критерии диагностики транзиторного расстройства личности, авторы приходят к выводу, что на данном этапе относить данное расстройство к психопатиям, а, следовательно, присваивать им код F60.8 преждевременно. Одновременно проводя анализ критериев необходимых для постановки диагноза «расстройство адаптации» - F43.2 по МКБ-10 следует заметить, что данный диагноз имеет много общего с парциальным расстройством личности или является начальным проявлением, толчком к

возникновению парциального расстройства личности, которое, в свою очередь, может в конечном итоге развиться до психопатии, или, наоборот, возвратиться к характерологической норме. Проведем сравнительный анализ указанных расстройств.

Сравнительная характеристика расстройства адаптации,
 транзиторного расстройства личности и психопатий

Дифференциальная диагностика	Расстройство адаптации	Транзиторное расстройство личности	Расстройства личности (психопатии)
определение	Кратковременное преходящее нарушение (за исключением критерия – F43.21) эмоций и поведения, наблюдается в период адаптации к значительному изменению социального статуса или к стрессовому событию.	Кратковременное преходящее рас-согласование структуры личности у лиц подросткового и молодого возраста в экстремальных условиях и не приводящих к формированию стойкой патологии личности.	Тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностно-социальной дезинтеграцией
Структура личности.	Индивидуальная предрасположенность, чаще возникает у лиц с выраженной акцентуацией характера.	Парциальная дисгармония личности.	Тотальная дисгармония личности
Форма реагирования.	Ситуационно обусловленная аффективно-личностная реакция в непривычных условиях существования.	Остро возникающая ситуационно обусловленная аффективно-личностная реакция в непривычных условиях существования	Психопатическая реакция: усиление привычного способа реагирования, не выходящего за пределы психопатического реагирования данной личности
Продолжительность и динамика	Транзиторная реакция – не более 1 месяца, пролонгированная – не более 2-х лет. Динамика обратимая.	Аффективно-личностная реакция: от нескольких часов до одной недели. Динамика обратимая	От нескольких часов до 1-3 суток. Динамика не обратимая-развитие декомпенсации и компенсация патологических черт при сохранении аномалии структуры личности

<p>Диагностические проявления.</p>	<p>Состояние разного по степени выраженности эмоционального напряжения с преобладанием тревожного или депрессивного типа реагирования и на этот же срок дезадаптивными расстройствами и дезинтеграцией поведения, отсутствием тенденции к частому повторению и усложнению проявлений. Возникает в непривычных условиях существования при наличии психотравмирующей ситуации.</p>	<p>Проявляется парциальностью дисгармонии личности, состоянием выраженного эмоционального напряжения с периодическими аффективными вспышками и на этот же срок дезадаптивными расстройствами и дезинтеграцией поведения; отсутствием тенденции к частому повторению и усложнению проявлений. Возникает в непривычных условиях существования при наличии психотравмирующей ситуации.</p>	<p>Проявляется: тотальной дисгармонией личности, постоянством патологических черт, их выраженностью до степени, затрудняющей адаптацию, ответная реакция всегда превышает силу раздражителя</p>
<p>Эмоциональные расстройства.</p>	<p>склонность к драматическому поведению, вспышкам агрессии на фоне острой психической травмы.</p>	<p>Насыщенный аффективный ответ с элементами дезорганизации поведения и снижением критики, вызванной действием острой психической травмы</p>	<p>Преобладает эмоционально-волевая патология в виде аффективных разрядов Реакции короткого замыкания, сужение сознания на высоте аффекта.</p>
<p>Волевые (поведенческие) нарушения.</p>	<p>Поведенческие нарушения в виде агрессивного или диссоциального поведения (обычно у подростков) при F43.24 и F43.25</p>	<p>Поведенческие нарушения преимущественно в период аффективных вспышек с частичной утратой контроля за своим поведением.</p>	<p>Правонарушения, неустойчивость интересов, необычность пристрастий, утрата контроля над собственной деятельностью.</p>
<p>Расстройства мышления.</p>	<p>Недостаточная продуктивность, поспешность в принятии решений, периодически аффективная логика.</p>	<p>Недостаточность критики, примитивность суждений, поспешность в принятии решений, периодически аффективная логика.</p>	<p>Снижение критики и прогнозирования последствий своих действий, аффективная логика, незрелость суждений.</p>

Выводы. Как видно из данных, приведенных в таблице, транзиторное расстройство личности не доходит до уровня психопатий, следовательно, не может быть к ним отнесено. С другой стороны, оно имеет много общих диагностических критериев с расстройством адаптации. Целесообразным

представляется при кодировании данных психических расстройств использовать код F43.24 или F43.25 по МКБ-10 в зависимости от ведущих симптомов. И очень осторожно относиться к использованию кода F60.8 по МКБ-10. Данный подход позволит избежать последствий неправильного установления диагноза и устранил препятствия в решении целого ряда важных социальных проблем (устройство на работу, поступление на учебу, взятие на учет в ПНД и т.д.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: Их статика, динамика, систематика. - М.: Север, 1933. - 143 с.
4. Кербилов О.В. Избранные труды. - М.: Медицина, 1971. - 312с.
5. Куликов В.В. Адаптационные реакции у призывников и военнослужащих срочной службы (клинико-психологический анализ): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1989. - 29 с.
6. Куликов В.В. Медико-психологический подход при решении вопросов военно-врачебной экспертизы // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. - СПб., 1998. - С. 250.
9. Куликов В.В., Фадеев А.С. Роль военно-врачебной экспертизы в сохранении психического здоровья военнослужащих // Воен.- мед. журн. - 1999. - № 9. - С. 9-12.
10. Куликов В.В., Шостакович Б.В., Фадеев А.С. Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы: Пособие для врачей. - М., 2003. -39 с.
11. Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем. - Киев: Выща школа, 1989. - 375 с.
12. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - 2-е изд. доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1983. - 255 с.
13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. - СПб.: Оверлайд, 1994. - 299 с.
14. Нечипоренко В.В. Обоснованность диагноза психопатии в молодом возрасте у мужчин с позиций динамического подхода // Обзорение психиатрии и мед. психологии. - Л. 1991. - № 1. - С. 47-57.
15. Нечипоренко В.В. Проблема психопатий: эволюция диагностических и экспертных взглядов в военной психиатрии. // Война и психическое здоровье. - СПб., 2002. - С. 105 - 115.
16. Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Синенченко А.Г. Диагностика расстройств личности у военнослужащих // Обзорение психиатрии и мед. психологии - 2004. - № 2. - С.22 - 26.
17. Постановление Правительства РФ от 4 июля 2013 г. N 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» (с изменениями и дополнениями).
20. Реан А.А. Психология изучения личности – СПб., Изд-во Михайлова В.А., 1999. – 288с.
21. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб: Питер Ком, 1998. – 608 с.
22. Клиника, диагностика и военно-врачебная экспертиза граждан с расстройствами личности. ФГКУ «1602 ОБКГ» МО РФ, г. Ростов-на-Дону, 2014 г. 31 с.

ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ: ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Хохлов Л. К.

г. Ярославль

Проблема экзогенно-органических психических расстройств в современный период, - когда увеличились возможности инструментальной, лабораторной диагностики, когда активно предпринимаются шаги по пересмотру психиатрической нозологии, - требует обсуждения и поиска новых подходов. Соответствующий опыт работы (изучение больших групп больных с психическими расстройствами вследствие различных экзогенно-органических воздействий) позволяет высказать следующее.

Понимание органического психического расстройства остается неоднозначным. В настоящее время существуют две основные точки зрения. Одна (традиционная): органическое расстройство обусловлено деструктивным структурным церебральным поражением, характерна локальность и стойкость психопатологии. Другая: органическая патология – результат действия различных органических, непсихологических факторов (в том числе системных соматических заболеваний, интоксикаций), не обязательно вызываемая церебральной деструкцией; но в конечном итоге возможно органическое церебральное поражение. Приводимое противоречие отражает клиническую действительность. Теперь расширились возможности прижизненной визуализации мозговых структур. И нередко у больных с психическими нарушениями, казалось бы, неорганического плана выявляются органические изменения в зонах головного мозга, поражение которых теоретически может быть причиной данной патологии. В настоящее время очень большое внимание стало привлекаться к когнитивным нарушениям, которые в особенно отчетливой форме наблюдаются именно при органических церебральных заболеваниях. Когнитивные нарушения описываются и при психических болезнях, называемых до последнего времени функциональными. Интерпретация этих случаев противоречива из-за неразработанности психоморфологических корреляций, отношений экзогенного и эндогенного, несовершенства нозологии, возможности коморбидности. Положение с дифференциальной диагностикой осложняется тем, что различные собственно психоорганические состояния могут иметь транзиторное течение (особенно при современной терапии). Диагностике здесь может помочь характер выхода из тяжелого состояния, своеобразие смены синдромов. При, казалось бы, благоприятном исходе, например, Корсаковского синдрома, глобальной амнезии, могут выявиться психоорганические проявления. И вследствие, в частности, нейролептической терапии, длительности процесса и при «функциональном» эндогенном заболевании

в психическом статусе может появляться органичность, которую почему-то обычно называют «псевдоорганичностью». Не столь четко очерченными являются границы между экзогенно органической и эндогенно органической патологией. Представления о том, какие заболевания относятся к экзогенно органическим, а какие к эндогенно органическим на современном этапе неустойчивые. И по нашему опыту, при анализе конкретных наблюдений провести бесспорную границу между экзогенно органическим и эндогенно органическим не всегда оказывается возможным, возможны смешанные формы. И получают новое звучание ранее высказываемые точки зрения: течение и исход психического заболевания соответствует его биологической сущности (10); понятие болезни в психиатрии относится к патологии телесных изменений (11); психическое расстройство – эпифеномен соматического, неврологического заболевания (7). Возникает вопрос к обозначению – «первичная», «аутохтонная» психопатология. В свете приведенных данных о «панорганичности» (1, 2) понятие органического психического расстройства критикуется как «гипотетическое», «архаичное»; ставится под сомнение обоснованность выделения органических психических расстройств в качестве самостоятельных. И не исключается: рано или поздно вместо названия «органические психические расстройства» будут употребляться иные обозначения, как это уже сделано, например, в американской классификации психических заболеваний. По нашему мнению, заболевания, которые в МКБ-10 в настоящее время отнесены к органическим психическим расстройствами, - при всех обстоятельствах, при всех теоретических подходах нуждаются в выделении в силу своеобразия не только клиники, патогенеза, но и диагностики, ведения больных, организации помощи.

Высказываются разные точки зрения по поводу широты диагностики органического психического расстройства. Одно суждение – эта патология недооценивается (5). Другое мнение: имеет место гипердиагностика органического психического расстройства в результате необоснованного отождествления общесоматической (неврологической) и психиатрической модели заболевания, вследствие квалификации субклинических проявлений перенесенных органических вредностей как расстройств (2). Возникающие противоречия в диагностической оценке В. В. Вандыш связывает с кликопатогенетическими особенностями органических психических расстройств: полиморфизм симптоматики, большая частота непсихотических форм патологии, состояний так называемой «органической почвы». По В. В. Вандышу: «Приоритетная диагностическая работа при этом может состоять в адекватной оценке значимости выявленного «патоморфологического субстрата» применительно к диагностическим критериям «предболезнь», «болезнь», возможно – необходимости коррекции существующих представлений о норме» (2, с. 278 – 279). По мнению В. В. Вандыша, проблемы формулирования современной нозологической концепции церебрально органических заболеваний существенно продвинется вперед

с появлением качественно иных возможностей при использовании современных инструментальных методов исследования. Но и в настоящее время публикуются работы, в которых инструментальным методам исследования придается необычно большая значимость в диагностике органических психических расстройств. Так, например, С. А. Игуменов с соавт. делают вывод: инструментальный метод (компьютерная ЭЭГ с применением когерентного анализа) позволяет «проводить дифференциальную диагностику органических невротоподобных расстройств и расстройств, связанных со стрессом» (3, с. 381). Назовем далее работу В. Б. Никитиной с соавт. (4) с обнадеживающим наименованием «Дифференциальная диагностика непсихотических психических расстройств органического регистра с использованием иммунологических критериев». По результатам современных фундаментальных исследований предпринимаются попытки выделения психических расстройств на основе биологических маркеров, отражающих этиологию и патогенез заболевания. На наш взгляд, на пути к качественно новой диагностике, если таковая станет возможной, нас ждет немало трудностей. Диагноз собственно психического расстройства (психопатологические симптомы, синдромы), в том числе и при органическом поражении головного мозга, носит функциональный характер. Головной мозг и в норме характеризуется необычайно большим биологическим структурно-функциональным, многоуровневым многообразием, выступающим в контексте биологического и социального функционирования. При патологии это многообразие может, изменяясь, возрастать. И деятельность головного мозга, с возникновением психических отклонений, тоже может серьезно нарушаться при внешне нетяжелом повреждении, если мишенью оказываются какие-то ключевые, стратегически важные церебральные зоны, системы. Процитируем здесь авторитетного представителя неврологии, науки, развитие которой происходило на основе анатомо-клинического метода (в отличие от психиатрии, где попытки определения анатомо-психопатологических корреляций долго воспринимались как «мозговая мифология»): «Современные научные данные о структурных основах построения отдельных функций мозга показывают их сетевую организацию, при этом отдельные части сетей могут вовлекаться в обеспечение разных функций. Отсюда нередкая полисимптомность даже при небольших по объему очагах поражения головного мозга, включающих помимо традиционно неврологических (двигательных, сенсорных, речевых нарушений) и когнитивные, аффективные, поведенческие расстройства в разной степени выраженности и в разных комбинациях» (9, с. 78). И отсюда тенденции к возвращению принципа неразрывной связи двух дисциплин (неврологии и психиатрии), к их новой конвергентной эволюции, подчеркивание эффективности унитарного подхода. А. Б. Смулевичем, рядом других исследователей настойчиво продвигается, в качестве основного направления, концепция «встречного движения» психиатров и врачей других специальностей, совместные исследования сочетанной психической и

соматической патологии. Подчеркивается: «Речь идёт о концепции аффинитета психических расстройств к соматическим/неврологическим заболеваниям, валидность которой является предметом дискуссии с начала XX века, сохраняющей актуальность и сегодня» (6, с.7).

Органическая психопатология занимает большое место в работе лечебных учреждений. Так, в 2005 г. среди обратившихся за помощью в психиатрические учреждения Российской Федерации большая доля пациентов с органическими психическими расстройствами составляет: в группе больных психозами и состояниями слабоумия – 38,9 %, с непсихотическими психическими расстройствами – 41,9 % (8). Долевой показатель органических психических расстройств в первичном звене медицинской помощи (контингент больных с разнообразными психическими расстройствами в поликлиниках) колеблется в таких пределах (6): 2,3 – 6,4 % (М. Н. Богдан, 1997) – 2,6 % (В. Н. Краснов с соавт., 2008) – 21 % (А. Б. Смулевич с соавт., 2002) – 29 % (В. Ф. Лебедева, В. Я. Семке, 2007).

Хочется верить: со временем психиатры при диагностике, курации любых психических заболеваний (не только органических) получают возможность, почувствуют необходимость более аргументированно обратиться к биологическим аспектам патологии, в том числе к психоморфологическим корреляциям. В этом процессе большое значение должно иметь изучение тех расстройств, которые традиционно обозначаются как экзогенно-органические.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вандыш В. В. Диагностическая модель органического психического расстройства в судебной психиатрии. //Сб. Орг. псих.р-во: современная диагностика, М., 2004. – с. 15-22.
2. Вандыш В. В. К вопросу о нозологической оценке органического психического расстройства. //Сб. XV съезд психиатров России, М., 2010. – с. 278-279.
3. Игумнов С. А., Докукина Т. В., Минзер М. Ф. Компьютерная ЭЭГ с применением анализа в диагностике органических неврозоподобных расстройств и расстройств, связанных со стрессом. //Сб. XV съезд психиатров России, М., 2010. – с. 381.
4. Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Рудницкий В. А., Менявцева Т. А., Лебедева В. Ф. Дифференциальная диагностика непсихотических психических расстройств органического регистра с использованием иммунологических критериев. //Сб. XVI съезд психиатров России, 2015. – с. 119-120.
5. Яхно Б. Н. Экзогенно-органические психические расстройства. //Барнаул, 2013. – 236 с.
6. Смулевич А. Б. (ред.). Психические расстройства в клинической практике. //М.: Медпресс-информ, 2011. – 719 с.
7. Чистович А. С. Опыт патофизиологического исследования аментивного синдрома при инфекционных психозах. //Тез. докл. юбилей. конф., посв. 200-летию со дня рождения И. П. Павлова, 1949. – с. 153-155.
8. Чуркин А. А. Эпидемиология психических расстройств. //Психиатрия Нац. руководство, М., 2009. – с. 88-101.
9. Яхно Н. Н. Предисловие научного редактора. //В кн. К. Г. Ликетоса с соавт. «Психиатрические аспекты неврологических заболеваний», М., 2017. -с.7-8.
10. Kraepelin E. Psychiatrie. 6 Aufl. – Leipzig: Barth Verlag, 1899-359 s.
11. Schneider K/ Psychiatrie heute. 2 Auflage. //Struttgart, 1955. – s. 1-32.

ПЕРВИЧНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

**Хрящев А.В., Петракова А.В., Муратова Е.В.,
Коренченко Ю.В.**

г. Астрахань

Недобровольная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, является концентрацией основных проблем современной психиатрии. Это касается вопросов первичной профилактики психических расстройств, поиска наиболее эффективных схем лечения, программ реабилитации. На практике, с одной стороны, отмечается рост показателя госпитализированных недобровольно, в том числе в связи с высоким риском совершения общественно опасных действий, с другой - увеличение судебных разбирательств, включая Европейский суд по правам человека. Все это предъявляет повышенные требования как к процедурным моментам, о необходимости оптимизации которых писалось неоднократно, так и лечебно-реабилитационным мероприятиям. В большинстве публикаций, связанных с недобровольной госпитализацией, анализируются особенности пациентов с шизофренией, иные психические расстройства остаются без соответствующего внимания.

Целью исследования явилось изучение преморбидных характеристик, клинико-нозологической феноменологии, специфики лечения первичных пациентов, госпитализированных в недобровольном порядке.

Материал и методы исследования. Обследованы 44 пациента в возрасте от 18 до 74 лет, госпитализированных впервые в ГБУЗ АО «ОКПБ» в недобровольном порядке в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее «Закон»). Среди них мужчины - 61,4%, женщины – 38,6%. Средний возраст в выборке составил 41,5±2,4 лет. Распределение по возрасту было относительно одинаковым. Наибольшую долю составили пациенты в возрастном диапазоне 21-30 лет - 25%, далее от 41 до 50 лет - 20,5%. Пациентов в возрастном интервале 31-40 лет было 18,2%, 51-60 лет - 15,9%, старше 60 лет - 13,6% и до 20 лет – 6,8%. В контрольную группу включены лица в количестве 44 человек, которые направлены на стационарное лечение в недобровольном порядке, но дали информированное письменное согласие на госпитализацию и лечение в течение 48 часов с момента госпитализации. Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистические (t-критерий Стьюдента, результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$).

Результаты исследования. Основанием для первичной психиатрической госпитализации в недобровольном порядке у 79,3% пациентов являлось наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливало опасность для себя или окружающих согласно критериям пункта «а», или пунктам «а» и «в» ст. 29 Закона. Из них в 2/3 случаев пациенты вели себя агрессивно по отношению к окружающим, как правило, к родственникам: пытались драться, схватить нож, выбрасывали и сжигали вещи, били стекла. В 1/3 случаев отмечались аутоагрессивные намерения: броситься под машину, выпрыгнуть с окна, нанести резаные раны. В соответствии с критериями пункта «в» госпитализированы 15,9%. Основания, указанные в пункте «б» служили поводом для недобровольной госпитализации в 4,6% случаев.

Психопатологическая наследственность отмечена почти у половины пациентов: шизофрения - 18,2%, алкогольная зависимость - 16,8%, аффективные расстройства - 4,6%, эпилепсия - 2,3%, иные расстройства психики установлены у 6,8% выборки.

Образовательный уровень обследованных был достаточно высоким: средне-специальное образование у 38,6%, неполное высшее и высшее образование у 34%, неполное среднее и среднее образование - 20,5%, обучение во вспомогательной школе и отсутствие образования - 4,6%. В то же время следует отметить низкую социально-трудовую адаптацию пациентов: безработные составили 59,1% (из них 6,8% уже имели группу инвалидности по другим заболеваниям), работающие - 25%, пенсионеры - 15,9%. Почти у 80% пациентов на момент недобровольной госпитализации не было собственной семьи, а у 50% не было семьи никогда.

В анамнезе обследованных часто отмечались психотравмирующие ситуации: служба в «горячих» точках, вынужденное переселение с местожительства, увольнение с работы, расторжение брака, судебные тяжбы, ситуации эмоционального лишения, пребывание в местах лишения свободы. Несмотря на возникновение психогенных расстройств, обращение к специалистам ни в одном случае не отмечено. Среди стойких патобиологических изменений следует выделить хроническую или рецидивирующую соматическую патологию (59,1%) и наличие органически неполноценной почвы (97,7%), обусловленной перинатальными вредностями, ЧМТ, поражением сосудов головного мозга разного происхождения, злоупотреблением алкоголем и ПАВ.

Болезненный период, предшествовавший недобровольной госпитализации, в 40,9% случаев длился от нескольких месяцев до 15 лет. С одной стороны, это обусловлено отсутствием у пациентов критики к болезненным переживаниям, неготовностью родственников обращаться за психиатрической помощью (к сожалению, традиционны визиты к знахарям с целью «снятия порчи», «изгнания дьявола»), а с другой - невозможностью экстренно госпитализировать на стационарное лечение при наличии оснований п. «а» ст. 29 Закона в случае диссимулятивного поведения.

Клиническая картина психических расстройств, приведших к первичной госпитализации в недобровольном порядке, была представлена аффективно-параноидной (43,2% в основной и 22,7% в контрольной группе, $p < 0,05$), аффективно-парафренной (20,5%), аффективно-бредовой (13,6%), аффективно-галлюцинаторный (11,4%), аффективной (9% и 50 % в контрольной группе, $p < 0,05$), острой полиморфной симптоматикой (2,3%). При расстройствах шизофренического спектра на фоне аффективных проявлений выявлялись составляющие синдрома Кандинского-Клерамбо, идеи величия, нарушение самосознания. Аффективно-парафренный синдром лишь в одном случае (2,3%) имел органическую природу. В дифференциальной диагностике ведущую роль играла специфическая негативная симптоматика. У пациентов с параноидной шизофренией часто обнаруживались негативные изменения личности (эмоционально-волевые нарушения, патология мышления), препятствующие социальной адаптации. При органических расстройствах в психопатологии преобладали бредовые идеи отношения, преследования, материального ущерба на фоне психоорганического синдрома.

Таблица 1.

Структура психических расстройств
 при недобровольной госпитализации

Диагностические рубрики МКБ-10	N случаев, % основная группа		N случаев, % контрольная группа	
Органические, включая симптоматические, психические расстройства F0	7 (15,9%)		6 (13,6%)	
Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя F10.4	0		1 (2,3%)	
Параноидная шизофрения F20.00, F20.01, F20.02	непрерывное течение	эпизодическое течение	непрерывное течение	эпизодическое течение
	7 (15,9%)	18 (40,8%)	4 (9%)	9 (20,5%)
Шизотипическое расстройство F21	0		1 (2,3%)	
Хронические бредовые расстройства F22	3 (6,8%)		0	
Острые и транзиторные психотические расстройства F23	3 (6,8%)		8 (18,2%)	
Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип F25.0	2 (4,6%)		0	

Биполярное аффективное расстройство F31	2 (4,6%)	2 (4,6%)
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации F43	0	7 (15,9%)
Эмоционально неустойчивое расстройство личности F60.3	1 (2,3%)	4 (9,0%)
Умеренная умственная отсталость F71.0	0	2 (4,6%)
Тяжелая умственная отсталость F72.0	1 (2,3%)	0
Всего:	44 (100%)	44 (100%)

Из таблицы следует, что основную долю среди недобровольно госпитализированных составили пациенты с параноидной шизофренией 56,8% (в контрольной группе 29,5%, $p < 0,05$); органические психические расстройства диагностированы в 15,9% случаев; острые и транзиторные психотические расстройства – 6,8%, хроническое бредовое расстройство - 6,8%, шизоаффективное расстройство - 4,6%, биполярное аффективное расстройство - 4,6%. В единичных случаях представлены тяжелая умственная отсталость и эмоционально неустойчивое расстройство личности в состоянии декомпенсации.

Средняя продолжительность стационарного лечения в основной группе составила 87 дней (41 день в контрольной группе, $p < 0,05$). Это обусловлено более тяжелым регистром психической патологии, необходимостью решения социальных вопросов и также связано с процедурой недобровольной госпитализации, в частности, вынесением судебного решения (период от трех до семи дней). Минимальная продолжительность пребывания в стационаре составила 10 дней (п. «б» ст. 29 Закона, DS: «тяжелая умственная отсталость»), максимальная - 395 дней и отмечалась у пациентов с шизофренией.

Основные трудности психофармакотерапии данной категории лиц: отрицательный комплаенс, наличие органически неполноценной почвы, что при расстройствах психотического уровня затрудняло применение как атипичных нейролептиков в связи с труднодоступностью инъекционных форм (оланзапин, zipрасидон, арипипразол), так и классических нейролептиков избирательного антипсихотического действия, часто приводящих к экстрапирамидным нарушениям. С учетом всех особенностей, при недобровольном лечении следует рекомендовать инъекционные препараты. В случае назначения таблетированных средств осуществлять контроль приема препаратов, использовать формы ку-таб. В ходе психофармакотерапии необходимо учитывать наличие признаков органического поражения головного мозга (рекомендовано применение ноотропов, церебропротекторов, средств, обладающих центральным вазотропным эффектом и

др.). Сроки стационарного лечения должны быть оптимальными и выписку важно осуществлять только в состоянии становления ремиссии. В амбулаторных условиях при шизофреническом процессе следует применять пролонгированные формы нейролептиков (клопиксол-депо, рисполепт конста, модитен-депо и др.) на протяжении не менее 18 месяцев, при аффективных расстройствах настроения - использовать нормотимики, при эксплозивных органических расстройствах - помимо седативных препаратов востребована психотерапия. После выписки пациенты нуждаются в решении вопроса об активном диспансерном наблюдении. К сожалению, на сегодняшний день говорить о полноценном реабилитационном процессе весьма сложно в связи с организационно-финансовыми трудностями.

Выводы. Психические расстройства, приведшие к первичной психиатрической госпитализации в недобровольном порядке, отличались разнообразием, помимо параноидной шизофрении (56,8%) были представлены органическими психическими расстройствами, хроническими бредовыми расстройствами, острыми и транзиторными психотическими расстройствами и иными. Наиболее часто в 79,3% случаев недобровольная госпитализация была обусловлена опасностью для себя или окружающих согласно пункту «а», или пунктам «а» и «в» ст. 29 Закона. Ведущей симптоматикой была аффективно-параноидная, которая на фоне органически неполноценной почвы, отрицательного комплаенса отличалась резистентностью к терапии. Предшествовавший госпитализации болезненный период вне поля зрения психиатров зачастую исчислялся годами, что негативно сказывалось на течении психического расстройства, качестве жизни пациентов. Таким образом, недобровольная психиатрическая госпитализация нуждается в дальнейшем всестороннем исследовании с целью научного обоснования изменений в организации психиатрической помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анисимова Н.А. Терапия и психосоциальная реабилитация больных шизофренией, госпитализированных в недобровольном порядке: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Белгород, 2008. - 24 с.
2. Аргунова Ю.Н. Новый порядок недобровольной госпитализации: коллизии в законодательстве и способы их разрешения // Независимый психиатрический журнал. - 2015. - №3. - С. 55-63.
3. Гурович И.Я. Состояние психиатрической службы в России: актуальные задачи при сокращении объема стационарной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - Т. 22, № 4. - С. 5-9.
4. Оруджев Н.Я., Цыбуля Ю.В., Поплавская О.В. Нерешенные вопросы организации недобровольного оказания психиатрической помощи // Волгоградский научно-медицинский журнал. - 2016. - № 3 (51). - С. 11-14.
5. Полубинская С.В. Обязательное амбулаторное лечение в зарубежных странах // Психическое здоровье. - 2016. - Т.14, № 7 (22). - С. 73-82.
6. Шишков С.Н., Гречишкина Н.А. Рассмотрение Конституционным Судом РФ жалоб на несоответствие Конституции некоторых положений Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», предусматривающих применение недобровольных психиатрических мер // Психическое здоровье. - 2014. - № 1. - С. 3-8.
7. Bertelsen N., Jeppesen P., Petersen L. Five-year follow-up of randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial // Arch. Gen. Psychiatry. - 2008. - Vol. 65, № 7. - P. 762-771.

ПСИХОДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Шаикрамов Ш.Ш.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Республика Узбекистан
г. Ташкент*

Актуальность проблемы депрессивных расстройств поведения у детей и подростков определяется трудностью диагностики этих состояний, недостаточной изученностью этиологических и патогенетических механизмов, влиянием роли биологических и социальных факторов в их формировании. По данным ряда авторов, только 27% детей с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались педиатрами, хирургами, урологами, невропатологами [1]. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию [2]. Депрессия, как у детей, так и у подростков, rozpoznается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста [3]. Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем также ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации [4]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением. К специфическим признакам пубертатных депрессий нередко относят частые поведенческие нарушения и реакции [5].

Цель исследования: изучить клинко-психопатологические и психологические особенности депрессивных расстройств поведения у подростков для улучшения качества диагностической и лечебно-психокоррекционной помощи этому контингенту населения.

Материалы и методы. В ходе работы были обследованы 66 подростков в возрасте от 14 до 16 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Ведущим методом исследования являлся клинко-психопатологический и катamnестический. Из экспериментально-психологических методов для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS), для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования при оценке выраженности депрессивных расстройств тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии, лишь в 20% случаев была выявлена депрессия средней тяжести.

Среди всех обследованных было 40 мальчиков и 26 девочек. У мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 80% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести. Среди девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 83% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Все пациенты предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. Также в формировании депрессивной патологии были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В 70% случаев родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня.

В зависимости от преобладания симптомов депрессии все пациенты были разделены на три группы: с дисфорической депрессией - 33% (n=22), тревожной депрессией – 50% (n=33), маскированной депрессией – 17% (n=12). Дисфорическая депрессия встречалась в 80% случаев у мальчиков, маскированная форма депрессии была выявлена только у девочек. У больных с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течении всего дня с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния, при отсутствии понимания со стороны родных у 3 больных сформировалось чувство страха, и появились суицидальные мысли.

В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков. Поведенческие нарушения девиантного и делинквентного типа чаще отмечались у пациентов с дисфорической и тревожной депрессией, у которых реагирование отрицательно окрашенных эмоций происходило во внешний мир. Подростки были склонны винить в своих неудачах и проблемах окружающих, по их мнению, угроза и агрессия исходят из внешнего мира. И как результат такого мироощущения, у них возникали тревога, страх, ответная агрессия, не соответствующая реально существующей ситуации и действительности.

Девочки-подростки с маскированной депрессией, которые отрицательные эмоции неосознанно направляли внутрь или против себя, тем самым, создавали предпосылки для формирования соматических симптомов

и формированием расстройств пищевого поведения. Аддиктивное поведение, возникающее на фоне эмоциональных расстройств в 85% случаев было зарегистрировано у мальчиков, для девочек характерным было возникновение недовольства своим телом и при длительном сохранении депрессивной симптоматики развивались расстройства пищевого поведения в виде анорексии и ограничительного пищевого поведения с соблюдением изнуряющих диет.

Клиника нервной анорексии ограничивалась симптомами инициального периода, среди эмоциональных расстройств отмечались: аффективная возбудимость, тревога, депрессия, фобические расстройства. В большинстве случаев в преморбиде у больных не отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста. При использовании теста Люшера больные не могут опираться на самооценку своего состояния, что позволяет определять психологическое содержание переживаемой ситуации.

Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 15% случаев (11 больных) пациенты испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. У лиц с дисфорической депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвыситься и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного поведения. В ряде случаев у 20 больных (67%) выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 17% случаев напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются непосильными для него. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось в расстройстве пищевого поведения и в 10% случаев привело к появлению суицидальных мыслей. У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание от чувства недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, злоупотребление спиртным.

Заключение. По результатам исследования было выявлено, что у подростков с поведенческими нарушениями чаще наблюдаются легкие депрессивные расстройства и депрессия средней степени тяжести. Депрессивные расстройства влияют на все стороны личности, вызывая состояние дезадаптации, и в зависимости от степени тяжести и формы депрессии приводит к появлению опасных для жизни подростка состояниям.

У мальчиков в большинстве случаев выявляется дисфорическая депрессия, сопровождающаяся уходами из дома, присоединением к асоциальным компаниям, злоупотреблением спиртными напитками и психоактивными веществами, у девочек чаще выявляется тревожная и маскированная депрессия средней степени тяжести.

Для девочек характерным было возникновение расстройства пищевого поведения на фоне аффективных расстройств. Учитывая, что депрессивные расстройства протекают с нарушениями поведения, влияющими на социально-педагогическую адаптацию, то необходимо более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь пациентам подросткового возраста. Полученные результаты позволяют проводить эффективный курс лечения депрессивных расстройств и осуществлять дифференцированный выбор метода психотерапевтического воздействия для коррекции поведенческих расстройств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крайг Г. Психология развития. - СПб. Питер, 2000 г.
2. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. – СПб. Питер, 2004 г.
3. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. - М, 2000г.
4. Иовчук Н.М., Северный А.А., Особенности подростковой депрессии. - М. 1999г
5. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., Семке В.Я. Психопатология подросткового возраста. Томск, 1994.

СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Шарипова Ф.К., Якубова М. А.

*Кафедра психиатрии, психотерапии, детской психиатрии
и медицинской психологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Узбекистан, г. Ташкент*

Аннотация. В статье изложены результаты исследования клинических особенностей психопатологических расстройств больных женщин шизофренией, совершивших аутоагрессивные действия.

В психиатрии традиционно изучалась связь проявлений агрессии с клинической картиной различных психических расстройств и внутрисиндромальной структурой. Несмотря на различия в понимании механизмов формирования суицидального поведения и терминологии, авторы сходятся в одном: истоки суицида лежат в плоскости агрессии. До недавнего времени большой удельный вес среди самоубийц с психической патологией составляли больные шизофренией [1], уступая «первое место» аффективным расстройствам, в первую очередь, депрессиям. В настоящее время в публикациях встречается разброс процентных показателей от 1 до 60 [2, 4]. Б.С. Положий и Н.И. Распопова [3] приводят значительно больший процент, утверждая, что 58,2% суицидентов с психической патологией страдали шизофренией и шизотипическим расстройством. Результаты исследования М. Birchwood и соавт. [4] показывают, что 4% больных шизофренией с постпсихотической депрессией принимали серьезную попытку к самоубийству. В формировании аутоагрессивных действий психически больных большую роль играют преморбидные особенности личности и внешние социально-ситуационные факторы. Стержневые личностные образования, которые сформировались в детстве, остаются довольно стабильными [5].

Ключевые слова: шизофрения, аутоагрессивные действия, парасуицидальное поведение, суицидальное поведение.

Keywords: schizophrenia, autoaggressive actions, parasuicidal behavior, suicidal behavior.

Цель исследования – изучение структуры психопатологических расстройств у женщин с параноидной шизофренией, совершивших аутоагрессивные действия.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим

методом было обследовано 40 больных женщин параноидной шизофренией в возрасте 26-54 лет, находившихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице г.Ташкента.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении типов течения параноидной шизофрении было выявлено-у 18 (45%)больных параноидная шизофрения с непрерывным типом течения с длительностью болезни 15-20 лет; у 14 (35%) больных диагностирована параноидная шизофрения эпизодический тип течения с нарастающим дефектом с длительностью болезни 9-10 лет; у больных выявлена параноидная шизофрения эпизодический тип течения со стабильным дефектом с длительностью болезни 25-30 лет; у 8(20%) больных был выставлен диагноз параноидная шизофрения эпизодический ремитирующий тип течения с длительностью болезни 5-8 лет.

При эпизодическом типе течения шизофрении так же, как и при прогрессирующей, отмечаются острые параноидные, галлюциаторно – параноидные приступы. Однако в структуре приступов шизоаффективного типа аффективные расстройства занимают весьма значительное место. Приступы отличаются большой остротой, полиморфностью и подвижностью психопатологических проявлений. Бредовые идеи не достигают значительной систематизации. Галлюцинации образны, нередко сценopodobны. Содержание бреда и галлюцинаций целиком зависит от характера аффекта.

При аффективно-параноидном типе приступов отмечаются выраженные депрессивные расстройства, сочетающиеся с интерпретативным малосистематизированным бредом. При депрессивном аффекте наблюдаются как депрессивные, так и персекуторные бредовые идеи. Содержанием бреда чаще всего становятся ревность, бред преследования, бред отношения, бред воздействия, бред самообвинения. На протяжении всего приступа происходит расширение бреда с элементами бредового восприятия обстановки и усиление образности, чувственности бреда. Причиной аутоагрессивных действий у больных при параноидной шизофрении со стойким дефектом было неспособность прогнозировать последствия своих действий.

Среди мотивов суицидальных попыток преобладали мотивы самонаказания – 18 (45%)больных и мотивы отказа от жизни - 11 больных (27,5%). Реже назывались мотивы протеста - 8 больных (20%). Наиболее редко встречался мотивы избегания – 3 (7,5%)больных.

В изучаемом контингенте преобладали саморанения - 13(32,5%) больных и самоотравления - 11 (27,5%) больных. Далее следовали самоповешения – 9 (22,5%), падения с высоты - 5 больных (12,5%) и самоутопления - 2 больных (5%) женщин с параноидной шизофренией непрерыв-

ным типом течения у 27,5% (11 больных) параноидный синдром отмечался с расстройствами восприятия, у 32,5% (13) больных параноидный синдром сопровождался аффективными расстройствами в виде депрессии, тревоги, и только у 7,5% (3) не наблюдались обманы восприятия. При эпизодическом типе течения параноидной шизофрении аффективные расстройства отмечались у 15% (6) больных, обманы восприятия у 15% (6) больных, без расстройств восприятий у 2,5% больных.

Позитивная симптоматика была представлена следующими расстройствами: галлюцинациями, бредовыми идеями, манерностью, агрессивностью, тревогой, депрессией, снижением критики к состоянию.

Среди женщин, совершивших аутоагрессивные действия, у 2 (5%) больных наблюдались слуховые галлюцинации с императивными позывами, 8 (20%) больных высказывали идеи самообвинения и самоуничтожения, у 6 (15%) больных причинами стали психотравмирующие ситуации, у 4 (10%) больных бредовые идеи отношения, у 11 (27,5%) больных отмечались высказывания с бессмысленности бытия и утратой смысла жизни, у 9 (22,5%) больных мотивом для совершения суицида явились страх перед будущим и отказ от будущего.

При бреде самообвинения (греховности) и самоуничтожения у 8 (20%) больных обвиняли себя в различных преступлениях, аморальных поступках, эгоизме, разврате, черствости. Бред самообвинения выражается в том, что больной постоянно обвиняет себя в мнимых проступках, непростительных ошибках, грехах и преступлениях против отдельных личностей или группы людей. Ретроспективно он оценивает всю свою жизнь как цепь «черных деяний и преступлений», обвиняет себя в болезнях и смерти близких друзей, родственников, считает, что за свои проступки он заслуживает пожизненного заключения или медленной казни «четвертованием». Иногда больные с подобным расстройством прибегают к самонаказанию, совершая членовредительство или даже самоубийство. Нередко утверждали, что окружающие обвиняют их в тяжких преступлениях, которые они не совершали.

Бред отношения высказывали 4 (10%) больных, что проявлялось убежденностью больного в плохом к нему отношении со стороны окружающих, которое осуждают его, презрительно посмеиваются над ним, особым образом перемигиваются и насмешливо улыбаются. По этой причине больные начинают уединяться, перестают посещать общественные места, не пользуются транспортом, так как именно в обществе людей они особенно остро чувствуют недоброжелательное к ним отношение. При бреде отношения дополняющем бредовые идеи преследования, индифферентные для больной события, он относит на свой счет: свет на доме погас и стало темно специально для того, чтобы показать, что она темная, необразованный человек.

Заключение. Таким образом, аффективные расстройства в структуре психопатологических расстройств у женщин с параноидной шизофренией, совершивших аутоагрессивные действия, занимают весьма значительное место. Позитивная симптоматика представлена расстройствами восприятия, бредовыми идеями, манерностью, агрессивностью, тревогой, депрессией, снижением критики к состоянию. Приступы отличаются большой остротой, полиморфностью и подвижностью психопатологических проявлений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Осколкова С.Н., Печенкина О.И. К вопросу осуицидальном поведении больных шизофренией, совершивших агрессивные общественно опасные деяния // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 1. – С. 10-15.
2. Бисалиев Р.В., Кальной В.С. Аутоагрессивное поведение при психических и наркологических расстройствах // Психическое здоровье. – 2009. – № 1. – С. 58-65.
3. Положий Б.С., Распопова Н.И. Психопатологические, личностные и ситуационные факторы в структуре механизмов суицидального поведения лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 6. – С. 46-50.
4. Birchwood M. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: I. Ontogeny of postpsychotic depression // Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 1, № 177. – P. 516-528.
5. Hodgins S., Muller-Isbemer R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services // The British J. of Psychiatry. – 2004. – № 185. – P. 245-250.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Шарипова Ф. К.

**к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии,
детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Актуальность. Целесообразным направлением работы с детьми и подростками с сахарным диабетом I типа является комплексная фармако-терапевтическая и медико-психологическая помощь с проведением психосоциальных и реабилитационных мероприятий [2]. Современные тенденции клинической психологии показывают важность исследования процессов психической адаптации в ситуации болезни, то есть того, как дети с СД реагируют на хроническую фрустрирующую ситуацию блокирования их актуальных жизненных потребностей. Сахарный диабет (СД) является широко распространенным эндокринным заболеванием, которое достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Согласно статистическим данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) за 2013 г. в мире зафиксировано 381 млн. 800 тыс. пациентов с СД, в 2014 г. количество больных составило 387 млн, а к 2035-му оно может увеличиться до 592 млн. По данным ВОЗ около 17% населения в России и СНГ больны СД. Специалисты Международной федерации диабета подсчитали, что каждые 10 секунд у трех человек развивается СД и каждые 6 секунд один человек умирает от его осложнений (DiabetesAtlas,6th ed.IDF,2015). Контингент больных с впервые выявленным СД II типа пополняется преимущественно за счет старших возрастных групп (65-80 лет), что объясняется не только увеличением продолжительности жизни населения, но и, прежде всего, увеличением распространенности ожирения на фоне гиподинамии и воздействием различных стрессогенных факторов [3]. Данное заболевание необходимо диагностировать на начальной стадии, но, к сожалению, не всегда пациент вовремя обращается в медицинские учреждения. Довольно часто пациенты даже не подозревают о том, что они больны, и не обращаются к врачу, не получают соответствующего лечения и имеют высокий риск развития необратимых сосудистых осложнений. Большинство больных, которым ставят диагноз сахарный диабет, испытывают шок, им трудно осознать, что теперь надо по нескольку раз в день проверять сахар крови и принимать сахароснижающие препараты, сложно принять, что физическое состояние будет зависеть от назначений врача-эндокринолога, от лекарственных пре-

паратом, которые им жизненно необходимы и регулярных лабораторных обследований[6]. Особенно сложно это представить детям и подросткам, что придется постоянно соблюдать терапевтический режим и принять, что эта болезнь навсегда. Больные с впервые выявленным СД нуждаются в индивидуальной психологической поддержке [4]. Этому контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между врачом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня[5]. В связи с появившимся прогрессом в фармакотерапии, как нельзя более актуальными становятся вопросы комплексного подхода к лечению и организации психосоциальной реабилитации, социальной адаптации и коррекции тревожно-фобической и депрессивной симптоматики у детей и подростков[1].

Цель исследования: изучить новые возможности психокоррекции эмоциональных нарушений у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования. В условиях НИИ Эндокринологии города Ташкента была набрана группа из 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для выявления эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину. С группой проводились занятия медицинскими психологами, педагогами по ритмике и постановке танцев, психотерапевтами в течение 3-х месяцев, по разработанной специалистами методике с частотой 2 раза в неделю, продолжительностью около 2-х часов.

Результаты. На инициальном этапе были проведены тестирования подростков на наличие эмоциональных изменений с помощью психометрических шкал. В ходе исследования эмоционального фона у 96,6% обследованных подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), отсутствие желания продолжать учебу(25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие

нарушения(60%), суицидальные мысли и тенденции(15%). В обследованной группе в ходе тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86% подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67%), у 20% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 13% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. У подростков с СД первого типа была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Высокая реактивная и личностная тревожность сопровождались формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и высокий уровень личностной и реактивной тревожности(36%), эпизоды немотивированной агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка(77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам(65%), формировались тенденция к аутизации и изоляции(70%), суицидальные намерения и высказывания(15%).

Основными целями проводимой коррекционной работы являлись:

1. Проведение семейной и рациональной психотерапии.
2. Реабилитационная программа.
3. Улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности).
4. Обучение новым формам самовыражения, навыкам творческой деятельности и прикладного искусства.

В ходе реализации реабилитационной программы успешно использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг развития умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная терапия, когнитивный тренинг. Интегративная танцевально-двигательная терапия проводилась в комбинации с арт-терапией и позволила в полном объеме раскрыть эмоциональную сферу личности подростков. Участники в процессе занятий

обучались телесной рефлексии, тренировали способность отслеживать собственные переживания и

волнения, осознавать и принимать себя, свои негативные и позитивные эмоции и их причины посредством отражения внутреннего мира через танец и элементы пантомимы. Экспрессивность в танце помогала выражать разнообразные чувства. Анализ танцевально-двигательной деятельности позволяет снять телесные блоки и зажимы, в большом количестве наблюдающиеся в подростковом возрасте. Использование танца как метафоры дает возможность структурировать и трансформировать внутренний мир личности в целом.

Основными принципами танцевально-двигательной терапии в работе с подростками является использование невербальных форм взаимодействия и спонтанности, возможность интерпретировать переживаемые чувства и эмоции посредством танца. Отсутствие слов заставляет сфокусировать внимание на теле человека, его главных экспрессивных выражениях, телесных реакциях в социальном контексте. Игровой и творческий компоненты метода вовлекают подростка в групповую работу, вызывают интерес, живой эмоциональный отклик, а также готовность исследовать себя и окружающую реальность. Подростки с удовольствием проявляли оригинальный и креативность, создавая собственный танец. Глубинный психотерапевтический эффект такой работы связан с тем, что танец служит также хорошей психоэмоциональной разрядкой, помогает выразить значимые чувства, а также освободиться от негативных эмоций, которые копятся в повседневной жизни подростка.

На инициальном этапе реабилитационной программы наши специалисты старались проводить занятия в рамках такой психотерапевтической техники как арт-терапия. В ходе данных занятий была предложена новая форма деятельности в рамках прикладного искусства: бисероплетение, декупаж, резьба по дереву, изготовление украшений, роспись по стеклу, дереву, плетение макраме, вышивание цветными нитями мулине.

Посещаемость групповых психокоррекционных занятий составляла 88%. В процессе занятий у пациентов отмечалась положительная динамика – они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на раскрытие творческого потенциала, фантазии, воображения, возможности проявить самовыражение, свой внутренний мир посредством искусства. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение внутрисемейных взаимоотношений, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования, редукция тревожно-фобических проявлений. В связи с этим появилась необходимость после проведения тренинга продолжить групповую работу в виде тренингов когнитивно-социальных навыков.

Подростки проявляли большой интерес к творческому самовыражению, предлагали собственные варианты арт-терапии. Домашние задания в виде психорисунков на темы: «Моя семья», «Дом. Дерево. Человек» выполнялись с большим энтузиазмом. По субъективным сведениям родителей, подростки стали более активны в быту и с особой эмоциональностью рассказывали о занятиях и предъявляли результаты творческого труда. У всех подростков, проходивших лечение в психокоррекционной группе, было отмечено улучшение общего состояния и эмоционального фона. Выявлялось желание к активному участию в процессе выздоровления, восстановлению социальных контактов, нормализация внутрисемейных и межличностных взаимоотношений.

Вывод. Таким образом, использование новых креативных подходов к психокоррекции и психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа, позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении психосоматического компонента сахарного диабета, а также коморбидно текущей аффективной патологии, улучшить прогноз и реабилитацию данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бережная Е.А. Применение танцевально-двигательной терапии в психологической работе с подростками // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сборник материалов международной научно-практической конференции, 24-25 апреля 2015 г. / под общ. ред. Ю.П. Платонова. – СПб.: СПбГИПСП, 2015. С. 24-26.
2. Вечканов В.А. Особенности нервно-психических расстройств у детей и подростков, больных сахарным диабетом. Дисс. ... канд. мед. наук. - М. - 1973.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Сунцов Ю.И. Сахарный диабет в России: проблемы и решения. – М. - 2008. – С. 3-6.
4. Никольская И.М., Коломиец И.Л. Уровень невротизации и стили совладающего поведения матерей детей, больных сахарным диабетом // Российский семейный врач. – 02.2011. – Том 15. – С. 40-45.
5. Шукина Е.Г., Бибикина Е.А. Некоторые психологические особенности детей и подростков с сахарным диабетом // Экология человека. – 2000, № 3. - С. 41.
6. Ялтонский В.М., Самарина М.А. Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни подростков с сахарным диабетом (1 типа) // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века» / под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. - М.: ООО ONEBOOK.RU, 2013. - С.150-151.

ЭВОЛЮЦИОННО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К СОЗДАНИЮ «ПОНИМАЮЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ»

Шевченко Ю.С.

*РМАНПО
г. Москва*

Излагая свою эволюционно-биологическую концепцию психической болезни, Г.Е.Сухарева [25] писала: «Приспособительные и защитные механизмы **вырабатываются животными и человеком в процессе эволюционного развития во взаимодействии организма с внешней средой...** Хотя физиологические регуляторные механизмы имеют место в любой патологической реакции, все же, в конечном счете, именно недостаточностью регуляторных систем при наличии чрезвычайных условий существования определяется характер данного болезненного состояния. Этим же по существу решается неблагоприятный исход заболеваний»(стр.25).

Филогенетическими детерминантами обуславливаются не только такие классы поведенческих феноменов, как **инстинктивные механизмы** (импринтинг, смещенная активность, переадресованная агрессия, ритуализация, имитация, амбивалентность, регресс), **комплексы активности** (пищевое, половое /сексуальное/, родительское, территориальное, комфортное, очищающее, исследовательское, иерархическое, агонистическое /агрессивное/, миграционное, альтруистическое, кооперативное, игровое и другие типы поведения), **этологические паттерны** (сосание, вылизывание шерсти, грызение ногтей, раскачивания, позы доминирования и подчинения, жестовые, мимические, вокальные составляющие спонтанной невербальной коммуникации и прочие комплексы фиксированных движений -КФД), нотаже **врожденные способности** [5,12,13,15,21,32].

Этология человека имеет своей целью осветить биологические основы человеческой природы. Один из путей ее достижения – систематический сбор данных о способах выражения эмоций, о чувствах и различных социальных взаимодействиях у представителей различных культур и поиск «универсальных» для человеческого вида проявлений [3]. Методологической базой этологии человека являются эволюционная биология, общая этология, когнитивная и социальная (в т.ч. эволюционная) психология, психолингвистика, семиотика, культурная антропология [1].

Согласно этолого-антропологической концепции М.А.Дерягиной[6], эволюция поведения приматов, включая человека, шла по пути поэтапного развития в онто- и филогенезе, где каждый этап соответствует определенному уровню развития поведения. Источником возникновения новых форм поведения в эволюции приматов были вариабельные последовательности

элементов поведения (количественное расширение привычного поведенческого репертуара), а также отклоняющиеся от нормы формы поведения в экстремальных условиях (качественное изменение, необычное для привычных условий существования, но оказавшееся оптимальным для выживания). Такое, качественно новое поведение превратившись из аномального в адаптивное проходило естественный отбор, фиксировалось в наследственном багаже и функционировало в качестве обязательного поведения вплоть до следующего эволюционного этапа.

В этом смысле актуален эволюционно-этологический тезис о том, что в основе большинства психических расстройств, равно как и другой (в том числе донозологической) патологии, лежит адаптивная биологически детерминированная, но искаженная реакция [9]. Более того, неизменное сохранение в той или иной форме психопатологических аномалий (в частности, шизофрении и «расстройств шизофренического круга», эпилепсии и пароксизмальных расстройств, истерии, циклотимических нарушений) в процессе естественного отбора на всех этапах геннокультурной эволюции *Homo sapiens*, свидетельствует о ценности и значимости психической патологии. Это позволяет рассматривать последнюю как важнейший и облигатный фактор эволюции человека [22,23].

Так в результате взаимодействия **трех механизмов эволюции** – наследственности, изменчивости и отбора в условиях то относительно стабильной, то резко и непредсказуемо меняющейся **экологии** создавалось «лоскутное одеяло» инстинктивных моделей поведения человека. Если мутантный ген моделирует новое поведение, увеличивающее в привычных или изменившихся условиях процент выживаемости и плодовитости, он имеет шанс включиться в генотип, даже не смотря на побочные издержки (ген редко определяет только один признак), несогласованность, а порой и противоречие с ранее зафиксированными стереотипами [11,16].

В эволюции человека (по своим биологическим способностям уступающему многим животным) естественному отбору должны были подвергнуться не только физические характеристики (альтернатива: «Сила есть – ума не надо», либо «Не числом, а умением»), но и способности к социальному поведению («Один в поле не воин») и разумной деятельности («Семь раз отмерь, один – отрежь»), позволяющей создавать орудия труда. Это послужило основой более динамичной культурной эволюции человечества, «перекрывшей» незавершенную биологическую эволюцию вида *homo sapiens*, что объясняет сохранение в его поведенческом репертуаре множества «неотобранных» моделей (пусть и архаичных с точки зрения сегодняшнего дня) [1,6,7,32].

Собственно, человеческую «самость» определяет баланс примативности (инстинктивной «автопилотности») и рациональности (разумной произвольности), динамично проявляющий себя в поведении каждого человека

[20]. Более того, все смертные грехи, являясь гипертрофированным, чрезмерным удовлетворением жизненно необходимых потребностей (лишающим соответствующее поведение приспособительного значения), могут быть смоделированы на базе инстинктивного поведения животных [7]. Кредо этологии и ее основные задачи наиболее четко сформулированы Н. Тинбергеном под названием «Четыре почему»: 1) анализ непосредственных причин, порождающих конкретный тип поведения, и его физиологических основ; 2) функция данного поведения и его роль в жизни животного (обеспечение приспособленности); 3) изучение путей формирования разных форм индивидуального и социального поведения в онтогенезе (взаимодействие генетических и средовых факторов в развитии особи); 4) эволюционное происхождение данной формы поведения (эволюционная история вида и пути приобретения данного видового признака в филогенезе) [26].

При анализе поступков человека важно помнить **основной постулат этологии**, говорящий о том, что любое поведение изначально имеет защитный и/или приспособительный смысл (*для индивида, рода и/или вида*) [2]. Другое дело, что передающиеся по наследству из поколения в поколение модели стали «ненужными», «нерентабельными», «архаичными» в современных условиях (коренным образом отличающихся от тех, в которых они возникли, прошли естественный отбор и жестко закрепились в мозговых структурах). Последние (церебральные структуры) в филогенезе меняются еще более медленно, чем инстинктивное и, тем более культурное поведение, которое они обеспечивают. Соответственно, наследуемые поведенческие модели могут утратить свой адаптивный смысл и выглядеть непонятными, странными и нелепыми, а порой и просто болезненными [11,17,30]. Например, стремление ребенка в первые три года жизни к упорядочиванию окружающей обстановки (в частности, к расставлению привычных предметов на свои места) в одних случаях является нормальным поведением, облегчающим ориентацию в пространстве, которым ему предстоит овладеть, в других – первично-дизонтогенетическим проявлением («феномен тождества»), способным трансформироваться в навязчивую «неофобию». Н.Тинберген[26] применил этологические методы в детской психиатрии для анализа явлений аутизма у детей, обратив внимание на тот факт, что избегание взгляда, типичное для аутичных детей, вызвано страхом перед социальным контактом. Этот факт может быть использован как для дифференциальной диагностики аутизма со сходными состояниями, так и для выбора адекватного психотерапевтического подхода.

Часто встречающаяся энцефалопатически-дизонтогенетическая основа патологического поведения, имеющего инстинктивные корни ставит вопрос о дополнении традиционных медикаментозных и психотерапевтических подходов методами нейропсихологической коррекции, особенно перспективными в отношении детей и подростков [8,24].

Этологическая психиатрия – одно из направлений этологии человека, основывающаяся на собственно этологии и кинесике (науке о языке тела) [22]. Этологический анализ невербального поведения (позы, мимика, жесты, интонации), являющегося биологическим маркером психического статуса, позволяет достоверно тестировать актуальное эмоциональное состояние, поведенческие тенденции (в том числе скрываемые, подавляемые и не осознаваемые) и их изменения в динамике [4,9,10,23].

Перспективность этологических методов в психиатрии заключается в том, что этот подход обеспечивается хорошим знанием нормы (например, этограмм нормативной невербальной коммуникации, пищевой или исследовательской активности), что облегчает психопатологическую диагностику в процессе наблюдения за внешними проявлениями отклоняющегося поведения. При этом имеется возможность не только качественной, но и количественной (с помощью протоколов или видеозаписи) оценки патологического состояния и его динамики. Это особенно актуально, когда речь идет о пациентах, страдающих отсутствием речи и неадекватно реагирующих на опросы и тестирование [4,5,9,10,18,27,28]. Мало того, профессионально организованный этологический анализ способен стать гораздо более точным диагностическим инструментом при исследовании психического статуса, его спонтанной и терапевтической динамики, чем распространенные ныне опросники, а также значительно более дешевым, чем разрабатываемые биологические методы. Возможно, последнее в немалой степени определяет сопротивление со стороны заинтересованных лиц проникновению этологического метода в практическую психиатрию.

Этологический анализ (закрывающийся в подсчете количества характерных невербальных знаков в единицу времени), даже при отсутствии вербального контакта и попытках диссимуляции, может весьма точно и в качественно-количественной динамике измерять не только тревогу, но и тревожность, не только страх, но и настороженность, не только агрессию, но и агрессивность, не только навязчивость, но и амбивалентность, не только бред, но и подозрительность, не только лживость, но и неискренность, не только подчинение, но и субмиссивность, не только альтруистическую жертвенность, но и социопатическую виктимность и проч. [31].

Для детско-подростковой психиатрии этологический подход особенно важен как в смысле совершенствования основного (особенно в раннем и дошкольном возрасте) диагностического метода – наблюдения, так и в смысле понимания инстинктивных механизмов многих психических нарушений, проявляющихся в невербальном поведении пациентов (например, мизофобии, клептомании, мутизма, навязчивых действий, патологической агрессивности, подростковой преступности, дромомании и проч.) и разработки на этой основе адекватных и дифференцированных подходов к их коррекции и профилактике [8,14,23,29]. Таким образом, этологический, а

в более широком смысле социобиологический подход — одно из условий создания «понимающей психопатологии».

Более того, учет инстинктивно-гормонально-церебральной природы бессознательной детерминации индивидуального, репродуктивного и социального поведения – перспективное направление развития современной психотерапии.

Выводы. Эволюционно-биологический подход (включающий этологию, социо-биологию и эволюционную психологию) способен сделать феноменологическую диагностику объективизированной и доказательной, обогатить клиническое мышление специалиста фило-онтогенетическим и культурно-антропологическим инструментарием для понимания природы психопатологических расстройств, а психотерапевтические подходы дополнить инстинктивно-поведенческими мишенями и нейропсихологическими моделями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антропология: Хрестоматия: Учеб. Пособие для студ./Авт.-сост. Л.Б.Рыбалов, Т.Б.Россолимо, И.А.Москвина-Тарханова. - 5-е изд.-М.: Изд.МППИ, Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2007. - 448 с.
2. Бутовская М.А. Этология человека: история возникновения и современные проблемы исследования. В кн.: Этология человека на пороге 21 века: новые данные и старые проблемы. - М.: «Старый Сад», 1999. - с.12-71.
3. Бутовская М.Л. Язык тела. Природа и культура (эволюционные и кросс-культурные основы невербальной коммуникации человека). М.: Научный мир, 2004. - 440 с.
4. Гильбурд О.А. Избранные очерки эволюционной психиатрии. – Сургут: ОАО «Сургутнефтегаз», РИИЦ «Нефть Приобья»; 2000. - 180 с.
5. Дерягина М.А. Манипулятивная активность приматов. - М.: МГУ, 1986- 109 с.
6. Дерягина М.А. Эволюционная антропология: биологические и культурные аспекты. Учебное пособие, 2-е изд., М.: Изд-во УРАО, 2003. - 208 с
7. Жуков Д.А. Стой, кто ведет? Биология поведения человека и других зверей: в 2 т. Т.2. - М.: Альпина нон-фикшн, 2014. - 374 с.
8. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М., ИД «ТАКТ», 2010. - 154 с.
9. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. – Киев, Здоровье, 1990. – 215 с.
10. Коробов А.А. Клинико-этологический метод диагностики психических заболеваний. Автореф. дисс... докт. мед. наук, М., 1991. - 25 с.
11. Крушинский Л.В. Эволюционно-генетические аспекты поведения: Избранные труды. - М.: Наука, 1991. - 259 с.
12. Ладыгина-Котс Н.Н. Дитя шимпанзе и дитя человека в их инстинктах, эмоциях, играх, привычках и выразительных движениях. - 2-е изд-е в 2 т. - М.: МПСИ; Воронеж, МОРДЭК, 2011. - т.1. - 592 с.
13. Лафицкая Н.В. Феномен агрессии у вида *Homo sapiens*. Пытки и казни. - СПб., 2006.- 224 с.
14. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Несуицидальносамоповреждающее поведение в подростковой среде: современные объяснительные подходы. //Вопросы психического здоровья детей и подростков. № 2, М., 2014. – С. 124-132.
15. Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»): Пер. с нем.- М.: Изд-я группа «Прогресс», «Универс», 1994. - 272 с.
16. Марков А. Эволюция человека. В 2-х кн. Кн.2: Обезьяны, нейроны и душа. М.: Астрель: CORPUS, 2011. - 512 с.

17. Моррис Д. Людской зверинец /пер. с англ./ - СПб.: Амфора.ТИД Амфора, 2004. - 287 с.
18. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психология раннего детского возраста. - СПб.: Питер, 2001. - 256 с.
19. Прайор Карен. Не рычите на собаку! О дрессировке животных и людей. Изд-во «Селена» + «Москва», 1995. - 59 с.
20. Протопопов А.И., Вязовский А.В. Инстинкты человека: (попытка описания и классификации) – Якутск: Компания «Дани АлмаС», 2011. - 144 с.
21. Резникова Ж.И. Интеллект и язык животных и человека. Основы когнитивной этологии: Учебное пособие для вузов.- М.: ИКЦ «Академкнига», 2005.- 518 с.
22. Самохвалов В.П. История души и эволюция помешательства. - Сургут: Северный дом, 1995. - 420 с.
23. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. - М.: Изд-й дом Видар-М, 2011. - 336 с.
24. Свааб Д. Мы – это наш мозг: От матки до Альцгеймера / Пер. с нидерл. - СПб. Изд-во Ивана Лимбаха, 2014. - 544 с.
25. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955. – Т.1. – 458 с.
26. Тинберген Н. Социальное поведение животных.: Пер. с англ.- М.: Мир, 1993. - 152с.
27. Хайретдинов О.З. Клинико-этологическая дифференциация аутистических расстройств в детском возрасте. Автореф. Дисс. Канд. мед наук. – СПб, 2015. - 24 с.
28. Хренников О.В. Типология и структура невербальных проявлений агрессивного поведения в различных этнических группах. //Таврический журнал психиатрии.в.1, № 3,1997.- с. 96-104.
29. Шевченко Ю.С. Биологические предпосылки искусства как основа арттерапии и арт-педагогике. Клиническая психотерапия. Приложение к “Независимому психиатрическому журналу” М.: Изд-во НПА России, 2000.- с.52-57.
30. Шевченко Ю.С. Инстинкт – привычка – влечение: патологические привычные действия как формы аддикции. Руководство по аддиктологии / Под ред. Проф. В.Д.Менделевича. СПб.: Речь, 2007. - с. 547- 570.
31. Экман П. Психология лжи. Обмани меня, если сможешь. - СПб.: Питер, 2010. - 304 с.
32. Eibl-Eibesfeldt I. Human Ethology, N.-Y.: Aldane de Gruyter, 1989.- 1012 p.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Шин З.В.

г. Ташкент

Актуальность. Шизофрения является достаточно распространённым психическим заболеванием, которое вызывает временную или постоянную нетрудоспособность, становится причиной социальной дезадаптации больных [3]. Психиатрическая помощь является важнейшей и неотъемлемой составляющей современной системы здравоохранения и должна соответствовать требованиям стремительно развивающегося общества и современного социума [7]. Ключевое звено такой помощи, несомненно, – врач-психиатр, который не только осуществляет диагностику, терапию и реабилитацию психических расстройств в соответствии с данными доказательной медицины, но и является гарантом защиты прав пациента и его микросоциального окружения [10, 12]. Поэтому на вооружении врача-психиатра должны быть не только профессионализм, совокупность знаний, навыков и установок, направленных на повышение эффективности психиатрической помощи, но и высокий уровень моральной чистоты и целостности, позволяющие обеспечивать защиту гражданских прав и интересов [9].

Современное понимание нарушений психической адаптации на основе системной биопсихосоциальной модели предполагает важность изучения механизмов психологической защиты, которые в специальной литературе обозначаются понятием индекс жизненного стиля. Механизмы совладания со стрессом, обусловленным в том числе и болезненными психопатологическими проявлениями, как и механизмы психологической защиты являются важными компонентами психологической адаптации и находятся в тесной взаимосвязи [4,6].

Как результат психотерапевтических вмешательств исследователи отмечают снижение частоты и длительности госпитализаций, снижение когнитивно-социальных расстройств, снижение показателей шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), улучшения социального функционирования, достижение ремиссии, изменение социальной сети (плотности, частотой контактов и т.п.), снижение нагрузки на семью, изменение уровня инвалидизации, динамику трудовой занятости [2].

Необходимость оценки эффективности психотерапевтических программ при шизофрении возрастает в связи с растущим вниманием к качеству специализированной медицинской помощи и удовлетворенности ею пациентов [1, 5]. В задачи исследования входили оценка эффективности

психотерапии больных параноидной шизофренией в стационарных условиях и выявление критериев, значимых для динамической оценки психотерапевтической работы.

Цель. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комплексного мотивационного и социально-когнитивного вмешательства в условиях повседневной клинической практики.

Материалы и методы. Обследовано 163 пациента (возраст 45, $17 \pm 1,71$ года), из них 67 % мужчин, которые были выделены сплошным методом из пациентов, находившихся на стационарном лечении Городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. У всех пациентов был установлен в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз параноидной шизофрении (F20). В 64% случаев выявлен непрерывный тип течения, в 22% эпизодический тип со стабильным дефектом, в 14% эпизодический тип с нарастающим дефектом. Инвалидами по психическому заболеванию были признаны 87% пациентов.

Психотерапия включала следующие направления: трудотерапия; психообразовательные программы для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников, групповая психотерапия, тренинг социально-бытовых навыков, арт-терапия, музыка-терапия, телесно-ориентированная терапия.

В процессе комплексного обследования применялись клинико-психопатологический и клинико-катamnестический методы. Для объективизации результатов исследования использовались шкалы общего клинического впечатления CGI, позитивных и негативных синдромов PANSS, визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для оценки качества жизни.

Клинико-социальная оценка эффективности реабилитации пациентов проводилась через 24 месяца на основе анализа динамики параметров психического состояния, социального функционирования, качества жизни, числа регоспитализаций в стационар, отношений в семье, удовлетворенности получаемой помощью.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программной системы STATISTICA for Windows версия 9.

Результаты и их обсуждение. В процессы исследования были сформированы две группы сравнения: основная – пациенты, получавшие психотерапевтическую помощь ($n=3749,3\%$ от общего числа обследованных) и группа сравнения пациенты, не получавшие только психофармакологическое лечение ($n=38, 50,7\%$). Средний возраст составил в основной группе $42,62 \pm 2,57$ года, в группе сравнений $47,64 \pm 2,22$ года, возраст начала заболевания – $22,00 \pm 1,44$ и $26,12 \pm 1,26$ года соответственно группам, длительность заболевания – $20,78 \pm 2,20$ и $21,55 \pm 2,40$ года. Пациенты посещавшие психотерапию имели меньшую выраженность симптомов по кластеру энергии PANSS ($9,88 \pm 0,52$ и $12,33 \pm 0,52$ балла соответственно; $p < 0,05$), они реже госпитализировались в психиатрический стационар ($39,5$ и $78,4\%$ пациентов с частыми, ежегодно и чаще, госпитализациям соответственно; $p < 0,05$).

Лекарственная терапия в значительной степени была сопоставима в группах сравнения ($p < 0,05$). Однако в основной группе достоверно реже использовался корректор нейрореплетической терапии тригескифенидил (52 и 91,6% случаев соответственно группам; $p < 0,05$). Косвенно это свидетельствует о худшей переносимости психофармакотерапии пациентами группы сравнения и, возможно, обусловлено большей частотой полипрагмазии в этой группе (четыре и более лекарственных средства отмечены только у 10,8 % пациентов основной группы и 31,6% пациентов группы сравнения; $p < 0,05$).

Исходно мотивацию к участию в психотерапевтических программах наруживали 75% пациентов в основной группе и 65,4% группе сравнения. На этапе оценки мотивации активность пациентов основной группы в отношении выбора методов психотерапии была существенно выше, чем в группах сравнения и составила в среднем по $4,56 \pm 0,33$ и $1,73 \pm 0,33$ программы на пациента ($p < 0,001$).

Для итоговой оценки был введен показатель эффективности психотерапевтической работы в отделении- результат. Результатом был интегративный показатель, отражающий самооценку пациента и /или семьи и экспертную оценку специалистов, работающих в отделении, психического состояния, уровня социального функционирования, адаптации в условиях болезни. Динамика изменений в виде прогрессирующего улучшения или улучшения с последующей стабилизацией приравнявались друг к другу. Принимались во внимание разные исходные возможности пациентов в зависимости от течения заболевания. Исследование позволило установить факторы, оказывающие наиболее сильное отрицательное влияние на эффективность психотерапевтической работы: нарушения мышления (PANSS) $r = -0,502$; $p < 0,01$; позитивные симптомы (PANSS) $r = -0,574$; $p < 0,01$; тяжесть психического расстройства (по шкале CGI) (PANSS) $r = -0,527$; $p < 0,01$; частота госпитализаций $r = -0,351$; $p < 0,05$; Положительное влияние на эффективность психотерапии оказала семейная поддержка, фактор мотивации родственников.

На этапе включения в исследование группы не различались по уровню персонального и социального функционирования по шкале PSP. При оценке в динамике было выявлено, что общий показатель функционирования пациентов, основной группы, стал заметно выше по сравнению с пациентами группы сравнения ($61,32 \pm 2,49$ балла и $50,21 \pm 2,53$ балла соответственно; $p < 0,01$).

Выводы. Результаты исследования продемонстрировали, что информированность о возможностях психотерапии пациентов и их родственников на этапе хронического течения параноидной шизофрении в стационарных условиях, формирование у них мотивации к участию в психотерапевтических программах являются значительными факторами вовлечения пациентов в процесс психотерапии. Эффективная психотерапевтическая помощь улучшает качество ремиссии, повышает удовлет-

воренность пациентов психиатрической помощью и уровень социального функционирования [8, 11].

Динамика показателей, характеризующих эмоционально-волеву сферу больных параноидной формой шизофрении, позволяет сделать вывод о том, что психотерапевтическая помощь ведет к улучшению этих показателей от занятия к занятию. Большая частота госпитализаций и изменение режима на лечение в условиях стационара у пациентов, не получавшей психотерапевтическую помощь, при отсутствии достоверных различий в тяжести психического состояния с пациентами основной группы, указывает на эффективность от проведенной психотерапевтической работы.

Полученный опыт внедрения современных реабилитационных методик позволяет рассматривать эффективность реабилитационных форм помощи в оптимистичной перспективе. Данный пример комплексного подхода к социально-когнитивным вмешательствам не является исчерпывающим и должен быть дополнен или видоизменен в соответствии с выявляемыми мишенями реабилитационной работы и потребностями пациентов. Проведение мотивационного тренинга в качестве инициирующего элемента реабилитационной работы позволяет существенным образом повысить эффективность последующих вмешательств и улучшить реабилитационный прогноз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Психиатрия и психофармакотерапия / Ю.А. Александровский. – М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2004. – 430 с.
2. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении: Краткое руководство / В.Д. Вид. – [3-е изд.] – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
3. Данилов Д.С. Лечение шизофрении / Д.С. Данилов, Ю.Г. Тюльпин. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 274 с.
4. Евсегнеев Р.А. Современные стандарты лечения шизофрении / Р.А. Евсегнеев // Медицинские новости. – 2004. – N 1. – С. 44-49.
5. Коробова Е.Л. Когнитивные стили и социальное функционирование у больных шизофренией / Е.Л. Коробова // Вестник Балтийской Педагогической академии. – СПб., 2006. – Вып. 71. – С. 62-80.
6. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / [Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуровича.] – М., 1999. – 224 с.
7. Психиатрия: Справочник практического врача / [Под ред. А.Г.Гофмана]. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 592 с.
8. Стандарты оказания помощи больным шизофренией / [Под редакцией В.Н.Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера]. – М.: Московский НИИ психиатрии Росздрава, 2006. – 54 с.
9. Labelle A. Risperidone treatment of outpatients with schizophrenia: no evidence of sex differences in treatment response / A. Labelle, M. Light, F. Dunbar // Can J Psychiatry. – 2001. – P. 534-541.
10. Lack of gender differences in neuroleptic response in patients with schizophrenia. / [Pinals DA, Malhotra AK, Missar CD, Pickar D, Breier A] // Schizophr Res. – 1996. – P. 215-222.
11. Lindstrom E. Symptoms in schizophrenic syndromes in relation to age, sex, duration of illness and number of previous hospitalizations / E. Lindstrom, L. von Knorring // Acta Psychiatr Scand. – 1994. –P. 274-278.
12. Melkersson K.I. Dose requirement and prolactin elevation of antipsychotics in male and female patients with schizophrenia or related psychoses/ K.I. Melkersson, A.L. Hulting, A.J. Rane // Br J Clin Pharmacol. – 2004. – P. 317-324.

ПОРТРЕТ ЛИЧНОСТИ СОВЕРШИВШЕЙ ДЕЯНИЯ ПО СТАТЬЯМ 131-135 УК РФ ПО ДАННЫМ АСПЭК ГБУ РС(Я) ЯРПНД

Яковлева М.В., Галкина Т.А., Поляниченко А.А.

г. Якутск

Наше исследование посвящено исследованию криминальной агрессии в виде педофилии. Педофилия встречается в 48,8% случаев расстройств полового влечения и представляет значительную социальную опасность. Педофилия — это явление, которое сегодня является социально не нормируемым и вяло отслеживаемым. Педофилия искусственно скрывается в обществе, замалчиваются его масштабы и последствия. В «Клинической психиатрии» Г. И. Каплан и Д. Д. Сэдок (H. I. Kaplan & D. J. Sadock, 1989, русский перевод — 1994) приводится следующее определение понятия педофилии: «педофилия представляет собой повторяющееся интенсивное сексуальное возбуждение или активацию по отношению к детям младше 13 лет, которое продолжается не менее 6 месяцев. Субъект, характеризующийся как страдающий педофилией, должен быть не моложе 16 лет и по меньшей мере на 5 лет старше, чем его жертва». При этом подчёркивается, что интенсивное возбуждение и сексуальные фантазии отнесётся к детям допубертатного возраста в качестве предпочтительного и единственно возможного способа получения полового возбуждения.

Цель исследования: изучить портрет поведенческих паттернов подэкспертных совершивших деяния по статьям 131-135 УК РФ по данным АСПЭК ГБУ РС(Я) ЯРПНД.

В этой связи нами было проведено изучение протоколов по первичной амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе 44 мужчин в возрасте от 16 до 25 лет – 7 человек (16%), от 26 до 45 – 26 человек (59%), от 45 и старше – 11 человек (25%), обвиняемых по статьям 131-135 УК РФ, прошедших освидетельствование в Якутском Республиканском психоневрологическом диспансере города Якутска за период с 2013 по 2016 годы. Клинико-психологическое исследование включало в себя изучение анамнеза жизни, сомато- и психосексуального развития, личностных особенностей и мотивообразующих факторов сексуального поведения.

Рассмотрение статей уголовного кодекса по структуре деяний: статья 131 - 15 человек (34%), статья 132 - 24 человека (55%), статья 134 – 4 человека (9%), статья 135 - 1 человек (2%). Противоправные действия сексуального характера в отношении мальчиков - пострадало 7 человек (16%), в отношении девочек – пострадало 37 человек (84%).

При проведении СПЭК у 1 подэкспертного комиссия пришла к заключению, что есть признаки инфантильного расстройства личности в стадии компенсации (F 60.9 по МКБ-10), у 2 органическое расстройство личности и поведения с легким интеллектуальным снижением (F-07.0 по МКБ-10), у 1 подэкспертного выявлялись признаки раптофилии, у 2 выявляются признаки синдрома сочетанной наркотической и алкогольной зависимости (F19.2 по МКБ-10), у 1 выставлен диагноз: «Олигофрения в степени дебильности, F70», у 1 выставлен диагноз: «Умственная отсталость лёгкой степени с эмоционально-волевыми нарушениями», у 15 подэкспертных отмечен синдром зависимости от алкоголя.

Выросли в неполных семьях - 11% подэкспертных, в неблагополучных семьях - 22%, алкоголизация родителей составила 27%, в 88% - отмечаются многодетные семьи. Подавляющее большинство 70% подэкспертных состояли в браке, холостых - 22%. Профиль обучения в средней школе по успеваемости составил около 90% в посредственном освоении школьной программы и удовлетворительной успеваемостью по общеобразовательным предметам. 45% подэкспертных окончили среднеспециальное образование, 4% подэкспертных имеют высшее образование, не учились или их отчислили составило - 41%.

47% подэкспертных повторно привлекались к уголовной ответственности. Частота судимостей более 3-4 раз составляла 100% по каждому делу подэкспертных.

57% подэкспертных совершили насильственные действия сексуального характера, в отношении несовершеннолетних, находясь в состоянии алкогольного опьянения.

Средний возраст первого сексуального опыта в 17 лет с партнершами старше на 2-3 года и опытнее в сексуальном плане. В семейной жизни предпочтения были в нормативном вагинальном половом контакте (100%), анальные, оральные половые контакты – 34%. Тип полоролевой идентичности у 2 подэкспертных был по феминному типу, 42 по маскулинному типу. Восприятие женского образа по феминному типу составляет 41%, по андрогинному типу 59%.

Задержка психосексуального развития у подэкспертных:

- отсутствие любопытства к половым признакам в период до 7 лет – 36%;
- отсутствие периода межполовой агрессии в возрасте от 7 до 12-13 лет – 30%;
- редукция платонического и эротического либидо – 25%.

Среди психогенных причин, определяющих задержку психосексуального развития у таких лиц, решающее значение принадлежит личностной аномалии.

Среди подэкспертных, совершивших сексуальные преступления в отношении несовершеннолетних, доминировали лица с эпилептоидными, неустойчивыми и истероидными чертами характера. Наиболее многочисленной была группа с преобладанием эпилептоидного характерологического типа. Для данной группы общие черты проявлялись как подверженность средовым влияниям, зависимость настроения от отношения окружающих, потребность в признании и эмоциональной сопричастности, склонность накапливать негативные эмоции и драматизировать события, эмоциональная лабильность и неустойчивость намерений, спонтанность и импульсивность поведения.

Лица, с преобладанием истероидного типа, значительно отличались от рассмотренной выше группы: неустойчивостью, демонстративностью, потребностью нравиться окружающим, способностью на гибкость в общении, пристрастием к забавам и игровому компоненту в деятельности, плохая переносимость ограничений и формальных рамок.

Однако, в процессе исследования выяснилось, что ведущие характерологические черты становились патогенными, основные личностные радикалы были более выкристаллизованны, что достаточно часто приводило к образованию устойчивых и, как правило, « мозаичных » (сочетанных) вариантов патологии. Соединение эпилептоидного и неустойчивого личностных радикалов создавало максимально ущербную в социальном плане личность, для которой не существует каких-либо общественных норм, морально-этических табу, и характерна необычайная легкость перехода от делинквентного поведения к криминальному.

Однократность эпизода насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних составила 82%. Наличие аномальной сексуальной идеаторной активности, недостаточная дифференциация полоролевых образов по возрастному и половому признаку, и длительность инкриминируемого деяния более 6 месяцев, была выявлена у 18% подэкспертных, которые нуждаются в применении принудительных мер медицинского характера, в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра по месту нахождения в соответствии с п. «д» ч. 1 ст. 97 и п. «а» ч. 1 ст. 99 УК РФ.

Выводы:

1. Молодые лица возрастной категории, совершивших противоправные действия в отношении несовершеннолетних, составляет от 26 до 45 лет;
2. Зачастую подэкспертные не могут успешно учиться в средней школе;
3. У них нет постоянного места работы, обычно они заняты на работе, не требующей высокой квалификации;
4. Чаще всего происходят из низких социально-экономических слоев;
5. 57% подэкспертных совершили насильственные действия сексуаль-

ного характера, в отношении несовершеннолетних, находясь в состоянии алкогольного опьянения;

6. Психическая составляющая биологического компонента поражена в результате патологии личности: доминировали лица с эпилептоидными, неустойчивыми и истероидными чертами характера;

7. 47% подэкспертных повторно привлекались к уголовной ответственности. Частота судимостей более 3-4 раз составляла 100% по каждому делу подэкспертных;

8. Имеется акцент задержки психосексуального развития у подэкспертных;

9. Наличие аномальной сексуальной идеаторной активности и длительность инкриминируемого деяния более 6 месяцев, была выявлена у 18% подэкспертных.

Изготовлено РА «Экспо-Медиа»
355035, г. Ставрополь, пр-т Кулакова, 16в
Т: (8652) 394-610. E-mail: parshina_n@mail.ru